DE L'INNOVATION AU CHANGEMENT

Les leçons tirées
des projets québécois
financés par le Fonds
pour l'adaptation
des services de santé
(FASS)

Québec

Rapport final soumis
au Fonds pour l'adaptation des services de santé (FASS)

Par Francine Desbiens et Christian Dagenais

Sous la direction de Pierre Joubert

En collaboration avec les membres du Comité de pilotage de l'évaluation

Décembre 2001

DE L'INNOVATION AU CHANGEMENT

Les leçons tirées
des projets québécois
financés par le Fonds
pour l'adaptation
des services de santé
(FASS)

Santé et Services sociaux Québec

Ce projet a été soutenu par une contribution financière du Fonds pour l'adaptation des services de santé de Santé Canada. Les points de vue exprimés dans ce rapport ne représentent pas nécessairement la politique officielle des gouvernements fédéral, provinciaux ou territoriaux.

Ce document a été réalisé à la Direction de l'évaluation, de la recherche et de l'innovation du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Conception, réalisation et rédaction :
Christian Dagenais et Francine Desbiens, sous la direction de Pierre Joubert, avec la collaboration des membres du comité de pilotage de l'évaluation

- Jean-Louis Denis, Département d'administration de la santé, Université de Montréal, titulaire de la Chaire FCRSS/IRSC - Transformation et gouverne des organisations de santé
- Céline Mercier, Centre de recherche de l'Hôpital Douglas, Université McGill
- Normand Lauzon, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre
- Andrée Quenneville, MSSS, Direction générale de la planification stratégique et de l'évaluation, désignée par la régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec au moment de la formation du comité
- Yvon Brunelle MSSS, Direction générale des affaires médicales et universitaires
- Betty Guedj, MSSS, Direction de l'évaluation, de la recherche et de l'innovation
- Jean Turgeon, École nationale d'administration publique (ÉNAP)
- Jean Mercier, MSSS, Direction générale des services à la population (membre jusqu'en juin 2000)

Synthèse de travaux sur l'innovation et le changement : Denis Goulet, rédacteur indépendant

Soutien technique : Lise Lapointe, avec la collaboration de Céline Drouin.

Édition produite par :
La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Pour obtenir un exemplaire de ce document, faites parvenir votre commande par télécopieur : **(418) 644-4574**

par courriel : **communications@msss.gouv.qc.ca**

ou par la poste : **Ministère de la Santé et des Services sociaux**
Direction des communications
1075, chemin Sainte-Foy, 16e étage
Québec (Québec) G1S 2M1

Le présent document est disponible à la section **documentation,** sous la rubrique **publications** du site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux dont l'adresse est : **www.msss.gouv.qc.ca**

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec, 2002
Bibliothèque nationale du Canada, 2002
ISBN 2-550-38641-8

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

© Gouvernement du Québec

Ce document a été réalisé à la Direction de l'évaluation, de la recherche et de l'innovation du ministère de la Santé et des Services sociaux

Conception, réalisation et rédaction :

Christian Dagenais et Francine Desbiens, sous la direction de Pierre Joubert (directeur de l'évaluation, de la recherche et de l'innovation jusqu'en août 2001), avec la collaboration des membres du comité de pilotage de l'évaluation, composé de :

Jean-Louis Denis	Département d'administration de la santé, Université de Montréal, titulaire de la Chaire FCRSS/IRSC - Transformation et gouverne des organisations de santé
Céline Mercier	Centre de recherche de l'Hôpital Douglas, Université McGill
Normand Lauzon	Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre
Andrée Quenneville	MSSS, Direction générale de la planification stratégique et de l'évaluation, désignée par la régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec au moment de la formation du comité
Yvon Brunelle	MSSS, Direction générale des affaires médicales et universitaires
Betty Guedj	MSSS, Direction de l'évaluation, de la recherche et de l'innovation
Jean Turgeon	École nationale d'administration publique (ÉNAP)
Jean Mercier	MSSS, Direction générale des services à la population (membre jusqu'en juin 2000)

Synthèse de travaux sur l'innovation et le changement : Denis Goulet, rédacteur indépendant

Soutien technique : Lise Lapointe, avec la collaboration de Céline Drouin.

RÉSUMÉ

L'objectif principal de l'évaluation, pilotée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, visait à tirer profit des connaissances produites par les quarante projets québécois financés par le programme du FASS. Il visait ainsi à optimiser les retombées des projets pour améliorer le système et, conséquemment, les soins et les services à la population québécoise.

Innovation et changement

Rendre compte de quarante projets comportant des caractéristiques très diversifiées et implantés dans la majorité des régions du territoire québécois a posé un défi majeur aux évaluateurs. Compte tenu que la majorité des projets proposent d'offrir des solutions novatrices pour améliorer une situation ou résoudre des problèmes identifiés dans le système de soins et services, l'innovation et le changement constituent les pierres angulaires sur lesquelles s'appuie la présente analyse. Une distinction s'est imposée entre les notions d'innovation et de changement, chacune correspondant à des composantes différentes des grands processus de transformation des institutions sociales, des organisations et des pratiques. Alors que l'innovation sociale peut être associée ici à un « projet du FASS » pour introduire quelque chose de nouveau dans le système de soins et services, le changement lui, est le résultat des diverses modifications effectuées au cours du processus d'implantation des divers projets.

Approche méthodologique

L'analyse a procédé par étapes successives. Un premier niveau général d'analyse a permis de caractériser les projets. L'analyse s'est par la suite complexifiée pour dégager des regroupements de projets pour effectuer une analyse transversale. Celle-ci a permis d'identifier les caractéristiques des projets qui semblent les plus favorables au changement, ainsi que les conditions nécessaires à la production du changement dans le système.

L'analyse s'est articulée autour de trois grandes questions d'évaluation, à savoir 1) comment se caractérisent les 40 projets québécois du FASS ? ; 2) quelles sont les caractéristiques des projets qui offrent les meilleures capacités de changement pour l'amélioration des services, des processus et des pratiques ? ; 3) quelles sont les conditions nécessaires à la production et à la diffusion du changement dans le système ?

Cibles et stratégies des projets

En ce qui concerne la première question, l'évaluation montre comment se caractérisent les différents projets à partir :

- de la population ciblée : soit la clientèle atteinte d'une maladie chronique spécifique telle que le diabète, l'asthme, etc. ; la clientèle présentant une vulnérabilité particulière telle que les personnes âgées ; la population d'un territoire donné, dans une MRC par exemple ;

- des stratégies d'intervention adoptées, entre autres le projet pilote et des espaces de transformation touchés dans le système sociosanitaire, soit la clinique, la gouverne, les valeurs, les règles du jeu du système.

À ces caractéristiques, s'ajoutent le nombre d'établissements et d'acteurs impliqués ainsi que l'ampleur des difficultés rencontrées pour impliquer divers groupes d'acteurs, dont les médecins. Cela a permis de regrouper les projets selon leur degré de complexité : haute, moyenne ou faible. Les projets du FASS correspondent donc à des interventions plus ou moins complexes qui offrent un potentiel de changement variable.

Deux scénarios semblent se dégager des projets du FASS quant aux liens entre la complexité des interventions et la production de changement. **Le premier scénario** présente des projets simples et peu complexes (faible complexité) qui offrent la possibilité de générer des effets rapides, ainsi qu'une réponse avantageuse pour la clientèle. Ils produisent des changements significatifs et relativement prévisibles dans des univers bien circonscrits. Les projets ont donc un rendement élevé : ils produisent des effets attendus et jugés positifs à court terme dans l'organisation de services sans commander des investissements importants. Ils sont simples à implanter et exploitent les marges d'ajustement présentes dans l'état actuel des organisations et du système de soins. Lorsqu'un projet est de plus faible complexité, qu'il cible une maladie plutôt que la population d'un territoire, les défis qu'il a à surmonter sont moins nombreux et les objectifs visés risquent d'être atteints plus rapidement dans le temps. Dans ce type de projets, les actions sont circonscrites dans le temps et dans l'espace, les changements produits sont limités et n'atteignent pas les espaces les plus structurants du système dans son ensemble. Ces projets produisent néanmoins des changements utiles, pertinents et généralisables.

Le deuxième scénario présente des projets de complexité élevée qui produisent des changements relativement moins marquants à court terme car ils touchent plusieurs espaces de transformation (clinique, gouverne, valeurs et système). À première vue, ces projets ont un rendement moins élevé et produisent des résultats plus modérés et moins prévisibles à court terme. Ils sont plus difficiles à mettre en œuvre et exigent la maîtrise de processus complexes de changement. La mise en œuvre de tels projets témoigne aussi de l'importance d'apporter des changements au niveau des règles du jeu du système. De tels projets n'exploitent pas uniquement les marges d'ajustement autorisées par l'état actuel du système, ils visent également à générer de nouveaux cadres et capacités d'action en vue de mieux adapter les organisations et le système de soins. Ce type de projets requièrent un investissement important de ressources, présentent beaucoup d'incertitude dans leur implantation et visent une nouvelle façon d'organiser les relations entre les professionnels. Ils imposent des négociations nombreuses sur plusieurs fronts à la fois, lesquelles entraînent une période de latence au cours de laquelle peu de changements tangibles sont perceptibles. Peu importe la problématique concernée, les projets de haute complexité présentent un potentiel de changement plus élevé à moyen et à long terme, dans des espaces de transformation plus étendus du système de soins et de services.

De façon générale, l'ampleur du changement correspond au degré de complexité du projet. Plus un projet est complexe, plus il a à faire face à un nombre important de défis, ce qui requiert plus d'outils et de temps pour y parvenir. Contrairement aux projets de faible complexité, les projets de haute complexité, tels que les modèles d'intégration de

soins et de services sur une base populationnelle, commandent des investissements substantiels, sont peu prévisibles, s'avèrent plus lents et plus difficiles à mettre en œuvre et forcent la collaboration d'un grand nombre d'acteurs. Ils produisent des résultats moins perceptibles à court terme, mais permettent d'anticiper des effets substantiels à plus long terme.

Caractéristiques favorables au changement

En ce qui concerne la deuxième question, l'évaluation montre que les projets du FASS ont été l'occasion de générer des capacités de changement dans le réseau. Elle met en évidence l'importance de combiner un certain nombre de caractéristiques favorables pour que les promesses de changement d'un projet spécifique puissent se concrétiser. Trois caractéristiques semblent particulièrement déterminantes d'une capacité accrue de changement dans l'expérience des projets du FASS : l'implication des acteurs, la décentralisation et la mise en œuvre de structures souples.

La première caractéristique, **l'implication des acteurs**, renvoie à une cooptation efficace des acteurs dans les organisations. En fait, dans plusieurs cas, les projets du FASS ont été l'occasion de coopter les cliniciens dans le développement et l'expérimentation de nouveaux modèles d'organisation et d'intervention. Les avantages d'une telle participation professionnelle s'appuient sur deux hypothèses au cœur de l'analyse des organisations professionnelles et des organisations fondées sur la connaissance. Premièrement, pour accroître la performance de ces organisations, il importe de limiter la distance entre les rôles d'opérateurs et les rôles de concepteur ; plusieurs projets du FASS fusionnent ces deux rôles. Deuxièmement, pour accroître la performance de ces organisations, il importe de mobiliser des acteurs aux expertises diversifiées dans les activités de résolution de problème ; plusieurs projets du FASS mettent à contribution une diversité d'expertises professionnelles et renforcent les synergies entre la clinique et la gestion.

La décentralisation, qui constitue la seconde caractéristique, est également au cœur des capacités de changement découlant de l'expérience du FASS. Pour résoudre les problèmes du système de soins et de services, il importe de permettre l'émergence d'une variété d'initiatives dans les organisations. Une telle dynamique émergente commande de la part des instances centrales et des autorités régionales des rôles d'appui, d'incitation et d'expertise. Plusieurs projets du FASS montrent l'effet de levier des dynamiques interne et externe, entre les organisations, quand les instances gouvernantes s'éloignent des rôles habituels de planification et de programmation et soutiennent l'innovation.

Enfin, plusieurs projets ont mis en œuvre des **structures souples** telles que des comités de gestion, des comités cliniques, etc., permettant d'accroître la coordination des acteurs et des organisations. Ces structures souples renvoient au besoin d'intensifier les interrelations dans ce type d'organisation pour faire face à la complexité des problèmes. L'efficacité de telles structures commande toutefois la présence d'une gestion orientée vers l'intégration pour maintenir une cohérence stratégique et opérationnelle au projet.

Dans l'ensemble, ces caractéristiques, parmi d'autres qui ont également été documentées, illustrent que les organisations doivent capitaliser sur les expertises professionnelle et organisationnelle tout en assurant un agencement et une coordination efficaces de

ces dernières. De plus, les organisations et le système de soins font face actuellement à des difficultés importantes. Il est probable, que dans un tel contexte, le recours à une gestion hiérarchique soit très peu approprié. Le recours à des structures souples jumelées à des rôles d'intégration est conforme à ce que l'on connaît du fonctionnement et de la performance des organisations professionnelles. Le besoin d'intégration souligne l'importance de bien comprendre la nature et les conditions de l'exercice du leadership dans ce type d'organisation.

Il ressort clairement de l'évaluation qu'une seule de ces caractéristiques ne peut contribuer à elle seule à produire du changement structurant. La capacité de changement est conditionnelle à la capacité de combiner et de doser ces caractéristiques à des moments précis et en des lieux particuliers, donc de maîtriser la mise en œuvre de l'innovation et de gérer le processus de changement.

Conditions nécessaires au changement

Pour ce qui est de la troisième question, l'évaluation met en lumière que la présence d'un ensemble de conditions s'avère indispensable pour produire et diffuser le changement. Elle a permis d'identifier des conditions portant sur le capital humain, sur des éléments structurels du système et le rôle des instances de gouverne ministérielle et régionales, et sur l'importance du temps pour soutenir le processus de changement. Concernant le **capital humain**, l'évaluation signale l'importance d'une vision portée par des leaders reconnus qui sauront intéresser d'autres acteurs bien choisis pour s'allier un plus grand ensemble d'acteurs. L'évaluation fait ressortir également que sans un bassin de ressources humaines compétentes et disponibles, le changement le plus prometteur, le plus pertinent et le plus structurant ne pourra se réaliser. La formation des acteurs contribue à les habiliter pour faire le pas vers le changement.

La production d'un changement dépend également de **conditions d'ordre structurel** qui touchent les niveaux décisionnels central et régional. Parmi celles-ci, l'apport de fonds de démarrage et la façon d'allouer les budgets aux organisations ressortent de façon particulière. Mettre en oeuvre un projet demande un budget minimal d'implantation ou de transition. Si le projet à instaurer est confronté à une logique de budgétisation basée sur une enveloppe allouée par organisation, il lui sera certainement plus difficile de développer un réseau de services intégrés pour une clientèle spécifique par exemple. De même, un projet qui tente de modifier la prestation des soins et des services en instaurant des pratiques interprofessionnelles et multidisciplinaires est limité par le mode de rémunération actuel des médecins. Or, la mise en place des conditions structurelles favorables à la production du changement s'appuie surtout sur le rôle des administrations ministérielle et régionales. Seule l'administration centrale est en mesure d'intervenir sur le législatif et sur les règles du jeu du système pour lever les obstacles et atténuer les irritants. Elle est la seule qui puisse modifier les modes d'allocation des budgets aux organisations du système et adapter les modes de rémunération des médecins pour accroître la cohérence interne du système, particulièrement dans un contexte d'intégration des services.

Enfin, introduire une innovation sociale dans le but de produire un changement implique de disposer d'une **période de temps raisonnable**, une condition indispensable. Plus le changement envisagé est complexe, plus il nécessite une longue et minutieuse préparation, une attention soutenue, et plus il dépend de l'appui de toutes les instances déci-

sionnelles. Les innovations impliquant des changements complexes présentent plus d'incertitude et ne peuvent s'implanter dans un court laps de temps. Convaincre les acteurs de la pertinence du changement, leur laisser le temps d'apprivoiser l'idée du changement, leur montrer les avantages pour la pratique, pour la clientèle, prend du temps. Lorsqu'il s'agit de réorganiser les services de première ligne pour l'ensemble de la population d'un territoire donné, plusieurs leviers du système doivent être utilisés et adaptés. Plus le changement est d'envergure et plus il est « dérangeant », plus il sera long à s'instaurer. La très grande majorité des projets du FASS ont manqué de temps pour faire la démonstration de leur potentiel.

Conclusion

Le programme du FASS a représenté une innovation en soi, en proposant une nouvelle façon d'introduire du changement dans le système. Il a fourni une occasion de financement par l'injection de plusieurs millions de dollars, ce qui a apporté beaucoup d'oxygène dans le système. Il a stimulé les réflexions en cours, créé un contexte d'ouverture à l'émergence de l'innovation, provoqué des alliances entre les mondes académiques et opérationnels de gestion et de professionnels du terrain. Il a permis de générer des connaissances en quantité et en qualité dont la somme constitue un noyau de connaissances extrêmement riches. Il a procuré un certain capital de risque rare dans le système, en offrant un espace à la mesure de l'imprévisible et au risque de l'échec.

Au-delà de la richesse extraordinaire procurée par l'expérimentation d'autant de projets novateurs en même temps, la questions de la pérennité des projets déjà en place se pose, mais aussi celle de la généralisation des projets les plus porteurs. L'expérience du FASS a permis d'identifier les conditions favorables à l'introduction d'innovations. La suite consiste à voir comment ces connaissances peuvent être appliquées pour une dissémination des technologies, des interventions et des pratiques qui détiennent un potentiel réel d'amélioration du système de soins et de services.

AVANT-PROPOS

Dès le lancement du programme du Fonds pour l'adaptation des services de santé (FASS) en 1997 par Santé Canada, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) s'est impliqué activement dans la sélection des projets venant du Québec. Cette implication visait à s'assurer que les projets financés contribueraient à solutionner les problèmes du système québécois de la santé et des services sociaux, jugés les plus importants, et qu'ils offriraient des garanties suffisantes pour s'intégrer au système au terme de leur financement en provenance du FASS. Elle visait également à ce que les projets tiennent compte des particularités du Québec.

Compte tenu de l'effet structurant possible d'un bon nombre de ces projets, le MSSS a obtenu du FASS un financement spécifique pour évaluer les retombées de l'ensemble des projets québécois. C'est de cette démarche d'évaluation dont rend compte ce rapport.

Le défi de cette démarche consistait à effectuer une évaluation à partir de données hétérogènes recueillies par d'autres équipes d'évaluation et à partir des résultats que leurs évaluations ont mis en évidence. Cette évaluation est donc tributaire de la collaboration de nombreuses personnes, à commencer par le personnel du Secrétariat du FASS, notamment les analystes responsables des projets québécois, qui nous ont donné accès, dans les meilleurs délais, à l'information provenant des projets. Nous désirons remercier toutes ces personnes pour leur appui.

Nous tenons plus particulièrement à souligner la collaboration des responsables des projets, promoteurs et évaluateurs. Tout au long de cette démarche, ceux-ci ont contribué à fixer les paramètres de cette évaluation, dont les questions de l'évaluation, et à valider notre compréhension de leur projet ainsi que les données sur lesquelles ont reposé nos analyses. Leur précieuse collaboration renforce la crédibilité des résultats produits de même que les chances qu'ils soient utilisés dans la prise de décision.

Enfin, nous voulons également remercier M. Jean-Yves Simard, Directeur général de l'Hôpital Ste-Anne-de-Beaupré, et son équipe, pour avoir accepté de gérer la subvention qui a permis la réalisation de cette évaluation.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 1

1. LA DÉMARCHE DE L'ÉVALUATION 5

1.1 LE CONTEXTE QUÉBÉCOIS DES PROJETS DU FASS 5
1.2 LA PERSPECTIVE ET L'OBJET DE L'ÉVALUATION 6
1.3 LA STRATÉGIE ET LES QUESTIONS DE L'ÉVALUATION 9
1.3.1 La stratégie de l'évaluation 9
1.3.2 Les questions de l'évaluation et les procédures d'analyse 10
1.4 LES FORCES ET LES LIMITES DE L'ÉVALUATION 12

2. LES CIBLES ET LES STRATÉGIES DES PROJETS QUÉBÉCOIS DU FASS 15

2.1 LES CIBLES DES PROJETS DU FASS 15
2.1.1 Les maladies 17
2.1.2 Les clientèles 17
2.1.3 Les populations 18
2.2 LES STRATÉGIES D'INTERVENTION 18
2.2.1 Le projet pilote 19
2.2.2 Les espaces de transformation 21
2.3 LA COMPLEXITÉ DES PROJETS 21

3. LES CARACTÉRISTIQUES DES PROJETS FAVORABLES AU CHANGEMENT 25

3.1 LES PROJETS DE HAUTE COMPLEXITÉ 25
3.1.1 L'implication des acteurs concernés par le changement 26
3.1.2 La décentralisation et le respect des dynamiques locales 27
3.1.3 Le leadership 28
3.1.4 L'utilisation des leviers du système 29
3.1.5 La mise en œuvre de structures souples 30
3.2 LES PROJETS DE PLUS FAIBLE COMPLEXITÉ 31
3.3 LES FACTEURS DÉTERMINANTS DE LA CAPACITÉ DE CHANGEMENT 33

4. LES PRINCIPALES CONDITIONS DE PRODUCTION ET DE DIFFUSION DU CHANGEMENT 37

4.1 LES CONDITIONS RELIÉES AU CAPITAL HUMAIN 37
4.1.1 La vision portée par des leaders 37
4.1.2 L'alliance des acteurs vers le changement 38
4.1.3 Les ressources humaines 40
Le milieu et les conditions de travail 41
Les compétences 41
4.2 LES CHANGEMENTS STRUCTURELS PRÉALABLES 43
4.2.1 L'allocation des ressources financières 44
Les fonds de démarrage 44
La budgétisation des organisations 45
4.2.2 Les modes de rémunération 46
4.2.3 La gestion des ressources humaines 46
4.3 LE RÔLE DES INSTANCES CENTRALES ET RÉGIONALES 47
4.3.1 L'appui à l'innovation émergente et à son intégration dans le système 47
Le cas des projets pilotes 48
4.3.2 La mise en place d'incitatifs pour soutenir l'innovation 49
4.3.3 L'utilisation de l'information pour soutenir l'élaboration des politiques 51

4.3.4 Le temps comme ressource indispensable de soutien au processus de changement 52

CONCLUSION 55

BIBLIOGRAPHIE 59

ANNEXES 63

Annexe 1 Les projets québécois du FASS

Annexe 2 Modèle de grille de dépouillement

Annexe 3 Modèle de matrice

Annexe 4 Les fiches synthèses

INTRODUCTION

En 1994, le gouvernement canadien conviait 24 experts à se pencher sur les problèmes auxquels était confronté le système de santé canadien en mettant sur pied un Forum national sur la santé. Le mandat de ce forum consistait à réfléchir aux principaux enjeux liés à l'organisation des soins afin de proposer des solutions aux problèmes de fragmentation, de rupture dans le système et d'inadéquation entre les besoins de la clientèle et l'offre de services.

La principale constatation découlant de ces travaux concernait le fait que les décisions en matière de planification des soins et des services sont généralement prises en l'absence de données probantes ou à partir de données partielles, souvent utilisées de façon inappropriée dans la prise de décision. Le groupe d'experts proposait une série de mesures pour favoriser le développement d'une culture de décision appuyée sur des données probantes, et ce, afin de mieux répartir les ressources limitées du système et de mieux évaluer l'effet des décisions.

Donnant suite à la principale recommandation du Forum, le Gouvernement fédéral annonçait en 1997 la mise sur pied du FASS. Ce fonds transitoire de 50M$ par année, pour trois ans, visait la mise à l'essai et l'évaluation de projets novateurs pour produire des données utiles afin de déterminer les approches qui contribueraient à favoriser des adaptations significatives dans le système de soins et de services de santé. Le Fonds est le fruit d'une collaboration entre plusieurs partenaires qui s'est concrétisée au sein d'un groupe de travail fédéral, provincial, territorial, auquel le Québec s'est associé. Ces projets devaient s'inscrire dans quatre domaines jugés prioritaires des services de santé, soit :

- la prestation de services intégrée ;
- les soins à domicile ;
- les soins primaires ;
- les questions relatives à l'assurance médicaments et aux produits pharmaceutiques.

Au Québec, la Direction de l'évaluation, de la recherche et de l'innovation du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a mis en place un processus de sélection et de suivi des projets. Le MSSS a lancé deux appels d'offres, l'un à l'automne de 1997 et l'autre au printemps de 1998. Pour faire la sélection des projets, il a établi les critères de sélection suivants :

- l'aspect novateur des projets ;
- la possibilité de généraliser les résultats ;
- le lien avec le système de santé et les priorités ministérielles ;
- l'importance des retombées ;
- la capacité des projets de s'intégrer dans le système ;
- la prise en considération des particularités des régions ;
- la présence d'un volet d'évaluation pour chacun des projets.

L'application de ces critères a mené à la sélection de 37 projets qui ont tous été financés par le FASS, à partir de l'enveloppe de 29M$ pré-établie pour le Québec. Quatre autres ont obtenu des fonds de l'enveloppe canadienne du FASS et sont inclus dans cette évaluation. L'un d'eux comporte deux phases de réalisation - l'une financée à partir de l'enveloppe québécoise et l'autre à partir de l'enveloppe canadienne ; il est inclus dans les 37 projets. L'évaluation des retombées des projets québécois qui fait l'objet du rapport, porte donc sur un total de 40 projets qui représentent un investissement total de près de 35M$[2].

Cette évaluation constitue en quelque sorte le 41ième projet québécois financé par le FASS. Elle analyse en quoi ce qu'on peut appeler le « programme du FASS » a suscité du changement en introduisant des innovations dans les organisations et le système de santé.

Toute la démarche présentée dans ce rapport renvoie à la question du lien entre l'innovation et le changement qui peut être formulée, aux fins du présent exercice, de la façon suivante : peut-on inciter à l'innovation, de façon délibérée, et prendre pour acquis qu'elle va nécessairement entraîner du changement, du seul fait d'avoir recours à un programme du type de celui du FASS ? De fait, en introduisant ces 40 projets en même temps dans le système de santé, dans un contexte où les organisations et les acteurs de ce système étaient relativement essoufflés et en attente de ressources, on faisait le pari qu'en canalisant de nouvelles ressources dans des projets considérés comme porteurs de transformation à plus ou moins long terme, il était raisonnable de croire que ces investissements produiraient nécessairement du changement. Du même coup, on postulait implicitement que les changements, si minimes soient-ils, auraient d'emblée un impact positif sur l'ensemble du système.

Toutefois, considérant l'étendue, la variabilité et la durée limitée des projets, il est difficile de tirer des données concluantes quant à leurs effets sur le système et sur la santé et le bien-être des populations visées. De plus, comme les évaluations des projets sont de nature et d'envergure fort différentes les unes des autres, il serait également risqué d'attribuer une valeur aux projets eux-mêmes ainsi qu'aux changements observés dans ces évaluations. Même s'il n'est pas possible de leur attribuer une valeur positive ou négative, il est possible, en revanche, de se prononcer sur la question de savoir ce qu'il faut prendre en considération dans le système pour produire du changement. Qu'ils aient atteint ou non leurs objectifs, qu'ils se soient implantés tel que prévu ou partiellement, les projets du FASS et les innovations qu'ils ont cherché à implanter représentent, en effet, une occasion unique de mieux comprendre quels sont les facteurs et conditions propices à la production de changement dans les organisations du système de santé québécois. C'est dans cette optique qu'a été conçue la démarche d'évaluation qui est décrite en détail au chapitre 1.

Le rapport est divisé en quatre chapitres. Le premier décrit sommairement le contexte, la perspective et l'objet de l'évaluation, la stratégie et les questions de l'évaluation, les procédures utilisées pour y répondre, ainsi que les forces et les limites de la démarche. Les trois chapitres suivants correspondent chacun aux grandes questions sur lesquelles a porté cette évaluation. Le chapitre deux porte sur ce qui caractérise les 40 projets québécois du FASS et permet d'effectuer des regroupements aux fins d'une analyse d'en-

2. Ce montant inclut les fonds provenant des enveloppes québécoise et canadienne du FASS, ayant servi au Québec.

semble. Le chapitre trois dévoile les résultats de l'analyse transversale des projets du FASS. Cette analyse porte sur le regroupement des projets en fonction de leur degré de complexité et des clientèles qu'ils visent. Elle permet d'identifier les caractéristiques des projets qui semblent les plus favorables au changement. Le chapitre quatre aborde les conditions nécessaires à la production du changement dans le système. Enfin, une conclusion générale présente les principales leçons tirées de l'expérience du FASS au Québec. Elle aborde en particulier la question de la capacité du système à absorber autant d'innovations dans une aussi courte période de temps que celle fixée par le programme du FASS.

1. LA DÉMARCHE DE L'ÉVALUATION

Ce chapitre présente la perspective qui a été adoptée pour cerner l'objet de cette évaluation. On y retrouve les grandes questions de l'évaluation qui constituent l'armature du rapport, de même qu'une description des procédures qui ont soutenu la collecte et l'analyse des données. Une discussion succincte sur les forces et les limites de cette démarche vient compléter cette présentation.

1.1 Le contexte québécois des projets du FASS

Au cours des dernières années, le système de santé québécois a été marqué par des transformations nombreuses, créant ainsi un environnement global changeant : réformes successives, compressions budgétaires, virage ambulatoire, départ massif à la retraite de professionnels d'expérience, évolution considérable de la recherche en santé (pharmacologie, biotechnologie, etc.), arsenal thérapeutique de plus en plus sophistiqué et de plus en plus coûteux, espérance de vie accrue et vieillissement de la population. Autant de transformations en si peu de temps bouleversent à la fois les structures de services et les pratiques des intervenants et des gestionnaires. Les projets québécois du FASS visent à corriger plusieurs des problèmes identifiés à la fois au Québec, par la Commission Rochon (1988), et, au Canada, par le Forum national sur la santé (1996), soit : une fragmentation et une discontinuité des soins et des services, des problèmes d'accessibilité, un fonctionnement par mission d'établissements, un manque d'échange et de communication entre les professionnels et entre les organisations, de même qu'une absence de vision commune.

Les 40 projets réalisés au Québec s'inscrivent dans au moins trois des quatre domaines prioritaires préconisés par le Fonds : 33 portent sur les services intégrés, 26 sur les soins primaires et 20 sur les soins à domicile (voir annexe 1). Aucun projet n'a été sélectionné ni recommandé dans le domaine de l'assurance médicaments, car ce programme existait déjà au Québec au moment du lancement du FASS, et faisait alors l'objet d'une évaluation.

Un examen sommaire de ces projets révèle que très peu d'entre eux ne touchent qu'à un seul des domaines. On observe en effet des chevauchements d'un domaine à l'autre, qui s'expliquent entre autres par le fait qu'il est difficile de concevoir des modèles d'organisation à l'état pur, en soins primaires ou en soins à domicile, qui ne procèdent pas par des formes d'intégration des services. De la même manière, la prestation de services intégrée n'existe pas pour elle-même, elle doit trouver un terrain d'application ou un domaine où l'on pourra mettre à l'épreuve notamment des modes de collaboration interorganisationnelle et interprofessionnelle. Une autre source d'explication réside dans une des caractéristiques intrinsèques du système de soins et de services québécois : les soins de santé et les services sociaux relèvent d'une même structure de gouverne au sein du même ministère et d'instances équivalentes de gestion régionalisées. Cette situation fait en sorte qu'il existe des liens directs, voire des formes d'intégration, entre les problématiques sociales et celles de santé, si bien qu'il devient difficile d'isoler des secteurs d'intervention qui, ailleurs au Canada, relèvent d'entités différentes et sont gérés de manière indépendante les uns des autres. Dans ce contexte, le programme du

FASS a fait l'objet d'une adaptation québécoise et s'est concrétisé dans des projets qui ont combiné des composantes ou des caractéristiques de l'un ou l'autre des domaines jugés prioritaires par le FASS.

Comme le montre l'annexe 1, les 40 projets couvrent tout le territoire du Québec. Certains se sont implantés dans des milieux très urbanisés et pluriethniques, d'autres en région périphérique, dans des agglomérations urbaines à faible densité, en milieu rural ou semi-rural et plutôt homogène au plan culturel. Ils ont disposé d'un financement dont l'importance varie considérablement – de 37 000 $ à 7,6M$. Pour 12 d'entre eux, le financement a servi uniquement à l'évaluation d'une intervention novatrice déjà existante, mais n'ayant jamais été évaluée. Pour 28 autres, il a permis de mettre en place ou de consolider l'innovation et de l'évaluer. Enfin, seize projets sont des prototypes que l'on veut mettre à l'épreuve, soit des projets pilotes, qui sont mis en place et évalués pour en tester l'efficacité.

Compte tenu de l'hétérogénéité des projets, le défi de l'évaluation a consisté à trouver un angle sous lequel il devenait possible d'établir des liens et des constantes entre tous ces projets. Il fallait en quelque sorte « innover » pour concevoir une démarche d'évaluation qui permette à la fois de reconnaître cette diversité et de pouvoir en tirer des observations plus générales. C'est ce qui constitue l'essentiel de ce chapitre (pour plus de détails, consulter Dagenais, Desbiens et coll., 2001).

1.2 La perspective et l'objet de l'évaluation

La mise en application du programme du FASS au Québec représente un terrain exceptionnel par la richesse des informations à analyser : quarante projets visant trois grandes priorités du système de soins et de services, des clientèles et des problématiques diversifiées, implantés sur l'ensemble du territoire du Québec. En même temps, elle confronte les évaluateurs à des situations en évolution constante ainsi qu'à des objets et à des résultats difficiles à comparer. Les projets se sont implantés alors que les milieux de soins et de services étaient encore affectés par des réformes et des réductions de ressources importantes. De plus, l'évaluation de plusieurs projets s'est déroulée en même temps que leur implantation, ce qui présentait l'avantage de pouvoir permettre des ajustements en cours de route, mais qui, en contrepartie, contribuait à placer les évaluateurs dans une situation de constante adaptation pour saisir toute la portée de ces mouvements d'ajustement sur l'état et le contenu des projets.

En raison de ce mouvement continu, il fallait privilégier une perspective qui permette une analyse transversale des projets, sans devoir procéder à l'étude en profondeur des projets pris un à un. En effet, au-delà de leurs contrastes, les projets partagent tous une caractéristique dominante : ils comportent un caractère novateur et ciblent la production d'un changement plus ou moins substantiel au sein du système de santé et de services sociaux québécois. C'est pourquoi l'évaluation ne porte pas spécifiquement sur le contenu de chacun des 40 projets, mais porte plutôt sur l'innovation et le changement induit observable à travers l'évolution des projets.

« Innover » signifie introduire une nouveauté dans un environnement déjà existant, connu et familier. L'innovation en tant qu'action vise à découvrir des voies jusque-là inexplorées et à transformer l'environnement. Elle tend à rompre avec ce qui est établi

en proposant quelque chose de mieux et considéré comme plus efficace pour améliorer une situation ou résoudre un problème. Cette « nouveauté » ou action innovante prend ici la forme d'un nouveau service, d'une nouvelle technologie adaptée ou d'une nouvelle pratique administrative ou clinique, ou encore d'une nouvelle modalité organisationnelle (Hage, 1999). La promulgation d'une politique en santé mentale, l'implantation de maisons de naissance où pratiquent des sages-femmes, ou encore l'instauration de maternelles pour les enfants de quatre ans représentent toutes des innovations sociales qui introduisent un changement d'approche dans la façon de voir et de penser, et un changement de pratique dans la façon de faire et d'agir.

> « Pour améliorer la qualité de leurs services, les organisations publiques, sociales et communautaires doivent adapter leurs modes de gestion et d'organisation aux divers phénomènes qui sont venus bousculer le milieu de travail et aux nouvelles façons de faire. Elles doivent traiter et intégrer de façon optimale le flux d'information, investir dans la formation de leur personnel et susciter son adhésion aux changements parfois rapides auxquels il est confronté. Dans ce contexte, l'innovation organisationnelle, une des formes de l'innovation sociale, devient un passage obligé. » (Gouvernement du Québec, 2001)

Ainsi, ce qu'il est convenu de nommer l'innovation sociale fait référence à la façon dont une organisation sociale réaménage ses composantes pour faire face à un nouvel environnement plus complexe.

> « Par innovation sociale, on entend toute nouvelle approche, pratique ou intervention ou encore tout nouveau produit mis au point pour améliorer une situation ou solutionner un problème social et ayant trouvé preneur au niveau des institutions, des organisations, des communautés. » (Bouchard, 1999)

Les notions d'innovation et de changement sont souvent utilisées de façon interchangeable, alors qu'en réalité il y a avantage à les distinguer, car elles correspondent à des composantes différentes des grands processus de transformation des institutions sociales, des organisations et des pratiques. Alors que le projet innovant introduit quelque chose de nouveau dans un environnement donné, le changement est l'aboutissement du processus ciblé de transformation. L'innovation en tant qu'action organisée ou en voie d'organisation sur le terrain vise la production du changement (voir figure 1), mais ne produit pas nécessairement toujours le changement souhaité, comme il en sera question aux chapitres 3 et 4.

Afin de produire du changement, il faut arriver à transformer un environnement soit en utilisant différemment un ou plusieurs de ses éléments pré-existants, ou encore en y introduisant un nouvel élément, c'est-à-dire une innovation. En d'autres mots, l'introduction d'une innovation constitue un moyen de produire du changement, mais il est loin d'être le seul. Peu importe le procédé choisi, pour que le changement s'implante et s'avère structurant, il y a un processus à gérer ; il s'agit de déterminer la trajectoire, les leviers sur lesquels agir pour arriver à transformer l'organisation, les pratiques ou encore les structures.

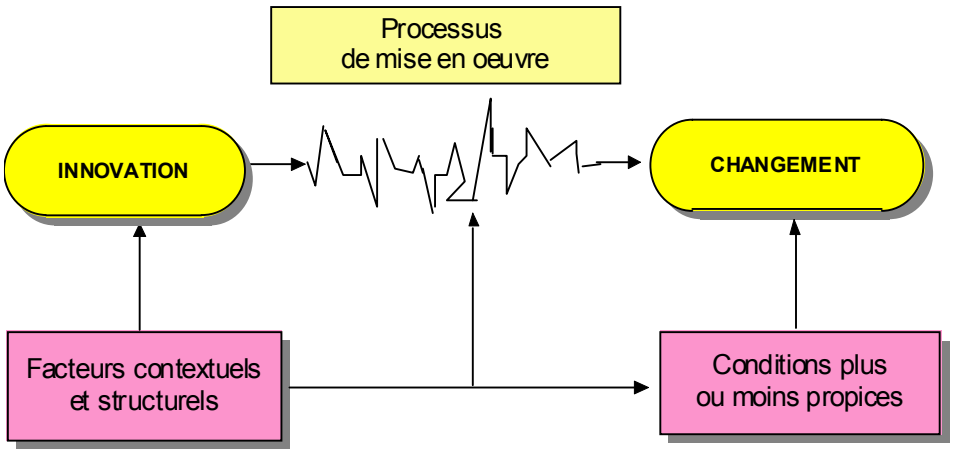
Des acteurs qui composent avec les leviers du système (les structures de gouverne, les modes de rémunération, les modes d'allocation des ressources, etc.) ne gèrent pas nécessairement de l'innovation, mais ils gèrent un processus de changement.

Quand on cherche à transformer les pratiques des professionnels, on gère aussi du changement sans qu'il s'agisse toujours d'une innovation. Ce qu'il faut retenir, c'est que le changement n'est pas forcément tributaire de l'introduction d'une innovation, mais qu'il est le fruit d'un processus dynamique de transformation.

> « Le concept de changement est généralement entendu et défini soit comme un processus, soit comme un écart dans le contenu de ce qui est observé. Dans le premier cas, le terme changement est utilisé pour désigner la progression des événements, le cheminement entre des situations différentes dans le temps. Dans le second, il est utilisé afin de décrire le bilan des différences observables empiriquement dans la forme, la qualité ou l'état des situations elles-mêmes. » (Dufour et Lamothe, 1999)

La figure 1 tente de représenter ce processus dynamique, c'est-à-dire le cheminement de l'action innovante dans le temps et dans l'espace, pour en arriver à observer des changements ou, du moins, à les anticiper. Ce processus est caractérisé par une progression en « dents de scie » avec des moments où les choses avancent positivement, avec des moments où des forces d'inertie ralentissent le processus ou le font reculer, ou encore produisent des effets non prévus qui peuvent remettre en question l'innovation. Le changement observable est la résultante de ce processus. Or, entre le projet de départ (innovation) et la résultante observée (changement), plusieurs facteurs interviennent et la présence ou l'absence de conditions particulières peut aussi bien assurer la réussite du processus d'implantation que le conduire à un résultat mitigé, voire à un échec.

Figure 1
De l'innovation au changement



Au point de départ, les projets du FASS comportent tous une dimension innovante et visent tous à produire du changement, que ce soit en intervenant sur les modèles d'organisation des services, sur les pratiques, sur des outils ou encore sur la difficile percée des frontières professionnelles et organisationnelles. Ils peuvent également innover en cours d'implantation soit dans le processus de mise en oeuvre, soit dans les façons de mobiliser les acteurs, ou encore dans l'utilisation des leviers du système. C'est ce processus critique d'introduction de l'innovation, pouvant mener ou non au changement, qui est au cœur de cette démarche d'évaluation. Ce qui est recherché ici c'est d'arriver à cerner le mieux possible, dans tout ce corpus d'idées ou d'actions innovantes, lesquelles paraissent les plus susceptibles de produire du changement et à quelles conditions ce changement peut être transféré dans le système.

1.3 La stratégie et les questions de l'évaluation

La démarche d'évaluation préconisée pour rendre compte des retombées des projets du FASS s'inscrit dans ce contexte d'introduction de l'innovation et est elle-même tributaire de l'évolution des actions innovantes sur le terrain et de l'influence des acteurs qui participent à ces projets. En effet, l'information sur laquelle elle s'appuie provient des acteurs impliqués dans les projets et des données produites aux fins de leurs évaluations. Il s'agit essentiellement des données secondaires fournies par les rapports d'évaluation produits par les projets, de données collectées à l'occasion d'événements de diffusion, ou encore de celles provenant d'entretiens avec les promoteurs ou évaluateurs à des moments précis du déroulement des projets. Il fallait donc innover pour réaliser cette évaluation et adopter une stratégie d'évaluation qui permette de composer avec cette prise « indirecte » sur la réalité des projets.

1.3.1 La stratégie de l'évaluation

La stratégie mise au point vise à dégager la substance des projets dans leur ensemble sans partir d'hypothèses préconçues. Elle s'ajuste aux données disponibles qui ont varié considérablement dans le temps. La stratégie adoptée a procédé d'une logique « constructiviste » (Guba et Lincoln, 1989) pour tenir compte du caractère mouvant de l'objet à étudier et du point de vue des acteurs au fur et à mesure de l'évolution des projets. Concrètement, ce mode de raisonnement s'est traduit dans une approche à la fois inductive et interprétative. Elle est inductive car elle s'élabore à partir du matériel empirique provenant de l'ensemble des projets à comprendre, à regrouper et à valider au moment où l'information est disponible. Elle est interprétative puisque l'analyse du matériel recueilli conduit à élaborer des schémas interprétatifs permettant d'organiser le matériel et de formuler des hypothèses d'interprétation. En combinant différentes sources d'information aux différents stades de développement des projets, en considérant les points de vue de ceux qui ont réfléchi à ces problématiques et en échangeant avec les promoteurs et les évaluateurs, cette stratégie procède donc par itérations successives et permet de construire les interprétations en fonction de l'état d'avancement réel des projets, plutôt qu'à partir de l'intention de départ.

Pour pouvoir tenir compte de la diversité des points de vue, la stratégie préconisée s'est en outre appuyée, de façon directe ou indirecte, sur l'implication des différentes « parties intéressées » (de l'anglais stakeholders) pour s'assurer de produire des conclusions plausibles et porteuses de sens pour les acteurs sur le terrain. Cela a impliqué de pren-

dre en considération les intérêts légitimes revendiqués par les groupes d'acteurs dans la prise de décision (Landry, 1998). De fait, l'évaluation s'est déroulée en étroite collaboration avec les promoteurs et les évaluateurs des projets qui ont produit les données sur lesquelles elle repose. De plus, un comité de pilotage a été mis sur pied au début de l'année 2000 pour guider les évaluateurs. Ce comité a ainsi joué le rôle crucial d'expert-conseil à toutes les étapes de la démarche d'évaluation. Il s'est réuni à une dizaine de reprises pendant la durée du projet, soit de janvier 2000 à décembre 2001. En plus de guider l'ensemble de la démarche, il a largement contribué à l'interprétation des résultats de l'évaluation et à l'élaboration du rapport.

Le comité de pilotage était composé d'acteurs représentant différents points de vue. On y retrouve des professionnels du MSSS délégués par les directions générales les plus immédiatement intéressées, soit la Direction générale des services à la population, la Direction générale des affaires médicales et universitaires et la Direction de la planification stratégique et de l'évaluation, des représentants des régies régionales où se sont réalisés le plus grand nombre de projets financés par le FASS, ainsi que des représentants des milieux scientifiques provenant de trois équipes jouissant d'une expertise reconnue en évaluation et qui ont été impliqués, à des degrés divers, dans l'évaluation de projets innovants, dont plusieurs financés par le FASS.

1.3.2 Les questions de l'évaluation et les procédures d'analyse

Deux opérations ont contribué à cerner les questions de l'évaluation. D'abord, des entretiens ont été menés auprès d'un échantillon d'une quinzaine de promoteurs et d'évaluateurs de projets pour explorer les questions d'intérêt. Ces personnes ont été sélectionnées de façon à représenter tous les projets, les petits et les gros, les grands centres et les régions éloignées. Les personnes rencontrées ont indiqué les questions qu'elles voulaient voir approfondies. Puis, une démarche similaire a été effectuée au sein du comité de pilotage du projet. Par la suite, un exercice d'analyse et de synthèse a permis d'identifier trois grandes questions auxquelles cette évaluation tente de répondre. Les trois questions sont les suivantes :

- Qu'est-ce qui caractérise les projets québécois du FASS ?
- Parmi les différentes approches expérimentées, quelles sont celles qui offrent les meilleures garanties d'amélioration des services, des processus et des pratiques ?
- Quelles sont les conditions nécessaires à la généralisation des innovations les plus prometteuses ?

Question 1 : Qu'est-ce qui caractérise les projets québécois du FASS ?

Cette question visait à décrire ce qui se dégage d'un premier examen des projets. Les opérations suivantes ont été réalisées pour y répondre : 1) documentation du contexte d'émergence de chacun des projets et identification des origines et des conditions préalables à leur développement et à leur préparation ; 2) examen des processus de mise en œuvre pour cerner les conditions de réalisation et d'intégration dans le système ; 3) bilan des expérimentations en ce qui a trait aux résultats ; 4) constitution de regroupements des projets en fonction de leurs caractéristiques communes.

La première étape a consisté à réaliser une analyse de contenu de l'ensemble des données obtenues à partir des documents produits par les promoteurs et les évaluateurs (demande de financement, devis d'évaluation, rapports intérimaire et final), des rencontres avec chacun d'eux et des activités de diffusion concernant certains projets (colloques, forum de discussion, etc.). Cette analyse a permis de comprendre comment les projets se sont implantés (processus) et quels résultats en découlent. Elle a servi à préparer une grille de dépouillement (annexe 2) contenant l'ensemble des données nécessaires aux étapes suivantes de l'analyse. Le contenu de cette grille de dépouillement a été soumis aux promoteurs et évaluateurs pour qu'ils en valident le contenu.

Dans un deuxième temps, une fiche synthèse a été produite pour chacun des projets à partir des grilles de dépouillement afin de réduire l'ampleur des données. Ces fiches contiennent les données suivantes : 1) titre du projet, 2) clientèle visée, 3) budget alloué, 4) contexte d'émergence du projet (pourquoi le changement, principales caractéristiques, objectifs de l'évaluation), 5) processus de mise en œuvre (modalités, enjeux ou défis posés, conditions favorables et obstacles), 6) résultats, 7) potentiel de généralisation. L'ensemble des fiches synthèse est présenté à l'annexe 4.

Enfin, la dernière opération a consisté à mettre au point une typologie des projets de façon à pouvoir en dégager les différences et les similitudes. Cet exercice a été réalisé par un sous-groupe formé de cinq membres du comité de pilotage à partir de l'examen des fiches synthèse. Les résultats de cette opération font l'objet de la dernière section du chapitre 2.

Question 2 : Parmi les différentes approches expérimentées, quelles sont celles qui offrent les meilleures garanties d'amélioration des services, des processus et des pratiques ?

Il s'agissait ici d'identifier, parmi les différentes approches, celles qui paraissent les plus favorables au changement. La réponse à cette deuxième question découle de la mise en relation des stratégies d'intervention (ensemble d'actions et de moyens) avec les résultats atteints concernant les acteurs, les relations entre les établissements et les professionnels, les soins et les services et la clientèle.

Elle repose sur une analyse transversale des données obtenues pour chacun des regroupements de projets. Pour réaliser cette analyse, les données contenues dans les fiches synthèse ont été réduites à nouveau de façon à être contenues dans une matrice (annexe 3) pour chacun des projets. Ce nouveau format permet de mettre en relation le contexte dans lequel un projet a été mis en œuvre, les principaux éléments qui le caractérisent et les résultats intermédiaires obtenus. L'analyse est centrée sur les facteurs endogènes, c'est-à-dire propres aux projets. Les résultats de ces analyses font émerger les caractéristiques issues des projets eux-mêmes et font l'objet du chapitre 3.

Question 3 : Quelles sont les conditions nécessaires à la généralisation des innovations les plus prometteuses ?

Une fois les approches les plus favorables identifiées, l'analyse a porté sur les conditions nécessaires à une éventuelle généralisation dans le système de soins, que ce soit sur les plans local, régional et national. Il s'agissait ici de cerner les conditions « objectives » minimales que partagent les projets qui sont arrivés à produire du chan-

gement ou qui présentent un grand potentiel de changement. Ces conditions ont été identifiées en mettant en relation les résultats obtenus par les projets avec les caractéristiques qui en ont favorisé la mise en œuvre. L'analyse se penche plus particulièrement sur les conditions exogènes, soit les conditions ambiantes propices pour intégrer l'innovation dans le système et pour diffuser le changement. Elle a été effectuée en rapportant les connaissances sur les projets à celles qu'on peut dégager d'écrits connus sur l'innovation et le changement, pour mettre en perspective les conditions qui émergent de l'expérience des projets du FASS. Ces conditions sont présentées au chapitre 4.

1.4 Les forces et les limites de l'évaluation

L'évaluation des retombées des projets financés par le programme du FASS visait à produire de l'information pour comprendre comment l'innovation est introduite dans le système de soins et de services et dans quelle mesure elle peut y entraîner du changement ou conduire à des améliorations. Pour y arriver, cette démarche s'est appuyée sur une grande variété de sources de données, des données secondaires la plupart du temps, dont la quantité et la qualité sont inégales d'un rapport de projet à l'autre. De plus, toute la démarche a été marquée par un contexte de grandes transformations qui ont nécessité des ajustements continuels de la première étape de catégorisation des projets jusqu'à l'analyse des rapports finaux.

À l'instar des projets qui en constituent la matière première, cette évaluation ne s'est donc pas réalisée dans un contexte de stabilité, et ce, tant dans le temps que dans l'espace. Dans ces conditions, le recours à une logique d'analyse du type « constructiviste » devenait quasi incontournable, en même temps que sa traduction opératoire sous la forme de schémas interprétatifs élaborés par itérations successives. Pour répondre aux questions de l'évaluation, le recours à un mode de raisonnement inductif comportait le défi de faire émerger du sens à partir de données diversifiées non standardisées, produites à des moments différents et par des personnes différentes. Cette situation s'est avérée particulièrement cruciale au moment de sélectionner l'information pertinente, parmi un ensemble de données substantielles, aux fins de l'analyse finale. C'est à cette étape que le comité de pilotage a joué un rôle déterminant puisque ce dernier exercice de sélection a pu s'appuyer sur les connaissances de ses membres et, surtout, sur leur expérience directe avec plusieurs projets du FASS ou avec des projets comparables sur le terrain.

Par ailleurs, en raison de l'étendue (40 projets) et de la durée limitée de l'expérience du FASS (en général, un maximum de 24 mois pour l'implantation et l'évaluation des interventions), cette évaluation ne permet pas, sauf exception, d'apprécier l'incidence directe des projets sur l'état de santé et de bien-être des populations visées, pas plus qu'elle ne permet de dégager de façon claire des effets de système à long terme. Avec la stratégie utilisée, elle permet cependant d'anticiper certains effets à partir de la fréquence et de la constance de plusieurs observations ou interprétations, ou encore d'hypothèses de généralisation qu'il est possible de formuler au terme de la démarche. De plus, en rapportant des constatations générales sur les conditions d'adoption du changement déduites de toutes les opérations effectuées au cours de cette évaluation, à celles qui découlent de nombreux travaux sur l'innovation et le changement, il est raisonnable de croire à la valeur d'usage de l'information produite. À cette forme de validation théorique, s'ajoute une forme de validation empirique, qui s'est traduite par de fréquents allers et retours

entre l'équipe d'évaluation du MSSS (y compris les membres du comité de pilotage) et les promoteurs et évaluateurs de projets sur le terrain, à différents moments de cette démarche d'évaluation.

L'implication des principaux intéressés et la grande convergence des conclusions de leurs analyses respectives renforcent à la fois la validité interne de la démarche et la possibilité que les résultats soient acceptés et utilisés ultérieurement (Fawcett, 1990 ; Patton, 1990 ; Miles & Huberman, 1994 ; Fortin, Joubert, Morisset *et al.*, 1996 ; Tandon, Azelton, Kelly & Strickland, 1998). La stratégie adoptée permet, en définitive, de dégager des grandes lignes qui traversent tous les projets et d'arriver à « une forme de généralisation des résultats qui peut être qualifiée d'analytique » (Yin, 1993 ; Fortin, Joubert, Morisset *et al.*, 1996). Il est en effet possible d'identifier des conditions facilitant ou non l'introduction de l'innovation et la production du changement dans le système de soins et services qui soient utilisables aux fins de la prise de décision.

2. LES CIBLES ET LES STRATÉGIES DES PROJETS QUÉBÉCOIS DU FASS

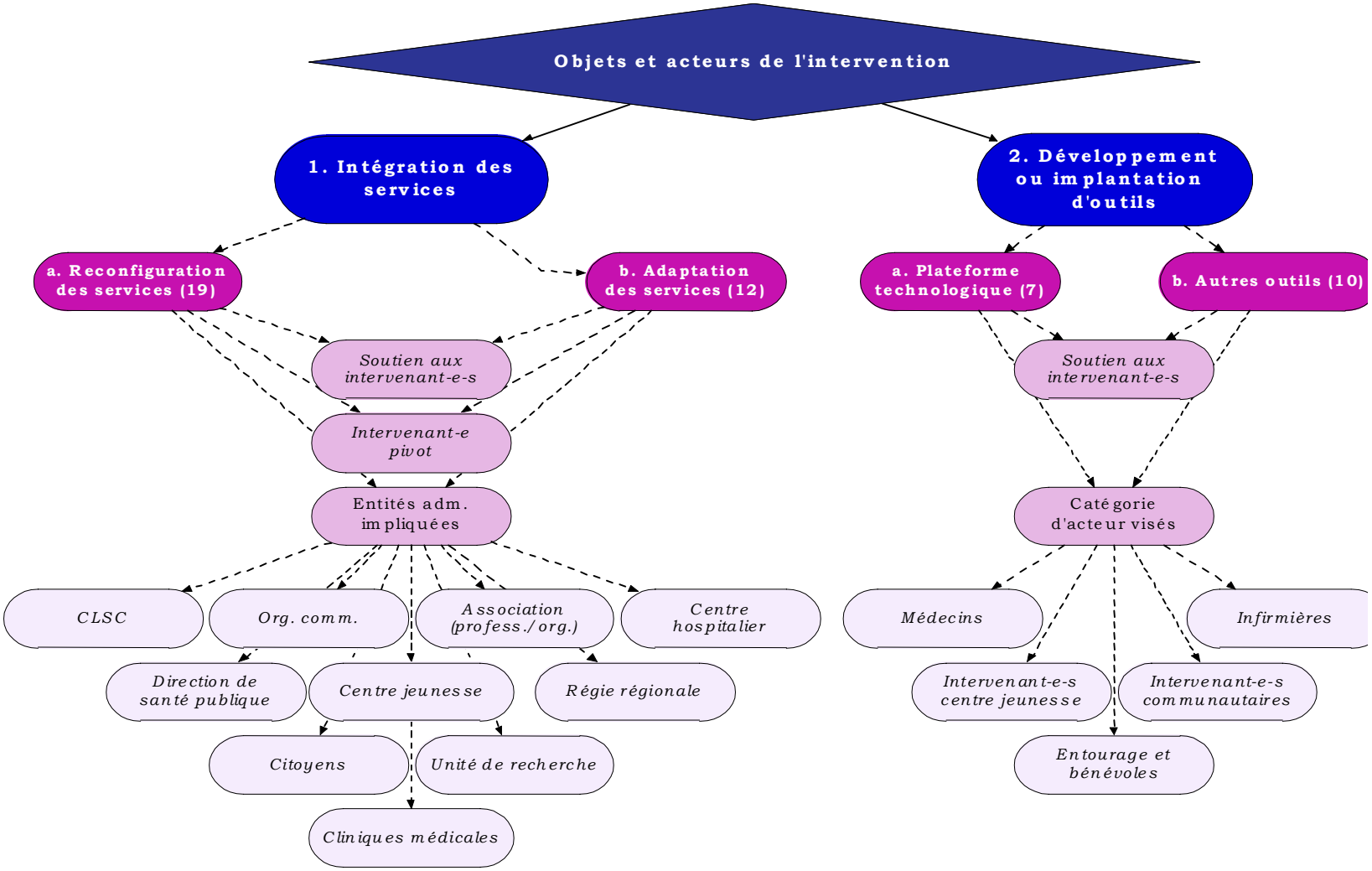
Le contenu de ce chapitre porte sur les cibles et les stratégies d'intervention qui caractérisent les projets québécois du FASS. Cette présentation met en évidence l'idée que la progression des événements sur le terrain a influé sur le cheminement de l'analyse, faisant en sorte que la façon de considérer les projets s'est singulièrement complexifiée avec le temps. C'est ce dont rend compte la description des projets, qui s'est effectuée suivant trois itérations. La première a permis d'établir une classification selon les interventions ciblées au départ pour produire du changement. La seconde a permis d'examiner plus en détail les stratégies mises en œuvre pour introduire l'innovation. Enfin, la troisième débouche en quelque sorte sur un cadre d'analyse qui permet, au terme de l'exercice et en tenant compte de l'évolution de l'information sur les stratégies d'intervention adoptées, d'établir une relation entre le degré de complexité des innovations mises en œuvre et leur capacité de changement.

2.1 Les cibles des projets du FASS

Un premier exercice de classification effectué au début de la mise en œuvre des projets a permis d'avoir une vue d'ensemble des objets et des acteurs visés ou impliqués dans l'intervention. La figure 2 en présente le résultat. Les 40 projets y sont regroupés en fonction de deux grands axes d'intervention, soit l'intégration des services et le développement ou l'implantation d'outils. Le premier axe montre deux voies préconisées pour produire du changement dans le sens d'une meilleure intégration des services, afin de combler notamment des déficits de coordination. Pour y parvenir, certains promoteurs ont misé sur une reconfiguration des services ou sur la création d'une nouvelle entité administrative. D'autres ont plutôt opté pour l'adaptation des services existants sans toucher les structures du système. Dans le second axe, les deux façons de produire du changement reposent sur l'introduction d'outils au service de divers groupes d'intervenants de la santé et des services sociaux. Un premier groupe de projets s'appuient sur une plate-forme technologique telle que les technologies de l'information. Un autre groupe de projets recourent à d'autres types d'outils pour les intervenants, tels que des protocoles de dépistage ou des guides de pratique.

La figure 2 montre également que les projets impliquent une grande diversité d'acteurs, que ce soit des professionnels, des coordonnateurs, des gestionnaires, des décideurs, des usagers. Certains de ces acteurs agissent à la fois à titre de promoteurs, d'évaluateurs ou d'intervenants. De plus, plusieurs types d'organisation sont impliqués : CLSC/CHSLD, régies régionales, MSSS, hôpitaux, cabinets privés de médecins, centres de recherche, associations professionnelles et organisationnelles, organismes communautaires. Impliquer autant d'acteurs dans l'introduction d'innovations représente un défi, puisqu'il n'est pas toujours évident que les intérêts convergent au départ dans la direction du changement souhaité.

Figure 2 : Classification des projets



***NOTE:** Les chiffres entre parenthèse représentent le nombre de projets faisant partie de cette catégorie. Comme certains projets peuvent se retrouver dans plus d'une catégorie, le total dépasse 40.*

L'examen des différentes façons de produire du changement (voir aussi l'annexe 1) révèle que peu de projets n'appartiennent qu'à une seule catégorie. Un même projet peut ainsi viser à la fois le vieillissement, la santé mentale et l'optimisation des ressources. Même si les projets ont été regroupés en fonction de l'objet dominant, il paraît clair que pour améliorer, par exemple, les soins primaires ou encore les soins à domicile, il faille également travailler à l'intégration des services afin de corriger les déficits de coordination observés, ou utiliser une plate-forme technologique pour mieux intégrer les services. D'ailleurs, une trentaine de projets québécois ont mis en œuvre des processus pour favoriser à des degrés divers l'intégration des services.

Les projets portent sur des problématiques variées telles que l'engorgement des salles d'urgence des hôpitaux, les soins palliatifs à domicile, la participation des citoyens à la définition des besoins en soins primaires, ou encore la télémédecine. Ils s'adressent en outre à des clientèles aussi diverses que les personnes âgées en perte d'autonomie, les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale, les jeunes et les familles suivies par les organismes de protection de la jeunesse. Bien qu'une forte proportion de projets touchent souvent des problématiques mixtes, impliquant un nombre plus ou moins grand d'acteurs, ils se distinguent toutefois par la population qu'ils ciblent. Trois cibles d'intervention principales singularisent les projets du FASS : une maladie, une clientèle ou une population complète sur un territoire délimité.

2.1.1 Les maladies

Des projets ont ciblé des personnes atteintes de maladies spécifiques, comme les maladies cardiovasculaires, l'asthme ou le diabète. Il s'agit alors de concevoir et de mettre au point une intervention ou un modèle d'organisation de services pour prendre en charge une maladie chronique ou accroître la compétence des personnes à mieux maîtriser leur maladie. *Le projet de Réseau régional de cliniques de prévention des maladies cardiovasculaires dans la région du Saguenay–Lac-St-Jean* (#2), celui sur l'*Éducation des personnes asthmatiques consultant à l'urgence ou étant hospitalisées* (#37), ou encore le *Modèle de soins intégrés pour patients souffrant du diabète dans une approche populationnelle* (#18), dans Montréal-Centre, en sont des exemples. Selon la nature de l'intervention, les projets peuvent faire appel, à des degrés variables, à la coopération et à la coordination d'acteurs et d'organisations diverses.

2.1.2 Les clientèles

D'autres projets ciblent des clientèles vulnérables telles que les personnes âgées en perte d'autonomie ou les personnes souffrant de troubles mentaux graves. Il s'agit dans ce cas de mettre au point une intervention centrée sur un groupe de personnes pouvant présenter plusieurs problèmes de santé (psychosocial, santé physique ou mentale). C'est le cas, par exemple, du projet de *Système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie (SIPA)* (#14), de celui sur le *Soutien communautaire intégré et multisectoriel pour des personnes ayant des problèmes sévères et persistants de santé mentale - Habitations Nouveau Départ* (#20) dans la région de l'Outaouais, ou encore de celui de *la Coordination des services gérontogériatriques dans la région de Mauricie–Bois-Francs* (#6). La cohabitation de plusieurs problèmes de santé et les situations de grande vulnérabilité des personnes peuvent exiger des formes étendues de

collaboration interprofessionnelle et interorganisationnelle et des mécanismes complexes de coordination des soins et des services.

2.1.3 Les populations

Quelques projets s'adressent à toute la population d'un territoire donné (CLSC, MRC, etc.). En orientant l'intervention vers toute la population, les projets touchent toute la gamme des maladies, des clientèles de différents groupes d'âge et de différentes conditions de vie. Il s'agit de projets visant l'intégration des soins et des services pour l'ensemble d'une population ou la mise au point d'interventions propices à l'amélioration de la santé dans une communauté. Le projet de *Capitation dans la MRC du Haut-Saint-Laurent* en Montérégie (#30) et celui *du Réseau de services de base intégrés* (# 1) dans le Bas-St-Laurent en sont de très bons exemples. Ces projets se caractérisent par une complexité de mise en œuvre et de fonctionnement plus élevée que ceux qui visent des maladies ou des clientèles, puisqu'ils impliquent que travaillent ensemble les professionnels des différents établissements d'un territoire (CLSC, cliniques, CH, CHSLD, etc.), et ce, auprès de personnes présentant toutes les caractéristiques et problèmes possibles.

Intervenir auprès de l'une ou l'autre de ces trois cibles renvoie donc à des degrés de complexité différents et offre des potentiels variables de changement pour l'amélioration de l'organisation des soins et des services. On peut considérer que le degré de complexité va en décroissant selon que l'on s'adresse à une population, à une clientèle ou à une maladie spécifique. Toutefois, même si chacune des cibles est légitime, une approche de population semble receler un plus grand potentiel de transformation, du fait qu'elle vise à rendre les producteurs responsables envers plusieurs clientèles et qu'elle se réalise sous la gouverne d'une entité territoriale de services, qui, en théorie, devrait assurer l'intégration de l'ensemble des soins et des services.

2.2 Les stratégies d'intervention

Cette première mise en forme des projets permet de déceler que la complexité des interventions peut varier en fonction de l'envergure, de la cible et de l'importance des actions de collaboration qu'elle suppose, mais qu'elle varie aussi en fonction des contours plus ou moins définis des actions innovantes et du caractère plus ou moins prévisible des changements que celles-ci visent à produire. De fait, à partir d'une deuxième itération portant sur la mise en œuvre des projets du FASS, on observe plusieurs cas de figure qui illustrent des rapports différents entre les innovations et les changements.

Dans les situations plus prévisibles, l'innovation précède clairement le changement. La mise en place d'un *Protocole de dépistage systématique des femmes victimes de violence conjugale* (#35) correspond à cette situation. Le changement de pratique semble en partie programmable par la conception et l'implantation d'un guide. Le champ d'action du guide est relativement bien circonscrit et son implantation peut se concrétiser, entre autres, par des activités de formation. Ce genre de projet innovant propose une réponse technique simple à un problème social complexe.

Dans d'autres cas, c'est le changement qui pousse les acteurs à devoir concevoir et implanter des innovations. Dans le projet sur les *Effets des modes d'intégration des services en émergence dans la région sociosanitaire des Laurentides* (#26), la prise de position de la régie régionale en faveur d'une plus grande complémentarité entre les établissements a incité certaines sous-régions à mettre au point de nouvelles formes de collaboration sans recourir à des fusions d'établissements. Ici, la volonté affirmée de changement incite à l'innovation dans la mesure où le résultat des interactions multiples entre les acteurs et les organisations en cause converge vers une modalité organisationnelle acceptable pour ceux qui ont à prendre la décision de l'appliquer. Par contraste avec le premier cas de figure, le processus de mise en œuvre de solutions innovantes, pour produire le changement souhaité, est plus complexe que la formulation du problème à résoudre.

Dans le troisième genre de situations, l'innovation peut inciter à des changements imprévisibles, surtout dans le cas des innovations très complexes. L'objectif de mettre en place un système local de soins primaires, comme le projet de *Capitation dans la MRC du Haut-Saint-Laurent* (#30), a incité les acteurs à innover en cours de projet. En fait, les défis rencontrés sur le terrain ont mené à la conception d'innovations, dont l'installation d'infirmières en cabinets privés, qui ne faisaient pas partie intégrante du plan formel du projet. Dans ce cas, l'innovation émerge en cours de route au contact de la réalité et influe directement sur le processus de changement. En effet, malgré la formalisation avancée du projet, la conduite de l'action était à ce point complexe qu'elle a contraint les promoteurs, tout au long de son déroulement, à reformuler l'innovation en fonction des ressources disponibles et des réactions des acteurs impliqués. Au fur et à mesure de l'observation de certains effets, ils ont ainsi été amenés à reconsidérer leurs hypothèses initiales et à modifier les modalités de mise en œuvre.

Ces cas de figure révèlent qu'il existe plusieurs formes d'introduction de l'innovation. Cependant, l'une des formes d'introduction de l'innovation parmi les plus répandues, lorsqu'on veut introduire des innovations comportant de l'incertitude quant aux résultats à atteindre, est le projet pilote. Dans le programme du FASS, seize projets, soit plus du tiers, ont adopté un modèle inédit, un projet pilote qui cohabite avec le système existant, pour évaluer la pertinence de l'y intégrer.

2.2.1 Le projet pilote

Même si tous les projets du FASS comportent un caractère innovant, certains ont donc poussé l'innovation plus loin que d'autres, en choisissant la formule du projet pilote pour introduire l'innovation.

Un projet innovant qui procède selon une approche standard consiste en l'introduction d'une ou de plusieurs innovations au moyen d'outils, de pratiques, de structures, de processus, etc. À la différence du projet pilote, l'innovation n'est alors pas soumise à l'expérimentation d'un prototype ou au pré-test d'une nouveauté, ni à une durée transitoire. L'innovation s'inscrit en quelque sorte dans le cours « normal » du fonctionnement du système et peut s'y intégrer de facto.

Un projet pilote, par contre, consiste en la simulation d'un modèle ou d'un prototype, en contexte réel ou non, pour en tester la faisabilité et le potentiel de diffusion. Il met à l'épreuve une nouvelle approche ou un nouveau modèle qui fait l'objet d'observations soutenues en vue de porter un jugement sur les impacts de sa mise à l'épreuve. Il s'appuie sur une réflexion préalable, un recours aux connaissances existantes et à l'expertise pour formuler des objectifs. Il implique un processus évaluatif qui permet de faire l'hypothèse, en cours d'expérimentation, qu'il sera possible ou non d'atteindre les objectifs fixés au départ. La survie et l'intégration du projet pilote au système dépendent du caractère probant des résultats de son évaluation.

Le programme du FASS a suscité trois types de projets pilotes. Un premier type vise à tester un modèle alternatif d'organisation de soins et de services offrant des services à une clientèle déjà desservie par le système en place. Par exemple, le projet *SIPA* (#14) a sélectionné parmi les clientèles des services à domicile une portion de clientèle répondant à des critères précis. Ce projet expérimente une nouvelle façon de « concevoir, de planifier, de distribuer, de produire et de financer les services » à des personnes âgées avec incapacité fonctionnelle et présentant de nombreux problèmes sociaux et de santé. Il propose une organisation complète des soins et des services qu'il compare aux services réguliers de maintien à domicile du CLSC. Cette organisation repose sur trois dimensions : clinique (responsabilité clinique des personnes âgées et offre de services complète), organisationnelle (responsabilité de population d'un territoire donné avec assises communautaires), et financière (pré-paiement par capitation avec responsabilité pour l'ensemble des soins et services sociaux et de santé). Ce type de projet représente un défi important car il vise à transformer substantiellement les modes d'organisation habituels.

Le deuxième type de projet pilote consiste à expérimenter de nouvelles interventions, mais sans fournir des services directs destinés à une clientèle précise et sans modifier considérablement l'offre de soins. Ce sont des projets de développement et de validation d'outils, de protocoles, de formation à distance, etc., tels que *l'Application de la méthodologie Autocontrôle pour un changement de pratique efficace appliquée à la rationalisation de l'utilisation des tests diagnostiques* (#8). Ce projet vise à obtenir un consensus sur les changements de pratique. Il constitue une « stratégie d'intégration des lignes directrices dans la pratique qui diffère des méthodes fondées seulement sur l'éducation ».

Un troisième type de projet pilote met à l'épreuve un nouveau modèle d'offre de services à une clientèle mal ou non desservie, à même les ressources et les modes d'organisation du système, tout en développant de nouvelles pratiques et de nouveaux modèles organisationnels. Le projet *de Continuum de soins et de services à l'intention des usagers en phase terminale* (#12) représente un exemple intéressant à cet égard. Dans ce projet, la problématique des soins palliatifs a été abordée dans une perspective de continuité, reposant sur une approche intégrée, entre les praticiens à domicile et les praticiens institutionnels. Auparavant, la clientèle en phase terminale du territoire visé par le projet ne pouvait pas vraiment choisir de mourir à domicile puisque l'accompagnement par du personnel professionnel n'était pas disponible.

2.2.2 Les espaces de transformation

Comme on le voit, les stratégies retenues laissent percevoir que des changements peuvent être de nature et d'ampleur différentes. L'ampleur d'un changement peut être illustrée par les dimensions du système de soins et de services qui sont interpellées par un projet. Ces dimensions ou « espaces de transformation » sont au nombre de quatre (Denis, 2001) : la clinique (intervention comme telle), la gouverne (appareil structurel et décisionnel, ressources financières, incitatifs), les valeurs (cadre normatif guidant l'action et la prise de décision) et le système en tant que tel (règles du jeu systémique conditionnant le potentiel de changement au plan local : contrat de travail, mode de rémunération des médecins, allocation des ressources, etc.).

Les projets qui visent à implanter un guide de pratique pour une clientèle spécifique interviennent sur la clinique, mais aussi sur d'autres dimensions interdépendantes. En d'autres mots, quel que soit le degré de complexité de l'innovation à introduire, améliorer l'offre de soins et de services pour mieux répondre aux besoins de la population implique plus d'une dimension constitutive du système et des organisations de soins. Intervenir directement par l'implantation d'un guide de pratique, par exemple, implique aussi d'agir sur les valeurs. Un projet comme *Info-Santé CLSC : un projet pilote d'intervention téléphonique en santé mentale* (#20) porte sur un nombre limité de dimensions, puisqu'il propose un outil clinique qui peut modifier les pratiques des intervenants sans pour autant avoir d'effet direct sur la gouverne. Par contre, un projet comme *le Système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie (SIPA)* (#14) touche l'ensemble des espaces de transformation et remet en question à la fois la clinique, la gouverne, les normes et les règles du jeu du système. Le potentiel de transformation s'en trouve accru, mais également la complexité de sa mise en œuvre. Autrement dit, les interventions complexes ont vraisemblablement un potentiel de transformation plus élevé, mais elles représentent en même temps des défis plus importants en matière de maîtrise des innovations et de gestion du processus de changement.

2.3 La complexité des projets

Les différentes façons d'aborder les stratégies qui viennent d'être présentées ont constitué une autre étape de l'analyse. Cet exercice a permis de mettre en évidence que les projets du FASS se situent, sur une échelle de complexité, à des degrés très variables. Selon leur envergure, c'est-à-dire les cibles et les espaces de transformation visés, l'ampleur et l'intensité des collaborations exigées ou encore le degré de difficulté rencontré au cours de la mise en œuvre, ils peuvent être regroupés, aux fins de l'analyse transversale, autour de trois formes de complexité. En substance, la forme de complexité renvoie à l'une ou l'autre ou à l'ensemble des caractéristiques suivantes :

- la taille des cibles d'intervention (population, clientèle, maladie) ;
- les espaces de transformation du système de soins et de services interpellés (clinique, gouverne, valeurs, règles du jeu) ;
- le nombre d'établissements et de catégories de professionnels impliqués ;

- l'ampleur des difficultés rencontrées pour établir des interactions entre les professionnels, notamment avec les médecins.

En appliquant ces caractéristiques aux stratégies d'intervention, on peut distinguer trois formes ou degrés de complexité : haute complexité, moyenne complexité et faible complexité. Les projets de *haute complexité* visent principalement l'instauration d'un réseau de services intégrés dans un territoire déterminé. L'idée même d'un réseau de services intégrés suppose implicitement une mobilisation d'une grande diversité d'acteurs provenant d'organisations multiples et une mise en relation dynamique qui exige beaucoup de négociations risquant de modifier et, même, de déranger les habitudes des uns et des autres. Or, la plupart des projets d'intégration se sont butés à des obstacles structurels importants tels que les modes d'allocation des ressources aux établissements ou les modes de rémunération des médecins. Lorsque le réseau cible la population de tout un territoire, il élargit le spectre de son action et accroît la complexité de l'organisation et de l'intervention.

Les projets de plus *faible complexité* ont utilisé des leviers moins dérangeants en implantant, par exemple, des outils tels que des guides de pratique, des protocoles, des lignes directrices, des guides d'information, ou encore un programme de formation à distance pour des professionnels dans une région donnée. Dans la mesure où de tels projets ciblent une problématique précise, ils limitent le champ d'activité à couvrir, donc d'espaces de transformation. Ce type de projets moins complexes s'expose à des négociations interprofessionnelles et interorganisationnelles beaucoup moins laborieuses que dans le cas de l'instauration d'un réseau de services intégrés.

Les projets de *moyenne complexité* partagent à la fois des caractéristiques des projets de haute et de faible complexité. En général, ces projets visent à mieux coordonner et à intégrer les services, dont les contours sont plus circonscrits et les leviers affectés moins dérangeants que dans le cas des projets de complexité élevée. Ils mettent généralement en scène un moins grand nombre d'acteurs ou d'établissements. Par exemple, le projet de *Prestation de soins intégrés pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves et persistants dans leur milieu de vie* (#10) centre son action sur une clientèle desservie par un hôpital psychiatrique. Une équipe multidisciplinaire formée offre un suivi intensif à la clientèle dans son milieu de vie ou ailleurs. Le projet s'attaque à corriger des déficits de coordination des services, mais il le fait auprès d'une clientèle et dans des espaces délimités.

Le tableau 1 présente la répartition qui a été faite des quarante projets suivant la cible, les deux principales stratégies d'intervention et le degré de complexité. On y voit que 40 % des projets se situent dans la catégorie de faible complexité et que les projets de haute et de moyenne complexité se partagent à peu près également les deux tiers restant. On y voit en outre que les projets de haute complexité se répartissent à peu près également selon les trois grandes cibles, qu'un nombre équivalent de projets pilotes visent une population ou une clientèle, mais de façon marginale une maladie, et que le plus grand nombre de projets procédant selon une approche standard se concentrent sur une clientèle.

Cette répartition nous amène à constater que les projets du FASS correspondent donc à des interventions plus ou moins complexes. Une intervention moins complexe peut susciter des changements significatifs dans un espace bien circonscrit comme la clinique.

Par ailleurs, ce type de projet ne donnera probablement pas lieu à des transformations d'ensemble. Deux scénarios semblent se dégager de cette troisième itération sur les liens entre la complexité des interventions et la production de changements.

Le **premier scénario** présente des projets de faible complexité (ex. : coordonnateur et système d'évaluation à l'urgence, implantation de guides de pratique) qui produisent des changements significatifs et relativement prévisibles dans des univers bien circonscrits. On peut considérer que ces projets ont un rendement élevé : ils produisent des effets attendus et jugés positifs à court terme sans commander des investissements importants. Ils sont plus simples à implanter. Ces projets exploitent les marges d'adaptation qui sont présentes dans l'état actuel des organisations et du système de soins et de services.

Tableau 1
Répartition[3] des projets selon la cible, la stratégie de l'intervention et le degré de complexité

Cible / Degré complexité	Population		Clientèle		Maladie		Total
Stratégie	**Projet standard**	**Projet pilote**	**Projet standard**	**Projet pilote**	**Projet standard**	**Projet pilote**	
Haute complexité	4	1	3	1	2	2	**13**
Moyenne complexité	0	1	5	2	3	0	**11**
Faible complexité	3	4	4	4	1	0	**16**
Total Standard / pilote	**7**	**6**	**12**	**7**	**6**	**2**	**TOTAL 40**

Par opposition, le **deuxième scénario** présente des projets de haute complexité (modèle de soins et de services intégrés pour personnes vulnérables, modèle intégré de soins primaires sur une base populationnelle) qui produisent des changements relativement moins significatifs à court terme dans des espaces multiples de transformation (clinique, gouverne, valeurs et système), tout en commandant des investissements importants. Ces projets ont à première vue un rendement moins élevé: ils produisent des effets plus modestes et aussi moins facilement prévisibles malgré un investissement important de ressources. Ils sont plus difficiles à mettre en œuvre et exigent la maîtrise de processus complexes de changement. Ces deux scénarios ou voies de changement sont évidemment des types idéaux ; plusieurs projets peuvent se retrouver entre ces deux situations extrêmes ou partager des caractéristiques de l'une ou de l'autre.

3. Il importe de rappeler que ces proportions ont été établies à partir de l'analyse des données produites par les promoteurs et les évaluateurs.

C'est à partir de cette dernière itération entre le degré de complexité et le potentiel de changement que l'analyse transversale qui suit a été structurée. Elle postule que plus les projets comportent d'éléments de complexité, plus ils ont le potentiel de révéler les caractéristiques des projets qui paraissent déterminantes pour produire des changements.

3. LES CARACTÉRISTIQUES DES PROJETS FAVORABLES AU CHANGEMENT

Ce chapitre examine, parmi l'ensemble des projets mis en œuvre, les caractéristiques qui paraissent les plus favorables pour améliorer les services, les processus et les pratiques. Les caractéristiques retenues découlent de l'analyse transversale des projets réalisée en fonction des principales stratégies d'intervention et des résultats atteints concernant les acteurs, les relations entre les établissements et les professionnels, les soins et les services à la clientèle.

Pour effectuer cette analyse, les données contenues dans les fiches synthèse[4], présentées à l'annexe 4, ont été transposées sous la forme de matrices où l'information a été colligée suivant le contexte dans lequel un projet a été mis en œuvre, les principaux éléments qui le caractérisent et les résultats intermédiaires obtenus. Comme dans bien des cas, la durée limitée de l'expérimentation n'a pas suffi pour atteindre les objectifs fixés, la plupart des évaluations présentent des résultats intermédiaires qui constituent, en effet, des indicateurs du changement que pourraient produire les projets à plus long terme. Cette procédure d'analyse a permis de cerner les facteurs qui semblent les plus déterminants de la capacité de changement des projets.

Ce chapitre se subdivise en trois sections. Les deux premières présentent respectivement l'analyse transversale des projets selon leur degré de complexité et leur rendement en faisant ressortir leurs caractéristiques les plus déterminantes. Celles qui sont identifiées dans les projets de haute complexité sont applicables aux projets de moyenne et de faible complexité. De même, les caractéristiques retenues dans les projets de moyenne complexité peuvent aussi s'appliquer aux projets de plus faible complexité. La troisième section porte sur ce que l'on apprend globalement de l'analyse transversale sans égard au degré de complexité des projets, mais en faisant ressortir, parmi les caractéristiques dégagées, celles qui paraissent les plus favorables au changement.

3.1 Les projets de haute complexité

Les projets regroupés dans la catégorie de haute complexité s'orientent tous vers une meilleure intégration de l'action des différents dispensateurs de soins et de services qui peut être définie comme un « processus qui consiste à créer et à maintenir, au cours du temps, une gouverne commune entre des acteurs (et des organisations) autonomes dans le but de coordonner leurs interdépendances pour leur permettre de coopérer à la réalisation d'un projet collectif » (Contandriopoulos et Denis, 2001).

---

4. Plusieurs projets sont utilisés pour illustrer les propos de ce chapitre. Le lecteur peut se référer aux fiches synthèse à l'annexe 3 pour obtenir plus de détails sur chacun d'eux.

L'analyse transversale des projets de haute complexité fait ressortir au moins cinq caractéristiques qui peuvent influer sur le potentiel de changement :

1) l'implication des acteurs concernés ;
2) la décentralisation et le respect des dynamiques locales ;
3) le leadership ;
4) l'utilisation des leviers disponibles dans le système ;
5) la mise en oeuvre de structures souples.

3.1.1 L'implication des acteurs concernés par le changement

La mise en place d'une prestation de services intégrée présente un haut niveau de complexité, car elle touche plusieurs groupes d'acteurs : intervenants, médecins, partenaires institutionnels et communautaires, gestionnaires, etc. De fait, leur implication signifie non seulement d'être informés et consultés, mais de participer, de se sentir partie prenante et de disposer d'une marge de manœuvre pour s'engager dans un processus de réflexion, de discussion et de décision qui contribuera à clarifier l'objet du changement et à déterminer les stratégies pour sa mise en œuvre.

L'implication des acteurs peut s'illustrer par la participation à des comités au moment du démarrage et, en cours d'implantation, par des collaborations entre des partenaires et, éventuellement, par des ententes formelles liant les parties concernées. Le fait que différents groupes d'acteurs intéressés trouvent un lieu pour échanger et communiquer leurs points de vue incite à la mobilisation d'une expertise diversifiée en ressources humaines, professionnelles ou organisationnelles. L'observation démontre que rapprocher les concepteurs des projets des acteurs de la clinique et de la gestion ne peut qu'accroître le potentiel de production du changement en vue de contrer une culture de compartimentation et de cloisonnement. Dans l'expérience de *la Coordination des services gérontogériatriques des Bois-Francs* (#6), on observe que le projet est né du milieu « à même les ressources humaines, matérielles et financières existantes ». On y a mobilisé un grand nombre de partenaires et la participation active des professionnels a été développée en collaboration avec les partenaires, ce qui a favorisé le décloisonnement des services. Le projet de *Capitation dans la MRC du Haut-St-Laurent* (#30) révèle l'importance de l'implication des médecins dans le processus de mise en oeuvre. Leur participation aux différents comités, notamment au comité directeur du projet, a été considérée comme un atout. C'est le cas également de la *Programmation régionale de soins et de services de courte durée du Centre hospitalier ambulatoire de Laval (CHARL)* (#25) où l'on signale parmi les points forts la « place centrale qu'ont occupé les médecins dès l'élaboration du projet ».

L'expérience du *Réseau de services de base intégrés dans le Bas-St-Laurent* (#1), révèle, de son côté, comment le fait d'avoir mis à contribution des membres de la population, dans la sélection et la pondération des critères d'allocation des budgets, paraît prometteur. Les résultats de ce projet indiquent qu'en cooptant la population au cours de l'intervention, les acteurs du système sont incités à se repositionner davantage en fonction des intérêts de la population et, partant, à planifier une répartition plus équitable des ressources dans les différents secteurs du territoire.

Dans ce projet, comme dans tous ceux qui ont su mettre à profit les expertises de tous ordres, la reconnaissance de l'importance tant de l'expérience du terrain que du savoir tacite (selon l'approche de H. Ross Perot ; cité dans Kouzes et Posner, 1998), est une clé pour s'assurer de l'implication des acteurs concernés.

3.1.2 La décentralisation et le respect des dynamiques locales

Tous les milieux d'intervention possèdent leurs caractéristiques propres sur les plans géographique, culturel, social, économique et sanitaire. On observe, parmi celles-ci, que certains d'entre eux ont une longue histoire de collaboration ou de compétition, que d'autres ont une tradition d'« entrepreneurship », que plusieurs s'appuient sur des structures de concertation intersectorielles, ou encore sur un leadership fort et énergique. Chaque milieu représente donc un contexte plus ou moins dynamique et plus ou moins propice au changement. Dans des cas particuliers comme celui de la *Mise en place d'un système intégré pour les personnes souffrant de problèmes mentaux sévères et persistants dans la région du Nunavik* (#31), les caractéristiques intrinsèques du territoire nordique (territoire immense, difficulté de communication entre différentes communautés, dispersion de la population), le contexte socio-culturel, le degré d'acuité de certaines problématiques psychosociales (décès par suicide le plus élevé au Québec, phénomène de la porte tournante aggravé par le manque de ressources d'hébergement en général, etc.) amplifient le degré de difficulté pour réaliser le projet.

Plusieurs projets renseignent sur la façon dont il est possible d'entrevoir des modifications dans l'organisation des services tout en laissant émerger des communautés locales une variété d'initiatives dans le respect de leurs dynamiques propres. Dans de tels cas, les autorités gouvernantes, locales ou régionale, ont intérêt à sortir de leur rôle de planificateur pour adopter un rôle de soutien et d'accompagnant, en fournissant l'expertise et les incitatifs nécessaires aux adaptations favorables au changement.

Le projet sur les *Modes d'intégration des services en émergence dans la région sociosanitaire des Laurentides* (#26) est éloquent à cet égard. En effet, comme dans l'ensemble des régions du Québec, la région des Laurentides a été confrontée à devoir envisager de fusionner ses établissements. La régie régionale a opté pour une approche qui se démarque de la logique de fusion et a « profité du contexte pour insuffler un mouvement de changement dans sa région en procurant un cadre, des objectifs et des incitatifs ». Elle a confié aux CLSC le mandat de développer, en collaboration avec les partenaires des territoires, quatre réseaux de services[5]. Par ailleurs, la Régie se réservait la possibilité d'intervenir si les collaborations interorganisationnelles ne progressaient pas vers les objectifs fixés et selon les échéanciers prévus. Le rapport d'évaluation de ce projet précise que l'« initiative a permis l'émergence de réseaux de services de formes différentes correspondant aux caractéristiques et aux dynamiques des bassins sous-régionaux, ainsi qu'aux pratiques qui y prévalent ». Le rapport indique également que des conditions propres aux territoires influent sur la dynamique entre les acteurs organisationnels, par exemple, la « taille des établissements et l'organisation en place, les rapports de force entre eux, la quantité de ressources disponibles, le caractère central de certains établissements par rapport à d'autres, la capacité de rétention des profes-

5. Les quatre réseaux concernent les services de santé de base, les services de maintien à domicile pour les personnes en perte d'autonomie, les services pour les jeunes en difficulté d'adaptation et les services pour les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale.

sionnels tels les médecins, le volume de clientèle et la capacité de réponse », etc. Bref, en s'appuyant sur des acquis tels que des pratiques de collaboration antérieures, des relations de confiance établies au préalable, on a géré du changement en respectant les dynamiques à l'intérieur de chacun des territoires.

3.1.3 Le leadership

L'analyse transversale met particulièrement en lumière l'importance du leadership pour mettre en œuvre un projet novateur. En effet, plusieurs rapports d'évaluation soulignent le rôle et la contribution majeure d'un « champion » comme promoteur, initiateur, porteur d'un rêve, d'une idée, d'une « vision », capable de mettre de l'avant des valeurs qui rassemblent. À l'instar d'auteurs qui ont réfléchi sur le leadership, on peut ajouter qu'il est un « être d'exception » qui sait « amener une intuition, une découverte, un projet » du stade d'une idée à celui de sa réalisation (Schumpeter, 1939). Il est un « médiateur », un « traducteur à l'état pur » (Akrich, Callon et Latour, 1988a), un acteur capable d'intéresser, de mobiliser les ressources nécessaires pour la réalisation d'un projet.

Le *Projet d'action concertée sur les territoires de La Source et CLSC Orléans (PACTE) : Une gestion locale des services du réseau de santé et des services sociaux en réponse aux besoins des personnes âgées* (#4) illustre comment le leadership est déterminant dans le processus de changement. Les gestionnaires des trois établissements impliqués (deux CLSC, un hôpital) ont élaboré un projet s'appuyant sur une vision bien conçue[6]. Ils ont mis ensemble leurs idées, leur influence, leur position et leurs énergies pour mettre au point une nouvelle conception de l'organisation des services aux personnes âgées. Ils ont capitalisé sur leur expérience et sur des innovations antérieures, comme, par exemple, le fait d'avoir introduit une garde 24/7, 365 jours/an, dans un des territoires de CLSC, en association avec les cabinets de médecins.

Ce projet, comme bien d'autres, met en évidence l'effet d'amplification du leadership d'autorité, quand il est bien canalisé et, surtout reconnu. Ainsi, dans le projet de *Programmation régionale de soins et de services de courte durée du Centre hospitalier ambulatoire de Laval - CHARL* (#25) dont l'innovation porte sur « l'intégration des fonctions-clés de support, une intégration des médecins, une intégration des valeurs et une intégration clinique », le leadership persévérant de la haute direction de la régie régionale, une « relative clarté de la vision stratégique, l'engagement initial fort de certains acteurs-clés, la promotion du moins au départ d'une approche qualité, une gestion attentive des frontières et de l'autonomie organisationnelle et un processus ouvert et commun de définition des problèmes, enjeux et mécanismes », ont su intéresser les médecins dès la période de démarrage malgré des incitatifs financiers insuffisants et une certaine méfiance.

Dans d'autres situations, l'exercice d'un leadership d'influence fondé sur de l'expertise reconnue peut être tout aussi déterminant. C'est le cas spécialement quand des médecins ont été impliqués comme leaders dans le processus de mise en œuvre. Par exemple, dans le projet de *Capitation dans la MRC du Haut-St-Laurent* (#30), des médecins de cabinet privé faisaient partie du comité directeur et ont exercé en quelque sorte un leadership clinico-administratif. Dans le projet de *Réseau régional de cliniques de pré-*

6. « Il s'agit ici d'une volonté de réconcilier la responsabilité des CLSC, axée sur une population donnée, avec celle des centres hospitaliers davantage orientée vers des clientèles spécifiques » (Rapport final).

vention des maladies cardiovasculaires au Saguenay-Lac St-Jean (# 2), un médecin cardiologue a contribué à assurer la crédibilité de la démarche en agissant comme principal leader du projet. Dans les projets *de Coordination des services gérontogériatriques des Bois-Francs* (#6) et *SIPA* (#14), les leaders étaient également des cliniciens compétents et reconnus.

Qu'il soit gestionnaire ou clinicien, le leader est celui qui possède les aptitudes d'un entrepreneur, qui a une vision, la foi dans son projet, du dynamisme, une capacité de convaincre, et qui détient aussi les talents d'un stratège. Disposant d'une large autonomie et d'une autorité de compétence ou de gestion reconnue, il sait composer avec l'incertitude et la variété des acteurs impliqués. Une organisation innovante est celle qui mise sur le leadership et qui appuie ceux qui ont les capacités de l'exercer en transformant des idées créatrices en pratiques novatrices.

3.1.4 L'utilisation des leviers du système

Parmi les voies préconisées pour produire du changement, des projets ont opté pour une mise à profit optimale des leviers du système, c'est-à-dire le financement, les modes de rémunération, les modes d'allocation, la gouverne, les systèmes d'information, etc.

Les deux volets d'évaluation du projet des Bois-Francs sur la *Coordination des services géronto-gériatriques* (#6-7) renseignent beaucoup sur le fonctionnement du système, en plus d'avoir produit de l'information utile aux gestionnaires. Ce qui caractérise ce projet, c'est qu'on a respecté « l'architecture générale du réseau », utilisé les mécanismes et leviers existants, en les poussant à leur limite, et ce, sans ajout significatif de ressources financières. Ce projet d'une complexité élevée a été implanté avant l'arrivée du FASS (le mécanisme de coordination des soins et des services a été mis en place en février 1997). Il visait à intégrer « l'ensemble des services géronto-gériatriques disponibles dans la sous-région des Bois-Francs, allant de la promotion et de la prévention aux soins palliatifs ». Ici, l'innovation porte sur les modalités de coordination. Comme on l'indique dans le rapport d'évaluation du projet, la coordination repose sur « l'interdépendance de mécanismes de concertation intersectoriels aux divers niveaux décisionnels (stratégique, tactique et clinique), alors que l'ensemble des réalités sont gérées à partir d'éléments structurels, légaux et financiers reliés au cadre « établissement ». La constitution d'une équipe d'intervenants pivot formée à partir d'un partage de ressources humaines relevant des établissements partenaires concrétise un « engagement de leur part et un partage de la mission interétablissements ». Pour soutenir la réponse aux besoins de soins et d'aide à domicile et d'hébergement, un système d'information (dossier clinique informatisé) a été adapté aux besoins du milieu et a permis à ses utilisateurs des échanges cliniques, interprofessionnels et interorganisationnels en temps réel.

Les limites à l'utilisation des leviers du système se sont particulièrement manifestées à l'occasion de la mise à l'essai de ce modèle. Deux formes d'inertie principales se sont en effet conjuguées pour en limiter l'application : le degré d'information fort inégal de ses utilisateurs potentiels sur le terrain (médecins, pharmaciens, infirmières, acteurs du milieu communautaire, etc.) et les difficultés d'arrimage et d'interface avec les systèmes centralisés, dont l'accès aux fichiers de la RAMQ et aux données d'hospitalisation en constitue sans doute la partie la plus visible. Il faut ajouter à cela les difficultés d'adapta-

tion du mode de rémunération des médecins à des pratiques de soins intégrés et continus. Malgré ces difficultés d'application, la mise en place de ce modèle a forcé « un nouveau partage du pouvoir, des changements au niveau des mentalités et des modes de pratique, tant de la part des gestionnaires que des professionnels de la santé et, enfin, la participation pleine et entière des personnes aînées à toutes les étapes du processus de production de soins et de services ».

D'autres projets ont également utilisé des leviers existants sans nécessairement les pousser à leurs limites comme dans le cas précédent. Néanmoins, la plupart de ceux qui ont fait ce choix laissent entrevoir qu'il est possible que les pratiques des organisations et des professionnels soient modifiées en agissant sur les structures et les acteurs en place et en amorçant un processus de transformation, sans forcément introduire des technologies d'intervention très innovantes. Cependant, tous posent la question de savoir jusqu'à quel point il est possible de réorganiser les services dans le sens d'une véritable intégration, sans toucher les modes de financement et d'allocation des ressources, ainsi que les systèmes d'information qui relèvent des instances centrales.

3.1.5 La mise en œuvre de structures souples

Il a été observé dans plusieurs projets que la mise en œuvre de structures souples (comités cliniques, comités de gestion, comités de coordination, etc.) accroît la coordination des acteurs et des organisations. Ces structures répondent à la nécessité d'intensifier les interactions imposées en quelque sorte par la coordination complexe d'un ensemble de services à intégrer. Elles peuvent assurer le contact étroit entre les paliers décisionnel et clinique et permettre d'ajuster l'offre de services aux besoins. La majorité des projets étudiés font état de l'importance de structures souples, qu'elles soient permanentes ou temporaires. Elles jouent un rôle crucial au moment du démarrage, de la planification, du suivi de l'implantation et du fonctionnement du projet pour assurer un cheminement critique qui favorise les ajustements nécessaires en cours de processus.

L'introduction de l'innovation et la production du changement exigent beaucoup d'adaptation et de souplesse pour s'ajuster aux contraintes ou aux obstacles rencontrés forcément dans la mise en oeuvre. Les structures peuvent être des espaces de négociation contribuant à maintenir et surtout à concilier les intérêts des acteurs en présence. Elles peuvent aussi être l'occasion de favoriser l'émergence d'une dynamique d'apprentissage et permettre le rapprochement des acteurs concernés, mais cela ne signifie pas pour autant que la structure soit dénuée d'encadrement ni d'appui. Le maintien de la cohérence stratégique et opérationnelle du projet est assuré par un mécanisme régulateur appuyé par des structures de participation et de décision, comme c'est le cas du projet des Bois-Francs portant sur la *Coordination des services géronto-gériatriques* (#6) qui présente encore une fois un exemple fort éloquent à cet égard. La mise en place de trois niveaux de coordination qui interagissent entre eux, « stratégique (table de concertation), tactique (comité géronto-gériatrique) et clinique (équipe de gestion de cas) », a favorisé non seulement un apprentissage collectif de formules de coordination, mais encore une structuration soutenue de l'action dans le temps et dans l'espace.

3.2 Les projets de plus faible complexité

Les projets de complexité *moyenne* comprennent pour la plupart des caractéristiques relevées dans les projets de haute complexité. Ils peuvent détenir un aussi fort potentiel de changement que les projets plus complexes, dans la mesure où ils mettent en place des stratégies d'implication active des acteurs, qu'ils misent sur les forces vives du milieu et le respect des dynamiques locales, qu'ils peuvent compter sur un leadership fort, qu'ils utilisent les leviers du système et qu'ils mettent en oeuvre des structures souples. Ce qui les différencie, comme on l'a vu au chapitre précédent, c'est notamment le nombre relativement moins grand d'acteurs et d'établissements impliqués et le nombre plus restreint d'espaces de transformation affectés par le changement.

Plusieurs se distinguent également par leurs cibles et leurs objets. À ce propos, les projets de moyenne complexité qui ont eu recours à une plate-forme technologique méritent une attention plus particulière. En effet, les technologies de l'information comportent une forte composante d'innovation considérée généralement comme très prometteuse, particulièrement pour l'accès aux services en région éloignée et pour la circulation de l'information entre les professionnels généralistes des régions périphériques et éloignées et les spécialistes des grands centres. Ce type de projet fait toutefois face à plusieurs enjeux qui les particularisent, dont la protection des renseignements personnels au cours de la circulation de l'information, les coûts récurrents à l'accès, à la mise à jour des technologies et à la technologie comme telle. Des questions comme la convivialité, la compatibilité, la qualité et la fiabilité de la transmission d'information sont d'autres aspects à considérer lorsqu'on veut introduire ce genre d'innovation.

Le premier projet examiné est celui de la *Télémédecine au service des régions du Québec : un projet de démonstration aux Îles-de-la-Madeleine* (#24). Le projet a « procuré une aide pour établir, infirmer ou confirmer un diagnostic et établir le traitement approprié dans un laps de temps compatible avec des soins de qualité » et a évité un transfert à une vingtaine de patients des Îles. Il a aidé à renforcer la « relation de confiance entre le patient et son médecin traitant, ainsi qu'entre le médecin traitant et le consultant ». L'accessibilité à une expertise spécialisée a permis aux médecins de l'hôpital demandeur d'offrir des services à des patients présentant des problèmes de santé très diversifiés. De plus, les médecins et autres professionnels ont pu recevoir sur place, par téléconférence, de la formation qui rehausse les compétences et procure beaucoup de satisfaction.

Le projet de *Démonstration d'un dossier réseau en oncologie au Québec (DRIOC)* (#32) présente un deuxième cas intéressant. Il vise l'amélioration de la circulation de l'information clinique entre les divers intervenants qui fournissent des soins à la patiente atteinte de cancer du sein, soutenant ainsi la prestation des soins intégrés en oncologie. L'échange d'information entre les équipes de professionnels locales, régionales et supra-régionales repose sur la carte à microprocesseur, « pièce maîtresse du système d'information pour transmettre l'information pertinente ». Les médecins et autres intervenants ont montré de l'intérêt à intensifier leur participation que ce soit en augmentant le nombre des participantes ou encore en recrutant d'autres collègues.

Dans le projet de *Pratique médicale de l'avenir (PMA) Phase II* (#17), la composante technologique vise à procurer aux médecins omnipraticiens un accès à l'information clinique, à optimiser l'implantation de normes de pratique par un mécanisme d'alerte et de rappels personnalisés pour chaque patient, ainsi qu'à développer un modèle d'acquisition d'information pour une meilleure surveillance de l'état de santé de la population.

Dans d'autres types de projets, les technologies de l'information sont utilisées, mais ne constituent pas la composante principale comme c'est le cas des projets précédents. Deux exemples l'illustrent. Dans le projet *de Coordination des services en gérontogériatrie* (#6), le modèle de coordination s'est appuyé sur le « support d'un dossier clinique informatisé qui permet de soutenir le travail interdisciplinaire et les échanges avec les différents services aux aînés ». Dans le projet *Réseau supra-régional mère-enfant* (#13*)*, l'utilisation de la télémédecine vient soutenir le volet clinique en cardiologie et en orthophonie notamment ; le téléenseignement est désormais un acquis et un « dépôt d'informations cliniques alimenté et accessible par les partenaires du réseau », qui faisait partie des conditions essentielles à un déploiement durable du réseau, est en voie de réalisation au moment du dépôt du rapport final sur le projet.

Comme les projets de moyenne complexité, ceux qui sont de faible complexité contiennent les caractéristiques favorables au changement des projets plus complexes. Mais, les projets de *faible* complexité se caractérisent surtout par leur rendement plus immédiat. Plusieurs projets de faible complexité peuvent susciter des changements utiles et relativement prévisibles dans un espace bien circonscrit comme la clinique. En somme, ils génèrent des transformations à plus petite échelle tout en fournissant un bon rendement.

Ces innovations bien ciblées peuvent procurer des avantages à court terme sans commander d'investissements importants. La plupart d'entre elles utilisent les leviers du système et n'induisent pas de grand bouleversement dans le fonctionnement du système. Cela leur permet en revanche, de s'implanter assez rapidement. C'est le cas du projet *d'Élaboration d'un guide d'information et de formation sur les soins et services à domicile pour la personne atteinte de cancer et pour les aidants naturels* (#28), ou encore du projet *d'Exploitation de la méthodologie Autocontrôle pour une modification de la pratique efficace* (# 8). Ils présentent de bons exemples de projets de faible complexité qui produisent un bon rendement. Comparativement à d'autres projets qui impliquent plusieurs types de professionnels et d'établissements, ceux-ci constituent des projets très circonscrits, peu perturbateurs du milieu et leur mise en œuvre est relativement aisée. En ce qui concerne la *méthodologie Autocontrôle* (projet #8), elle semble en outre facile à faire accepter. De fait, l'utilisation des tests de routine a permis d'identifier une cible d'intervention et de susciter une prise de conscience chez le personnel infirmier et les médecins. Le changement de pratique qui en a découlé « devrait permettre de réduire les dépenses directes imputées au budget de laboratoire de biochimie clinique (...) sans l'ajout de structure administrative supplémentaire ni imposition de quotas ou de restriction de la pratique par l'administration ».

Un certain nombre de méthodes d'intervention ont démontré leur capacité à améliorer la performance et la qualité. Par exemple, dans les projets de *Dépistage et intervention auprès des personnes âgées obtenant leur congé du service des urgences* (#11) et de *Coordonnateur des congés au département d'urgence* (#16), l'ajout d'un poste de coor-

donnateur a servi à mieux planifier le congé des patients âgés et à mieux assurer leur suivi dans les jours subséquents. Il facilite et assure un congé rapide, efficace et sécuritaire du patient qui retourne à domicile. L'évaluation montre que les relations entre le CLSC et l'hôpital s'en trouvent améliorées et que les patients ayant bénéficié de ce nouveau service ont tendance à mieux contrôler leur médication, à mieux se porter et à se dire plus satisfaits.

Pour sa part, le projet *d'Implantation d'un programme de formation à distance soutenu par les technologies de l'information à l'attention du personnel infirmier pour la dispensation des services de santé en milieux isolés* (#23) constitue un autre cas intéressant. Celui-ci a « contribué à rehausser considérablement le niveau de qualité des soins et services à des populations captives » par l'amélioration des compétences et des connaissances des praticiennes. De plus, il semble avoir évité des évacuations médicales et avoir réduit le roulement de personnel. Cet autre exemple confirme, comme les autres, qu'un dispositif simple présente des avantages certains. Pour les populations des régions éloignées, professionnels et clientèle, les retombées ont été observables rapidement.

S'il paraît plus évident que les projets de faible complexité ont des effets plus prévisibles, portent sur des espaces de transformation relativement circonscrits et permettent des améliorations non négligeables qui peuvent être visibles rapidement, en revanche, ils ont une incidence plus restreinte sur le système.

3.3 Les facteurs déterminants de la capacité de changement

Qu'ils soient de haute, de moyenne ou de plus faible complexité, les projets du FASS possèdent tous des caractéristiques de nature à produire du changement à des degrés divers. Ils visent tous à améliorer significativement l'organisation et la prestation des soins et services pour répondre aux besoins variés de la population. Il ressort clairement cependant qu'une seule de ces caractéristiques ne peut contribuer à elle seule à produire du changement. La capacité de changement est conditionnelle à la capacité de combiner et de doser ces caractéristiques à des moments précis et en des lieux particuliers, donc de maîtriser la mise en œuvre de l'innovation et le processus de changement. Sans vouloir référer à des expériences à succès, des projets évoqués aux sections précédentes révèlent des agencements porteurs d'une capacité accrue de changement. Trois facteurs semblent particulièrement déterminants de cette capacité accrue dans l'expérience des projets du FASS : l'implication des acteurs, la décentralisation et la mise en œuvre de structures souples.

L'implication des acteurs renvoie à une cooptation efficace des acteurs dans les organisations. En fait, dans plusieurs cas, les projets du FASS ont été l'occasion de coopter les professionnels/cliniciens dans le développement et l'expérimentation de nouveaux modèles d'organisation et d'intervention. Les avantages d'une telle participation professionnelle s'appuient sur deux hypothèses au cœur de l'analyse des organisations professionnelles et des organisations fondées sur l'expertise. Premièrement, pour accroître la performance de ces organisations, il importe de limiter la distance entre les rôles d'opérateur et les rôles de concepteur ; plusieurs projets du FASS fusionnent ces deux rôles. Deuxièmement, pour accroître la performance de ces organisations, il importe de mobiliser des acteurs aux expertises diversifiées dans les activités de résolution de pro-

blème ; plusieurs projets du FASS mettent à contribution une diversité d'expertises professionnelles et renforcent les synergies entre la clinique et la gestion.

La décentralisation est également au cœur des capacités de changement induites par l'expérience du FASS. Pour résoudre les problèmes du système de soins, il importe de permettre l'émergence d'une variété d'initiatives dans les organisations. Une telle dynamique émergente commande de la part des régulateurs (gouvernement central, autorité régionale) des rôles d'appui, d'incitation et d'expertise. Plusieurs projets du FASS montrent que des dynamiques intra et interorganisationnelles peuvent être générées avec un comportement des régulateurs qui s'éloigne des rôles habituels de programmation (définition des priorités, planification et délégation).

Enfin, plusieurs projets ont mis en œuvre des structures souples (comités de gestion, comités cliniques, etc.) permettant d'accroître la coordination des acteurs et des organisations. Ces structures souples renvoient au besoin d'intensifier les interconnexions et les relations dans ce type d'organisation pour faire face à la complexité des problèmes. L'efficacité de telles structures commande toutefois la présence de forces de rappel ou d'intégration de façon à maintenir une cohérence stratégique et opérationnelle au projet.

Dans l'ensemble, ces facteurs montrent que les capacités de changement amenées par les projets du FASS sont conformes aux caractéristiques et aux logiques de fonctionnement des organisations professionnelles. Ces organisations doivent capitaliser sur les expertises qui s'expriment dans les opérations, tout en assurant un agencement et une coordination efficaces de ces dernières. De plus, les organisations et le système de soins font face actuellement à des difficultés importantes. Il est probable, que dans un tel contexte, le recours à la hiérarchie (un mode de simplification des structures et des pratiques de gestion) soit très peu approprié. Le recours à des structures souples jumelées à des rôles d'intégrateur (force de rappel) est conforme à ce que l'on connaît du fonctionnement et de la performance des organisations professionnelles. Le besoin d'intégrateur ou de force de rappel souligne l'importance de bien comprendre la nature et les conditions de l'exercice du leadership dans ce type d'organisation.

Ce rôle d'intégration s'exprime particulièrement dans l'exercice du leadership de gestion qui paraît crucial dans un contexte où l'on a à gérer des changements de grande envergure, comme c'est le cas dans les projets de complexité élevée. L'analyse transversale montre, en effet, que des projets comportant plusieurs innovations pertinentes et une bonne capacité de changement peuvent entraîner plus ou moins d'effets selon que ce leadership est souple ou rigide. Il ressort qu'un style de gestion orienté vers l'accompagnement et le soutien davantage que vers le contrôle soit plus adéquat. Informer et soutenir les acteurs cliniques lorsqu'il s'agit de transformer la prestation des services et les pratiques cliniques pourrait s'accompagner d'un leadership de gestion souple qui fonctionne par mode de prévention et de résolution de problèmes. Une gestion orientée pour guider le personnel à comprendre dans quel type de changement on désire l'engager et pourquoi, montre plus de capacité de mobilisation en vue d'une acceptation et d'une adhésion du personnel envers le changement.

Lorsqu'on parle de la gestion du processus menant au changement, cela implique aussi de savoir tenir compte des résistances, car l'introduction d'innovation peut susciter l'enthousiasme autant que la résistance. Lorsque les acteurs perçoivent des avantages, même relatifs, pour améliorer la situation et la rendre plus efficace dans leur pratique ou

pour la clientèle, ils sont plus favorables à adhérer au changement proposé, augmentant par là les chances de produire un changement réel (Fortin, Joubert, Morrisset, *et al.*, 1996; Aubert et Hamel, 1997). Dans ce cas, l'innovation agit comme stimulation et soulève de l'enthousiasme par les promesses d'améliorations qui accompagnent les actions. Par contre, les changements proposés peuvent provoquer des craintes en raison des transformations des règles, des habitudes, des rôles et des responsabilités. Ces craintes et résistances au changement créent une force d'inertie qui entrave la mise en œuvre du changement souhaité. On a vu dans certains projets des résistances envers les changements de pratique proposés, la standardisation des procédures, le surplus de transformations à intégrer trop rapidement, la charge de cas trop importante, la crainte d'une perte d'autonomie professionnelle ou d'une uniformisation de la pratique.

L'exemple du projet de *Réseau supra-régional mère-enfant* (#13) permet de saisir en quoi des forces d'inertie font obstacle et peuvent bloquer l'atteinte de certains objectifs centraux. Le projet cherchait à hiérarchiser les soins pour que soient utilisés par la population les services des hôpitaux partenaires avant d'en venir aux services surspécialisés. Or, la plupart des hôpitaux partenaires ont peu développé le volet « pédiatrie » dans leur offre de soins et leur manque de ressources humaines, techniques et financières les a restreints dans l'accueil de clientèles pédiatriques additionnelles. De plus, une baisse de clientèle de 1ère et 2e ligne au CHU, associée à l'arrivée d'une clientèle de 3e ligne plus lourde, vient jouer sur l'équilibre des ressources. Par conséquent, l'accessibilité aux ressources primaires et secondaires n'a pas été améliorée de façon significative dans les hôpitaux partenaires et la population n'a pas changé ses habitudes de consommation.

Plusieurs autres projets se sont heurtés à d'importantes forces d'inertie. Certains les ont bien contournées, d'autres moins. Il semble qu'un manque de soutien de la part des organismes centraux, parfois un manque d'intérêt chez des acteurs organisationnels de proximité et en position de décision (gestionnaires, établissements, etc.) ou d'acteurs professionnels clés dans le processus de soins (médecins et autres intervenants) n'y soient pas étrangers. La gestion du processus menant au changement nécessite du leadership et des incitatifs pour mobiliser et guider les acteurs du terrain à adopter la vision du changement que l'on désire mettre de l'avant.

La mise en œuvre de tels projets témoigne donc aussi de l'importance d'apporter des changements aux règles du jeu dans le système. Ces changements ne sont pas directement sous le contrôle des acteurs locaux. De tels projets n'exploitent pas uniquement les marges d'ajustement autorisées par l'état actuel du système, ils visent à générer de nouveaux cadres et capacités d'action en vue de mieux adapter les organisations et le système de soins. Il reste à se demander si l'on dispose de conditions propices pour accueillir ces innovations dans le système et en assurer la diffusion, voire la généralisation de celles qui peuvent être considérées comme porteuses pour y permettre des adaptations significatives.

4. LES PRINCIPALES CONDITIONS DE PRODUCTION ET DE DIFFUSION DU CHANGEMENT

Ce dernier chapitre tente de cerner les conditions nécessaires à une éventuelle généralisation des innovations porteuses dans le système de soins, que ce soit sur les plans local, régional et national. Il s'agit des conditions « objectives » minimales qui peuvent être déduites des projets qui sont arrivés à produire du changement ou qui présentent un grand potentiel de changement. Ces conditions portent principalement sur l'environnement systémique dans lequel se sont implantés les projets et dans lequel ils ont éventuellement à s'intégrer. Le recours aux connaissances courantes sur l'innovation et le changement permet de mettre en perspective ce qui se dégage de l'expérimentation des projets du FASS.

Les conditions ont été identifiées par la mise en relation des résultats obtenus par des projets avec le contexte et les caractéristiques qui en ont favorisé la mise en œuvre. On retrouve principalement des conditions liées au capital humain, aux dimensions structurelles, au rôle des instances centrale et régionales et à l'importance du temps pour soutenir le processus de changement. Les conditions liées au capital humain concernent la vision portée par des leaders, l'importance de s'allier des acteurs vers le changement et les ressources humaines. Les conditions qui portent sur les acquis structurels préalables sont reliées à l'allocation des ressources financières, aux modes de rémunération et à la gestion des ressources humaines. D'autres conditions concernent le rôle des instances centrale et régionales. L'appui à l'innovation émergente et à son intégration dans le système, la mise en place d'incitatifs pour soutenir l'innovation et l'utilisation de l'information, et pour soutenir l'élaboration des politiques sont toutes des actions qui concernent ces niveaux de gouverne.

4.1 Les conditions reliées au capital humain

Trois conditions concernent spécifiquement le capital humain : il s'agit de la vision portée par des leaders, l'alliance vers le changement et les ressources humaines.

4.1.1 La vision portée par des leaders

Le chapitre précédent a montré qu'un leader légitime jouissant d'une autorité reconnue et montrant des capacités manifestes à communiquer et à négocier sait mieux accompagner un projet de sa conception à sa réalisation. En corollaire, un leader sans vision ne dispose pas d'une grande force d'influence. En d'autres mots, le point de départ obligé de l'innovation renvoie à l'élaboration et au partage d'une vision qui repose sur des valeurs, des normes implicites ou des représentations mentales qui orientent le jugement et guident la conduite des acteurs. Influencer les manières d'entrevoir, les façons de concevoir, les façons de faire dans l'organisation et la prestation des soins et des services sont au cœur de la vision des projets du FASS.

Initier un projet novateur renvoie fondamentalement à une « idée », évoque une « vision », porte un sens qui oriente l'action vers le changement. L'analyse montre que lorsque la vision est bien conçue et bien soutenue par un leader, elle semble avoir plus de chance de s'étendre. Une vision[7] qui s'appuie sur des valeurs humaines et une approche de clientèle comporte plus d'éléments rassembleurs. Les échanges et les discussions ont avantage à s'engager sur le terrain des valeurs, des approches, ainsi que des façons de faire et des intérêts respectifs, pour qu'une vision commune ou collective soit partagée au terme des négociations. S'entendre sur une vision précède donc s'entendre sur des moyens. Il en est de même pour s'entendre sur ce que signifiera le changement. Comme le mentionnent Kouzes et Posner (1998) « les visions que les leaders sont les seuls à avoir ne suffisent pas à créer un mouvement organisé ».

L'analyse fait bien ressortir l'importance d'une vision portée par des leaders dynamiques et volontaires. Les projets dont la vision a été clarifiée, expliquée, diffusée largement semblent avoir plus facilement conquis l'adhésion des acteurs concernés, propulsant ainsi le projet plus près de ses objectifs. Ainsi, le *Projet d'action concertée sur les territoires de La Source et CLSC Orléans (PACTE) : Une gestion locale des services du réseau santé et des services sociaux en réponse aux besoins des personnes âgées* (#4) a servi d'exemple pour montrer le leadership de ses gestionnaires. Or, il peut aussi être utilisé pour exposer comment ces derniers ont su partager au départ des valeurs pour élaborer un projet autour d'une vision novatrice de l'organisation des services. Leur idée était de démontrer concrètement la capacité des organisations de services de santé à travailler en étroite collaboration, sans recourir obligatoirement à la fusion de leurs établissements. L'idée fondatrice devait s'appuyer sur des liens de communication, le travail en réseau et sur une nouvelle alliance entre intervenants, ainsi que sur la circulation efficace de l'information. Leur défi a consisté essentiellement à instaurer plus de continuité dans les services.

4.1.2 L'alliance des acteurs vers le changement

Comme le chapitre 3 l'a fait remarquer, le manque d'implication des acteurs concernés peut freiner leur adhésion au changement et miner le processus d'intégration des soins et des services, surtout dans le cas de projets de haute complexité. Un leader compétent semble parvenir plus aisément à intéresser les acteurs concernés dans la réalisation de son projet, principalement quand celui-ci vise la coordination et l'intégration de services au moyen de réseaux, puisque ceux-ci impliquent le développement de liens et de rapports interactifs étroits entre les partenaires. Plus un projet est complexe, plus le leadership est crucial. Dans ce contexte, s'allier d'autres acteurs dans l'environnement pour s'engager dans la voie du changement paraît ici comme une condition décisive.

> « Les leaders savent qu'ils ne peuvent rien faire seuls. Il faut des partenaires pour réaliser des choses exceptionnelles... Les leaders recherchent la collaboration et établissent des rapports de coopération avec leurs collègues ». (Kouzes et Posner, 1998)

7. Nous adoptons la définition de la vision de Kouzes et Posner : « une image idéale et unique de l'avenir ». « L'intution comme la vision, est un mot « visuel » qui rappelle notre capacité à imaginer et élaborer des images mentales ».

Cela suppose que le leader parvienne non seulement à justifier la pertinence sociale et la légitimité du projet, tout en démontrant que le problème auquel s'adresse le projet touche chacun des divers acteurs concernés, mais également à bien choisir les acteurs qu'il rejoindra et intéressera vers un but commun. Sa capacité à communiquer sa vision à d'autres acteurs est nécessaire pour leur faire voir ce qu'il voit lui-même, la « vision » du projet. L'innovation « n'est jamais le fruit des actions menées par une seule personne ou même une seule organisation, mais une affaire de réseau » (Gouvernement du Québec, 2001) ; le changement résulte d'une activité collective. Par exemple, le *Programme de soutien communautaire intégré et multisectoriel, Habitations Nouveau départ* (#20), a impliqué un noyau d'acteurs provenant d'organisations très différentes, y compris un hôpital psychiatrique et des organismes communautaires. Tous étaient préoccupés au départ par les conditions de vie des personnes atteintes de problèmes graves de santé mentale et se sont mobilisés autour d'une idée pour développer un projet. Ils se sont alliés des représentants d'utilisateurs, de familles et des proches, des membres de la communauté, des offices municipaux d'habitation (OMH) et des propriétaires de logement privé.

L'analyse révèle que les projets qui ont su s'allier un ensemble d'acteurs habiles, de leaders compétents appartenant à d'autres secteurs que le leur, particulièrement dans des projets de haute complexité où la collaboration est exigée, se donnent des outils pour accroître la probabilité d'atteindre les objectifs de coordination et d'intégration. En effet, plusieurs projets étudiés ont profité de la contribution d'un leader qui a su réunir autour de lui d'autres leaders provenant d'horizons professionnels et organisationnels différents et appartenant à des secteurs distincts : milieu médical, administratif et décisionnel rattachés à des établissements divers (CLSC, CH, etc.). Il semble que plusieurs d'entre eux soient parvenus à influencer les membres de leur propre milieu. Ainsi, quand il s'agit d'envisager un changement qui touche plusieurs groupes d'acteurs, bien saisir les enjeux, cerner les obstacles possibles, ouvrir la discussion pour débattre des intérêts divergents, clarifier l'idée de changement contribueront à entraîner une meilleure adhésion des principaux acteurs au processus de changement que l'on désire amorcer. La mobilisation d'acteurs « multiplicateurs », c'est-à-dire d'acteurs déjà leaders dans leur milieu respectif, jouera en faveur d'un intéressement des membres de ces dits réseaux.

L'introduction d'une innovation, qu'elle soit plus ou moins complexe, passe nécessairement par la négociation et la conclusion d'ententes entre les acteurs, les groupes, les professions, les organisations, les établissements. Les projets qui ont été à l'écoute des groupes d'intérêt concernés par le processus de changement ont développé des capacités à enraciner les transformations. Intéresser les autres acteurs peut être facilité lorsque ceux-ci perçoivent des gains ou des avantages à adhérer au processus de changement. Cela peut être causé par une certaine réciprocité qui présente des avantages certains. Le rôle des initiateurs-promoteurs sera de convaincre les acteurs des avantages et de la pertinence du changement, de les rallier autour du projet de changement. C'est ce que met en lumière le *Projet d'une expérience novatrice dans la région de Québec : les cliniques de périnatalité* (#03). La stratégie employée par les responsables de l'implantation du projet a été fondée sur la « conviction » : « convaincre du bien-fondé du projet pour la clientèle ou pour l'institution, c'est-à-dire rallier du monde dans l'organisation du projet ».

À l'inverse, plusieurs projets ont éprouvé des difficultés à recruter des médecins, à les intéresser, à susciter leur collaboration. Ces derniers manifestent des craintes d'une perte d'autonomie et d'une perte de clientèle, anticipent un surcroît de travail à cause de l'élargissement de responsabilités et de la collaboration multidisciplinaire entraînés par les changements. Le mode de rémunération à l'acte est sans doute un facteur explicatif de cet état de fait. Néanmoins, les gains possiblement obtenus par l'introduction du changement, quand il est démontré qu'ils peuvent gagner du temps ou obtenir de meilleurs soins pour leurs patients, interviennent dans leur décision d'adhérer ou non au changement.

D'autres facteurs de résistance interviennent aussi. La collaboration interprofessionnelle est vouée à l'échec si elle n'est pas soutenue par des incitatifs ou des leviers efficaces. On comprend que dans le processus d'intéressement, le leader doit négocier et même « transformer » ou adapter le projet aux intérêts et aux besoins des acteurs concernés. Ainsi, adopter une innovation c'est aussi l'adapter (Callon, 1986 ; Callon et Latour, 1986). « En négociant le projet, en le transformant pour qu'il soit convaincant », il y a en quelque sorte une « préparation collective de son succès » (Akrich, Callon & Latour, B, 1988b). Les avantages perçus ou les avantages potentiels, qu'ils soient d'ordres individuel ou collectif, jouent sur le plan de la motivation et de l'intérêt des acteurs à poursuivre leur participation et leur implication. Il semble pertinent et important de les faire ressortir et de les négocier. La question de la réciprocité dans la négociation intervient donc dans les avantages ou intérêts potentiellement retirés de l'exercice : « Innover, c'est arriver au terme d'une négociation diplomatique complexe, à un arrangement acceptable par les nombreux acteurs » (Akrich, Callon & Latour, B, 1988b).

Le processus d'introduction de l'innovation peut se résumer comme ceci. Dans les débuts du processus, on retrouve une période de décollage. Au départ, l'innovateur, celui qui a une idée nouvelle, développe sa vision qui va se répandre lentement grâce à des agents de changement qui en font la promotion. L'innovation acquiert une existence propre, de plus en plus de gens en parlent, y adhèrent. Atkisson (1991) donne l'exemple de l'amibe géante qui se déplace en projetant vers l'avant un petit pseudopode (faux pied) qui tire sur le reste de son corps, qui lui, résiste de son poids lourd et finit par céder et avancer. Le pseudopode correspond à l'innovateur et aux agents de changement. L'amibe se meut par « à-coups » à l'image des changements culturels. La clé consiste à disposer d'un pseudopode « gagnant » pour contrer les forces antagonistes, d'où l'importance du « champion » et des acteurs-clés bien choisis pour agir à titre d'agents de changement ou de « courtiers en idées ». La métaphore peut paraître simplificatrice, mais elle met en évidence l'importance d'un leader qui a de la vision et une capacité de s'allier d'autres acteurs.

4.1.3 Les ressources humaines

L'organisation et la prestation des soins et des services reposent essentiellement sur le capital humain. Les outils, les techniques et les technologies ne peuvent compenser la présence de professionnels compétents. Sans des ressources humaines compétentes et disponibles, le changement le plus prometteur, le plus pertinent et le plus structurant ne pourra se réaliser.

Le milieu et les conditions de travail

Plusieurs projets ont visé à modifier plus ou moins en profondeur les façons de faire et les pratiques des intervenants. Le changement occasionne un coût pour les ressources humaines, ajoutant souvent de nouvelles tâches, des activités administratives et des responsabilités qui entraînent un surcroît de travail. Or, des ressources humaines débordées, peu motivées, incrédules face au changement véhiculé par la nouvelle approche peuvent entraver le cours du projet.

> « Les gens ne défendront pas longtemps une cause qui les décourage (...) Ils doivent être convaincus que le projet est important et utile. Ils ont besoin de sentir qu'ils peuvent influer sur les décisions et les résultats. » (Kouzes et Posner, 1998)

L'être humain est confronté à ses propres limites d'adaptation au changement et aussi à l'usure. Au cours de la dernière décennie, les acteurs du système de santé ont subi une succession rapide et continue de réformes et de changements dans l'organisation du travail en raison de compressions budgétaires, de projets de transformation, etc. Ces réformes ont mobilisé une énergie considérable conduisant un grand nombre de ressources humaines à l'épuisement et, dans quelques cas, à la démotivation. L'expérience de changements successifs sans leur achèvement a quelque peu échaudé et rendu peu réceptifs les acteurs à de nouvelles propositions de changement. Les expériences évaluées à Montréal et à Québec des *transformations dans les centres jeunesse* (« virage milieu ») (#36) de même que celle du *Guichet unique en CLSC* (#9) l'illustrent bien. Elles démontrent deux choses par la négative[8] : l'importance de pouvoir compter sur des ressources humaines motivées et en santé, et l'importance de mettre en œuvre les modalités nécessaires pour les accompagner dans le processus de changement.

Bref, s'impliquer dans un processus de changement se révèle bien souvent une charge additionnelle pour les professionnels touchés. Les pressions multiples qui s'exercent sur eux, spécialement s'ils sont confrontés à d'autres transformations consécutives, parfois simultanées (réforme, virage ambulatoire, compressions budgétaires, départs massifs de personnel expérimenté, etc.) freinent le processus de changement. La surcharge de travail du personnel (employés et cadres) peut nuire à l'appropriation de nouvelles approches et pratiques. L'ajout de tâches et de responsabilités peut menacer d'épuisement plusieurs professionnels et nuire à l'encadrement nécessaire aux projets par les gestionnaires.

Les compétences

L'analyse révèle par ailleurs qu'aucun changement de pratique substantiel ne semble possible sans une mise à jour des connaissances et des habiletés des acteurs concernés. Le maintien et la consolidation des compétences demandent une planification stratégique à long terme et un engagement institutionnel explicite pour adapter les pratiques organisationnelles ou professionnelles en cause. Les compétences nouvelles requises par l'implantation d'outils ou d'instruments nouveaux, ou encore par les modifications organisationnelles et de pratique peuvent être acquises par une formation adé-

8. « Très nombreux sont les enseignements que l'on peut tirer de l'échec (…). S'il est tentant d'oublier les mauvais souvenirs, les leçons sont trop précieuses pour ne pas en conserver la trace ». (Kouzes et Posner, 1998).

quate. Une formation adaptée, suffisante, de qualité et offerte par des spécialistes reconnus procure aux intervenants des méthodes à incorporer dans leurs interventions (projet #10).

La formation constitue un moyen efficace pour consolider les connaissances cliniques habituelles et un moyen d'habiliter les professionnels à mieux composer avec des problématiques complexes (projets #21, 23, 35, 38). Elle sert également à informer sur l'innovation et contribue à démystifier et à faire prendre conscience des avantages potentiels du changement. Elle peut mener à réaliser qu'il n'est plus possible de travailler seul (*SIPA* - #14, *Modèle de soins intégré pour patients souffrant d'une maladie chronique (le diabète) dans une approche populationnelle* - #18) et contribuer à doter les partenaires d'une vision commune et d'un langage commun. La formation peut servir à valoriser l'expertise des professionnels et à rappeler que leur compétence est un facteur de développement de la confiance entre professionnels et entre le praticien et le patient. Ainsi, la formation continue, interdisciplinaire et interétablissements auprès de l'ensemble des acteurs concernés dans un environnement en mouvement est essentielle (projets # 02, 05, 13, 21, 23, 24, 27, 30).

L'absence ou le manque de formation sur les plans institutionnel (administratif, technologique, etc.) et professionnel a des incidences multiples. Par exemple, dans l'expérience d'un *Guichet unique en CLSC* (# 9), l'évaluation souligne que chaque profession met en pratique ses connaissances usuelles, nonobstant une formation commune qui aurait dû contribuer idéalement à rapprocher les intervenants d'un modèle de pratique multidisciplinaire plus cohérent. Elle souligne que l'implantation d'une innovation réalisée dans un encadrement flou sans une formation toujours bien assimilée, où chaque acteur doit créer ou adapter un outil spécifique, provoque « des différences importantes quant à la compréhension et à l'implantation du modèle désiré ». Des acteurs sceptiques quant aux avantages et bienfaits apportés par une nouvelle approche préféreront le statu quo au changement.

La question de l'acquisition de compétences concerne également l'introduction d'une innovation technologique. La formation devient là aussi un outil indispensable pour habiliter les praticiens à leur utilisation. Or, on constate dans plusieurs projets que la « culture informatique » demeure encore peu répandue et peu adoptée par les professionnels, notamment les médecins. Les professionnels sont peu familiers avec les technologies autant qu'avec son usage. L'utilisation des technologies de l'information ne fait pas encore partie de leur pratique. La plupart des projets où l'utilisation d'une technologie était envisagée pour accroître la coordination, ont montré que peu de professionnels avaient les compétences requises pour l'utiliser et bénéficier ultérieurement de son potentiel. Toutefois, lorsque les différents professionnels perçoivent des avantages concrets à leur utilisation, que ce soit en temps, en amélioration de la qualité des services, ou en gains pour la clientèle, ils sont plus motivés à faire les efforts et à trouver le temps pour acquérir les compétences nécessaires. Dans le cas du projet *DRIOQ* (#32), comme dans plusieurs autres projets où les technologies de l'information font partie des moyens utilisés, le peu de connaissances informatiques des intervenants a constitué un obstacle majeur à l'utilisation de l'outil. Il apparaît donc que pour implanter des technologies de l'information sur une grande échelle, il soit pertinent de s'assurer de leur convivialité, de leur fiabilité et de la compatibilité des systèmes sur le plan technique. Il importe en outre de bien identifier les avantages tangibles de ces outils pour en informer

les différents intervenants, dont les médecins et les infirmières, de sorte que ces derniers acquerront plus volontiers les compétences voulues.

La compétence concerne aussi la capacité des gestionnaires à accompagner et à soutenir le changement, ainsi qu'à mettre en place des moyens pour y parvenir. Accompagner et fournir du soutien aux acteurs, au moment de l'implantation et de la consolidation, paraît essentiel pour que ceux-ci adhèrent au changement, l'adoptent, se l'approprient et l'intègrent. Le soutien peut prendre diverses formes : temps, moyens, ressources supplémentaires, formation, encadrement, etc. Par exemple, dans le projet *SIPA* (#14), parmi les conditions qui ont facilité sa mise en œuvre, on note dans le rapport d'évaluation le soutien proactif de la régie régionale dans la mise en place graduelle du changement, la compétence et l'implication de nombreux acteurs, entre autres au niveau de la gestion : « La régie s'est dès le début appropriée le projet et a désigné un chef de projet qui a assumé avec un grand leadership son rôle. Les concepteurs-évaluateurs du modèle se sont aussi beaucoup investis dans la formation. Les responsables de sites ont tout au long du projet collaboré étroitement pour organiser l'activité du SIPA, collaboration qui a favorisé leur apprentissage respectif. Les partenaires ont été aussi étroitement associés aux travaux ». Cet exemple montre comment la compétence des gestionnaires sur plusieurs plans peut contribuer à mettre en place d'autres conditions importantes.

4.2 Les changements structurels préalables

L'évaluation révèle combien il est difficile, dans certains cas, de transférer le changement, les projets les plus complexes devant composer avec plus d'espaces de transformation que les autres, à des niveaux décisionnels plus élevés. Implanter un réseau de soins et de services intégrés pour la population complète d'un territoire donné implique d'intervenir sur l'ensemble des dimensions du système, allant des plus simples aux plus complexes, de l'espace clinique à l'espace de gouverne.

Les tentatives de produire du changement se heurtent souvent à des facteurs d'inertie relevant d'éléments structurels comme la flexibilité dans la gestion des ressources humaines, les modes d'allocation des ressources et les modes de rémunération des médecins. Or, ces facteurs d'inertie rappellent l'importance d'une conduite cohérente quand il s'agit de susciter un changement en profondeur. Les dimensions légales, réglementaires, administratives, politiques sont directement interpellées. Superposer une logique de réseau à une logique de système mal adaptée peut en compromettre la faisabilité. On constate dans plusieurs projets, particulièrement ceux de haute complexité, que le fonctionnement actuel du système favorise peu le changement en profondeur : « Pour qu'un système intégré de soins puisse fonctionner de façon durable, il faut que les principes organisateurs de l'ensemble du système de soins soient cohérents avec la dynamique du projet local (intégration systémique) » (Contandriopoulos et Denis, 2001).

Des adaptations aux règles, parfois substantielles, s'avèrent nécessaires pour permettre au changement de s'instaurer en permanence, et non uniquement de façon fragmentaire ou temporaire par la seule voie des expérimentations. Trois espaces d'adaptation sont particulièrement ciblés : l'allocation des ressources financières, la gestion des ressources humaines et les modes de rémunération.

4.2.1 L'allocation des ressources financières

L'allocation des ressources financières comporte deux volets distincts : les ressources financières comme opportunité de développement, dont les fonds de démarrage, et la façon d'allouer les budgets aux organisations.

Les fonds de démarrage

Parmi les projets financés par le FASS, les trois quarts ont obtenu une subvention pour financer à la fois l'implantation d'une intervention et son évaluation, les autres ayant été financés uniquement pour l'évaluation d'une expérience déjà en cours. Le rôle du financement fourni par le FASS paraît donc déterminant pour le démarrage d'un nombre important de projets étudiés.

Deux types de projets ont démarré grâce au financement du FASS. Un premier correspond à des projets latents, encore au stade de la conception. Par exemple, le *Projet d'action concertée sur les territoires La Source et CLSC Orléans (PACTE) : Une gestion locale des services du réseau de la santé et des services sociaux en réponse aux besoins des personnes âgées* (#4). Dans ce cas, le financement a rendu possible la réalisation d'une idée en développement par des acteurs mais qui, faute de financement, n'aurait pu voir le jour, du moins aussi rapidement. Le financement de démarrage a rendu possible une idée prometteuse portée par des forces vives de la communauté.

Un deuxième type de projets concerne l'arrivée de fonds qui ont donné une impulsion à un projet déjà entrepris et prêt à prendre de l'expansion. Le *Réseau supra-régional mère-enfant* (#13) est un bon exemple. Dès 1995, « l'Hôpital Sainte-Justine est désigné comme le centre hospitalier universitaire mère-enfant du Québec. Lors de sa planification stratégique 1996-2000, l'hôpital a dégagé une vision précise de ce que devrait être sa contribution à la santé des mères et des enfants pour l'avenir ». C'est dans ce contexte qu'est né le Réseau mère-enfant. Différentes sources de financement ont été combinées avec celui du FASS pour démarrer un projet en préparation. Dans le cas du *Soutien communautaire intégré et multisectoriel pour des personnes ayant des problèmes sévères et persistants de santé mentale - Habitations Nouveau Départ* (#20), ce projet avait reçu de l'hôpital psychiatrique de la région du financement pour le démarrage. Comme le projet demandait un apport budgétaire supplémentaire, le FASS a représenté une conjoncture intéressante pour les promoteurs. Il les a cependant conduit à ajuster leur stratégie pour répondre aux critères d'admissibilité.

Lorsque des fonds nouveaux sont rendus disponibles alors que la situation est marquée par une pénurie de ressources, les acteurs perçoivent l'attrait d'une source de financement conjoncturelle et une occasion d'accroître leurs moyens. Ce genre de situation incite les gestionnaires à cibler l'investissement sur des expériences paraissant les plus porteuses. Dans le cas contraire, il y a risque, en fin de parcours, que les projets ne soient pas parvenus à l'autosuffisance et requièrent de nombreuses demandes de financement. Il semble que la majorité des projets étudiés n'auraient sans doute pas vu le jour aussi rapidement sans l'apport de cet argent neuf. Cela pose la question de savoir comment générer des modèles de services durables dans un cadre de financement temporaire. Permettre à des projets, dont l'ambition est de « transformer pour amélio-

rer » de se réaliser, est une contribution importante, mais la non récurrence du financement souligne la fragilité des démarches.

La budgétisation des organisations

La façon dont les budgets sont alloués dans le système de soins et de services peut devenir un obstacle à l'innovation sociale, notamment dans le contexte de l'implantation de projets de haute complexité, tels que les réseaux de soins et de services intégrés. Le système de gestion fonctionne verticalement, en silo, alors que l'intégration proposée implique un fonctionnement horizontal, par population. En d'autres mots, les modalités de financement des établissements peuvent faire obstacle à l'introduction du changement. En effet, les mécanismes en place ne prévoient pas d'ajustement à la base budgétaire des hôpitaux selon une logique de volume, de clientèle ou de gravité des problèmes traités, mais repose toujours sur le principe d'un budget global par hôpital ou centre d'hébergement de soins de longue durée. La situation est identique dans les CLSC, car même si les budgets sont alloués par programme ou par clientèle, il demeure que dans une région donnée, la somme accordée aux soins de santé et aux services sociaux n'est pas calculée sur une base de population. Dans ce contexte, il s'avère difficile d'implanter des systèmes intégrés et de travailler en réseau dans le cas d'une clientèle spécifique.

Cela peut être illustré par les exemples du *SIPA* (#14), de la *Capitation Haut-St-Laurent* (#30) et même du *Réseau supra-régional mère-enfant* (#13). Tous les trois ont cherché à déplacer des vocations de services d'un établissement à un autre. Les deux premiers ont tenté d'intégrer les soins et les services pour une population donnée (clientèle vulnérable ou territoire) sans pouvoir compléter l'exercice, étant confrontés à l'incapacité d'adapter les modalités d'allocation des ressources financières.

Quelques projets réussissent malgré tout à composer avec les règles budgétaires en vigueur, en utilisant les marges de manœuvre possibles à l'échelle régionale. Le *Projet de réorganisation des soins primaires en santé cardiovasculaire dans la région de Québec* (#5) emprunte, par exemple, des caractéristiques de réseaux de services intégrés plus sophistiqués, comme l'intervenant pivot et la gestion de cas, pour faire des démarches d'accompagnement dans le milieu. Des services de prévention secondaire ont été dirigés vers les CLSC en incitant des médecins à rapprocher ces services préventifs de la première ligne. Des incitatifs non économiques, comme une structure de gestion assez souple pour favoriser l'adaptation des pratiques, et des incitatifs économiques, comme une allocation « locale » d'un « budget spécial » pour la prévention secondaire des maladies cardiovasculaires, ont été combinées de façon à soutenir l'introduction du changement.

Même si des adaptations, comme celles qui viennent d'être décrites, sont encore possibles, il paraît évident qu'il est nécessaire d'en arriver à une meilleure intégration du financement dans le système. Pour s'actualiser en totalité, l'intégration des soins et des services requiert de jouer non seulement sur les contextes à la marge, mais aussi de lever les obstacles structurels à l'innovation.

4.2.2 Les modes de rémunération

La rémunération des médecins et des professionnels a été abordée à plusieurs reprises dans plusieurs rapports finaux des projets. En effet, les modes actuels de rémunération des médecins font en sorte que certains actes posés ne sont pas rétribués, ce qui est perçu comme un obstacle à l'adaptation des pratiques nécessaires dans un contexte de changement. Des ajustements ponctuels et délimités peuvent présenter des avantages à court terme et pour des projets précis. Toutefois, ils demeurent marginaux et n'offrent qu'un potentiel limité lorsqu'il est souhaitable d'engager des changements en profondeur qui touchent l'ensemble du système.

Dans le cas du *Modèle de soins intégré pour patients souffrant d'une maladie chronique (le diabète) dans une approche populationnelle* (#18), le temps consacré à l'établissement de la collaboration n'était généralement pas compensé, pas plus que le temps affecté à la présence sur les comités, aux discussions de cas, aux consultations interprofessionnelles. Dans d'autres situations, on s'est heurté à la difficulté d'impliquer des médecins dans la communauté, pour assurer le suivi des clientèles et établir le lien avec les médecins pratiquant à l'hôpital (#12).

Selon certains, la rémunération peut avoir un impact majeur à court terme. Elle ne semble toutefois pas parvenir à soutenir les changements de comportement des professionnels. Un changement du mode de rémunération des médecins peut malgré tout s'avérer un incitatif assez efficace comme le montre le *Réseau supra-régional mère-enfant* (#13). En effet, le CHU, qui bénéficiait de « l'appui massif de son corps médical, a réussi à obtenir une nouvelle entente permettant l'instauration d'un nouveau régime de rémunération : la rémunération mixte ». Les médecins du CHU ont ainsi obtenu des conditions salariales leur permettant de s'impliquer directement dans les activités liées à la mise en place du réseau. Cet exemple montre, qu'encore là, des adaptations sont possibles et peuvent inciter des médecins à s'engager plus activement dans des processus de changement. Elles semblent néanmoins atteindre leurs limites quand on les transpose à des approches de population où il est plus difficile de départager ce qui relève du général et du spécialisé.

4.2.3 La gestion des ressources humaines

En ce qui concerne le cadre actuel de gestion des ressources humaines, le système rencontre aussi des limites, en raison notamment des règles édictées par les conventions collectives pour contingenter la mobilité des professionnels d'un établissement à un autre ou d'une catégorie de service à une autre. Les quelques cas où l'on observe une certaine mobilité reposent davantage sur le volontarisme que sur des règles clairement consenties et reconnues.

L'expérience du *Mécanisme de coordination des services gérontogériatriques* (#6) montre que la mobilité du personnel est possible et avantageuse. Ce projet a émergé du milieu, à partir des ressources existantes (personnel, organisations, budgets). Les CLSC et l'hôpital ont partagé des professionnels pour former l'équipe d'intervenants pivot. Les professionnels ont ouvert leur pratique à une approche qui dépasse les frontières des établissements du CLSC et de l'hôpital pour offrir leurs services aussi bien à domicile qu'en établissement. De plus, les intervenants pivot participent aux réunions d'équipes

multidisciplinaires autant à l'hôpital qu'en CLSC.

Ainsi, on apprend de ce genre d'expérience qu'à un coût égal ou comparable, il est possible de faire œuvrer des ressources humaines dans un territoire plutôt qu'à l'intérieur de leur établissement seulement. Cette situation a par ailleurs l'avantage non négligeable d'accroître la quantité de services et la satisfaction, tant chez les professionnels que dans la population.

Les modifications à apporter aux règles structurelles visent à ouvrir les perspectives pour permettre l'intégration du changement dans le système. L'« intégration systémique » (Contandriopoulos et Denis, 2001) interpelle inévitablement les instances de gouverne du système tant au niveau central que régional.

4.3 Le rôle des instances centrales et régionales

La section précédente a exposé des éléments structurels que seules des instances centrales, comme un ministère ou une centrale syndicale, sont en mesure de modifier pour permettre que cette intégration systémique « puisse fonctionner de façon durable » (Contandriopoulos et Denis, 2001).

De leur côté, les instances régionales peuvent jouer un rôle déterminant pour soutenir ou non les innovations, être des instigatrices à leur propre niveau ou encore ralentir, voire freiner leur mise en oeuvre. Dans des situations de soutien, « le rôle des dirigeants est alors d'encourager l'expérimentation, l'exploration et le risque, de faciliter les transactions, de nourrir les idées et de relier les résultats de ces processus dans le temps, afin de donner un sens de la direction dans le changement » (Denis et coll., 1996). Comme les instances centrales, elles ont aussi le pouvoir d'intervenir à leur niveau sur les règles du jeu du système pour lever des obstacles associés notamment à la gestion des ressources.

Le rôle des instances centrales et régionales s'étend en amont et en aval des processus de changement, que ce soit en appuyant délibérément des projets en émergence, en mettant en place des incitatifs pour stimuler l'innovation ou encore en utilisant l'information pour ajuster et soutenir l'élaboration des politiques et des programmes d'intervention. Elles peuvent contribuer ou non, par leurs instruments politiques, à créer une nouvelle forme de gouverne qui fasse la promotion d'une culture du changement.

4.3.1 L'appui à l'innovation émergente et à son intégration dans le système

Comme on vient de le voir, le financement du FASS a joué un rôle important dans le démarrage des projets d'intervention. Le FASS a provoqué intentionnellement la naissance de nombreux projets en gestation, mais dont l'émergence dépendait d'une source de financement d'appoint, voire de transition pour se déployer.

Face à cet état de fait, le ministère et les régies régionales, en particulier, pouvaient décider d'adopter ou non une approche délibérée de changement et de soutenir ou non ses instigateurs. L'exemple du projet de *Mise en place d'un système intégré pour les personnes souffrant de problèmes mentaux sévères et persistants (Nunavik)* (#31) pré-

sente un cas d'espèce particulièrement révélateur de l'importance de légitimer l'innovation dans un contexte socio-culturel aussi spécifique. Ce projet a consisté à mettre en place un programme global visant l'intégration, dans leurs communautés respectives, des personnes souffrant de problèmes mentaux sévères ou de retard mental, à l'aide d'une formule de travail adaptée comme outil thérapeutique et de la mise en place d'une gamme de services individualisés, flexibles et intégrés qui utilisent autant que possible les ressources des communautés. Dans les faits, la mise en place d'un centre régional et la création d'une équipe volante d'intervenants spécialisés ont dû faire face à des défis imprévus, tels que des problèmes de recrutement et de rétention du personnel et une offre limitée de places de travail adaptées. La persévérance des acteurs locaux et le soutien des autorités centrale et régionale sont tout de même parvenus à faire en sorte que ce projet puisse démarrer et puisse espérer se poursuivre.

Cet exemple illustre l'importance, dans certains contextes, de soutenir directement des initiatives d'entrepreneurs locaux qui ne disposent pas toujours de l'expertise requise pour gérer des processus complexes de changement. Dans un contexte comme celui de la région du Nunavik, l'innovation se situe d'abord dans un espace de transformation culturelle, avant d'être systémique, dans la mesure où il s'agit d'influer sur des rôles sociaux et d'instaurer un climat de confiance face à l'action à entreprendre. La gestion du changement, dans ce genre de situation, représente un défi de taille qui nécessite une légitimation officielle de l'action. Ici, l'appui sollicité se situe en amont de l'action, puisqu'il porte d'abord sur la reconnaissance du problème social et qu'il implique de tolérer, d'une certaine manière, que l'action ne puisse se mettre en branle qu'après une période de latence plus ou moins longue.

Le cas des projets pilotes

Dans le cas des innovations qui ont été introduites par la voie d'un projet pilote (plus du tiers des projets du FASS), l'appui attendu des autorités se situe à la fois au cours des processus de mise en œuvre de l'action, quand il s'agit de lever des obstacles structurels qui en limitent l'application, ou en aval, quand il s'agit d'envisager son intégration au système.

Le projet pilote représente une stratégie souvent utilisée pour produire du changement, car il peut permettre d'explorer des avenues inusitées, malgré les risques que l'expérimentation comporte quant au caractère plus ou moins probant de ses résultats. Le caractère expérimental et temporaire du projet pilote offre la possibilité de tester des alternatives aux modèles courants et de ne pas se poursuivre au terme de l'expérimentation si les résultats générés ne sont pas concluants. Le projet pilote recèle donc un certain capital de risque, autrement difficile à obtenir, et peut s'avérer un choix judicieux pour solutionner un problème particulier. Par exemple, l'expérimentation de la *télémédecine aux Îles-de-la-Madeleine* (projet #24) aurait difficilement pu voir le jour sans opter pour un projet pilote qui permet de tester un modèle inédit comportant beaucoup d'incertitude et un niveau de risque important. Ainsi, le projet pilote permet d'éprouver des modèles novateurs et d'en mesurer l'efficacité avant de penser à son intégration systémique.

Introduire l'innovation au moyen d'un projet pilote peut s'avérer moins évident dans d'autres situations, comme celles qui procèdent par simulation ou qui expérimentent une sorte de prototype cohabitant avec les modes réguliers de prestation de soins et de ser-

vices. Cette situation vient en quelque sorte fausser les règles du jeu pour les acteurs, puisque la « cohabitation » implique une gestion du changement à deux paliers : un premier lors de l'implantation du projet et un second au moment du transfert et de l'intégration au reste du système. Par exemple, dans l'expérience du *SIPA* (#14), une grande partie des médecins se sont montrés peu ouverts à l'introduction de la capitation en partie parce qu'ils ont craint une certaine perte d'autonomie et ont anticipé des effets pervers. Or, il importe de saisir que simuler un mode de paiement aussi différent dans le cadre d'un système dont la budgétisation est régie par programme et par établissement ne constitue pas une situation favorable pour intéresser les professionnels et permettre une expérimentation concluante. Aussi bien le projet de la *MRC du Haut-St-Laurent* (projet #30), qui a utilisé une approche différente pour expérimenter la capitation, que le projet SIPA, ne sont parvenus à produire des données probantes sur ce mode de prépaiement. Chacun a dû faire face aux obstacles structurels du système en place, comme le mode de rémunération des médecins et l'accès en temps réel aux données d'hospitalisation.

Les limites de la formule du projet pilote sont aussi soulevées dans l'exemple du projet de *Continuum de soins et services à l'intention des adultes en phase terminale* (#12) qui l'a utilisé pour implanter son modèle d'intervention. Ce projet a permis la mise en place de services inexistants auparavant dans ce territoire, pour une clientèle en phase terminale, services d'une grande pertinence et d'un fort potentiel de transformation. Or, dans l'éventualité d'une cessation de financement au terme de l'expérimentation, la clientèle visée peut se retrouver devant une absence de services adaptés à sa situation. Dans ce contexte, on peut se demander si l'opportunité d'un financement pour une expérimentation temporaire constitue une formule appropriée.

Dans ce dernier cas, de façon hypothétique, si les services mis en place ne peuvent se poursuivre faute des ressources nécessaires, il y a un risque de perdre l'expertise développée et la possibilité d'une absence soudaine de services pour une clientèle en besoin, qu'il faudra combler autrement. Pour leur part, les projets de capitation mettent en évidence la difficulté de transférer en contexte réel des expériences réalisées par simulation. Les résultats produits dans ce cas posent la question de leur validité en contexte réel. Cela conduit à considérer la question fondamentale de la pérennité lorsqu'il s'agit d'appuyer des projets en émergence qui procèdent par la voie du projet pilote.

Que ce soit l'exemple du Nunavik ou les exemples tirés de quelques projets pilotes, l'analyse des stratégies d'intervention laisse entrevoir que l'appui à l'émergence de l'innovation semble plus acceptable, pour les instances de gouverne, dans la mesure où cet appui n'interpelle que l'action sur le terrain et où il n'interfère qu'à la marge sur les dimensions structurelles du système. Dans le contexte actuel, la logique des incitatifs semble prévaloir sur celle des modifications structurelles en profondeur.

4.3.2 La mise en place d'incitatifs pour soutenir l'innovation

Non seulement les instances ministérielle et régionales peuvent-elles appuyer des stratégies émergentes et soutenir les démarches vers l'innovation, mais encore peuvent-elles jouer un rôle prépondérant pour inciter à l'innovation. Des incitatifs de deux ordres peuvent contribuer à générer du changement : des mesures directives comme des modifications aux règles et aux procédures légales, et, dans certains cas, des mesures

pour orienter l'action vers le changement, ou encore des mesures stimulantes pour encourager l'innovation.

Dans le premier genre de situation, l'innovation peut être stimulée par une « injonction » de changement exprimée par une instance en autorité, par exemple, l'incitation des régions à fusionner leurs établissements, ce qui, paradoxalement, limite la marge de manœuvre des gestionnaires, mais peut en même temps inciter à l'innovation. C'est l'exemple entre autres de la région des Laurentides (#26) qui a convié les différents territoires à développer des modèles de regroupement correspondant à leur réalité locale. Cela les a amenés à mettre au point des formes de collaboration différentes des modes de structuration procédant par la voie des fusions. Dans ce cas précis, on observe que la volonté affirmée de changement a incité, en réaction, à innover.

Dans le second cas, l'État peut, par le biais d'un incitatif financier, favoriser l'émergence de changement à partir du terrain. En investissant dans quarante projets différents, le FASS a stimulé une dynamique de changement complexe dans le système de santé et de services sociaux. Cependant, un financement d'une telle ampleur, pour expérimenter autant de modèles en même temps, soulève la question de la capacité relative d'un système à absorber à la fois autant d'innovations. Elle soulève également la question de la pertinence de la mise en place d'un fonds de transition, dans ce cas-ci d'une durée de trois ans, où les fonds ne sont pas alloués de façon récurrente. Ces deux questions génèrent de l'incertitude et ne semblent pas avoir été prises en considération au moment de l'instauration du FASS.

Pour l'application du programme au Québec, le MSSS avait inclus dans ses critères de sélection des projets une dimension de pérennité, puisque les promoteurs des projets devaient démontrer leur capacité à intégrer leur innovation dans le système, au terme du financement du FASS. Or, malgré cette condition, il ressort de l'expérience globale du programme du FASS, que peu de projets de complexité élevée surtout, ont terminé leur expérimentation et, partant, atteint leurs objectifs. D'ailleurs plusieurs promoteurs ont commencé à faire pression sur les instances de gouverne pour assurer leur survie.

Au terme de l'expérimentation et du financement, plusieurs acteurs impliqués dans des projets du FASS tirent des enseignements sur l'impact réel des incitatifs de ce type. Ils mettent en perspective le contexte dans lequel est arrivé le programme du FASS. Le système de soins et de services se trouvait avec une marge de manœuvre réduite à la suite d'une décroissance budgétaire importante sans espoir de redressement financier à court ou à moyen terme. La venue du FASS a été perçue comme une source inattendue de fonds, une soupape, malgré son caractère temporaire. Il ressort de l'opération un constat général très positif quant au potentiel de changement généré par l'exercice réalisé, même s'il reste en fin de parcours un arrière-goût d'inachevé. Plusieurs des promoteurs se retrouvent en effet confrontés en fin d'exercice à des problèmes de survie qui peut affecter le rythme d'un mouvement de changement bien amorcé.

Parmi les solutions qui ont été envisagées[9], on note la constitution d'un fonds québécois d'appui permanent aux projets en émergence qui viseraient à développer de nouvelles façons de produire des services dans le système de soins et de services. Un fonds de

9. Plusieurs suggestions ont été formulées au cours des deux journées du Colloque Jean-Yves-Rivard tenu à Montréal en novembre 2001, principal événement de diffusion des résultats de la présente évaluation.

« capital de risque » favoriserait l'expérimentation tout en reconnaissant le droit à l'erreur : « Le risque est le corollaire de toute innovation réussie ». (Kouzes et Posner, 1998). Ce fonds utilisé au besoin permettrait au système de soutenir des projets structurants en gestation. Il serait également capable d'absorber et de rendre récurrent à moyen terme les projets dont les capacités de changement semblent les plus déterminantes. La création d'un tel fonds offrirait des occasions d'apprentissage et contribuerait à instaurer une culture du changement. Par ailleurs, la création d'un capital de risque n'élimine pas la nécessité d'une gestion du risque ni des suites à donner.

4.3.3 L'utilisation de l'information pour soutenir l'élaboration des politiques

Malgré toutes ses limites, une des retombées majeures du programme du FASS restera sans aucun doute la production substantielle d'information découlant de toutes les évaluations effectuées. De fait, l'obligation d'évaluer les expériences était un critère de sélection du FASS et du MSSS : « Produire et échanger des renseignements par l'intermédiaire d'évaluations est l'une des principales caractéristiques et raisons d'être du Fonds pour l'adaptation des services de santé » (FASS, 2000). L'obligation d'évaluation a entraîné la formation d'alliances entre promoteurs et évaluateurs et permis la cohabitation des savoirs d'experts (chercheurs universitaires, évaluateurs) et des savoirs d'expérience (décideurs, gestionnaires et cliniciens).

L'innovation est essentiellement un processus social qui résulte d'interactions, d'échanges d'information et d'apprentissage (Landry, 2001), autant à partir des succès que des erreurs. Or, l'évaluation « vient analyser, nommer, formaliser des situations à améliorer ou des problèmes à résoudre ou vient analyser, nommer formaliser l'innovation mise en place » (Bouchard, 1999). La production de connaissances générée par l'expérience d'innovation vient accroître la prévisibilité dans le contexte d'une éventuelle généralisation ou « institutionnalisation » de l'innovation.

L'évaluation joue en particulier trois rôles dans le processus d'introduction d'une innovation sociale : un rôle de conception, un rôle de miroir et un rôle de production et de diffusion des connaissances. Ainsi, elle intervient en amont dans la conception de l'innovation sociale. Elle peut jouer un rôle en période de mise en œuvre où l'information peut servir d'appui à la décision, permettant de réduire l'incertitude par exemple (Langley, 1992). Elle intervient en aval pour cerner les conditions d'implantation réussies et celles qui sont propices à une généralisation éventuelle. Le transfert de ces connaissances peut être utile pour guider l'action et les décisions à prendre. Il peut contribuer également à la préparation d'orientations, de politiques et de programmes visant l'amélioration du système de soins et de santé, ce qui était, pour l'essentiel, la finalité première du FASS.

Quelques projets ont bénéficié de l'expertise de chercheurs au moment de leur conception. C'est le cas, par exemple, du projet de *Capitation Haut-St-Laurent* (#30). Un « comité régional de capitation » a été formé à la fois « pour participer à la conception du modèle de capitation, préparer le projet de recherche et apporter le support et les suivis nécessaires lors de la phase d'expérimentation ». Ce comité était composé notamment de chercheurs universitaires dont la majorité ont été impliqués dans le processus évaluatif. Ils ont par ailleurs exercé du leadership sur les plans du contenu et de la

mise en œuvre. Maints projets du FASS ont profité des informations produites par les équipes d'évaluation au cours de l'expérimentation.

Deux exemples peuvent illustrer l'usage de l'information produite aux fins de l'élaboration des politiques. Le premier exemple concerne les travaux de la Commission Clair qui avait pour mandat de revoir le financement et l'organisation du système de santé et de services sociaux du Québec. L'expérience de projets financés par le FASS a servi à soutenir les travaux de la commission, notamment aux chapitres de l'intégration des services et de l'organisation des services de première ligne. Le second exemple concerne les orientations ministérielles à l'égard des personnes âgées. Le MSSS a mis à contribution toute l'information utile et pertinente générée par les projets du FASS portant sur les réseaux de services intégrés destinés aux personnes âgées.

4.3.4 Le temps comme ressource indispensable de soutien au processus de changement

L'expérience des projets du FASS montre par ailleurs la difficulté de déclencher un processus de changement effectif en quelques mois, voire en quelques années. Plus le changement visé est d'envergure, plus il va en profondeur, plus il faudra du temps à ceux qui le gèrent pour faire face aux nombreux défis qui se présenteront pour l'implanter et le maintenir. Or, toutes les actions de mise en œuvre, que ce soit pour informer, négocier, rassembler, etc., sont nécessaires. Elles font partie des temps de latence et de transition auxquels il faut consentir pour produire du changement.

Les changements de pratique, de culture, de mentalité ne se font pas rapidement. Le rythme d'implantation du changement s'avère un processus lent et progressif. Si les perceptions peuvent changer à court terme, il en est autrement pour les comportements et les attitudes qui nécessitent une longue période d'apprentissage. Dans le cas du projet des *Soins palliatifs* (#12), on a vu jusqu'à quel point « le temps disponible » n'a pas suffi à modifier les pratiques. Des projets comparables implantés ailleurs ont mis au moins cinq ans avant de commencer à produire des résultats significatifs. Le facteur temps apparaît comme une condition déterminante pour transformer et pour faire évoluer les cultures.

L'ensemble des projets du FASS ont manqué de temps pour mettre en place le changement et produire les résultats permettant de se prononcer sur l'efficacité du modèle implanté. Une proportion importante de rapports finaux font état de l'irréalisme des échéanciers imposés, compte tenu des objectifs poursuivis par le programme (#03, 08, 10, 13, 15, 21, 23, 26, 30, 33, 38, etc.). On insiste pour signaler que le fait de disposer d'un temps « raisonnable » permet de mieux conceptualiser le projet, favorise l'obtention de la participation, l'implication et l'adhésion des acteurs, aide à créer des alliances, à prendre contact avec les différents partenaires, à négocier les intérêts divergents et à bâtir une confiance mutuelle. De même, le temps concourt à changer les cultures professionnelles et organisationnelles, à ajuster le modèle à son contexte d'implantation, à aplanir les inévitables obstacles rencontrés, à développer une vision commune, à apprendre à travailler ensemble.

Introduire une innovation sociale dans le but de produire un changement souhaitable implique donc de disposer d'une période de « temps » suffisante. Les innovations renfermant des changements relativement complexes présentent beaucoup d'incertitude et ne peuvent s'implanter dans un court laps de temps. Plus le changement envisagé est complexe, plus il nécessite une longue et minutieuse préparation, une attention soutenue, et plus il dépend de l'appui de toutes les instances décisionnelles. Plus le changement est « dérangeant » plus il est long à s'instaurer et plus il est soumis à devoir combiner un grand ensemble de facteurs déterminants dans des conditions qui ne sont pas toujours favorables. La majorité des projets du FASS ont manqué de temps pour faire la démonstration de tout leur potentiel.

CONCLUSION

De façon dynamique, le processus de changement induit par les projets du FASS peut être représenté comme un mouvement évolutif, où sous la forte pression de l'environnement et de l'incitation (ressources financières allouées par le programme du FASS), des acteurs organisationnels et professionnels sont invités à assembler rapidement des idées, des compétences et des ressources. Les idées correspondent à la vision du projet qui peut être plus ou moins porteuse de transformations. Elle correspond aussi au rôle de la vision dans la mobilisation du changement. Les ressources renvoient à l'ensemble des actifs dont disposent un système d'action local pour opérer le changement. Ainsi, le temps que les acteurs peuvent allouer aux efforts de changement paraît une ressource rare et cruciale. Le savoir et l'expertise sont fondamentales à un tel processus, ce qui conduit à s'interroger sur les besoins de formation des acteurs. Les compétences concernent un ensemble diversifié de savoir-faire et de façons d'organiser les relations entre les acteurs afin d'appuyer le changement. Le leadership paraît une dimension cruciale des compétences à mettre en oeuvre. Les organisations professionnelles appellent à un leadership collectif où les gestionnaires et les cliniciens partagent un projet commun de changement. En fait, selon cette représentation, le changement doit être porté par une véritable coalition d'acteurs et d'organisations qui conjuguent des compétences, des ressources et des idées afin de transformer, dans le temps et dans l'espace, les pratiques et les organisations. Cette transformation s'apparente en fait à une augmentation des capacités de coopération afin d'instaurer un régime de changements durables porteur d'un système de soins plus adaptatif.

La contribution de l'évaluation aux projets du FASS présente un bilan contrasté. Les travaux dans le domaine de l'évaluation abondent pour souligner les limites à l'utilisation immédiate des résultats et l'importance de reconnaître en quoi l'utilisation des connaissances déborde les contextes d'intervention. Un tel constat incite à se demander sous quelles conditions l'évaluation devient un mécanisme d'apprentissage pour les milieux d'intervention.

L'expérience du FASS a permis de produire des connaissances substantielles sur les facteurs favorisant le changement dans le système de soins. Elle a misé sur des alliances entre les milieux académiques, décisionnels et de gestion, et professionnels qui, en définitive, semblent prometteuses et méritent d'être renouvelées. Cette expérience a permis l'entrée en scène de nouveaux acteurs individuels et collectifs. Les projets du FASS ont permis, dans plusieurs cas, à des cliniciens/cliniciennes de s'impliquer dans le changement. Le changement n'était plus uniquement une affaire de gestionnaires. En même temps et parfois, des acteurs nouveaux sur le plan de la gestion ont cherché à prendre leur place et à se valoriser par ces différents projets. Les instances régionales et le gouvernement central ont un rôle à jouer pour privilégier l'émergence de nouveaux espaces d'action et pour structurer l'entrée des nouveaux acteurs. De même, la mise en œuvre de tels projets témoigne de l'importance d'apporter des changements au niveau de règles du jeu dans le système, car ces changements ne sont pas directement sous le contrôle des acteurs locaux. De tels projets n'exploitent pas uniquement les marges d'ajustement autorisées par l'état actuel du système, ils visent à générer de nouveaux cadres et capacités d'action en vue de mieux adapter les organisations et le système de soins.

Il faut toutefois se demander dans quelle mesure le système a les moyens d'accueillir l'arrivée simultanée d'une quarantaine de projets novateurs visant tous à produire des changements positifs. En proposant une nouvelle façon de produire du changement, le programme du FASS a représenté une innovation en soi. Il a fourni une occasion de financement par l'injection de plusieurs millions de dollars, ce qui a apporté beaucoup d'oxygène dans le système. Il a stimulé les réflexions en cours, créé un contexte d'ouverture à l'émergence de l'innovation, provoqué des alliances entre des concepteurs, des opérateurs et des évaluateurs. Il a aussi ouvert la porte à la mesure de l'imprévisible et au risque de l'échec. Il a permis de générer des connaissances en quantité et en qualité dont la somme constitue un corpus de connaissances extrêmement riches. Il a procuré un certain capital de risque rare dans le système.

Malgré ces avantages indéniables, ce type d'injection massive de fonds et de nouvelles expérimentations en cohabitation avec un système institutionnalisé a généré beaucoup d'insécurité et d'incertitude en cours d'expérimentation et, en fin de parcours, comme c'est le cas de toute expérience dont le financement est temporaire. Le cas des projets pilotes est patent à cet égard (Blais, Joubert et coll., 1997 ; Desbiens *et al*., 2000). La production de transformations significatives par le projet pilote comporte en effet le défi d'assurer localement la pérennité d'une intervention jugée prometteuse ou tout au moins de la faire vivre suffisamment longtemps pour mieux connaître les enjeux de son implantation et son potentiel d'impact. La pérennité locale d'un projet n'assure en rien sa mise en pratique dans un univers plus large.

La généralisation d'une intervention sous la forme de politique doit répondre à plusieurs exigences. On peut évoquer ici deux conditions: connaître les éléments contextuels favorables ou non à la production des effets et être en mesure de définir les composantes critiques d'une intervention. La première condition amène à confondre les frontières de l'intervention et du système social dans lequel elle prend forme. La deuxième condition renvoie à la cohérence logique des modèles d'intervention et à la capacité à définir les éléments incontournables à mettre en œuvre sans quoi l'intervention ne pourra induire les avantages attendus. Une telle approche de la généralisation pose le défi d'analyser en contexte réel des expériences telles que celles des projets du FASS, tout en pouvant éviter de politiser à l'excès le processus d'expérimentation. En d'autres mots, les acteurs, qu'ils soient praticiens ou chercheurs/évaluateurs, maintiennent une capacité réflexive productrice en permanence d'une critique du projet expérimental et de la dynamique sociale caractérisant son processus d'implantation. Pour accroître la capacité à tirer des leçons généralisables des différents projets, il faut concevoir l'expérimentation comme un processus collectif d'apprentissage. En s'appuyant sur une telle perception du processus, il est probable que plusieurs projets auraient été assurés d'un suivi plus serré et constructif en cours d'expérimentation. Ce tandem « projets d'intervention et projets d'évaluation » a stimulé des réflexions et des débats dans l'ensemble du système de soins et de services. La Commission Clair est un exemple éloquent de la mobilisation possible des acquis du programme du FASS pour réfléchir aux politiques d'organisation du système de soins et services.

Plusieurs facteurs poussent ou font obstacle à l'implantation d'une logique d'expérimentation ouverte sur l'apprentissage. Dans plusieurs projets, le souci engendré par la date annoncée de fin de projet a pu contrevenir à un engagement intense et continu des acteurs. Dans d'autres cas, la volonté des acteurs de ne pas voir se terminer le projet a permis la mise en place de changements structurants. En fait, lorsque l'intervention est

complexe au sens où elle interpelle une multitude d'espaces de transformation, il importe de produire rapidement des décisions irréversibles ou structurantes afin de faire les transformations profondes qui vont fonder l'autonomie du projet, c'est-à-dire sa non dépendance aux ressources externes. De façon contradictoire, il est possible que l'apport de nouvelles ressources apportées par le programme du FASS soulage des milieux tout en rendant plus tolérables, donc plus durables, certains dysfonctionnements et facteurs d'inertie comme l'indépendance tenace de certaines structures. La volonté de changement des acteurs peut aussi se buter à des obstacles macroscopiques dont la transformation exige une volonté politique forte qui n'est pas toujours présente.

Au-delà de la richesse extraordinaire procurée par l'expérimentation d'autant de projets novateurs en même temps, l'incertitude persiste et des enjeux de pérennité demeurent. Le programme du FASS visait principalement la production de connaissances. Pour sa part, le MSSS a sélectionné les projets suivant plusieurs critères, dont l'assurance d'un auto-financement en fin d'expérimentation. Plusieurs projets se sont appuyés sur des engagements de partenaires, sur un certain espoir que l'avenir apporterait des fonds additionnels pour du développement éventuel. Des projets prévoyaient des économies de ressources que l'innovation devait générer. Or, au terme de l'expérimentation, il s'avère que l'innovation produit peut-être du changement mais pas d'économies de ressources substantielles. L'argent ne semble pas suivre le client, comme on avait pu l'anticiper.

Même si le MSSS avait clairement exprimé qu'il n'assumerait pas les coûts des quarante projets au terme de l'expérimentation et malgré les efforts déployés au départ pour soutenir la survie des projets, il reste qu'à la fin de l'exercice, plusieurs projets ont déposé au MSSS ou dans les régies régionales, des demandes de prolongation et des demandes de fonds additionnels pour garantir la pérennité des services. Un bon nombre de projets se retrouvent dans une situation de grande incertitude face à leur survie. Cette conjoncture pose la question de savoir si tout a été mis en place pour préparer les suites à donner à ces dizaines de projets. Ce sont de nombreux intervenants et gestionnaires qui demeurent dans l'incertitude, et la poursuite de services novateurs à des clientèles ciblées qui demeure incertaine.

Reste maintenant à savoir comment le système peut tirer avantage des leçons de l'expérience du FASS, ce qu'il faut modifier sur le plan plus macroscopique, sur les rôles que les instances régulatrices doivent jouer pour favoriser le changement durable et continu, sur la façon de soutenir les acteurs pour qu'ils abordent le changement en dehors du cadre d'un programme expérimental, sur la manière de maintenir un engagement des professionnels pour le changement, etc. Le système se retrouve devant un paradoxe qui demande réflexion pour être résolu. Le programme du FASS ne conduit en rien à un nouvel état de stabilité où les changements auraient enfin été accomplis. « L'après-FASS ne se limite pas à un exercice de sélection des projets qui semblent correspondre à des « succès ». Il commande une interrogation profonde sur la capacité d'un système à investir continuellement dans l'adaptation et nous place encore plus qu'auparavant devant les exigences du changement continu » (Denis, 2001).

BIBLIOGRAPHIE

AUBERT, Benoît A. et HAMEL, Geneviève (1997). *Adoption of Smart Cards in the Medical Sector : The Canadian Experience,* Cahier GreSI (Groupe de recherche en systèmes d'information), n°, 97-07, HEC.

AKRICH, M., CALLON, M. et LATOUR, B. (1988a*). À quoi tient le succès des innovations - Premier épisode : l'art de l'intéressement,* Paris, Annales des mines, juin.

AKRICH, M., CALLON, M. et LATOUR, B. (1988b). *À quoi tient le succès des innovations - Deuxième épisode : l'art de choisir les bons porte-parole,* Paris, Annales des mines, septembre.

ATKISSON, Alan (1991). *The Innovation Diffusion Game - A tool for encouraging participation in positive cultural change - or for doing something different at your next party*, in Making It Happen, USA, In Context, n° 28, Spring, page 58.

BLAIS, R., JOUBERT, P. et coll. (1997). Évaluation des projets-pilotes de la pratique des sages-femmes au Québec, Université de Montréal, Université Laval. Montréal. Québec.

BOUCHARD, Camil et coll. (1999). Contribution à une politique de l'immatériel, Conseil québécois de la recherche sociale, Québec.

CALLON, Michel, (1986). *Éléments pour une sociologie de la traduction*, L'Année sociologique, n°. 36.

CALLON, Michel et LATOUR, Bruno (1986*.) Les paradoxes de la modernité - Comment concevoir les innovations*, Prospective et Santé, no. 36.

COMMISSION D'ENQUÊTE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX (Commission Rochon) (1988). Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux. Québec, Publications du Québec.

CONTANDRIOPOULOS, A.-P., DENIS, J.-L., TOUATI, N., RODRIGUEZ, R. (2001). *Intégration des soins : concepts et mise en œuvre*, Ruptures, vol. 8, no.2, pp. 38-52.

DAGENAIS, C., DESBIENS, F., et coll. (2001). Analyse des retombées des projets québécois du Fonds pour l'adaptation des services de santé (FASS) - Démarche d'évaluation. Direction de l'évaluation, de la recherche et de l'innovation, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Québec.

DENIS, J.-L., LANGLEY, A., et PINEAULT, M. (1996). *Devenir leader dans une organisation complexe*, Gestion, vol.21, n° 4, projet pilote.15-24. Cité dans Dufour, Y. et Lamothe, Lise (1999) Les approches au changement dans les systèmes de santé, tiré de Le système de santé québécois : Un modèle en transformation, sous la direction de Clermont Bégin, Pierre Bergeron, Pierre-Gerlier Forest et Vincent Lemieux, Montréal, Presses de l'Université de Montréal.

DENIS, Jean-Louis (2001). *Investir dans l'innovation et le changement : le programme du FASS*, Présentation dans le cadre du Colloque Jean-Yves-Rivard, Montréal.

DESBIENS, F., COLLIN, J., WHITE, D., BOUCHARD, L.. (2000). Évaluation qualitative des Services de crise de la région de Laval - Rapport final, Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la prévention (GRASP), Université de Montréal et Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval, Québec.

DUFOUR, Yvon et LAMOTHE, Lise (1999). *Les approches au changement dans les systèmes de santé*, tiré de Le système de santé québécois : Un modèle en transformation, sous la direction de Clermont Bégin, Pierre Bergeron, Pierre-Gerlier Forest et Vincent Lemieux, Montréal, Presses de l'Université de Montréal.

FAWCETT, S. (1990). *Some emerging standards for community research and actions: Aid from a behavioral perspective*. In P. Tolan, C. Keys, F. Chertok & L. Jackson (Eds.), Researching community psychology (pp. 64-75). Washington DC : American Psychological Association.

FASS (2000). Fonds pour l'adaptation des services de santé, Renseignements généraux et autres. (page consultée le 8 août 2000), Adresse URL http://www.hc-sc.gc.ca/htf-FASS.

FORUM NATIONAL SUR LA SANTÉ (1996). Sommaire des documents-synthèse, Ottawa.

FORTIN, J.-P., JOUBERT, P., MORISSET, J. *et al.* (1996). Évaluation du projet québécois d'expérimentation de la carte santé à microprocesseur, Rapport final. Saine-Foy. Université Laval, Unité de santé publique du CH de Rimouski et Centre de santé publique de Québec.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (2001). Politique québécoise de la science et de l'innovation - Savoir changer le monde. Québec.

GUBA, E.G. LINCOLN, Y.S. (1989). Fourth Generation Evaluation, Newbury Park: Sage Publications.

HAGE, J.T. (1999). *Organizational innovation and organizational change*, Annual Reviews, p. 599.

KOUZES, James et POSNER, Barry. (1998). Les dix pratiques des leaders exemplaires - Le défi du leader, Montréal, Actualisation IDH Inc.

LANDRY, M. (1998). *L'aide à la décision comme support à la construction du sens dans l'organisation*. Systèmes d'information et management, 3 (1), pp. 5-39.

LANDRY, Réjean (2001). *Conférence de clôture*, dans le cadre du Colloque Jean-Yves-Rivard, Montréal.

LANGLEY, A. (1992). *Entre la « paralysie par l'analyse » et « l'extinction par l'instinct »*, Gestion, vol. 17, no 1, pp. 6-17. Cité dans DUFOUR, Y. et LAMOTHE, L. (1999) *Les approches au changement dans les systèmes de santé*, tiré de Le système de santé québécois : Un modèle en transformation, sous la direction de Clermont Bégin, Pierre Bergeron, Pierre-Gerlier Forest et Vincent Lemieux, Montréal, Presses de l'Université de Montréal.

MILES, M. B. & HUBERMAN, A. M. (1994). Qualitative data analysis: An expanded sourcebook (2e ed.). Newbury Park, NY : Sage.

PATTON, M.Q. (1990). Qualitative Evaluation and Research Methods. Second Edition. Newbury Park: Sage Publications

SCHUMPETER, J. (1934). The Theory of Economic Development, Cambridge, Mass., Harvard University Press. Cité dans AKRICH, M., CALLON, M. et LATOUR, B. (1988a). *À quoi tient le succès des innovations - Premier épisode : l'art de l'intéressement*, Paris, Annales des mines, juin.

TANDON, S. D., AZELTON, S. S., KELLY, J. G. & STRICKLAND, D. A. (1998). *Constructing a tree for community leaders: Contexts and processes in collaborative inquiry*. American Journal of Community Psychology, 26, pp. 669-696.

YIN, R.K. (1993). Applications of case study research. Newbury Park, (CA): Sage Publications, Applied Social Research Methods Series, vol. 34.

ANNEXES

ANNEXE 1
LES PROJETS QUÉBÉCOIS DU FASS

LISTE DES PROJETS QUÉBÉCOIS DU FASS

Titre du projet*	Domaine prioritaire FASS	Région	Promoteurs et partenaires**	Montant alloué $	Utilisation des fonds
1. Un réseau de services de base intégré : le développer et en mesurer la perception qu'en ont la population et les intervenants	Services intégrés Soins primaires	Bas-Saint-Laurent	Promoteur : Régie régionale du Bas-Saint-Laurent. Partenaires : CLSC, hôpitaux, cliniques médicales, centres de soins prolongés.	92 393	Évaluation
2. Réseau régional de cliniques de prévention des maladies cardiovasculaires au Saguenay-Lac-St-Jean	Services intégrés Soins primaires	Saguenay-Lac-St-Jean	Promoteurs : Clinique des maladies lipidiques du complexe Hospitalier de la Sagamie, Direction de la coordination des services et direction de la Santé publique de la régie régionale. Partenaires : CH Sagamie, GRID (groupe de recherche), CLSC, centres de santé, CHSLD, organismes communautaires locaux, UQAC, Université Laval, centre de santé de Québec, Aventis, Merck Frosst et Pfizer.	638 000	Intervention - évaluation
3. Projet d'une expérience novatrice dans la région de Québec : les cliniques de périnatalité	Services intégrés Soins primaires	Région de Québec	Promoteurs : Direction de la santé publique de Québec, Centre de recherche du CHUQ, Pavillon St-François-d'Assise et Institut de développement par le changement émergent. Partenaires : Cliniques médicales, CLSC, hôpitaux, organismes communautaires.	96 905	Évaluation
4. Projet d'action concertée sur les territoires La Source et CLSC Orléans (PACTE) : Une gestion locale des services du réseau SSS en réponse aux besoins des	Services intégrés Soins primaires Soins à domicile	Région de Québec	Promoteurs : Hôpital Sainte-Anne-de-Beaupré, CLSC La Source et CLSC Orléans, régie régionale de Québec et l'Équipe de recherche en organisation des services de santé de l'Université	1 831 162	Intervention - évaluation

* Le titre du projet mentionné ici correspond au titre du projet que l'on retrouve sur le rapport final, lorsque disponible.

** La présentation des partenaires n'est pas nécessairement exhaustive. Elle est indicative et vise à illustrer la variété et l'ampleur des interactions entre les acteurs impliqués dans les projets. Les promoteurs ne sont pas de nouveau nommés parmi les partenaires, quoiqu'ils soient concernés.

Titre du projet*	Domaine prioritaire FASS	Région	Promoteurs et partenaires**	Montant alloué $	Utilisation des fonds
personnes âgées			Laval. Partenaires : Idem promoteurs, ainsi que cliniques médicales, CHSLD, hôpitaux de Québec, organismes communautaires, ressources d'hébergement.		
5. Projet de réorganisation des soins primaires en santé cardiovasculaire dans la région de Québec	Services intégrés Soins primaires	Région de Québec	Promoteur : Centre de santé publique de Québec. Partenaires : Cliniques médicales, CLSC, hôpitaux, pharmaciens, centres sportifs, groupes d'entraide.	803 470	Intervention - évaluation
6. Mécanisme de coordination des services gérontogériatriques des Bois-Francs	Services intégrés Soins à domicile	Mauricie Bois-Francs	Promoteurs : Unité de recherche en gériatrie de l'Université Laval, Centre de santé publique de Québec et régie régionale de la Mauricie et du Centre du Québec. Partenaires : CLSC, CHSGS, CHSLD, hôpitaux, organismes communautaires, ressources et centres d'hébergement publics et privés, CDG, URFI, SAG , RTSS, centre de jour, Centre d'action bénévole, organismes communautaires.	252 000	Évaluation
7. Développement et implantation d'un système de prix de revient des soins et services à domicile dans le cadre du projet de démonstration d'un réseau intégré des services dans les Bois-Francs avec une coordination de services par gestion de cas (case-management)	Services intégrés Soins à domicile	Mauricie Bois-Francs	Promoteurs et partenaires : Unité de recherche en gériatrie de l'Université Laval, Fédération des CLSC/CHSLD, Institut national de santé publique, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé de l'Université de Montréal, Université McGill, Institut universitaire de gériatrie de Montréal, Institut universitaire de gériatrie de Montréal, Tables des établissements des Bois-Francs, firme Sysmic.	200 673	Évaluation

Titre du projet*	Domaine prioritaire FASS	Région	Promoteurs et partenaires**	Montant alloué $	Utilisation des fonds
8. L'exploitation de la méthodologie d'Autocontrôle pour une modification de pratique efficace appliquée à la rationalisation de l'utilisation des tests diagnostiques : évaluation d'une méthodologie déjà développée et exportation aux autres unités de soins à l'intérieur et à l'extérieur d'une institution	Services intégrés Soins à domicile	Estrie	Promoteurs: Centre de recherche et d'évaluation en diagnostic (CRED) et Centre de recherche clinique de l'Université de Sherbrooke (CUSE). Partenaires : Health Evidence and Application Linkage Network (HEALTHNet), SIH du CUSE.	132 500	Intervention - évaluation (pilote)
9. Impact d'un guichet unique en CLSC : utilisation des services, coûts et vécu des intervenants	Services intégrés Soins primaires Soins à domicile	Montréal	Promoteurs : CLSC René-Cassin, Institut universitaire de gérontologie sociale du Québec, École de service social de l'Université de Montréal et Université McGill. Partenaires : CLSC Verdun/Côte St-Paul, Olivier-Guimond, René-Cassin, Côte des Neiges, des Faubourgs, La Petite Patrie, Pierrefonds, hôpitaux, chercheurs de l'Université de Montréal, Université McGill, Association des CLSC et CHSLD du Québec, CLSC Côte des Neiges, CLSC St.-Laurent, CLSC Verdun/Cote St-Paul, projet SIPA..	242 663	Évaluation
10. Prestation de soins intégrés pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves et persistants dans leur milieu de vie	Services intégrés Soins à domicile	Montréal	Promoteur : Centre de recherche de l'Hôpital Douglas. Partenaires : New Hampshire-Dartmouth Psychiatric Research Centre.	174 808	Intervention - évaluation
11. Dépistage et intervention auprès des personnes âgées obtenant leur congé du service des urgences d'un hôpital et risquant de subir des conséquences	Services intégrés Soins primaires Soins à domicile	Montréal	Promoteurs : Department of clinical Epidemiology and Community Studies, St Mary's Hospital Center, Department of Epidemiology and Biostatistics, McGill University. Partenaires : St Mary's Hospital Center,	301 942	Intervention - évaluation (pilote)

Titre du projet*	Domaine prioritaire FASS	Région	Promoteurs et partenaires**	Montant alloué $	Utilisation des fonds
			CH Royal Victoria, CH Maisonneuve-Rosemont et Notre-Dame, CLSC René-Cassin, CLSC Côte-des-Neiges et régie régionale Montréal-Centre.		
12. Vers l'établissement d'un continuum de soins et services à l'intention des adultes en phase terminale	Services intégrés Soins primaires Soins à domicile	Montréal	Promoteurs : CLSC Notre-Dame de Grâce / Montréal Ouest, Centre universitaire de santé McGill, régie régionale de Montréal-Centre. Partenaires : CLSC Metro, NDG/Montréal-ouest, St-Louis du Parc, Côte-des-Neiges, René Cassin, services des soins palliatifs du centre universitaire de santé McGill (hôpitaux : Royal Victoria, Général de Montréal, Institut neurologique de Montréal, CH thoracique, Montreal Children).	3 404 918	Intervention - évaluation (pilote)
13. Réseau mère-enfant supra-régional	Services intégrés	Montréal et périphérie	Promoteurs : Hôpital Sainte-Justine et son centre de recherche Mère-enfant, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS). Partenaires : Hôpitaux tels que Maisonneuve-Rosemont, Trois-Rivières, Cité de la santé de Laval, Le Gardeur, Charles Lemoyne, CHVO Gatineau, CHRDL Joliette, CH Pierre-Boucher, Hôtel-Dieu d'Arthabaska, Haute Yamaska, Centre de santé et services sociaux de la Baie James, St-Jérôme, Rouyn-Noranda, St-Eustache, Suroît, Schriner's, Val d'Or, CHUQ, Sept-Iles, Iles de la Madeleine CHRU de Lille en France, Hospital for Sick Children Toronto IWK Grace Halifax etc.), CLSC de Matane et région, etc.	2 286 500	Intervention - évaluation
14. Système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie (SIPA)	Services intégrés Soins primaires Soins à domicile	Montréal	Promoteurs : Groupe SIPA (groupe de recherche université McGill/Université de Montréal en services intégrés aux	7 597 781 (inclut l'enveloppe	Intervention - évaluation (pilote)

Titre du projet*	Domaine prioritaire FASS	Région	Promoteurs et partenaires**	Montant alloué $	Utilisation des fonds
			personnes âgées), régie régionale de Montréal-centre, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS). Partenaires : CLSC Bordeaux-Cartierville, Côte-des-Neiges, NDG/Montréal-Ouest ; hôpitaux Sacré-Coeur, Jewish, CHU McGill ; cliniques médicales, organismes communautaires et bénévoles, centres d'hébergement, hôpital de jour, centre de jour, CHSLD, MSSS, etc.	nationale)	
15. Évaluation du processus de consultation externe en psychiatrie gériatrique pour les patients âgés déprimés : perspective du patient, de sa famille, du médecin référent et du médecin (Quality of Outpatient Geriatric Psychiatric Consultation : do referring consultant physicians and patients agree ?)	Services intégrés Soins primaires	Montréal	Promoteur : Département de psychiatrie du CH St-Mary's. Partenaires : Régie régionale de Montréal-centre, CLSC Côte-des-Neiges et autres, cliniques médicales, Department of Family Medicine, McGill University.	35 500	Évaluation
16. Impact de l'infirmier coordonnateur de congé au département d'urgence sur le succès des congés des patients âgés (Impact of a discharge coordinator on the successful discharge of elderly patients from the emergency department)	Services intégrés Soins primaires Soins à domicile	Montréal	Promoteurs: Hôpital général Juif Sir Mortimer B. Davis, Faculté de médecine, Université McGill. Partenaires : Régie régionale Montréal-Centre, CLSC (René-Cassin, Côte-des-Neiges, NDG), Groupe tactique d'intervention sur les urgences du MSSS, Ass. des médecins d'urgence du Québec, départements de médecine familiale et de gériatrie de l'Hôpital Général Juif, organismes communautaires, cliniques médicales.	456 449	Intervention - évaluation (pilote)
17. La pratique médicale de l'avenir (PMA) Phase II	Services intégrés Soins primaires	Montréal	Promoteurs : Groupe USAGE, les universités McGill, de Montréal et Sherbrooke, centre universitaire de santé McGill (CUSM : comprend	705 645	Intervention - évaluation (pilote)

Titre du projet*	Domaine prioritaire FASS	Région	Promoteurs et partenaires**	Montant alloué $	Utilisation des fonds
			hôpitaux Royal Victoria, Général, neurologique, pour enfants de Montréal), Purkinje Inc., Collège des médecins du Québec, régie régionale de Montréal-Centre, Centre de bioéthique-Institut de recherche clinique de Montréal, Motus technologies. Partenaires : RAMQ, Réseau de Télécommunication Socio-Sanitaire (RTSS).		
18. Modèle de soins intégrés pour patients souffrant d'une maladie chronique (le diabète) dans une approche populationnelle	Services intégrés Soins primaires	Montréal	Promoteurs : CLSC Côte-des-Neiges, Département de médecine familiale de l'Université McGill, Direction de la santé publique de la régie régionale Montréal-Centre, GRIS-Université de Montréal. Partenaires : Hôpitaux Général Juif et St-Mary's, CLSC Côte-des-Neiges, Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), de l'Association Diabète Québec, cliniques médicales, clinique de diabète de CDN, un centre de jour, Centre sportif de Côte-des-Neiges, Cercle des femmes indiennes du Québec, pharmacies communautaires, Bayer.	971 288	Intervention - évaluation (pilote)
19. Développement et évaluation d'un service de consultation culturelle en santé mentale (Development and Evaluation of Cultural Consultation Services en Mental Health)	Services intégrés	Montréal	Promoteurs : Division psychiatrie sociale et transculturelle-Université McGill, Unité de recherche sur la culture et la santé mentale de l'Hôpital Général Juif-SMBD et chercheurs du Montreal Children Hospital, régie régionale de Montréal-Centre, Université de Montréal, Hôpital Jean-Talon, CLSC Côte des Neiges, Centre de recherche de l'hôpital Douglas. Partenaires : Cliniques médicales,	453 676	Intervention - évaluation

Titre du projet*	Domaine prioritaire FASS	Région	Promoteurs et partenaires**	Montant alloué $	Utilisation des fonds
			CLSC, écoles, centres jeunesse, divers hôpitaux comme St-Mary's, Ste-Justine, Jean-Talon ; SARIMM, organismes communautaires, TCMR, RIVO, ACCESS.		
20. Programme de Soutien communautaire intégré et multisectoriel pour des personnes ayant des problèmes sévères et persistants de santé mentale - Habitations Nouveau Départ (HND)	Services intégrés Soins à domicile	Outaouais	Promoteurs : Regroupement des organismes communautaires en santé mentale de l'Outaouais (ROCSMO), Maison Réalité, Centre d'aide 24/7, Gîte-Ami, CH Pierre Janet. Partenaires : Municipalités d'Aylmer, de Gatineau et de Hull, OMH, coopératives d'habitation, propriétaires privés, organismes communautaires, CLSC, CHPJ, Département de psycho-éducation de l'UQAH, services de police et d'incendie de la zone urbaine, OSBL, CTO.	900 000	Intervention - évaluation
21. Info-santé CLSC : projet pilote d'intervention téléphonique en santé mentale	Services intégrés Soins primaires	Outaouais	Promoteurs : CH Pierre-Janet de Hull et CLSC de Hull. Partenaires : SOGIQUE, les universités de Montréal, Laval et McGill, Direction de la santé publique, OIIQ, Association des CLSC-CHSLD du Québec, CLSC Haute-Villes-des-Rivières et autres CLSC de l'Outaouais et de l'Estrie, Forum scientifique sur le nursing téléphonique.	225 143	Intervention - évaluation (pilote)
22. La participation des citoyennes et citoyens à l'émergence de solutions alternatives aux besoins de services de santé primaire dans les petites communautés qui adhèrent à « Villes et Villages en santé »	Services intégrés Soins primaires	Abitibi-Témiscamingue	Promoteurs : Régie régionale de l'Abitibi-Témiscamingue, Université du Québec de l'Abitibi-Témiscamingue, Chaire Desjardins en développement des petites collectivités. Partenaires : Municipalités, réseau des établissements des Aurores boréales, organismes communautaires et bénévoles, citoyens, RQVVS, CLSC,	108 831	Intervention - évaluation

Titre du projet*	Domaine prioritaire FASS	Région	Promoteurs et partenaires**	Montant alloué $	Utilisation des fonds
			Direction de la santé publique, écoles, clubs de l'âge d'or, CRDT, hôpitaux, centre de santé, CLD, SADC, différents ministères, centre prévention suicide, maison de la famille.		
23. Implantation d'un programme de formation à distance soutenu par les technologies de l'information à l'attention du personnel infirmier pour la dispensation des services de santé en milieux isolés	Soins primaires	Côte-Nord	Promoteurs : Centre de santé de la Basse-Côte-Nord, Direction de la santé publique de la Côte-Nord. Partenaires : OIIQ, OPQ, hôpital, Québectel, MSSS, Université de Trois-Rivières, Tanberg Vision Inc, Mobitechvisio Inc, Québec-Téléphone-Rimouski, CMQ, Faculté des Sciences infirmières de l'Université Laval.	748 213	Intervention - évaluation (pilote)
24. La télémédecine au service des régions du Québec : un projet de démonstration aux Îles-de-la-Madeleine	Services intégrés	Îles-de-la-Madeleine	Promoteurs : CH de l'Université Laval, CHUQ. Partenaires : MSSS, CH de l'Archipel, CHA , CHUQ (Enfant-Jésus, St-François d'Assise, l'Hôtel-Dieu de Québec, Saint-Sacrement, CHUL), CH de Rimouski et Hôtel-Dieu de Gaspé, RTEQ, CIFRA Médical Inc., CAI, RTSS, CHR Notre-Dame du Portage, Ste-Justine, CHRG, Hôpital pour Enfant de Montréal.	815 765	Intervention - évaluation (pilote)
25. Évaluation de la programmation régionale de soins et de services de courte durée et du centre hospitalier ambulatoire de Laval	Services intégrés Soins primaires Soins à domicile	Laval	Promoteurs : Régie régionale de Laval, GRIS-Université de Montréal. Partenaires : MSSS, CHARL, Cité de la santé de Laval, Hôpital juif de réadaptation CLSC, CHSLD, cliniques médicales, organismes communautaires.	526 995	Évaluation
26. Effets des modes d'intégration des services en émergence dans la région sociosanitaire des Laurentides	Services intégrés Soins primaires Soins à domicile	Laurentides	Promoteurs : Régie régionale des Laurentides, Conférence des directeurs généraux des CLSC. Partenaires : CLSC, CHSLD, hôpital,	312 000	Évaluation

Titre du projet*	Domaine prioritaire FASS	Région	Promoteurs et partenaires**	Montant alloué $	Utilisation des fonds
			centre de réadaptation, organismes communautaires, cliniques médicales, Département de médecine sociale et préventive de l'Université Laval.		
27. Implantation d'une approche intégrée de la gestion optimale de l'asthme sur le territoire de desserte de l'Hôpital Hôtel-Dieu de St-Jérôme	Services intégrés Soins primaires	Laurentides	Promoteur : Direction de la santé publique, régie régionale des Laurentides. Partenaires : RQEA, Glaxo Wellcome, Hôtel-Dieu de St-Jérôme, CLSC Arthur-Buies, CEA ambulatoire Rivière-du-Nord, cliniques médicales, pharmaciens.	37 000	Évaluation
28. Validation et évaluation de l'efficacité de deux Guides d'information pour les clients et intervenants en cancérologie	Soins à domicile	Montérégie	Promoteurs : CLSC-CHSLD de La Pommeraie, Hôpital Brome-Missisquoi Perkins. Partenaires : Cliniques médicales, organismes communautaires et bénévoles (Au Diapason Inc. Et autres), des aidants naturels, pharmaciens, psychologues et autres professionnels privés, Hôpital Anna-Laberge, Université de Montréal, GRE-Université Laval, régie régionale de la Montérégie.	42 500	Intervention - évaluation
29. Promotion de la prévention clinique (PPC) : un projet de promotion des pratiques préventives démontrées efficaces auprès des médecins de première ligne de la Montérégie	Soins primaires	Montérégie	Promoteur : Régie régionale de la Montérégie. Partenaires : Hôpital Charles-Lemoyne, cliniques médicales, Universités de Sherbrooke et de Montréal.	427 658	Intervention - évaluation (pilote)
30. Projet de capitation dans la municipalité régionale de comté (MRC) du Haut Saint-Laurent	Services intégrés Soins primaires	Montérégie	Promoteurs : Régie régionale de la Montérégie, Hôpital Barrie Memorial, GRIS de l'Université de Montréal, Hôpital de Huntingdon, centre médical de Ormstown. Partenaires : Cliniques médicales, CLSC, centres médicaux, CHSLD,	3 238 700	Intervention - évaluation (pilote)

Titre du projet*	Domaine prioritaire FASS	Région	Promoteurs et partenaires**	Montant alloué $	Utilisation des fonds
			centres et foyers d'accueil, MSSS, RAMQ, organismes communautaires, pharmaciens, centre jeunesse.		
31. Système intégré, troubles mentaux sévères et retard mental (Setup of an Integrated System for Persons Suffering from Major Psychiatric Problems)	Services intégrés Soins primaires Soins à domicile	Nunavik	Promoteurs : Centre de santé Inuulitsivik et Tulattavik, régie régionale du Nunavik. Partenaires : MSSS, corporation Makivik, administration régionale Kativik, usagers, CLSC Inukjuak et conseil municipal d'Inukjuak, Inukjuak Reintegration Centre, Santé Canada, Manpower Training Program of the Kativik Regional Government, Aanarraapik van.	488 238	Intervention - évaluation (pilote)
32. Projet de démonstration d'un dossier réseau en oncologie au Québec (DRIOQ)	Services intégrés Soins à domicile	Chaudière-Appalaches	Promoteurs : Groupe de recherche en épidémiologie du Centre affilié à l'Université Laval, Unité de recherche en santé publique du Centre de recherche du CHUQ, département de médecine sociale et préventive de l'Université Laval et la Direction régionale de santé publique de Québec. Partenaires : SOGIQUE, CHA (St-Sacrement), CHUQ (Hôtel-Dieu), Hôtel-Dieu de Lévis, centre de référence en radio-oncologie, CLSC, cliniques médicales, unités de médecins familiale, hôpitaux, MSSS, RAMQ, régie régionale de Québec et de Chaudières-Appalaches, Conseil québécois de lutte contre le cancer, Motus Technologie, Groupe CGI, universités Laval et de McGill, Info-structure de recherche intégrée en santé du Québec, CryptaCom, CryptaCom, Oracle , FMSQ, FMOQ, CMQ, OPQ, OIIQ, AQIO, OPTSQ,	1 565 522	Intervention - évaluation (pilote)

Titre du projet*	Domaine prioritaire FASS	Région	Promoteurs et partenaires**	Montant alloué $	Utilisation des fonds
			AQAM, CRRSSS.		
33. L'élaboration et l'application de lignes directrices pour l'optimisation des pratiques médicales - phase II	Soins primaires	Montréal, Laval, Montérégie et Saguenay-Lac-Saint-Jean	Promoteurs : Département de médecine familiale de l'Université de Montréal, Unité de recherche évaluative du CHUM, Collège des médecins du Québec et Conseil d'évaluation des technologies de la Santé. Partenaires : FMSQ, CMQ, différentes associations de médecins spécialistes : urologues, cardiologues, médecine interne, radiologistes, physiatres, urgentologues, orthopédie, anesthésistes ; Direction de la santé publique de la régie régionale de Montérégie, Groupe sur l'utilisation des services de laboratoires, universités McGill et de Montréal (GRIS), CHUM, conseil médical du Québec, FMOQ, Conseil consultatif de pharmacologie du Québec.	350 600	Intervention - évaluation (pilote)
34. Transformation des pratiques des organismes communautaires dans le cadre de la réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux	Services intégrés Soins primaires	Tout le Québec	Promoteurs : École de travail social-Université de Montréal, UQAM, Université de Sherbrooke. Partenaires : Organismes communautaires (maisons de jeunes, centres d'hébergement pour femmes victimes de violence, organismes de travail, de justice alternative, suicide, SIDA, décrochage scolaire, insertion professionnelle, etc.), régies régionales, centres jeunesse, CLSC, usagers.	253 946	Évaluation
35. L'implantation dans les CLSC du Québec d'un protocole de dépistage systématique des femmes victimes de violence	Services intégrés Soins primaires Soins à domicile	Tout le Québec	Promoteurs : CLSC St-Hubert, équipe de recherche VICTOIRE. Partenaires : Association des CLSC et CHSLD du Québec, CLSC, MSSS,	495 800	Intervention - évaluation

Titre du projet*	Domaine prioritaire FASS	Région	Promoteurs et partenaires**	Montant alloué $	Utilisation des fonds
conjugale			CRRSSS, Centre de recherche sur les services communautaires de l'Université Laval, Université de Montréal.		
36. Prestation de services jeunesse au Québec	Services intégrés	Montréal, Québec Estrie et Côte-Nord	Promoteurs : Centres jeunesse de Montréal, Québec, Estrie et de la Côte-Nord, Groupe de recherche sur les inadaptations sociales de l'enfance (GRISE) à l'Université de Sherbrooke, Institut universitaire sur les jeunes en difficulté.	1 684 965	Évaluation (4 études distinctes)
37. Projet d'éducation des personnes asthmatiques consultant à l'urgence ou étant hospitalisées	Services intégrés Soins primaires	Tout le Québec	Promoteurs : Réseau québécois pour l'enseignement sur l'asthme, Hôpital Laval, Direction de la santé publique de Québec. Partenaires : Les CEA-ressource des universités Laval, de Montréal, McGill, Sherbrooke, CRRSSS, régies régionales, hôpitaux concernés : Sagamie (Chicoutimi), CHA de Québec, (Enfant-Jésus, Fleurimont), CHUS (Sherbrooke), Charles-Lemoyne (Longueuil), Montréal pour enfants, Maisonneuve-Rosemont (Montréal), Le Gardeur (Repentigny), Suroît (Valleyfield), Cité de la Santé de Laval et Pierre Boucher (Longueuil).	757 762	Intervention - évaluation
38. Une véritable démarche pour répondre aux besoins de soins à domicile des autochtones vivant en milieu urbain	Soins à domicile	Tout le Québec	Promoteur : Quebec Native Women's Association of Canada.	133 245	Évaluation
39. Sécurité des patients atteints de démence et vivant à domicile	Soins à domicile	Montréal	Promoteurs : CLSC Côte-des-Neiges, CLSC des Maskoutains, de la Pommeraie, Peace Arch Hospital à White Rock, B.C, School of Rehabilitation de l'University of Alberta,	163 631	Intervention - évaluation

Titre du projet*	Domaine prioritaire FASS	Région	Promoteurs et partenaires**	Montant alloué $	Utilisation des fonds
			University of Alberta Senior Clinic. Partenaires : CLSC, Département de médecine familiale de l'Université de Montréal, École de réadaptation de l'Université McGill, clinique de la mémoire de l'Hôpital Douglas, Direction de la santé publique de Montréal.		
40. Élaboration d'un outil de sélection et d'évaluation pour les prestataires de soins familiaux (Development of Screening and Assessment Tools Family Caregivers)	Soins à domicile	Montréal	Promoteurs : École de service social (UQAM), Family Studies and Gerontology, Mount St. Vincent University (Halifax, N-S), École de service social, Université Laval, Caregiver Support Centre, CLSC René-Cassin / Institute of Social Gerontology, École de service social de l'Université de Montréal, École de service social, Université Laval.	389 100	Intervention - évaluation
41. Évaluation des retombées des projets québécois financés par le FASS		Tout le Québec	Promoteur : Direction de l'évaluation, de la recherche et de l'innovation. Partenaires : promoteurs et évaluateurs des 40 projets.	340 962	Évaluation
Total				**34 684 849**	

ANNEXE 2
MODÈLE DE GRILLE DE DÉPOUILLEMENT

Projet (titre et #)
(QC-)

LES DONNÉES CONTENUES DANS CETTE GRILLE PROVIENNENT DES SOURCES SUIVANTES :

(PP)	Projet présenté au FASS :
(T)	Typonotes produites par Christian Dagenais
(RE)	Rapport d'étape :
(RP)	Rapport provisoire :
(RF)	Rapport final :
(CB)	Cahier de bord préparé par Christian Dagenais
(MPOC)	Événement sur les maladies pulmonaires obstructives chroniques et l'insuffisance cardiaque (MPOC-IC), Montréal, 2 et 3 octobre 2000
(TL)	Télésanté : l'expertise en ligne, Québec - 30 septembre et 1er octobre 2000
(F)	Forum sur les réseaux de soins et de services, Conférence des régies régionales, Montréal, 31 novembre et 1ier décembre 2000.
(C)	Colloque sur la capitation et sur les réseaux de soins intégrés, Montréal, 24 et 25 novembre 2000.
(CS)	Cyber-Santé Canada 2000, Ottawa - 23 et 24 octobre 2000.
(Porto)	Synthèse du Colloque de l'Association latine pour l'analyse des systèmes de santé (ALASS), 2000, Les enjeux de l'intégration des soins de santé, expériences du Québec, Porto, 22 septembre 2000

A. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

1. Titre du projet
2. Date d'implantation
3. Responsable principal du projet
4. Région cible
5. Responsable de l'évaluation
6. Clientèle visée
7. Budget FASS
8. Autres sources de fonds (provenance et montant)

B. MÉTHODES D'ÉVALUATION

9. Stratégie ; sources de données ; nature des données ; instruments

10. Objectifs de l'évaluation

C. CARACTÉRISTIQUES DU PROJET

11. Problématiques qui justifient une nouvelle façon de faire (À quel(s) problème(s) souhaite-on apporter des solutions ? Ce qui fait qu'on a voulu trouver une autre façon de faire, ce qui a fait s'intéresser à cette problématique)

12. Principales caractéristiques ou composantes de l'innovation dans ce projet

13. Modalités d'introduction du changement

14. Objectifs du projet (si différents de B10)

D. PROCESSUS

15. Conditions préalables et favorables à l'implantation du changement

16. Conditions défavorables ou obstacles rencontrés lors de l'implantation du changement (éthiques, syndical, arrimage, etc.) et stratégies pour y remédier

17. Enjeux spécifiques à l'implantation du projet en tant qu'innovation

18. Rôle de l'évaluation et des évaluateurs dans le processus de gestion du changement

E. EFFETS - RÉSULTATS - RETOMBÉES

19. Résultats obtenus par le projet concernant : (clientèle ; qualité (changement par rapport à satisfaction, pertinence, disponibilité, utilisation, ressources ; services ; programmes ; accessibilité ; organismes impliqués ; effets sur la santé et bien-être ; appareil décisionnel ; rentabilité ; pratiques professionnelles ; fardeau des intervenants ; etc.)

20. Importance des retombées sur le système (Retombées sur l'appareil décisionnel ; etc.)

21. Satisfaction de la clientèle visée

F. IMPACTS DU PROJET (À LONG TERME)

22. Impacts attendus ou non, ceux qui paraissent impossibles (Implication pour les différents groupes d'acteurs : professionnels, gestionnaires, décideurs, etc.)

23. Capacité des milieux à capitaliser sur les retombées du projet après la fin du financement

24. Capacité de pérennité du changement

G. POTENTIEL DE GÉNÉRALISATION (transférabilité)

25. Quels seraient les avantages de généraliser ce projet ou certains de ses éléments sur un plan local, régional ou national ?

26. Quels seraient les conditions nécessaires à la généralisation ?

27. Quels serait l'impact d'une généralisation sur les personnes (clientèle, gestionnaires, professionnel, intervenants, médecins, etc.), les cultures, les structurels, le financement ?

ANNEXE 3
MODÈLE DE MATRICE

Projet (Titre et # ??)

Contexte		**Moyens**	**Résultats intermédiaires**				**Résultats ultimes**
Système	Organisationnel et professionnel		Individuels	Interétablissements et interprofessionnels	Soins et services	Effets sur la clientèle	Santé et bien-être de la population

ANNEXE 4
LES FICHES SYNTHÈSES

	Projet 1 **Un réseau de services de base intégré : le développer et en mesurer la perception qu'en ont la population et les intervenants** **Région du Bas-St-Laurent (MRC Témiscouata & Matapédia)**
1. CLIENTÈLE VISÉE	
2. BUDGET ALLOUÉ	92 393 $ Type de projet : Évaluation
3. CONTEXTE D'ÉMERGENCE	
3.1 Pourquoi le changement	Écart important entre les perceptions de la population et la réalité vécue par les utilisateurs de services, de même qu'entre les planificateurs et celle des intervenants. Cela a comme conséquence des inquiétudes de la population face au système de santé. L'adhésion partielle ou insuffisante de plusieurs intervenants aux changements apportés et en cours peut nuire au bon fonctionnement du système. Deux éléments font problème : manque d'information sur les services offerts et des services insuffisamment articulés entre eux et parfois insuffisants.
3.2 Principales caractéristiques	Projet de consolidation d'un réseau de services de base intégrés à l'échelle des municipalités régionales de comtés (MRC) de Témiscouata et Matapédia, mesure de ses effets sur les perceptions de la population et le degré d'adhésion des intervenants. Le modèle organisationnel suppose une meilleure efficience des ressources disponibles. Pour que ce prérequis soit rencontré, l'accent a été placé sur la santé physique qui consomme la majorité des crédits budgétaires, à travers une série d'innovations dans l'organisation même de l'offre de services. La particularité de ce modèle réside dans la notion de porte d'entrée vers laquelle convergeraient toutes les demandes de nature ambulatoire sur une base sans rendez-vous. La disponibilité horaire serait permanente et il y aurait un seul et unique accès téléphonique, en lien avec Info-Santé et du personnel compétent à la base, lequel verrait à répondre ou à orienter directement l'usager. Ce système impliquerait les cliniques médicales privées et les organismes communautaires. Le fait que l'infirmière soit davantage insérée au cœur de ce modèle apporte des perspectives nouvelles en terme de continuité de services.
3.3 Objectifs de l'évaluation	Définition opérationnelle d'un réseau de services de base intégrés à l'échelle d'une MRC, identification des facteurs facilitants et contraignants dans une telle démarche, connaissance des impacts de la mise en place du réseau sur les perceptions de la population et des intervenants et sur le degré d'adhésion de ces derniers aux transformations.
4. PROCESSUS DE MISE EN ŒUVRE	
4.1 Modalités de mise en oeuvre	Les deux MRC rurales ont chacune un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) offrant des services médicaux spécialisés (spécialités de premier niveau : chirurgie, anesthésie, radiologie), un CLSC et des Centres de soins prolongés. Dans la MRC du Témiscouata le processus s'est déroulé, concurremment à la fusion d'établissements, en un seul réseau de santé et de services communautaires regroupant les missions CLSC, centre hospitalier de soins généraux et spécialisés et centre de soins de longue durée. Dans la MRC de la Matapédia, le regroupement des établissements était déjà chose faite depuis plus d'un an lors du début du projet au printemps 1998. MRC Témiscouata : Comme la démarche s'est réalisée d'abord sous l'autorité concomitante de deux directeurs généraux des deux établissements en place et ensuite sous l'autorité d'un troisième directeur général de la nouvelle organisation fusionnée, les plans d'action ont varié dans le temps.

	Projet 1 **Un réseau de services de base intégré : le développer et en mesurer la perception qu'en ont la population et les intervenants** **Région du Bas-St-Laurent (MRC Témiscouata & Matapédia)**
	MRC Matapédia : Le projet s'est déroulé dans un climat de méfiance et d'insatisfaction assez généralisée chez le personnel. Ce climat était en lien avec les changements organisationnels survenus antérieurement. Le plan de transformation enclenché en 1995 prévoyait une fusion administrative de l'ensemble des établissements regroupés en 1996. Du côté de la population, ceci a provoqué une levée de boucliers au regard de la fermeture d'un centre de soins prolongés dans l'une des localités rurales de la MRC.
4.2 Enjeux ou défis posés par l'innovation	
4.3 Conditions favorables ou facilitantes	Les facteurs facilitants selon les intervenants : dans la MRC du Témiscouata, les intervenants se sont dits plus impliqués dans la démarche ; malgré une démobilisation de certains membres du personnel face à une réflexion de réorganisation de services, tous demeurent fortement motivés à offrir des services de qualité. Les facteurs facilitants selon les observateurs participants : Au Témiscouata : le leadership de la démarche assumé par le directeur général et supporté par son équipe de direction donne de la crédibilité à la démarche ; l'approbation par le conseil d'administration des décisions prises à chacune des étapes et la participation de représentants du conseil (dont le président) aux comités de pilotage et de projet ; la participation de représentants de tous les groupes de personnel constitue un moyen de mobiliser les gens autour du projet et de gérer les divergences au moment où elles se présentent ; la persévérance du directeur général. Aucun élément facilitant identifié pour la MRC Matapédia.
4.4 Obstacles	Les facteurs contraignants selon les intervenants : Doutes sur le bien-fondé des transformations ; pas de sentiment d'appartenance à la nouvelle organisation ; résistance aux changements encouragée par la perception du manque d'information ; manque d'encadrement des intervenants ; replacement du personnel qui génère un certain degré d'incompétence liée au peu d'expérience de certaines personnes replacées ; manque de confiance en l'équipe de gestion ; manque de mobilisation du personnel ; augmentation perçue de la tâche. Les facteurs contraignants selon les observateurs participants : Au Témiscouata, les facteurs suivants sont apparus contraignants : la participation extensive des groupes communautaires (les groupes communautaires se situaient mal dans l'ensemble de la démarche) ; le contexte de négociation des conventions collectives du personnel (les rencontres des comités furent suspendues durant un certain temps par mesure générale de pression). Dans La Matapédia : la crise de confiance du personnel en l'équipe de la fermeture d'un centre de soins a été contestée par la population ; la rotation des ressources support régionales ; le changement de direction générale amène un « redémarrage » de la démarche. Le climat d'affrontement a eu comme conséquence de reléguer au second plan la préoccupation de développer la proposition de réseau de services de base intégrés.
5. BILAN DE L'EXPÉRIMENTATION	
5.1 Résultats	**Perceptions de la population :** Les différences observées dans le degré de confiance ne sont pas statistiquement significatives. Tout comme pour les centres hospitaliers, la confiance portée aux CLSC, bien que positive, ne présente pas de différence statistiquement significative. Dans les deux MRC, on observe une évolution très positive de la confiance envers les centres de soins prolongés. Malgré le degré de confiance accordée aux cliniques médicales sensiblement élevé en 1998 dans les 2 MRC, on note une évolution positive et statistiquement significative en 2001.

	Projet 1 **Un réseau de services de base intégré : le développer et en mesurer la perception qu'en ont la population et les intervenants** **Région du Bas-St-Laurent (MRC Témiscouata & Matapédia)**
	Dans la population, qu'il s'agisse du degré d'information, de l'attitude face au virage ambulatoire ou de la satisfaction envers les services reçus, l'évolution est généralement très positive dans les deux MRC. **Degré d'adhésion des intervenants à la transformation du réseau** : L'information sur la réorganisation des services par secteur, bien que largement diffusée, a rejoint 38% des employés. À l'intérieur même de la MRC Témiscouata, plusieurs séances d'information et de consultation furent tenues. Pourtant, ils se sont dits moins bien informés en général. Les gens plus scolarisés se sont dits mieux informés. Dans la MRC de La Matapédia, les intervenants se disent mieux informés. Cela vaut pour le degré d'information générale, pour l'information sur le service Info-Santé et pour l'information sur les services à domicile. Peu de différences ont été observées dans la confiance envers les établissements de la MRC du Témiscouata. Dans cette MRC, l'indice d'attitudes face au virage ambulatoire n'a pas varié sensiblement. Dans la MRC de La Matapédia, on constate une amélioration très positive des attitudes envers le virage ambulatoire. Ce sont toujours les mieux informés et les plus scolarisés qui ont de meilleures attitudes. Les gens qui auront à subir les changements sont ceux affichant le moins de satisfaction face à la démarche. Dans la MRC de La Matapédia, le très faible taux de répondants en 2001 est en soi une indication du manque d'intérêt qui semble être principalement l'apanage des intervenants ne possédant pas de diplôme universitaire. La non-comparabilité des deux groupes de répondants chez le personnel rend toute comparaison et toute conclusion très hasardeuses. **Perceptions et degré d'adhésion des médecins :** La seule différence significative entre les perceptions de 1998 et celles de 2001 sur le degré d'information des médecins du Témiscouata concerne la fusion des établissements. Les médecins se disent mieux informés en 2001. Chez les médecins de La Matapédia, le degré général d'information a baissé, tout comme le degré d'information sur la fusion des établissements. Par contre, ils sont mieux informés sur le service Info-Santé et les services à domicile. Le degré de confiance des médecins des deux MRC envers les établissements n'a pas varié de façon significative tout comme leur perception de la qualité future des services. Ce degré de confiance est toutefois élevé pour les deux années. Les médecins sont nombreux à être satisfaits de la démarche ayant mené à une nouvelle organisation des services de base (78,6%). Ils sont également nombreux à entériner l'objectif central de cette réorganisation, soit l'accessibilité (85,7%) et les répondants font consensus pour accepter de procéder à des changements dans l'organisation de leur pratique (92,9%). Le point de vue des médecins sur la pratique groupée des médecins de famille est largement favorable (75%). Ils font également montre de beaucoup d'ouverture face à l'élargissement du rôle des professionnels non médecins (87,5%), face à l'instauration de mécanismes de liaison entre établissements et cliniques privées (87,5%). Ils sont également prêts à faire des modifications à leur organisation ou mode de pratique pour une meilleure intégration des services (87,5%). Le modèle de réseau de services de base (dans Témiscouata) répond bien à l'objectif d'amélioration de l'accessibilité. Le contenu du panier de services est classique, c'est la façon de dispenser les services qui est plus originale. Dans le contexte de la fusion de deux territoires de CLSC, la démarche réalisée a eu comme bénéfice secondaire la mise en contact des professionnels des deux territoires. Cela a amené des ajustements réciproques dans la façon de concevoir les services à offrir et dans la façon de les dispenser. Le contenu

	Projet 1 **Un réseau de services de base intégré : le développer et en mesurer la perception qu'en ont la population et les intervenants** **Région du Bas-St-Laurent (MRC Témiscouata & Matapédia)**
	du panier de services de base désormais le même dans toute la MRC résulte de ces ajustements.
6. POTENTIEL DE GÉNÉRALISATION	
6.1 Pérennité	Aucune information à ce sujet
6.2 Conditions nécessaires	S'il est un seul élément que l'on doit retenir de cette étude, c'est certainement celui de l'importance de l'information. Les gens mieux informés font plus confiance aux services, ont une meilleure attitude face au virage ambulatoire et une plus grande adhésion aux nouveaux modèles d'organisation de services. Le défi consiste à rendre accessible et désirable cette information non seulement aux gens plus scolarisés mais à toute la population et à tous les intervenants.
6.3 Avantages généralisation	La démarche dans la MRC du Témiscouata a permis de définir un réseau de services de base intégrés à l'échelle d'une MRC. Un des éléments particulièrement intéressants de cette démarche est la façon dont les ressources furent équitablement réparties dans les différents secteurs du territoire. La réalisation d'un exercice avec la population, pour sélectionner et pondérer des critères qui ont par la suite servi à réallouer le budget des services de base, est plutôt inédite. Cet exercice pourrait très bien être reconduit dans d'autres MRC faisant des démarches similaires. L'identification d'enjeux et de facteurs facilitants et contraignants auprès des intervenants a fait ressortir plusieurs éléments liés aux inconforts des compressions budgétaires. Les enjeux identifiés auprès des gestionnaires reflètent pour beaucoup, les principes qui sous-tendent la nouvelle organisation (équité, accessibilité etc.). Dans ce contexte, les enjeux identifiés par les gestionnaires de la MRC du Témiscouata sont susceptibles d'être rencontrés par d'autres gestionnaires qui réaliseront une même démarche. Alors que les enjeux et facteurs identifiés auprès des intervenants sont pour plusieurs liés à un contexte particulier et pourraient donc être très différents dans une autre MRC, un autre temps, où prévalent d'autres conditions.

	Projet 2 **Réseau régional de cliniques de prévention des maladies cardiovasculaires au Saguenay Lac-St-Jean**
1. CLIENTÈLE VISÉE	Population du Saguenay Lac St-Jean atteinte de maladies cardiovasculaires. En premier lieu : celle à haut risque et celle porteuse d'une pathologie cardiovasculaire.
2. BUDGET ALLOUÉ	638 000 $ Type de projet : intervention – évaluation À l'origine, le projet ne devait subventionner que le fonctionnement de six cliniques. Une septième s'est ajoutée pour desservir la population autochtone de la réserve de Mashteuiatsh. L'envergure régionale du projet a aussi permis de trouver des sources additionnelles de financement du privé qui ont paré aux lacunes du budget de départ où la structure de coordination régionale a été minimisée.
3. CONTEXTE D'ÉMERGENCE	
3.1 Pourquoi le changement	Les maladies cardiovasculaires (MCV) sont la première cause de mortalité au Québec et au Saguenay Lac St-Jean (40 % de tous les décès), en plus d'être la première cause d'hospitalisation et la seconde cause d'incapacité à long terme. Le Saguenay Lac St-Jean est une région très touchée : 70 % de la population présente au moins 1 des 3 facteurs de risque majeurs de MCV et elle est une des régions les plus durement touchées par ces maladies ; l'hypercholestérotémie familiale cause le développement prématuré d'arthériosclérose et ce, 6 fois plus qu'ailleurs. Une proportion de 38% des hommes de moins de 60 ans présentant une maladie cardiovasculaire fument toujours. Discordance énorme entre les données probantes actuelles et l'intervention des services de santé. Le projet vise à : 1) optimiser la prévention secondaire des maladies cardiovasculaires ; 2) favoriser l'initiation et le maintien des activités de prévention primaire des maladies cardiovasculaires dans chacun des secteurs par le biais des structures mises en place ; 3) évaluer l'efficacité et l'efficience d'un réseau intégré de services curatifs et préventifs en maladie cardiovasculaire ; 4) établissement d'un fichier régional de la population porteuse d'une pathologie MCV avec évaluation complète de tous les facteurs de risque chez chaque individu.
3.2 Principales caractéristiques	Le projet vise la création d'un Réseau régional de cliniques de prévention secondaire des MCV dans chacun des sept secteurs sociosanitaires du Saguenay-Lac-Saint-Jean. L'objectif premier est d'optimiser la prise en charge des facteurs de risque de maladies cardiovasculaires chez les personnes identifiées porteuses d'une MCV à l'aide d'un réseau coordonné d'intervenants, infirmières, diététistes en soutien à l'intervenant principal, le médecin traitant. On retrouve une équipe de coordination régionale.
3.3 Objectifs de l'évaluation	Le volet I vise à analyser l'influence des déterminants contextuels sur le développement et le degré de mise en œuvre du Réseau régional. Il s'agit ici, ni plus ni moins, d'identifier les conditions propices au développement et à la mise en œuvre du Réseau régional en lien avec les structures, les ressources humaines, les politiques, etc. Le volet II permet d'analyser les variations dans l'implantation sur l'efficacité du projet. Il s'agit ici d'identifier les niveaux de mise en œuvre à partir des composantes du projet, des pratiques de mise en œuvre et des pratiques courantes en principe touchées par l'intervention. Ensuite, il s'agit de mettre les niveaux de mise en œuvre en relation avec les effets.
4. PROCESSUS DE MISE EN ŒUVRE	
4.1 Modalités de mise en oeuvre	Réorganisation des services à l'échelle des secteurs sociosanitaires ; introduction d'un modèle de prestation de services visant l'optimisation de la prise en charge des facteurs de risque ; mécanismes de coordination régionale ; identification des personnes atteintes ;

	Projet 2 **Réseau régional de cliniques de prévention des maladies cardiovasculaires au Saguenay Lac-St-Jean**
	intégration verticale et territoriale des ressources disponibles. Changements au niveau structurel / organisationnel, professionnel et du processus relationnel entre les acteurs.
4.2 Enjeux ou défis posés par l'innovation	Le plus grand défi est de maintenir le rythme de croisière et d'assurer la progression constante de la référence des clients par les différents milieux d'intervention. Un autre défi est d'adapter les modèles actuellement appliqués de façon presque exclusive dans les grands centres mieux adaptés à la réalité de région périphérique où les bassins de population et les ressources humaines, matérielles et financières sont moindres, tout en assurant la qualité des programmes et la sécurité des interventions. Un des autres défis éventuels, mais davantage à plus long terme, est d'assurer une mesure d'impact des effets sur la santé d'une telle organisation de dispensation de soins et de services préventifs. Ce n'est souvent qu'avec ce type de mesure qu'on peut vraiment influencer les politiques par la mise en valeur d'arguments économiques permettant la poursuite et le développement d'interventions à visée préventive.
4.3 Conditions favorables ou facilitantes	Il semble que le fait de disposer d'argent a grandement favorisé la concertation et la mobilisation des partenaires. L'ajout, à partir du mois d'août 1998, d'un médecin-cardiologue détentrice d'un fellowship en réadaptation cardiaque, à l'équipe régionale de planification et de coordination des activités, a offert la précieuse opportunité de structurer le Réseau régional, dès le départ, en fonction de développement complet des services de réadaptation cardiovasculaire dans la région. La concertation de toutes les personnes concernées par le projet (intervenants du réseau, médecins superviseurs et médecins traitants, gestionnaires, etc.). Pour ce faire, des efforts importants ont été faits pour que tous soient informés et consultés à chacune des étapes d'élaboration du projet. L'implication, dès la présentation du projet au FASS, de la Régie régionale et la présence constante dans l'équipe de coordination régionale d'une représentante de cette organisation, a été un des éléments-clés de l'actualisation du Réseau, un puissant catalyseur de la concertation régionale et un atout indispensable dans l'articulation des différentes démarches administratives et organisationnelles liées à l'implantation du Réseau. L'initiation du projet par des représentants des organisations régionales que sont la Clinique régionale des maladies lipidiques et l'hôpital régional offrant des soins tertiaires de cardiologie, a permis de mettre à profit, dès le départ, les expertises spécialisées de la région et d'en mobiliser les forces vives. Le projet de départ a été modifié afin de pouvoir accueillir sans difficultés l'ajout de programmes permettant des interventions complètes de réadaptation cardiovasculaire dans la région tout en respectant les échéanciers et les budgets prévus. L'instauration d'une structure organisationnelle régionale grâce à la mise en place d'un protocole d'entente avec tous les établissements hôtes d'une clinique. Ce protocole a permis de préciser le fonctionnement attendu et les responsabilités de part et d'autre. Le protocole d'entente et les programmes de formation du personnel des cliniques ont permis de mettre l'emphase sur l'uniformité de l'information véhiculée au regard de la prévention secondaire des MCV, sur la dispensation de soins et services de qualité équivalente partout sur le territoire et sur la continuité des soins pour la clientèle des cliniques. Le projet a bénéficié d'une couverture médiatique importante permettant d'assurer sa visibilité pour la population et les professionnels de la santé de notre région. L'évaluation occupe une place clé et est perçue comme un outil pour procéder au jour le jour aux adaptations des mécanismes, stratégies et procédures liées à l'implantation et à la mise en œuvre du projet.

	Projet 2 **Réseau régional de cliniques de prévention des maladies cardiovasculaires au Saguenay Lac-St-Jean**
4.4 Obstacles	Certains médecins de cabinet privé ont été plus difficiles à convaincre. Mais ces difficultés ont été relativement mineures. Le personnel des différentes cliniques ne présentait pas un niveau de formation et d'expérience comparables. Quelques problèmes au niveau de l'uniformisation des programmes et de l'évaluation du personnel ont été vécus avec certains groupes d'intervenants davantage habitués à une pratique professionnelle autonome. La grève des infirmières qui a eu lieu au cours du mois de juillet 1999 a entraîné un ralentissement important des activités des cliniques au cours de cette période. Le manque de personnel est un des problèmes majeurs du projet au niveau de sa structure régionale plus particulièrement. En effet, le projet ne compte que sur une seule personne à temps plein, soit l'infirmière coordinatrice régionale. Les délais très courts pour la mise en œuvre du projet ont nui à l'implication de certains acteurs régionaux et ont bousculé certaines des étapes nécessaires au processus de concertation en particulier dans les secteurs où déjà plusieurs interventions étaient réalisées auprès de la clientèle MCV. Ceci afin d'éviter bien sûr les duplications et les bris de soins et de services et d'en assurer plutôt une harmonisation et une continuité.
5. BILAN DE L'EXPÉRIMENTATION	
5.1 Résultats	A permis d'amorcer un changement de culture dans les organisations « hôtes » de cliniques, d'accentuer la pratique pour établir un mécanisme de liaison afin d'accroître la continuité et l'accessibilité des services. Catalyse le changement pour moderniser l'organisation des services de première ligne et la prestation de services. Aucune autre information disponible après validation auprès des promoteurs et de l'évaluatrice du projet.
6. POTENTIEL DE GÉNÉRALISATION	
6.1 Pérennité	La prochaine année sera déterminante quant à l'ancrage de la structure régionale qui est à l'origine de la création du Réseau, du développement et de la gestion de tous les programmes, de la formation et de l'évaluation du personnel de toutes les cliniques, est en fait « l'âme » du Réseau régional de cliniques de prévention des MCV. Conditions de pérennité : 1) maintien des cliniques sectorielles de la structure de coordination régionale ; 2) institutionnalisation dans la programmation de l'organisation hôte ; 3) maintien et intensification du programme de formation continue et son élargissement à un auditoire mixte ; 4) développement d'autres stratégies et mécanismes pour assurer le maintien et le rehaussement des compétences des intervenants au point de vue clinique et comme « vecteur » de liaison et pratiques interdisciplinaires.
6.2 Conditions nécessaires	Il faudra trouver une solution financière pour la pérennité des coordonnatrices régionales du Réseau (infirmière et diététiste) et de la ressource affectée au secrétariat.
6.3 Avantages généralisation	Force les acteurs à abandonner leurs pratiques cloisonnées pour s'ouvrir à des pratiques interdisciplinaires et intersectorielles, conditions propices à l'atteinte d'objectifs de santé populationnelle.

	Projet 3 **Projet d'une expérience novatrice dans la région de Québec : les cliniques de périnatalité**
1. CLIENTÈLE VISÉE	L'ensemble des mères qui ont donné naissance à un enfant pendant une période donnée.
2. BUDGET ALLOUÉ	92 393 $ Type de projet : évaluation Le montant obtenu du FASS porte uniquement sur l'évaluation de l'implantation des cliniques de périnatalité.
3. CONTEXTE D'ÉMERGENCE	
3.1 Pourquoi le changement	Le concept de clinique de périnatalité a été développé par un comité de travail, mandaté par le Comité régional sur la périnatalité et la petite enfance, en réponse à des enjeux associés à l'organisation des services en périnatalité, soit la continuité, la complémentarité et la qualité des services offerts aux femmes enceintes et à leur famille ainsi que l'identification précoce de la clientèle vulnérable. La pertinence d'implanter ce service dans la région de Québec découlait d'études réalisées antérieurement sur les services en périnatalité dans la région ainsi que des conséquences liées à la reconfiguration des services de santé et des services sociaux amorcée en 1996, notamment le regroupement des services obstétricaux et la réduction de la durée de séjour en centre hospitalier en période post-partum. Pour les gestionnaires régionaux, l'arrimage étroit entre les cliniques médicales, les centres hospitaliers, les CLSC et les organismes communautaires devenait un incontournable. La clinique de périnatalité vise « à favoriser la promotion et la prévention de la santé et du bien-être des familles et à assurer un continuum de services offerts en périnatalité » En ce qui concerne la clientèle, il s'agit de s'assurer " d'établir précocement un contact entre une infirmière et une femme enceinte et sa famille référées par le médecin traitant en vue d'assurer un soutien aux parents dès le début de la grossesse ; d'évaluer les besoins d'information des parents, y répondre de façon adéquate ; identifier et référer les familles plus vulnérables ". En ce qui concerne l'organisation des services, la clinique doit " favoriser la continuité et la complémentarité des interventions réalisées aux différentes périodes pré-per-post-natales ainsi qu'entre les divers intervenantes et établissements, le tout dans le respect de la confidentialité des données personnelles ".
3.2 Principales caractéristiques	Optique de continuum des services pour permettre un meilleur arrimage entre les différents acteurs impliqués dans la prestation de services périnataux (médecins en cliniques privées, les infirmières des centres de naissance, les intervenantes de CLSC et les intervenantes des organismes communautaires). L'approche se veut préventive, familiale, personnalisée et centrée sur trois thèmes : l'adaptation à la grossesse, la préparation du séjour hospitalier et le retour sécuritaire à domicile. Agir en amont, rejoindre les parents en début de grossesse, miser sur les déterminants de la santé et du bien-être. Les cliniques se définissent comme le pivot de la trajectoire des services en périnatalité pour favoriser la concertation, la continuité et la complémentarité des services en périnatalité. Elles assument la fonction de liaison entre cliniques privées, C.H., CLSC et organismes communautaires.
3.3 Objectifs de l'évaluation	Quatre objectifs ont guidé la démarche évaluative : 1) s'intéresser aux processus et aux orientations stratégiques de l'implantation du concept de clinique de périnatalité dans la région de Québec ; 2) estimer l'atteinte des objectifs visés par les cliniques de périnatalité ; 3) identifier les changements concernant la clientèle et les pratiques d'intégration des services ; 4) dégager de ces expériences des transferts possibles vers d'autres organisations au Québec mais aussi vers d'autres provinces canadiennes.

	Projet 3 **Projet d'une expérience novatrice dans la région de Québec : les cliniques de périnatalité**
4. PROCESSUS DE MISE EN ŒUVRE	
4.1 Modalités de mise en oeuvre	Le Conseil d'administration de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec (RRSSS), ayant reconnu la pertinence des cliniques de périnatalité (RRSSS de Québec, 1997), a attribué un financement à partir de crédits régionaux afin de soutenir leur implantation au cours de l'automne 1997. Cet engagement financier était associé à une contribution des centres hospitaliers (CH) correspondant à un peu plus de 40 % du budget de fonctionnement des cliniques.
4.2 Enjeux ou défis posés par l'innovation	Dans un univers qui cherche à s'approprier l'innovation, deux enjeux semblent importants à rencontrer : il faut être capable d'adapter le concept à la réalité institutionnelle et régionale mais aussi il faut pouvoir assurer les mêmes services que dans les autres sites.
4.3 Conditions favorables ou facilitantes	Étant donné l'importance de formaliser et d'instrumenter, la façon de s'y prendre a été de mobiliser la diversité des acteurs impliqués dans la réalisation du projet, depuis les gestionnaires jusqu'aux intervenantes de la clinique, en passant par une sensibilisation des médecins et des intervenantes en périphérie (CLSC, etc.). La stratégie déployée par les implanteurs est basée sur la conviction. Pour implanter, il faut convaincre du bien-fondé du projet pour la clientèle ou pour l'institution, c'est-à-dire rallier du monde dans l'organisation au projet. Selon les concepteurs rencontrés, plusieurs éléments ont joué favorablement dans la naissance des cliniques. Il s'agit de l'engagement professionnel des membres, leur leadership, leur imputabilité dans l'organisation, leur capacité à travailler en multidisciplinarité et multisecteurs, mais aussi un élément contextuel, le virage ambulatoire. Malgré tout, au début, le comité avait opté pour une implantation expérimentale dans deux sites pilotes qui s'ajoutaient à un autre déjà existant. Dans une région où la clientèle consulte un médecin qui travaille seul, qui a une durée de consultation limitée, qui est convaincu par expérience du bien-fondé de la clinique ou qui connaît les services offerts par la clinique de périnatalité, la tendance sera de référer leurs clientes à une clinique de périnatalité.
4.4 Obstacles	Pour les intervenantes du milieu, impliquées dans la mise en place de l'innovation, un temps de réaction et de résistance a été nécessaire avant même de s'approprier le projet. Les réactions se sont exprimées sur des objets spécifiques relatifs à l'implantation plutôt que sur le projet comme tel (les délais proposés, le manque de moyens, la remise en question du contenu de certains instruments, etc.). Quel que soit le lieu de localisation, la variété des stratégies d'implantation illustre la difficulté de gérer le changement au niveau de l'organisation et au niveau des acteurs concernés. Au niveau interne de l'établissement d'implantation, il apparaît que plus la clinique est implantée dans un contexte " étranger au projet ", plus il y a de manifestations de résistance. Par ailleurs, le double rattachement administratif du personnel peut faire que pour des raisons de gestion de services, l'accessibilité et le fonctionnement de la clinique peuvent être perturbés. L'implantation ne semble pas toujours avoir réussi à impliquer suffisamment les partenaires externes pour assurer l'accès et la qualité des services. La collaboration avec les médecins comme source d'influence (référer les clientes) et la coordination avec les intervenantes du milieu vers qui l'infirmière de clinique de périnatalité peut référer semblent plus difficile à réaliser en général. Dans la perspective d'être complémentaire, une difficulté nommée par les intervenantes est liée au fait que des thèmes en périnatalité comme le gain de poids acceptable pendant la grossesse, les modalités d'accouchement, l'allaitement, etc. sont objets d'interprétations multiples entre eux. En ce qui concerne la continuité interservices dans un même établissement, une des difficultés en CH est reliée à la capacité d'utiliser les informations recueillies à la clinique de périnatalité par les différentes intervenantes qui vont assurer le suivi de la cliente. Par exemple, le dossier de la patiente n'est pas lu systématiquement.

	Projet 3 **Projet d'une expérience novatrice dans la région de Québec : les cliniques de périnatalité**
	Selon les infirmières des cliniques de périnatalité, plusieurs difficultés existent touchant principalement la question de la gestion du temps imparti au regard des objectifs visés, des instruments à utiliser et des mandats à rencontrer. Le temps accordé pour la visite d'une cliente semble correspondre à une réalité théorique, décontextualisée du vécu. Pour certaines infirmières, la difficulté dans la gestion du temps renvoie à toute la question de mise en confiance par la cliente. Ainsi, le manque de temps influence la rédaction des données dans le dossier de la cliente ; ceci pourrait expliquer la teneur minimale des informations dans certains cas. De plus, pour certaines infirmières, la prise de connaissance des ressources du milieu nécessite aussi du temps et d'avoir de l'aide pour réaliser la mise à jour. Pour ce qui est de la clientèle vulnérable au sens socio-économique, plusieurs acteurs interviewés ont exprimé une difficulté majeure de les rejoindre et surtout d'assurer une continuité dans les services.
5. BILAN DE L'EXPÉRIMENTATION	
5.1 Résultats	Sur les 1663 parents invités à participer à l'étude, 557 mères (33,5 % de l'échantillon original) et 423 conjoints ont participé au sondage (sur 526 familles biparentales). Parmi les répondants, 300 mères (sur 549) et 109 conjoints (sur 421) ont consulté les cliniques de périnatalité. En ce qui concerne l'analyse évaluative, c'est-à-dire une comparaison de ce qui avait été prévu et de ce qui a été implanté, la réalité nous renvoie une image beaucoup plus complexe et diversifiée que ce que les concepteurs prévoyaient. On ne peut pas parler d'un seul modèle implanté, mais des cliniques de périnatalité au pluriel, qui ont adapté le cadre de référence proposé. Dans certains sites, les infirmières sont attitrées exclusivement à la clinique alors que dans d'autres elles assurent des activités en périnatalité sur d'autres unités. Ces différences renvoient à la question des enjeux de coordination et de standardisation régionale portée par les concepteurs. Il nous est apparu que c'est plus la culture de gestion et les enjeux dans l'organisation des services à l'interne qui ont influencé la réalisation de la clinique.
	L'implantation ne semble pas toujours avoir réussi à impliquer suffisamment les partenaires externes pour assurer l'accès et la qualité des services. Des différences se marquent entre une clinique implantée en milieu urbain (et surtout en CH) ou implantée en milieu rural (en CH et/ou en CLSC). Ces différences semblent liées à la multiplicité des partenaires et des ressources disponibles, au fait de les connaître personnellement, voire de se connaître réciproquement. En effet, dans une région où la clientèle consulte une équipe de médecins qui ont une organisation perçue comme proche de ceux offerts par une clinique de périnatalité, la référence par le médecin à la clinique ne se fera pas ou peu : la clinique est vue comme non pertinente. Par contre, dans une région où la clientèle consulte un médecin qui travaille seul, qui a une durée de consultation limitée, qui est convaincu par expérience du bien-fondé de la clinique ou qui connaît les services offerts par la clinique de périnatalité, la tendance sera de référer leurs clientes à une clinique de périnatalité. Les risques biomédicaux reliés à la santé physique de la mère et de l'enfant sont identifiés par le médecin ou l'infirmière et pris en charge par le système ; par contre, les risques psychosociaux sont plus difficiles à cerner et à référer.

	Projet 3 **Projet d'une expérience novatrice dans la région de Québec : les cliniques de périnatalité**
	Durant la grossesse, les ressources utilisées par le plus grand nombre de mères sont : leur réseau social naturel (famille, amis, voisins : 67,3 %), les rencontres prénatales (40,6 %), la visite d'une infirmière du CLSC (26 %), le pharmacien (23,7 %), les groupes d'entraide en allaitement (20 %), des ressources du réseau privé (18 %), la diététiste de l'hôpital ou du CLSC (11,7 %) et les services du programme OLO en CLSC (8 %). Quant aux ressources utilisées suite à la naissance de leur enfant, il s'agit de : la visite d'une infirmière du CLSC (92,7 %), leur réseau social naturel (66,3 %), les groupes d'entraide à l'allaitement (23,3%) et le pharmacien (19,7 %). Ce qui s'avère toutefois des plus intéressant, c'est que plus de 40 % déclarent avoir utilisé la majorité de ces ressources suite à leur visite à la clinique. L'ensemble de ces résultats porte à croire que les visites à la clinique ont contribué à ce que la clientèle utilise des ressources ou des services complémentaires à la clinique. Pour les intervenantes d'établissements différents, ce qui est dénoncé, c'est un manque de communication et de feedback entre la clinique et les médecins, entre la clinique et le CLSC et vice-versa. De plus, lors de l'analyse des dossiers, l'inscription d'un retour d'informations suite à une référence était pratiquement nulle. Retombées sur la clientèle : La visite à la clinique de périnatalité a créé, chez la femme, un phénomène de prise de conscience sur sa situation de grossesse, ce qui n'a pas nécessairement induit des changements dans ses comportements et habitudes de vie.
	Plus spécifiquement : 1) les données mettent en évidence une pertinence d'organiser des services individualisés et personnalisés pour chaque cliente ; 2) il apparaît que si l'approche médicale est reconnue comme importante, elle n'est toutefois pas suffisante pour rencontrer la diversité des besoins vécus par les femmes enceintes, leur conjoint et leur famille et pour accompagner les futurs parents qui vivent la grossesse comme une expérience de vie et non comme un problème de santé. Tout l'enjeu est dans l'organisation des compétences car une même personne, voire une seule institution, ne peut remplir l'ensemble des fonctions ; 3) on a pu constater une préoccupation réelle des intervenantes au regard de la personne et de ses besoins. Globalement, au niveau de la satisfaction, plus de 90 % des parents rejoints par le sondage se disent satisfaits ou très satisfaits du service. Les parents ont précisé que ce qu'ils avaient le " plus apprécié " était l'aspect humain de la rencontre et le côté informatif. Quant aux aspects négatifs, globalement, on réfère surtout au fait de " ne pas être informés à l'avance de la possibilité d'une entrevue avec une infirmière " ou du " manque de publicité ". D'autres parents signifient la non-pertinence de la rencontre pour certaines clientèles ou encore parlent du nombre de rencontres. Près de 70 % des parents croyant qu'ils auront à vivre une prochaine grossesse déclarent qu'ils fréquenteraient de nouveau la clinique. Les problèmes et des difficultés sont davantage liés à des manques de cohérence en termes de logiques qui se confrontent plutôt qu'en termes de pertinence sociale. Pour assurer une intervention sur l'ensemble des aspects médicaux et psychosociaux, d'autres compétences professionnelles deviennent nécessaires ; l'infirmière doit acquérir des habilités à collaborer et avoir accès à des moyens qui facilitent cette collaboration.
6. POTENTIEL DE GÉNÉRALISATION	
6.1 Pérennité	La question de la pérennité des cliniques n'est pas en cause, puisque celui-ci existait avant le projet du FASS.
6.2 Conditions nécessaires	La pertinence pour des gestionnaires de se doter d'un référent en gestion du changement ; la situation régionale illustre combien il ne suffit pas de considérer le résultat à atteindre, ou encore d'élaborer des plans, des procédures et des instruments pour que les intervenantes se les approprient et modifient leur pratique. Bien souvent, les nouveaux instruments sont interprétés à partir d'anciens schèmes et le changement est jugé à partir des enjeux des acteurs concernés. L'implantation d'un nouveau service interpelle chaque acteur sur ce qu'il faisait déjà et ce qu'il devrait faire. Pour les gestionnaires, le processus de changement doit être aussi important que l'objet de

	Projet 3 **Projet d'une expérience novatrice dans la région de Québec : les cliniques de périnatalité**
	changement lui-même.
6.3 Avantages généralisation	Dans une perspective de réforme des soins primaires, de développement de services intégrés en périnatalité et de préoccupations sur les inégalités en matière d'accès aux soins de santé, l'expérience illustre quelques tentatives réussies, mais cette évaluation permet surtout d'identifier des constats qui serviront de base aux échanges des concepteurs du service quant aux orientations à privilégier au regard de l'avenir des cliniques de périnatalité. En effet, un des effets majeurs serait de se centrer davantage sur la cliente d'une part et l'intervenante d'autre part, et de considérer celles-ci comme pivot d'une coproduction de services et non plus la clinique ou l'unité de service comme pivot dans un système de prestation de services.

	Projet 4 **Projet d'action concertée sur les territoires La Source et CLSC Orléans (PACTE) :** **Une gestion locale des services du réseau santé et services sociaux** **en réponse aux besoins des personnes âgées, région de Québec**
1. CLIENTÈLE VISÉE	Personnes âgées de 65 ans et personnes ayant des problèmes de santé mentale
2. BUDGET ALLOUÉ	1 831 162 $ Type de projet : Intervention - Évaluation
3. CONTEXTE D'ÉMERGENCE	
3.1 Pourquoi le changement	Pallier la croissance rapide des dépenses découlant du vieillissement de la population et les problèmes d'engorgement des urgences. Réconcilier la responsabilité des CLSC axée sur une population donnée et celle des CH davantage orientée vers les clientèles spécifiques.
3.2 Principales caractéristiques	Création d'un réseau de soins et de services qui met l'accent sur l'adaptation des services en place afin de mieux répondre aux besoins de la population du territoire, plutôt que de privilégier la reconfiguration des services. Réponse téléphonique et gestion locale dans un pacte entre 1e et 2e ligne avec interfaces efficaces. Projet conjoint entre 2 CLSC + C.H., en collaboration avec l'Université Laval. Partenariat entre le M.S.S.S., Régie régionale, CHUQ, CHA, CHRG, Info-Santé, cabinets privés de médecins, organismes communautaires, C.H.S.L.D., ressources d'hébergement privées. La gestion locale expérimentée par PACTE possède trois caractéristiques qui la distinguent : (1) orientée vers la réponse aux besoins de services de populations bien définies, ne se limite pas aux personnes requérant des services ou étant référées par d'autres instances du réseau ; (2) repose sur un rôle prépondérant et proactif des organisations de première ligne, particulièrement des CLSC, dans la gestion du continuum de soins (identification des personnes pouvant requérir des services, réponse directe à leurs besoins et orientation vers d'autres ressources plus en mesure de procurer cette réponse) ; (3) repose sur un partenariat avec les organisations procurant des services aux populations de ces deux territoires et une gestion efficace des interfaces avec ces dernières plutôt que sur leur fusion ou leur intégration. Un mode de gestion interorganisationnel est prévu. PACTE devait être géré par quatre instances : un **comité aviseur** formé des principales instances impliquées, un **comité de coordination** composé des promoteurs du projet et ayant la responsabilité de suivre le déroulement du projet et à en assumer la gestion courante ; des **comités ad hoc** regroupant des personnes du réseau détenant des compétences spécifiques ; et des **comités opérationnels** formés de cadres et de membres des équipes professionnelles impliquées dans la fourniture et l'intendance de services à fournir. L'objectif général de PACTE est de maintenir dans la communauté locale, autant que faire se peut, les personnes âgées de 65 ans et plus qui ont besoin de services. De façon plus spécifique, il vise à : 1) rapatrier dans la communauté locale les personnes âgées qui nécessitent des soins qui peuvent être fournis sur leur territoire ; 2) accroître la satisfaction des clientèles envers les services reçus ; 3) contribuer à une meilleure utilisation des ressources hospitalières et plus particulièrement des services d'urgence et des lits de courte durée occupés par des personnes requérant des services de longue durée.
4. PROCESSUS DE MISE EN ŒUVRE	
4.1 Modalités de mise en oeuvre	Le projet émane des directeurs généraux de trois établissements localisés sur deux territoires de CLSC (LaSource et Orléans) de la région de Québec. Ces établissements sont deux CLSC (La Source et Orléans) et un hôpital (Sainte-Anne-de-Beaupré)

	Projet 4 **Projet d'action concertée sur les territoires La Source et CLSC Orléans (PACTE) :** **Une gestion locale des services du réseau santé et services sociaux** **en réponse aux besoins des personnes âgées, région de Québec**
	Le dossier client n'est pas informatisé, mais le suivi est assuré auprès des partenaires. Cinq composantes : 1) identification en amont pour une intervention précoce ; 2) identification en aval en CH par une infirmière de liaison en première ligne ; 3) réponse du CLSC 0- 24/7, MAD, SH, services gériatriques, soins palliatifs ; 4) orientations vers les partenaires, interfaces CLSC, médecin, organisme communautaire, centre d'hébergement (CHSCD) ; 5) remise à jour continue du processus (dépistage et prise en charge via interfaces). L'accent mis sur les liens de communication, travail en réseau, circulation efficace de l'information. La structure de gestion mise en place est un peu différente de celle prévue. Un comité aviseur regroupant les divers partenaires du projet n'a pas été formé. Le comité de coordination formé était composé des directeurs généraux des trois établissements promoteurs, de la coordonnatrice du projet, des coordonnatrices du programme de maintien à domicile de chacun des CLSC et des chercheurs. Ce comité a constitué la principale instance de gestion du projet.
4.2 Enjeux ou défis posés par l'innovation	É*tablir de nouveaux rapports entre les partenaires de la région* et voir comment on pouvait traduire ces relations par des mécanismes de coordination collective efficaces. La *gestion de l'information* : on doit disposer de données sur les patients pour suivre leur trajectoire de services. Actuellement, les systèmes d'information ne soutiennent pas ce genre de lecture horizontale. L'assouplissement des systèmes d'information constitue de ce fait un défi important. On doit également déployer beaucoup d'efforts afin de définir les outils et les besoins. Les *pratiques professionnelles* : on doit faire appel à beaucoup de créativité pour établir de nouvelles alliances, pour modifier les façons de faire. Il y a un travail d'apprentissage, d'apprivoisement mutuel pour développer une confiance réciproque. La *collaboration entre les fournisseurs de services* a nécessité de négocier des ententes, ce qui pose un autre défi, car les normes de fonctionnement sont différentes et doivent être négociées. Il s'agissait de démontrer concrètement la capacité des organisations de services de santé de travailler en étroite collaboration, sans nécessiter obligatoirement la fusion des établissements. L'environnement de la santé est relativement turbulent, entre autres, à cause du nombre de projets qui peuvent se chevaucher ou encore se répercuter les uns sur les autres. La sollicitation ainsi faite auprès des intervenants de la santé peut s'avérer trop grande. Un des défis du projet réside en sa capacité à s'ajuster à l'environnement tout en ne compromettant pas les alliances existantes. Un des résultats escomptés de PACTE est une continuité des services garantie par les CLSC. Pour ce faire, le projet devra assurer le suivi et la vigilance continus de la trajectoire des services offerts. Pour les promoteurs de PACTE, ceci constitue un des plus importants défis que le projet doit relever, compte tenu que le fonctionnement de chacune des institutions impliquées peut être difficile à articuler avec les exigences du projet, particulièrement au niveau des habitudes organisationnelles.
4.3 Conditions favorables ou facilitantes	L'expérience de collaboration commune entre CLSC-CH et partenaires de la communauté, institutionnels et autres crée une culture commune favorable a l'innovation. Le succès repose sur le concours actif des différents acteurs intervenant dans la trajectoire de services aux personnes âgées en perte d'autonomie L'existence de liens étroits entre deux des trois directeurs généraux des établissements initiateurs de PACTE a grandement facilité l'émergence du projet. Leurs collaborations antérieures, leur confiance mutuelle et la complicité existante entre ces gestionnaires les ont incités à s'adjoindre un troisième partenaire qui, de son côté, avait développé des liens avec le milieu universitaire.

	Projet 4 **Projet d'action concertée sur les territoires La Source et CLSC Orléans (PACTE) :** **Une gestion locale des services du réseau santé et services sociaux** **en réponse aux besoins des personnes âgées, région de Québec**
	L'existence de liens fonctionnels avec le centre hospitalier desservant l'un des territoires représentait un bénéfice potentiel à la promotion de PACTE. Des liens analogues avec les médecins en cabinet privé de ce territoire sont également considérés comme une condition favorable. En ce qui a trait au second territoire de CLSC, c'est plutôt l'implantation solide au sein de sa communauté qui semblait lui conférer un avantage certain pour une implantation homogène du projet.
4.4 Obstacles	Les contacts avec les multiples intervenants concernés sont très nombreux et consomment beaucoup de temps et d'énergie pour faire tomber les méfiances. Très peu de temps pour susciter l'adhésion des intervenants. Les données portant sur l'utilisation des services au cours de l'année 2000-2001 ne seront disponibles qu'en cours d'année. En CH, l'arrivée d'un nouvel intervenant dont les fonctions sont perçues comme similaires à celles de la liaison peut soulever quelque méfiance (limitation de l'accès aux patients et interdiction d'écrire au dossier). Le cloisonnement des divers programmes dans la structure des CLSC a entraîné la non-inclusion des personnes ayant des problèmes de santé mentale associés lesquelles étaient pourtant visées par le projet. La mise en place du modèle entraîne un changement d'attitude et des modifications dans les habitudes de travail auxquelles on peut résister dans la crainte de voir les efforts fournis devenir vains avec la fin du projet. L'étroite interdépendance de leurs activités a amené des représentants d'Info-Santé à exprimer un regret de ne pas avoir participé à l'élaboration du projet et de ne pas siéger sur les comités (coordination et opérations) responsables de la gouverne du projet. Les médecins des territoires de CLSC déplorent la lourdeur de leurs tâches, le manque de relève médicale intéressée par cette clientèle et la rémunération déficiente en particulier pour les visites à domicile. Les médecins en CH, en particulier les gériatres des deux établissements, ont initialement exprimé de la résistance au projet. Dans un cas, on craignait que les services gériatriques en place soient affectés et dans l'autre cas, on craignait que l'accès à l'urgence pour la clientèle gériatrique soit limité. Il apparaît que l'approche normative et centralisatrice du MSSS, en particulier de la RRSSS, peut être une entrave à l'émergence d'une innovation provenant du niveau local : le respect des normes régionales (critères d'hébergement, tarification, gestion de l'information) sont apparues comme un obstacle à la réalisation du projet
5. BILAN DE L'EXPÉRIMENTATION	
5.1 Résultats	Le guichet unique a permis aux clientèles d'avoir accès à une infirmière 24 heures par jour, sept jours par semaine (24/7). Les responsabilités associées étaient assumées le jour par les infirmières PACTE en CLSC et le soir par le service régional d'Info-Santé. La constante disponibilité d'une infirmière au guichet unique a permis d'assurer une réponse rapide aux demandes d'information exprimées par les clients et d'accélérer l'intervention soit d'un médecin soit d'un professionnel des CLSC. De l'avis de tous, la concentration à ce guichet de l'ensemble de l'information concernant les personnes inscrites à PACTE a permis aux infirmières de jouer un rôle central tant dans l'identification des personnes, la réponse à leurs questions que dans leur orientation vers les services et professionnels requis.

	Projet 4 **Projet d'action concertée sur les territoires La Source et CLSC Orléans (PACTE) :** **Une gestion locale des services du réseau santé et services sociaux** **en réponse aux besoins des personnes âgées, région de Québec**
	Trois hôpitaux offrant des services aux personnes des territoires concernés ont profité de la présence d'infirmières PACTE. La présence de ces infirmières a permis de raffermir des liens avec les intervenants de la communauté. Elle est vue comme une mesure permettant d'assurer une meilleure circulation des patients dans le réseau de la santé pour l'obtention de leurs services. Bien que la capacité de ces infirmières de retourner dans la communauté des personnes âgées soit perçue comme limitée, leur présence a toutefois permis de créer des liens entre le programme de maintien à domicile des CLSC et les directions des soins infirmiers des centres hospitaliers. Avant PACTE, aucune passerelle effective n'existait entre ces partenaires. La liaison avec les médecins traitants s'appuie sur un échange d'information sur la condition des patients et leurs services. Pour ce faire, les infirmières du guichet unique ont assuré cette mise à jour en communiquant toute nouvelle information sur le client. La confirmation de leur rôle d'intervenant pivot entre les CLSC et le CH a permis aux infirmières d'identifier leurs lacunes dans la connaissance des services offerts par les CLSC et d'identifier des différences entre les CLSC quant aux services offerts. Sur le territoire Orléans, l'organisation des services de maintien à domicile s'appuie sur les ressources médicales œuvrant en cabinet privé. Près de la moitié des médecins en cabinet privé du territoire collaborent avec le CLSC pour divers projets et comités. La garde médicale 24/7 pour les clients du programme de maintien à domicile est bien structurée et semble fonctionnelle. Sur le territoire La Source, les relations entre les médecins de cabinet privé et ceux du CLSC ont un historique de méfiance, de rivalités et de conflits. Des tentatives antérieures visant une participation des médecins de cabinet privé à une garde médicale 24/7 se sont soldées par un échec. La recherche de partenaires privés s'est faite par des demandes de soumissions. Les relations qui en ont suivi révèlent une méconnaissance respective de leur mode de fonctionnement. PACTE, comme modèle de gestion locale des services pour répondre aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie, reçoit la reconnaissance unanime des personnes interpellées. Les différentes composantes de PACTE (identification, réponse et orientation) sont perçues comme très pertinentes. Les médecins traitants estiment que la création du guichet unique a permis à leurs patients d'avoir une « porte d'accès à des renseignements et services » sans que le médecin ait à faire les démarches. Le « temps sauvé » est apprécié. Ils apprécient aussi de recevoir rapidement l'information sur la trajectoire de leurs patients. Les objectifs de PACTE en termes de réponse et d'orientation sont compris différemment par les partenaires (surtout CH et CLSC). À mi-parcours du projet, les professionnels en centres hospitaliers doutent que PACTE puisse répondre à leurs attentes. Il n'a pas réussi à accélérer le retour dans la communauté des personnes âgées utilisant les services hospitaliers. Pour eux, PACTE n'offre que des services réguliers. La mise en place d'un système de gestion de l'information permettant de dégager une image d'ensemble s'est avérée difficile. D'une part, les systèmes de gestion de l'information existants ne permettent pas une lecture horizontale des événements et d'autre part, le monitorage actuel se fait avec une logique d'établissement et une logique de services dans une relation professionnel/client. Il semble difficile d'y superposer une logique de réseau permettant de considérer chaque action en interdépendance avec une série d'autres actions. Une logique de réseau se confronte à une logique d'établissements bien enracinée avec pour résultat que l'organisation en réseau tend à se superposer au fonctionnement habituel. Une configuration hybride en résulte. Une organisation des services s'appuyant sur une logique de population et de territoire vient bouleverser l'organisation existante, articulée

	Projet 4 **Projet d'action concertée sur les territoires La Source et CLSC Orléans (PACTE) :** **Une gestion locale des services du réseau santé et services sociaux** **en réponse aux besoins des personnes âgées, région de Québec**
	autour des services professionnels à une clientèle donnée. La planification habituelle du travail est faite en réponse à une demande de services, non en anticipation des besoins d'une population. Un réseau suppose le développement d'une approche multidisciplinaire interétablissement. Un travail multidisciplinaire de cet ordre est lent à se développer et la coordination interétablissement tend à être appropriée par le corps infirmier (unidisciplinaire). Le modèle proposé par PACTE visait à assurer l'ensemble de la gamme de services requis à un groupe de population particulier. Cette logique se confronte à la logique de programme actuelle, car cet objectif de PACTE supposait une intégration des services offerts par plus d'un programme pour une même personne.
6. POTENTIEL DE GÉNÉRALISATION	
6.1 Pérennité	Aucune information à ce sujet.
6.2 Conditions nécessaires	Aucune information à ce sujet.
6.3 Avantages généralisation	Aucune information à ce sujet.

	Projet 5 **Projet de réorganisation des soins primaires en santé cardio-vasculaire dans la région de Québec (4 sites)**
1. CLIENTÈLE VISÉE	Personnes atteintes de maladies cardio-vasculaires et personnes à risque élevé de MCV, soit ayant au moins trois facteurs de risque (hypertension artérielle, hypercholestérolémie, diabète, tabagisme, sédentarité, obésité, antécédents familiaux) des territoires de Charlevoix, Portneuf, Orléans, Jacques-Cartier (région de Québec).
2. BUDGET ALLOUÉ	803 470 $ Type de projet : intervention - évaluation
3. CONTEXTE D'ÉMERGENCE	
3.1 Pourquoi le changement	À l'automne 1998, cinq des huit territoires de CLSC de la région de Québec étaient impliqués dans le " Programme intégré de prévention des maladies cardiovasculaires et du cancer du poumon de la région de Québec ", lancé en 1995. Sur l'un de ces territoires, les intervenants communautaires identifiaient comme une lacune de ce programme de ne pouvoir assurer un suivi pour les clientèles à risque de développer une MCV. Cette lacune était perçue comme d'autant plus importante qu'une des activités du programme consistait à effectuer des activités de dépistage multifactoriel auprès de la population en général, mais aucun suivi pour la clientèle dépistée n'était effectué dans aucun des territoires de CLSC mobilisés. Le but du projet soumis au FASS était de " réorganiser les services de santé par territoire de CLSC afin de favoriser l'adoption et le maintien de quatre comportements favorables à la santé soit l'abstinence tabagique, la pratique régulière de l'activité physique, l'adhésion à de saines habitudes alimentaires et la prise adéquate de médicaments ".
3.2 Principales caractéristiques	Favorise la prise en compte des besoins individuels des patients. Tient compte des déterminants de l'adoption et du maintien des comportements favorables à la santé du cœur. Par son action sur les pratiques professionnelles et sur l'environnement social des patients, favorise la réduction de l'inobservance aux traitements pharmacologiques et non-pharmacologiques ; met l'accent sur l'utilisation optimale des ressources de la communauté. Il s'appuie sur la mobilisation de divers acteurs d'un même milieu dont le CLSC, le C.H., les cliniques médicales, les pharmacies communautaires, les centre sportifs et les organismes partenaires des secteurs de la santé et de services sociaux et autres secteurs ; favorise une intégration verticale et géographique des services. L'intervenant pivot est ainsi responsable de la continuité et de la complémentarité des soins et des services offerts au participant à l'intérieur du programme. La fonction pivot s'exerce à trois niveaux : 1) auprès du patient 2) auprès du réseau local d'intervenants et 3) auprès des établissements hospitaliers et des médecins. Permet de tracer les grandes lignes et de mettre les balises quant à la nature et l'organisation des services tout en laissant à chaque territoire la responsabilité de planifier et d'actualiser ses activités dans le plus grand respect des contextes locaux, des ressources existantes et des besoins spécifiques de leurs clientèles.
3.3 Objectifs de l'évaluation	Volet I " Analyse des effets sur la clientèle " 1) évaluer l'effet de l'intervention offerte dans le cadre du Projet de réorganisation sur les comportements liés à la santé cardiovasculaire auprès des patients à risque élevé et atteints de MCV ; 2) évaluer l'observance aux traitements chez les patients à risque élevé ou atteints de MCV ; 3) évaluer l'utilisation des services sociaux et de santé par les patients à risque élevé ou atteints de MCV. Volet II " Analyse de l'implantation : analyser l'influence du contexte sur le développement et le degré de mise en œuvre du projet. Question d'évaluation : En quoi les services et les soins offerts (dans les différents milieux d'implantation) dans le cadre du Projet de réorganisation ont contribué à l'objectif ultime de l'intervention soit, l'amélioration de la santé des patients rejoints ?

	Projet 5 **Projet de réorganisation des soins primaires en santé cardio-vasculaire dans la région de Québec (4 sites)**
4. PROCESSUS DE MISE EN ŒUVRE	
4.1 Modalités de mise en œuvre	Stratégie I : Mise en place des équipes régionales et locales, rôles et mandats et organisation du travail. Stratégie II : Consolidation et développement des services dans chacun des territoires : 1) a mise en place et consolidation du réseau d'intervenants en santé cardiovasculaire des secteurs publics, privés et communautaires ; 2) l'intégration territoriale des ressources disponibles en santé cardiovasculaire. Stratégie III : Mise en place d'une trajectoire de services et de mécanismes de référence : 1) l'identification des patients à risque élevé et atteints de MCV nécessitant des services pour l'adoption et le maintien de quatre comportements favorables à la santé cardiovasculaire soit l'abstinence tabagique, la pratique régulière de l'activité physique, la prise adéquate de médicaments lorsque requis et l'adhésion à de saines habitudes alimentaires ; 2) la référence médicale et hospitalière de la clientèle ciblée ; 3) l'intégration verticale des ressources disponibles en santé cardiovasculaire. Stratégie IV : Développement du suivi thérapeutique et nutritionnel des clients. Stratégie V : Formation des professionnels et des intervenants. Stratégie VI : Mise en place des mécanismes régionaux de concertation : l'intégration verticale et territoriale des ressources disponibles en santé cardiovasculaire. Stratégie VII : Suivi des instances régionales en réadaptation cardiaque.
4.2Enjeux ou défis posés par l'innovation	Statuer sur le niveau de formation et d'expérience nécessaire pour faire partie du réseau local d'intervenants. Inciter les médecins exerçant en cabinet privé à référer leurs patients au programme d'intervention.
4.3 Conditions favorables ou facilitantes	Phase Émergence : les informateurs clés ont identifié quatre principaux facteurs facilitants soit l'allocation locale d'un budget " protégé " en prévention secondaire des MCV, la complémentarité d'action avec les activités locales du Programme intégré, la perception que le projet constitue une opportunité d'offrir des services importants, nécessaires ou utiles à la population du territoire ; la perspective de mobiliser et de créer des liens avec les médecins exerçant en cabinet privé ; le leadership régional exercé sur la définition des orientations générales liées à l'implantation du "Projet de réorganisation". Phase Adaptation et stabilisation : soutien consenti par la coordonnatrice locale et la nutritionniste ont été considérés comme essentiel ; les liens entretenus par la coordonnatrice régionale avec les partenaires ont été cruciaux pour l'organisation rapide des formations sur l'ensemble des thématiques. L'expertise du PPMC en réadaptation cardiaque et celle de la CAF en cessation tabagique ont conféré un haut degré de qualité pour le contenu des formations. Il ressort nettement que n'eut été du financement extérieur par le FASS, en dépit du contexte favorable, le développement de services en prévention secondaire et en réadaptation cardiaque n'aurait pas eu lieu sur ces territoires.
4.4 Obstacles	Outre le départ de la chargée de projet initiale, la difficulté principale a été de formuler sous une forme opérationnelle le " Projet de réorganisation " et de le traduire en un calendrier d'activités respectant les délais alloués par le FASS. L'une des difficultés sur trois des quatre territoires a été d'obtenir l'engagement des partenaires locaux à soutenir financièrement les services au-delà de la période de démonstration. Le développement d'une vision commune entre les acteurs régionaux et locaux quant à la nature et à l'ampleur du "Projet de réorganisation" et sa traduction à l'échelle de chacun des territoires de CLSC a constitué une difficulté. Le fait que le projet n'ait été implanté que sur quatre des huit territoires de CLSC, exige des CH une sélection préalable des personnes référées sur la base de leur lieu de résidence et entrave la référence systématique au programme.

	Projet 5 **Projet de réorganisation des soins primaires en santé cardio-vasculaire dans la région de Québec (4 sites)**
	La fonction pivot telle qu'appliquée dans le modèle d'intervention permet d'assurer une grande continuité de services auprès de la clientèle. Toutefois, le cumul de cette fonction clinique avec les fonctions administratives et celles de coordination du réseau local d'intervenants surpasse la capacité de prise en charge d'une seule intervenante à raison de quatre jours de travail par semaine. Une des grandes difficultés a été de rejoindre les médecins, d'influencer leurs pratiques et de les inciter à référer leurs patients (un médecin impliqué a rapporté être peu à l'aise d'inciter ses pairs à modifier leurs pratiques de référence pour un programme qui pourrait " ne plus être là dans trois mois ").
5. BILAN DE L'EXPÉRIMENTATION	
5.1 Résultats	**Trajectoire de services et référence** Les territoires de Charlevoix et d'Orléans ont priorisé les clientèles atteintes et ont privilégié la référence hospitalière. Dans les deux cas, les projets avaient une relation privilégiée avec les établissements hospitaliers du territoire qui permettent aux intervenants pivots de proposer le programme face à face à plus de 60% des patients hospitalisés. Sur le territoire de Portneuf, la clientèle prioritaire est celle présentant quatre facteurs de risque ou plus et la clientèle atteinte de maladie cardiovasculaire. Le mode de référence le plus fonctionnel se fait par les autres services du CLSC et par les médecins du territoire. Sur le territoire de La Jacques-Cartier la clientèle d'abord prioritaire est celle présentant trois facteurs de risque. La référence des médecins du territoire et l'autoréférence des patients sont les modes de références privilégiés. Les liens avec le médecin traitant : assurés de façon systématique par l'infirmière et par la nutritionniste qui transmettent après chacune de leur rencontre un rapport d'évolution. Un comité de travail local a été formé sur chacun des territoires. Ce dernier est constitué de la coordonnatrice locale, de la nutritionniste, de la coordonnatrice régionale, et d'au moins deux intervenants du territoire (médecin, organisateur communautaire ou travailleur social). Ces comités sont responsables de planifier et de réaliser les activités et les démarches prévues. Un comité aviseur régional a été mis sur pied en janvier 1999 afin d'orienter les décisions en fonction des résultats attendus du projet. Un groupe de travail de nutritionnistes en santé cardiovasculaire de la région de Québec a aussi vu le jour. Le groupe de travail visait à harmoniser les pratiques en nutrition, à uniformiser et à diffuser des modèles d'intervention et à accentuer la référence entre établissements. Les données sur l'accessibilité montrent que parmi les sujets ayant participé à l'intervention, un peu plus de la moitié (56,1 %) ont eu accès aux services en moins de trois semaines, ce qui a été jugé " acceptable " par 85,4 % (n=82) des sujets. L'intégration géographique s'est assez bien actualisée puisque la gamme complète de services est offerte sur trois des quatre territoires, mais il demeure difficile de mobiliser et d'intégrer les médecins en tant que partie prenante de ce réseau d'intervenants. Cette participation tiède des médecins exerçant en cabinet privé est en outre illustrée par un faible volume de référence médicale vers le programme d'intervention. La fonction pivot telle qu'appliquée dans le modèle d'intervention permet d'assurer une grande continuité de services auprès de la

	Projet 5 **Projet de réorganisation des soins primaires en santé cardio-vasculaire dans la région de Québec (4 sites)**
	clientèle, mais elle surpasse la capacité de prise en charge d'une seule intervenante à raison de quatre jours de travail par semaine. **Les principaux résultats :** les sujets de l'étude ayant participé à l'intervention ont augmenté de 44,0 % leur pratique de l'activité physique et réduit de 27,8 % leur consommation hebdomadaire moyenne de matières grasses dans les trois mois suivant la première rencontre avec l'intervenante. Des effets significatifs au plan statistique ont été observés entre les groupes de sujets hospitalisés sur le plan de l'utilisation des services sociaux et de santé pour la période de trois mois suivant le recrutement des sujets dans l'étude. Les sujets du groupe " Intervention " rapportent dans une proportion moindre avoir consulté un médecin spécialiste au cours des trois derniers mois pour un problème cardiaque, dans une plus grande proportion avoir consulté en CLSC et participé à une activité en santé du cœur offert par un organisme communautaire. Ils ont aussi été moins souvent réhospitalisés pour un problème cardiaque au cours des trois derniers mois. Pas de différence statistique pour l'hospitalisation pour d'autres problèmes de santé. La perception de l'état de santé montre une différence statistique significative entre les deux groupes en faveur du groupe " Intervention ". Les données de satisfaction générale des sujets ayant participé à l'intervention varient entre 55,0 % et 93,0 %.
6. POTENTIEL DE GÉNÉRALISATION	
6.1 Pérennité	Contrairement à la planification initiale, aucune des organisations hôte n'envisage ou n'est capable de s'engager à soutenir financièrement la poursuite à long terme du projet. Au cours du printemps 2000, la Régie régionale a statué que le maintien des projets portant sur la réadaptation cardiaque était prioritaire et s'engageait conjointement avec les CLSC des quatre territoires d'intervention à poursuivre à court terme le projet, soit jusqu'au 30 juin 2001. Des démarches sont actuellement en cours auprès du Ministère afin d'obtenir des crédits budgétaires supplémentaires pour maintenir l'offre de services sur les quatre territoires d'intervention et l'étendre aux quatre autres territoires de CLSC de la région de Québec.
6.2 Conditions nécessaires	1- Maintien de la structure de coordination régionale et locale ; 2- budget protégé ; 3-intégration accrue horizontale et verticale ; 4- leadership clair d'un promoteur régional. Une des conditions de la poursuite repose sur la régionalisation, ce qui implique la mise en place d'une instance régionale de concertation ainsi que l'uniformisation de l'offre de services. Cette instance pourrait prendre la forme d'un comité aviseur formé de représentants de chacun des territoires, des représentants de la coordination régionale, du PPMC ainsi que des établissements hospitaliers intéressés par le programme. Quant à l'uniformisation des services sur le plan régional, elle doit s'effectuer sans occulter les particularités locales. Elle pourrait prendre la forme d'une gamme de services de base identique dans chacun des territoires. Le développement d'une philosophie de gestion fondée sur l'amélioration constante de la qualité des interventions destinées aux patients est une autre condition, car certains des services sont offerts par des professionnels qui ne sont pas rattachés à un ordre professionnel, mandaté pour protéger le public. En plus de la poursuite d'un programme de formation systématique, un mécanisme devra être instauré avec les partenaires des secteurs privés et communautaires pour déterminer conjointement ces critères de qualité et en assurer le respect.
6.3 Avantages généralisation	De façon générale, le "Projet de réorganisation" a permis de démontrer la capacité de développer des services de réadaptation cardiaque sur la base des territoires de CLSC et des ressources locales. Le projet a mis en évidence que même pour des territoires éloignés, " relativement " dépourvus en ressources financières et humaines, il est possible d'ajouter et d'élargir la gamme de services par le développement des compétences locales. La réadaptation cardiaque ne requiert pas de plateau technique élaboré mais repose plutôt sur

	Projet 5 **Projet de réorganisation des soins primaires en santé cardio-vasculaire dans la région de Québec (4 sites)**
	la disponibilité de l'expertise dans les milieux. Le "Projet de réorganisation" a permis de démontrer la capacité de développer des services de réadaptation cardiaque sur la base de territoires de CLSC et des ressources locales. Le projet a mis en évidence que même pour des territoires éloignés, " relativement " dépourvus en ressources financières et humaines, il est possible d'ajouter et d'élargir la gamme de services par le développement des compétences locales. La réadaptation cardiaque ne requiert pas de plateau technique élaboré mais repose plutôt sur la disponibilité de l'expertise dans les milieux. Une fois consolidés et régionalisés, les services de base en nutrition, en cessation tabagique, en pratique de l'activité physique ainsi qu'en counselling éducatif en soins infirmiers serviront de point de départ à la mise en œuvre d'une trajectoire de services de la prévention à la réadaptation pour plusieurs maladies chroniques. Une proposition en ce sens a été développée conjointement par les Directions de la santé publique et les Régies régionales des régions de Québec et du Saguenay-Lac-Saint-Jean, compte tenu que ces deux régions ont mené respectivement des projets de démonstration similaires et que les constats dégagés étaient convergents.

	Projet 6 **Mécanisme de coordination des services gérontologiques des Bois-Francs, région Mauricie-Bois-Francs**
1. CLIENTÈLE VISÉE	Personnes âgées en perte d'autonomie des Territoires de CLSC Suzor-Côté et de l'Érable, région de Québec
2. BUDGET ALLOUÉ	252 000 $ Type de projet : évaluation N.B. : Aucun argent neuf investi, ni ajout de poste. Les établissements concernés ont mis des fonds en commun et engagé 9 gestionnaires de cas plus un coordonnateur.
3. CONTEXTE D'ÉMERGENCE	
3.1 Pourquoi le changement	Des personnes âgées sur le territoire étudié, 44% (5 162) sont âgées de 75 ans et plus. La proportion des personnes ayant des incapacités est estimée à 21,6% pour ce groupe d'âge et à 16,9% pour celui des 65 à 74 ans. De plus en plus, les personnes âgées sont désireuses de demeurer à domicile, exerçant une pression importante sur le système de santé et des services sociaux pour recevoir des services adaptés à leur situation.
3.2 Principales caractéristiques	Un mécanisme de coordination des soins et des services a été développé et mis en place en février 1997 dans la sous-région des Bois-Francs. Il s'agit d'un modèle interétablissements, interservices, interdisciplinaires. Il combine le guichet unique, la gestion par cas, le plan de services individualisé et trois niveaux de coordination en interaction continue : stratégique, tactique et clinique. Chaque gestionnaire de cas ou intervenant-pivot a la responsabilité des clients âgés de 65 ans et plus d'une unité géographique donnée Il est donc à même de bien identifier toutes les ressources du territoire, de bien les connaître et de promouvoir le développement de celles qui sont absentes. La gestion par cas implique la présence d'un gestionnaire de cas (intervenant-pivot) qui doit franchir avec le client les différentes étapes suivantes : triage, évaluation, planification de l'aide et des services, organisation et coordination du soutien, suivi et réévaluation et clôture du dossier. Ce modèle a aussi la particularité d'être conçu pour assurer la gestion à la fois des demandes potentielles de soins et d'aide à domicile et celles d'hébergement. Il a l'avantage d'intégrer l'ensemble des services géronto-gériatriques disponibles dans la sous-région des Bois-Francs allant de la promotion et de la prévention aux soins palliatifs. De plus, le mécanisme peut compter depuis 1998 sur le support d'un dossier clinique informatisé (DCI) qui permet de soutenir le travail interdisciplinaire et les échanges avec les différents services aux aînés. Intervenant pivot : fonctions de triage, information, orientation, gestion de cas lorsque requis ; responsable de développer avec la personne et son réseau un PSI, de négocier et coordonner les services planifiés avec disponibilité de services, de s'assurer que les services sont rendus, bien rendus et ajustés en fonction de l'état de l'usager, de défendre ses droits et intérêts ; responsable de l'ensemble des aînés d'une zone géographique donnée ; repose sur l'interdépendance de mécanismes de concertation intersectoriels (tendre vers une gestion intégrée des ressources) ; accompagne sans prendre en charge la personne âgée.
3.3 Objectifs de l'évaluation	Le projet de recherche comporte deux volets principaux, soit : (1) consolider l'implantation du mécanisme de coordination de services durant une période de prolongation d'une année, et (2) déterminer l'impact du modèle sur les aînés en perte d'autonomie et leur réseau de soutien de même que sur l'utilisation des services de santé et de services sociaux jusqu'à 36 mois après l'implantation. L'évaluation d'implantation et de processus vise à documenter les principales fonctions du mécanisme de coordination des services afin de voir dans quelle mesure le modèle implanté et son fonctionnement s'approchent ou non du modèle visé et ce, toujours avec la perspective d'apporter des ajustements qui pourraient s'avérer nécessaires. Les objectifs spécifiques de l'évaluation de l'efficacité visent à mesurer l'effet du modèle sur : (1) la détérioration de l'autonomie des aînés (mesure combinant décès, hébergement, perte de cinq points ou plus sur l'échelle du système de mesure de l'autonomie fonctionnelle-

	Projet 6 **Mécanisme de coordination des services gérontologiques des Bois-Francs, région Mauricie-Bois-Francs**
	SMAF) ; (2) la satisfaction des aînés par rapport aux services reçus ; (3) l'autonomisation, c'est-à-dire la capacité de décision et de prise en charge le plus possible par les aînés eux-mêmes ; (4) le fardeau des personnes soutien des aînés en perte d'autonomie ; (5) le recours aux services de santé et services sociaux.
4. PROCESSUS DE MISE EN ŒUVRE	
4.1 Modalités de mise en oeuvre	Trois niveaux de coordination (stratégique=table concertation; tactique = comité géronto; clinique=équipe gestion de cas) Formation de l'équipe clinique sur les principales fonctions de l'intervenant-pivot ; formation continue, interdisciplinaire et inter-établissements. Établissements-partenaires se sont mobilisés pour faire le partage des ressources humaines nécessaires pour constituer l'équipe d'intervenants-pivot (10 en tout). Le soutien apporté au développement continu du continuum de services ainsi qu'au comité de coordination constitue le principal apport de la Table de concertation dans ce projet. Vision partagée (définition besoins; mécanismes cliniques et coordination; réseau intégré). Développer un dossier clinique informatisé « partageable », commun à tous les professionnels du continuum de services aux aînés = soutien du travail en réseau intégré de services. Utilisé depuis automne 1998, il permet des échanges clinico-administratifs par l'info-route.
4.2 Enjeux ou défis posés par l'innovation	Le modèle de services « interdisciplinaire » et interétablissements exige un éclatement des frontières. La mise en place de projet pilote comme celui des Bois-Francs nécessite la juxtaposition d'un devis de recherche complexe et multidimensionnel de manière à permettre une discussion exhaustive des effets observés et une analyse critique des conditions d'implantation.
4.3 Conditions favorables ou facilitantes	Le Comité de coordination géronto-gériatrique constitue une tribune où on peut exprimer son avis sur différents sujets. Ces rencontres sont perçues comme facilitant la compréhension, la mise à jour de ce dossier et son développement. Les membres du Comité de coordination partagent une cible commune, celle de l'usager en besoin de services. Le fait de partager un même alignement est perçu comme facilitant, tout comme le fait que les membres de ce comité détiennent un certain pouvoir de décision. Le dossier clinique informatisé, qui permet des échanges cliniques en temps réel compatibles avec les exigences du processus clinique entre les intervenants de différentes disciplines et entre les établissements, est perçu comme un support très utile. Une autre caractéristique de la mise en œuvre liée aux résultats observés est que contrairement à d'autres expériences entourant les réseaux intégrés, le mécanisme de coordination n'a jamais été vu comme un projet mais plutôt comme un nouveau mode de fonctionnement dont le territoire avait jugé bon de se doter. Une autre condition gagnante est la présence de leaders : la présence continue d'une personne-ressource supportant toute la démarche, celle d'un parrain identifié à la clientèle aînée à même l'ensemble des directeurs généraux, celle du coordonnateur responsable de l'équipe d'intervenants-pivot et enfin celle de la responsable du comité de coordination (niveau tactique) se sont avérées être des rouages importants pour le succès obtenu.
4.4 Obstacles	Rythme d'implantation plus lent que prévu rend difficile la mesure des effets. Changements des pratiques professionnelles ne s'opèrent pas facilement. Médecins en clinique privée ne participent pas au dossier informatisé parce que qu'ils ne sont pas branchés sur le réseau informatique, ce qui représente un frein à l'interdisciplinarité et bris de continuité.

	Projet 6 **Mécanisme de coordination des services gérontologiques des Bois-Francs, région Mauricie-Bois-Francs**
	Certains partenaires sont sous-représentés ou moins actifs dans l'exercice de la fonction repérage, c'est-à-dire de l'identification précoce des individus à risque ou en perte d'autonomie. C'est le cas de l'urgence, des médecins, et des autres partenaires communautaires et intersectoriels. L'informatisation de l'ensemble des services du continuum devrait agir comme condition facilitante à cet égard. Un obstacle important affecte directement l'efficacité du modèle : l'incapacité de brancher les médecins de première ligne et les pharmaciens au dossier clinique informatisé. C'est une contrainte majeure qui subsiste malgré toutes les énergies investies par les intervenants, les médecins et les gestionnaires des Bois-Francs et ceux de la Régie régionale. Les enjeux en présence semblent relever davantage du niveau provincial. L'intégration du DCI ne se fait pas non plus au même rythme dans tous les établissements et certains retards sont notés comme, par exemple, sur les unités de soins du CHSGS. Cette situation constitue un frein à l'interdisciplinarité et un bris dans la continuité des services.
5. BILAN DE L'EXPÉRIMENTATION	
5.1 Résultats	Les résultats du volet **implantation** du modèle révèlent que la clientèle rejointe était la clientèle visée : des personnes dont l'âge moyen était de 80 ans, en perte d'autonomie et qui présentaient plusieurs problèmes de santé. La majorité des actes ou gestes posés par les intervenants-pivots étaient des gestes d'évaluation et de planification de services, ce qui correspond à leur rôle prévu de " case-manager ". Tel que prévu initialement, les données confirment que les lieux d'intervention sont très variés : les intervenants-pivot se déplacent tout autant à domicile que dans les divers services du continuum de services aux aînés. Il faut préciser qu'aucun usager du mécanisme de coordination n'est placé sur une liste d'attente de services. La pratique en vigueur des intervenants-pivot est de mettre en place des services même si l'évaluation globale et l'élaboration du PSI ne sont pas entièrement terminées, ce qui est confirmé par la lecture des dossiers et l'observation directe. À partir des propos recueillis par l'ensemble des chefs de services, il ressort clairement que "personne ne souhaite revenir en arrière" par rapport à la nouvelle façon de faire. Les intervenants-pivot eux-mêmes considèrent avoir gagné de la crédibilité auprès du milieu hospitalier, notamment auprès du personnel de l'urgence. Des efforts restent cependant à consentir du côté des unités de l'hôpital. En résumé, le mécanisme de coordination des soins et des services développé dans la sous-région des Bois-Francs a été implanté avec succès. S'il n'a pas eu d'effet sur la mortalité (survie), on observe une tendance à la baisse pour l'hébergement et un effet positif sur le désir d'hébergement (moins élevé dans le groupe expérimental). Les gestionnaires (coordonnateurs des services aux personnes âgées) et les administrateurs (directeurs généraux et responsables d'organismes communautaires) ont été rencontrés par entrevue lors de l'évaluation d'implantation et du processus. Tous apprécient l'approche implantée dans les Bois-Francs même si elle a suscité de nombreux changements dans les façons de faire et dans les processus de prise de décision. Le mécanisme de coordination des soins et des services a un effet positif sur le fardeau des aidants et aurait contribué à le diminuer deux ans après son implantation. Par ailleurs, il semble y avoir eu une baisse des interventions en CLSC (Centre local de services communautaires) dans le groupe expérimental mais cette baisse peut aussi être le résultat de modifications dans les pratiques (recours aux entreprises d'économie sociale) et dans l'attribution des ressources financières disponibles.

	Projet 6 Mécanisme de coordination des services gérontologiques des Bois-Francs, région Mauricie-Bois-Francs
	Le recours à l'urgence : À compter de 1997-1998 la proportion de personnes du groupe expérimental qui retournent à l'urgence 10 jours après une première visite est moindre que celle du groupe témoin (16,3% contre 27,4%) de même qu'en 1998-1999 (9,3% contre 22,1%). Une diminution de la proportion de clients qui retournent à l'urgence à l'intérieur des dix jours suivant une première visite est notée dans le territoire expérimental. Le recours à l'hospitalisation : Aucune différence par année statistiquement significative n'est observée après l'implantation. Les ordonnances pharmaceutiques : Il n'y a pas eu de changement dans le taux d'ordonnances délivrées à la suite de l'implantation du projet. Recours aux médecins : Il y a eu des changements dans le recours aux services médicaux entre les deux territoires. En effet, l'évolution à la baisse des taux de visites médicales totales aurait été plus marquée dans le groupe témoin. Cette baisse ne semble pas s'être faite aux dépens de l'aide procurée par la personne soutien principale (en les surchargeant) puisque la proportion de personnes soutien procurant de l'aide pour les AVQ a diminué On observe une tendance à la baisse pour l'hébergement dans le territoire soumis à l'expérimentation, une modification significative du désir d'hébergement (moins de clients désirent être hébergés dans le territoire expérimental). Le risque d'hébergement serait plus élevé de 44% dans le groupe témoin. Les données révèlent une tendance qui semble s'accentuer avec le temps, laissant ainsi présager un effet positif du mécanisme de coordination sur l'hébergement. Le mécanisme de coordination a donc un effet positif et marqué sur le désir d'hébergement jusqu'à deux ans après son implantation. En bref, il n'y a pas de différence entre les deux territoires pour le recours à l'urgence, l'hospitalisation et l'utilisation de médicaments. Une tendance favorisant le groupe expérimental est observée cependant quant à une proportion plus faible de personnes qui reviennent à l'urgence en dedans de 10 jours après une première visite. Les intervenants-pivot ont développé de nombreux liens avec les autres professionnels intervenant auprès des personnes aînées. Le mécanisme de coordination mis en place les amène à être présents aux différentes réunions d'équipes multidisciplinaires tenues à l'UCDG, au CLSC, à l'URFI, aux services ambulatoires spécialisés, aux centres de jour. Cette collaboration qui s'est développée a favorisé le décloisonnement des services. Le fait d'établir des liens entre les établissements et les professionnels est un point fort du mécanisme, comme plusieurs chefs de services l'ont mentionné lors des entrevues. Quelques-uns parlent d'ailleurs de "franche collaboration" entre les établissements, mais également entre les professionnels en raison du décloisonnement des établissements. La mentalité "d'esprit de clocher" des établissements est moins présente chez les intervenants qui se sont davantage centrés sur les usagers. Pour les chefs de services et les intervenants-pivot, le mécanisme les a forcés à parler à leurs collègues des autres services et à établir des liens de collaboration. Les intervenants travaillent davantage en réseau de services, ce qui favorise l'interdisciplinarité qui était recherchée lors de la conception du mécanisme. Selon le coordonnateur clinique, les intervenants-pivot voient de plus en plus de gains dans cette nouvelle approche en réseau intégré de services. Ces derniers perçoivent bien leur rôle dans le continuum pour assurer le suivi auprès de la personne où qu'elle soit. Certains effets semblent se dégager assez clairement du mécanisme de coordination, notamment celui d'offrir une intervention plus rapide à la personne âgée et de permettre d'identifier les « vraies clientèles ». Le mécanisme permet également de développer des alternatives à l'hébergement. Le mécanisme de coordination des soins et des services n'a pas eu d'effet sur la survie des personnes exposées (p=0,37).

	Projet 6 **Mécanisme de coordination des services gérontologiques des Bois-Francs, région Mauricie-Bois-Francs**
	Lorsque le suivi sans détérioration est analysé en fonction du niveau d'autonomie, le mécanisme produit des effets positifs chez la clientèle en plus lourde perte d'autonomie à T1 et qui tendent à se maintenir à T2. Pour une perte d'autonomie légère, aucun effet se dégage à T1, T2 et T3. Par contre, pour une perte d'autonomie modérée à sévère, on observe qu'à T1, 49 % des personnes du groupe expérimental contre 31 % dans le groupe témoin n'ont pas eu de détérioration (p=0,002). Cet effet tend de plus à se maintenir à T2 où 36 % dans le groupe expérimental et 26 % dans le groupe témoin n'ont pas eu de détérioration mais l'effet ne persiste pas à T3. Une satisfaction plus élevée envers des services reçus a été observée dans le groupe expérimental à T1 en regard de la dimension continuité et de l'appréciation globale des services. À T2 et T3 cependant, il n'y avait plus de différence entre les groupes sauf pour la dimension adaptation qui favorisait le groupe témoin. Enfin, on constate une satisfaction plus élevée dans le groupe expérimental à T1 en regard de la dimension continuité et de l'appréciation globale des services.
6. POTENTIEL DE GÉNÉRALISATION	
6.1 Pérennité	Pour ce qui est des recommandations et des conséquences de l'expérimentation de la gestion intégrée des soins et des services sur les politiques, on peut dire que cette dernière est réalisable sans une budgétisation par un type de pré paiement, soit la capitation dans un contexte concurrentiel.
6.2 Conditions nécessaires	Il est primordial de faire un bon diagnostic organisationnel permettant d'identifier les forces et les lacunes des organisations et des modes de fonctionnement. Il faut se donner du temps pour discuter du modèle, en partager les forces, en défendre les intérêts. Il faut en quelque sorte passer par une phase obligatoire d'apprivoisement entre partenaires éventuellement impliqués dans un tel mécanisme. Ces deux niveaux doivent s'impliquer le plus possible dans l'adaptation continue du continuum de services. Afin de s'assurer de bien rejoindre la clientèle susceptible de bénéficier du mécanisme, les activités de dépistage en milieu hospitalier mériteraient d'être renforcées. Une réflexion devrait également être faite quant à la pertinence d'intégrer des activités de dépistage à l'ensemble de la population. Il est de toute première importance qu'une concertation harmonieuse puisse être à la base des décisions structurantes qui doivent être prises par les autorités nationales et régionales de manière à supporter un déploiement concerté et cohérent dans le domaine des outils informatiques à l'échelle provinciale. Des mesures favorisant l'harmonisation et le maintien de la qualité des évaluations globales faites par les intervenants-pivot mériteraient d'être consolidées. Le seul élément négatif est à l'effet que le " case load " des intervenants-pivot est relativement élevé et composé de clientèle lourde faisant en sorte que ces derniers ont moins de temps qu'ils ne le voudraient pour faire de l'intervention directe de nature psychosociale. Les représentantes du Centre d'action bénévole ne se sentent pas partie prenante au même titre que les établissements représentés. Elles souhaiteraient qu'il y ait plus de place pour discuter des problèmes rencontrés "sur le terrain", en invitant à l'occasion les intervenants-pivot pour leur en faire part. Il est essentiel de comprendre l'importance du temps dans le fait que ce mécanisme a été implanté avec succès et qu'il a donné des résultats que l'on peut qualifier de majeurs compte tenu de la nature de l'intervention.

	Projet 6 **Mécanisme de coordination des services gérontologiques des Bois-Francs, région Mauricie-Bois-Francs**
	L'efficacité accrue mesurée chez la clientèle en perte d'autonomie plus importante dans le mécanisme de coordination des Bois-Francs met en lumière l'importance de préserver un ciblage des clientèles les plus à risque et non de chercher à généraliser ce type d'approche à toutes les personnes âgées d'un territoire donné. Un tel modèle de coordination de services exige un éclatement des frontières entre les établissements. Cet éclatement est hautement favorisé par la mise en place d'un niveau stratégique de coordination composé des directeurs généraux des établissements publics et des leaders communautaires. Cette ouverture repose aussi sur une vision commune et partagée des objectifs clientèles poursuivis par la mise en place du modèle de coordination. L'arrimage avec le communautaire est reconnu essentiel, cependant leur participation doit être mieux supportée.
6.3 Avantages généralisation	Il est difficile de penser que le mécanisme de coordination développé dans les Bois-Francs soit généralisable, dans son ensemble et sans adaptation, à tous les milieux. Le propre de ce type de mécanisme est justement de tenir compte de l'environnement dans lequel il sera développé. Contrairement à d'autres expérimentations décrites dans la littérature recourant à des devis expérimentaux avec randomisation et se développant en marge des systèmes en place, souvent d'ailleurs avec des sources nouvelles de financement externes, le mécanisme de coordination a véritablement émergé du milieu, à même les ressources humaines, matérielles et financières existantes.

	Projet 7 **Développement et implantation d'un système de prix de revient des soins et services à domicile (dans le cadre du projet 6), région Mauricie-Bois-Francs**
1. CLIENTÈLE VISÉE	Personnes âgées en perte d'autonomie
2. BUDGET ALLOUÉ	200 673 $ Type de projet : évaluation économique
3. CONTEXTE D'ÉMERGENCE	
3.1 Pourquoi le changement	Projet d'évaluation d'impact économique associé au projet # 6 – Mécanisme de coordination des services géronto-gériatriques des Bois-Francs. L'exercice de déterminer un prix de revient pour les soins et services à domicile revêt toute sa pertinence. Des efforts supplémentaires doivent être déployés pour en arriver à doter les gestionnaires des CLSC d'une méthode fiable et valide pour déterminer le coût des interventions reliées au maintien à domicile des clientèles en perte d'autonomie.
3.2 Principales caractéristiques	Développer et implanter un système d'information permettant d'établir les coûts de soins et services à domicile pour les personnes âgées en perte d'autonomie, d'établir les coûts privés assumés par les aînés et leur famille, de comparer les coûts du réseau public SSS associés à un projet de gestion de cas dans le territoire Bois-Francs/zone témoin de Drummond, une évaluation des coûts, impacts économiques du modèle Bois-Francs – Services à domicile. Deux volets : 1) élaborer et implanter un programme pour mettre en œuvre et exploiter un système de coût par activité et par aîné selon l'approche de gestion par activité ; 2) procéder à une évaluation des coûts du continuum de services de MAD avec gestion de cas et PSI.
3.3 Objectifs de l'évaluation	Ce projet de développement et d'évaluation des coûts poursuivait les buts suivants : (1) établir les coûts de la distribution et de la coordination de soins et services à domicile pour une clientèle âgée en perte d'autonomie, (2) établir les coûts privés des aînés et de la famille durant la même période, et (3) comparer les coûts du réseau public de la santé et des services sociaux associés à un projet de gestion de cas dans le territoire des Bois-Francs à la zone témoin de Drummond. L'évaluation comporte deux volets : 1-élaborer et implanter un programme pour la mise en œuvre et l'exploitation d'un système de coût par activité et par personne aînée selon l'approche de gestion par activité ; 2-procéder à une évaluation des coûts du continuum de services à domicile avec gestion de cas et PSI.
4. PROCESSUS DE MISE EN ŒUVRE	
4.1 Modalités de mise en oeuvre	N/A
4.2 Enjeux ou défis posés par l'innovation	N/A
4.3 Conditions favorables ou facilitantes	N/A
4.4 Obstacles	Délais requis pour l'obtention des données des grandes banques de données administratives de type Med-Écho et RAMQ. Ces délais imposent une prolongation dans l'échéancier prévu. Coûts des soins à domicile (réseau naturel et réseau privé) : Les résultats quant à l'analyse économique pour les coûts des soins à

	Projet 7 **Développement et implantation d'un système de prix de revient des soins et services à domicile (dans le cadre du projet 6), région Mauricie-Bois-Francs**
	domicile reliés au réseau naturel et privé ne sont pas disponibles au moment de la production de ce rapport. Aucun système d'information ne permettait au moment de l'implantation du modèle dans les Bois-Francs d'identifier le prix de revient des services à domicile et ce manque d'information a été considéré comme une carence importante pour l'évaluation et un financement éclairé des services à domicile à travers tout le pays.
5. BILAN DE L'EXPÉRIMENTATION	
5.1 Résultats	La réalisation du projet a permis de développer un système d'information sur les coûts des services à domicile adapté aux organisations concernées et d'ajouter la mesure des effets économiques à celle des impacts cliniques et organisationnels du projet Bois-Francs. Coûts des soins et services assurés par les CLSC : La proportion des personnes recevant des services du programme de maintien à domicile est comparable dans les deux zones. Cette proportion est d'environ 70 %. Les coûts moyens totaux pour tous les programmes en excluant l'intervention psychosociale par personne par année, sont globalement comparables d'une année à l'autre pour les deux zones. Les coûts moyens et médians par intervention pour l'ensemble des programmes du CLSC : On note une variation très importante dans la zone expérimentale avec des moyennes qui varient de 66,00 $/intervention en 1997-1998 à 81,00 $ pour l'année 1998-1999. Il en est de même pour l'intervention psychosociale qui varie de 42,00 $ à 90,00 $. Les ressources des CLSC consacrées dans la zone témoin à des activités non cliniques, pourraient traduire une certaine non efficience des modes de concertation clinique, d'accueil et des déplacements. Coûts des services hospitaliers de courte durée : Aucune différence n'est observée dans l'évolution des deux courbes dans le temps (effet " groupe x temps " p=0,06) montrant que ces coûts sont à la baisse dans les deux zones. Coûts des services de longue durée (hébergement) : L'évolution des coûts reliés à l'hébergement montre une augmentation dans les deux territoires. Dans la zone expérimentale, le coût moyen passe de 1 883 $ à 6 049 $, tandis que dans la zone témoin il passe de 2 256 $ à 9 737 $. Cette augmentation correspond à celle de l'utilisation de l'hébergement et des soins de longue durée au sein des deux cohortes. Les analyses statistiques ne permettent pas de conclure à une signification statistique. Toutefois, cette tendance est cliniquement significative entre les deux groupes. Coûts des services gériatriques spécialisés (URFI, SAG, Centre de jour) : Aucune différence significative n'a été notée pour les services gériatriques spécialisés quant à l'évolution des coûts des services spécialisés tels que ceux reliés à l'URFI, au service ambulatoire de gériatrie et au centre de jour. Coûts des services médicaux : L'utilisation des services médicaux a été étudiée dans le volet sur l'efficacité des services. Il y a eu des changements dans le recours aux services médicaux entre les deux territoires. En effet, l'évolution à la baisse des taux de visites médicales totales aurait été plus marquée dans le groupe témoin et ce, particulièrement pour les visites des omnipraticiens. Il n'y a pas de différence entre les deux zones lorsque les coûts médicaux omnipraticiens et spécialistes sont considérés ensemble. Il est tout à fait normal qu'on retrouve des coûts plus élevés reliés aux actes médicaux prodigués par les médecins omnipraticiens. La présence, la participation, l'engagement et la continuité du suivi par les médecins de famille est une condition essentielle à la réussite des réseaux intégrés de services pour les clientèles fragiles et vulnérables, telles que celles qui ont été sélectionnées pour participer à cette étude. Le déplacement des coûts des médecins spécialistes vers les médecins omnipraticiens peut traduire une meilleure continuité et un meilleur suivi des clientèles vulnérables. Coûts des services pharmaceutiques et médicaments : Au plan des coûts, aucune différence au plan statistique n'est observée entre les deux courbes décrivant l'évolution des coûts (effet groupe x temps p=0,47) bien qu'un écart non significatif au plan statistique (p=0,27)

	Projet 7 **Développement et implantation d'un système de prix de revient des soins et services à domicile (dans le cadre du projet 6), région Mauricie-Bois-Francs**
	semble se créer en T3. Ensemble des coûts publics : La distribution des coûts publics globaux est comparable entre les deux territoires. Lorsque tous les coûts qui incluent l'hébergement, les services hospitaliers, les services du CLSC, les services de la RAMQ dont les médicaments et les services médicaux, les centres de jour, les URFI, les SAG sont comptabilisés ensemble pour ainsi constituer le coût public, on note aucune différence significative tant en 1997-1998 qu'en 1998-1999. De plus, la stratification en fonction de l'autonomie fonctionnelle ne met en évidence aucune différence entre les deux zones. Cependant, des différences spécifiques apparaissent notamment pour les coûts attribuables à l'intervention psychosociale qui est plus importante dans la zone expérimentale que dans la zone témoin. Il faut se rappeler que le projet de coordination de services reposait sur une présence et une disponibilité accrue des travailleurs sociaux pour la fonction coordination de services. En ce qui a trait aux soins de longue durée, l'augmentation est plus considérable dans la zone témoin.
6. POTENTIEL DE GÉNÉRALISATION	
6.1 Pérennité	N/A
6.2 Conditions nécessaires	Pour réduire l'utilisation des services hospitaliers de façon substantielle, il faudra associer une démarche additionnelle s'apparentant au " disease management " décrite dans la littérature et montrant des effets pour réduire les visites à l'urgence et les réhospitalisations. À cet effet, la zone des Bois-Francs est en train de développer des protocoles de soins et des guides de pratiques qui seront intégrés au dossier clinique informatisé.
6.3 Avantages généralisation	Le peu de différence au plan des coûts publics totaux signifie d'une part que le mécanisme de coordination mis en place dans la région des Bois-Francs n'a pas entraîné de coûts plus élevés pour la clientèle suivie au cours de la recherche. Ceci témoigne d'une excellente rentabilité du mécanisme de coordination des Bois-Francs. En effet, des effets tangibles ont été documentés sur la santé, sur la réduction du désir de l'hébergement, sur la tendance à la diminution de l'hébergement, de même que sur la réduction du fardeau des soignants. Tous ces effets ont été obtenus sans l'ajout de ressources financières significatif, mais par une utilisation plus efficiente des ressources disponibles dans un territoire donné et comparable à celle utilisée dans la zone témoin. Le fait de ne pas observer de baisse dans les coûts publics peut aussi être associée à la nature de l'intervention telle que mentionnée dans le volet portant sur l'efficacité.

	Projet 8 **L'exploitation de la méthodologie d'Autocontrôle pour une modification de pratique efficace appliquée à la rationalisation de l'utilisation des tests diagnostiques : évaluation d'une méthodologie déjà développée et exportation aux autres unités de soins à l'intérieur et à l'extérieur d'une institution, région de l'Estrie**
1. CLIENTÈLE VISÉE	Professionnels de la santé (médecins et infirmières) et administrateurs
2. BUDGET ALLOUÉ	132 500 $ Type de projet : intervention, évaluation (pilote) Note : Le projet d'Autocontrôle est financé en majeure partie par le programme HEALNet (Health Evidence and Application Linkage Network).
3. CONTEXTE D'ÉMERGENCE	
3.1 Pourquoi le changement	La tendance à demander un profil laboratoire demeure même si cette pratique n'est plus conseillée depuis les années 80. Les tests diagnostics (spécialités de laboratoire, radiologie et autres technologies d'imagerie, incluant la cardiologie) sont responsables de coûts importants de la santé ; pour le Québec, il en coûte 450 millions $ par an. Près de 20 à 30% des tests sont probablement sur-demandés. La littérature des dernières 30 années identifie les facteurs possibles d'une mauvaise utilisation des ressources par les cliniciens comme étant d'ordre éducationnel, organisationnel et individuel. La stratégie qui a le mieux réussi à ce jour est l'utilisation de la rétroaction sur la pratique actuelle enrichie d'une information pertinente.
3.2 Principales caractéristiques	La méthodologie Autocontrôle cherche à fournir aux décideurs toute l'information nécessaire à une formulation des décisions stratégiques visant une optimisation progressive de la qualité de la pratique d'une équipe de soins. Le premier objectif du projet est l'exportation de la méthodologie Autocontrôle, mise au point initialement dans une équipe de soins intensifs, vers d'autres équipes de soins et d'en évaluer par la suite la reproductibilité. Deux volets : 1) par le travail de groupe, aider les membres d'une unité de soins à identifier une problématique ayant des conséquences sur les coûts et aider à identifier des solutions possibles et 2) par le volet informatique, identifier, extraire et structurer l'information pertinente à la problématique identifiée. L'évaluation des évidences internes et externes par les équipes de professionnels devrait permettre l'établissement d'un consensus de changement de pratique. Il s'agit donc d'une stratégie d'intégration des lignes directrices dans la pratique qui diffère des méthodes actuelles misant seulement sur l'éducation. Le projet vise aussi à approfondir le mécanisme qui favorise l'acceptation des lignes directrices dans la pratique. Ceci implique : a) l'extraction et le regroupement d'information de la banque de données hospitalière relativement à l'utilisation des tests diagnostiques ; b) l'ajout d'informations supplémentaires pour enrichir la compréhension de l'information fournie ; c) une formation de l'équipe de chaque unité de soins sur la méthodologie d'Autocontrôle ; d) un programme d'évaluation.
3.3 Objectifs de l'évaluation	Le but de ce projet est d'évaluer l'efficacité de la méthodologie Autocontrôle comprenant une application dans le domaine des tests diagnostique dans différentes unités cliniques du CUSE, des transferts d'applications à des unités similaires.

	Projet 8 **L'exploitation de la méthodologie d'Autocontrôle pour une modification de pratique efficace appliquée à la rationalisation de l'utilisation des tests diagnostiques : évaluation d'une méthodologie déjà développée et exportation aux autres unités de soins à l'intérieur et à l'extérieur d'une institution, région de l'Estrie**
4. PROCESSUS DE MISE EN ŒUVRE	
4.1 Modalités de mise en oeuvre	La méthodologie a été validée une première fois sur le terrain par une unité de soins et est maintenant prête à être exportée à d'autres unités de soins au CUSE. C'est cette extension du projet Autocontrôle qui fait l'objet du présent projet FASS.
4.2 Enjeux ou défis posés par l'innovation	Dans l'application de la méthodologie Autocontrôle, les défis s'appliquent particulièrement au moment de la critique et du consensus, attirant l'attention sur l'emphase à mettre sur la communication intra et interprofessionnelle. Le processus Autocontrôle est utilisé dans des focus groupes et commence avec l'hypothèse que la discontinuité dans les communications représente un problème majeur pour la continuité des soins.
4.3 Conditions favorables ou facilitantes	Un personnel spécifiquement formé est essentiel pour supporter le changement dans la pratique.
4.4 Obstacles	Il existe une résistance tenace aux changements dans la pratique, même si globalement il existe un consentement général souvent appuyé par les praticiens plus expérimentés. Par exemple, des données empiriques démontrent cette résistance à l'intégration des données probantes concernant l'utilisation des marqueurs biochimiques du syndrome coronarien aigu (SCA). Ce phénomène se traduit par des variations interhospitalières dans l'utilisation de ces marqueurs par les médecins traitants. Ces variations peuvent s'expliquer, entre autres, par des délais dans l'introduction et l'application d'un protocole incluant la troponine, un nouveau test diagnostique reconnu comme étant plus performant que les tests déjà établis. Ces délais sont potentiellement dus à certains facteurs, notamment la qualité et la transférabilité des données probantes sur la performance de la troponine issues de la littérature scientifique, la réticence des médecins à l'adoption d'une nouvelle pratique et l'absence de ressources incluant un processus efficace de critique menant à la prise de décision (organisation).
5. BILAN DE L'EXPÉRIMENTATION	
5.1 Résultats	Les résultats démontrent la robustesse du modèle Autocontrôle et comment il peut produire le changement dans la pratique. Dans tous les cas, le rôle de la critique intra et interprofessionnelle et la complexité de l'interaction avec le milieu organisationnel jouent un rôle. Particulièrement dans le cas de l'unité de soins, il est démontré à quel point le changement dans la pratique est complexe et que la persévérance est justifiée car de petits changements peuvent amener de grandes récompenses. Dans la première étape de l'approche Autocontrôle, l'utilisation des tests de routine et en particulier celle des mesures de gaz artériels a été identifiée comme cible d'intervention en collaboration avec les membres du service. La prise de conscience suscitée par ce premier contact a fait apparaître que le personnel infirmier et les médecins soupçonnaient une sur-utilisation des gaz artériels, pouvant amener un inconfort et une anxiété inutiles pour le patient. Le changement de pratique institué pour ce seul test dans une seule unité de soins devrait permettre de réduire les dépenses directes imputées au budget de laboratoire de biochimie clinique d'environ 20%, sans l'ajout de structure administrative supplémentaire ni imposition de quotas ou de restriction de la pratique par l'administration. Même si l'économie semble minime, son effet multiplié peut être considérable. Le projet a fait d'importants progrès jusqu'à maintenant en réunissant des groupes représentatifs afin de discuter, dans un climat relativement apolitique, d'une approche de continuité et d'intégration des soins centrée sur le patient. Le modèle Autocontrôle décrit dans son ensemble comment l'information est recueillie et ensuite traitée par le système afin que des changements dans la pratique puissent se produire. Le noyau de l'information, de la critique, de la synthèse et de l'implantation est identifié comme étant le "moteur" de l'assurance de la qualité.

	Projet 8 **L'exploitation de la méthodologie d'Autocontrôle pour une modification de pratique efficace appliquée à la rationalisation de l'utilisation des tests diagnostiques : évaluation d'une méthodologie déjà développée et exportation aux autres unités de soins à l'intérieur et à l'extérieur d'une institution, région de l'Estrie**
6. POTENTIEL DE GÉNÉRALISATION	
6.1 Pérennité	Le modèle intégré sera utilisé comme guide dans la conception d'un système d'information régional. Des soins régionaux et intégrés constituent la plate-forme pour des projets futurs avec RELAIS et dans le contexte du programme d'Infostructure de Recherche Intégrée en Santé.
6.2 Conditions nécessaires	Les changements dans la pratique ne sont pas chose simple. L'expérience révèle que la méthodologie est saine et fonctionnelle. Cependant, ces changements ne surviennent pas sans ressources et sans persévérance, même dans les meilleures conditions. Il existe un besoin fondamental d'enseigner les principes du changement dans la pratique dès le début de la carrière professionnelle afin d'assurer une remise en question continuelle des pratiques complexes. Formation. Outils plus puissants de « data mining » nécessaires.
6.3 Avantages généralisation	Le modèle Autocontrôle révèle une méthodologie durable et transférable, non seulement pour guider les changements dans la pratique mais aussi pour fournir un aperçu de différents types de support informationnel qui sont nécessaires. Avec la méthodologie Autocontrôle, une équipe de soins peut se comparer à d'autres équipes grâce à des indices de performance et faire elle-même des stratégies d'amélioration de la pratique.

	Projet 9 **Impact d'un guichet unique en CLSC, utilisation des services, coûts et vécu des intervenants, région de Montréal-Centre**
1. CLIENTÈLE VISÉE	Personnes âgées en perte d'autonomie des territoires de 7 CLSC de Montréal-Centre
2. BUDGET ALLOUÉ	242 663 $ Type de projet : évaluation
3. CONTEXTE D'ÉMERGENCE	
3.1 Pourquoi le changement	Insuffisance, fragmentation et iniquité des ressources de maintien à domicile aux personnes âgées en perte d'autonomie d'un territoire à l'autre Projet né du Département de Services à domicile du CLSC René Cassin pour étudier les effets des transformations qui se sont produites suite à l'implantation du guichet unique dans les CLSC de Montréal. Ce projet vise à améliorer le soutien à domicile pour la clientèle ciblée par la gestion de cas, la coordination des services. Il vise aussi à rationaliser les dépenses publiques par la réduction du recours à l'hospitalisation ou à l'hébergement.
3.2 Principales caractéristiques	Mise en place de gestionnaires de cas (GC) dans 7 CLSC de Montréal. Modes de gestion différents d'un CLSC à l'autre. Étude sur les impacts des modes de fonctionnement choisis dans chaque CLSC sur les services, la pratique professionnelle et les intervenants. La *formule du guichet unique* voulait établir un seul point d'entrée dans le réseau de la santé et des services sociaux, public, communautaire ou privé, et accompagner par la gestion de cas la population âgée de 65 ans et plus en perte ou à risque de perte d'autonomie. Les objectifs étaient de maintenir cette population le plus longtemps possible dans la communauté, de lui assurer un continuum de services approprié à ses besoins, tout en améliorant les services de soutien à domicile pour cette clientèle et son entourage et d'éviter la duplication des services et de combler les écarts.
4. PROCESSUS DE MISE EN ŒUVRE	
4.1 Modalités	Les *gestionnaires de cas* : s'assurer de l'évaluation des besoins bio psychosociaux de la personne âgée, pour ensuite planifier, organiser et coordonner les services nécessaires avec cette dernière, son réseau de soutien et l'équipe multidisciplinaire. Il est aussi responsable du client et doit agir comme son représentant auprès des diverses ressources, et s'occuper du suivi et de la réévaluation de la situation. Pour les personnes sans services : les rappeler en moyenne 4 fois l'an pour garder le lien, s'assurer que tout va bien et essayer d'aplanir les difficultés éventuelles. Pour les personnes avec services : faire en sorte que les épisodes de services soient facilités, comme les épisodes de crise ou de besoins aigus. Mieux planifier le retour dans le milieu s'il est possible, éviter le retour s'il n'est pas recommandé selon les critères cliniques – un milieu trop désorganisé ou la personne se désorganise à chaque fois qu'elle se retrouve seule chez elle. Modes de fonctionnement différents d'un CLSC à l'autre, par exemple, dans 5 des CLSC, tous les professionnels peuvent jouer le rôle de GC, seulement les travailleuses sociales et infirmières dans les deux autres. Formation des GC et de l'ensemble du personnel impliqué.
4.2 Enjeux ou défis posés par l'innovation	Nouveau rôle de *gestionnaire de cas* s'ajoute à celui d'intervenant dans un contexte de surcharge.

	Projet 9 **Impact d'un guichet unique en CLSC, utilisation des services, coûts et vécu des intervenants, région de Montréal-Centre**
4.3 Conditions favorables ou facilitantes	L'accueil centralisé, la mise en place d'une équipe d'évaluation ou d'une modalité permettant l'évaluation rapide, l'adoption généralisée du formulaire standardisé de la Régie régionale permettant la référence inter-établissements ont contribué à accélérer le processus de réponse aux demandes d'aide à domicile en général, pour la clientèle du « guichet unique » en particulier. Le rôle de liaison de certains gestionnaires de cas, certains postes spécifiquement consacrés à des tâches reliées au guichet unique et une utilisation active d'une grille d'identification de la clientèle potentielle (la grille développée par le CLSC Notre Dame de Grâce). Création, avec de l'argent neuf, de postes dédiés à la GC (dans certains CLSC seulement ou le GU fonctionne mieux).
4.4 Obstacles	Absence de sensibilisation des organismes du réseau, particulièrement les hôpitaux, nuit à la collaboration au départ. Pas de liens égalitaires avec les intervenants des hôpitaux. Manque de communication du personnel des hôpitaux, leur méconnaissance du fonctionnement du GU et des services du CLSC, leur manque de consultation pour la planification des services au retour à domicile et vision différente de la faisabilité du retour à domicile. Manque d'intérêt des médecins vis-à-vis du GU, leur peu d'empressement à communiquer les informations et leur faible disponibilité. Pas de perception commune des besoins de la clientèle. Différence de compréhension de ce qu'est le GU. Les GC ne disposent pas d'une réelle autorité, la collaboration repose davantage sur la bonne volonté. Implantation entreprise avec encadrement flou. Formation peu éclairante, trop générale ; formateur mal préparé, sans réponse à certaines questions. Offerte exclusivement aux intervenants des CLSC. Manque de ressources rend difficile l'absorption du surplus de travail et contribue à générer un état de fatigue qui semble généralisé chez les intervenants : demande aux intervenants de jouer le rôle de GC en plus de leur tâche de clinicien. Environnement global : départ massif à la retraite d'intervenants expérimentés ; restrictions budgétaires ; virage ambulatoire ; changements successifs dans l'organisation du système ; pressions liées à l'augmentation de la demande pour soins à domicile. Abandon de l'analyse des coûts notamment à cause de l'impossibilité de calculer la proportion de temps des intervenants consacré au GU.
5. BILAN DE L'EXPÉRIMENTATION	
5.1 Résultats	Le GU est une source de surcroît de travail pour les praticiens, spécialement lorsqu'ils doivent assumer le double rôle de clinicien et de GC, ce qui implique plus de tâches, plus de clients, nouveaux mandats, nouvelles formalités, délais plus courts à respecter et qui laisse une impression d'essoufflement, de travail plus ou moins bâclé. Le nombre moyen de dossier par GC varie entre 42 et 74, soit un écart de 78%. Au total, 43% des GC obtiennent un indice élevé de détresse psychologique (instrument Santé Québec) ; dans un des CLSC, la proportion est de 92%. Un tel niveau semble s'expliquer par un style de gestion reposant sur une direction centralisée des décisions, autocratique. À l'inverse, un style de gestion novateur basé sur une approche de contingence fondée sur la gestion souple et misant sur le potentiel du personnel influence positivement le niveau de détresse et facilite la tâche des GC. Donc, plus le style de gestion est inspiré de l'approche de la contingence, plus le personnel est satisfait. C'est pourtant le style de gestion le moins présent.

	Projet 9 **Impact d'un guichet unique en CLSC, utilisation des services, coûts et vécu des intervenants, région de Montréal-Centre**
	En général, les GC sont peu satisfaits de leur nouveau rôle soit parce qu'ils sont davantage préoccupés par clinique, soit à cause du fardeau de tâche considéré comme trop lourd. Les GC intervenants sociaux utilisent une gamme plus étendue de services. Les infirmières ont tendance à référer leurs clients aux soins infirmiers, font plus de visites à domicile et moins d'intervention téléphonique. Ces résultats suggèrent que chaque profession met en pratique ses connaissances, ce qui pourrait constituer une sorte d'attitude de repli sur leur savoir-faire traditionnel. Les intervenantes sociales ont un score plus élevé de risque d'épuisement professionnel que les infirmières. La nécessité pour tous les professionnels de partager une zone de travail multidisciplinaire commune crée des tensions. Le GU n'a pas changé la fragmentation des services, mais il sert de filet de protection à la clientèle âgée. Améliorations significatives des relations avec les partenaires du réseau, même si des problèmes de communication persistent et que la fragmentation se maintient. Cela signifie qu'il y a toujours de multiples portes d'entrée pour les services et des tensions au moment de leur coordination. Coordination avec les hôpitaux est meilleure qu'au début, l'information circule davantage et des collaborations s'instaurent. La clientèle du GU est une grande consommatrice de services (95% au moins un service, 70% de 2 à 6 services). Les clients dont le réseau de soutien est disponible utilisent plus de services de santé, sociaux et communautaires, ce qui semble fonctionner avec ou sans GC. À l'inverse, ceux qui n'ont pas de réseau ou que celui-ci n'est pas disponible utilisent moins de services. Peut s'expliquer par le fait que la principale tâche des GC est de desservir la clientèle active et que la GC s'ajoute au fardeau.
6. POTENTIEL DE GÉNÉRALISATION	
6.1 Pérennité	Il y aura des séances de réappropriation des résultats dans chacun des CLSC. Là où il y a des problèmes de gestion, il sera possible d'en discuter et de voir en quoi ils se distinguent des autres. Une demande est créée à court terme, mais par effet préventif on évite une détérioration des interventions secondaires et tertiaires. Il devrait y avoir un impact à plus long terme sur le réseau dans son ensemble.
6.2 Conditions nécessaires	Établir des normes quant à la charge de cas des GC. Fournir un soutien continu jusqu'à ce que le modèle soit implanté, qu'il fonctionne et qu'il soit intégré. Bien préparer l'introduction du changement, consulter et faire participer les principaux acteurs touchés par le changement. Si on ne cible pas davantage la clientèle et qu'on utilise pas plus adéquatement les instruments, on ajoute au fardeau de tâche et on épuise davantage le personnel qui est plus insatisfait. Sensibiliser les partenaires du réseau. Les GC devront se concentrer sur les clientèles dépourvues de réseau pour éviter de passer à côté. Rien ne devrait être implanté mur à mur sans un pilote préalable (on va toujours trop vite). Une évaluation périodique et un ajustement en parcours sont nécessaires. Le risque d'une implantation mur à mur, c'est que si on ne cible pas suffisamment les énergies et qu'on

	Projet 9 **Impact d'un guichet unique en CLSC, utilisation des services, coûts et vécu des intervenants, région de Montréal-Centre**
	demande à tout le monde de faire un peu de tout, on risque de passer à côté des clientèles les plus vulnérables. L'évaluation ne fait pas la démonstration que l'un des modèles expérimentés est tout à fait au point. Peut-être y aurait-il lieu d'expérimenter d'autres modèles.
6.3 Avantages généralisation	Les résultats peuvent éclairer les décideurs sur les rôles et habiletés spécifiques à la fonction de GC qui sont différentes de celles de clinicien

	Projet 10 **Prestation de soins intégrés pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves et persistants dans leur milieu de vie, région de Montréal** **Seniors Discharged from Hospital Emergency Departments at risk of Adverse Outcomes : Screening and Intervention**
1. CLIENTÈLE VISÉE	Clientèle de l'Hôpital Douglas, soit des personnes de 18 à 60 ans atteintes de troubles sévères et persistants de santé mentale et sujettes à des réhospitalisations multiples. On estime que la moitié de cette clientèle abuse de l'alcool ou de drogues.
2. BUDGET ALLOUÉ	174 808 $ Type de projet : intervention, évaluation (pilote)
3. CONTEXTE D'ÉMERGENCE	
3.1 Pourquoi le changement	Dans le cadre de la réforme des services de santé mentale, la moitié des lits psychiatriques du Québec sont en train d'être fermés. Ces fermetures affectent les 1 à 3% de la population atteinte de troubles mentaux sévères et persistants. Ces personnes consomment jusqu'à 80% des jours d'hospitalisation psychiatrique. Ces fermetures doivent être accompagnées d'un développement de support communautaire. On s'est rendu compte, à divers endroits au cours des années 70, que plusieurs patients maintenus dans la communauté ne se présentaient pas à leurs rendez-vous, cessaient de prendre leurs médicaments, et se retrouvaient en état de crise à la salle d'urgence d'où ils étaient souvent hospitalisés ; et que pour aider ces patients à demeurer de façon plus stable dans la communauté, il fallait intervenir auprès d'eux de façon soutenue dans leur milieu de vie. C'est ainsi qu'ont été développés divers modèles de suivi dans la communauté, dont le plus influent est le suivi intensif en équipe dans la communauté (*Assertive Community Treatment).* Les résultats des recherches effectuées ailleurs indiquent déjà clairement que ce type de traitement intégré est plus efficace que les alternatives évaluées jusqu'à maintenant. Toutefois, il existe encore très peu d'endroits au Canada (et, à notre connaissance, aucun autre au Québec) où une équipe de suivi intensif a cherché à se doter d'une capacité à traiter de façon efficace les personnes à double diagnostic. Les personnes atteintes de troubles mentaux graves qui ont des problèmes de consommation d'alcool ou de drogues tendent à être plus réfractaires au traitement. Elles s'insèrent difficilement soit dans le réseau de traitement pour la maladie psychiatrique, soit dans le réseau de traitement pour alcoolisme/toxicomanie et se retrouvent prises entre deux chaises. Elles semblent souvent démotivées et difficiles à maintenir en traitement externe.
3.2 Principales caractéristiques	Les caractéristiques du modèle de suivi intensif dans la communauté ont été définies avec beaucoup de précision dans la documentation américaine, et plus récemment, dans des cadres de référence canadiens. En résumé, le modèle implique : (1) une approche très individualisée, avec définition d'un plan de traitement spécifique à chaque client ; (2) une équipe multidisciplinaire, comprenant un psychiatre, des infirmières, des agents de relations humaines, des psychologues, etc. ; (3) un travail en équipe, tous les intervenants étant impliqués dans l'intervention auprès de chaque client ; (4) une intervention dans le milieu de vie des clients, et non dans les bureaux des intervenants ; (5) un suivi intensif, avec services le soir et la fin de semaine et disponibilité 24/7. La principale composante innovante de ce projet consiste à développer la capacité d'une équipe de suivi intensif de type «ACT» (Assertive Community Treatment) au Québec et à donner un traitement intégré à une clientèle atteinte à la fois de troubles mentaux graves et persistants et de problèmes d'alcool ou de toxicomanie.
3.3 Objectifs de l'évaluation	L'évaluation des effets du programme de suivi intensif sur les clients, et particulièrement sur les clients à double problématique (maladie mentale et alcoolisme/toxicomanie). Dresser un bilan qualitatif de ces efforts d'implantation d'une capacité de traitement des clients à double problématique, afin d'en tirer des

	Projet 10 **Prestation de soins intégrés pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves et persistants dans leur milieu de vie, région de Montréal** **Seniors Discharged from Hospital Emergency Departments at risk of Adverse Outcomes : Screening and Intervention**
	leçons utiles à d'autres programmes de suivi intensif en équipe.
4. PROCESSUS DE MISE EN ŒUVRE	
4.1 Modalités de mise en oeuvre	Projet comporte deux éléments principaux : 1) formation accrue des intervenants dans le domaine des abus de substance et 2) activités d'évaluation (le programme produit-il les résultats escomptés et pour quel type de clients ?).
4.2 Enjeux ou défis posés par l'innovation	Aucune information spécifique à cette rubrique.
4.3 Conditions favorables ou facilitantes	Activités de formation auprès de l'équipe : une série de formations aux intervenants de l'équipe, couvrant entre autres les différentes substances et leurs effets, leurs interactions entre elles et avec les médicaments et les approches de traitement. Cela a donné aux intervenants des méthodes qu'ils ont pu immédiatement incorporer dans leurs interventions, les a sensibilisé aux effets de l'alcool et de différentes drogues, a présenté plusieurs notions-clef (comorbidité, buts d'abstinence versus réduction des méfaits, etc.) et leur a donné certains outils cliniques pour composer avec plus d'habileté et de confiance avec la clientèle à double problématique. Le petit nombre de personnes qui consommaient de l'alcool ou des drogues et qui ont accepté d'être interviewées, ajouté peut-être aux difficultés d'implantation que le projet a connues, n'ont pas permis de démontrer l'efficacité de l'intervention sur le plan de la consommation, ni sur celui des stades de traitement.
4.4 Obstacles	Plusieurs obstacles à l'implantation de nouvelles pratiques ont été rencontrés, le pire étant sans doute le roulement de personnel qu'impose le respect des conventions collectives. Seulement quelques individus de l'échantillon ont été identifiés comme étant consommateurs d'alcool ou de drogues. Ces résultats suggèrent une prévalence d'alcoolisme/toxicomanie dans l'échantillon plus faible que ce que l'on retrouve en général dans la documentation scientifique (i.e., 25 à 35 %). Il est possible que les intervenants, qui au départ étaient peu formés à la détection de ces troubles, aient sous-estimé la présence de consommation et ses effets négatifs. Le responsable de la formation a tenté d'instaurer une procédure de dépistage systématique de la consommation au moyen de tests d'urine auprès de la clientèle entière afin d'établir de façon plus rigoureuse le niveau de consommation d'alcool et de drogues de tous les patients. Plusieurs intervenants perçoivent la consommation d'alcool ou de drogues comme relativement peu dommageable pour la plupart des clients : leurs vies sont désorganisées de toute façon, la consommation apparaît comme un élément parmi plusieurs dans le tableau et non plus prioritaire. Le responsable de la formation n'a pas réussi, même en l'espace de presque deux ans, à suffisamment former les autres membres de l'équipe pour que le traitement devienne véritablement intégré. Manque de personnel adéquatement formé et de personnel capable d'offrir le genre de formation soutenue qui est requise. Un des deux groupes – en l'occurrence, le groupe francophone – n'a pas très bien fonctionné. Le manque d'assiduité et l'hétérogénéité ont empêché la constitution d'un groupe stable. Le fait que les groupes se soient rencontrés à l'hôpital, où plusieurs clients n'aimaient pas aller, n'a pas aidé.

	Projet 10 **Prestation de soins intégrés pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves et persistants dans leur milieu de vie, région de Montréal** **Seniors Discharged from Hospital Emergency Departments at risk of Adverse Outcomes : Screening and Intervention**
5. BILAN DE L'EXPÉRIMENTATION	
5.1 Résultats	Lors de leur première entrevue (41 sujets sur 71, soit 58 %) : on y mesure une prévalence de consommation d'alcool ou de drogues dans le dernier mois de 32 %, telle que rapportée par les clients eux-mêmes. Les évaluations des intervenants, sur les six derniers mois, donnent de plus haut pourcentages : 34 % qui consommaient de l'alcool, et 20 % des drogues. Toutefois, les intervenants jugeaient que seulement 10 % des clients consommaient de l'alcool d'une façon abusive, et 10 % des drogues. Les activités de l'équipe PACT durant la période mai 1999 à février 2001 reflètent la compilation d'environ 14 000 feuilles-contact complétées par les intervenants durant cette période. On y voit que : (1) la très grande majorité des contacts ont lieu avec le client, à son domicile ; (2) la livraison et surveillance de la prise des médicaments, et autres activités reliées aux médicaments, constituent, avec la discussion, les activités dominantes de l'équipe ; (3) les médicaments constituent de loin le sujet de contact le plus souvent coché. Ce profil correspond à ce qui était attendu d'une équipe de suivi intensif. Ces observations suggèrent que le projet a été, dans l'ensemble, associé à une plus grande attention à la problématique alcool/drogues – et donc à un meilleur accès aux services de traitement pour cette problématique. Évaluation économique : a) Perspective de l'hôpital La réduction des jours d'hospitalisation est l'effet le plus régulièrement observé des programmes de suivi intensif en équipe de type ACT. Les données sur les jours d'hospitalisation de tous les patients de l'étude, montrent que le programme de l'Hôpital Douglas n'a pas fait exception à la règle. Les données portant sur l'évolution dans le nombre de visites à l'urgence montrent une nette tendance à la diminution à la suite de l'admission au programme. Concernant la répartition des nuits passées dans différents types d'hébergement, avant et après l'admission au programme PACT, on note principalement une forte diminution, accompagnée d'une augmentation dans la proportion de nuits passées en appartement autonome. Par ailleurs, la proportion des nuits passées en logement subventionné et en chambre supervisée tend à augmenter. Les effets économiques les plus importants sont la réduction dans les jours d'hospitalisation et le coût de l'équipe ACT. Dans l'ensemble, il est possible de conclure que le programme a permis à l'hôpital de réaliser une économie importante – environ 200 000 $ par année pour une équipe qui dessert 60 clients. En d'autres mots, l'équipe permet de desservir plus de patients avec la même quantité de ressources. En ce sens aussi, indirect mais important, le programme de suivi intensif augmente l'accessibilité aux services. Évaluation économique : b) Perspective du réseau Les données apparaissant plutôt ambiguës. Il semble plus prudent de n'attribuer aucun effet sur les coûts des services médicaux au programme PACT. À propos de l'évolution du coût par mois en produits pharmaceutiques facturés à la RAMQ, on voit une augmentation dramatique dans le coût des médicaments suite à l'admission au programme. Deux explications principales à cette augmentation : 1) la diminution dans la proportion du temps en hôpital signifie un plus grand nombre de jours pendant lesquels les médicaments consommés sont achetés en

	pharmacie communautaire et donc facturés à la RAMQ. Cette explication ne suffit pas cependant : le nombre de jours passés en dehors de l'hôpital augmente en moyenne d'environ 30%, tandis que le coût moyen augmente de plus de 400%. 2) l'explication la plus importante est probablement que l'équipe s'assure que les clients prennent leurs médicaments. Les résultats suggèrent que le programme PACT permet une économie importante au réseau de la santé et des services sociaux de l'ordre de 4 400$ par patient par année, ou 270 000$ pour une équipe desservant 61 clients. En ce qui concerne l'alcool ou les drogues, que ce soit à cause du nombre relativement petit de personnes concernées ayant accepté de participer à l'étude, de la durée de suivi limitée, du manque de sensibilité et de précision des mesures, ou d'un manque d'efficacité du traitement implanté, aucun effet n'a été détecté sur la consommation ni sur l'engagement des clients à prendre le contrôle de leur consommation.
6. POTENTIEL DE GÉNÉRALISATION	
6.1 Pérennité	L'étude confirme la rentabilité très élevée d'une équipe de suivi intensif, les clients admis au programme ayant un grand nombre de jours d'hospitalisations avant leur admission.
6.2 Conditions nécessaires	Il n'existe pas encore d'équipes de suivi intensif, et encore moins d'équipes qui se sont données pour mandat d'intervenir au niveau des deux problématiques de façon intégrée. Il faudrait que les ministères de la santé provinciaux et les régies régionales qui ne l'ont pas encore fait mettent en place des mécanismes incitatifs ou autres pour pousser le développement de telles équipes. On manque de personnel adéquatement formé ; on manque même de personnel capable d'offrir le genre de formation soutenue qui est requise. Ce problème se pose de façon particulièrement aiguë au Québec, où beaucoup d'intervenants ne maîtrisent pas assez l'anglais pour pouvoir aller en stage ou recevoir une formation aux États-Unis, là où l'expertise dans ce domaine est la plus développée. Il y aurait lieu ici pour les gouvernements provinciaux d'accorder des fonds pour la formation. Il serait utile de s'appuyer sur l'expertise d'états pionniers tels que le New-Hampshire pour développer des stratégies et programmes de formation. Au New-Hampshire, on a réussi à former en l'espace de quelques mois une main-d'œuvre relativement qualifiée en : (1) calculant le nombre d'intervenants requis ; (2) identifiant des intervenants intéressés et susceptibles de bénéficier d'une formation en traitement intégré ; (3) rassemblant ces intervenants pour leur donner une formation intensive ; et (4) consolidant cette formation au moyen de formations continues d'un jour à un endroit central, pour discuter avec des experts de cas cliniques et acquérir de nouvelles informations. Toute équipe de suivi intensif devrait chercher à engager au moins un, et préférablement deux, intervenants qui ont une double formation et expérience en intervention auprès des personnes atteintes de troubles mentaux graves et des personnes alcooliques/toxicomanes. L'administration de l'établissement doit aussi donner à l'équipe un mandat clair de réduire la prévalence de consommation d'alcool et de drogues chez la clientèle. Ceci implique, à court terme tout au moins, des coûts supplémentaires : (1) le salaire de l'intervenant en alcoolisme/toxicomanie est normalement plus élevé que celui d'un agent de relations humaines, (2) on doit permettre des hospitalisations pour désintoxication ; (3) il faut également prévoir au budget des tests d'urine (qui peuvent facilement s'élever à quelques milliers de dollars par année pour une équipe). Le contrôle de la consommation chez cette population est un travail de longue haleine. C'est sur une période d'années et non de mois que l'on doit s'attendre à voir des effets de l'intervention sur la consommation – particulièrement chez une nouvelle équipe qui n'a pas encore maîtrisé le traitement intégré.

	Projet 10 **Prestation de soins intégrés pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves et persistants dans leur milieu de vie, région de Montréal** **Seniors Discharged from Hospital Emergency Departments at risk of Adverse Outcomes : Screening and Intervention**
6.3 Avantages généralisation	Sur le plan des effets, l'étude confirme l'efficacité d'une équipe de suivi intensif calquée sur le modèle américain ACT sur plusieurs dimensions (qualité de vie, satisfaction par rapport aux services, fonctionnement des clients tel que perçu par les intervenants). On sait que la clientèle qui consomme coûte plus cher, et que l'intervention intégrée permet, sur une période d'années, à une proportion importante de clients de devenir abstinents ou presque. Il semble raisonnable de croire qu'on observe alors une diminution de leurs coûts en services, quoique nous ne connaissions pas d'étude qui ait directement évalué cette hypothèse. En outre, ce type de traitement intégré coûte moins cher que les traitements qui exigent un séjour prolongé en milieu institutionnel et permet de réaliser des économies en s'y substituant.

	Projet 11 **Dépistage et intervention auprès des personnes âgées obtenant leur congé du service des urgences d'un hôpital et risquant de subir des conséquences indésirables, région de Montréal** **Seniors discharged from hospital emergency departments at risk of adverse outcomes : screening and intervention**
1. CLIENTÈLE VISÉE	Personnes de 65 ans et plus qui reçoivent leur congé de la salle d'urgence de quatre hôpitaux montréalais impliqués.
2. BUDGET ALLOUÉ	301 942$ Type de projet : intervention, évaluation (pilote) Note : L'instrument de dépistage utilisé dans le cadre de ce projet, l'ISAR, a été conçu lors d'une étape préalable au présent projet à l'aide de fonds provenant du MSSS.
3. CONTEXTE D'ÉMERGENCE	
3.1 Pourquoi le changement	Dans le cadre de la réforme, la Régie régionale a implanté un programme de guichet unique dans lequel les services à domicile et à long terme sont coordonnés par le CLSC local. Le département d'urgence (DU) des hôpitaux est un endroit où peuvent être identifiés les patients qui peuvent bénéficier du guichet unique. Cependant, aucune méthode systématique d'identification de ces patients n'est disponible dans les DU et plusieurs patients à risque ne sont pas identifiés. Seulement 5% des patients sont vus par un membre de l'équipe gériatrique et 10% sont référés au CLSC, ce qui peut mener à une mauvaise utilisation des services hospitaliers et du DU.
3.2 Principales caractéristiques	Le programme est inspiré de modèles canadiens et autres modèles conçus pour les départements d'urgence, incluant une réponse rapide et une infirmière coordonnatrice des soins gériatriques. Quatre hôpitaux montréalais participent au projet : St-Mary's, Maisonneuve-Rosemont, Royal Victoria et Pavillon Notre-Dame (deux francophones et deux anglophones). Afin de démontrer l'efficacité de l'intervention proposée, la qualité des services doit être assurée. L'infirmière clinicienne sera chargée de s'assurer que les services proposés seront de fait offerts aux personnes référées (follow-up). Préalablement, il faudra vérifier la disponibilité des ressources dans les CLSC touchés. Au moment de présenter le projet, deux CLSC avaient été approchés. Dans le cas où un patient habiterait sur le territoire d'un CLSC qui ne dispose pas des ressources nécessaires, le patient sera exclu du projet.
3.3 Objectifs de l'évaluation	L'objectif principal de l'évaluation vise à mesurer les processus et les effets de l'intervention de l'infirmière coordonnatrice pour les patients de plus de 65 ans qui reçoivent leur congé du département d'urgence et qui sont à risque de subir des conséquences indésirables pour leur santé. Un autre objectif vise à obtenir de l'information supplémentaire concernant la validité de l'ISAR en tant qu'outil de dépistage. Les objectifs spécifiques de l'évaluation de processus visent à : 1) décrire l'implantation de l'intervention (identification de problèmes et besoins particuliers des patients, types de références et recommandations) ; 2) décrire les effets de l'intervention sur les soins (durée du séjour à l'urgence, admission à l'hôpital, références au CLSC, services gériatriques externes, médecins de cabinet et autres services communautaires et 3) décrire les effets sur l'accès aux services et sur le retour à l'urgence dans les 30 jours qui suivent le congé. Les objectifs spécifiques de l'évaluation des effets visent à mesurer : 1) la santé des patients 4 mois après la visite à l'urgence (symptômes de dépression, autonomie fonctionnelle, qualité de vie) ; 2) la santé physique et mentale des aidants ; 3) la satisfaction des patients et 4) les coûts efficacité de l'intervention.

	Projet 11 **Dépistage et intervention auprès des personnes âgées obtenant leur congé du service des urgences d'un hôpital et risquant de subir des conséquences indésirables, région de Montréal** **Seniors discharged from hospital emergency departments at risk of adverse outcomes : screening and intervention**
4. PROCESSUS DE MISE EN ŒUVRE	
4.1 Modalités de mise en oeuvre	Le projet consiste à mettre sur pied un programme de dépistage coordonné par une infirmière clinicienne expérimentée avec les personnes âgées et possédant idéalement une maîtrise. Cette infirmière procède à une brève évaluation (une trentaine de minutes) des patients à hauts risques à l'aide de l'ISAR pour les orienter de façon optimale vers les services appropriés, en incluant le guichet unique, les soins primaires et les services gériatriques.
4.2 Enjeux ou défis posés par l'innovation	Aucune information à ce sujet
4.3 Conditions favorables ou facilitantes	Aucune information à ce sujet
4.4 Obstacles	**Recruitment of ISAR positive subjects** : For several reasons, we were able to recruit only 388 patients, even after prolonging the recruitment period. (The planned sample size was 600) Reasons for lower than expected recruitment include: 1) Lower numbers of patients visiting the EDs than expected. The recruitment period (fall-winter 1998-99) included times of severe overcrowding of Montreal hospital EDs and subsequent closings of EDs on certain days, or obstruction of patient flow leading to smaller numbers of patients who were ready for discharge. 2) A lower percentage of patients were ISAR positive than expected. In our previous study, 46% of patients discharged from the ED were ISAR positive; in this study, only 20% of patients screened were ISAR positive. **Delay in receipt of MedEcho data** : Our revised time frame called for receipt of MedEcho data from the MSSS by the end of December, 2000, the date we were given by MSSS staff. Unfortunately, this date was revised several times by MSSS and the data were not received until March 14, 2001. As a result, it was not possible to complete all the planned analyses using this database. Failure to deliver intervention to all members of intervention group : There were problems in fully implementing the intervention as planned. First, it was not possible to deliver the intervention to 17.4% of patients in the intervention group, for various reasons including hospital admission, lack of availability of the intervention nurse when the patients was ready to be discharged, patient refusal, and other reasons. Contamination of control group : It was not possible to blind ED staff as to who received the intervention, although no routine or special efforts were made to inform them. The effect of this contamination may have been to reduce the apparent effectiveness of the intervention. Lack of randomization of individuals We did not randomize individuals but days. However, this quasi-randomization was the most feasible method and resulted in two study groups that were quite similar at baseline Identification of primary physician from administrative database : Because we were not provided with physician identifiers in the RAMQ database, we were not able to determine whether patients contacted their primary physician. Instead, we used an algorithm based on speciality of physician. This may have introduced some misclassification. Statistical power : With the reduced sample size of 178 subjects in the intervention group and 210 subjects in the usual care group the minimum statistically detectable difference between rates in the two groups (80% power; two-sided type I error = 5%) varies from 10% to 15%. While this sample size was sufficient to detect a significantly lower functional decline in the intervention group, it may not have been sufficient to detect smaller, but clinically meaningful, differences in other outcomes, for example, visiting the primary physician following the index date.

	Projet 11 **Dépistage et intervention auprès des personnes âgées obtenant leur congé du service des urgences d'un hôpital et risquant de subir des conséquences indésirables, région de Montréal** **Seniors discharged from hospital emergency departments at risk of adverse outcomes : screening and intervention**
5. BILAN DE L'EXPÉRIMENTATION	
5.1 Résultats	In 91 patients (61.9%), there was no follow-up by the intervention nurses after the date of the initial assessment. Follow-up among 56 patients mainly comprised telephone calls to the patient, the community health centre, and/or the primary physician; 34 patients had follow-up for up to one week after the initial assessment; and 22 patients had longer follow-up, ranging up to 2 months. Referrals for home care or to the primary physician were noted significantly more frequently among intervention vs control group patients. No differences by study group were found for outpatient clinic or other referrals. Process of care after ED visit : 1) Primary physician : More intervention than control group patients (27.5% vs 18.6%, p=0.0575) reported that they contacted their primary physician as a result of advice at the ED visit. 2) Local community health center (CLSC) : The self-reported contact rate with the CLSC following referral was similar in the two groups: 9.3% of intervention and 11.2% of controls (p=0.571). 3) Return to the ED : A higher proportion of intervention than control group patients returned to the ED during the month after the index visit, although they returned slightly later than controls. The intervention significantly reduced the rate of functional decline during the 4 months after the ED visit, from 30.9% to 21.1%. We hypothesize that this beneficial outcome occurred as a result of 3 improvements in the care of patients: 1) systematic detection in the ED of problems that may lead to functional decline, and systematic transfer of this information to the primary physician, which led to a more appropriate or focussed approach; 2) more rapid contact with the primary physician, especially among patients with an ongoing relationship with this physician; and 3) earlier provision of CLSC services, particularly among patients not previously known to the CLSC. The changes in depressive symptoms at four months relative to baseline indicated somewhat greater improvement in the intervention vs the control group, but this was not statistically significant. There was also no significant effect of the intervention on change in patient's health-related quality of life at four months relative to baseline. Caregiver health outcomes (4 months): There was no significant intervention effect on change in caregiver physical or mental health or quality of life scores from baseline to 4 months for these outcomes In general, costs in each category and overall were similar in the intervention and control groups. Intervention group patients had higher mean costs in the following cost categories: intervention nurse, ED visits (hospital component), prescription drugs, and patient and caregiver out-of pocket costs. In comparison to usual care, the intervention appears to have improved communication between the hospital ED and the primary physician. Self-reported contacts with the primary physician in the intervention group were more often related to the ED referral than those in the control group. In comparison to usual care, the intervention appears to have increased access to CLSC-provided home care services during the month after the ED visit. Among both prior CLSC users and non-users, intervention group patients were more likely than controls to receive services in the home. Among patients not previously known to the CLSC, intervention group patients tended to receive these services more quickly. Despite the beneficial effects, the intervention failed to reduce the rate of return visits to the ED. In the first month after the index ED visit, there was actually an increase in the rate of return to the ED in intervention group patients. We also failed to find evidence of an intervention effect on the family caregiver's health status. The lack of such an effect in our study may

	be due to the modest intervention effect on the patient's functional status, or a lack of sensitivity of our caregiver instruments, or selection bias. There was also no apparent effect of the intervention on patient or caregiver satisfaction with care during the month after the ED visit. Although patients and caregivers in the intervention group had consistently slightly higher 1-month satisfaction scores than those in the control group, none of these differences were statistically significant.
6. POTENTIEL DE GÉNÉRALISATION	
6.1 Pérennité	The results of this project suggest that this brief, 2-stage ED intervention for seniors improved the continuity of care between the hospital and community and significantly reduced the rate of functional decline 4 months after the ED visit, without any concomitant increase in length of stay in the ED or in societal costs over the 4-month period following the ED visit.
6.2 Conditions nécessaires	Interventions should focus on those at increased risk. The ISAR screening tool is a feasible and efficient means of identifying high risk patients. The screening component of the intervention, using the ISAR screen, appears to have identified patients with clinically significant problems. Key information from the ED must be rapidly transferred to partners in the community The approach used in this project is feasible and effective. Efforts to improve communication and coordination between the ED, the primary physician, and home care services through systematic application of simple screening tools and various liaison-type interventions, not limited to traditional approaches (telephone, fax, mail) but considering internet and other computer technologies. Rapid response is needed from community partners, especially the primary physician and CLSC services. Access to CLSC services should be improved so that needed services can be provided more quickly, and on nights and weekends. More appropriate settings should be developed for the care of high-risk patients, which may either prevent inappropriate ED visits or allow for rapid transfer of care (e.g., special and/or assessment clinics).
6.3 Avantages généralisation	The standardized nursing assessment allowed us to identify numerous unresolved problems (an average of 2 per patient), many of which may have otherwise remained unrecognized. This project has demonstrated the critical role played by liaison staff in ensuring the continuity of care between hospital-based and community-based services. It has also demonstrated that the efficiency of delivery of these liaison services can be improved. Currently, in most EDs that have such liaison staff (usually nurses or social workers), referrals to these staff are made on an *ad hoc* basis and are highly dependent on volume. A systematic approach, using tools for the identification of high risk patients and the rapid assessment of those at high risk, has the potential to assuring the quality and consistency of liaison interventions even in the face of rising patient volumes. The approach tested in this study can help improve the process of care in ED for those discharged to the community. By providing key information on the risk of functional decline to partners in the community, the rate of further functional decline can be significantly reduced. Screening patients aged 65 and over in the ED with the ISAR tool is a feasible and efficient way to identify those at increased risk of adverse health outcomes (functional decline, death, need for long-term care) and increased rates of use of hospital services (ED and inpatient). The intervention did not increase overall societal costs, considering public and private costs incurred either at or during the 4 months after, the ED visit. Thus, as regards cost-effectiveness, the intervention is preferred because beneficial outcomes were observed (a reduced rate of functional decline) and overall societal costs were no higher than if usual care only were given.

	Projet 12 **Vers un continuum de soins et de services à l'intention des usagers adultes en phase terminale (Soins palliatifs), région de Montréal**
1. CLIENTÈLE VISÉE	Personnes atteintes d'une maladie incurable en phase terminale habitant sur les territoires de cinq CLSC.
2. BUDGET ALLOUÉ	3 404 918 $, dont 791 791 $ réservés pour l'évaluation Type de projet : intervention, évaluation (pilote)
3. CONTEXTE D'ÉMERGENCE	
3.1 Pourquoi le changement	L'accessibilité à des soins et des services palliatifs est un enjeu de taille au Québec. Selon le Rapport sur l'*État de situation des soins palliatifs au Québec* (mars 2000), seulement 5 à 10 % des personnes en phase terminale reçoivent des soins et des services palliatifs dans cette province. Il semble par ailleurs que ces services soient presque exclusivement prodigués à des personnes atteintes de cancer. Il existe donc au Québec un important déséquilibre entre un besoin en forte croissance et une accessibilité aux services en soins palliatifs somme toute restreinte. C'est à ce problème que le projet pilote s'est attardé. Le projet pilote vise l'implantation et l'évaluation d'un nouveau modèle d'organisation des services afin d'offrir aux usagers adultes en phase terminale et à leur famille les meilleurs soins et services possibles pour soulager leur souffrance et accroître leur bien-être. Il vise à mettre sur pied une gamme complète de services palliatifs à domicile et un hôpital de jour.
3.2 Principales caractéristiques	Le terme « soins palliatifs » désigne à la fois une philosophie de soins et des interventions dont le but est d'améliorer la qualité de vie des personnes atteintes d'une maladie incurable en phase terminale. Ils sont en fait un ensemble d'interventions holistiques prodiguées pour répondre aux besoins physiques, psychologiques, sociaux et spirituels des personnes tout en respectant leurs valeurs personnelles, culturelles et religieuses. Cinq CLSC offrent, par le biais de leurs services de maintien à domicile, des soins palliatifs aux résidants de leur territoire en lien avec le Centre universitaire de santé McGill à l'intérieur duquel se retrouvent un service de consultation-liaison multidisciplinaire en soins palliatifs et deux Unités de soins palliatifs. Offre d'une gamme de services additionnels, plusieurs étant disponibles 24 heures par jour, 7 jours par semaine comprenant : des services de gardes infirmières, médicales et pharmaceutiques, l'intensification de l'aide et des soins à domicile adaptée aux besoins particuliers de chaque patient/famille, une ligne téléphonique dédiée qui permet un accès direct aux intervenants le jour et à la garde infirmière la nuit, un accès à un soutien psychologique et social par une psychologue et des travailleurs sociaux (pendant les heures d'ouverture) et à un suivi de deuil pour les familles en service individuel ou en groupe. En cours de projet, un programme de soutien aux aidants (répit / gardiennage) a été développé. Dès l'inscription du patient, l'aidant principal pouvait obtenir 3,5 heures de services par semaine. Ensuite, après évaluation, il pouvait obtenir jusqu'à 15 heures, voire plus dans certains cas.
4. PROCESSUS DE MISE EN ŒUVRE	
4.1 Modalités de mise en oeuvre	L'implantation et le fonctionnement ont été assurés par un coordonnateur de projet. L'implantation du projet s'est effectuée par le biais de trois comités principaux : un comité de suivi de l'implantation, un comité de suivi clinique et un comité de suivi de la formation et du perfectionnement.

	Projet 12 **Vers un continuum de soins et de services à l'intention des usagers adultes en phase terminale (Soins palliatifs), région de Montréal**
4.2 Enjeux ou défis posés par l'innovation	Le défi des soins palliatifs aujourd'hui consiste à trouver et à mettre en œuvre les moyens de rejoindre une proportion beaucoup plus grande de la population en phase pré-terminale et terminale. Les besoins de formation sont très importants et d'autant plus difficiles à répondre que les apprentissages à faire sont peu techniques : apprendre à entrer en relation avec des mourants ne s'apprend pas en 48 heures, et les problèmes éthiques ne se maîtrisent pas en trois leçons. Le CH doit trouver les moyens pour que le personnel hospitalier travaillant hors de l'unité des soins palliatifs ou qu'une partie du personnel hospitalier ait suffisamment de connaissances en soins palliatifs pour pouvoir identifier les personnes qui requièrent de soins palliatifs, être en mesure de poser les bonnes questions aux bonnes personnes, donner les soins s'il y a lieu ou référer à la personne appropriée, etc.
4.3 Conditions favorables ou facilitantes	Aucune information à ce sujet.
4.4 Obstacles	Le délai pour l'annonce du projet et un délai de 8 mois pour la signature de l'entente avec le Fonds d'adaptation des services de santé a retardé le début des travaux et a, par conséquent, reporté sa mise en œuvre et son évaluation. Le projet a été mis en branle avec un peu plus de la moitié des sommes initialement demandées, soit trois millions et quart plutôt que six millions, ce qui a amené à inscrire au projet pilote, non plus les patients ayant un pronostic de six mois de vie, mais plutôt ceux ayant trois mois de vie et moins. Étant donnée la courte période de mise en œuvre, des ajustements qui ont eu lieu et de l'insuffisance des données quantitatives, il n'est pas possible de porter un jugement définitif sur l'efficacité réelle de ce projet pilote. Recrutement et rétention du personnel infirmier difficiles. Problèmes d'organisation du travail : recours trop fréquents aux agences par les CLSC pour le surplus de travail durant le jour ainsi que pour le travail de soir, de nuit et de fin de semaine. Problèmes de communication entre les intervenants et entre les établissements en l'absence des technologies d'information. La culture des services palliatifs est très différente de celle des services curatifs. Les normes de performance entre le curatif et le palliatif seront donc très différentes et vont même souvent dans des sens complètement opposés, quoique dans certains cas elles soient complémentaires. Les soins palliatifs requièrent de mettre l'accent sur la relation qui prend du temps. Du côté des soins curatifs, la pression est plutôt axée vers un maximum d'efficience, du nombre de visites par jour et par intervenant, etc. Malgré la bonne volonté des partenaires, la notion de médecin traitant reste floue. Il y a parfois plusieurs médecins traitants en même temps. De plus, personne n'a le rôle de coordonner les interventions médicales des généralistes et/ou des spécialistes, ce qui représente une barrière importante dans l'établissement d'un continuum. La mission des soins palliatifs n'est pas encore bien définie et cette ambiguïté va poser des difficultés bien concrètes aux acteurs du projet.

	Projet 12 **Vers un continuum de soins et de services à l'intention des usagers adultes en phase terminale (Soins palliatifs), région de Montréal**
5. BILAN DE L'EXPÉRIMENTATION	
5.1 Résultats	520 personnes au total ont été inscrites au projet pilote durant la période s'écoulant du 19 octobre 1998 au 15 novembre 2000. Le taux de pénétration du projet pour les malades atteints de cancer est excellent. De 25 % au début du projet, il a grimpé à environ 30 % en 1999, et l'on prévoyait qu'il atteindrait 35 % en mars 2001. Du côté des maladies autres que le cancer, le taux de pénétration est plus faible (11%). Toutefois, même sur ce plan, il s'agit d'un progrès significatif. En ce qui concerne les décès à domicile, on a réussi à ce que plus de 50% des clients du projet décèdent chez eux, ce qui est beaucoup plus élevé qu'ailleurs au Québec. La durée de séjour dans le projet s'est révélée être beaucoup plus courte que ce qui avait été prévu initialement : 55 jours en moyenne et la moitié seulement des patients ont une durée de séjour qui excède un mois. Beaucoup de patients sont orientés vers les services palliatifs à la dernière minute : 22 % des personnes décèdent dans les 7 jours suivant leur admission au projet : beaucoup de malades sont référés aux CLSC très tard par les hôpitaux. La faible durée de séjour a un impact important sur la qualité de l'intervention. En particulier, les interventions de nature psychosociale sont rendues beaucoup moins efficaces par le fait que le malade et ses proches sont rencontrés pour la première fois dans les derniers jours de la maladie. Comme certains médecins traitants connaissent peu les soins palliatifs, on constate qu'il y a un degré important d'arbitraire qui détermine l'accès a ces soins. Le projet a eu un impact beaucoup plus important que prévu auprès des gens seuls : environ le tiers de la clientèle n'avait pas de proches pour les aider et le tiers des personnes seules sont décédées à domicile, ce qui est beaucoup plus élevé que ce à quoi on s'attendait. La prise en charge des clients dirigés aux CLSC est rapide (on est passé de 72 h à 24 h). Réadmission de la personne malade au centre hospitalier : deux patients sur trois ont dû passer par l'urgence, malgré les mécanismes prévus. Un cloisonnement important a été levé : celui de l'absence de l'implication de ressources psychosociales et d'ergothérapie dans l'évaluation initiale. La ligne téléphonique dédiée est de plus en plus connue de la clientèle. Aujourd'hui, elle est utilisée par un client sur six. Cependant, il est clair que le service n'est pas toujours présenté de la même façon par les intervenants des différents CLSC et de l'hôpital. Les intervenants se sont sentis respectés et ont apprécié l'ouverture des gestionnaires et ce souci constant des gestionnaires concernant les moyens à prendre pour les aider à faire face aux difficultés éprouvées dans le cadre du travail. L'expérimentation réalisée dans le projet a permis une prise de conscience plus grande de la part des gestionnaires de ce que peut signifier le soutien psychologique et clinique des intervenants impliqués dans les soins palliatifs. On saisit mieux la nécessité d'intervenir plus tôt au cours de la maladie.

	Projet 12 **Vers un continuum de soins et de services à l'intention des usagers adultes en phase terminale (Soins palliatifs), région de Montréal**
	Les partenaires du projet sont arrivés à la conclusion commune que le continuum n'était pas possible sans le développement des compétences des intervenants et que ce développement doit s'appuyer sur une philosophie et sur une approche commune en services palliatifs. Les soins prodigués ont favorisé la qualité de vie des aidants pendant les deux dernières semaines de vie du patient. Il n'y avait pas de différence dans l'échelle de préparation pour donner des soins. Aucune différence significative n'a été observée entre les groupes face à la perception qu'ont les aidants en ce qui a trait aux services reçus par le patient et par eux-mêmes. Cependant, la perception de la qualité des soins dans ces deux groupes d'aidants était meilleure que celle démontrée dans d'autres études effectuées à travers le Canada. En ce qui concerne les patients, aucune différence significative entre le groupe d'observation et le groupe de comparaison n'a été trouvée quant à la qualité de vie et aux symptômes éprouvés. Le fait d'avoir suivi une formation en soins palliatifs, soit celle de base offerte en 1997 et 1998, ou une autre, n'a pas eu d'effet significatif. Selon les personnes participant aux entrevues, la formation magistrale a été jugée utile mais pas suffisamment spécifique à chacune des professions impliquées. Presque tous les patients ont reçu la visite d'une infirmière. Les interventions de celles-ci ont été nombreuses et se centraient principalement sur un suivi de l'état de santé et sur les soins et traitements. Très peu de patients et leur famille du groupe d'observation ont bénéficié de la visite des médecins, des travailleurs sociaux et de la psychologue. L'aide des services à domicile offerte par les CLSC a été importante. L'aide prodiguée par les organismes privés et communautaires était peu documentée dans les dossiers. Peu de traitements ont été faits sur place. Toutefois, il appert que plusieurs des actes accomplis à l'hôpital de jour auraient pu être faits à domicile si la disponibilité ou l'expertise avaient été disponibles dans l'équipe de maintien à domicile. Par conséquent, l'hôpital de jour a fait, dans une certaine mesure, de la suppléance aux soins à domicile.
6. POTENTIEL DE GÉNÉRALISATION	
6.1 Pérennité	
6.2 Conditions nécessaires	On ne pourra pas établir de continuum viable si on ne dispose pas de toute la technologie nécessaire pour faciliter la circulation de l'information entre les différents quarts de travail, les différentes professions, les différents établissements et les différents milieux de soins et de services. Il serait recommandable d'assurer à l'avenir la conception, le développement et l'implantation d'un plan de formation continue, de garantir les ressources responsables nécessaires pour en assurer l'implantation, et accorder à cet effet autant d'attention que le développement des services eux-mêmes. Assurer les conditions pour que le personnel puisse travailler en équipe interdisciplinaire : assurer que la participation de ces personnes soit stable et permanente, qu'elles s'habituent à travailler ensemble et qu'il soit facile pour elles de se réunir rapidement pour partager de l'information ou modifier un plan d'intervention. Offrir toute la flexibilité possible sur tous les plans (horaires de travail, priorités, etc.) pour faire face aux imprévus, ce qui représente une condition essentielle en soins palliatifs.

	Projet 12 **Vers un continuum de soins et de services à l'intention** **des usagers adultes en phase terminale (Soins palliatifs), région de Montréal**
	L'élimination de l'arbitraire dans la référence et la référence précoce constitue un facteur clé du succès d'un continuum CH / CLSC et une voie privilégiée vers la démocratisation de l'accès aux services palliatifs. Se donner toute la flexibilité possible sur tous les plans (horaires de travail, priorités, etc.) pour faire face aux imprévus est l'élément primordial en soins palliatifs. Pour y arriver, la charge de travail doit d'abord être constituée d'un certain nombre de clients nécessitant des soins palliatifs pour être ensuite complétée avec d'autres tâches ou d'autres clients et non l'inverse.
6.3 Avantages généralisation	

	Projet 13 **Réseau supra-régional mère-enfant, Montréal et périphérie**
1. CLIENTÈLE VISÉE	Ce projet est centré sur la clientèle des mères et des enfants desservie par les établissements de la région de Montréal, une partie de la Rive-Sud de Montréal, la région de Laval et la région des Laurentides. Plus spécifiquement, les clientèles retenues aux fins du projet d'expérimentation sont définies par les problématiques suivantes : asthme, urgence, pédopsychiatrie, néonatologie et grossesse à risque élevé à domicile.
2. BUDGET ALLOUÉ	2 286 500 $, dont 900 000$ ont servi à l'évaluation Type de projet : intervention - évaluation
3. CONTEXTE D'ÉMERGENCE	
3.1 Pourquoi le changement	L'hôpital Ste-Justine, CHU mère-enfant, a pour vocation la dispensation de services spécialisés et ultraspécialisés de 3^{e} et de 4^{e} lignes, mais pour des raisons historiques, dispense plus de services de 1^{e} et de 2^{e} lignes à la communauté environnante qu'il ne devrait.
3.2 Principales caractéristiques	Le projet vise à corriger les lacunes suivantes : la fragmentation des services (cloisonnement de la prise en charge suivant une logique institutionnelle), la concentration inappropriée des services de première ligne (engendre une iniquité dans l'accès), les communications insuffisantes entre les équipes (crée une discontinuité de soins), un manque chronique d'investissement dans la formation et le soutien clinique des équipes traitantes des centres régionaux, une pénurie chronique de certains services indispensables (ex : pédopsychiatres), la désuétude des moyens de transmission d'information entre les centres. Le CHU à vocation pédiatrique souhaite établir des liens avec des hôpitaux dont la pédiatrie n'est qu'un des volets de leur mission. La stratégie centrale vise à adapter l'offre de soins de manière à limiter les activités de première et de deuxième ligne qu'offre le CHU, en amenant les clients à consommer les soins au niveau des hôpitaux partenaires. Tous les épisodes de soins devraient être initiés le plus près possible du domicile du patient. On veut renforcer l'intégration inter organisationnelle en développant des liens de coordination et d'échanges plus importants au niveau des patients et aussi des échanges d'expertises dans le but d'améliorer l'accessibilité et la continuité. Ce modèle implique également que les patients admis au CHU pour des soins ultraspécialisés soient transférés vers leur médecin traitant et leur hôpital régional de proximité lorsque leur état s'améliore et ne nécessite plus que des soins primaires et secondaires (principe de spécialisation horizontale). L'intégration clinique est définie par le degré de coordination entre divers intervenants, fonctions, activités et unités opérationnelles composant le réseau. L'intégration clinique est rendue possible grâce aux deux autres types d'intégration. L'intégration fonctionnelle est définie par le degré de coordination entre les unités opérationnelles des organisations partenaires de manière à fonctionner comme un seul système. L'intégration médecins-réseau est définie par le degré selon lequel les médecins comprennent la nature du réseau et mettent en pratique les nouveaux mécanismes de coordination. En ligne directe avec sa stratégie initiale, le Réseau mère-enfant (RME) a consenti des efforts importants afin d'améliorer la qualité de l'information et sa vitesse de circulation entre les partenaires du réseau. L'objectif central du RME est de modifier des habitudes de consommation de soins en proposant aux patients un dispositif nouveau de prise en charge. Les nouvelles trajectoires de soins que le RME devrait permettre d'implanter reposent sur une hiérarchisation de la spécialisation des organisations partenaires du réseau. Ainsi, le réseau vise à créer, entre les organisations partenaires qui sont en situation d'interdépendance, une plus grande coopération pour mieux utiliser leur complémentarité et favoriser les échanges de patients au

	Projet 13 **Réseau supra-régional mère-enfant, Montréal et périphérie**
	sein du réseau.
3.3 Objectifs de l'évaluation	Questions d'évaluation : 1) le réseau mère-enfant suprarégional (RMES) améliore-t-il la qualité et l'efficacité des services offerts ; 2) le RMES améliore-t-il l'accès de la population aux services de première, deuxième, troisième et quatrième lignes ; 3) quelle est l'influence du RMES dans l'organisation de la pratique médicale et sur l'offre de services médicaux ; 4) le RMES améliore-t-il l'efficience de la prise en charge des mères et des enfants ; 5) comment les facteurs professionnels, organisationnels et systémiques contribuent-ils (positivement ou non) à la mise en œuvre et à l'efficacité du RMES ; 6) dans quelle mesure le RMES constituent-ils des innovations qui ont un potentiel de diffusion ?
4. PROCESSUS DE MISE EN ŒUVRE	
4.1 Modalités de mise en oeuvre	Le rapport final ne décrit pas les modalités de mise en oeuvre du projet. Cependant, les sections conditions favorables et obstacles font état de nombreuses stratégies pour introduire le changement.
4.2 Enjeux ou défis posés par l'innovation	Utilisation des technologies pour supporter le volet clinique ; apprivoiser la technologie. Mettre en place un *système permettant une rétroaction rapide de l'information* vers les équipes médicales afin de renforcer le processus de rétention. La standardisation des pratiques professionnelles représente un défi important, car les professionnels tiennent à conserver une large autonomie dans l'organisation de leur travail professionnel qui leur permet de faire face aux nombreuses incertitudes de leur pratique. L'hôpital Ste-Justine œuvre depuis fort longtemps auprès de sa clientèle pédiatrique. Cet élément représente un défi important pour la constitution du réseau, car le niveau des exigences à rencontrer est élevé. Le secteur des soins pédiatriques couvre un très petit nombre de médecins dans chacune des différentes spécialités médicales (ex : moins de 15 médecins spécialistes en cardiologie pédiatrique au niveau de l'ensemble du Québec). Ces médecins ont déjà tissé des liens provinciaux qui font que leur réseau naturel ne coïncide pas complètement avec le RME. L'enjeu pour le réseau RME est de parvenir à s'imbriquer dans ces réseaux. L'établissement de relations formelles entre les organisations partenaires : il faut s'assurer de pouvoir établir des relations au niveau médical afin de se substituer au réseau traditionnel des relations interpersonnelles entre médecins. Le nouveau réseau se trouve, dans certains cas, à proposer de nouveaux réseaux de transferts de leurs patients à des médecins qui ont l'habitude d'interagir avec un autre hôpital tertiaire. Pour ces derniers médecins, l'exclusivité recherchée par le réseau peut être d'autant plus contraignante qu'ils entretiennent des liens avec plusieurs hôpitaux tertiaires se conservant ainsi une marge de manœuvre pour surmonter le problème de l'accessibilité aux soins tertiaires. La capacité d'offrir des services spécifiques au sein du réseau est le mécanisme par lequel se crée de la dépendance entre les partenaires. La dépendance accroît le besoin de coordination et renforce la volonté de préserver les relations entre les partenaires. Renégociation des rôles respectifs entre les spécialités médicales tant au CHU que chez les partenaires. La réorganisation des filières de soins peut remettre en question le partage usuel des responsabilités de soins entre différentes spécialités médicales. La standardisation des trajectoires est essentielle pour atteindre l'efficacité et l'efficience. Le principal défi : inciter les familles à avoir confiance de façon à changer leurs habitudes de consommation ; amener les cliniciens à se faire confiance et à changer leurs habitudes de travail.

	Projet 13 **Réseau supra-régional mère-enfant, Montréal et périphérie**
4.3 Conditions favorables ou facilitantes	Dans les deux (seuls) cas où il y a entente formelle en périnatalité, nous retrouvons une forte coordination. L'absence d'entente pour formaliser les contours du réseau semble associée à un faible niveau de coordination. Perméabilité des frontières organisationnelles classiques et cohésion inter institutionnelle des équipes pédiatriques : les équipes de soins sont généralement très dédiées aux clientèles qu'elles desservent. Cette orientation quotidienne à devoir répondre aux besoins d'une clientèle spécifique favorise une vision commune des priorités et des moyens d'action. Cette situation offre un contexte favorable au développement de relations étroites et harmonieuses entre les équipes de soins pédiatriques même si elles appartiennent à des organisations différentes. Ce contexte favorise la confiance et la collaboration nécessaire au bon fonctionnement d'un réseau intégré. Processus géré selon une structure organisationnelle décentralisée vers les professionnels ; donc autonomie donnée aux professionnels sur ces décisions. Le CHU Ste-Justine, à titre de centre universitaire, possède une expertise reconnue et recherchée en matière de soins pédiatriques. Ce contexte favorise l'adoption par les professionnels des hôpitaux régionaux des procédures proposées par le CHU. Les négociations entreprises auprès du gouvernement par l'équipe de gestion du CHU qui bénéficiaient de l'appui massif de son corps médical ont réussi à obtenir une nouvelle entente permettant l'instauration d'un nouveau régime de rémunération : la rémunération mixte. La portion principale du nouveau mode de rémunération mixte repose en effet sur le temps travaillé ; ce qui permet de dissocier le niveau de rémunération du volume et du type de patients traités. Les médecins peuvent donc diminuer leurs volumes de soins primaires et secondaires en conformité avec les objectifs poursuivis par le RME. L'existence d'une structure simple et axée sur l'engagement des cliniciens est un facteur de succès important.
4.4 Obstacles	La non-utilisation continue de la télémédecine défavorise son fonctionnement efficace. Le MSSS. et le CHUL sont ceux qui ont bénéficié le plus des transferts évités et les fonds économisés n'ont pas été redistribués. Alors que les C.H. éloignés ont dû investir beaucoup ; c'est un frein. Il existe encore plusieurs obstacles : la volonté des parents de continuer à fréquenter l'urgence de l'HSJ ; l'absence de systèmes d'informations permettant de bien suivre et de mieux comprendre l'évolution des activités ; des ressources pas toujours au bon endroit ; une budgétisation insuffisante et inadéquate compte tenu des frontières suprarégionales du RME. Difficulté à opérationaliser le projet de réorientation des clientèles entre les organisations du réseau : les transferts des patients de 1ère et 2e lignes vers les hôpitaux partenaires n'ont pas entraîné des déplacements de clientèles suffisants. Les hôpitaux partenaires ont beaucoup de difficultés avec leurs ressources humaines, techniques et financières actuelles à accepter les clientèles pédiatriques additionnelles. Le manque de disponibilité et de mobilité des ressources n'a pas incité les partenaires du réseau à réorienter les habitudes de consommation des soins pédiatriques vers les ressources à proximité, notamment par des campagnes d'information directe à la population. Dans le cas du RME, les modalités de financement qui ont limité la capacité des hôpitaux partenaires à faire les investissements requis pour transformer leur offre de soins ont constitué un frein important au déploiement du réseau. Le modèle d'intervention était peu articulé et le projet dans son ensemble correspondait plutôt à une liste de demandes assez hétéroclites qui ne reposaient pas sur une analyse explicite de la situation jugée problématique.

	Projet 13 **Réseau supra-régional mère-enfant, Montréal et périphérie**
	Les projets les plus significatifs avaient déjà été initiés par les départements de psychiatrie avant le projet de RME, ce qui réduisait sa légitimité aux yeux des acteurs concernés qui comprenaient mal la planification initiale du volet pédopsychiatrique du RME. À l'exception du projet de téléconsultation, le RME n'a pas affecté de nouvelles ressources dans le domaine de la pédopsychiatrie. La plupart des hôpitaux qui deviennent partenaires au sein du RME ont peu développé leur offre de soins pédiatriques au cours des dernières années. La place importante occupée dans ce marché par les CHU leur a permis de concentrer leurs compétences et leurs ressources vers l'adulte. Un revirement stratégique vers l'enfant, tel que proposé par le concept du réseau mère-enfant, est donc difficile pour les hôpitaux partenaires. La difficulté de ce virage l'est tout autant pour le CHU Ste-Justine qui doit lui aussi renverser une stratégie fondamentale et délaisser les soins primaires et secondaires. Les partenaires organisationnels, a priori favorables, parviennent difficilement à modifier leur stratégie fondamentale pour dégager des ressources supplémentaires leur permettant de hausser leur capacité d'accueil. Or, le rehaussement de la capacité au niveau des soins primaires et secondaires représente un des virages stratégiques importants requis. La synchronisation des actions stratégiques et des investissements conséquents des partenaires régionaux demeure par conséquent un écueil important. Dans le contexte récent des coupures budgétaires et des départs anticipés à la retraite subis par le système de soins québécois, il faut se demander si les efforts exigés par la mise en place d'une structure réseau sont raisonnables. Instabilité du leadership : les circonstances ont grandement défavorisé l'implantation du réseau. Les directeurs généraux de trois des cinq hôpitaux participant au projet d'expérimentation, incluant le directeur général du CHU Ste-Justine, ont quitté leur fonction en phase de lancement du RME. Intersection de logiques divergentes de réseaux : La clientèle pédiatrique visée outrepasse les frontières des territoires géographiques des régies. Le réseau vise une plus grande rétention des clientèles en région selon une logique de proximité géographique des soins. Or, le réseau RME qui devrait théoriquement être appuyé par les autorités régionales dans la mesure où il favorise la régionalisation est, au contraire, vu avec méfiance. Les régies craignent le déséquilibre financier qui pourrait être engendré à la suite des réorientations de clientèles recherchées par le RME. La contrainte n'est pas simplement financière. Un problème similaire est noté au niveau des ressources humaines et techniques. Les ressources humaines médicales et infirmières se font rares de même que l'équipement spécialisé. Les mécanismes en place ne prévoient pas d'ajustement à la base budgétaire des hôpitaux selon une logique de volume et de gravité des clientèles traitées. Dans ce contexte, une plus forte rétention des clientèles pédiatriques chez les hôpitaux régionaux signifie une pression supplémentaire sur leur budget global fermé. Le budget global représente également une incertitude au niveau du CHU. La diminution de sa clientèle primaire et secondaire liée à un accroissement probable de la sévérité de la clientèle tertiaire peut déstabiliser son équilibre budgétaire. Un volume plus réduit de cas qui, s'ils sont plus complexes, peuvent être plus coûteux à traiter. La rareté de certaines catégories de personnel ou la nécessité de développer les compétences demeurent des obstacles importants.
5. BILAN DE L'EXPÉRIMENTATION	
5.1 Résultats	Le projet a démontré que les partenaires impliqués avaient la volonté d'agir en réseau. Le travail en réseau a clairement démontré le potentiel de cette formule pour améliorer la qualité des soins. Des progrès ont été réalisés, notamment par l'ajustement de pratiques suite à l'évaluation par les partenaires, par l'instauration de protocoles cliniques conjoints, par la

	Projet 13 Réseau supra-régional mère-enfant, Montréal et périphérie
	mise en commun d'activités d'évaluation de l'acte médical, par la dispensation de formations.
	La continuité des soins s'en est aussi trouvée améliorée grâce entre autres à la révision de pratiques cliniques et à l'amélioration des mécanismes de communication entre les intervenants des différents niveaux de soins. L'utilisation des ressources de niveau tertiaire au CHU s'est trouvée améliorée grâce à l'ajustement des règles de référence et des mécanismes d'accueil. Par contre, l'accessibilité aux ressources de niveaux 1 et 2 n'a pas été améliorée de façon significative. Le réseau n'a pas permis d'orienter différemment la clientèle de soins de niveaux 1 et 2 qui utilise actuellement les ressources de niveaux 3 et 4. Cette limite importante du réseau est principalement due à deux types de facteurs. D'abord, il n'existe pas vraiment d'incitatifs économiques favorisant le développement de services plus complets par la 1ère et 2e lignes. Les mécanismes d'allocation des ressources ne sont pas basés sur une approche suprarégionale. De plus, l'évaluation du projet a démontré que les parents accordent une importance beaucoup plus grande aux facteurs de compétence et de confiance, qu'aux facteurs de distance et de temps d'attente. Ce projet a permis de démontrer l'intérêt des professionnels pour l'utilisation des technologies de télé-santé. Une dizaine d'applications sont à divers stades de développement et les succès obtenus en télécardiologie et en téléorthophonie démontrent le potentiel de cette technologie. Plusieurs moyens et outils concrets ont été mis en place et auront un effet durable : protocoles cliniques, méthodes d'évaluation, programmes de formation, outils de communication entre les intervenants, etc. **Principales réalisations** Niveau administratif : La première réalisation du projet a été la mise en place de l'infrastructure du réseau. Quatorze partenaires ont accepté par entente formelle d'adhérer au réseau et de s'engager dans la réalisation d'un plan d'action adapté à leur situation spécifique. La structure administrative du réseau est volontairement très simple et favorise des liens étroits entre les membres. Niveau clinique : Les partenaires ont privilégié d'agir de façon concertée sur des problématiques de santé correspondant à leurs besoins spécifiques, à des volumes importants d'activités et susceptibles de générer des bénéfices rapides pour la clientèle. Niveau technologique : Les activités de télémédecine ont connu un essor considérable, notamment en télécardiologie et en téléorthophonie. De plus, la téléenseignement est maintenant un acquis. Sur un autre plan, le projet consistant à créer un dépôt d'informations cliniques alimenté et accessible par les partenaires du réseau est en première phase de réalisation. Il s'agit d'une condition essentielle à un déploiement durable d'un RME. On peut donc affirmer avec assurance que les réalisations menées à terme ou amorcées sont de nature à augmenter la qualité et la continuité des soins dans le réseau. Ainsi, la coordination des soins a notamment été améliorée en ce qui concerne les services tertiaires. En ce qui concerne l'accessibilité, des bénéfices ont été obtenus à la marge, par exemple en précisant des critères d'intervention. Cependant, les habitudes de consommation de services de la population n'ont pas été fondamentalement modifiées. Ainsi, malgré les bénéfices obtenus aux plans de la qualité et de la continuité, les changements organisationnels et la dynamique implantés n'ont pas encore produit d'effet significatif sur le rééquilibrage des clientèles entre les niveaux du réseau. Un premier constat met en lumière la coexistence de deux réseaux très différents tant au niveau de leurs caractéristiques intrinsèques qu'en terme du niveau de mise en œuvre qu'ils ont atteint. Un premier réseau, le réseau de soins tertiaires, a su mettre en place des mesures efficaces qui ont amélioré la coordination des patients au sein du RME alors qu'un second réseau, le réseau des soins primaires et secondaires, n'a pas réussi à vraiment modifier les profils de consommation des clientèles visées. D'une part, le CHU n'a pas réussi à

	Projet 13 **Réseau supra-régional mère-enfant, Montréal et périphérie**
	hausser le volume de ses transferts vers les hôpitaux partenaires ; et d'autre part, le CHU n'a pas réussi à diminuer sa place dans l'offre des soins primaires et secondaires ne parvenant pas à accroître la rétention locale au sein du réseau. Ce constat différentiel s'explique par les caractéristiques fondamentalement différentes des deux réseaux.
6. POTENTIEL DE GÉNÉRALISATION	
6.1 Pérennité	Des changements sont amorcés depuis plus de trois ans et la volonté de poursuivre demeure pour amener ce réseau à maturité. Plusieurs projets sont actuellement en cours : groupes de travail pour l'élaboration de protocoles conjoints ; développement d'outils de communication informatisés pour assurer un meilleur suivi de la clientèle, dépôt d'informations cliniques. D'autres perspectives telles la mise en place d'un réseau de réadaptation pédiatrique, la venue de nouveaux partenaires au sein de ce réseau ainsi que le développement des aspects académiques sont souhaitées par plusieurs. Un financement récurrent est nécessaire afin d'assurer la pérennité du RME, de poursuivre le travail amorcé, de permettre le transfert de connaissances, de continuer l'implantation de nouvelles technologies comme la télémédecine, la formation à distance, la vidéoconférence, l'utilisation du multimédia. Le soutien du Fonds d'adaptation pour les services de santé a fourni l'impulsion nécessaire à l'implantation et à l'évaluation du projet. Les assises du RME sont en place et le contexte actuel est favorable à son maintien et à son déploiement.
6.2 Conditions nécessaires	Les résultats permettent d'identifier certaines conditions nécessaires à l'implantation d'un réseau dont les plus importantes semblent être la formalisation d'ententes interorganisationnelles et l'établissement d'une relation de confiance. L'activité de réseau est une activité complexe qui exige des mécanismes concrets de mise en place. Il serait important de se pencher sur une compréhension plus complète des processus de collaboration interorganisationnelle et des mécanismes requis pour susciter le type de collaboration qui en est recherché. La structure de fonctionnement minimale du RME qui permettrait de maximiser le potentiel des interventions cliniques et d'autres activités réseau ne devrait pas s'éloigner beaucoup de celle développée jusqu'à présent. Par contre, pour que cette structure de fonctionnement permette la réorientation des clientèles et l'apparition de nouveaux "pattern" de prise en charge, il faudra qu'il y ait un redéploiement des ressources cliniques (budget, personnes et compétence) entre les partenaires du réseau. Il faut avant tout y croire profondément, gagner la confiance des intervenants et de la population, asseoir les gens ensemble avec une ferme volonté de changer les choses : c'est ce que le RME a réussi à faire jusqu'à maintenant. Des transformations aussi majeures sont impossibles sans une vision stratégique robuste, des efforts importants à tous les niveaux et l'implication de plusieurs personnes de différentes instances : cela prend du temps et risque de déranger. Il faut laisser le temps aux médecins de développer une confiance vis-à-vis les nouveaux mécanismes. Dans la mesure où les processus formels de coordination du réseau démontreront leur efficacité et leur capacité à sauver du temps aux médecins qui assument en large partie ces contacts, les médecins adopteront les nouveaux mécanismes. Il importe de constituer un réseau sur la base d'ententes formelles et de créer des conditions permettant un climat de confiance entre les partenaires. Il importe aussi que la priorité et l'attention soient d'abord centrées sur l'activité clinique. Il faut aussi que ce réseau soit soutenu par des systèmes d'information adéquats et par des technologies de pointe (ex. télémédecine). Enfin, il faut reconnaître que les modes d'allocation actuels des ressources sont contre-productifs en regard de la philosophie et des objectifs du réseau. En effet, les modes d'allocation budgétaire non compatibles avec la réalité d'un réseau suprarégional et l'absence d'incitatifs pour les partenaires constituent un frein qui devra être surmonté. Il ne faut pas prendre pour acquis que la population, celle pour qui nous bâtissons des réseaux, suivra notre logique. Le message qu'elle envoie est qu'elle recherche d'abord un sceau de compétence et une relation de confiance.

	Projet 13 **Réseau supra-régional mère-enfant, Montréal et périphérie**
	Des obstacles de nature systémique doivent être levés afin d'aller plus loin. Il faut plus que du volontariat : une obligation de changer doit être présente. La budgétisation telle qu'on la connaît ne répond pas aux objectifs d'un RME : un nouveau modèle économique doit prendre la place. L'HSJ, à titre de pôle ultraspécialisé du RME, pourra établir et maintenir des liens avec les autres réseaux nord-américains et européens au service des mères et des enfants. Ces liens sont essentiels tant au niveau de l'évolution de l'approche de réseau de services et du développement des outils que de l'évaluation comparée du fonctionnement et des résultats des réseaux. La cohérence entre les systèmes d'information cliniques et administratifs supportant le réseau constitue un élément essentiel pour assurer la prise en charge continue de la clientèle des mères et des enfants.
6.3 Avantages généralisation	Bien que la durée du projet et de son évaluation ait été trop courte pour porter un jugement définitif sur les impacts cliniques, populationnels et économiques du RME, les informations recueillies jusqu'à maintenant permettent de formuler les observations suivantes quant au bien-fondé du RME : le modèle du RME semble être un modèle acceptable pour tous les partenaires impliqués ; le réseau semble avoir le potentiel d'accroître la qualité technique, tant en termes de compétence d'exécution et de justesse des soins ; cette augmentation de la qualité technique devrait logiquement résulter en une efficacité accrue ; le réseau semble aussi avoir le potentiel d'améliorer la continuité des soins. Tous nos résultats montrent que les patients valorisent avant tout la compétence des professionnels et la qualité technique des soins. Pour avoir accès aux services qu'ils considèrent de qualité, les patients sont prêts à se déplacer et à attendre. Pour accroître l'accessibilité en utilisant les CH partenaires du réseau il faudrait envisager la création de cliniques satellites dans lesquelles les normes de pratique seraient garanties par les médecins du réseau. Il pourrait aussi être intéressant de réfléchir à d'autres modèles de prise en charge intégrée des patients pédiatriques de façon à répondre aux attentes de la population. Le RME demeure pour l'HSJ une façon de faire porteuse d'avenir : la démonstration a été faite : il est possible, malgré certains obstacles, de dispenser les soins de façon novatrice.

	Projet 14 **Système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie (SIPA), région de Montréal**
1. CLIENTÈLE VISÉE	Personnes âgées en perte d'autonomie. Se déroule sur deux sites pilotes, soit les territoires des CLSC Côte-des-Neiges et Bordeaux-Cartierville.
2. BUDGET ALLOUÉ	7 597 781$ Type de projet : intervention, évaluation (pilote) Note : Le projet a reçu des fonds de l'enveloppe nationale du FASS de 4 799 000$, et de l'enveloppe provinciale de 2 798 781 $. Le volet national subventionne la phase dite de plein fonctionnement du projet SIPA d'une durée d'une année qui comporte la phase de simulation de la capitation et les activités. Le projet a également reçu des fonds du réseau, dont 150 000$ du CLSC Bordeaux Cartierville, de même qu'une somme de 111 500$ du FRSQ. On note que le projet a également obtenu 40 000$ de la Fondation Drummond pour l'évaluation. D'autres montants ont été versés par le MSSS en 2000.
3. CONTEXTE D'ÉMERGENCE	
3.1 Pourquoi le changement	Le système des services pour les personnes âgées en perte d'autonomie est caractérisé par la fragmentation, le manque de responsabilité et d'imputabilité et l'existence de mesures incitatives négatives. Par conséquent, le système répond mal aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie, ce qui entraîne l'utilisation inadéquate des ressources les plus dispendieuses comme les hôpitaux de courte durée et les établissements de soins de longue durée.
3.2 Principales caractéristiques	Système intégré de soins médicaux et des services sociaux pour promouvoir et maintenir l'autonomie et la dignité des personnes âgées en perte d'autonomie. Les soins à domicile sont la base des SIPA. Le programme SIPA a la responsabilité du budget, de l'administration et de la distribution des services pour une population donnée. Il est redevable des résultats des services de santé aux personnes âgées en perte d'autonomie. SIPA met l'accent sur l'innovation, la flexibilité et la rapidité des interventions adaptées aux besoins de la population qu'il dessert et contrôle son budget. Le modèle clinique repose sur la gestion par cas, la multidisciplinarité, le plan de services et le suivi. Le modèle clinique couvre tous les soins préventifs, curatifs, réadaptation et palliatifs ; approche communautaire des problèmes de santé prioritaires. Le projet vise à démontrer que le recours à un modèle clinique soutenu par un modèle organisationnel financé par capitation (coûts de services calculés per capita ; capitation simulée) pourrait être une façon plus efficace et efficiente d'offrir les services nécessaires aux personnes âgées dans leur milieu de vie.
3.3 Objectifs de l'évaluation	Objectifs de l'évaluation : 1) implantation et organisation des projets pilotes ; 2) utilisation et coûts des services formels et informels pour le secteur public et les utilisateurs ; 3) qualité des soins et services ; 4) effets sur la santé des personnes admises et leurs proches. L'analyse de l'implantation du SIPA vise à mieux comprendre la nature des ajustements du modèle SIPA (clinique, administratif et financier) opérés en cours d'expérimentation et la manière dont les différents contextes organisationnels et professionnels influencent l'évolution de l'intervention. L'évaluation de l'implantation permet d'interpréter les impacts observés et de tirer des enseignements quant aux enjeux de la généralisation du modèle.

	Projet 14 **Système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie (SIPA), région de Montréal**
4. PROCESSUS DE MISE EN ŒUVRE	
4.1 Modalités de mise en oeuvre	Le projet se déroule sur deux sites pilotes, soit les territoires des CLSC Côte-des-Neiges et Bordeaux-Cartierville. Sur chacun de ces sites, le SIPA local offre une gamme complète de services (sociaux et médicaux, hospitaliers, de longue durée, hébergement médicalisé, communautaires, soins à domicile, etc.). Privilégie l'orientation communautaire des prestataires et organismes de services. Le SIPA est implanté sur chaque territoire de CLSC qui est responsable d'organiser le SIPA. Le SIPA est le point d'entrée unique pour la personne âgée en besoin de services pour maintenir son autonomie.
4.2 Enjeux ou défis posés par l'innovation	En principe, le SIPA local devrait avoir la responsabilité pour l'ensemble des personnes âgées de son territoire. Il s'agit donc d'une *responsabilité de population*. Il faut changer les façons de VOIR les choses, la perspective des acteurs. Le problème ne réside pas dans le « Quoi faire », mais dans le « COMMENT faire ». Le projet s'est développé en plusieurs phases. Au cours la première, on a décidé d'implanter les modèles cliniques et de gestion seulement. Il était clair pour les promoteurs qu'il serait *trop difficile pour les sites d'absorber* à la fois une modification de leurs comportements cliniques et de l'organisation des soins et, en plus, une transformation aussi radicale que le passage d'un budget global à un budget par capitation. Le fonctionnement des SIPA est régi par des règles différentes de celles en vigueur dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Capacités des sites pilotes : exercer la responsabilité clinique peu importe le lieu de prestation des services (notion d'intégration) ; changer la configuration de l'utilisation des services dans le sens d'un déplacement des services institutionnels (surtout CH) vers les services de première ligne et de maintien dans la communauté.
4.3 Conditions favorables ou facilitantes	Soutien de la RRSSS de Montréal-Centre et du MSSS. Adhésion des acteurs et organisations au modèle clinique de gestion SIPA. Établissement d'ententes de collaboration avec des partenaires sectoriels et multisectoriels. Mise en place graduelle de changement. Planification, élaboration de protocoles. Un bulletin d'information sur le déroulement de l'expérimentation est publié aux 2 mois par la régie régionale de Montréal-Centre : 200 copies circulent. Capacité d'adaptation des intervenants parce que l'introduction d'une innovation demande des constats et des réajustements. Comité ad hoc mis sur pied pour solutionner les problèmes spécifiques au fur et à mesure. Excellente collaboration et complicité entre les gestionnaires de la RR de Montréal-Centre, des directions d'établissements, des équipes locales et régionales et de l'équipe d'évaluation.

	Projet 14 **Système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie (SIPA), région de Montréal**
	La régie s'est dès le début appropriée le projet et a désigné un chef de projet qui assume avec un grand leadership son rôle. Les concepteurs-évaluateurs du modèle se sont aussi beaucoup investis dans la formation. Les responsables de site ont tout au long du projet collaboré étroitement pour organiser l'activité du SIPA, collaboration qui a favorisé leur apprentissage respectif. Les partenaires ont été aussi étroitement associées aux travaux. Du fait de contextes différents en matière de disponibilité de ressources, les deux sites ont déployé des stratégies différentes (réservation de lits versus non réservation) pour s'assurer de l'accessibilité aux ressources alternatives. Cette accessibilité a été ajustée tout au long de l'expérimentation en fonction de l'évaluation des besoins. Sans l'autonomie associée au SIPA, les deux sites n'auraient jamais pu organiser les services comme « ils l'entendaient », en fonction de leurs contraintes et de la nature de leur activité.
4.4 Obstacles	Les retards dans l'annonce du financement ont déplacé l'échéancier. Le recrutement des médecins pour le SIPA et la signature des ententes de collaboration avec les médecins traitants de cabinet privé n'ont pas pu être complétés dans la phase d'implantation comme prévu. De même, la prise en charge complète des usagers et la mise en place de mécanismes de suivi administratif et clinique. La grève des infirmières du Québec a perturbé la distribution des soins infirmiers. L'évaluation simultanée avec l'implantation représente une contrainte pour interpréter les effets attendus. Le recrutement du personnel s'avère difficile parce que les postes sont temporaires, (c.f. pénurie de personnel à Montréal, d'où l'instabilité dans les équipes et recours à des agences). L'adhésion au modèle SIPA est partielle i.e. notion de capitation demeure abstraite. Le recrutement des usagers s'avère long et ardu. Il a nécessité l'implication conjointe des chercheurs, gestionnaires, cliniciens et a requis beaucoup de doigté, de ténacité, de rigueur et de créativité. Le transfert de MAD vers SIPA, à cause de la mauvaise coordination entre acteurs et interventions urgentes et mal planifiées auprès des usagers au cours de l'évaluation a rendu la prise en charge des usagers plus longue. Le recrutement des médecins a été délicat et leur disponibilité est inégale d'un site à l'autre. Une centaine d'ententes ont été signées avec des médecins en cabinet privé et malgré cela, les relations demeurent insatisfaisantes. Le système de garde 24/7 a été ardu à articuler parce que les besoins des usagers sont inconnus, manque de normes et de guides d'interventions, rémunération insuffisante pour la garde, cumul de la garde et des tâches régulières de jour présentent des menaces épuisement, manque de ressources. Protocole de soins interprété et appliqué avec différences ; une formation nouvelle devrait compenser. Les CLSC d'accueil résistent à décentraliser les archives des usagers SIPA. Le site 1 s'est confronté à la difficulté de faire participer systématiquement les médecins SIPA aux discussions de cas : le manque d'effectifs médicaux au niveau de ce site justifie, de l'avis des médecins concernés, cet état de faits.

	Projet 14 **Système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie (SIPA), région de Montréal**
	On peut constater les efforts consentis par les deux sites pour instrumenter la coordination : développement de protocoles cliniques dont l'intérêt est de structurer l'intervention, implantation d'un outil informatisé de gestion de l'information, etc. Du fait que la conception de certains de ces outils a été largement participative, certains retards sont accusés au niveau de leur implantation. De même, l'une des deux organisations d'accueil n'a pas toujours été en mesure d'offrir le support technique nécessaire à l'implantation de l'outil informatisé de gestion de l'information : on peut dès lors se questionner sur l'étendue de l'autonomie réelle du SIPA par rapport au CLSC d'accueil. Si ces efforts d'instrumentation sont a priori louables, il n'en demeure pas moins qu'ils viennent encore alourdir la charge de travail des intervenants. Non aboutissement, au niveau d'un site en particulier, des stratégies d'identification de la clientèle SIPA déployées, et ce malgré l'engagement de la régie à ne pas pénaliser les sites en cas de dépassement du budget : cet état de faits témoigne de la difficulté à estimer le bassin de clientèle admissible au SIPA. Comme conséquence aux problèmes de recrutement des usagers, la prise en charge a été retardée et s'est faite par « lots » ; ce qui n'a pas facilité le travail des intervenants et a donc, de l'avis de plusieurs, un peu nui à l'appropriation du modèle. Par ailleurs, le transfert des patients de leur source habituelle de soins au SIPA a été plus lourd que prévu ; confirmant ainsi les lacunes du système actuel de prise en charge. Les partenaires ont été aussi étroitement associées aux travaux, mais la participation au comité régional a été quelque peu irrégulière. Plusieurs hypothèses pourraient expliquer ce "faible" engagement dont : une certaine satisfaction par rapport à l'implantation du "guichet unique" dans le territoire et le faible pourcentage de la clientèle de l'établissement concernée par l'expérimentation. Par ailleurs, soulignons que les difficultés de recrutement des médecins SIPA ont conduit les sites à faire des concessions sur le rôle du médecin SIPA dans le cadre de la garde, en ce qui a trait aux visites à domicile : dans quelle mesure, ces choix vont induire un comportement protectionniste du médecin de garde (référant plus "facilement" les usagers aux services des urgences) ? Le fait de restreindre la garde à une garde téléphonique soulève certainement des enjeux légaux et éthiques qui constituent d'ailleurs le motif du refus de certains médecins de collaborer à cette garde. Au-delà de la question de l'accessibilité, le SIPA a tenté également de négocier auprès de nombreuses ressources de nouvelles règles de fonctionnement : possibilité d'envoyer les ressources SIPA pour continuer le traitement, flexibilité dans l'offre de services, etc. On entrevoit à travers certaines réactions à ces tentatives, la difficulté d'obtenir une coopération complète des établissements partenaires, en vue d'une intégration du système de soins, du fait que ces établissements ne sont pas assujettis à une incitation réelle.
5. BILAN DE L'EXPÉRIMENTATION	
5.1 Résultats	L'analyse préliminaire démontre : la faisabilité d'un organisme basé sur l'exercice de la responsabilité clinique d'une équipe multidisciplinaire et de gestionnaires de cas ; changements de pratique et de mode de prise en charge ; faisabilité de l'imputabilité pour une population vulnérable ; tendance vers plus de mesures préventives ; plus de recours aux ressources de la communauté ; moins d'utilisation des services d'urgence CH ; implication des organisations ; recours aux services des médecins de première ligne en cabinet privé.

	Projet 14 **Système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie (SIPA), région de Montréal**
	Globalement, tous les acteurs reconnaissent que le SIPA remédie à certaines lacunes du système actuel de prise en charge, grâce par exemple à la mise en place d'un système de garde dédié à la clientèle, aux ententes inter-établissements, à un meilleur suivi de la clientèle, une gestion de cas avec davantage de moyens, davantage de prévention. Certains acteurs apprécient particulièrement l'ajout de ressources pour le maintien à domicile : ils semblent ne pas toujours saisir qu'il s'agit davantage de déplacer des ressources que d'en rajouter. Les gestionnaires du maintien à domicile apprécient essentiellement l'amélioration des "outils de travail" apportés par le SIPA (exemple : protocoles cliniques, ententes interétablissements). **La gestion des incidents critiques.** Les travaux avec les partenaires ont débouché sur la formalisation des ententes portant sur la gestion des incidents critiques (admissions aux urgences et hospitalisations). Les ententes convenues jusqu'à date représentent des évolutions de pratique importantes notamment en ce qui a trait au droit du gestionnaire de cas à intervenir dans des prises de décision qui relevaient jusqu'à date de la compétence d'autres établissements. Pour le moment, la logique de l'intégration n'est pas poussée jusqu'au bout dans la mesure où ces ententes n'éliminent pas par exemple les redondances de services. **Au niveau des intervenants**, un manque de conscience de la responsabilité populationnelle du SIPA ; les mentalités étant encore imprégnées par les modes de fonctionnement actuels du réseau qui favorisent peu la mise en œuvre de stratégies actives pour rejoindre des clientèles spécifiques. De nombreux intervenants ne saisissent pas les liens entre la capitation et les autres composantes du modèle SIPA ; sans oublier que la capitation n'est pas un élément dominant dans leur représentation du modèle SIPA. Des hôpitaux partenaires s'interrogent sur les modalités d'implantation de la capitation et sur la possibilité de transférer des budgets entre établissements. Au-delà de cette question, certains partenaires ne semblent pas prendre encore conscience des impacts d'un financement à capitation sur leur fonctionnement interne. Motivée entre autres par le manque de temps, on note une certaine résistance des médecins en cabinet quant à l'élargissement de leurs responsabilités dans le cadre du SIPA. De même, une grande partie des médecins sont réfractaires à l'introduction de la capitation pour diverses raisons (crainte d'une perte d'autonomie, anticipation d'effets pervers, etc.). La taille des case load des gestionnaires de cas a été ajustée après quelques mois de fonctionnement : ne pouvant pas a priori mesurer la lourdeur d'un case load en termes de charge de travail, les sites ont dû rectifier les tailles des case load (et donc le nombre de postes de gestionnaires de cas). Au niveau d'un des sites, l'infirmière gestionnaire de cas assume aussi bien les soins infirmiers que la gestion de services, et ce pour maintenir une relation significative avec l'usager. L'autre site a opté davantage pour un modèle de "courtage", les soins infirmiers étant à la charge d'une équipe d'infirmières cliniciennes. Ces deux modèles de gestion de cas renvoient bien évidemment à des tailles de case load différentes (45 versus 32). Les deux sites ont rencontré des difficultés pour doter les postes de travail : l'un des deux sites a eu du mal à combler les postes d'auxiliaires, d'où le recours aux services d'agences qui a un peu nui à la continuité et à la coordination des soins. Ce même site a dû faire appel aux agences et à du personnel infirmier peu expérimenté. Du fait qu'il est constamment en processus de recrutement et de formation, le site éprouve des difficultés à capitaliser et à consolider les apprentissages. **Le recrutement** : un des enjeux organisationnels du SIPA serait d'offrir du soutien à son personnel : en effet, même si le caractère expérimental du projet, avec les incertitudes qui l'entourent n'a pas favorisé le maintien du personnel, il n'est pas le seul facteur expliquant le roulement du personnel.

	Projet 14 **Système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie (SIPA), région de Montréal**
	Le recrutement médical a été difficile pour les deux sites (à cause entre autres du peu d'attrait de la pratique "du maintien à domicile" pour les résidents, des salaires des médecins pratiquant dans les CLSC jugés "trop bas"). Tous ces problèmes de recrutement risquent de complexifier la généralisation du modèle. Des progrès réels en matière de décloisonnement des pratiques et de flexibilité dans l'organisation du travail constituent sans aucun doute un succès appréciable de l'expérimentation. **Satisfaction des professionnels** : les gestionnaires de cas sont souvent partagés entre leurs deux responsabilités, ce qui est parfois source d'insatisfaction. Les avis des chefs de programmes concernant le choix du profil du gestionnaire de cas (profession de base) sont partagés. En fait, il semblerait qu'à chacune des deux professions sont associés des avantages en regard des responsabilités du gestionnaire de cas. Si l'infirmière est parfois plus à l'aise pour établir des liens avec le médecin traitant, la travailleuse sociale est "plus compétente" pour négocier avec le client et sa famille, pour offrir du support à la personne soutien. Les intervenants s'efforcent de rattraper le retard accumulé dans l'application des protocoles, retards dus entre autres aux difficultés rencontrées lors de la prise en charge : les progrès sont néanmoins rapides. Cela étant, ils ne se sont pas encore pleinement appropriés certains de ces outils notamment par manque de formation et ils continuent à questionner la pertinence de systématiser l'application de certains. La prise en compte des besoins particuliers des usagers dans la mise en place des services est un objectif atteint dans le cadre de l'expérimentation, la règle du rationnement à l'intérieur de l'organisation n'étant plus en vigueur. Signalons que du fait entre autres que le SIPA fait davantage appel aux ressources du secteur privé, les intervenants sont davantage conduits à faire participer les usagers à la prise de décision, pour notamment négocier avec eux les conditions du paiement des frais. L'usager SIPA est traité en véritable client : de nombreux professionnels se sentent d'ailleurs mal à l'aise avec cette approche, sachant qu'il n'existe pas de règle claire en matière de participation des usagers aux frais. Même si les équipes de soins se soucient des besoins des aidants naturels, elles ne vont pas jusqu'à dispenser certains services professionnels de SIPA (exemple : service d'une diététicienne). **La qualité de la coordination** entre les membres de l'équipe ne fait pas de doute. C'est le fruit d'un apprentissage collectif. Le fait que les plans de services individualisés soient conçus de façon collective, au niveau du site 1, représente déjà un progrès notable du SIPA par rapport aux pratiques actuelles. La coordination dans le cadre de la garde semble également satisfaisante dans l'ensemble. Généralement, l'intervenant de garde fait le suivi auprès du gestionnaire de cas. Les médecins de garde sont consultés à bon escient grâce au rehaussement des compétences techniques des infirmières (par la formation sur les examens physiques). Différents mécanismes organisationnels s'efforcent de maintenir la coordination entre les différents quarts de travail. De façon globale, le projet SIPA n'a pas eu un impact significatif sur la qualité de la coordination avec les médecins de la communauté. Le forfait monétaire offert n'a pas constitué une incitation réelle, les médecins ayant peu de clients SIPA parmi leur clientèle. De leur côté, les gestionnaires de cas ne font pas toujours l'effort d'intégrer le médecin. Tout se passe comme si, découragés par les problèmes de communication qu'ils ont avec certains médecins, ils prennent pour acquis que l'intégration des médecins est une mission insurmontable.

	Projet 14 **Système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie (SIPA), région de Montréal**
	S'agissant des relations avec les CHSGS partenaires, des progrès indéniables ont été apportés par le SIPA grâce notamment à la garde.. La coordination avec les services de l'urgence en particulier s'est beaucoup améliorée. Les difficultés persistent avec les unités de soins en raison du roulement du personnel hospitalier, de l'absence d'un leadership local associé au dossier SIPA, des lacunes au niveau de la transmission de l'information à l'interne, des problèmes de coordination avec les médecins hospitaliers.
6. POTENTIEL DE GÉNÉRALISATION	
6.1 Pérennité	Le projet se poursuit.
6.2 Conditions nécessaires	Certains vont jusqu'à considérer que la gestion de cas devient une nouvelle profession, qui doit s'enseigner à part. En se basant sur les observations et sur les opinions des acteurs, les compétences qui semblent essentielles à transmettre sont multiples : savoir négocier, savoir évaluer à travers une vision globale la personne âgée en perte d'autonomie, savoir réagir aux aléas, savoir être empathique (c.a.d. construire une relation constructive avec le client), savoir agencer (c.a.d. combiner en fonction des besoins de la clientèle différentes ressources du réseau), etc. Il s'agira d'améliorer l'organisation médicale au niveau du site 1 de façon à pallier aux problèmes d'accessibilité de certains médecins SIPA, certains jours de la semaine. Cela étant, cette qualité de la coordination risque de se détériorer si les correctifs suivants ne sont pas apportés par le SIPA : mise à jour de l'information, meilleure intégration du personnel d'agence, élaboration d'un guide d'intervention pour la garde. Au total, on constate que la composante clinique du modèle SIPA est celle qui est la mieux appréhendée. Ceci s'explique aisément par le fait que l'expérimentation n'introduit pas la capitation et la responsabilité populationnelle. Au-delà de la question de la compréhension du modèle, certaines réactions mettent en évidence la nécessité d'une réflexion sur la question du mode de financement et de l'organisation médicale : sans cela, le modèle SIPA pourrait se réduire à un changement marginal du système actuel tout en n'ignorant pas la plus-value potentielle et élevée de certains éléments du modèle. Bien que mentionné à aucun endroit dans les documents produits, il apparaît clairement que la présence d'un leader fort constitue une condition de réalisation incontournable à un projet de cette ampleur.
6.3 Avantages généralisation	Aucune information à ce sujet.

	Projet 15 **Quality of Outpatient Geriatric Psychiatric Consultation :** **do referring consultant physicians and patients agree ?, région de Montréal** **Évaluation du processus de consultation externe en psychiatrie gériatrique pour les patients âgés déprimés: perspective du patient, de sa famille, du médecin référent et du médecin**
1. CLIENTÈLE VISÉE	Tous les patients de 65 ans et plus référés à la clinique externe de psychiatrie gériatrique de l'Hôpital St-Mary's. L'intervention vise spécifiquement les patients référés pour dépression et autres troubles psychogériatriques (anxiété et déficits cognitifs).
2. BUDGET ALLOUÉ	35 000$ Type de projet : Le rapport final parle d'une évaluation, mais il s'agit avant tout d'une étude descriptive.
3. CONTEXTE D'ÉMERGENCE	
3.1 Pourquoi le changement	La prévalence de la dépression majeure chez une population âgée dans la communauté est de 6%. Cependant, moins de 20% de ces patients déprimés reçoivent un diagnostic et un traitement adéquat. Ces patients âgés déprimés sont le plus souvent isolés et non motivés à obtenir de l'assistance du CLSC ou des ressources communautaires. En plus de leur pauvre qualité de vie, la dépression représente un risque important de co-morbidité à cause d'une alimentation et d'une hydratation médiocres, une fidélité douteuse à la prise de leurs médicaments et une négligence accrue face à leurs problèmes médicaux. Un tel état accroît l'utilisation inappropriée des ressources hospitalières (urgence, soins médicaux et psychiatriques) lorsque le patient se présente ou est finalement porté à l'attention des intervenants.
3.2 Principales caractéristiques	This study is expected to contribute in an innovative fashion (evaluation of the intervention) to the consultation model between primary care physicians and psychiatrist; (this model is at the center of the "virage ambulatoire") by: 1) provision of an adequate description of the process and its problems/limitations; and 2) clarification of potential obstacles in the consultation process (desire by the primary care physician to refer again; the desire of the patient/family to actually see a psychiatrist they are referred to by their primary care physician; the ability of the primary care physician to effectively manage the elderly depressed patient in the community). Le projet vise à faciliter et à améliorer la participation du médecin expert dont l'opinion est requise par le médecin de famille pour mieux l'aider à traiter ces patients et utiliser au mieux les ressources disponibles, donc une meilleure consultation entre le médecin de famille et le psychiatre gériatrique. This study will enable the project team to gather information on: 1) how the consultation process is perceived by the primary care physician, the patient/family and the psychiatrist; 2) potential problems in communication between physicians (primary care and specialist); 3) the eventual implementation of recommendations.
3.3 Objectifs de l'évaluation	Ce projet vise à évaluer une intervention qui facilite l'intégration des services pour les personnes âgées déprimées à risque entre les milieux suivants : l'hôpital (clinique externe), le CLSC, le bureau du médecin de famille référent ; et entre les intervenants que sont les médecins de famille et psychiatres spécialisés en psychiatrie gériatrique. Les objectifs spécifiques visent : 1) To describe the socio-demographic profile of the patients referred for consultation. 2) To describe the reasons for the referral and the expectations from the consultation from the perspectives of the patient/family, the referring physician and the psychiatric consultant. 3) To assess the referring physician's perceptions of the consultation 1-month post-consultation (type of consultation, reason for referral and implementation of recommendations). 4) To assess the level of satisfaction by the patient/family immediately after the consultation.

	Projet 15 **Quality of Outpatient Geriatric Psychiatric Consultation :** **do referring consultant physicians and patients agree ?, région de Montréal** **Évaluation du processus de consultation externe en psychiatrie gériatrique pour les patients âgés déprimés: perspective du patient, de sa famille, du médecin référent et du médecin**
4. PROCESSUS DE MISE EN ŒUVRE	
4.1 Modalités de mise en oeuvre	Aucune information à ce sujet
4.2 Enjeux ou défis posés par l'innovation	Aucune information à ce sujet
4.3 Conditions favorables ou facilitantes	Aucune information à ce sujet
4.4 Obstacles	Follow-up of referring physicians : As it proved more and more difficult to obtain follow-up through telephone interviews the protocol was amended to allow mail-in questionnaires to be used for the 1 month follow-up after 2 failed documented attempts by phone. 31 follow-ups were completed by phone, 50 questionnaires were returned by mail and 60 more questionnaires sent by mail were never returned. Not one physician ever refused to participate formally, however.
5. BILAN DE L'EXPÉRIMENTATION	
5.1 Résultats	During the study, 207 patients were screened as per study protocol described above. 58 were not enrolled in the study, mainly because they cancelled their appointment or were missed by the RA. 149 patients were enrolled in the study. The project studied the satisfaction of families/ patient immediately after the interview with the consulting psychiatrist with the consultation satisfaction questionnaire. The four sub-scales showed a general satisfaction of more than 80%. This study described the main factors that limit satisfaction for patients: lack of depth of relationship and short time of consultation (as perceived by patient). This could have been influenced by the overall length of the evaluation as per study protocol. Such knowledge may lead to corrective actions and change. By improving satisfaction of referring physicians with the consultation process, we believe it is easier to better match patient needs to a more appropriate provider, i.e. the consulting psychiatrist who can offer an assessment of the patients' conditions at the time of consultation and impact on the referring physician's ability to better care for the patient. In our area (greater Montreal region), it is not uncommon for patients to experience waiting time off up to 6 months before an actual assessment is conducted after a primary care physician refers a patient to psychiatric services. Our patients were all scheduled to have an appointment for evaluation within 1 month of reception of the referral request by our Geriatric Psychiatry out-patient clinic. One unanticipated outcome was the overall quality of the referral requests as assessed by the 3 reviewers. Even though agreement was only 69%, (because of strict classification criteria), the reviewers were impressed by the details given on the request by most referring physicians.
6. POTENTIEL DE GÉNÉRALISATION	
6.1 Pérennité	Aucune information à ce sujet
6.2 Conditions nécessaires	This approach can mainly work if referring physician and consulting specialist work closely together, and referring physicians feel they can have the back-up from the consulting specialist, so that they can adequately manage if their patients in the primary care setting. It is

	Projet 15 **Quality of Outpatient Geriatric Psychiatric Consultation :** **do referring consultant physicians and patients agree ?, région de Montréal** **Évaluation du processus de consultation externe en psychiatrie gériatrique pour les patients âgés déprimés: perspective du patient, de sa famille, du médecin référent et du médecin**
	essential that both groups of physicians have a clear idea of the type of consultation and reason of referral. Standardized referral form well accepted and distributed; Typed consultation report.
	Increase availability of psychiatrist (phone) to the referring physician Simplified logistics for referrals (dealing with one secretary, one phone number, one fax number). Generally, increased teaching and support to referring physicians who tend to manage their cases for some months before referring (this was specifically true for dementia cases).Improve the communication between referring physician and the patient so that patient understands better the purpose of the referral to Psychiatry. Improved methods of information transfer, e.g. computerized. Use of nurse or other non-MD staff to assist in communicating with referring and patient/family parties. Potential implications for policy are that a shared-health care approach for mental health problems in the elderly can work only if patients cooperate with their physicians in understanding the need for referral in Psychiatry; are motivated to come to consultation; if referring and consulting physicians communicate better with a clear, shared understanding of the type of consultation and reason for referral; if consulting physicians are ready to be available in a reasonable time frame to the referring physician, and if both physician agree to upgrade their knowledge by sustained CME program. Organizational structural changes in care delivery can only work if the doctors who work within these structures (referring and consulting physicians) work together with community resources for the patient's benefit with the support of patients and family. Such limitations highlight the need to improve mechanisms of integration of service delivery for elderly patients with psychiatric disturbances. We suggest that using a standardized referral form developed jointly by family physicians and psychiatrists could alleviate many of the problems in understanding the type of consultation and the reason for referral and would help the consultant get a better idea of the question he/she has to answer. Such a form was developed at St. Mary's Hospital in 1996 by a multi-disciplinary committee. However, due to a less than adequate support from the institution, knowledge about the form, availability and acceptance for use have impeded its widespread use.
6.3 Avantages généralisation	These obstacles that the study highlighted can certainly be transferable to other communities, especially those who have less (or no) geriatric psychiatrists for primary care physicians to refer their elderly patients to lack of communication, difficulty in availability, increased waiting time for consultation appointment would than be increased compared to the findings of this study.

	Projet 16 **Impact of a discharge coordinator on the sucessful discharge of elderly patients from the emergency department (ED),région de Montréal** **Impact d'un coordonnateur des congés au département d'urgence (DU) sur le succès du congé des patients âgés**
1. CLIENTÈLE VISÉE	Personnes âgées déprimées obtenant leur congé du département d'urgence de quatre hôpitaux de Montréal (2 francophones et 2 bilingues). Les personnes de 75 ans et plus sont plus particulièrement ciblées.
2. BUDGET ALLOUÉ	453 449 $ Type de projet : intervention, évaluation (pilote)
3. CONTEXTE D'ÉMERGENCE	
3.1 Pourquoi le changement	Le volume des patients de 75 ans ou plus a augmenté de 27,3% alors que celui des plus jeunes n'a augmenté que de 12% entre 1991 et 1997. Au HGJ, augmentation de 11% au cours des trois dernières années et 44% des visites sont des retours à l'urgence. Les patients de 75 ans ou plus séjournent plus longtemps, sont plus souvent hospitalisés et retournent plus souvent à l'urgence après leur congé. Le vieillissement de la population québécoise est un phénomène qui s'accompagne d'une utilisation accrue des ressources de santé, particulièrement au département d'urgence (DU). La majorité des patients âgés retournent à la maison suite à leur congé du département d'urgence mais tous ne le font pas dans les meilleures conditions. Au moment du congé, ces personnes sont souvent affectées par des problèmes multiples : une autonomie fonctionnelle réduite, un support limité à la maison et une capacité réduite à se procurer les services communautaires dont ils auraient besoin. Ils quittent souvent le DU avec des plans de traitement complexes incluant de nouvelles prescriptions, de nouveaux avantages de services à la maison ainsi qu'un besoin de coordination avec leur dispensateur local de soins. Ces patients sont donc particulièrement vulnérables à une planification déficiente du congé et à une coordination inadéquate des soins suite à leur départ du DU. Current practice whereby discharge planning is mainly the responsibility of the acute care ED team presents several barriers to success. These include: 1) varying services offered within the community from sector to sector making it difficult for a staff ED nurse to keep up to date with services available by the various community agencies, 2) the time consuming nature of community referrals and 3) increasing nursing staff turnover that has resulted in focusing of training of new nurses on acute management issues. The nature of emergency nursing, that is, the need for nursing knowledge and technical expertise in diverse care areas ultimately necessitated the development of a new model of care.
3.2 Principales caractéristiques	Postulat : un coordonnateur des congés au DU, veillant à la planification du congé des patients âgés et à la gestion de leur suivi dans les jours qui suivent pourrait améliorer les chances de succès du congé. Le projet consiste à introduire un coordonnateur des congés du département d'urgence veillant spécifiquement à la planification du congé des patients âgés et à la gestion de leur suivi dans les jours post-congé, en vue d'améliorer les chances de succès du congé. Le coordonnateur des congés devra faciliter et assurer un congé rapide, efficace et sécuritaire du patient qui retourne à son domicile. Il devra planifier le congé et le suivi selon les besoins spécifiques de chaque patient. Ce coordonnateur sera également responsable, entre autres, de l'évaluation de la santé et de l'état fonctionnel du patient au moment de la visite au département de l'urgence, des ressources qu'il utilise déjà et de ses besoins de connaissance. Ses responsabilités seront au niveau de l'évaluation, planification du congé, services offerts, communication, suivi après le congé.
3.3 Objectifs de l'évaluation	The main objective of this study was to assess the benefit of an Emergency Department nurse discharge coordinator in : 1) ensuring a timely, safe and efficient transition from the ED to home for elderly patients discharged from the ED 2) improving the integration of

	Projet 16 **Impact of a discharge coordinator on the sucessful discharge of elderly patients from the emergency department (ED),région de Montréal** **Impact d'un coordonnateur des congés au département d'urgence (DU) sur le succès du congé des patients âgés**
	emergency department, hospital and community health services 3) improving the communication between the emergency and community health care providers. Research question : What is the impact a dedicated discharge planner in the ED on elderly patients discharged from the ED in terms of: ED return visits and hospitalisations within 14 days of discharge, satisfaction with discharge, compliance with discharge instructions, and perception of well being?
4. PROCESSUS DE MISE EN ŒUVRE	
4.1 Modalités de mise en oeuvre	The nursing intervention, delivered by a discharge nurse dedicated to the elderly, was structured, in this project, to include patient education, coordination of referrals and appointments, telephone follow up and telephone access to the nurse discharge coordinator within 7 days of discharge. Although formalised, the intervention was individualised to the needs of each patient and family. In order to be effective, three nurses were hired to be able to cover evenings and weekends, periods that were traditionally vulnerable to "patients falling through the cracks". A large emphasis was placed on medication management – assistance to acquire medications, and the understanding of administration of new medications. Emphasis was placed on assistance with acute pain management – mostly in the use of narcotic and non-narcotic analgesia. Other symptom management teaching often related to the degree to which the patient seemed interested. Practical strategies for creating a learning environment most often included the inclusion of family members.
4.2 Enjeux ou défis posés par l'innovation	Aucune information à ce sujet.
4.3 Conditions favorables ou facilitantes	Factors that affected learning were most often related to the length of time patients waited to be seen and have diagnostic test results. This was found to impede learning. Patient fatigue impeded their ability to absorb information. Reinforcement of information was often conducted over the telephone. Involvement of family members in the learning process also strengthened the retention of new information. Emergency physicians identified and expressed a broader 'comfort level' in discharging higher risk patients with the knowledge that they would be followed by the nurse discharge coordinator. As a consequence, medically unnecessary overnight stays in the ED were at times avoided. A priority telephone line between the hospital and the CLSC's, created as a direct result of the study, facilitated the response time to the CLSC intake service. Future goals include development of a system to quickly identify patients in the ED who are regular uses of community home care services "guichet unique", and as such, considered the most frail.
4.4 Obstacles	It is clear that the intervention group was more frail and therefore perhaps at higher overall risk of return. These differences in the group health characteristics can be explained as follows. In the control phase, patients were asked to consent to an interview in the ED and over the telephone. They were not provided with any care or compensation. Therefore, those patients who were more functionally frail or perceived their illness as being very severe, tended to refuse participation stating that they were too sick to participate.

	Projet 16 **Impact of a discharge coordinator on the sucessful discharge of elderly patients from the emergency department (ED),région de Montréal** **Impact d'un coordonnateur des congés au département d'urgence (DU) sur le succès du congé des patients âgés**
	In the intervention phase, however, patients consented not only to the study interview but also to being seen by a nurse who would assist them with their discharge care and on whom they could call upon over a 7 day period post discharge. Those patients who were less frail, were now more likely to refuse participation stating that they did not need to see a nurse or their problem was not so severe as to warrant a nursing intervention. Those patients who were more frail were now more likely to participate because they were now being offered the benefits of extra nursing services.
5. BILAN DE L'EXPÉRIMENTATION	
5.1 Résultats	Patient Characteristics: There were no significant differences between the groups with respect to mean age (82 years), gender, marital status, ability to speak English or French, or in level of education and income. But several differences were noted in patient health characteristics between groups. The patients in the intervention group reported significantly more heart disease (43% vs 38%), diabetes (19% vs 15%), and mobility problems (14% vs 10%). They exhibited a higher complexity medication score (20.8 vs 17) and were less functionally autonomous (51% vs 59%). In the area of social support, the intervention group reported less availability of a caregiver (34% vs 23%) and more social impairment (31% vs 21%). Unscheduled return : A difference in unscheduled revisits to the ED between the control and intervention phase was demonstrated at both 8 and 14 days post discharge. Unscheduled revisits were decreased by 27 % at Day 8 (8.5% vs 11.6%) and by 19% (12.9% vs 16.1%) at Day 14. This translated into a statistically significant odds ratio for revisits of 0.71 at Day 8. Although the odds ratio of 0.78 at day 14 did not reach statistical significance, the 95% confidence intervals demonstrate that there is potentially a clinically significant decrease in return visits even at 14 days. The absolute risk reduction of 3.1% seen at Day 8 is maintained at Day 14 reflecting our belief that the major impact of the discharge planner would be seen in the first week ie. during the period of nursing intervention and that this impact was carried forward. A significant difference was found in the perceived severity of presenting illness and baseline functional autonomy between the two groups. Patients in the intervention phase had a higher perception of severity of illness at presentation and had a lower level of functional autonomy. Unscheduled hospital admissions : The absolute number of unscheduled hospital admissions within 14 days of ED discharge is small in both the control (47) and intervention (39) groups. Hence, no significant conclusions can be drawn with respect to the influence a discharge planner may have on hospital admissions. Health and Welfare of the Target Population : Our study was of too short a time interval (2 week assessment) to have a major impact on general health indicators. However, a few points are worth noting. The population studied, by nature of their age, is at a high risk for morbidity. Nevertheless, the intervention group seems to have a positive benefit, in that, fewer of these patients revisited the ED during the study period, were more compliant with their medications and generally felt better by one week. Compliance with medication : Overall, compliance to new medications was high in both groups with a slight favouring of the intervention group (96.8% vs 92.8%) Well being: One of the basic questions in clinical studies is whether the intervention has resulted in a patient who feels better. We addressed this by simply asking the patients to rate how they felt at day 8 compared to the day of discharge. We found that 64.5% vs 58.8% felt better in the intervention group (absolute difference 5.8%, 95%CI 0.4-11.9%). This translated to an odds of improvement of 1.3

	Projet 16 **Impact of a discharge coordinator on the sucessful discharge of elderly patients from the emergency department (ED),région de Montréal** **Impact d'un coordonnateur des congés au département d'urgence (DU) sur le succès du congé des patients âgés**
	(95%CI 1.03-1.56) when a discharge coordinator is involved. Quality of Service: The study impacted the quality of discharge care offered to elderly patients and their families on several levels. To the patient and family, the nursing intervention improved the comprehensiveness and clarity of discharge instructions. Patients in the intervention group expressed a significantly higher level of satisfaction across all aspects of the discharge teaching as compared to usual care. Anticipatory guidance with respect to care at home and symptom management potentially avoided an unnecessary return visit. Furthermore, for the first time, care of the patient who presented to the ED was extended beyond the hospital walls. The intervention model created a system to address patient concerns, if any, after discharge. Follow up phone calls conducted by the discharge nurse provided the bridge between the ED and community care. Patient and family concerns were addressed in a timely and efficient manner and potential problems were detected early. Patients stated that they felt that they "mattered" and that "someone cared". Facilitating Integration/Coordination With Other Parts of the Health Care System : The major benefit of the intervention model was that it identified and specified a structured nursing role for the coordination of discharge and integration of services. The link between the community and the ED was better identified. Referrals from other health professionals are often transmitted with the nursing history component left blank. With the implementation of the discharge nurse, referrals were completed in a timely manner and transmitted with all the appropriate nursing information included. This allowed the CLSC to institute services safely and efficiently. The CLSC now had a contact person, who had access to the pertinent information, to whom they could address questions and concerns. At least three variables do show an increase in satisfaction at the intervention phase as compared to control. For example, those patients who are depressed and those with very severe chief complaints report more satisfaction in the intervention phase. It might be concluded that higher satisfaction in this category of patient was as a result of more attention provided by the discharge nurse. Clarity : There is an, albeit small, but significant difference in the composite score for clarity of information provided. Namely, more patients in the intervention phase report that the information provided to them was clear to very clear. Usefulness of information provided at discharge : There is a small difference in perceived usefulness of information between the intervention and control phase measured 8 days post discharge. However, this difference is not in the desired direction. The intervention phase report that the information provided about symptom management, medication side effects and progress of symptoms was less useful. Satisfaction with discharge process: Here too, we find no significant difference with respect to satisfaction with overall process of discharge. However, looking at the individual components of this variable we find a significant increase in satisfaction with the preparedness for discharge ie. information transmitted to the patient and family at discharge(11.5% p=<0.001), and arrangement for transport home(9.5% p<0.001).

	Projet 16 **Impact of a discharge coordinator on the sucessful discharge of elderly patients from the emergency department (ED),région de Montréal** **Impact d'un coordonnateur des congés au département d'urgence (DU) sur le succès du congé des patients âgés**
6. POTENTIEL DE GÉNÉRALISATION	
6.1 Pérennité	The success of the model continues to be demonstrated by the acceptance and the investment by hospital administrators into the creation, in October 2000, of a new position of nurse discharge coordinator dedicated to the ED. The nursing intervention model, designed for the study, continues to be played out in practice. The efforts now are concentrated on patients whose characteristics were identified in the study as being at risk. The study has also identified key characteristics of patients that make them at high risk for revisit. Continuity of care beyond the ED visit continues. Patients who are at higher risk are provided with follow up phone calls the next day and all patients are given the nurses business card. Patients continue to contact the discharge nurse seeking clarification of information, assistance with appointments and community services or simply reassurance. The network integration team also continues to meet on a regular basis.
6.2 Conditions nécessaires	Future Directions: We believed that the discharge needs of the "healthy" elderly are often underestimated. The project was, therefore, designed to address the discharge needs of all patients over the age of seventy-five. With the time and resource constraints of the project, it was unrealistic to target this entire geriatric population. Therefore, the results of the study may have been limited by sample selection, in that, many patients recruited were not considered frail. Future studies using a risk assessment tool to target the more frail elderly identifiable would be suggested. Aspects of successful discharge planning were identified. These included adequate time to assess and address the needs of the patient/family unit, building close and trusting ties with the community agencies, and most importantly the availability to the patient by phone to discuss problems/concerns. The successful implementation of a nurse discharge coordinator depends on a number of factors. First and foremost, is the integration of this individual into the ED medical/nursing team. The ED staff needs to go through a learning curve to understand and value the role of the discharge nurse. Early in the study, recruited patients were lost because the ED staff did not notify the discharge nurse that the patient was ready to go home. Communication with the community agencies is vital. The discharge coordinator must act as that all important link between the hospital and community. Much of the work of the discharge coordinator is away from the bedside. The discharge coordinator must have a dedicated workspace away from the bustle of the ED where the patient/family may be interviewed and not be pressed for new access to the patient's stretcher. A dedicated telephone and computer to access patient information and transmit referrals was found to be indispensable.
6.3 Avantages généralisation	Puisque le processus de planification des congés est déjà bien assimilé et utilisé largement pour la clientèle hospitalisée, l'implantation de cette intervention à grande échelle, tant dans les départements d'urgence de Montréal que dans ceux du reste du Québec et des autres provinces, semble réaliste et prometteuse. The impact of the intervention, however, goes beyond the two-week study period. Patients with trivial appearing complaints often have serious underlying health and social needs that are unmet. These patients often slip through the cracks in a busy emergency department. A nurse discharge coordinator would have the time to help identify and address these needs. These patients, if needed, would then be referred back to the community into a "guichet unique" system. Cost Effectiveness : Although the study did not include a cost analysis, certainly the reduction in return visits to the hospital should

	Projet 16 **Impact of a discharge coordinator on the sucessful discharge of elderly patients from the emergency department (ED),région de Montréal** **Impact d'un coordonnateur des congés au département d'urgence (DU) sur le succès du congé des patients âgés**
	translate into a reduction of cost to the health care system. To our knowledge this is the first study to address discharge of the elderly patient from the ED using a comprehensive nursing model. This study demonstrated the benefits of having a nurse dedicated to the discharge of elderly patients from the emergency department.
	The nursing intervention model conducted in this study has shown to improve quality of care by providing a 7 day safety net to the patient thereby contributing to the reduction of unscheduled return visits to the ED within 14 days. The nursing model empowers nurses to utilize expert judgement and specialized knowledge in an independent and yet, collaborative advanced practice. The model sets the standard for the further development of a specialized expertise in emergency nursing which in turn will lead to the creation of integrated health care policies and protocols aimed at ensuring coordination and continuity of care for all high risk patients.

	Projet 17 **La pratique médicale de l'avenir (PMA) Phase II** **Un système d'optimatisation de la planification et de la prestation des soins de première ligne**
1. CLIENTÈLE VISÉE	Médecins omnipraticiens et leurs clients
2. BUDGET ALLOUÉ	705 645 $ Type de projet : intervention, évaluation (pilote) Note : Le projet a également obtenu du financement de diverses institutions privées et publiques : Purkinje Inc. (60 000 $), Motus Inc. (51 250 $), Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre (60 000 $), Collège des médecins du Québec (15 000 $), McGill University Health Center (100 000 $), pour des contributions totales de 286 250 $.
3. CONTEXTE D'ÉMERGENCE	
3.1 Pourquoi le changement	Trois problèmes font obstacle à la prestation optimale de services de santé efficients 1) les délais dans l'obtention d'information nécessaires (les médicaments dispensés et résultats de tests diagnostiques) à la prise de décision clinique 2) les délais dans l'application des résultats de la recherche et à la pratique médicale (ex. mesures de soins préventifs et gestion des maladies et 3) le manque d'information nécessaire à l'évaluation et à la planification des services de santé. Problèmes rattachés à la disponibilité et la suffisance de l'information clinique - information qui est exigée pour la prise de décision diagnostique et thérapeutique optimale. La connaissance des médicaments actifs et la fidélité au traitement, les résultats de tests de laboratoire, les rapports de consultation et les hospitalisations récentes. Les effets secondaires associés aux médicaments représentent la sixième plus importante cause de mortalité aux États-Unis, et les personnes âgées sont sur-représentées au point de vue des admissions hospitalières pour cause de maladies reliées aux médicaments. Dans un essai particulier, la toxicité par surdose de médicament était la raison citée pour approximativement la moitié des épisodes d'effets secondaires causés par les médicaments. Le système de santé effectue présentement un virage ambulatoire, mais aucun mécanisme n'a été mis en place pour la collecte d'information populationnelle sur l'état de santé de la population ou pour l'évaluation de l'efficacité des méthodes d'intervention qui sont en constante évolution. Les concepteurs de programme et les décideurs utilisent généralement les sondages d'opinion sur la santé, les informations recueillies de façon routinière sur les admissions hospitalières et la facturation des professionnels de santé pour obtenir des profils de prévalence des problèmes de santé et effectuer la revue d'utilisation des servies. Ces sources de données ont des limitations connues : les études en coupe transversale sont biaisées par la sous-représentation des malades, pauvres et des peu instruits qui sont moins portés à participer à de telles études. L'information clinique contenue dans les réclamations pour services médicaux rendus par les médecins est souvent incomplète et inexacte.
3.2 Principales caractéristiques	Dossier patient électronique (DPI) Soutien informatisé pour les médicaments : optimatisation du processus de décision clinique des omnipraticiens par l'accès à l'information clinique. Système novateur de surveillance des risques de santé, prévalence de la maladie, soins préventifs et gestion des maladies chroniques.
3.3 Objectifs de l'évaluation	L'évaluation porte sur les bénéfices attendus du système PMA-2: 1) améliorer l'accès à l'information clinique, 2) optimiser l'implantation des normes de pratique contemporaines au moyen d'alertes et de rappel informatisé au niveau des patients et 3) rehausser la qualité de l'information disponible pour la planification et l'évaluation des services de santé de première ligne au niveau de la population.

	Projet 17 **La pratique médicale de l'avenir (PMA) Phase II** **Un système d'optimatisation de la planification et de la prestation des soins de première ligne**
4. PROCESSUS DE MISE EN ŒUVRE	
4.1 Modalités de mise en oeuvre	Le modèle à implanter comprend 5 éléments : 1) transmission électronique d'information sur les médicaments dispensés et de résultats de tests de laboratoire aux médecins en cabinet privé ; 2) un mécanisme électronique de consentement dynamique ; 3) un système informatisé de surveillance et d'alerte pour des problèmes de prescription et de fidélité au traitement et de rappels ; 4) le développement d'une infrastructure permettant la mise sur pied et la mise à jour de normes de pratique contemporaines pour la prestation optimale des soins ; 5) un sytème de surveillance de l'état de santé de la population visant les problèmes de santé les plus communs.
4.2 Enjeux ou défis posés par l'innovation	Dispersion des omnipraticiens en cabinets privés et cliniques ; médecins travaillant souvent dans plusieurs milieux, chacun ayant sa propre méthode de documentation et de gestion. La majorité des médecins sont des « illettrés informatiques » d'où le défi de livrer un système à valeur ajoutée qui comble les inefficacités de la pratique courante et offrent un meilleur accès à l'information clinique. Sécurité de l'information et de la transmission (encodage). Recrutement des participants et suivi des médecins impliqués.
4.3 Conditions favorables ou facilitantes	Le prototype PMA-2 prendra avantage des éléments uniques du système de santé canadien qui facilitent une génération avancée de produits informatiques cliniques interchangeables développés pour les omnipraticiens avant la mise en place éventuelle de réseaux informatiques de santé. Les avantages du système de santé canadien découlent de la présence d'un unique payeur des services de santé - le gouvernement. Finalement, PMA-2 misera sur des partenaires établis entre le secteur privé et les intervenants-clés qui influenceront la diffusion du prototype dans le réseau sociosanitaire - la Régie de l'assurance maladie du Québec, le Collège des médecins du Québec, les régies régionales de la santé et des services sociaux et les hôpitaux québécois. En collaboration avec le Collège des médecins du Québec, le prototype PMA-2 définira un processus servant à traduire et à mettre à jour les normes de pratique professionnelle. L'élément clé du succès d'un réseau provincial de ce type est la gestion efficace de la sécurité et de la confidentialité des informations.
4.4 Obstacles	Consentement des usagers (3 formulaires distincts) puisque le projet se heurte à une réglementation sur les renseignements privés et publics. L'utilisation adéquate des outils informatiques par les médecins et un soutien de ceux-ci demande un temps considérable.
5. BILAN DE L'EXPÉRIMENTATION	
5.1 Résultats	Le projet se positionne sur : LOGISTIQUE INFORMATIQUE : accès au système ; sécurisation du poste de travail du médecin ; la carte d'habilitation ; gestion des cartes d'habilitation ; accès au poste de secrétaire ; communications entre le poste du médecin celui et la RAMQ ; types de communications avec la RAMQ ; inscription des nouveaux patients pour le transfert de données ; développement du consentement électronique ; refus des participants ; résultats de laboratoires ; intégration des nouvelles données ; sauvegarde des données ; maladies à déclaration obligatoire ; services d'assistance pour problèmes techniques.

	Projet 17 **La pratique médicale de l'avenir (PMA) Phase II** **Un système d'optimatisation de la planification et de la prestation des soins de première ligne**
	AVIS CLINIQUES : la promotion de la prévention de l'influenza et de la pneumonie bronchique ; réduction des maladies due aux médicaments ; optimisation des thérapies d'hypertension chez les diabétiques ; réduction de l'occurrence des prescriptions potentiellement inappropriées. ÉTHIQUE ET JURIDIQUE SANTÉ PUBLIQUE STANDARDS MÉDICAUX **Résultats attendus** : Avantages et désavantages perçus de **l'accès électronique aux données cliniques** : Les avantages possibles sont : – Intervention plus rapide lors de l'obtention de résultats de laboratoires anormaux, diminution du temps et coûts reliés à la transmission et à la gestion des résultats de laboratoires. – Profil pharmacologique plus complet et moins de temps pour l'obtenir. – Détection et intervention plus rapide des problèmes d'efficacité des traitements. Les désavantages possibles sont : – Médecin qui dispose de moins de temps pour son patient dû à l'utilisation de l'ordinateur. – Génération de conflits portant sur la surveillance de la fidélité au traitement, des visites à l'hôpital, à la salle d'urgence ou encore d'un refus de consentement. – Temps et stress reliés à l'adaptation au système informatisé, soulèvement de questions morales et légales en lien avec l'accès à l'information et la documentation informatisée. Barrières et éléments facilitateurs à l'**utilisation de la documentation électronique et du système d'accès aux données cliniques** : – L'accessibilité de l'équipement, la vitesse de l'ordinateur et de ses composantes ainsi que la fréquence de problèmes techniques. – Niveau de compétence informatique des médecins et des secrétaires. – Valeur perçue du système pour les soins cliniques et le travail administratif. – Le temps et le coût nécessaires à la conversion électronique des dossiers de même qu'à la formation. – Pourcentage de patients éligibles ayant un dossier électronique et pourcentage de visites notées dans le dossier électronique. – Pourcentage de jours de travail avec téléchargement d'information et pourcentage de résultats de laboratoire transmis par période de 12 heures. Le taux d'**adhérence aux alertes et rappel** devrait dépendre des : – Pourcentage de patients ayant eu un changement de thérapie / tous les patients avec alertes. – Pourcentage de patients suivis pour leur fidélité à la thérapie / tous les patients recevant les médicaments visés. – Pourcentage de patients ayant pris un rendez-vous pour le vaccin de la grippe / tous les patients avec des rappels préventifs. – Pourcentage de patients avec une recommandation de changement de thérapie / tous les patients avec alertes de modification du traitement.

	Projet 17 **La pratique médicale de l'avenir (PMA) Phase II** **Un système d'optimatisation de la planification et de la prestation des soins de première ligne**
	Facteurs pouvant influencer les réponses : raisonnement du médecin pour adhérer ou ignorer les rappels ou les alertes - dépend du temps disponible, des risques et bénéfices perçus, la résistance du patient, etc.
6. POTENTIEL DE GÉNÉRALISATION	
6.1 Pérennité	Aucune donnée disponible.
6.2 Conditions nécessaires	Aucune donnée disponible.
6.3 Avantages généralisation	Aucune donnée disponible.

	Projet 18 **Modèle de soins intégrés pour patients souffrant d'une maladie chronique (le diabète) dans une approche populationnelle, région de Montréal**
1. CLIENTÈLE VISÉE	Personnes souffrant du diabète de type 2 (personnes qui ne sont pas insulino-dépendantes) et qui sont desservies par le CLSC Côte des Neiges. Le projet vise spécifiquement les médecins de famille qui pratiquent sur le territoire géographique du CLSC Côte des Neiges et leur clientèle diabétique, que celle-ci réside ou non sur ce territoire. Pour les activités communautaires, c'est l'ensemble des diabétiques résidant sur le territoire qui était ciblé.
2. BUDGET ALLOUÉ	971 288 $ Type de projet : intervention – évaluation (pilote)
3. CONTEXTE D'ÉMERGENCE	
3.1 Pourquoi le changement	Le diabète est un problème de santé publique qui est appelé à prendre des proportions considérables. La littérature rapporte que certaines communautés ethniques sont touchées plus précocement et plus gravement par le diabète de type 2. Sur le territoire du CLSC Côte des Neiges, on estime le nombre de personnes atteintes à environ 15 000, dont près de la moitié ignorerait leur état. L'importance de la problématique du diabète et la présence de populations vulnérables justifient doublement la pertinence du projet. Un changement de paradigme dans les modes de pratique des professionnels de la santé et plus particulièrement des médecins de famille s'impose, afin de permettre de relever les défis auxquels les systèmes de soins doivent faire face.
3.2 Principales caractéristiques	Le projet d'intervention a tenté de concilier l'approche populationnelle et la gestion clinique (disease management). D'un côté, on s'inspire pour le cadre d'intervention, des stratégies mises de l'avant dans l'approche populationelle, ainsi que Glasgow les décrit dans son application au diabète : une population diabétique définie, une approche intégrée des services de santé, une application des principes de modification des comportements (pour les médecins et pour les patients), le recours à des stratégies de mobilisation communautaire locales et l'action sur le macro environnement. Quant à l'approche de gestion clinique pour une maladie tel le diabète, elle met l'emphase entre autres sur l'importance d'un suivi systématique et standardisé (reconnu efficace) et l'importance du rôle de coordination dans les services de 1^{ière} ligne et vers les services de 2^{ième} ligne. Le modèle d'intervention intègre ces rôles et le médecin de famille est l'acteur principal. Les objectifs du projet : 1) arriver à un consensus sur les rôles de chaque organisation et de chaque professionnel du territoire; 2) favoriser un accord sur la nature des tâches à accomplir; 3) faciliter une meilleure connaissance et communication entre les acteurs; 4) mettre en place des mécanismes de coordination favorisant la continuité des soins et des services.
3.3 Objectifs de l'évaluation	Il s'agit ici de décrire et de comprendre le processus d'implantation d'un nouveau modèle de production de services de santé aux personnes atteintes de diabète type 2 dans un territoire défini. Les principales questions de recherche auxquelles l'analyse de l'implantation du projet diabète s'adresse sont : 1) quel est le degré de mise en œuvre du modèle de services intégrés pour patients diabétiques type 2 tel que conçu ; 2) comment les écarts observés entre le modèle conçu et le modèle effectivement implanté affectent-ils les effets observés ; 3) quelle est l'influence du milieu d'implantation sur les effets observés ?
4. PROCESSUS DE MISE EN ŒUVRE	
4.1 Modalités de mise en oeuvre	L'équipe du projet a conçu un modèle de soins intégrés pour les patients diabétiques de type 2 et a planifié les modalités d'implantation de ce modèle. À cette fin, elle a d'abord procédé au recrutement des médecins des pratiques de médecine familiale du territoire. Ensuite, à l'aide des groupes nominaux, elle a fait une analyse de leurs besoins, ainsi que ceux des autres professionnels et des patients diabétiques. Un ensemble d'activités a été développé et réalisé pour les trois champs d'intervention du projet : l'éducation du patient, celle

	Projet 18 **Modèle de soins intégrés pour patients souffrant** **d'une maladie chronique (le diabète) dans une approche populationnelle, région de Montréal**
	des médecins de famille et la communication. Cinq stratégies de changement sont prévues dans le cadre du Projet : 1) l'utilisation d'une approche de gestion de la maladie (disease management) qui établit un suivi systématique des clientèles ; 2) le développement d'activités d'éducation dans le but d'accroître l'empowerment de la personne diabétique à l'égard de sa maladie ; 3) une augmentation de l'expertise clinique des médecins de famille par l'éducation médicale continue, l'organisation de la référence à la 2e ligne de soins et la consultation aux médecins spécialistes ; 4) l'implantation d'un système d'information informatisé qui relie les organisations participant à l'expérimentation et favorise la transmission et la rétroaction de l'information clinique sur les patients ; 5) la mobilisation des ressources du territoire autres que celles du système de soins visant l'implication de la communauté au sens large, dans le développement d'activités qui améliorent la qualité de vie des patients diabétiques. Ces dernières démarches visent à renforcer le capital social de la communauté. Le projet implanté est structuré autour d'une équipe multiprofessionnelle d'intervention composée d'une infirmière personne-contact, d'une diététiste, d'une infirmière spécialiste en soins de pieds, d'une éducatrice physique, d'une organisatrice communautaire, d'une travailleuse sociale et d'une structure de gouverne. Cette dernière est constituée de deux structures de suivi : un « steering committee » composé de responsables du projet et un comité consultatif, où siègent des gestionnaires du CLSC et des représentants de groupes professionnels (Fédération des médecins omnipraticiens du Québec), de décideurs régionaux (RRSSS Montréal-Centre) et de patients (Association Diabète Québec).
4.2 Enjeux ou défis posés par l'innovation	Le groupe de travail a identifié les enjeux dont le projet devra tenir compte : 1-la manière dont un réseau intégré peut utiliser les deux approches pour offrir des soins optimaux et la manière dont l'approche est axée sur la population et l'approche proprement dite de prise en charge de la maladie pouvant coexister au sein d'une même structure ; 2-le contexte actuel du virage ambulatoire qui insiste sur le transfert des soins dans la communauté et la promotion des soins autogérés – compte tenu de ce virage et dans la mesure où la majorité des diabétiques vivent dans la communauté, le modèle de soins intégrés devra prendre appui sur la communauté ; 3-l'interface entre les médecins en cabinet et les différents établissements concernés ; 4-le mode de rémunération des médecins qui varient d'un établissement à l'autre (dans les hôpitaux et au CLSC par exemple), ce qui peut avoir un effet sur la coordination des soins. L'ajout nécessaire de 15 minutes aux consultations régulières des médecins avec chaque patient, temps requis pour expliquer sommairement le projet et les bénéfices pour les patients concernant la prestation des services.
4.3 Conditions favorables ou facilitantes	L'expérimentation a agi comme déclencheur du changement d'attitude des médecins à l'égard des autres intervenants. L'accès à de nouveaux services pour leurs patients a soulevé l'intérêt d'un groupe de médecins de première ligne venant de divers types de pratiques et a favorisé leur volonté de travailler avec le réseau institutionnel.
4.4 Obstacles	Malgré l'intérêt des promoteurs de l'étude à travailler en collaboration pour prendre en charge de façon cohérente les patients diabétiques, il s'est avéré difficile de développer une compréhension commune d'un modèle théorique de l'intervention à mettre en place. Les médecins de famille n'étaient pas partie prenante de l'élaboration et de la mise en place de l'expérimentation, le manque de ressources n'ayant pas permis au projet de rémunérer les professionnels pour le temps consacré à ce type d'activités. Les difficultés initiales de l'équipe du projet et l'absence des médecins participants dans l'élaboration et la mise sur pied de l'expérimentation ont ralenti le développement du processus de collaboration interprofessionnelle. La durée limitée de l'expérimentation n'a pas permis de créer de véritable intégration. Il s'agit d'une intervention complexe qui tente de provoquer des changements profonds dans les façons de faire à la fois des intervenants et des patients eux-mêmes et ces changements prennent du temps à s'effectuer.

	Projet 18 **Modèle de soins intégrés pour patients souffrant** **d'une maladie chronique (le diabète) dans une approche populationnelle, région de Montréal**
	La mise en place du système n'a pas été exempte de problèmes en raison de barrières à la standardisation de certaines procédures, par exemple la lecture et l'inscription de résultats des tests sur la feuille de suivi informatisée. La mobilisation des ressources de la communauté : À cause de la limite temporelle de l'expérimentation, cet aspect du modèle n'a pas été développé au cours des mois d'expérimentation. L'implantation d'un système d'information clinique, avec le dossier informatisé du patient et la rétroaction entre les divers intervenants du projet, s'est heurtée à divers problèmes liés à la standardisation de certaines procédures et à l'installation et à l'usage des terminaux d'ordinateur dans les cabinets et cliniques médicales. En effet, l'implantation de ce système d'information entraînait des nouvelles tâches administratives, ce qui augmentait la pression sur les ressources cléricales des cliniques et ne facilitait pas son utilisation. La courte période d'utilisation du système, mis en place graduellement au cours de l'expérimentation, limite toutefois la possibilité d'en vérifier les apports. L'intervention a fait jusqu'à maintenant un usage presque exclusif de l'approche individuelle, ce qui a mené à la sous-utilisation des intervenants communautaires.
5. BILAN DE L'EXPÉRIMENTATION	
5.1 Résultats	Le projet FASS a permis la constitution d'une équipe pluridisciplinaire intégrant deux infirmières spécialisées dans le diabète, une nutritionniste, une infirmière en soins de pieds, une organisatrice communautaire, une travailleuse sociale et un éducateur physique. Trois groupes de travail ont été formés : éducation aux patients, éducation des professionnels, communication/information. Pour le volet communication/information, on a conçu un système informatisé pour faciliter la communication entre le médecin de famille et l'équipe. Le projet a concrétisé la concertation entre les intervenants de la 1^{ière} ligne, plus particulièrement entre les cabinets de médecine familiale privés, le CLSC et les Unités de médecine familiale en milieu hospitalier. Le projet a démontré l'intérêt des médecins et des autres professionnels des institutions à collaborer. Les médecins réalisent aujourd'hui qu'ils ne peuvent plus travailler seuls. Des procédures de collaboration ont été formalisées et utilisées. L'offre de nouveaux services a agi comme déclencheur du changement d'attitude des médecins à l'égard du recours à l'équipe multidisciplinaire constituée dans le cadre du projet. La perception quant à l'utilité clinique des systèmes informatisés n'est pas encore suffisante pour justifier aux yeux de la plupart des médecins leur intégration sur leur table de travail. Par contre, les instruments développés pour le projet ont permis au médecin d'instaurer un suivi systématique. Malgré de meilleures connaissances des interventions efficaces (ex : lignes directrices de soins) leur application dans la pratique quotidienne des médecins de famille n'est pas encore suffisante. Le projet a développé un outil clinique basé sur les lignes directrices canadiennes, qui a été utilisé par la presque totalité des médecins de famille et plusieurs ont rapporté des changements dans leur pratique suite à son utilisation. L'expérimentation prévoyait l'amélioration de l'expertise clinique des médecins de famille par des séances d'éducation médicale continue, un meilleur accès aux consultations de professionnels de 2^{ième} ligne et l'introduction d'outils informatiques d'apprentissage. On observe une faible participation des médecins aux séances de formation (en raison de contraintes d'agenda aux dires des professionnels rencontrés) et une utilité relative du CD-ROM conçu par l'Association canadienne du diabète. L'influence du projet sur l'accès des

médecins de 1ière ligne aux services de consultation de professionnels de 2ième ligne reste à documenter. Ces constats témoignent du succès limité du projet en ce qui a trait à la formation continue. Soulignons aussi l'apport du « flow sheet » dont l'utilisation améliorait, selon les médecins, la connaissance et leur conformité aux normes de pratiques.

Des procédures standardisées ont été développées et implantées avec succès autant dans les communications entre le médecin et l'infirmière contact et le spécialiste, que dans le suivi systématique du patient. Les lignes directrices sur le diabète représentent une procédure standard de suivi déjà développée. Elle fixe une certaine balise pour les mécanismes de collaboration requis. Le projet a permis de les implanter. Les médecins rapportent que l'intégration de ce suivi par l'outil du projet a réellement changé leur pratique.

La grande majorité des patients a perçu l'acquisition de nouvelles connaissances sur leur maladie comme le plus grand bénéfice de leur participation. Plusieurs médecins rapportent une amélioration des habiletés de leurs patients dans le suivi de leur glycémie et une motivation accrue à gérer leur maladie.

L'importance des stratégies locales de mobilisation communautaire est devenue de plus en plus nette au fur et à mesure de l'avancement du projet. Ainsi, l'environnement immédiat des patients a eu un rôle de renforcement dans le changement de ses habitudes de vie. La mise sur pied d'un groupe de pratique régulière de l'activité physique, l'implication d'un regroupement d'une communauté ethnique dans la diffusion de l'information sur le diabète et l'implication des pharmacies communautaires sont autant de réalisations qui démontrent la faisabilité de cette mobilisation.

Les listes d'attente pour des sessions d'éducation dans les cliniques de diabète des centres hospitaliers varient de 6 semaines à 6 mois. L'accès aux services du projet se faisait en moyenne dans le premier mois suivant la référence.

La clientèle ayant reçu des services dans une autre langue que le français (30 %) ou l'anglais (50 %) constitue un pourcentage important et non négligeable (20%). L'accès à l'information dans leur propre langue a grandement contribué à leur compréhension de la maladie.

Les activités éducationnelles avaient pour but de favoriser l'autogestion, l'adoption de nouveaux comportements relatifs à la santé et la participation du patient à sa prise en charge. Cette évaluation s'est avérée coûteuse en termes de temps (90 minutes par patient en moyenne) et certaines des activités réalisées par les personnes-contact chevauchaient le domaine de compétence d'autres professionnels de l'équipe. Les médecins ont manifesté une certaine incompréhension à l'égard de l'approche de changement de comportement par étape. Ils s'attendaient à des résultats plus immédiats et concrets que ceux favorisés par cette approche.
Malgré les difficultés techniques rencontrées, la mise en marche du système d'information s'est graduellement raffinée et les médecins de famille ont manifesté leur satisfaction progressive quant à la promptitude de la rétro information avec les autres acteurs, particulièrement avec les infirmières personne-contact et pour la prise de rendez-vous avec les spécialistes.
Il semble qu'une incompréhension du modèle provoquait une absence d'appropriation du projet, ce qui ne les empêchait pas d'y référer leurs patients. Malgré cette incompréhension, le projet a provoqué, parmi les médecins, une réflexion sur leur pratique.
Les médecins en cabinet privé sont plutôt motivés par la possibilité d'offrir aux patients de meilleurs soins et d'améliorer l'accessibilité à des ressources. Les médecins en établissement ont décidé, quant à eux, de participer à ce projet pour soutenir la recherche médicale et pour l'intérêt de prendre part au développement d'un nouveau mode de soins.

Quelques médecins ont manifesté leur mécontentement face à des lacunes dans les processus de communication interprofessionnelle et interpersonnelle. Ils soulignent également une augmentation de leur charge de travail à cause du temps consacré au recrutement des patients, à la révision des dossiers et à l'apprentissage d'habiletés informatiques pour utiliser le système.

La durée limitée de l'expérimentation n'a pas permis de créer de véritable intégration.

Pour les patients diabétiques inscrits au projet, la plus grande retombée de l'expérimentation est l'acquisition de connaissances sur leur maladie. Les services les plus appréciés par les patients sont ceux offerts par la nutritionniste et l'infirmière spécialiste en soins de pieds.

	Projet 18 **Modèle de soins intégrés pour patients souffrant** **d'une maladie chronique (le diabète) dans une approche populationnelle, région de Montréal**
	Le temps d'écoute dédié par les professionnels lors des diverses rencontres est aussi fortement valorisé. Les médecins ont rapporté des changements graduels dans leur pratique médicale suite à leur participation au projet concernant : 1) l'incorporation de nouvelles connaissances dans leur pratique par un suivi plus fidèle des lignes directrices de l'ACD, l'utilisation du mono filament et une meilleure aisance, ainsi que l'utilisation des outils d'organisation et de gestion de l'information ; 2) une réduction de la durée des consultations médicales parce que les patients sont mieux informés ; 3) une réduction progressive de l'isolement professionnel par la création de liens d'appartenance et de coopération interprofessionnelle ; 4) une diminution de la charge de travail due au meilleur partage des responsabilités avec les autres professionnels de la santé.
6. POTENTIEL DE GÉNÉRALISATION	
6.1 Pérennité	Le développement de services essentiels en éducation du patient, impliquant des objectifs communs et un partage des ressources en diabète reste une priorité. Dans une étape future, une table de concertation devrait être constituée pour formaliser les liens, en plus d'un comité aviseur. La possibilité de négocier des contrats avec des professionnels du secteur privé pour des tarifs privilégiés ou sous forme de capitation afin d'augmenter l'accessibilité de certains services à la clientèle à faible revenu, pourrait être mise de l'avant. À l'heure actuelle, le projet Diabète Côte-des-Neiges n'a pas atteint pleinement son objectif d'intégration. En effet, l'écart observé entre le modèle tel que conçu et le modèle effectivement implanté suggère que les nouvelles ressources ont été utilisées pour l'ajout de services à la manière traditionnelle (en silo), plutôt que pour favoriser l'intégration. Cependant, deux arguments nuancent cette affirmation. Le premier réfère au temps très court pour l'expérimentation. En effet, des changements majeurs dans la culture et la structure des organisations partenaires étaient attendus par le FASS dans un délai de quelques mois alors les processus d'intégration demandent beaucoup de temps et d'énergie. Le second argument concerne la complexité de l'intervention à implanter qui s'est avérée difficile à cerner par les acteurs. Un protocole de recherche pour l'analyse des effets a été soumis au printemps 2000 à la Fondation canadienne de recherche sur les services de santé (FCRSS). Ce projet ayant été retenu par la FCRSS, les travaux sont amorcés dans les premiers mois de l'année 2001 et seront complétés à la fin de 2002. Malgré les difficultés inhérentes au développement et à la mise en place d'une intervention complexe et le fait que celle-ci n'a pas eu le temps de donner tous ses résultats, l'expérimentation montre qu'il est possible et opportun de proposer une véritable approche de collaboration interprofessionnelle autour du médecin de famille pour le suivi de patients souffrant d'une maladie chronique. Dans une deuxième étape du projet, il faudra veiller à se donner le temps nécessaire pour que tous les acteurs adoptent de nouvelles pratiques et que l'intervention soit entièrement implantée.
6.2 Conditions nécessaires	L'intérêt des acteurs, la volonté de collaborer, la satisfaction des professionnels et des organisations, le développement de procédures de collaboration et les changements de pratique sont des éléments essentiels de partenariat en santé. La participation des médecins de famille à l'élaboration de solutions pratiques et durables aux principaux problèmes est primordiale. Leur participation au processus de concertation requiert toutefois la création de mécanismes de représentation et la mise en place d'incitatifs financiers. Les mécanismes de communication entre les acteurs se doivent d'être multiples pour permettre au médecin de famille d'être au centre des décisions et en lien avec l'équipe multidisciplinaire.

	Projet 18 **Modèle de soins intégrés pour patients souffrant** **d'une maladie chronique (le diabète) dans une approche populationnelle, région de Montréal**
	Les acteurs impliqués, médecins, membres des divers comités, intervenants et gestionnaires, ont identifiés deux points essentiels concernant le succès ou l'échec de l'intervention. Le premier réfère au changement d'attitude des médecins, même de ceux pratiquant en solo. Le second point concerne les stratégies et les mécanismes utilisés pour favoriser la collaboration interprofessionnelle. À cet égard, nous constatons que les attentes des différents groupes d'intérêt (médecins, équipe d'intervention, steering committee) ne sont pas encore comblées. Même si l'intervention est prometteuse, les changements de pratique, de modes de gestion et d'environnement souhaités, de même que l'empowerment du patient nécessitent du temps pour se consolider et, à ce jour le projet n'a fait qu'amorcer ces nouvelles dynamiques. L'importance du travail concerté des acteurs dits privés et des établissements publics doit être reconnue et encouragée par des actions politiques (lois et règlements), par le financement de projets pilotes portant sur la collaboration et l'intégration (recherche) et par des modifications aux mécanismes de rémunération des médecins et autres professionnels du réseau dit privé (enveloppes budgétaires protégées). Des soins centrés sur le patient plutôt que sur des modalités administratives d'organisation des services devraient être au cœur de tels regroupements, car les médecins se mobilisent d'abord pour des préoccupations d'ordre clinique (soins des personnes âgées, des patients diabétiques ou cardiaques). L'informatisation des systèmes de santé, et plus spécifiquement ce qui concerne les soins aux patients, doit créer une plus grande perméabilité des échanges entre les professionnels en vue de l'optimisation des soins. Il faut donc investir dans des outils qui augmentent l'utilité clinique de ces systèmes sans qu'ils n'entravent les échanges personnels que les médecins et professionnels valorisent. Le financement de type FASS devrait être prévu sur des périodes minimales de trois ans, période d'implantation et d'évaluation de leurs impacts plus réaliste compte tenu de la mise en place des stratégies de développement professionnel et communautaire qui entraînent des changements profonds dans les façons de faire. Si l'on considère l'élargissement d'une telle initiative à l'ensemble des pratiques médicales d'un territoire, il nous faudra tenir compte de plusieurs barrières organisationnelles et personnelles que le projet a mis en lumière : faible utilisation de l'informatique pour les dossiers cliniques, manque d'espace pour installer un poste informatique ou organiser des sessions éducatives, personnel de soutien déjà surchargé et ne pouvant intégrer de nouveaux rôles (même si ce temps est rémunéré), manque de temps et finalement absence de rémunération du médecin pour de nouvelles tâches.
6.3 Avantages généralisation	Malgré les difficultés rencontrées dans le développement de processus de collaboration et le très court temps alloué à l'implantation d'une intervention complexe, il est important de souligner que les médecins réalisent aujourd'hui qu'ils ne peuvent plus travailler seuls. Le projet a également été l'occasion pour les patients de prendre conscience de leur capacité à prendre en charge leur propre maladie (empowerment). L'évaluation de l'implantation, même si elle ne fournit que des informations partielles, a permis de mettre en évidence certaines des possibilités du modèle implanté, lesquelles ont principalement trait à l'intérêt des acteurs à collaborer et à l'appréciation positive des patients particulièrement quant à leur empowerment, à l'accès à de nouveaux services et au développement d'un lien privilégié avec la personne-contact. En éducation au patient, la conception d'un outil de diagnostic éducationnel est un pas en avant dans l'instauration d'une procédure. L'utilisation du modèle transthéorique lors des sessions d'éducation a été bien reçue par les patients et les autres professionnels de la santé et les médecins observent des changements chez plusieurs de leurs patients, laissant croire que l'approche peut porter fruit.

	Projet 19 **Development and Evaluation of Cultural Consultation Service in Mental Health, région de Montréal** **Développement et évaluation d'un service de consultation culturelle en santé mentale**
1. CLIENTÈLE VISÉE	Les familles (enfants et adultes) : nouveaux arrivants, immigrants et réfugiés, les communautés culturelles établies depuis plus longtemps au Québec et les communautés autochtones.
2. BUDGET ALLOUÉ	453 676 $ Type de projet : intervention - évaluation
3. CONTEXTE D'ÉMERGENCE	
3.1 Pourquoi le changement	The reports of the Federal Task Force on Mental Health Issues Affecting Immigrants and Refugees and of the Comité de Santé du Québec indicated the need to develop culturally sensitive health care for all citizens . Despite the policy of equal access to care for everyone, significant barriers to care continue to exist across Canada for Aboriginal peoples, immigrants, refugees and ethnocultural minorities by reason of language, culture and ethnicity . Beyond the need for basic research on models of care for culturally appropriate and accessible mental health services, there is a need to improve the process of diagnosis and treatment in cross-cultural psychiatry (Rogler, 1996).
3.2 Principales caractéristiques	The principle objective of the service was to improve the accessibility and cultural appropriateness of mental health services for the multicultural population of Montreal, including immigrants, refugees, and ethnocultural groups, as well as Aboriginal peoples. The specific objectives of the project were: 1) to facilitate access to cultural expertise in mental health by developing a network of clinicians, databases and internet resources, 2) to offer ongoing professional training and to promote the development of competency in intercultural intervention among mental health practitioners, particularly those who offer front line or primary care services NOTE : On évalue et décrit les résultats de trois différents modèles de service, dont un seul a été implanté à l'aide de la subvention du FASS. Les objectifs et les résultats seront identifiés comme suit : Jewish General Hospital (JGH : Service I), the Montreal Children's Hospital (MCH : Service II), et Hôpital Jean-Talon (HJT : Service III) The project had three main activities corresponding to our major goals: I. A new Cultural Consultation service was established at the Jewish General Hospital. Specialized cultural consultation services were then evaluated and compared at the Montreal Children's Hospital, the Jewish General Hospital, and Hôpital Jean-Talon. II. A database of community organizations, professionals and resource persons with expertise in culture and mental health was prepared and a website for access to this information was created. III. A comprehensive review and systematic comparison of training programs in culture and mental health was conducted and training activities devised for specific groups of practitioners. The JGH has used a consultation-liaison model and emphasized integrating the perspectives of medical anthropology with conventional psychiatric, cognitive behavioural and family systems perspectives. The MCH has emphasized a pluralistic approach and focused on providing flexible services for immigrant and refugee children, especially those who have suffered organized violence. It has worked closely with schools and community organizations to integrate community resources and perspectives. The HJT has adapted an ethnopsychoanalytic model that uses a multicultural group of clinicians and people accompanying the patient to reframe the problem from multiple points of view, and mobilize the cultural frames of reference of the patient and his or her entourage.

	Projet 19 **Development and Evaluation of Cultural Consultation Service in Mental Health, région de Montréal** **Développement et évaluation d'un service de consultation culturelle en santé mentale**
3.3 Objectifs de l'évaluation	The CCS Project was designed to evaluate the impact of cultural consultation, to clarify its role and effectiveness, and to compare different models of implementation. **Service I** : The specific goals of this evaluation were: 1) to document the process of developing the service; 2) to identify gaps and barriers to care in the general health care system; 3) to identify the types of cultural formulation used by consultants; 4) to evaluate the client satisfaction, recommendation concordance and clinical outcomes of the intervention. **Service II :** The overall goals of the evaluation of the MCH program were to draw out the specificity and limits of a transcultural approach in child psychiatry and to outline the eventual contribution and the transferability of this specific vision to intervention in health, social service and school milieus. The specific goals were: 1) to describe the clinical population of the Transcultural Clinic and document the evolution of treatment modalities and outcomes; 2) to analyze the modes of conceptualization and intervention employed in complex cases of trauma and first episode psychosis followed by the clinic. **Service III :** Accordingly, the aim of the evaluation was to better understand the perspective of patients who received treatment at the Jean-Talon clinic with this extended group psychoanalytic model. The goal was to identify the acceptability and impact of the intervention from the patient's point of view.
4. PROCESSUS DE MISE EN ŒUVRE	
4.1 Modalités de mise en oeuvre	Aucune information à ce sujet
4.2 Enjeux ou défis posés par l'innovation	Aucune information à ce sujet
4.3 Conditions favorables ou facilitantes	Service I : Most clinicians requesting consultations had heard about the service through word of mouth, and the rate of referrals gradually increased over the course of the project. Presentations to clinical services by CCS team members also increased awareness of the service and its usefulness.
4.4 Obstacles	Service I : The cases represented an enormous diversity of countries of origin, languages, ethnocultural groups and religions. This demanded a wide range of consultants, interpreters and culture brokers. Because it was not usually possible to find a skilled clinician with the requisite language skills and cultural background knowledge, it was often necessary to use 2 to 3 consultants to address the specific cultural and mental health issues raised by a case. It was possible to find appropriate resources to conduct the consultation in most cases. However, ethnic matching was very approximate and it was particularly difficult to find psychiatrists and child psychiatrists with skills needed to work with specific patients. Patients were sometimes reluctant to meet with a culture-broker or consultant from their own background because the small size of the local community made confidentiality impossible to maintain. The same concerns about confidentiality applied to the use of interpreters during the consult. Given that the CCS strictly used interpreters from the Régie régionale, the rules of confidentiality were clearly in place. Patients needed to be reassured about what this would mean. Similarly, sometimes clients who were seeking asylum expressed concern about how information gathered during a cultural consultation might affect their application for a refugee status.

	Projet 19 **Development and Evaluation of Cultural Consultation Service in Mental Health, région de Montréal** **Développement et évaluation d'un service de consultation culturelle en santé mentale**
	The cultural consultant was sometimes placed in a difficult position, called upon to balance the demands of developing an alliance with the patient based on cultural understanding while still negotiating the rules, norms and standards of traditional psychiatric care. The demands of these two positions were sometimes in complete opposition. Despite the increased use of professional interpreters in the hospitals, difficulties and resistance to their use was still noted particularly in the case of hospitals that still tend to rely on staff members to act as interpreters. Service II : A prospective evaluation of new cases, with longitudinal follow-up. Given the limited duration of the FASS project, the collection of data for this last component is not complete and will be the subject of later publications. Some of the obstacles to implementation of the program reflected ambivalence in the broader medical sector (including their respective hospitals), which at once welcomed the effort to promote transcultural mental health services but simultaneously found it difficult to understand or appreciate the clinical exigencies or therapeutic models used. There was pressure to replace the consultation-liaison model with an outpatient treatment team approach to provide additional services that would simply take some of the load off conventional serves. There was also pressure to respond to emergencies (imminent deportation) or provide quick consultations when time was needed to bring together the requisite expertise. Finding resources (consultants, cultural brokers, interpreters, clinicians) of particular cultural backgrounds was sometimes difficult, especially when the local immigrant community in question was small. One barrier to addressing these structural problems is the prevalent ethnocentrism of health care providers and planners. For example, many hospitals under-utilize existing interpreter resources because practitioners are satisfied with a minimal level of communication with their patients, or find it too difficult logistically to obtain the requisite help. Concerns voiced by clinicians who had not used the service included the impression that such consultations would increase their workload, were too lengthy, take too long to arrange, and therefore not respond to the need for rapid problem-resolution necessitated by acute psychiatric treatment. Funding remained a particularly salient problem. In the Medicare system funding for psychiatrists can be readily arranged but support for other professionals (i.e. psychologist, nurse-practitioner, social worker, etc.) needed for an interdisciplinary team is less available. The most pressing needs are for a fulltime clinical coordinator to provide telephone consultation and triage, and funds to compensate the cultural consultants and culture-brokers drawn from the ethnocultural communities. **Health Impacts & Cost Effectiveness** : Due to the extremely heterogeneous nature of the cases, the relatively brief intervention, and the lack of direct patient contact in many cases, it was not feasible to measure or reasonable to expect direct health impacts on the patients seen by the service.
5. BILAN DE L'EXPÉRIMENTATION	
5.1 Résultats	Service I : Over the 12-month period of formal data collection, the CCS service received 102 requests for consultation. The most common reasons for consultation were for help with clarifying a diagnosis or the meaning of specific symptoms or behaviours (58%), treatment planning (45%), and for information or a link to organizations and resources related to a specific ethnocultural group or issue (e.g. refugee status (25%). About half of all requests to the CCS could be resolved with telephone contact and informal exchange of information or linking to specific

	Projet 19 **Development and Evaluation of Cultural Consultation Service in Mental Health, région de Montréal** **Développement et évaluation d'un service de consultation culturelle en santé mentale**
	resources. The most frequent explicit reason for consultation was for help in planning, reformulating or obtaining appropriate treatment for the patient (92% of cases). The next most common reasons for consultation involved interactional problems between the consultee and the patient or other care providers (67%). Service II : Our results suggest that the transcultural intervention allows us to strengthen the alliance with the family, to enlarge the therapeutic space of possibilities, and to reconnect rather than isolate the psychotic person. Service III : Of the 20 families seen by the service, 9 (45%) were traceable and agreed to the follow-up interview. Our results clearly indicate that the limitations of length of treatment and availability of psychiatry and psychology create problems of access to services for asylum seekers, refugees, immigrants and members of cultural communities. **Unmet Need** : The analysis of cases seen in the cultural consultation services and transcultural clinics indicates that language, cultural background and racism all diminish access to mental health care or undermine the relevance and reception of conventional care. The cases seen in our clinics had inadequate treatment for mental health problems, in some cases despite having being «in the system» for years. In a significant number of cases, the absence of interpreters or culture brokers and the cultural complexity of the cases prevented adequate assessment in conventional mental health care settings.
6. POTENTIEL DE GÉNÉRALISATION	
6.1 Pérennité	Aucune information à ce sujet
6.2 Conditions nécessaires	Given the need for similar resources (clinicians from specific backgrounds, interpreters, culture brokers) for both consultation and treatment, the most useful services will allow a combination of consultation with the availability of intervention and follow-up for complex cases or those requiring specialized resources. There is a need to support community services and improve their liaison with professional mental health care as well as to develop culture brokers who can work closely with clinicians to mediate clinical encounters and identify appropriate resources to assist with the social care of patients. This includes seeking means to remunerate culture brokers for their time and expertise. Health care and social services institutions must make it easier for practitioners to access and use interpreters and culture brokers. This requires supporting the additional time and personnel needed to work interculturally and across languages as well as recognizing (and recruiting) clinicians with diverse backgrounds and linguistic skills. **Training** : There is a need to strengthen training of mental health practitioners in concepts of culture and strategies of intercultural care. This should include recognition of the value of clinician's own linguistic and cultural background knowledge as added skills. Professional training should provide explicit models for integrating tacit cultural knowledge and current best practices in mental health care. Interpreting in the context of mental health care is especially demanding because of the technical need to transmit not only the gist of what someone is saying but its precise form and quality (set against a backdrop of cultural norms) in order for the clinician to assess the patients mental status. Interpreters need additional training in mental health as well as, supervision and support to work with potentially distressing or traumatizing situations. **Model of Service** : Our results suggest that there is a need to balance three sources of help for culturally diverse populations: (i) to increase awareness and skills at the level of primary care; (ii) to support community services and improve liaison with professional mental health care;

	Projet 19 **Development and Evaluation of Cultural Consultation Service in Mental Health, région de Montréal** **Développement et évaluation d'un service de consultation culturelle en santé mentale**
	and, (iii) to provide specialized teams with cultural knowledge and language skills essential to work with patients who require a high level of expertise to diagnose and treat their problems. An explicit and long term commitment on the part of regional health and social service authorities and health care institutions to the ideals of cultural competence in health care and to a meaningful response to improving the quality of services for a culturally diverse population. A willingness to work closely with representatives of ethnocultural communities and community organizations to identify unmet needs and potential resources for the delivery of cultural appropriate mental health care. The process of implementation involves identifying core staff with the requisite skills and obtaining infrastructure support (offices, secretarial support, telecommunications, computers). While there are grassroots community initiatives that address the mental health needs of immigrants and refugees, there remains a significant lack of co-ordination of resources as well as a lack of a coherent structure to manage the needs of an increasingly diverse population. As well, there are too few clinical consultants available to support primary care and frontline workers in the community. The ability to fund professionals and non-professionals with cultural expertise (culture brokers) provided by the Health Transitions grant dramatically increased the capacity of the service to provide appropriate interventions.
6.3 Avantages généralisation	The findings from this project are important because (a) they indicate significant unmet need for mental health services for Aboriginal peoples, immigrants, refugees and asylum seekers and (b) because they suggest some effective means of responding to these needs by developing additional services, providing ongoing training within clinical institutions, and by training and supporting professionals to make systematic use of their linguistic and cultural expertise. The specialized teams in transcultural psychiatry facilitated access to services in several ways: 1) they provided service for under-served populations who usually do not receive ; 2) for patients already receiving mental health care, they providing links to clinicians, interpreters, culture-brokers and community organizations with knowledge and expertise in working with specific ethnocultural groups; 3) by providing access to specialized consultation that increases the knowledge and skill («know how») of clinicians in diverse milieus, the service immediately improved the quality of care of patients; 4) by creating a place for clinical training of professionals from different disciplines who can use transcultural perspectives in their subsequent practice milieus the services contribute to the development of new resources. The development of a specialized resource also brought with it certain problems: 1) the development of a sensitivity to cultural questions leads to an increase in demands, exceeding the capacity of the team; 2) the subsequent tightening of criteria for admission reduced accessibility to the services the team while increasing the bureaucratic quality of the process which harms the alliance with a vulnerable population. There were significant changes in service use, diagnosis and treatment in individual cases that will have dramatic impact both on their long term wellbeing and functioning and on the ultimate costs of their care to the health and social service systems. In several cases patients who had not been receiving any effective treatment for their conditions were accurately diagnosed and enrolled in appropriate treatment. In some cases, this involved children who had been incorrectly diagnosed due to a lack of use of interpreters and cultural expertise and who had treated for years with inappropriate medications and other interventions.

	Projet 20 **Programme de soutien communautaire intégré et multisectoriel pour des personnes ayant des problèmes sévères et persistants de santé mentale** **Habitations Nouveau Départ (HND), région de l'Outaouais**
1. CLIENTÈLE VISÉE	Personnes ayant des problèmes sévères et persistants de santé mentale référées par les organismes suivants : les Services de longue durée du Centre hospitalier Pierre-Janet (CHPJ), le Centre hospitalier des Vallées de l'Outaouais (CHVO), les CLSC de Gatineau, Aylmer et Hull. Toutes ces personnes sont considérées comme ayant des contraintes importantes à vivre de façon indépendante. Dans le passé, plusieurs ont été hospitalisées à répétition pour de longues périodes. Des personnes ayant connu de nombreux échecs à l'intérieur d'autres programmes, ainsi que des personnes qui auraient été jadis considérées comme représentant des situations trop complexes et qui souvent auraient été admises dans des résidences traditionnelles (par exemple : résidence de type familial).
2. BUDGET ALLOUÉ	900 000 $ Type de projet : intervention – évaluation Note : Le CH Pierre-Janet (CHPJ), un partenaire important, soutient le projet depuis 1996 tant du point de vue de ses services et de ses ressources que par un apport financier considérable. Il a consenti des investissements de 100 000$, répartis sur deux ans, rendant possible l'embauche d'un coordonnateur qui a travaillé à la conceptualisation du projet.
3. CONTEXTE D'ÉMERGENCE	
3.1 Pourquoi le changement	Le projet Les Habitations Nouveau Départ (HND) a été initié en raison des préoccupations que partageaient plusieurs personnes engagées dans les services en santé mentale à l'égard de l'isolement et de la pauvreté que vivent celles et ceux qui sont atteints d'un problème grave de santé mentale. L'accès à un logement et le soutien de la communauté sont des facteurs clés d'une véritable insertion sociale des personnes atteintes de problèmes de santé mentale. Une recherche récente est particulièrement explicite quant à la contribution du logement au capital santé des usagers de services de santé. Le succès de l'intégration d'un individu dans la communauté dépend beaucoup des services et des ressources disponibles, pas seulement de la sévérité de son handicap. Parfois des suivis sont requis toute la vie d'un bénéficiaire mais, s'ils sont adaptés selon l'évolution du cas, ils peuvent lui éviter des hospitalisations répétées et de longue durée.
3.2 Principales caractéristiques	Le Regroupement des organismes communautaires en santé mentale de l'Outaouais est devenu le parrain (ROCSMO) du projet ainsi que la Maison réalité (maison de transition), le Centre d'aide 24/7 (centre de crise), le Gîte-Ami (centre d'hébergement pour sans abris) et le Centre hospitalier Pierre-Janet (Centre hospitalier psychiatrique) en sont devenus des partenaires engagés. C'est de cette coalition qu'est né Les Habitations Nouveau Départ (HND), organisme sans but lucratif offrant des services d'hébergement et de soutien à des personnes souffrant de problèmes graves de santé mentale. Les buts et objectifs poursuivis par l'organisme HND sont les suivants : 1) s'assurer de la disponibilité d'une gamme de services de soutien communautaire (intervenant référent, agent d'intégration, soutien par les pairs, activités d'intégration sociale, accès et soutien à des programmes de réinsertion socioprofessionnelle, etc.) facilitant l'intégration des personnes à leur milieu de vie, en collaboration avec des partenaires de la communauté ; 2) s'assurer de l'accessibilité, sur le territoire de l'Outaouais, d'une variété de logements propres, sécuritaires et abordables financièrement pour des personnes vivant des problèmes graves de santé mentale ; 3) rechercher, bonifier et raffiner des façons d'intervenir auprès des personnes vivant des problèmes graves de santé mentale afin d'accroître leur qualité de vie ; 4) consolider les ententes multisectorielles avec les partenaires œuvrant dans la communauté
3.3 Objectifs de l'évaluation	Les buts de l'évaluation sont : 1) évaluer l'implantation du programme, 2) évaluer son efficacité, 3) obtenir des indicateurs concernant l'efficience du programme. Les principales questions de l'évaluation de l'effet sont : 1) quels sont les effets, prévus ou non prévus, qu'a le programme HND sur la clientèle ; le programme HND est-il plus efficace qu'un service d'accompagnement et de soutien communautaire offert dans un contexte

	Projet 20 **Programme de soutien communautaire intégré et multisectoriel pour des personnes ayant des problèmes sévères et persistants de santé mentale** **Habitations Nouveau Départ (HND), région de l'Outaouais**
	hospitalier ; 3) est-ce que la participation aux deux programmes (HND et SASC) augmente les effets de l'intervention auprès des participants ?
4. PROCESSUS DE MISE EN ŒUVRE	
4.1 Modalités de mise en oeuvre	La mise en relation des différents partenaires dans une approche multisectorielle visant l'amélioration de la qualité de vie est la clé et la caractéristique de leur démarche. Aucun des partenaires ne pouvait le faire seul : trouver collectivement des solutions pour un soutien intégré des services aux personnes en garantissant un point fixe de responsabilité pour chaque personne.
4.2 Enjeux ou défis posés par l'innovation	Trois défis se posent aux HND : 1) consolider le soutien au logement des personnes et leur participation à une vie sociale valorisante ; 2) consolider le réseau de soutien et d'entraide par les pairs ; 3) consolider de manière récurrente le soutien financier requis par les partenaires pour contribuer à ce réseau.
4.3 Conditions favorables ou facilitantes	Aucune condition identifiée dans le rapport.
4.4 Obstacles	Lors de la demande de subvention au FASS, le devis prévoyait également obtenir des indicateurs concernant l'efficience du programme mais des retards dans la constitution des groupes expérimentaux n'ont pas permis d'examiner ce troisième objectif, signalent les évaluateurs.
5. BILAN DE L'EXPÉRIMEN-TATION	
5.1 Résultats	Trois groupes ont été formés : 1) l'un reçoit les services du programme HND, (N = 11) ; 2) un autre reçoit les services d'accompagnement et de soutien communautaire (SASC) du CHPJ (N = 12) ; 3) le troisième groupe reçoit les services du HND et du SASC (N = 9). Si, à ce moment-ci de l'étude, il est trop tôt pour en tirer des conclusions définitives, on peut déjà dire que les résultats préliminaires obtenus sont plutôt encourageants et qu'ils montrent des améliorations générales dans les six premiers mois. On peut même avancer que ces résultats sont de bons indicateurs des effets positifs que le programme pourrait avoir à plus long terme sur plusieurs aspects des personnes atteintes d'un problème de santé mentale et sur leur insertion sociale. L'amélioration générale observée dans tous les groupes pourrait aussi être attribuable au phénomène de la régression vers la moyenne : les participants entrent dans le programme (quel qu'il soit) à un moment où leur maladie mentale est dans un état d'exacerbation. Une partie au moins de l'amélioration observée pourrait s'être produite de toute façon. Au chapitre des activités communautaires, il semble que les participants choisissent surtout de participer à celles qui sont susceptibles de mieux répondre à leur besoin de socialisation ; ces dernières servent probablement à briser l'isolement dont souffrent souvent les personnes atteintes de problèmes graves de santé mentale. À cet effet, le succès des activités du Café le Rendez-vous confirme et répond à ce besoin. Les membres du groupe HND ont amélioré ou conservé une stabilité sur tous les aspects psychologiques dont l'étude suit l'évolution à l'exception de la consommation d'alcool ou de drogue qui aurait augmenté. Il est possible, que l'augmentation de la consommation soit liée au fait qu'au début des services les participants aient été moins enclins à dévoiler leur situation concernant cet aspect alors qu'après six mois, elle ait pu être observée par les intervenants. Tout comme le groupe HND, les participants du groupe SASC ont eux aussi vu une amélioration sur la majorité des aspects psychologiques évalués par l'étude. Dans ce groupe, aucun problème d'alcool ne s'est révélé après six mois. Les résultats concernant la situation sociale des participants font ressortir une situation moins stable au niveau de l'hébergement. Les résultats montrent : 1) une augmentation du nombre des participants ayant déménagé dans les six premiers mois des services ; et 2) une augmentation de la proportion de participants qui sont dans un logement de façon temporaire. Toutefois, les résultats montrent également une augmentation des participants qui vivent dans un logement indépendant. Cette instabilité du logement serait probablement causée par

	Projet 20 **Programme de soutien communautaire intégré et multisectoriel pour des personnes ayant des problèmes sévères et persistants de santé mentale** **Habitations Nouveau Départ (HND), région de l'Outaouais**
	l'augmentation du pourcentage de personnes qui, après avoir bénéficié quelque temps du programme, vont s'installer dans une résidence indépendante. En somme, il est possible qu'au fur et à mesure que les participants voient leur situation se stabiliser, ils songent alors à améliorer leur situation de logement et à devenir plus indépendant ce qui a pour conséquence d'augmenter les déménagements et la recherche d'un autre logement dans les premiers mois des services. Finalement, la situation des participants concernant une participation au marché du travail est stable dans les premiers six mois, la grande majorité des participants n'étant pas sur le marché du travail.
6. POTENTIEL DE GÉNÉRALISATION	
6.1 Pérennité	La Régie régionale a officiellement admis à son programme de soutien aux organismes communautaires l'organisme « Les Habitations Nouveau Départ ». Les principaux partenaires communautaires du projet (Gîte-Ami, Maison Réalité, Centre d'aide 24/7) adresseront une demande de subvention à la Régie régionale pour fin de consolidation de leurs activités en regard du suivi communautaire. Ces organismes sont admis au programme de soutien des organismes communautaires et bénéficient d'un financement récurrent. Les demandes d'aide financière présentées pour l'année fiscale 1998-1999 atteignent 270 000$ dont 110 000$ pour les HND seulement.
6.2 Conditions nécessaires	Aucune information à ce sujet.
6.3 Avantages généralisation	Aucune information à ce sujet.

	Projet 21 **Info-Santé CLSC : projet pilote d'intervention téléphonique en santé mentale, région de l'Outaouais**
1. CLIENTÈLE VISÉE	La formation et les protocoles infirmiers en santé mentale ont été conçus pour les infirmières qui font de la réponse téléphonique dans les services Info-Santé CLSC de la province. Les protocoles infirmiers couvrent différentes problématiques s'adressant à une clientèle enfant, adolescent, adulte, personnes aînées et leurs proches.
2. BUDGET ALLOUÉ	225 143 $ Type de projet : intervention – évaluation (pilote) N.B.: Ce budget tient compte du temps lié à la production et à la validation des protocoles infirmiers, du temps de formation des infirmières et des coûts liés à l'évaluation du projet.
3. CONTEXTE D'ÉMERGENCE	
3.1 Pourquoi le changement	Les infirmières expriment un besoin de formation plus pointue en santé mentale pour répondre plus adéquatement aux appels et orienter les personnes vers les ressources appropriées. Depuis la mise en place du service Info-Santé CLSC partout au Québec, sa notoriété et son utilisation ont progressé au-delà des prévisions initiales. Ainsi, un peu plus de 2,4 millions d'appels ont été traités en 1997-1998, soit 323 appels pour 1 000 personnes. Parallèlement, on assiste à un virage ambulatoire au niveau de la santé mentale. L'état dépressif, l'alcoolisme et la toxicomanie, l'accroissement du nombre de suicides et d'actes violents traduisent des malaises profonds qui affectent toutes les couches de la société. À cause de la fragilité des personnes mises en cause, il y va de l'intérêt de tous d'insister sur les besoins d'outils pertinents et de formation des intervenants directement impliqués à la première ligne. Dans un continuum de services, cette prestation de services intégrés prend toute son importance au point d'entrée du réseau. Sur le plan de la santé mentale au Québec, les Info-Santé CLSC se situent de biais avec les centres de crise et Tel-Aide. En effet, la majorité des appels reçus par les infirmières ont pour motif des problèmes de santé physique. Mais à l'évaluation, on constate que, sous-jacent à la problématique physique, il existe souvent un problème de santé mentale vécu par l'individu ou son entourage.
3.2 Principales caractéristiques	Ce projet vise deux objectifs généraux : développer des protocoles infirmiers traitant de problématiques de santé mentale les plus récurrentes lors des appels téléphoniques et tester empiriquement l'impact de ces protocoles auprès des infirmières. Le projet vise à développer des protocoles infirmiers afin d'aider les infirmières de l'Info-Santé CLSC à intervenir auprès des clientèles présentant des problèmes de santé mentale ; à offrir une formation en santé mentale aux infirmières (formule atelier) axée sur l'intervention téléphonique en lien avec les protocoles développés ; et à mesurer les impacts de l'utilisation de ces protocoles et de la formation lors des interventions téléphoniques des infirmières aux niveaux de leur satisfaction et de leur performance.
3.3 Objectifs de l'évaluation	Évaluation des impacts de l'utilisation des protocoles en santé mentale avec pré-test (3 mois avant) et post-test (3 mois après). Devis comparatif entre la région de l'Outaouais et celle de l'Estrie, deux régions desservant une population assez homogène quant au nombre de personnes au niveau socio-économique et de la densité urbaine.
4. PROCESSUS DE MISE EN ŒUVRE	
4.1 Modalités de mise en oeuvre	Implantation de protocoles infirmiers impliquant leur production et leur validation, une formation des infirmières et l'évaluation de leur impact.
4.2 Enjeux ou défis posés par l'innovation	Aucune information à ce sujet
4.3 Conditions favorables ou facilitantes	Aucune information à ce sujet
4.4 Obstacles	Délais trop courts pour mesurer le changement souhaité. Trois mois étaient nettement insuffisants pour acquérir une bonne maîtrise des protocoles d'autant plus qu'ils n'étaient pas informatisés.

	Projet 21 **Info-Santé CLSC : projet pilote d'intervention téléphonique en santé mentale, région de l'Outaouais**
5. BILAN DE L'EXPÉRIMENTATION	
5.1 Résultats	Mise en chantier du projet : développement et validation de 28 protocoles en santé mentale et préparation à l'expérimentation et à l'évaluation. La production des protocoles est un résultat très important et tangible du projet. Un total de 115 infirmières (73 en Outaouais, 42 en Estrie) ont consenti à participer et à assister aux formations en santé mentale. Dans l'ensemble, les infirmières ont apprécié la formation, mais étaient unanimes à dire que deux jours étaient insuffisants. Les délais serrés ont pu jouer sur les résultats observés en prétest/post-test en particulier dans l'analyse objective faite sur la performance des infirmières ; il n'y a pas d'évidence à court terme que la formation et l'utilisation des protocoles a changé, de façon spécifique, la qualité de l'intervention dans les deux groupes étudiés. Pourtant, la perception subjective des infirmières en prétest/post-test indique dans les deux groupes qu'il y avait un changement significatif dans leurs connaissances en santé mentale et dans leurs aptitudes à gérer des problématiques de santé mentale. Pour les infirmières, le projet produit une plus grande satisfaction dans la réponse téléphonique et un sentiment de plus grande compétence ; une démystification des problèmes de santé mentale ; un plus grand sentiment de contrôle. Si les infirmières sont mieux outillées, elles seront en mesure de mieux aider et d'orienter les appelants et leur famille aux ressources appropriées, diminuant ainsi l'utilisation des ressources lourdes.
6. POTENTIEL DE GÉNÉRALISATION	
6.1 Pérennité	Pour offrir un service adéquat, les infirmières doivent mettre à jour leurs connaissances tant au niveau de la santé physique que de la santé mentale. Une formation généralisée auprès de toutes les infirmières qui font de la réponse téléphonique serait souhaitable pour qu'elles puissent bénéficier au maximum des outils qui servent de guide. Ceci représente environ 1300 infirmières. Il s'agit de mentalités à changer et ceci ne se fait pas du jour au lendemain. Le fait d'avoir été sensibilisées à cette problématique par la formation, les infirmières avaient moins peur et pouvaient mieux écouter et se sentir plus compétentes lors des appels. Les provinces voulant installer un tel programme n'ont qu'à communiquer avec la Sogique, firme distributrice des protocoles.
6.2 Conditions nécessaires	On émet l'hypothèse que si les protocoles avaient été informatisés et que la période d'essai avait été plus longue, les résultats de l'impact auraient été différents. Une supervision plus soutenue et individuelle ou en petit groupe aiderait les infirmières à intégrer la théorie et la pratique. Il faut probablement plus de temps pour apprendre à mieux reconnaître les problématiques de santé mentale souvent présentées sous le couvert de problèmes physiques. C'est connu, les perceptions peuvent changer à court terme, mais moins les comportements et les attitudes qui nécessitent plus de temps et d'encadrement. Installer un système d'Info santé peut vouloir dire négocier avec les associations professionnelles des médecins qui pourraient croire à de l'ingérence dans leur domaine de compétence, même si le système est un service axé sur le rôle et la compétence des infirmières.
6.3 Avantages généralisation	La formation et les outils adaptés à la santé mentale sont des moyens concrets de rétention des infirmières à Info-Santé CLSC. La « raison de l'intervention » des appels mérite une attention particulière lorsqu'il s'agit de problématiques de santé mentale. Il semble y avoir des difficultés dans leur identification. Cette recherche met en lumière la place et le rôle que peut jouer l'infirmière dans l'intervention de première ligne en santé mentale en complémentarité avec les autres ressources sociosanitaires. L'Info-Santé CLSC a fait ses preuves au Québec depuis son implantation, tant au niveau des coûts/bénifices que le fait d'offrir une réponse rapide à la clientèle et de désengorger les urgences. Toutes les provinces qui voudraient utiliser un tel système déjà existant et traduit en anglais, se verraient enrichies de 28 protocoles en santé mentale pour répondre à des problématiques de santé mentale chez les enfants, les adolescents, les adultes et les personnes âgées. Les infirmières à l'Info santé jouent un rôle très important de première ligne, d'où l'importance de bien les outiller et de bien les former, en particulier dans le domaine de la santé mentale où les préjugés et la peur peuvent interférer dans la prestation des services.

	Projet 22 **La participation des citoyennes et des citoyens à l'émergence de solutions alternatives aux besoins de services de santé primaire dans les petites communautés qui adhèrent à Villes et villages en santé (VVS), région de l'Abitibi-Témiscamingue**
1. CLIENTÈLE VISÉE	La région visée par l'intervention est divisée en cinq municipalités régionales de comté (MRC). Une localité a été choisie dans chacune sur la base des critères suivants : 1) que le conseil municipal se soit déclaré « une municipalité en santé » par résolution ; 2) que le conseil municipal soit en accord et accepte de collaborer au projet et à l'évaluation de celui-ci ; 3) que la localité ait mis en place un comité promoteur ou un comité d'implantation de VVS ; 4) que la localité ait moins de 3 000 habitants (89% de toutes les localités de la région de l'Abitibi-Témiscamingue).
2. BUDGET ALLOUÉ	108 831 $ Type de projet : intervention - évaluation
3. CONTEXTE D'ÉMERGENCE	
3.1 Pourquoi le changement	Le contexte de rationalisation des ressources et de transformation des institutions du réseau de la santé et des services sociaux a occasionné des bouleversements de tout ordre dans les milieux locaux.
3.2 Principales caractéristiques	Ce projet a pour but d'offrir aux citoyennes et aux citoyens de petites municipalités de la région de l'Abitibi-Témiscamingue des moyens visant à assurer une réponse en regard de leurs besoins de services de soins de santé primaires (SSSP) dans une perspective de prestation de services intégrés. Ce projet cherche à établir de nouvelles formes d'organisation des soins de santé primaires qui sont moins dépendantes des programmes institutionnalisés, qui font appel à tous les secteurs de la communauté et qui intègrent le soutien aux personnes en difficulté avec l'action sur leurs conditions de vie, particulièrement dans les petites collectivités. Ce projet interpelle des acteurs comme la municipalité, l'école, les groupes communautaires, les citoyennes et les citoyens, aussi bien que les infirmières ou les travailleurs sociaux appelés à intervenir dans ces communautés. Des mécanismes de concertation intersectorielle qui s'inspirent de démarches de développement local, de concertation, de coordination et de participation de la population, sont mis en place dans le cadre de Villes et Villages en santé (VVS). Étapes de développement : 1) stimuler la mise en place de mécanismes de concertation entre les partenaires de différents secteurs d'activités dans trois municipalités de moins de 3 000 habitants ; 2) supporter la mise en œuvre de mécanismes de concertation entre des partenaires de différents secteurs d'activités ; 3) rendre accessibles les informations pertinentes en lien avec l'implication des membres de ces municipalités et des partenaires qui participent à cette concertation ; 4) habiliter les participants provenant de différents secteurs d'activités à ces mécanismes de concertation et de coordination par le travail en équipe avec des outils, un langage et des processus facilitant l'identification de projets visant à améliorer la qualité de vie et de santé de ces communautés ; 5) soutenir les initiatives pour le développement de projets liés à la santé et au bien-être des collectivités dans une perspective de services de soins de santé primaires pour la protection de la santé de la population. L'intervention réalisée a consisté surtout à fournir de l'information aux comités locaux VVS et aux comités de projets de SSSP, à les soutenir dans les processus locaux de prise de décision et de mobilisation ainsi qu'à leur apporter de l'aide dans la réalisation de certaines tâches reliées à la planification et à la mise en œuvre des projets.
3.3 Objectifs de l'évaluation	Les objectifs de l'évaluation de l'implantation sont : 1) décrire les conditions d'intervention dans les différents sites ; 2) décrire les processus par lesquels la collaboration intersectorielle s'est établie dans les sites ; 3) identifier les variations observées entre les sites quant au déroulement de la collaboration intersectorielle ; 4) apprécier la démarche utilisée et identifier les conditions favorables et défavorables à la mise en place de comités VVS et de projets de SSSP.
4. PROCESSUS DE MISE EN ŒUVRE	
4.1 Modalités de mise en oeuvre	Le projet consiste à accompagner de petites municipalités dans le développement de leurs capacités d'assurer une réponse alternative à leurs besoins en matière de santé et de bien-être en s'inspirant des concepts de services de soins de santé primaires et de Villes et Villages en santé prônés par l'OMS. Le projet prévoit augmenter, dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue, de deux-tiers (n=6) le nombre de petites municipalités qui seront engagées dans un projet de VVS.

	Projet 22 **La participation des citoyennes et des citoyens à l'émergence de solutions alternatives aux besoins de services de santé primaire dans les petites communautés qui adhèrent à Villes et villages en santé (VVS), région de l'Abitibi-Témiscamingue**
4.2 Enjeux ou défis posés par l'innovation	L'approche VVS est fondée sur le constat que les municipalités représentent le niveau politique le plus près de la population et, sans doute, le niveau le plus significatif en regard de la santé de cette dernière. En effet, réunir les forces vives d'une communauté, les amener à travailler ensemble, les consulter et les supporter dans la démarche de mise en priorité de leurs besoins et des actions qui en découlent ainsi que dans la réalisation des projets en conformité avec ces priorités représente le défi que plusieurs « municipalités en santé » ont relevé jusqu'à maintenant avec efficacité. On peut se demander dans quelle mesure des services de soins de santé primaires (SSSP) peuvent être développés dans des petites localités situées dans une région dont la densité de la population est faible. On peut aussi se demander si ces SSSP peuvent se développer grâce à VVS. Le maintien de l'intérêt du conseil municipal à l'égard de VVS, lorsqu'il y a renouvellement du personnel politique ainsi que la mobilisation des citoyens et des citoyennes demeurent des enjeux importants.
4.3 Conditions favorables ou facilitantes	Le fait que les intervenantes VVS de la Régie régionale proviennent du milieu de la santé publique est apparu à certains établissements de première ligne comme un facteur favorable à la collaboration avec des comités locaux VVS. Le fait que cette personne ressource connaisse bien le réseau de la santé et des services sociaux ainsi que les initiatives de VVS réalisées dans l'ensemble du Québec et dans les autres municipalités de la région a permis une circulation assez rapide de l'information auprès des membres des comités locaux.
4.4 Obstacles	Lorsque des établissements de santé de première ligne ont déjà réalisé des initiatives communautaires avec les milieux locaux, l'ajout d'une nouvelle ressource supra-locale dans le cadre d'un projet limité dans le temps apparaît comme superflu. Cette ressource professionnelle était rattachée à un organisme régional qui exerce aussi des responsabilités de contrôle des programmes et d'allocation des budgets dans le domaine sociosanitaire, ce qui peut avoir deux conséquences : a) certaines municipalités interprètent VVS comme une tentative de reporter des responsabilités en matière de santé dans le champ municipal ; b) certains établissements peuvent, à tort ou à raison, être méfiants à l'endroit de l'intervention directe réalisée dans le milieu local par la Régie régionale. La nouveauté du travail en groupe dans une communauté ainsi que différents champs d'actions mis en présence par la participation de divers partenaires semblent créer de l'ambiguïté chez certains participants. Quelques-uns peuvent parfois choisir de se retirer avant d'accepter de nouvelles façons de faire ou d'utiliser des outils jusque là inconnus. Les coupures budgétaires imposées aux municipalités et aux établissements du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que les propositions de fusions de municipalisés rendent plus difficile l'implantation de projets VVS et de SSSP. Ce contexte influence la mobilisation, la coopération et le rythme de mise en place des différents comités VVS et de SSSP, si l'échéancier est court. La durée du travail en concertation doit être souple et cette façon de faire doit être acceptée par l'ensemble des organismes et des personnes participantes.
5. BILAN DE L'EXPÉRIMENTATION	
5.1 Résultats	Ce projet a permis d'offrir aux citoyennes et aux citoyens de cinq localités rurales de moins de 3 000 habitants des moyens visant à développer des services de soins de santé primaires dans le cadre de l'approche Villes et villages en santé. L'évaluation du processus de collaboration indique que la mise en œuvre de processus d'échange d'informations, de prise de décision et de mobilisation à l'échelon local de personnes provenant de divers secteurs d'activité, requiert plus de dix-huit mois. Cette période de temps apparaît d'autant plus courte lorsque le processus de mise en place d'un comité local VVS se superpose à celui du développement de projets de SSSP. Le projet démontre qu'il est possible de mobiliser toutes les ressources dont disposent les petites collectivités telles les citoyennes et les citoyens, les familles, les groupes communautaires, les clubs sociaux, les professionnelles et les professionnels et les leaders, afin d'assurer une meilleure prise en charge de plusieurs problèmes présents dans leur communauté. L'ensemble des comités VVS et des projets de SSSP est composé des mêmes personnes locales. Celles-ci doivent éventuellement s'assurer d'une relève en privilégiant une recherche régulière de nouvelles personnes bénévoles. Peu d'actions sont réalisées en ce sens.

	Projet 22 **La participation des citoyennes et des citoyens à l'émergence de solutions alternatives aux besoins de services de santé primaire dans les petites communautés qui adhèrent à Villes et villages en santé (VVS), région de l'Abitibi-Témiscamingue**
	Trois types de considérations politiques ont influencé l'implantation de projets VVS dans les localités étudiées. 1) le renouvellement du personnel politique (maire, conseiller municipal) lors des élections municipales qui peut provoquer une période de flottement importante quant à la priorité qui sera accordée au comité VVS ; 2) les préoccupations locales pour l'amélioration de la qualité de vie ou du bien-être sont mises en relation, parfois de façon mutuellement exclusive, avec le développement économique local. Ces débats sont plus intenses dans les municipalités qui vivent des difficultés économiques importantes ; 3) dans la plupart des municipalités, la mobilisation des citoyennes et des citoyens constitue un enjeu important qui n'est pas définitivement acquis. La prise en charge par les communautés locales bénéficie de ressources humaines qualifiées et expérimentées, tant au plan local que supra-local requiert la mise en œuvre, sur une période plus longue que 18 mois, de processus d'échange d'informations, de prise de décision et surtout de mobilisation locale.
6. POTENTIEL DE GÉNÉRALISATION	
6.1 Pérennité	Ce projet démontre que l'implantation de SSSP par l'entremise de comités locaux VVS peut porter ombrage à l'implantation ou au développement de VVS. On peut facilement passer de la préoccupation que toutes les décisions municipales reflètent des préoccupations quant à la santé, au bien-être ou à la qualité de vie de la population à une préoccupation de développer des services ou des activités spécifiques, sans perspective de développement local durable.
6.2 Conditions nécessaires	Créer une vision commune : ce moment est très important pour éviter des tiraillements qui nuiraient au développement du projet et pour favoriser une économie d'énergie et de temps S'assurer de la motivation de chacun. Chaque personne a à cœur la recherche de solutions et l'atteinte des objectifs. Bien que les motivations puissent différer selon les individus, les objectifs eux sont identiques. Choisir une approche reflétant les valeurs de solidarité et de partage et des moyens d'action en lien avec la démarche. Planifier des actions réalistes et réalisables à court terme pour stimuler la motivation des participants. Faire des actions au rythme et selon les moyens de la communauté. Se rappeler que les mentalités et les habitudes changent lentement. Valoriser les partenaires, les collaborateurs et les personnes bénévoles qui appuient la démarche et penser à les remercier. Planifier ; se donner une organisation transparente avec des règles et procédures clairement établies ; résumer l'enjeu central en trois grandes données ou demandes (ne pas utiliser les objectifs) et l'enjeu doit être perçu comme majeur ; revenir souvent sur les objectifs ; tenir compte des facteurs individuels (problèmes de communication, peur du changement, etc.) ; tenir compte du fait que les intérêts peuvent être contradictoires ou conflictuels ; la satisfaction d'intérêts personnels ou corporatifs est importante ; reconnaître à chaque acteur ce qui lui revient, en relation avec ses moyens et des ressources dont il dispose ; s'assurer que chaque acteur a le sentiment d'être écouté et peut influencer les décisions ; communiquer en utilisant un langage le moins « scientifique » possible ; se doter de ressources pour appuyer le travail de groupe. Au niveau local, le rôle du maire ou du conseil municipal est crucial dans toutes les situations examinées. Il doit y avoir un accord de la part du maire en place quant à la priorité accordée à VVS et aux projets reliés à VVS. Les élections municipales peuvent modifier la composition du conseil municipal et avoir pour conséquence qu'il faille fréquemment informer le conseil municipal du rôle et des projets VVS.
6.3 Avantages généralisation	Ce projet démontre que VVS peut constituer un bon véhicule pour l'implantation de SSSP dans des petites collectivités, en favorisant le soutien du milieu local et la mobilisation des citoyennes et des citoyens ; la prise en charge et l'habilitation à la prise de décision et à la mise en œuvre par celles-ci et ceux-ci ; des réponses en matière de santé et de bien-être adaptées à des besoins locaux.

	Projet 23 **Implantation d'un programme de formation à distance soutenu par les technologies de l'information à l'intention du personnel infirmier pour la dispensation des services de santé en milieux isolés, région de la Côte-Nord**
1. CLIENTÈLE VISÉE	Les infirmiers et infirmières (n=33), les médecins (n=5) et les gestionnaires (n=4) œuvrant en Basse-Côte-Nord. La région compte 15 communautés qui possèdent les caractéristiques propres à des milieux isolés. La population régionale se chiffre à 6000 habitants. Indépendamment de la communauté, la population varie de 100 à 800 personnes.
2. BUDGET ALLOUÉ	748 213 $ Type de projet : intervention, évaluation (pilote)
3. CONTEXTE D'ÉMERGENCE	
3.1 Pourquoi le changement	L'isolement de ces communautés est marquant et il crée plusieurs problèmes au plan de l'organisation et de la disponibilité des services de santé. L'un de ces problèmes est que la faible densité de population rend impossible la présence continue de médecins dans les localités. Selon la taille de la population, le médecin se déplace de façon ponctuelle dans ces communautés pour assurer une présence selon une fréquence d'une visite au deux semaines jusqu'à une présence aux deux mois. Ce phénomène de la visite de médecins itinérants se rencontre constamment dans les dispensaires autochtones. En conséquence, l'infirmière s'avère la seule ressource professionnelle qui, en matière de santé, peut assurer le service 24 heures sur 24 dans ces communautés petites localités totalement isolées. L'infirmière se voit ainsi confrontée à une variété de situation, allant des affections courantes jusqu'aux situations urgentes. Elle est aussi appelée à offrir une vaste gamme de services allant de la promotion de la santé à la prévention de la maladie, aux soins thérapeutiques ainsi qu'aux soins de réadaptation. Aucune reconnaissance du titre d'infirmière praticienne n'existe actuellement au Québec. Cela entraîne des problèmes de recrutement et de rétention de personnel qualifié en Basse-Côte-Nord (BCN), avec comme conséquence directe l'absence de continuité et une qualité inférieure de services de santé primaires offerts à la population. Les infirmières sont touchées par un taux de roulement assez élevé. Il va sans dire que la fluctuation de la composition de l'équipe médicale et les changements relativement fréquents de l'équipe d'infirmières occasionnent une discontinuité des soins. Actuellement, les infirmières doivent se déplacer à l'extérieur du territoire pour recevoir de la formation. Les frais de déplacement de ces dernières, de même que les coûts rattachés à leur remplacement temporaire, sont élevés.
3.2 Principales caractéristiques	Programme de formation d'études supérieures en soins cliniques destinés exclusivement aux infirmières en territoires isolés (BCN), supporté par les technologies de l'information (vidéoconférence). Le fait d'utiliser la vidéoconférence est l'élément novateur du projet permettant d'amener la formation dans un milieu isolé où exerce l'infirmière. Le but du projet était d'implanter un programme de formation continue soutenu par les technologies de l'information de type vidéoconférence pour améliorer la prestation de soins intégrés et globaux dans le contexte où les médecins ne sont pas présents sur une base permanente. À court terme, les objectifs étaient de favoriser le développement clinique des infirmières en contribuant à 1) l'acquisition de connaissances et de techniques de soins avancés ; 2) au développement des habiletés et du jugement clinique ; 3) au développement d'une meilleure collaboration interdisciplinaire ; 3) au développement d'une expertise et d'une culture de formation à distance pour les milieux isolés.
3.3 Objectifs de l'évaluation	2 étapes : 1) évaluation de l'implantation et évaluation des effets à court terme (uniformisation des connaissances cliniques, apprentissage de techniques en soins avancés et prise de nouvelles responsabilités) et 2) évaluation des effets à moyen terme (amélioration de l'accès aux soins primaires, changements de pratiques professionnelles et organisationnelles et dans la disponibilité et l'utilisation des ressources) et à long terme (changements dans la qualité des soins primaires, dans l'autonomie des infirmières et la rentabilité).

	Projet 23 **Implantation d'un programme de formation à distance soutenu par les technologies de l'information à l'intention du personnel infirmier pour la dispensation des services de santé en milieux isolés, région de la Côte-Nord**
4. PROCESSUS DE MISE EN OEUVRE	
4.1 Modalités de mise en oeuvre	Technologie de l'information : formation à distance par vidéoconférence.
4.2 Enjeux ou défis posés par l'innovation	Développement des habiletés informatiques des infirmières. Assurer une transmission audiovisuelle.
4.3 Conditions favorables ou facilitantes	Implantation des systèmes de communication dans les dispensaires de la Basse-Côte-Nord (janvier 1998). Contrôle de la qualité des installations des technologies d'information (fiabilité, qualité de réception, etc.) (mai 1998). Pour tout le personnel infirmier, le facteur qui a été le plus facilitant pour les Modules I et II est très certainement la professeure de l'UQTR. On souligne presque unanimement son dynamisme, ses connaissances et plusieurs aspects liés à ses compétences relationnelles. On cite le mode d'enseignement, i.e. l'interactivité que permet la vidéoconférence. Le fait que tous les cours soient enregistrés sur cassette et qu'il y ait donc la possibilité de reprendre certains cours lors d'une absence ou encore pour approfondir certaines notions est également un facteur facilitant qui obtient une deuxième place. Le fait de posséder de l'expérience clinique a beaucoup facilité leurs apprentissages ou la poursuite de leur formation. Selon les gestionnaires, la flexibilité et la collaboration de l'UQTR de même que la flexibilité du CSBCN concernant les heures des cours et enfin la motivation du personnel ont été les trois facteurs qui ont le plus facilité la tenue de cette formation. Les gestionnaires et les médecins s'entendent pour dire qu'un des principaux facteurs facilitants dans ce projet a été la grande implication de la conseillère en formation et responsable du projet. Selon ces deux groupes de répondants, elle a su mobiliser les gens, régler les problèmes rapidement et faire preuve de beaucoup de dynamisme. On a même mentionné que si elle n'avait pas été là, le projet n'aurait probablement pas pu se tenir.
4.4 Obstacles	Les infirmières inscrites au programme de formation possèdent peu ou pas de connaissances en informatique et ont des habiletés plutôt réduites dans ce domaine. Certains protocoles de formation n'avaient pas reçu l'aval du Collège des médecins du Québec et on a renoncé à les développer (systèmes oto-rhyno-laryngologique ; ophtalmologique, respiratoire et cardio-vasculaire ; conditions ou systèmes endocrinien, tégumentaire, neurologique, musculo-squelettique, de l'abdomen et conditions de santé mentale ; évaluation de la santé de l'enfant). Chacun de ces modules devait initialement inclure des protocoles basés sur des ordonnances médicales permanentes. Ces protocoles permanents n'ont finalement pas été intégrés à la formation. Cette décision fait suite à une recommandation formelle émise par le secrétariat général du CMQ puisque l'infirmière devant poser des gestes médicaux de nature implique qu'il devrait y avoir un comité provincial qui se penche sur leur approbation avant la mise en œuvre. Quoique reconnaissant la spécificité de la pratique infirmière en milieu isolé, le CMQ considère que ces protocoles permanents devraient faire l'objet d'une résolution approuvée conjointement entre les deux ordres professionnels que sont le CMQ et l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). Le projet du CSBCN a donc dû temporairement renoncer à l'introduction des protocoles permanents dans la formation, modifiant considérablement les formations dans les aspects liés au contenu, au suivi et à l'encadrement clinique. Le temps exigé par cette formation soit pour suivre les cours, faire les travaux individuels ou de groupe ainsi que les études est considéré comme le facteur le plus contraignant par l'ensemble du personnel infirmier. Pour les gestionnaires, les facteurs les plus contraignants sont liés soit à l'implantation, soit à la tenue de la formation. Lors de l'implantation, les contraintes de temps et les délais serrés les ont bousculés dès le départ. La circulation de l'information relative à ce projet est jugée insuffisante, autant par les gestionnaires, le personnel infirmier que par les médecins. Les problèmes technologiques fréquents en début de formation ont suscité également beaucoup de réactions négatives et demandé beaucoup plus de temps que prévu à la coordonnatrice de la formation.

	Projet 23 **Implantation d'un programme de formation à distance soutenu par les technologies de l'information à l'intention du personnel infirmier pour la dispensation des services de santé en milieux isolés, région de la Côte-Nord**
5. BILAN DE L'EXPÉRIMENTATION	
5.1 Résultats	Au plan technologique : la clarté de l'image ainsi que ses couleurs et sa luminosité ont été jugés très satisfaisants par l'ensemble des répondants ; certains sites se sont plaints de saccades lors de mouvements vidéo ; les qualités techniques audio, de clarté du son et de volume ont été jugées satisfaisantes ; la qualité de transmission est excellente. Sur les 8 sites qui ont eu de la formation, seulement deux trouvaient que la durée de la formation était acceptable. Cependant, tous ceux qui ont eu une formation ont dit avoir apprécié la qualité de cette dernière et se sentir confortable avec l'utilisation du système. Le système choisi est très convivial et demande un minimum de connaissance technique. Dix sites ont été munis d'équipement pour vidéoconférence utilisable en multi-points. Trois modules ont été développés et offerts aux infirmières et infirmiers du CSBCN. En ce qui concerne les résultats attendus à court terme, il ne semble faire aucun doute que la formation a permis l'acquisition de connaissances et de techniques de soins par les infirmières et infirmiers. Cela semble vrai pour tous les acteurs interrogés qu'ils soient des secteurs infirmier, médical ou de la gestion. En ce qui concerne la collaboration interdisciplinaire, les informations recueillies sont également concordantes et permettent de conclure que la collaboration interdisciplinaire s'est améliorée. Ce constat fait l'unanimité et il s'agit là d'un gain majeur pour la pratique infirmière et médicale en milieu isolé. Relativement à l'impact de cette formation sur la pratique infirmière, ce projet est novateur pour la pratique infirmière en milieu isolé au Québec, car on a supporté le développement de connaissances et d'habiletés pour des soins directs. L'ensemble du personnel infirmier, indépendamment du milieu de travail, s'entend sur le fait que cette formation a permis : de consolider ou d'augmenter les connaissances cliniques, de développer un meilleur jugement clinique et une capacité à faire des examens physiques plus approfondis et mieux structurés, d'offrir à leur clientèle une évaluation plus rapide, plus complète et plus approfondie. Elle a permis un rapprochement ou une solidarité entre les infirmiers et infirmières et leur a donné un langage commun, une amélioration quant à leur capacité à transmettre de l'information aux médecins. Le fait de se voir et de se parler par vidéoconférence a permis de créer des liens positifs pour plusieurs d'entre eux en brisant l'isolement et en procurant l'opportunité de tisser de nouvelles complicités sur des bases individuelles. Quant au développement des habiletés et du jugement clinique, les infirmières et infirmiers interrogés sur une base longitudinale perçoivent une légère amélioration de leur sentiment de compétence clinique entre l'avant et l'après de la formation et cela, dans les six dimensions mesurées par l'échelle de Scwirian. Par contre, cette différence systématique et directionnelle qui a contrôlé la désirabilité sociale n'étant pas statistiquement significative, on assiste ici qu'à une tendance. En ce qui concerne le développement d'une expertise et d'une culture de formation à distance, l'expérience a permis d'accroître les compétences des infirmières dans ce domaine. D'ailleurs, cette expérience a été à ce point significative que des demandes de télé-consultation, de consultation interdisciplinaire et de poursuite de formation par ce mode de communication ont été faites. Seulement le tiers des répondants infirmiers provenant pour la plupart des points de services, ont émis des commentaires sur des gains potentiels pour l'organisation des services. On parle d'une diminution du nombre d'évacuations médicales car les évaluations seraient de meilleure qualité. On parle également d'une meilleure utilisation des services médicaux et d'une diminution du taux de roulement de personnel. La pratique avancée leur permettrait d'avoir du personnel formé et adapté aux besoins spécifiques des régions isolées et de répondre aux nouvelles réalités sociodémographiques telles que le vieillissement de la population, l'augmentation du volume de maintien à domicile et le virage ambulatoire. Ces gains sont perçus comme avantageux autant pour l'organisation que pour la clientèle.

	Projet 23 **Implantation d'un programme de formation à distance soutenu par les technologies de l'information à l'intention du personnel infirmier pour la dispensation des services de santé en milieux isolés, région de la Côte-Nord**
6. POTENTIEL DE GÉNÉRALISATION	
6.1 Pérennité	Un nouveau projet intitulé " Apport des technologies de l'information en soutien clinique aux besoins de l'usager et au développement professionnel des intervenants exerçant en milieu isolé " a été soumis au Programme des partenariats pour l'info-structure canadienne de la santé (PPICS) de Santé Canada. Ce projet vise la mise en place et la consolidation du service de télé-consultation et le développement professionnel des intervenants. Il s'agit là d'une retombée significative du programme de formation.
6.2 Conditions nécessaires	Le personnel infirmier a formulé plusieurs commentaires sur l'importance de mettre en place des conditions facilitant ce type de formation : avoir une session de cours un trimestre sur deux seulement, pouvoir être libéré une demi-journée par semaine pour étudier, donner aux infirmiers et infirmières participant à la formation la priorité pour le choix des jours de congé, avoir un cours aux deux semaines ou encore faire des sessions intensives avec arrêt de travail. Les infirmiers et infirmières jugent que les cours étaient trop condensés et qu'ils devraient être donnés en plus de 45 heures. Ils mentionnent également que ces cours devraient être supportés par de la supervision clinique. Les participants se questionnent sur la suite et considèrent que cette formation, si elle n'est pas généralisée ne sera qu'un coup d'épée dans l'eau puisqu'elle n'aura été dispensée que pour une cohorte circonscrite dans le temps. Selon eux, la formation devrait se poursuivre dans le but de développer une certification à laquelle les modules déjà suivis pourraient être intégrés.
6.3 Avantages généralisation	Les activités tenues sont celles qui ont permis de développer des collaborations pour développer des formations de courte durée en lien avec des ordonnances permanentes, une hypothèse de projet expérimental de formation infirmière éventuellement destinée à une certification pour pratique en milieu isolé. Ce projet a contribué à développer une culture de formation à distance, à rehausser le niveau de la qualité des soins et services offerts à des populations captives. Il a également donné naissance à de nouveaux projets de téléconsultation, de téléformation et éventuellement de télémédecine. Il a ainsi permis d'élaborer une stratégie à plus long terme relativement à l'infostructure de santé en Basse-Côte-Nord (BCN). Ce projet est unique au Québec et selon les dernières statistiques de l'OIIQ, plus de 200 infirmières ont comme principal champ d'exercice les soins en milieu isolé. Lorsque le programme de formation pour la pratique en milieu isolé présentement en développement verra le jour, il pourra avoir un effet direct sur la pratique infirmière au Québec dans ces milieux.

	Projet 24 **La télémédecine au service des régions du Québec : un projet de démonstration aux Îles-de-la-Madeleine**
1. CLIENTÈLE VISÉE	Population des Îles-de-la-Madeleine, soit environ 14 000 personnes auxquelles s'ajoutent 36 000 touristes durant la période estivale. Applications prévues : cardiologie, dermatologie, gynéco-obstétrique, orthopédie, psychiatrie, radiologie, traumatologie. Applications non prévues et réalisées : chirurgie plastique, génétique, orthophonie, endocrinologie, neurologie, ORL, réadaptation, chirurgie vasculaire.
2. BUDGET ALLOUÉ	815 765$ Type de projet : intervention, évaluation (pilote)
3. CONTEXTE D'ÉMERGENCE	
3.1 Pourquoi le changement	Les problèmes d'accessibilité des services en région éloignée sont importants. Le problème de l'écart entre centre et périphérie en termes d'accès aux services et soins spécialisés se pose avec beaucoup d'acuité. Bien souvent, les médecins en région éloignée n'ont pas les ressources spécialisées ni les moyens techniques disponibles dans les grands centres. Ainsi, en situation d'urgence, ils capitalisent davantage sur leur initiative, leur débrouillardise et leur expérience, interprétant eux-mêmes, le cas échéant, des radiographies complexes et des résultats d'examens cliniques en l'absence, sur place, d'un radiologiste ou de tout autre spécialiste. En cas de doute, ils devront se résoudre à attendre les avis de consultants externes disponibles par téléphone lorsqu'ils ont reçu les documents par courrier (radiographie, etc.) ou lors de leurs cliniques itinérantes, ou encore procèderont au transfert du patient en grand centre malgré les risques que cela comporte. Le patient attend donc plus longtemps que ceux des grands centres et surtout, court plus de risques. Environ 2 400 transferts vers d'autres hôpitaux de référence, plus environ 60 transports d'urgence par avion ambulance.
3.2 Principales caractéristiques	Le projet portait sur la conception et la mise à l'essai d'un réseau de télémédecine reliant un établissement de santé situé aux Îles-de-la-Madeleine, le Centre hospitalier de l'Archipel, à différents centres de référence régionaux et suprarégionaux de l'Est du Québec. Cependant, des besoins sont vites apparus dans d'autres domaines impliquant notamment des professionnels autres que médecins de sorte que le projet de télémédecine est devenu dans les faits un projet de télésanté, si l'on réfère aux définitions qui suivent. La télémédecine se définit comme : « tous les services médicaux offerts grâce à un ensemble de technologies qui permettent de communiquer à distance », alors que pour la Table ministérielle en télésanté, du MSSS, « la télésanté désigne les soins et services de santé, les échanges audiovisuels à des fins éducatives et de recherche ainsi que le traitement de données clinico-administratives effectués à distance par le biais d'une communication électronique ». Objectif général du projet de démonstration : améliorer l'offre de services spécialisés aux populations des régions éloignées, en l'occurrence celle des Îles. Objectifs spécifiques : 1) améliorer la communication entre les professionnels de la santé œuvrant sur tout le continuum de services ; 2) faciliter la prise de décision clinique, la prise en charge thérapeutique et le suivi des patients en région ; 3) améliorer et rationaliser la prestation de services spécialisés en région ; 4) supporter l'organisation du travail dans l'ensemble des secteurs de services de l'établissement ; 5) supporter l'utilisation des services au niveau local en région ; 6) augmenter l'autonomie de l'établissement de santé en région ; 7) améliorer les conditions pouvant influencer la santé et 8) améliorer la rentabilité du système de santé.

	Projet 24 **La télémédecine au service des régions du Québec : un projet de démonstration aux Îles-de-la-Madeleine**
	Pour les fins de ce rapport, de façon à circonscrire l'objet d'expérimentation et de simplifier sa compréhension, deux grandes catégories d'applications de télésanté sont retenues : 1) la téléconsultation ou actes médicaux ou professionnels réalisés à distance pouvant impliquer un diagnostic (télédiagnostic), l'interprétation de films ou d'images, un échange entre des pairs en vue d'évaluer les besoins de santé d'un patient, un traitement (télétraitement), un second avis médical, un contrôle ou un suivi des patients ; 2) la téléformation ou les nombreuses formes d'apprentissage sur la santé ou de formation continue à distance qui peuvent être dispensées au moyen des réseaux ou avec un accès aux bases de données de recherche. Ce projet de télésanté se démarque par plusieurs traits distinctifs, dont les suivants : 1) les besoins de services étaient ceux d'un seul établissement demandeur situé loin des grands centres urbains, mais qui concernaient l'ensemble des besoins du territoire de desserte pour les soins de santé et pour la formation médicale continue ; 2) le support en télésanté était développé sur la base et en complément de l'organisation et de la prestation de services spécialisés offerts à la population de l'établissement demandeur. Ainsi, le projet venait compléter et appuyer les activités réalisées dans le cadre des consultations faites par les spécialistes visiteurs ou aux centres de référence plus spécialisés ; 3) les applications de télésanté devaient répondre à des besoins dans des champs de pratique insuffisamment supportés aux Îles-de-la-Madeleine ; 4) un important volet d'enseignement à distance s'y trouvait rattaché, pour lequel les thèmes des sessions étaient choisis par l'équipe médicale du CH de l'Archipel.
3.3 Objectifs de l'évaluation	Les objectifs retenus de la démarche d'évaluation sont : 1) identifier les conditions d'émergence et de mise en œuvre du projet ; 2) étudier le déroulement du projet, et en particulier, les variations dans l'adhésion au projet et dans l'utilisation qui est faite des applications de télémédecine ; 3) cerner les résultats et les effets de l'utilisation des applications sur la circulation de l'information, la décision clinique, l'utilisation des services, l'organisation du travail, la qualité des services et des soins, ainsi que la rentabilité du système du point de vue des professionnels, des gestionnaires et des bénéficiaires ; 4) analyser les conditions d'adoption et de pérennité ainsi que le potentiel de diffusion des solutions retenues.
4. PROCESSUS DE MISE EN ŒUVRE	
4.1 Modalités de mise en oeuvre	À partir de l'acceptation de la demande de financement du projet, plusieurs événements ont influencé les décisions quant aux structures nécessaires à sa réalisation. Ainsi, parallèlement au projet, une Table ministérielle en télésanté et un Comité technique provincial ont été mis sur pied. De plus, le projet RQTE a débuté, et ce, sous la responsabilité du même directeur de projet. Lors du lancement du projet, un comité de gestion a été mis en place sous la présidence du directeur d'ensemble du projet. Ce comité est devenu le lieu formel et principal de décisions jusqu'à la fin du projet. Les activités de télésanté ont impliqué, à divers degrés, l'établissement de protocoles d'utilisation de la part des parties concernées. Formalisation d'une entente à l'amiable entre intervenants qui se connaissaient bien et qui avait une bonne expérience de travail commune. Pour ce qui est des autres applications de télésanté, dont la majorité n'étaient pas prévues au départ, les modalités de fonctionnement ont été définies de façon ponctuelle et par entente de gré à gré entre le centre demandeur, le directeur du projet et le consultant spécialiste retenu.

	Projet 24 **La télémédecine au service des régions du Québec : un projet de démonstration aux Îles-de-la-Madeleine**
4.2 Enjeux ou défis posés par l'innovation	Équilibrer l'offre et la demande de ressources. Intégration dans la pratique professionnelle. Disponibilité du support technique. Fiabilité de l'équipement. Susciter l'intérêt des médecins. Financement des opérations. Relation clients / médecin.
4.3 Conditions favorables ou facilitantes	Pour faciliter le bon fonctionnement et une utilisation adéquate des équipements requis, l'entreprise technologique associée au projet a élaboré un guide de marche à suivre qui était placé près des appareils concernés. Les coordonnées des représentants de cet organisme avaient également été notées afin de pouvoir les joindre 24 heures sur 24, à tous les jours de la semaine, le cas échéant. Le mode de décision adopté dans le comité de gestion était de type consensuel. Pour créer un contexte favorable à la recherche de solutions, une approche pluraliste a été privilégiée misant sur la participation des médecins et des autres professionnels. Le projet s'est construit à partir des réseaux habituels de médecins visiteurs et de centres de référence, ce qui a d'ailleurs été retenu par la majorité des participants comme un facteur important de leur adhésion en raison des liens qui existaient entre eux. Les éléments facilitant l'intégration de la télésanté dans les pratiques sont surtout liés à l'accessibilité de la technologie (41 %) et au fait d'obtenir rapidement une consultation (32 %). La qualité de la technologie a aussi été soulevée comme un facteur d'influence (18 %). La présence d'évaluateurs aux réunions du comité de gestion et occasionnellement sur les sites, la collaboration demandée aux différents intervenants et les rétroactions offertes aux parties prenantes du projet ont fait en sorte que l'évaluation a contribué aux mécanismes d'implantation pendant l'évolution du projet. Un volet important de la démarche a donc été formatif. La participation de membres de l'équipe d'évaluation aux réunions du comité de gestion et les visites dans les sites pour mieux cerner le projet, ont été l'occasion pour les acteurs impliqués de se sensibiliser et de s'informer sur l'évolution du projet afin de capitaliser sur les connaissances acquises tout au long du projet.
4.4 Obstacles	Technologie encore imparfaite et pas assez simple : problèmes technologiques au niveau du son, des décalages créent des frustrations, des pertes de temps et des contretemps qui peuvent diminuer. La collecte de données a présenté des défis particuliers car autant la collaboration des acteurs en présence a été bonne dans la majorité des activités réalisées, autant des difficultés ont été rencontrées pour faire compléter certains formulaires de transmission. La téléradiologie a relativement bien fonctionné durant le projet. Elle a permis de répondre à plusieurs attentes importantes du site demandeur. Cependant, son fonctionnement s'est avéré plus complexe et plus difficile que prévu. Par exemple, il n'a pas toujours été facile de rejoindre le médecin de garde, malgré le fait qu'une liste avait été élaborée par les équipes des trois pavillons du CHUQ.

	Projet 24 **La télémédecine au service des régions du Québec : un projet de démonstration aux Îles-de-la-Madeleine**
	Le projet a débuté plus tard que prévu afin de capitaliser sur l'accès au RTSS. L'entente de services et une autre sur la rémunération, établies entre l'ARQ et le MSSS, ont pris fin en cours de projet et leur renouvellement fut retardé, obligeant le site demandeur à s'associer à un autre centre hospitalier, régional cette fois, pour assurer la continuité des services en téléradiologie. D'autres événements ont également perturbé le fonctionnement du projet, dont le retard dans le raccordement du CHA de Québec au RTSS. On note aussi les problèmes de son pour la vidéoconférence auxquels s'ajoutaient à l'occasion ceux relatifs à la qualité de l'image. La téléorthopédie a très bien fonctionné et le service fut très apprécié. Une difficulté s'est toutefois présentée impliquant une clause du protocole, laquelle indiquait qu'un rapport de consultation serait acheminé au site demandeur. Dans les faits, il s'est avéré que les orthopédistes appliquaient le processus de consultation usuel en matière d'échange d'information par téléphone avec un collègue sans qu'un rapport ne soit complété. Des ajustements ont dû être apportés pendant le projet, sans pour autant régler le problème concernant la nécessité d'ouvrir un nouveau dossier de patient, au site fournisseur de services, lors de chaque consultation. Une difficulté liée à la technologie médicale est également survenue en télédermatologie. La caméra (dermatoscope) acquise pour les consultations dans cette spécialité ne s'est pas révélée satisfaisante pour certaines pathologies. Ceci a influencé la décision prise par le médecin consultant, de se retirer temporairement du projet. L'obtention d'un consentement s'est avérée plus difficile que prévue, comme en témoigne le fait que, pour l'imagerie médicale, peu de patients aient signé ce consentement. Les exigences pour la qualité de l'image ont semblé augmenter pendant le projet, ce qui a conduit les radiologistes à ne pas utiliser des radiographies qui n'étaient pas numérisées à la source en provenance des Îles-de-la-Madeleine. Cette situation n'a pas favorisé une utilisation optimale de la télésanté. Certains inconvénients associés à la télésanté ont été relatés par les professionnels : le temps requis pour préparer une séance de télésanté par mode de vidéoconférence (45 %) et les limites liées à la technologie (27 %) constituent potentiellement des limites dans un contexte où la rapidité d'exécution est nécessaire. Mentionnons qu'une amélioration notable a été constatée à cet égard avec la mise en fonction du RTSS. Toutefois, les problèmes d'images, et plus particulièrement de son, rencontrés au cours du projet ont pris beaucoup plus de temps que prévu pour les professionnels lors de consultations. Par contre, la nette amélioration remarquée vers la fin du projet pour résoudre ces difficultés devrait normalement faire contrepoids aux expériences négatives vécues par certains utilisateurs. La rémunération a souvent été soulignée comme un facteur important à considérer dans une optique de pérennité ou de diffusion du point de vue des professionnels. Celle des médecins du CH de l'Archipel, sur une base d'honoraires par opposition à une rémunération à l'acte, aurait favorisé la participation au projet. Plusieurs personnes au site demandeur ont dit être « gênées et mal à l'aise » de demander une consultation à un expert en sachant que celui-ci n'était pas rémunéré pour le service. Par ailleurs, sur un autre plan, le fait qu'il existe un manque d'information au sujet des responsabilités des professionnels constituait, dans le sondage, un autre inconvénient associé à l'utilisation de la télésanté (18 %). La précision sur les responsabilités peut être importante pour identifier le seuil de la responsabilité professionnelle. Pour certains, la responsabilité est davantage située chez le médecin traitant dans les cas d'opinions données par téléphone. Cela est différent de la récente position du Collège des médecins qui indique que le lieu de la responsabilité de l'acte médical en télésanté est rattaché au médecin consultant.

	Projet 24 **La télémédecine au service des régions du Québec : un projet de démonstration aux Îles-de-la-Madeleine**
5. BILAN DE L'EXPÉRIMENTATION	
5.1 Résultats	Pour améliorer l'accès aux services spécialisés de la population insulaire, le CH de l'Archipel a eu recours, jusqu'au 22 décembre 2000, à une expertise extérieure dans 14 domaines d'application. Dans l'ensemble des applications mises en œuvre, il s'est effectué un nombre total de 118 transmissions. Les plus utilisés ont été l'orthopédie, la radiologie et la dermatologie. Il faut noter l'utilisation moindre qu'attendue en traumatologie, gynéco-obstétrique et psychiatrie, voire même inexistante en cardiologie. **Patients traités :** Au terme de la présente période d'expérimentation, la télésanté aura été utilisée pour traiter un nombre total de 101 patients (histoires de cas individuels). Le nombre de transmissions, plus limité en début de projet, a progressé vers une utilisation plus importante entre avril et juillet, pour diminuer un peu à l'automne 2000, ce qui était prévisible en raison de la saison touristique. Il est prévisible que le volume de transmissions continue d'augmenter avec le temps si les conditions demeurent favorables. La télésanté a été utilisée davantage par les médecins spécialistes. Du côté des omnipraticiens, on constate qu'une très grande majorité de ceux-ci ont utilisé la télésanté dans leurs pratiques professionnelles, soit 17/22 pour l'ensemble des omnipraticiens œuvrant aux Îles-de-la-Madeleine et 16/19 uniquement pour les membres de l'équipe médicale permanente du CH de l'Archipel. Cela est exceptionnel dans les projets d'introduction des technologies d'information pour fins cliniques. Il faut noter en même temps qu'il y a de plus grands utilisateurs. En effet, 6/17 l'ont utilisée trois (3) fois ou plus, allant jusqu'à huit (8) fois dans un cas, alors que la majorité des utilisateurs, soit 11/17 omnipraticiens, l'ont utilisée deux (2) fois ou moins. Pour 60 % des patients, l'amélioration de l'accès aux services s'est produite dans une situation critique d'urgence ou de possibilité de transfert. **Décision clinique :** Les demandeurs et les consultants indiquent que, dans la majorité des cas, la télésanté a procuré une aide pour établir, infirmer ou confirmer un diagnostic, et/ou établir le traitement approprié, et ce, dans un laps de temps compatible avec des soins de qualité. Contrairement à ce que l'on aurait pensé, le mode de fonctionnement par imagerie médicale n'a pas apporté une surcharge de travail, aux dires des demandeurs et des fournisseurs de services. Ils rapportent plutôt une amélioration dans l'exécution du travail en comparaison des transmissions antérieures via le satellite. En bref, la télésanté a contribué dans ce projet à un meilleur accès aux services de santé en région éloignée surtout lors de situations urgentes et pour mieux déterminer le besoin de transferts de patients. À cet égard, un transfert a été évité dans le cas de 23 patients et, à l'opposé, 3 cas de transferts non anticipés ont été décelés par ce mode d'intervention. De plus, la population a bénéficié de services de santé qui étaient non disponibles auparavant. La télésanté a aussi permis à des médecins traitants d'assister en temps réel aux consultations de leurs patients avec des spécialistes, ce qui a été perçu comme une condition d'amélioration de la pratique par les professionnels et par les patients impliqués. Quant à la téléformation, l'assistance soutenue des participants aux diverses sessions indique bien l'intérêt qu'elle a suscité. Comme dans la plupart des études réalisées sur ce sujet, les patients ont été particulièrement satisfaits de leur expérience avec la télésanté

	Projet 24 **La télémédecine au service des régions du Québec : un projet de démonstration aux Îles-de-la-Madeleine**
6. POTENTIEL DE GÉNÉRALISATION	
6.1 Pérennité	L'intégration d'une équipe d'évaluation dans un projet de cette nature constitue une condition de pérennité et de diffusion de la télésanté. Ce projet est susceptible d'exercer de fortes pressions sur les fournisseurs de services à cause de l'éventualité d'un accroissement considérable de volumes d'activités via la télésanté. Déjà, la multiplication des services demandés à l'intérieur de ce projet n'a pas été simple à gérer au niveau des établissements. Pour le moment, les ressources impliquées dans ce projet ont pu compter sur une subvention de l'extérieur pour assurer un minimum de services. Mais la pérennité de cette organisation demeure fragile puisqu'elle dépend de la bonne volonté des répondants choisis et non d'une véritable structure de fonctionnement et de financement. La pérennité et la diffusion de la télésanté seront influencées par les politiques de support à l'innovation qui seront retenues par les instances publiques et privées. Au plan de la gestion des coûts d'un tel service, le projet pourrait amener les différentes personnes intéressées par son développement, à réfléchir à différentes modalités de financement dont celle de partenariats avec l'entreprise privée.
6.2 Conditions nécessaires	Champion-promoteur pour faire face aux règles du jeu et aux préoccupations des établissements qui priment sur l'individu. Maximiser l'utilisation de la formation continue. Optimiser la facilité d'utilisation et l'obtention de résultats avec des protocoles simples, optimiser les capacités (qualité, fiabilité, convivialité, simplicité) de la technologie. Des adaptations au plan des modes de rémunération tenant compte des différents contextes de pratique et d'utilisation de la télésanté seront nécessaires avant d'envisager une diffusion sur une plus grande échelle. Le projet des Îles-de-la-Madeleine ne fournit pas de solutions précises à cet égard mais permet de constater que la rémunération a eu un impact sur l'utilisation. Il faudrait considérer la charge additionnelle de travail que pourrait occasionner, aussi bien dans le centre demandeur que dans les centres fournisseurs de services, une augmentation de l'utilisation de la télésanté. Pour le médecin consultant, l'utilisation par un plus grand nombre d'établissements signifie encore plus de services à fournir à l'intérieur d'un horaire déjà compressé, et ce, sans parler de l'ajout d'activités administratives plus ou moins attirantes pour le professionnel (ouverture d'un dossier, consentement écrit du patient, etc.). **Conditions liées au système de santé** : Lorsque l'on pense à l'accès aux services spécialisés pour les populations vivant en régions éloignées, la télésanté apparaît dès lors comme un moyen pouvant contribuer aux orientations générales du MSSS. Toutefois, elle est clairement tributaire des orientations et des stratégies que les autorités publiques choisiront pour faire évoluer les réformes entreprises et de leur capacité à les implanter. Outre les facteurs humains et organisationnels, ces conditions sont aussi intimement liées à la qualité des infrastructures technologiques qui seront mises en place et au financement qui sera rendu disponible. Privilégier une mise en place progressive des services de télémédecine, de façon à permettre aux différents intervenants de s'approprier peu à peu la solution technologique et de l'intégrer au rythme qui leur convient, à leurs pratiques professionnelles. **Conditions liées aux organisations** : Une des caractéristiques du présent projet est qu'il se soit déployé sur la base du respect de l'organisation des services existants. Ce développement en fonction des collaborations existantes était aussi voulu dans le but de favoriser la continuité des services. Dans cette perspective, le projet s'intégrait bien dans l'organisation hospitalière et dans son fonctionnement, ce qui s'est avéré déterminant lors de son émergence et, en cours de route, pour son ajustement.

	Projet 24 **La télémédecine au service des régions du Québec : un projet de démonstration aux Îles-de-la-Madeleine**
6.3 Avantages généralisation	Les avantages de cette nouvelle façon de faire, tels que perçus par les demandeurs et particulièrement les fournisseurs de services, sont une meilleure communication entre le consultant, le patient et le médecin traitant, et un renforcement du lien de confiance qui existe entre le patient et son médecin traitant, et entre le médecin traitant et le consultant. Pour la qualité de l'acte, autant les demandeurs que les fournisseurs ont rapporté que la solution technologique avait offert des conditions qui préservaient cette qualité. Mentionnons aussi, que plusieurs professionnels pensent que la télésanté peut représenter un atout pour les jeunes professionnels à venir pratiquer en région éloignée. L'accès à l'expertise (55 %) et à la formation des professionnels (55 %) a été souligné comme des facteurs particulièrement importants par les professionnels, de même que le contact direct possible avec un expert (32 %). L'aide à la prise de décision clinique dans un délai approprié pour assurer la qualité de l'acte, et ce, surtout en situation d'urgence ou de transfert potentiel, est au centre des avantages perçus par les professionnels. La télésanté peut être vue comme un outil ayant rendu les services plus accessibles. De plus, cette accessibilité à une expertise spécialisée a permis aux médecins locaux de mieux traiter des patients qui présentaient des problèmes de santé très diversifiés. La télésanté a aussi eu comme effet de sécuriser les demandeurs dans leur décision de traitement.

	Projet 25 **Évaluation de la programmation régionale de soins et de services de courte durée et du Centre hospitalier ambulatoire de Laval (CHARL), région de Laval**
1. CLIENTÈLE VISÉE	Population lavalloise pour les problématiques suivantes : pédiatrie, gériatrie, maladies respiratoires et oncologie
2. BUDGET ALLOUÉ	526 995$ Type de projet: évaluation
3. CONTEXTE D'ÉMERGENCE	
3.1 Pourquoi le changement	Le Ministre de la SSS a décidé de créer un nouvel établissement comme levier à l'implantation de la programmation de soins et de services ambulatoires et a désigné Laval. Profonde remise en question du processus de l'hospitalisation traditionnelle ; contraintes financières ; changements démographiques vers le vieillissement des populations et nouveaux besoins associés ; modes d'organisation de prise en charge inefficients et mal adaptés aux besoins des personnes âgées ; changements de valeur. Développement des connaissances et progrès de la technologie évitent des hospitalisations et expliquent le virage de l'hôpital vers l'ambulatoire, sans parler des économies que ce virage génère et ce que le virage comporte comme transferts de responsabilités et de coûts vers les patients, les familles et le milieu communautaire.
3.2 Principales caractéristiques	Ce projet englobe l'évaluation de la programmation régionale de soins ambulatoires (PRSA) qui comporte 13 programmes et 87 mesures ou interventions plus ou moins complexes, et la création du CHARL. Les fonctions du CHARL touchent la production de soins et services ambulatoires spécialisés en complémentarité avec les autres établissements existants et la coordination trans-établissements de la PRSA. L'évaluation porte sur l'implantation et les effets des programmes de gériatrie, des maladies respiratoires et d'oncologie, retenus pour la création du Centre hospitalier ambulatoire régional de Laval et la mise en place de la programmation régionale en matière de soins et de services de courte durée. Intégration clinique via le programme régional de soins et services englobant les volets pré, per et posthospitaliers par « épisodes de soins ». Développement d'une « vitrine technologique » pour supporter la transmission des informations cliniques via le dossier minimal patient et l'index patient régional.
4. PROCESSUS DE MISE EN ŒUVRE	
4.1 Modalités	Le Conseil d'administration de la Régie de Laval mettait sur pied en décembre 1995 le Comité d'implantation du centre hospitalier ambulatoire dont la mission était de proposer une nouvelle façon d'organiser les services de courte durée. Celui-ci concluait qu'il était possible de rencontrer l'objectif de desservir 65 % de la clientèle lavalloise et de combler le besoin en services de courte durée en misant sur une programmation de substitution des activités hospitalières conventionnelles par des activités ambulatoires et sur la nécessité de combler un besoin de 100 lits conventionnels additionnels pour l'année 2006. Le Centre hospitalier ambulatoire régional de Laval (CHARL) a ouvert ses portes le 17 mai 1999 dans des locaux temporaires. Depuis lors, avec le déploiement des différentes mesures, sur une période de deux ans le CHARL offre des services dans plusieurs disciplines dont la pédiatrie, la cardiologie, la pneumologie, la néphrologie et la santé des femmes. L'expérience de consolidation du réseau régional de soins spécialisés à Laval met de l'avant trois stratégies pour atteindre ses objectifs : une stratégie d'augmentation de l'intégration des ressources et services, une stratégie d'augmentation de la disponibilité de ressources et

	une stratégie de virage ambulatoire. La stratégie d'intégration envisagée dans le modèle Laval nécessite de fait quatre niveaux d'intégration : 1) une intégration fonctionnelle, i.e. une intégration des fonctions-clés de support, 2) une intégration des médecins, 3) une intégration des valeurs, 4) une intégration clinique, i.e. une intégration des fonctions de production. L'intégration clinique ne peut voir le jour sans intégration des valeurs qui, elle, résulte de l'intégration fonctionnelle et de l'intégration des médecins. Finalement, une meilleure intégration clinique devrait contribuer à améliorer l'accessibilité directement, en éliminant des obstacles organisationnels à l'accessibilité, et indirectement à travers un meilleur rendement clinique.
4.2 Enjeux ou défis posés par l'innovation	Enjeux concernant la *difficulté à évaluer* des interventions complexes : elle requiert le recours à de multiples stratégies et devis de recherche, à diverses disciplines et à plusieurs niveaux d'analyse. Enjeux cliniques : « Réingénierie » des processus qui demande une adhésion des intervenants, où les médecins sont les premiers porteurs; demande la participation des médecins, la rémunération des médecins, l'uniformisation des pratiques et la responsabilité Enjeux organisationnels : renégociation des mandats, rôles, responsabilités ; impacts particuliers pour CH et CLSC ; priorités régionales vs celles des établissements ; *relations interorganisationnelles*, tels que la communication, la clarification des rôles et responsabilités, la reconnaissance des expertises et spécificités de chacun, l'autonomie des établissements et les systèmes d'information. Enjeux technologiques : processus itératif ; plateforme technologique commune pour les 7 établissements concernés ; investissements importants dans la formation ; conditions d'adhésion des médecins
4.3 Conditions favorables ou facilitantes	Leadership persévérant, processus partagés (qui fait quoi), budgets dédiés et foi-espérance-charité. Comité de coordination et comités de programmation ont priorisé les problématiques, révisé les processus, etc. Le flux financier et l'adoption généralisée des guides de pratique trans-professionnels et trans-organisationnels sont deux caractéristiques fort innovatrices du modèle. Les facteurs qui ont contribué favorablement à l'intégration fonctionnelle ont été la relative clarté de la vision stratégique, l'engagement initial fort de certains acteurs-clés, la promotion du moins au départ d'une approche qualité, une gestion attentive des frontières et de l'autonomie organisationnelle et un processus ouvert et commun de définition des problèmes, enjeux et mécanismes. Les médecins ont exercé un leadership fort dans l'implantation du projet et ce, malgré le manque d'incitation économique et une certaine méfiance initiale. Ils ont été attirés par la vision du projet, par l'attrait d'un système d'information clinique performant et par la promotion d'une approche qualité. Deux des points forts du projet résident dans la place centrale qu'ont occupée les médecins dès l'élaboration du projet et dans le respect de différentes formes d'engagement possible de leur part. L'implantation s'est faite dans un contexte de restrictions budgétaires importantes, ce qui aurait pu nuire à la capacité d'adaptation des différents partenaires. Cependant, comme le projet constituait en lui-même un apport de ressources nouvelles, la répartition de celles-ci a présenté un attrait certain, propice à la participation.
4.4 Obstacles	Les données nécessaires pour compléter l'analyse populationnelle et pour faire l'analyse économique proviennent de fichiers administratifs qui ne sont malheureusement pas encore accessibles. La fragmentation de la gestion et le manque d'incitations financières à la performance sont certainement deux contraintes majeures du

	Projet 25 **Évaluation de la programmation régionale de soins et de services de courte durée et du Centre hospitalier ambulatoire de Laval (CHARL), région de Laval**
	modèle proposé
	Une variété de mécanismes d'intégration fonctionnelle fondés et appropriés ont été implantés. Leur nombre et leur complexité pourraient entraîner une lourdeur excessive dans la coordination fonctionnelle et la prise de décision. Les principaux obstacles à l'intégration fonctionnelle ont été l'incompréhension ou la non-adhésion au bien-fondé chez certains partenaires, une vision hospitalocentriste des soins de santé encore prévalente dans le réseau, des intérêts farouchement irréconciliables, de fortes cultures professionnelles et organisationnelles divergentes et de la méfiance. Les facteurs qui ont freiné le processus d'intégration fonctionnelle des partenaires incluent une fluctuation du leadership dans l'implantation, l'absence d'un système d'information intégré et d'évaluation de la performance au niveau administratif (organisationnel), le manque d'incitations à la performance, la fragmentation du financement, la répartition inégale du pouvoir et les lacunes au niveau de la communication avec les sphères publiques et politiques. Bien que le projet ait réussi à susciter une bonne coopération chez la plupart des médecins, celle des partenaires s'est avérée plus laborieuse.
5. BILAN DE L'EXPÉRIMENTATION	
5.1 Résultats	
	L'intégration des fonctions administratives entre partenaires est assez bien réussie en termes de gestion stratégique mais peu en gestion financière, gestion des ressources humaines, gestion de la qualité et gestion de l'information. Bien que la PRSA rejoigne un nombre limité de médecins, ceux qui le sont s'impliquent et s'engagent fortement dans le projet. Bien qu'il y ait consensus sur l'idéologie de l'intervention, le projet n'a pas encore réussi à créer une compréhension mutuelle des rôles et responsabilités de chaque partenaire, ni de consensus sur la définition des enjeux. Les partenaires n'ont toujours pas de vision trans-établissements des besoins et problèmes, ni d'appréciation mutuelle positive, ni de sentiment de confiance généralisé. L'élaboration de la programmation s'est faite de façon minutieuse et rigoureuse. Le résultat, c'est-à-dire le contenu des programmes, semble valide et bien accepté par la grande majorité des professionnels. Les résultats obtenus jusqu'à présent montrent que les normes de pratique définies dans la PRSA pour les divers épisodes de soins sont adéquates dans l'ensemble. Les résultats de l'évaluation indiquent une continuité et une justesse adéquates des services post-chirurgie du sein. Par contre, la prise en charge des asthmatiques se présentant à l'urgence de l'hôpital n'est pas optimale en termes de continuité, dans la mesure où une proportion importante d'asthmatiques n'a pas de médecin traitant et n'est pas référée au centre d'enseignement en asthme. Les résultats obtenus jusqu'à maintenant montrent une adéquation entre les besoins et les services offerts (globalité). Parmi les mesures étudiées plus spécifiquement, seuls les services psychosociaux pour les femmes atteintes de cancer du sein devraient être renforcés. Les résultats des diverses études ont montré une satisfaction très élevée chez les clientèles. Dans l'ensemble, les résultats obtenus jusqu'à présent ne montrent pas d'effet significatif des mesures au niveau de l'état de santé.

	Projet 25 **Évaluation de la programmation régionale de soins et de services de courte durée et du Centre hospitalier ambulatoire de Laval (CHARL), région de Laval**
6. POTENTIEL DE GÉNÉRALISATION	
6.1 Pérennité	Aucune information à ce sujet.
6.2 Conditions nécessaires	Le modèle Laval est centré sur les soins spécialisés. Bien que ce choix ait originé de préoccupations d'ajouts de ressources hospitalières et d'amélioration de l'accessibilité aux services hospitaliers, il rend plus difficile le fonctionnement en réseau par l'introduction d'une démarcation néfaste entre la première et la deuxième ligne. Or, la nécessité d'intégrer les réseaux de soins et services autour de la première ligne fait consensus dans la littérature scientifique. Il semblerait donc important de travailler à court terme à étendre l'envergure du réseau de façon à impliquer étroitement la première ligne et, à moyen terme, peut-être même recentrer le réseau autour de cette dernière. Il importe de s'assurer d'un leadership fort et éclairé de façon à améliorer l'intégration fonctionnelle des partenaires et de maintenir aussi l'engagement important du corps médical afin d'améliorer la coopération et la confiance des divers partenaires.
6.3 Avantages généralisation	Cette évaluation montre que la PRSA a résulté en une intégration clinique appréciable et ce, malgré des difficultés importantes au niveau de l'intégration fonctionnelle. Les divers projets réalisés dans le cadre de cette évaluation indiquent que, dans l'ensemble, les patients ayant bénéficié de la PRSA se sont vu offrir des services globaux, continus, justes et accessibles et s'en déclarent très satisfaits. Il est cependant trop tôt pour conclure quant aux effets de la PRSA et de CHARL sur l'état de santé, la qualité de vie, la lourdeur d'utilisation et l'efficience globale du système. Le modèle mis de l'avant à Laval est prometteur et repose sur des assises solides d'intégration clinique qui, logiquement et sur la base des résultats obtenus jusqu'à présent, semblent produire des soins de qualité.

	Projet 26 **Effets des modes d'intégration des services en émergence dans la région sociosanitaire des Laurentides**
1. CLIENTÈLE VISÉE	Population ayant des problèmes de santé physique et personnes âgées en perte d'autonomie de la région des Laurentides
2. BUDGET ALLOUÉ	312 000 $ Type de projet : évaluation
3. CONTEXTE D'ÉMERGENCE	
3.1 Pourquoi le changement	Le manque de concertation et d'intégration des ressources sociosanitaires est perçu comme affectant défavorablement la qualité et le coût des services. Pour pallier ces lacunes, le Québec a entrepris de réformer en profondeur son système de services de santé et de services sociaux. Pour apporter des correctifs, deux séries de mesures sont proposées : le virage ambulatoire et la reconfiguration du réseau, qui vise la création de réseaux intégrés de services pour accroître la concertation des ressources et l'intégration des services offerts à la population. La stratégie privilégiée au Québec à cet égard est le regroupement d'établissements.
3.2 Principales caractéristiques	Par la transformation de son réseau, la Régie des Laurentides poursuit deux objectifs en ce qui à trait aux efforts consacrés à des fins administratives. Le premier est de ramener le pourcentage des dépenses totales consacrées à des fins administratives à un niveau comparable à celui observé dans l'ensemble du Québec. Le deuxième est d'accroître le pourcentage des dépenses totales consacrées aux services à la clientèle. Les effets escomptés de la transformation du réseau de la région des Laurentides et de la mise en place d'un mode d'intégration concernent (1) la nature, (2) l'accessibilité, (3) la continuité des services, (4) la rétention de la clientèle au sein de la région ou de chacun des bassins ainsi que (5) les efforts consacrés aux fins administratives relativement à ceux déployés aux services à la clientèle. L'approche adoptée dans les Laurentides laisse l'initiative aux responsables locaux, s'oriente vers une organisation des services par territoire et fixe aux établissements des objectifs de rationalisation administrative. Là où les établissements concernés n'arrivaient pas à s'entendre sur les moyens à prendre pour atteindre ces objectifs, la Régie se réservait le droit d'intervenir. Le territoire est divisé en cinq bassins. Trois avenues sont identifiées par la Régie régionale : 1) la modification du cadre juridique des établissements pour les placer sous une même autorité administrative (fusion); 2) l'allocation collective ou le partage des ressources entre les organisations des bassins; 3) l'organisation conjointe de la prestation de service. Cette collaboration inter-organisationnelle est souhaitée pour la mise en place de chacun des réseaux de services.
3.3 Objectifs de l'évaluation	Objectifs : 1 - dégager le ou les modes les plus susceptibles de réaliser l'intégration (taux de rétention, changements dans les pratiques professionnelles et organisationnelles, l'accessibilité, la continuité, la globalité des services et la réduction des coûts) ; 2 - repérer les conditions associées à l'obtention de ces résultats.
4. PROCESSUS DE MISE EN ŒUVRE	
4.1 Modalités de mise en oeuvre	Dans le cadre de la reconfiguration des services et du virage ambulatoire au Québec, la RRSSS des Laurentides se démarque des autres RRSSS par une approche qui laisse l'initiative aux responsables locaux des 5 bassins du territoire quant au mode d'intégration des services ; c'est aux établissements de chaque territoire et à leurs partenaires de convenir des moyens à mettre en œuvre pour intégrer les services, effectuer le virage ambulatoire et atteindre les objectifs de services à la population et de réduction des coûts.

	Projet 26 **Effets des modes d'intégration des services en émergence dans la région sociosanitaire des Laurentides**
	L'intégration porte sur les services plutôt que sur les ressources - la RRSSS a confié aux CLSC le mandat de développer, en collaboration et en concertation avec les partenaires de leur territoire, 4 réseaux intégrés de services soit les services de santé de base, les services de maintien à domicile pour les personnes en perte d'autonomie, les services pour les jeunes en difficulté d'adaptation et les services pour les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale.
4.2 Enjeux ou défis posés par l'innovation	Un enjeu central : le maintien de l'autonomie voire de l'existence même des organisations. Pour atteindre cette efficacité, il faut développer une relation de confiance par un processus d'apprentissage collectif entre les professionnels concernés. Cette relation de confiance repose sur l'implication des professionnels dans les changements, particulièrement des médecins, la présence d'un leadership clinique fort et la mise en place de mécanismes de liaison efficaces permettant une circulation adéquate de l'information. L'enjeu de l'autonomie se pose avec moins d'acuité dans les centres populeux (bassins A et B). Une clientèle dense et concentrée, des établissements de taille relativement importante et un accroissement substantiel des budgets de fonctionnement permettent à ces derniers d'entretenir des rapports de négociation plus équilibrés entre eux. Les modes d'intégration qui émergent ne remettent jamais en question leur existence ou leur autonomie. La situation est toute autre dans les bassins (C, D et E) de faible densité de clientèle distribuée sur une grande étendue géographique. Or, on y trouve des établissements de petite taille, des réductions souvent importantes de leurs budgets de fonctionnement et des difficultés d'attraction et de rétention des professionnels de la santé particulièrement des médecins qui font en sorte que leur autonomie voire même leur survie sont perçues menacées. Cette situation semble plus aiguë pour les centres hospitaliers à cause, en autres, des objectifs même du virage ambulatoire (crainte d'une baisse importante de leur clientèle) et des propositions de fusion aux plus gros centres hospitaliers de la région (crainte de devenir un hôpital de campagne). Les établissements de ces bassins sont aussi en position plus vulnérable face à la Régie. À leurs yeux, les fusions sont devenues pour la Régie une sorte de point de passage obligé pour rationaliser les ressources. Ce contexte favorise un repli sur l'identité corporative des établissements qui l'encourage à développer des stratégies servant leurs propres intérêts.
4.3 Conditions favorables ou facilitantes	Dans le bassin C, des fusions entre CLSC et centres d'hébergement et de soins de longue durée ont été acceptées afin de créer un nouvel établissement de taille viable, de maintenir dans le bassin une certaine autonomie d'organisation et de prestation de services à la population et surtout comme alternative plus acceptable à la fusion au centre hospitalier. Dans le bassin D, une fusion des deux centres hospitaliers a été réalisée dont l'un a aussi une mission de centre de réadaptation. Elle a été acceptée par les établissements concernés afin de doter le bassin d'un centre hospitalier de taille viable mais surtout pour assurer la survie du centre hospitalier ayant une mission de centre de réadaptation. Une solidarité territoriale s'est exprimée et sert à pallier une perte d'autonomie organisationnelle. L'efficacité de la gestion de l'interface dépend de la mise en place de dispositifs de liaison. Ceux-ci peuvent être d'ordre organisationnel (protocoles et ententes informelles) ou d'ordre professionnel. Au plan professionnel, il apparaît que la présence d'un acteur pivot bien identifié et jouissant d'une certaine marge de manœuvre dans sa prise de décision soit essentielle au bon déroulement du processus de soins. Aussi, des dispositifs de liaison (tels des fiches de toutes sortes) sont des formes de stabilisation des consensus auxquels les professionnels sont arrivés. Leur légitimité et leur utilité dépendent de l'acceptation du consensus par les professionnels. Des pratiques organisationnelles adaptées correspondent à la mise en place d'unités ou services cohérents avec les objectifs poursuivis. Dans les bassins C, D et E, les décisions administratives des centres hospitaliers en cette matière ont favorisé l'émergence de réseaux monocentriques (clinique de relance, médecine de jour). Il est intéressant de noter que les implications actives des médecins au sein des réseaux de services sont associées à l'adoption du mode de rémunération à la vacation plutôt qu'à l'acte.

	Projet 26 **Effets des modes d'intégration des services en émergence dans la région sociosanitaire des Laurentides**
	Lorsque les projets émanent du milieu, ils ont tendance à se poursuivre. Le moteur du changement est là et les changements produits sont irréversibles.
4.4 Obstacles	Un facteur susceptible d'influencer les pratiques des professionnels et des organisations est l'incitatif financier que procure le mode de rémunération des médecins et l'allocation budgétaire des établissements. Il a été maintes fois mentionné au cours des entrevues d'informateurs clés que le mode de rémunération à l'acte des médecins ne procure aucun ou peu d'incitatifs à participer aux mécanismes de concertation inter-organisationnelle ou à suivre des personnes en perte d'autonomie : le temps requis n'est pas financièrement rentable dans un mode de rémunération à l'acte. Il procure des incitatifs à la rétention plutôt qu'au transfert de la clientèle et à la médecine de sans rendez-vous (plus lucrative) plutôt qu'à la prise en charge continue des patients. Les délais encourus pour l'obtention de la réponse officielle de l'organisme subventionnaire et pour le transfert de fonds font en sorte de retarder les débuts du projet. Les deux bassins (D et E) dans lesquels les caractéristiques de services sont les moins conformes à celles recherchées par la mise en place des réseaux de services ont vécu des négociations difficiles et mêmes polarisées en ce qui à trait aux modifications juridico-administratives. Dans ces deux bassins, les débats se centrent autour de la place occupée par les centres hospitaliers dans ces réseaux. Les difficultés entourant ces débats semblent expliquer, au moins en partie, le sous-développement de leurs réseaux. L'autonomie et même la survie des organisations sont perçues comme menacées dans les bassins du deuxième groupe. Une faible population, un volume de clientèle souvent en deçà de la masse critique, la petite taille des établissements et les difficultés d'attraction et de rétention des médecins, sont à la base de cette perception. Ce contexte favorise le repli sur leur identité corporative. Les débats entourant les fusions d'établissements ont mobilisé des énergies au détriment des travaux portant sur l'organisation de la prestation de services. Ainsi, la mise en œuvre du réseau de services à cette clientèle est moins avancée dans certains bassins.
5. BILAN DE L'EXPÉRIMENTATION	
5.1 Résultats	Les bassins se divisent en deux groupes (A, B) quant au processus ayant présidé à l'adoption des modes d'intégration. Dans les deux bassins du premier groupe, les organisations ont rapidement fait consensus à l'effet de ne pas procéder à des fusions d'établissements autres que celles prescrites par la Loi et ont misé sur des ententes interorganisationnelles pour le partage des ressources et la fourniture de services. Dans les trois bassins du deuxième groupe (C, D, E), les processus sont marqués par des débats difficiles autour du désir des centres hospitaliers de former une grande entité corporative fusionnant l'ensemble des établissements ou de créer un centre, géré par lui et localisé dans ses locaux, procurant les services administratifs et de support aux établissements du bassin. Une association est observée entre ces dynamiques, le degré de développement des réseaux de services et la forme qu'ils ont prise. Dans les bassins du premier groupe, les deux réseaux de services y sont généralement plus développés. La forme qu'ils prennent est multicentrique. Une variété d'organisations est mise à contribution, chacune étant tour à tour fournisseur et bénéficiaire de cette collaboration. Dans les bassins du deuxième groupe, les réseaux de services y sont généralement moins développés ou embryonnaires. La forme qu'ils prennent est monocentrique. Ils impliquent principalement les établissements publics et l'acteur dominant est le centre hospitalier.

L'impulsion et la mise en place des réseaux proviennent de l'extérieur des bassins. Sans elles, peu de changements auraient été initiés. Elles proviennent surtout du MSSS et de la Régie régionale qui profite de ce contexte pour insuffler un mouvement de changement dans sa région. Elle procure un cadre, des objectifs et des incitatifs. Elle est disposée à accepter des modes d'intégration autres que les fusions qui émaneraient des bassins et y feraient consensus, mais se réserve la possibilité d'y recourir si les collaborations entre les organisations ne progressent pas selon les paramètres et les échéanciers fixés

Cette stratégie a résulté en l'émergence de deux dynamiques différentes au sein des bassins. Une première, dite **consensuelle**, est caractérisée par le fait que les organisations conviennent rapidement de ne pas procéder à des fusions d'établissements autres que celles imposées par la Loi. Elles misent plutôt sur des ententes interorganisationnelles pour le partage des ressources et la fourniture de services comme alternative valable et viable aux fusions. La deuxième est marquée par des **négociations difficiles** et même **polarisées**. Ces négociations portent principalement sur le rôle et la place des centres hospitaliers au sein des réseaux de services.

Trois constatations ressortent de l'analyse : 1) la mise en place de nouveaux mécanismes d'allocation de ressources prévus initialement par la Régie n'a pas eu lieu ; 2) les bassins ne se différencient pas ou très peu quant au degré et au type de partage des ressources. Les bassins qui ont procédé à des fusions d'établissements affichent un certain degré d'avancement du partage des ressources ; 3) le processus ayant présidé à l'adoption des modifications juridico-administratives permet d'identifier deux groupes de bassins. Le premier groupe est composé des bassins A et B. Le processus qui a conduit à l'adoption de modifications juridico-administratives est qualifié de consensuel. Cette collaboration ouverte entre les partenaires a résulté en la mise en place d'un réseau multicentrique dans lequel aucune organisation n'est dominante. Chaque organisation apporte sa contribution en fonction de sa mission et expertise. Pour la mise en place des réseaux de services aux personnes en perte d'autonomie, les comités de coordination de ces bassins sont les plus actifs et de nombreuses ententes ont pu être conclues entre les établissements.

Les réseaux de services de santé physique des Bassins C, D et E sont qualifiés de monocentriques, l'acteur dominant étant le centre hospitalier. Des difficultés sont rencontrées dans la mise en place, le fonctionnement et l'efficacité des mécanismes de liaison entre les établissements de ces bassins. De plus, les centres hospitaliers semblent moins miser sur une approche inter-organisationnelle pour réduire les hospitalisations et réduire la durée moyenne. Ils mettent l'accent sur la mise en place de moyens leur permettant d'assurer à l'interne le suivi des patients visés par le virage ambulatoire : soit l'urgence (bassin D et E) ou une nouvelle " clinique de relance " (bassin C). Le travail des infirmières de liaison est en partie contraint par la " bonne volonté du médecin " de transférer ou non les patients. Ils misent aussi sur les cabinets privés des médecins qui pratiquent aux centres hospitaliers. Il en résulte qu'une partie de la clientèle destinée à être référée et suivie par les CLSC est alors " retenue " par les médecins pratiquant à la fois au centre hospitalier et en cabinet privé. Dans ces bassins les réseaux de services de santé physique sont moins développés.

Les bassins ayant privilégié le développement de réseaux multicentriques sont ceux dont les populations recourent proportionnellement moins aux centres hospitaliers pour l'obtention de leurs services et ce, avant même la mise en place de ces réseaux. À l'inverse, les bassins ayant privilégié le développement de réseaux monocentriques, sont ceux dont les populations recourent proportionnellement plus aux centres hospitaliers soit à l'hospitalisation, soit aux urgences, soit aux deux. Les modes d'intégration privilégiés sont donc, tout au moins en partie, le reflet des pratiques des professionnels et des organisations que leur développement voulait modifier. C'est donc dans un processus continuel d'influence réciproque que modes d'intégration et pratiques sont susceptibles de développer à terme des réseaux intégrés modifiant, dans la direction souhaitée, les caractéristiques des services offerts à la population.

Le bassin C présente un profil particulier des plus intéressants. Une dynamique complètement différente s'est installée pour le développement du réseau de services aux personnes en perte d'autonomie. Le comité local de coordination est très actif et de nombreuses collaborations se sont développées entre plusieurs organisations du bassin. Le réseau de services à cette clientèle est l'un des plus développés de la région. Deux facteurs sont susceptibles d'être à la base de ce développement : le dynamisme de l'équipe des professionnels qui travaillent à la clinique de gériatrie du centre hospitalier ; et l'implication des médecins de cabinets privés dans la

	fourniture de services de l'un des deux CLSC/centre d'hébergement et de soins de longue durée. Ces médecins ne sont pas affiliés au centre hospitalier et sont rémunérés à la vacation. Les dynamiques des bassins ne sont pas tributaires uniquement de leur environnement. Il apparaît donc que des conditions particulières aux bassins sont déterminantes de la dynamique qui s'engage entre les acteurs organisationnels dans leur recherche d'un nouvel ordre négocié et de la forme que prennent les réseaux de services. L'évaluation joue un rôle de soutien à l'action
6. POTENTIEL DE GÉNÉRALISATION	
6.1 Pérennité	Il est recommandé que la Régie poursuive, pour l'ensemble de la région, une gestion stratégique qui respecte la diversité des bassins et une action adaptée à leurs particularités sociales, politiques, organisationnelles et professionnelles.
6.2 Conditions nécessaires	Certains changements ont été observés aux pratiques des organisations et des professionnels. Ils semblent être associés à la présence de certaines conditions. Elles sont, entre autres, une gestion efficace de l'interface entre les organisations laquelle repose sur un enjeu majeur : la confiance que les professionnels d'une organisation ont en la pratique des professionnels d'une autre organisation. Cette relation de confiance est le fruit d'un apprentissage collectif entre professionnels d'organisations différentes, l'implication des professionnels dans les changements préconisés, particulièrement des médecins, la présence d'un leadership clinique fort, et la mise en place de mécanismes de liaison efficaces permettant une circulation adéquate de l'information qui suit les déplacements des patients en temps réel. Une autre condition est que les décisions des organisations doivent permettre, supporter et même favoriser la modification des pratiques professionnelles. Une dernière est que les incitatifs financiers (mode de rémunération des médecins et allocations budgétaires des établissements) soient cohérents avec le travail en réseau. Un apprentissage collectif apparaît comme une condition essentielle au développement d'une relation de confiance entre les professionnels concernés, laquelle est elle-même une condition essentielle à l'efficacité des dispositifs de liaison mis en place. En l'absence de cette relation de confiance, l'utilisation des dispositifs de liaison est inadéquate ou inexistante. La création de comités où tous les partenaires sont représentés apparaît comme un mécanisme pouvant favoriser l'émergence d'une dynamique d'apprentissage. Leur efficacité dépend toutefois de certaines conditions comme la participation active des professionnels concernés, notamment celle des médecins et des infirmières et l'existence d'un leadership clinique crédible et efficace (médecins, DSP). Il apparaît aussi que la participation active des médecins dépend directement de la relation de confiance qu'ils ont pu développer avec les administrateurs de leur établissement. La mise sur pied d'activités de formation professionnelle entre les établissements apparaît aussi comme un mécanisme efficace pour favoriser l'apprentissage. Il s'agit en fait de créer un contexte d'action où les interactions entre les professionnels sont favorisées. Un engagement actif des professionnels dans un processus d'apprentissage est influencé par la relation de confiance qu'ils entretiennent avec les administrateurs. De plus, cet engagement doit être incité par certains dispositifs organisationnels. La Régie doit se préoccuper du maintien de la cohérence des effets des leviers utilisés et mettre l'accent sur : 1) les facteurs plus directement associés à la modification des pratiques. Il s'agit en fait de favoriser la création d'un contexte favorable à l'apprentissage collectif nécessaire à une gestion efficace de l'interface inter-organisationnelle. Celui-ci repose sur des facteurs tels : l'implication des professionnels, en particulier des médecins, le repérage de leaders cliniques forts et crédibles favorables aux changements préconisés ; 2) l'utilisation plus systématique des incitatifs financiers et surtout les rendre plus cohérents avec les comportements en réseaux ; 3) une bonne analyse des clientèles visées par les réseaux et de leurs besoins en services, afin de pouvoir anticiper les déplacements de la prise

	Projet 26 **Effets des modes d'intégration des services en émergence dans la région sociosanitaire des Laurentides**
	en charge et prévoir une allocation de ressources en conséquence ; 4) le monitoring de la dynamique des bassins, du degré de développement des réseaux et surtout de l'évolution des caractéristiques de services offerts à la population comme fondement au deuxième souffle de changement que la Régie veut donner à sa région ; 5) le sondage régulier de l'opinion de la population sur les effets des réseaux.
6.3 Avantages généralisation	L'évaluation conclut que l'initiative de la Régie régionale s'est avérée efficace pour enclencher un processus de changement important. Elle a créé ce contexte par l'utilisation de leviers de changement de divers ordres : structurel (menaces de fusions), interactionnel (négociation locale), incitatifs et objectifs à atteindre. Cette initiative a permis l'émergence de réseaux de services de formes différentes correspondant aux caractéristiques et dynamiques des bassins ainsi qu'aux pratiques qui y prévalent.

	Projet 27 **Implantation d'une approche intégrée de la gestion optimale de l'asthme** **sur le territoire de desserte de l'Hôpital Hôtel-Dieu de St-Jérôme, région des Laurentides**
1. CLIENTÈLE VISÉE	Vise tous les patients asthmatiques et leur entourage résidant sur le territoire du CLSC Arthur-Buies, dont la ville centrale est St-Jérôme, ainsi que les professionnels de la santé.
2. BUDGET ALLOUÉ	37 000$ Type de projet : évaluation
3. CONTEXTE D'ÉMERGENCE	
3.1 Pourquoi le changement	Dans la plupart des pays occidentaux la prévalence de l'asthme a augmenté de façon importante dans les deux dernières décennies. Au Canada par exemple, la prévalence de l'asthme a triplé entre 1978 et 1991 et l'hospitalisation pour l'asthme a également augmenté de 40 % entre 1980 et 1988. Dans la région des Laurentides, le nombre de patients hospitalisés pour des problèmes reliés à l'asthme a augmenté de 35 % entre 1993 et 1995. Les difficultés à maîtriser la maladie conduisent à des crises plus fréquentes et plus sévères, lesquelles entraînent l'utilisation plus intensive des services d'urgence et l'hospitalisation, ainsi que les coûts associés à la réduction des activités et à l'absentéisme de l'école et du travail. Afin de maximiser le mieux-être des personnes asthmatiques, d'optimiser la gestion de la maladie et de réduire des coûts évitables pour l'utilisation des services de santé, une approche éducative auprès des patients est maintenant fortement recommandée mais souvent peu implantée.
3.2 Principales caractéristiques	Le projet comporte deux volets complémentaires : 1) enseignement aux patients asthmatiques et 2) formation des intervenants. Le projet s'est inscrit dans le courant général des approches intégrées à la prestation des services de santé et des services sociaux et à la gestion des maladies chroniques, incluant l'asthme. Ces approches visent généralement l'amélioration de la complémentarité et de la continuité des soins, favorisant à la fois l'optimisation de l'utilisation des services de santé et l'amélioration des capacités du patient de se prendre en main face à sa maladie. Le projet s'inscrit également dans le cadre des travaux déjà entrepris par l'Association pulmonaire et ses partenaires au sein du Réseau québécois d'enseignement aux asthmatiques (RQEA). Au Québec, depuis 1994 déjà, environ 100 centres d'enseignement aux asthmatiques ont été mis sur pied à l'aide du RQEA. But du programme : renforcer l'autonomie fonctionnelle de la personne afin de diminuer les externalités négatives (absentéisme, utilisation des services de santé...) associées au mauvais contrôle de la maladie. Développer une approche intégrée dans la gestion optimale de l'asthme.
3.3 Objectifs de l'évaluation	L'évaluation du programme de gestion optimale de l'asthme comprenait trois volets : 1- une évaluation de l'implantation du programme, comprenant une description de l'implantation de l'intervention incluant les caractéristiques des patients référés et rejoints, les sources de référence ainsi qu'une appréciation de la satisfaction des patients (114 participants) ; 2 - une étude expérimentale des effets du programme chez les patients (153 patients du groupe témoin et 53 du groupe expérimental) sur la maîtrise subjective de la maladie, sur l'état de santé et sur l'utilisation des services ; 3 - une enquête auprès de 27 intervenants formés dans le cadre du programme, mesurant leur adhésion au programme et les changements dans leur pratique.
4. PROCESSUS DE MISE EN ŒUVRE	
4.1 Modalités de mise en oeuvre	La Régie régionale des Laurentides s'est associée au RQEA (Réseau québécois d'enseignement sur l'asthme) et à Glaxo Wellcome pour regrouper et harmoniser les ressources concernées du centre hospitalier Hôtel-Dieu de St-Jérôme, du CLSC Arthur-Buies et des cliniques médicales pour développer le projet pilote.

	Projet 27 **Implantation d'une approche intégrée de la gestion optimale de l'asthme** **sur le territoire de desserte de l'Hôpital Hôtel-Dieu de St-Jérôme, région des Laurentides**
	Les patients sont référés aux centres d'éducation par leurs médecins de famille ou par les services hospitaliers d'urgence et reçoivent un programme éducatif offert par le personnel formé par le RQEA ; ils ont aussi accès à des ressources d'appoint additionnelles (service téléphonique, groupes de soutien, etc.), étant installés soit dans les centres hospitaliers, soit dans les CLSC ou d'autres lieux de dispensation de services médicaux.
4.2 Enjeux ou défis posés par l'innovation	Bien que les facteurs d'accès aux services ne semblent pas avoir trop influencé la participation au CEA, il reste que ces facteurs sont particulièrement inquiétants dans une région comme les Laurentides où les distances, les canaux de communication limités et les ressources sociales et économiques restreintes ajoutent des barrières additionnelles à l'accessibilité des services.
4.3 Conditions favorables ou facilitantes	Afin de stimuler la référence des patients vers le CEA et de faciliter leur suivi, un programme de sensibilisation et de formation a été implanté pour l'ensemble des professionnels du territoire de desserte de l'Hôtel Dieu de Saint-Jérôme ayant la capacité de soutenir les patients asthmatiques dans leur prise en charge. Ce volet du projet visait à s'assurer que tous les intervenants du territoire œuvraient davantage dans le même sens, favorisant la cohérence des interventions et soutenant la démarche éducative des patients vers une meilleure prise en charge de leur santé. Enfin, ce volet du programme d'intervention voulait faciliter l'engagement des tous les intervenants du territoire dans la gestion optimale de l'asthme. Alors que la référence au CEA était habituellement réservée aux médecins, ce volet du programme permettait également d'améliorer la participation des autres professionnels de la santé en les encourageant à référer eux-mêmes des patients.
4.4 Obstacles	Le projet a été retardé au point d'en compromettre la survie car le comité d'éthique de la RR n'avait jamais été confronté à un tel type de projet : «Il fallait faire l'éducation du comité d'éthique ». L'assiduité aux rendez-vous présente un problème de gestion certain pour le CEA, car seulement les deux tiers des patients ayant pris rendez-vous reçoivent l'enseignement. Il a été impossible de réaliser des analyses des effets économiques de l'intervention. La raison principale motivant la clinique volante prévue dans le projet initial était l'augmentation de l'accessibilité des services aux patients asthmatiques. Or, l'accessibilité du Centre d'enseignement sur l'asthme ne semble pas imposer de contraintes d'accessibilité majeures.
5. BILAN DE L'EXPÉRIMENTATION	
5.1 Résultats	En ce qui concerne **l'implantation du programme** éducatif, on constate que l'achalandage du Centre d'enseignement sur l'asthme à l'Hôtel Dieu de Saint-Jérôme durant la période de l'étude a été très élevé. L'intervention éducative a été implantée telle que prévue, la majorité des patients recevant une seule intervention. Les patients sont en général satisfaits de l'intervention, indiquant qu'elle est accessible et répond à leurs besoins, apporte de nouvelles informations, et pourrait avoir une influence positive sur leur maîtrise de la maladie. **Le volet formation de l'intervention a porté fruits dans le sens que les intervenants du territoire réfèrent des patients vers le CEA et que le programme a connu une certaine pénétration du milieu.**

	Projet 27 **Implantation d'une approche intégrée de la gestion optimale de l'asthme** **sur le territoire de desserte de l'Hôpital Hôtel-Dieu de St-Jérôme, région des Laurentides**
	Effets chez les patients : 1) la maîtrise subjective de l'asthme s'est améliorée chez les patients du groupe expérimental dans les quatre mois après l'intervention éducative, tandis qu'elle est demeurée stable parmi les patients du groupe témoin. Cependant, il faut noter que les groupes n'étaient pas équivalents au départ : les patients des Laurentides ayant affiché des niveaux moins élevés de maîtrise subjective que les patients de Lanaudière ; 2) pas d'effet significatif sur le statut fonctionnel pour les adultes, mais les parents des enfants du groupe des Laurentides ont vu une amélioration significative dans la capacité de leurs enfants de jouer normalement. Cet effet apparaît huit mois après l'intervention, mais n'est pas encore présent à quatre mois après l'intervention. **Effets sur l'utilisation des services de santé** : effet marginalement significatif, en accord avec les données sur la maîtrise subjective. Un profil de résultats semblables se retrouve pour les consultations en bureau privé et les hospitalisations, mais les tests statistiques ne sont pas significatifs. Les intervenants sondés ont été très satisfaits du programme de formation, et lui attribuent une certaine influence sur leur pratique. Les professionnels trouvent également que le programme améliore la cohérence des informations données aux patients et communiquées entre intervenants, mais ils voient moins d'effets positifs au niveau des interactions entre les professionnels. L'enquête auprès des médecins et des pharmaciens nous amène à constater que la majorité de ces derniers se sont impliqués dans la référence des patients asthmatiques vers le CEA. Cependant, ils voient la pertinence de cette intervention pour une petite minorité de leurs patients, en général parce qu'ils jugent que le patient maîtrise déjà bien sa maladie ou encore n'a pas besoin de l'intervention. Il serait pertinent de valider davantage les bases de ce jugement, afin d'estimer le potentiel d'une intervention adaptée ou d'une promotion plus poussée du CEA à stimuler la référence d'une plus grande proportion des patients.
6. POTENTIEL DE GÉNÉRALISATION	
6.1 Pérennité	Aucune information à ce sujet.
6.2 Conditions nécessaires	Une certaine proportion des intervenants disent limiter leurs références de patients au CEA à cause d'une perception de limites d'accessibilité du Centre (listes d'attente), ou à cause des limites des patients sur le plan de la motivation ou de la compréhension. Dans le premier cas, il serait pertinent de corriger soit la perception ou soit la situation, s'il y avait effectivement des délais importants. Dans le cas des patients qui manquent de motivation - patients normalement très difficiles à rejoindre par les interventions éducatives de ce type - des formes alternatives d'intervention pourraient être envisagées, notamment des visites à domicile. Enfin, il y a quelques médecins formés qui semblent ne pas connaître le CEA, et peuvent donc probablement bénéficier d'une relance. Outre l'augmentation de la disponibilité des services au CEA, les résultats de l'évaluation suggèrent qu'il serait bénéfique d'outiller davantage les médecins de clinique privée du territoire et de resserrer les liens entre eux et le Centre d'enseignement. Pour ce qui est de l'utilisation du CEA par les patients référés par les autres types de professionnels, il reste des voies à explorer. Bien que les pharmaciens rejoints par l'évaluation auprès des intervenants déclarent que l'intervention du CEA est fort pertinente, très peu de pharmaciens ont référé des patients. Leur contribution potentielle à la gestion optimale de l'asthme dans la région reste donc à définir. Il serait aussi pertinent de revoir le suivi auprès des patients référés par le biais d'une visite aux urgences de l'hôpital afin de s'assurer que ce groupe de patients, potentiellement plus à risque pour une gestion non-optimale de leur asthme, soient rejoints par l'intervention. L'interprétation des résultats de l'étude contrôlée est parfois problématique et laisse place à des recherches avec des nombres plus importants de patients, suivis pour les périodes plus longues avant et après l'intervention.

	Projet 27 **Implantation d'une approche intégrée de la gestion optimale de l'asthme** **sur le territoire de desserte de l'Hôpital Hôtel-Dieu de St-Jérôme, région des Laurentides**
6.3 Avantages généralisation	Les résultats semblent confirmer la valeur de ce type d'intervention éducative dans la gestion de l'asthme, telle que démontrée dans les études antérieures, et suggèrent que des effets positifs sur la morbidité puissent survenir. Les résultats de cette évaluation confirment la faisabilité de l'implantation d'un tel programme dans une région comme les Laurentides, ce qui était un des buts principaux du projet pilote. Sur la base des résultats ici exposés, nous serions en mesure de conclure que la poursuite, et même l'expansion des activités régionales en gestion optimale de l'asthme, porteraient des avantages pour les patients asthmatiques de la région et leurs familles, ainsi que pour le système de santé régional. Les résultats de cette évaluation confirment la faisabilité de l'implantation d'un tel programme dans une région comme les Laurentides, ce qui était un des buts principaux du projet pilote. La poursuite, et même l'expansion des activités régionales en gestion optimale de l'asthme, apporteraient des avantages aux patients asthmatiques de la région et leurs familles, ainsi qu'au système de santé régional. Un aspect novateur de ce projet a été le programme de formation des intervenants médicaux et non-médicaux, et l'encouragement de la référence au CEA des patients asthmatiques par tous. Les résultats démontrent que cette approche inclusive peut stimuler l'adhésion des intervenants de divers types à une approche intégrée de la gestion de l'asthme, et qu'elle peut renforcer la référence des patients par les intervenants qui n'ont pas de lien direct avec le centre hospitalier.

	Projet 28 **Évaluation et validation de deux guides d'information pour les clients et intervenants en cancérologie, région de la Montérégie**
1. CLIENTÈLE VISÉE	Clientèle du territoire des CLSC-CHSLD de la Pommeraie atteintes de cancer, aidants naturels, professionnels, bénévoles concernés.
2. BUDGET ALLOUÉ	42 500 $ Type de projet : intervention, évaluation
3. CONTEXTE D'ÉMERGENCE	
3.1 Pourquoi le changement	Le cancer constitue une maladie éprouvante physiquement et émotivement pour la personne atteinte et ses proches. L'annonce d'un cancer est généralement source de crise et de forte anxiété. L'évolution de la maladie est douloureuse et son traitement associé à des effets secondaires non négligeables. La réforme de la santé oriente l'action vers la communauté, le milieu naturel, la responsabilisation des réseaux primaires et secondaires et la valorisation de la famille. La tâche d'aidant naturel exige des connaissances et compétences énormes pour accomplir le travail qu'on attend d'eux. Le projet est né d'une demande de la communauté, confirmé par les résultats d'un sondage qui révèle un important manque d'information pour le malade et sa famille et un besoin d'aide et de soutien des ressources. Quatre malades en phase terminale sur cinq souhaitent demeurer ou réintégrer leur foyer et mourir parmi les êtres chers et les choses qui ont meublé leur vie.
3.2 Principales caractéristiques	Le projet porte sur l'élaboration d'un guide d'information et de formation sur les soins et services à domicile pour une personne atteinte de cancer. Il s'adresse aussi bien à la personne atteinte qu'à l'aidant naturel et à l'ensemble des professionnels et bénévoles qui dispensent des soins à la clientèle en cancérologie. Le projet se veut une réponse concrète aux modifications de pratique en matière de soins à domicile. Le guide est disponible en français et en anglais. Un guide spécifique est destiné à la personne atteinte, un autre à la personne aidante. Les objectifs visés par la production du guide : 1) outiller adéquatement la clientèle en cancérologie (personne atteinte et l'aidant naturel), informant l'utilisateur des services et ressources du milieu afin qu'il puisse y référer au besoin ; 2) uniformiser l'information transmise par l'ensemble des professionnels et bénévoles œuvrant en cancérologie ; 3) favoriser une continuité des services offerts dans une même région ; 4) optimiser l'utilisation des ressources tout en permettant à la clientèle de demeurer à domicile le plus longtemps possible ; 5) devenir l'outil de référence pour l'ensemble des utilisateurs.
3.3 Objectifs de l'évaluation	Elle portera sur : 1) la qualité des soins et services offerts ; 2) les effets de l'utilisation du guide en lien avec l'accessibilité des services de santé ; 3) les façons dont le guide favorise l'intégration des différents dispensateurs et la coordination entre les professionnels et les bénévoles ; 4) ses effets sur la santé ; 5) rentabilité ; 6) transfert et application plus généralisée. L'évaluation de l'efficacité des guides comprend la formation des intervenants, la distribution des guides aux nouveaux clients et aidants naturels et la mesure des changements possibles.
4. PROCESSUS DE MISE EN ŒUVRE	
4.1 Modalités de mise en oeuvre	Un guide d'information et de formation destiné à la personne atteinte, le malade lui-même, expert de ses propres besoins de bien-être, de ses aspirations, de ses craintes face à l'inconnu. Un autre guide est produit pour la personne aidante. À l'origine, une seul guide devait être produit, mais lors des consultations, on s'est vite aperçu que les besoins d'information n'étaient pas les mêmes et il a été décidé de produire deux guides.

	Projet 28 **Évaluation et validation de deux guides d'information pour les clients et intervenants en cancérologie, région de la Montérégie**
4.2 Enjeux ou défis posés par l'innovation	Aucune information à ce sujet
4.3 Conditions favorables ou facilitantes	Aucune information à ce sujet
4.4 Obstacles	La mise en marche du projet a permis d'atteindre ses deux premiers objectifs et les travaux d'évaluation concluent que le troisième et le quatrième objectif n'ont pas été atteints. La contrainte de temps a pesé lourdement sur le déroulement et les résultats du projet.
5. BILAN DE L'EXPÉRIMENTATION	
5.1 Résultats	La mesure des connaissances démontre très peu de différences chez les aidants naturels entre les deux groupes. Les membres du groupe expérimental se démarquent positivement et statistiquement quant à leur connaissance de moyens pour éviter l'épuisement ou encore, de moyens à utiliser pour décompresser ou se détendre. Ils rapportent une plus grande propension à communiquer avec la personne atteinte sur des sujets comme la maladie, la colère, la fatigue éprouvée par celle-ci ou par l'aidant lui-même. Ils adoptent la position de respecter l'autonomie de la personne atteinte dans son choix de traitement. Le groupe expérimental des personnes atteintes se démarque du premier groupe témoin formé de personnes en traitement sur leur exigence plus forte de respecter l'autonomie de la personne atteinte dans la recherche d'information sur les traitements possibles et leurs effets secondaires. C'est aussi le cas pour le contrôle par celle-ci de ses décisions et de ses choix pour les traitements. Il en est de même sur le recours possible aux médecines alternatives que le guide voit positivement. Les personnes du groupe expérimental comme le groupe témoin d'ailleurs, connaissent mieux les façons de rejoindre leur CLSC ou encore certaines ressources comme le soutien financier pour le transport lors des traitements. Les répondants du second groupe contrôle se montrent significativement moins favorables au contact avec ses émotions pour la personne atteinte de cancer ou encore sur le partage des émotions avec un confident.
6. POTENTIEL DE GÉNÉRALISATION	
6.1 Pérennité	Aucune information à ce sujet
6.2 Conditions nécessaires	Aucune information à ce sujet
6.3 Avantages généralisation	Aucune information à ce sujet

	Projet 29 **Promotion de la prévention clinique (PPC) : un projet de promotion des pratiques préventives démontrées efficaces auprès des médecins de première ligne de la Montérégie**
1. CLIENTÈLE VISÉE	Deux groupes de médecins de la Montérégie.
2. BUDGET ALLOUÉ	427 658 $ L'industrie pharmaceutique (Glaxo Wellcome) a fourni un support technique et financier aux ateliers en cessation du tabagisme, dans le cadre de son programme PRIISSME. Type de projet : intervention, évaluation (pilote)
3. CONTEXTE D'ÉMERGENCE	
3.1 Pourquoi le changement	Chaque année, environ 70% de la population consulte un médecin, pour une moyenne de quatre visites. Les médecins de première ligne exercent une grande influence sur le comportement préventif de leur clientèle et s'avèrent indispensables pour certaines interventions. Pourtant, ceux-ci n'atteignent pas les objectifs de santé publique et leur performance est inférieure à ce qu'ils souhaiteraient. Le problème n'est pas tant le manque de données probantes et d'outils efficaces de prévention que celui de leur diffusion auprès des médecins pour les motiver à adopter leur implantation dans le contexte clinique. Les professionnels ciblés par les guides de pratique ne sont pas suffisamment rejoints, informés convaincus ou capables de mettre en pratique les recommandations. Des données de recherche montrent que les médecins ont tendance à surestimer leurs performances préventives. Par exemple, alors que les taux de mammographie et de cytologie cervicale se situent respectivement à 18% et 43% des populations éligibles, une étude montre que 62% des médecins affirment effectuer la cytologie à toutes leurs patientes éligibles et de 33% à 43% affirment avoir prescrit la mammographie à toutes leurs patientes éligibles. Pourtant, on sait qu'un taux de mammographie de 70% chez les femmes de 50-59 ans peut réduire la mortalité par cancer du sein de 30% à 40%.
3.2 Principales caractéristiques	Un groupe de 77 médecins comprenant tous les omnipraticiens de la Montérégie actifs en périnatalité (suivi de grossesses et accouchements) étaient visés pour recevoir la visite d'un délégué concernant trois thèmes reliés à la grossesse : promotion de l'allaitement maternel, counselling anti-tabagisme et dépistage du VIH pendant la grossesse. Il s'agit du volet Nouveaux-Nés en Santé (NNS) du projet. Un deuxième groupe de 315 Omnipraticiens Non-Obstétriciens (ONO) a été sélectionné concernant trois autres thèmes : la cessation du tabagisme dans la population générale, la vaccination contre la grippe et le pneumocoque et la promotion de l'activité physique. Les chercheurs veulent expérimenter des techniques de « négociation vente » (marketing) des interventions préventives aux médecins de première ligne. Un délégué médical en prévention visite le médecin à son cabinet pour réaliser cette vente. Il offre des ateliers de formation en communication persuasive, des systèmes et outils de bureau et de l'aide pour les implanter. C'est la première fois que de telles méthodes inspirées du marketing sont employées pour promouvoir la prévention auprès des médecins. Objectif général : établir l'efficacité et l'efficience d'une intervention à stratégies multiples pour modifier le comportement des médecins de première ligne et de leur clientèle en faveur de pratiques préventives reconnues efficaces. Le projet vise donc à améliorer la pratique efficace de la prévention et de la promotion de la santé par les médecins de première ligne de la Montérégie, en utilisant des méthodes empruntées au marketing et à l'andragogie (pédagogie) pour promouvoir directement auprès des médecins omnipraticiens en pratique privée (payés à l'acte) et indirectement auprès de la clientèle, des pratiques de prévention clinique démontrées efficaces.

	Projet 29 **Promotion de la prévention clinique (PPC) : un projet de promotion des pratiques préventives démontrées efficaces auprès des médecins de première ligne de la Montérégie**
3.3 Objectifs de l'évaluation	Trois aspects sont examinés : 1) Évaluation des **effets** : documenter l'impact de l'intervention sur la qualité et la quantité du counselling préventif pratiqué par les omnipraticiens ayant été exposé aux activités de l'intervention PPC. 2) Évaluation du **processus** : décrire le degré de mise en œuvre des différentes activités du projet et documenter les barrières et les facteurs ayant favorisé l'implantation de l'intervention ; 3) Évaluation des **coûts** : analyse de coûts de production et de mise en œuvre des différentes activités du projet.
4. PROCESSUS DE MISE EN ŒUVRE	
4.1 Modalités de mise en oeuvre	Pour atteindre ses objectifs, l'intervention PPC utilise deux stratégies : la vente académique et la communication persuasive. Conformément à ces stratégies, le projet PPC a implanté trois activités destinées à habiliter l'omnipraticien et à le soutenir dans la pratique d'un counselling préventif efficace. Ces activités sont la visite au bureau du médecin du délégué médical en prévention, la production et l'offre de différents outils et systèmes de bureau et l'organisation d'ateliers de formation en communication persuasive. Le projet PPC a voulu expérimenter une nouvelle application de la vente académique en donnant un rôle central à ses " délégués médicaux en prévention ". Le projet PPC a fait le choix délibéré d'engager des délégués médicaux non-médecins pour rencontrer les omnipraticiens. Ils ont reçu une formation en communication persuasive.
4.2 Enjeux ou défis posés par l'innovation	Identifier les moyens les plus efficaces de rencontrer à leur cabinet privé des omnipraticiens très occupés et d'obtenir leur participation à diverses activités préventives. Les défis potentiels sont : les difficultés de recrutement et la rétention d'un personnel qualifié ; la coordination des nombreux intervenants et activités fonctionnant en parallèle ; la conciliation entre les réalités de l'intervention et les besoins de l'évaluation.
4.3 Conditions favorables ou facilitantes	Appui de trois associations de médecins omnipraticiens de la Montérégie, du Collège des médecins du Québec et du Collège québécois des médecins de famille. Pour réaliser une telle intervention, les conditions favorables sont : un leadership et une permanence de personnes clés pour assurer l'encadrement, tels que agent de planification/programmation, secrétariat, au moins deux délégués médicaux dont un plus senior assurant le rôle de chef de produit, un agent d'évaluation, des experts de contenu assurant la qualité de l'information. Des appuis organisationnels et institutionnels indéfectibles, un financement suffisant pour l'intervention et l'évaluation.
4.4 Obstacles	Méconnaissance ou incertitude des médecins quant aux recommandations, manque de temps, absence de rémunération pour les actes préventifs en pratique privée. Difficulté de rencontrer les médecins dans certaines cliniques et de les amener à participer aux ateliers. Difficultés de recrutement, formation, entraînement et rétention des délégués médicaux dans un contexte très compétitif. Grandeur du territoire montérégien alourdissant les déplacements. La difficulté d'accès aux médecins exerçant dans trois cliniques "forteresses", qui avaient des politiques restrictives à l'égard de la représentation médicale, explique la moitié des échecs de visite dans le groupe ONO. L'apprentissage de la route par des délégués peu expérimentés, la méconnaissance des particularités des clients, la grandeur du territoire montérégien, l'absence du coaching prévu initialement et des problèmes de coordination du support technique (disponibilité des outils) expliquent la progression des visites beaucoup plus lente que prévue. La difficulté d'obtenir des rendez-vous à moins de 6 mois d'avis dans certaines cliniques était incompatible avec l'échéancier très court du projet. Les données montrent un fléchissement de l'accès aux médecins entre la première et la deuxième visite. La curiosité initiale suscitée chez le médecin par la visite d'un délégué de la santé publique pourrait s'être estompée à la deuxième visite. En fin de projet, la fatigue des

	Projet 29 **Promotion de la prévention clinique (PPC) : un projet de promotion des pratiques préventives démontrées efficaces auprès des médecins de première ligne de la Montérégie**
	délégués, l'effet de saturation du médecin attribuable aux visites rapprochées et d'autres facteurs circonstanciels pourraient expliquer l'augmentation du taux de refus. La période estivale s'est avérée très défavorable à l'organisation des ateliers, comme d'ailleurs aux visites. De plus, le long format de l'atelier (3 heures), la compétition avec les activités de formation organisées par l'industrie pharmaceutique et la surcharge de travail des cliniciens ont été à l'origine des difficultés importantes de recrutement et des désistements fréquents de dernière minute.
5. BILAN DE L'EXPÉRIMENTATION	
5.1 Résultats	Ouverture d'un canal de communication entre les omnipraticiens et la santé publique : le projet PPC a démontré qu'il était possible d'entrer en contact avec la grande majorité des omnipraticiens en pratique privée pour leur proposer des guides de pratique clinique élaborés par la santé publique. Expérimentation de nouvelles stratégies novatrices : la pénétration des visites a atteint l'objectif initial de 75%. La durée prolongée de la rencontre avec le médecin, le nombre élevé de visite sur une période d'un an (jusqu'à 5) et la priorité accordée aux délégués de la santé publique par rapport à ceux de l'industrie pharmaceutique, témoignent de l'intérêt des médecins pour la prévention. Le projet PPC a dépassé son objectif de déplacer pour un atelier plus de 20% des médecins rencontrés, allant jusqu'à un tiers des médecins pour le groupe NNS. En comparaison, l'industrie pharmaceutique n'obtient habituellement que moins de 10% de présence pour les formations qu'elle propose aux médecins. Plus de 90% des médecins répondant au questionnaire se sont déclarés satisfaits des outils et les deux tiers les ont jugés utiles pour leur pratique. L'outil pour les patients " Ligne info-actif Montérégie " n'a pas eu l'impact espéré. Le projet a dépassé ses objectifs pour ce qui est d'établir un canal de communication avec les omnipraticiens, en rencontrant 66 à 92% des médecins visés jusqu'à 5 reprises, pour des durées moyennes de 5 à 24 minutes. Le taux de participation de ces médecins aux ateliers a été de 21 à 33%, et la satisfaction à l'égard des activités du projet de 76 à 95 %. Rentabilité : Il n'existe pas de données précises concernant la prestation des services préventifs dont nous avons fait la promotion en Montérégie. L'évaluation du projet a permis de mesurer une amélioration du counselling pratiqué par les médecins ciblés. Dans le cas d'une intervention reconnue efficace et rentable comme le counselling anti-tabagisme, un gain potentiel a été réalisé. Malgré les ressources limitées allouées pour l'évaluation du projet, celle-ci a réussi à dégager une tendance robuste à l'amélioration de la pratique du counselling par les médecins visités, en pré-post intervention (NNS) et par rapport au groupe témoin (ONO). Dans l'enquête menée auprès des patients, considérés comme une source d'information fiable, cette tendance est significative tant pour la performance que pour la durée du counselling, en particulier pour les thèmes VIH/grossesse et tabagisme dans la population générale ($p<0.05$). La seule des six interventions qui ne semble pas avoir eu d'effet est celle qui concerne la promotion de l'activité physique.

	Projet 29 **Promotion de la prévention clinique (PPC) : un projet de promotion des pratiques préventives démontrées efficaces auprès des médecins de première ligne de la Montérégie**
6. POTENTIEL DE GÉNÉRALISATION	
6.1 Pérennité	Les activités du projet ne sont pas habituellement financées par l'État, et la Régie, fiduciaire de l'accord de contribution, nous a signifié récemment qu'elle ne financerait pas la poursuite du projet, avant même d'en avoir reçu les résultats. Nous recherchons actuellement de nouvelles sources de financement. Les promoteurs comptent sur de nouvelles sources de financement comme l'industrie pharmaceutique pour assurer la continuité du projet après la subvention actuelle du FASS. Un financement mixte public-privé pourrait être la solution la plus viable.
6.2 Conditions nécessaires	Les effets notés dans cette évaluation reflètent des changements à court terme. La persistance de ces effets à moyen et long terme reste à démontrer. Des interventions de renforcement seraient sans aucun doute nécessaires, comme les médecins interrogés l'ont fortement recommandé au cours des entrevues. Développer et garder à jour des systèmes d'information concernant les interventions préventives efficaces. Définir les priorités d'intervention et coordonner les actions de santé publique pour éviter la sollicitation excessive des professionnels et pour établir une synergie des stratégies de prévention-promotion clinique et communautaire. Mieux établir le niveau des pratiques et les besoins des cliniciens. Développer et maintenir une banque de données à cet effet. Pour la visite des professionnels, systématiser une approche sur les heures de rendez-vous, planifiée longtemps à l'avance et non " comme un cheveu sur la soupe ". Un sondage effectué par les délégués auprès de nos médecins répondants démontre que la quasi-totalité accepteraient de recevoir des délégués pour 4 thèmes par an sur des rendez-vous planifiés. Continuer de développer des approches de counselling ultra-court inspirées du marketing pour de nouveaux thèmes et des clientèles spécifiques (jeunes, personnes âgées, défavorisées). Monitorer les coûts réels des interventions, incluant le temps des professionnels affectés au développement et au soutien des interventions.
6.3 Avantages généralisation	Déléguées : l'observation directe d'une dizaine de visites suggère que l'approche des déléguées du projet est à la fois sympathique et professionnelle, fortement centrée sur le produit plutôt que sur les besoins du client. Il est possible que ce type d'approche s'avère trop superficiel pour opérer des changements importants, surtout chez les médecins peu intéressés au produit ou résistants. Les programmes de santé publique peuvent bénéficier des méthodes développées par le projet pour faire passer leurs messages à travers le canal clinique de première ligne et établir un partenariat efficace avec les cliniciens. Le projet PPC a ouvert entre les médecins de pratique privée et la santé publique un nouveau canal de communication. On peut y faire circuler de part et d'autre les informations portant sur les priorités nationales, les programmes et ressources communautaires disponibles, les pratiques efficaces, les besoins et les difficultés ressentis par les divers intervenants. La Montérégie est une région comportant une grande agglomération urbaine, de petites villes et des régions rurales, un territoire assez représentatif de l'ensemble du Canada. La visite de délégués médicaux est une méthode universellement utilisée par l'industrie pharmaceutique et familière aux médecins. Quant aux pratiques préventives efficaces, elles sont largement reconnues. Il y a toutes les raisons de croire qu'un tel projet est facilement transposable dans d'autres régions du Québec et du Canada.

	Projet 30 **Projet de capitation dans la municipalité régionale de comté (MRC) du Haut-Saint-Laurent, région de la Montérégie**
1. CLIENTÈLE VISÉE	Touche l'ensemble de la population de la MRC du Haut St-Laurent, soit plus de 24 000 personnes, quel que soit leur âge ou leur état de santé. Trois secteurs sont identifiés prioritaires : 1) soins primaires (MPOC - insuffisance cardiaque, infirmières de cabinets privés, clinique de diabète), 2) services pour les personnes âgées en perte d'autonomie, 3) services de santé mentale.
2. BUDGET ALLOUÉ	3 238 700 $ Type de projet : intervention, évaluation (pilote) Contribution de la Régie régionale de 200 000$. Contribution de la MRC du Haut St-Laurent : Par le biais de la fondation de l'Hôpital Barrie Memorial, 93 000$ pour l'amélioration des locaux de l'Hôpital et environ 150 000$ en équipement.
3. CONTEXTE D'ÉMERGENCE	
3.1 Pourquoi le changement	Les compressions budgétaires imposées depuis le début des années 1980 ont amené un essoufflement du système et une démotivation de l'ensemble des personnes y travaillant en particulier des médecins. De l'avis des experts, ce ne sont pas des injections de fonds qui solutionneront cette impasse, mais plutôt une profonde réorganisation des modèles de prestation des services. L'une des avenues privilégiées est la réorganisation des services au niveau local, par : 1) l'intégration clinique, administrative et financière ; 2) l'importance accordée aux soins primaires et aux médecins généralistes pour coordonner l'ensemble des soins ; 3) l'allocation des ressources par capitation sur une base de population ; 4) la création de marchés internes et la gestion de la concurrence, i.e. par la formation de groupes d'acheteurs de services qui choisissent leurs fournisseurs.
3.2 Principales caractéristiques	Le projet vise à développer un modèle d'organisation de soins et services intégrés, financés par capitation, adaptés au contexte social, économique, législatif et réglementaire canadien et québécois. Un réel financement par capitation sera mis en pratique lors de la deuxième phase du projet. Le projet propose un modèle d'organisation de soins et de services intégrés, financé sur une base de capitation, offrant directement ou par entente, des soins de santé et des services sociaux. L'intégration clinique implique l'ensemble des établissements de santé et de services sociaux sur le territoire de la MRC, y inclus les cabinets privés des médecins. Ce projet a la particularité de s'adresser à l'ensemble de la population du territoire, quel que soit son âge ou son état de santé. Les projets de services développés ont essentiellement comme caractéristique de mettre en lien des établissements jusqu'alors autonomes. Ces projets donnent lieu à un financement approuvé par le comité directeur. Il s'agit donc d'un modèle qui propose un début de contractualisation des fournisseurs de soins qui soumettent de façon *volontaire* des projets au comité directeur. Dans le projet de démonstration de la MRC du Haut-Saint-Laurent, on peut retrouver toutes les caractéristiques d'un système de services intégrés, soit : 1) *la responsabilité d'une population donnée* : les 25 000 habitants de la MRC; 2) *l'offre d'un continuum de services* : services ambulatoires, services de courte et de longue durée (priorité accordée aux soins de première ligne et à leur articulation avec ceux de deuxième ligne); 3) *l'intégration multidimensionnelle* : sur les plans administratif, clinique, financier et de l'information; 4) *l'intégration des médecins* : considérés comme gestionnaires des soins et appelés à jouer un rôle dans toutes les étapes du projet; 5) *le principe du financement par capitation* (en deux étapes); 6) *le partenariat* selon de nouvelles modalités avec d'autres acteurs de la communauté, favorisant ainsi la création d'un capital social. Au-delà du fait que ce projet constitue la première expérimentation d'un modèle de capitation à l'échelle de toute une population, d'autres caractéristiques, liées au fait que l'expérimentation se déroule dans une zone rurale, méritent d'être soulignées : 1) le confinement naturel de la population; 2) le type de pratique des médecins, une pratique proche du modèle de la médecine familiale préconisé dans le modèle; 3) l'importance du contrôle de la consommation des services; 4) la taille du réseau qui, parce qu'elle demeure maîtrisable, facilite les

	Projet 30 **Projet de capitation dans la municipalité régionale de comté (MRC) du Haut-Saint-Laurent, région de la Montérégie**
	changements et constitue un atout ; 5) le caractère « non artificiel » de l'expérimentation.
3.3 Objectifs de l'évaluation	L'évaluation vise à répondre aux questions suivantes : 1) le modèle de services intégrés, financé par capitation, améliore-t-il l'efficacité des services offerts (groupe témoin dans quatre régions similaires – Châteauguay, Presqu'île, Beauharnois, Pommeraie ; 2) ce modèle améliore-t-il l'efficience de la prise en charge (coûts de prise en charge avec les résultats observés, en utilisant l'analyse coûts/avantages qui implique l'analyse de l'utilisation des services et l'estimation des coûts des différents services) ; 3) le niveau de satisfaction des acteurs concernés par le système en regard des résultats obtenus (satisfaction des patients vis-à-vis des soins et services reçus à l'aide d'un questionnaire face à face et des intervenants et gestionnaires partenaires par questionnaire postal) ; 4) l'output du modèle dans la MRC ; 5) la productivité des ressources utilisées par le modèle (lorsque l'output est comparé au coût, la productivité devient équivalente à l'efficience, ce qui intéresse les promoteurs ; dans ce cas-ci c'est le coût par épisode de soin, mais aussi le coût global de l'utilisation des services de la population de la MRC) ; 6) la qualité des soins et des services produits (par l'appréciation des processus : qualité technique et non technique) ; 7) l'écart entre le modèle tel qu'il a été conçu et le modèle effectivement mis en place ; 8) les facteurs de succès qui favorisent l'implantation du système et 9) l'influence du degré et des caractéristiques de la mise en œuvre du système sur les effets observés.
4. PROCESSUS DE MISE EN ŒUVRE	
4.1 Modalités de mise en oeuvre	Un comité directeur est chargé d'allouer des ressources à des projets d'établissement. Il joue donc un rôle de planification tactique, c'est-à-dire qu'il identifie les besoins urgents sur le territoire, finance des services et s'assure de la continuité entre les établissements. Le comité directeur assure la planification et fixe les priorités d'allocation des ressources du projet. L'approche retenue repose sur les besoins de la population et non sur ceux des établissements. Le comité a appuyé la création de 21 projets permettant d'assurer une meilleure continuité dans *trois zones prioritaires :* 1) services ambulatoires ; 2) adultes et personnes âgées en perte d'autonomie et 3) santé mentale. Pour chacun des projets un responsable est nommé. Nombreuses ententes négociées et convenues entre des organisations, établissements et médecins. Toutes les ententes impliquent des médecins. Mise en place d'un système d'information médico-administratif rassemblant les grandes banques de données telles que MED-ÉCHO, SIC-CLSC, etc. Création d'un fichier-client à partir des banques de données réunies pour connaître le cheminement des personnes. Lien informatique entre les cliniques médicales et l'hôpital Barrie Memorial. Gestion par projet interétablissements ; pour être financés, les projets soumis au comité directeur devaient être présentés conjointement par deux établissements. Formation commune des infirmières.
4.2 Enjeux ou défis posés par l'innovation	Le défi consiste à développer un modèle d'organisation de services financé par capitation, adapté au contexte québécois et canadien selon des objectifs axés sur la qualité, la satisfaction, l'efficience des services ainsi que l'amélioration de la prise en charge de la population. Le comité directeur constitue une structure de gouverne qui se greffe aux logiques autonomes d'établissement mais qui cherche à créer une collaboration entre ces directions et à *appuyer financièrement* les efforts de coordination au niveau clinique.

	Projet 30 **Projet de capitation dans la municipalité régionale de comté (MRC) du Haut-Saint-Laurent, région de la Montérégie**
4.3 Conditions favorables ou facilitantes	Mobilisation pour la survie de l'hôpital Barrie Memorial et des services médicaux. Crainte d'une fusion du CLSC de Huntingdon avec celui de Valleyfield. Augmentation du budget grâce à un projet « visible». La participation active des médecins à tous les comités, grâce entre autres à l'introduction de mesures incitatives économiques, figure certainement parmi les éléments décisifs de ce processus de changement. De l'avis de tous, la constitution d'un comité clinique interétablissements a certainement renforcé les liens entre eux. Le comité directeur, solution de rechange à la fusion administrative des établissements, a globalement joué un rôle positif dans le sens où il a permis un rapprochement entre les différents acteurs. La mise sur pied d'un comité de gestion interétablissements dont le rôle est de s'occuper des problèmes quotidiens de gestion de ce processus de changement a permis d'avancer dans la construction d'une vision commune entre les gestionnaires des deux établissements. Le support de la régie, source d'une grande satisfaction pour tous les répondants, a aussi facilité le processus de changement. Le fait que l'expérimentation du travail en interdisciplinarité en cabinet privé aille dans le sens des recommandations de la Commission Clair a maintenu la motivation des équipes. Le rôle de l'équipe d'évaluation a également été souligné comme étant un élément positif. Par ailleurs, les professionnels se sont dits très satisfaits des sessions de formation données par l'équipe d'évaluation au printemps 2000. Dans un contexte général de pénurie de ressources, le projet FASS a été perçu par tous comme l'occasion, grâce à l'arrivée de nouvelles ressources, de repenser l'organisation des soins et des services et d'améliorer les soins donnés à la clientèle. D'une part, les craintes plus ou moins fondées du CLSC de Huntingdon de se voir fusionner avec le CLSC d'un autre territoire et d'autre part, la crainte de l'hôpital de disparaître ont certainement favorisé la collaboration entre les deux établissements.
4.4 Obstacles	Le modèle est largement émergent, c'est-à-dire qu'il a pris forme graduellement. Par le fait même, il a rencontré des contingences très fortes dans sa mise en œuvre ; *la clinique pousse à l'intégration* et progressivement pose des défis aux organisations. Le caractère émergent qui provient de la clinique remet en question un stéréotype très fort concernant la résistance aux changements des professionnels. Or l'expérience montre que *les administrateurs opposent également beaucoup de résistance face aux changements*. Certains auraient souhaité que la Régie contribue davantage à clarifier la vision stratégique du projet. En ce qui concerne le MSSS, par contre, on pense qu'il n'appuie pas réellement le projet et qu'il agit uniquement comme observateur. Comme l'expérimentation du modèle d'intégration des services en Montérégie s'est échelonnée d'avril 1999 à mars 2001, il serait difficile à l'heure actuelle de tirer des conclusions solides sur les impacts de l'intervention d'autant plus que l'exposition à l'intervention est, pour une grande partie de la clientèle concernée, relativement courte. Le caractère expérimental du projet et l'incertitude qui a entouré ce dernier n'ont certainement pas aidé à recruter ou du moins à garder certains professionnels comme des orthophonistes, d'où l'échec de l'implantation de ce projet clinique. En dépit de la pénurie d'infirmières sur le marché de l'emploi, les deux établissements ont fait des efforts importants pour allouer certaines de leurs ressources aux projets, pénalisant d'ailleurs parfois les services courants des établissements.

	Projet 30 **Projet de capitation dans la municipalité régionale de comté (MRC) du Haut-Saint-Laurent, région de la Montérégie**
	Le nombre insuffisant de médecins sur le territoire, problème qui n'a pu être résolu malgré les démarches entreprises, a entravé l'implantation du changement. Au-delà du problème de disponibilité de temps, plusieurs considèrent leur mode de pratique habituel comme étant adéquat et efficace, et devant la satisfaction élevée/présumée des patients, il devient difficile d'identifier les changements nécessaires et les transformations à accomplir et de comprendre les exigences et la nécessité d'une plus grande intégration des soins sur le territoire. Tous les acteurs s'accordent à dire que l'échec de la fusion administrative entre le CLSC de Huntington et l'hôpital Barrie Memorial n'a pas affecté les dimensions cliniques du projet. La plupart des répondants estiment que l'échec de la fusion était prévisible et attribuable à un manque d'entente entre les conseils d'administration des deux établissements, à des luttes de pouvoirs internes et à un manque de confiance entre les deux communautés. Si l'implication des médecins est un atout, elle représente en même temps un inconvénient dans la mesure où elle limite, en raison du problème de disponibilité des médecins, la possibilité d'approfondir les débats. La gestion administrative du projet n'a pas donné lieu à une vision stratégique déterminée et fondée sur une compréhension fine des exigences, des enjeux et du potentiel de l'expérimentation pour produire une véritable intégration des soins et des services. Les gestionnaires à l'intérieur des établissements n'ont pas été non plus capables, n'étant pas dégagés de leurs responsabilités habituelles, d'encadrer les projets. L'ensemble du personnel des établissements a reçu tardivement des informations sur le déroulement de l'expérimentation ; ce qui constitue selon de nombreux répondants une faiblesse au niveau de la conduite du processus de changement. L'absence durant les premiers mois de l'expérimentation d'un système d'information intégré (il faut savoir que les cliniques médicales n'étaient pas pourvues d'ordinateurs), a compliqué la tâche des infirmières. Le projet introduit une notion de risque financier, caractéristique du financement par capitation, car l'entité doit assumer les coûts des services de santé de sa population, qu'ils aient consommé sur son territoire ou ailleurs au Québec. Les difficultés que le comité directeur du projet a rencontrées pour intégrer les décisions administratives dans la MRC témoignent de forces d'inertie importantes.
5. BILAN DE L'EXPÉRIMENTATION	
5.1 Résultats	On a surtout développé et implanté le sous modèle clinique : ni le sous modèle financier (l'introduction d'une véritable capitation était prévue pour l'étape 2 du projet) ni le sous modèle administratif tel qu'anticipé dans la démarche initiale n'ont encore vu le jour. La consolidation de la gamme de services au niveau local afin d'augmenter la continuité, la prise en charge et le rapatriement des patients sur le territoire et ce, en concertation avec l'organisation médicale. La mise en œuvre d'une vingtaine de programmes expérimentés suite à leur approbation par le comité directeur. Au-delà de 1 000 personnes ont bénéficié des programmes et de suivis systématiques mis en place notamment pour les services ambulatoires, (ex. : diabète, cardiologie, santé mentale, maladies pulmonaires obstructives chroniques). Une diminution (10%) des admissions et des jours d'hospitalisation en médecine et une augmentation du taux de référence au maintien à domicile.

	Projet 30 **Projet de capitation dans la municipalité régionale de comté (MRC) du Haut-Saint-Laurent, région de la Montérégie**
	L'embauche d'infirmières dans les centres médicaux pour soutenir la pratique médicale et l'organisation locale de services intégrés. Depuis leur arrivée, on note : 1) une augmentation du nombre de patients reçus par les infirmières et une diversité de tâches accomplies (ex. : suivis de traitement, évaluation nursing, enseignement) et ; 2) une diminution de l'achalandage à l'urgence de l'hôpital (4 à 14%). La mise en place d'un réseau d'échange d'informations reliant les centres médicaux et les établissements du territoire permet le partage d'informations concernant les clients, un meilleur suivi et une continuité accrue de services, grâce à un accès rapide aux informations (ex. : résultats des tests de laboratoire). La création d'un entrepôt de données populationnelles qui rassemble la plupart des données sur l'utilisation des services des résidants de la MRC du Haut Saint-Laurent et de quatre CLSC témoins. Cet entrepôt, la première expérience du genre au Québec, va favoriser la production de nouvelles connaissances utiles pour la recherche et la gestion des services. Les acteurs : Les entrevues ont révélé que les motivations à participer au projet étaient très diverses. Certaines personnes voulaient surtout éviter la fermeture de l'hôpital et résister à la disparition des services sur le territoire. D'autres se sont déclarées très intéressées à participer à un projet de recherche sur un changement institutionnel majeur comme l'intégration des soins. Finalement, pour certains professionnels non-médecins, le projet s'inscrivait parfaitement dans leur désir de revalorisation de leur tâche. Il faut souligner que les personnes consultées partagent à des degrés divers les mêmes points de vue sur l'opportunité du projet, sur les forces et les faiblesses du système de soins local ainsi que sur les facteurs qui ont favorisé l'émergence de ce changement. Le rôle central de l'hôpital est considéré comme un avantage par certains groupes d'acteurs, en particulier par les médecins. D'autres y voient une des faiblesses du système, puisque la survalorisation de l'hôpital se fait au détriment du volet prévention. Les données collectées dans les entrevues indiquent qu'il existe un large consensus autour des composantes essentielles du modèle théorique à la base d'un système d'intégration des soins. Pour ce qui est de l'intégration « administrative », les répondants considèrent qu'elle représente idéalement un atout du projet, mais certains doutent qu'elle soit une condition essentielle à l'intégration clinique. En ce qui concerne la capitation, l'analyse des entrevues révèle, d'une façon générale, une certaine confusion autour de cette notion. Les médecins sont, en général, plutôt en désaccord avec un système de paiement de leurs honoraires par capitation. Ils ne sont pas disposés non plus à gérer une enveloppe de capitation. Les répondants sont aussi plus ambivalents au sujet des avantages et des inconvénients de la capitation. D'un côté, ils voient des avantages à ce mode de financement, car il permet un plus grand contrôle sur l'allocation des ressources en fonction des besoins de la population et une réorientation du système vers la prévention et l'utilisation des ressources les plus légères. Mais, d'un autre côté, ils craignent une diminution des services, une sélection adverse de la clientèle et une lourdeur administrative. La majorité des acteurs reconnaissent que les projets retenus remédient au manque de services spécialisés dans le territoire et de ce fait vont faciliter la continuité du traitement. Ces projets favorisent également une intégration des services dans la mesure où les intervenants de tous les établissements sont impliqués dans le processus de prise en charge. Certains médecins n'adhèrent pas à cette notion de gestion de cas et ce pour deux raisons : soit ils doutent que le gestionnaire de cas va les aider à assumer leur rôle de gestionnaire de soins, soit ils considèrent que c'est au médecin de jouer le rôle de gestionnaire de cas. Tous les répondants sont néanmoins unanimes pour souligner les progrès réalisés en si peu de temps.

	Projet 30 **Projet de capitation dans la municipalité régionale de comté (MRC) du Haut-Saint-Laurent, région de la Montérégie**
	Les progrès en termes d'intégration sont réels : pour la clientèle diabétique par exemple, il existe dans le territoire un continuum de services très intégrés dans la mesure où il y a des liens permanents entre par exemple le médecin traitant et la clinique spécialisée. Le recrutement d'une infirmière en cabinet est, de l'avis de plusieurs, le projet qui a eu le plus d'impact sur le processus de prise en charge : il y a davantage de suivi de la clientèle ayant des problèmes de santé chroniques (ce qui devrait en principe permettre d'espacer les consultations médicales). Le fait d'ajouter des ressources permet à un système de pallier aux irritants et à certains problèmes courants sans avoir besoin de se remettre profondément en cause. Clairement, l'ajout de nouvelles ressources est alors un atout important mais insuffisant pour produire le changement. La plupart des caractéristiques du modèle de soins primaires demeurent inchangées, sauf quelques variables qui correspondent à la dimension de la continuité notamment celles reliées à la qualité de la relation entre le médecin de famille et son patient. La satisfaction générale à l'égard des services reçus s'améliore de façon significative. Des analyses descriptives très préliminaires amènent à penser que le projet clinique du diabète améliore la qualité de vie des personnes diabétiques : cette amélioration peut être attribuée à un contrôle plus effectif de l'usager sur sa maladie grâce notamment à l'enseignement qu'il reçoit et à un meilleur suivi de la maladie (du fait entre autres de l'implantation de services d'ophtalmologie dans le territoire).
6. POTENTIEL DE GÉNÉRALISATION	
6.1 Pérennité	Les établissements partenaires ont accepté de financer une prolongation du projet pour 3 mois. Les personnes interrogées sont unanimes pour recommander la poursuite de l'expérimentation afin de rendre justice à l'énorme quantité d'énergie déployée dans l'élaboration des différents programmes cliniques et dans la mise en place d'outils d'intégration dont le système d'information. Dans un premier temps, le projet a été orienté sur l'intégration clinique et informationnelle du réseau de services intégrés. Cette intégration renforce le développement d'une vision commune axée sur les besoins de la population et agit comme levier pour une révision des processus administratifs et financiers. C'est pourquoi il est prévu d'introduire le financement sur une base de capitation dans une phase ultérieure du projet advenant l'adhésion des acteurs. En considérant le chemin parcouru sur une courte période et l'instabilité que crée un échéancier serré, les résultats préliminaires apparaissent intéressants et encourageants pour la poursuite du projet. Par exemple, les données disponibles indiquent une tendance à l'augmentation au recours des services ambulatoires et aux ressources légères et une diminution de l'achalandage à l'urgence de l'hôpital. Grâce aux efforts de l'ensemble des acteurs, le projet offre des pistes de solution au fonctionnement d'un réseau intégré pour l'organisation des services de base, la coordination et l'intégration des services, l'adaptation des pratiques organisationnelles et professionnelles, y compris les pratiques médicales. Tant que les réorganisations administratives n'ont pas eu lieu, il est difficile de prévoir les transformations cliniques nécessaires pour assurer la pérennité d'un véritable système local de soins intégrés.
6.2 Conditions nécessaires	Certains répondants pensent que les efforts durant la deuxième phase doivent être consacrés à une amélioration de l'intégration clinique, notamment en renforçant les liens avec le CLSC, en institutionnalisant le rôle de la gestion de cas pour des clientèles spécifiques, en redéfinissant le panier de services, etc. Aussi, l'enjeu de la deuxième phase serait de mettre en place un système de financement et d'incitation qui oriente l'allocation des ressources de chaque producteur et qui pousse à une plus grande collaboration. La Régie Régionale a certainement un rôle déterminant à jouer à ce niveau.

	Projet 30 **Projet de capitation dans la municipalité régionale de comté (MRC) du Haut-Saint-Laurent, région de la Montérégie**
	Consolider les liens interétablissements avec les centres médicaux afin de favoriser une plus grande intégration des soins. Clarifier certains concepts et certains rôles générés par le nouveau modèle particulièrement les concepts de gestion de cas et de suivi systématique des clients. Favoriser la poursuite de l'engagement des médecins grâce entre autres, aux efforts pour attirer de jeunes diplômés sur le territoire. Accentuer la stratégie d'information dirigée vers les professionnels et la population. Les ressources indispensables au développement de capacités de changement sont au nombre de trois : 1) le temps dont les acteurs ont besoin pour investir dans le changement et développer de nouvelles représentations ; 2) les informations dont les acteurs ont besoin pour comprendre de façon critique la situation existante et 3) l'argent fourni par le FASS qui doit servir essentiellement à alimenter ces processus afin que l'expérimentation se développe en poussant au maximum les limites du système de soins actuel. La réussite de l'implantation d'un projet pilote s'appuie aussi sur les compétences des acteurs sur le terrain. Pour mobiliser les acteurs autour du trio idée-ressources-compétences, la plupart des projets financés par le FASS misent sur des alliances nouvelles entre le monde académique, le monde pratique et le monde technocratique. Dans le cas du projet « Capitation Haut Saint-Laurent », le maintien ou le développement de cette alliance fait face à des défis qui doivent être relevés si le projet veut poursuivre son évolution. Il faudrait en particulier clarifier le rôle et les attentes des différents groupes d'acteurs à l'égard de l'évaluation, faire en sorte que les gestionnaires portent une plus grande attention aux attentes des professionnels et des cliniciens ; inciter la Régie à faire preuve de plus d'audace dans son rôle de promoteur régional du changement ; et enfin, préparer un plan opérationnel et stratégique pour bien définir la portée des acquis lors de la première phase et les enjeux dans la poursuite de l'expérimentation.
6.3 Avantages généralisation	Les gains réalisés par l'intégration des services sont annonciateurs d'une plus forte intégration de l'ensemble des services et des composantes administrative et financière du réseau de services intégrés de la MRC du Haut Saint-Laurent. Les résultats préliminaires de l'analyse de l'implantation montrent que l'expérimentation de la mise en place d'un système intégré de soins dans la MRC du Haut-St-Laurent donne lieu à la fois à des changements significatifs et se frappe à des zones d'inertie importantes. Il importe de réfléchir sur le potentiel de ce type d'expérimentation pour produire et négocier le changement. Rappelons que le projet « Capitation Haut Saint-Laurent », comme la majorité des projets financés par le FASS, part de l'idée qu'on peut provoquer des changements par l'ajout de nouvelles ressources. Cette stratégie a l'avantage de miser sur un changement progressif plutôt que radical.

	Projet 31 **Setup of an Integrated System for Persons Suffering from Major Psychistric Problems** **Ssystème intégré, troubles mentaux sévères et retard mental, région du Nunavik**
1. CLIENTÈLE VISÉE	Personnes souffrant de troubles sévères et persistants de santé mentale et les personnes avec un retard mental provenant des 14 villages situés le long de la côte de la Baie d'Hudson et de la côte de la Baie d'Ungava, au Nunavik; 2 000 km de territoire.
2. BUDGET ALLOUÉ	488 238$ $ Type de projet : intervention, évaluation (pilote)
3. CONTEXTE D'ÉMERGENCE	
3.1 Pourquoi le changement	The Nunavik population is dispersed among 14 villages located along the Hudson Bay and Ungava Bay coasts. The fact that there are no road links between the communities and the rest of the province (the only means of transportation is by air) leads to problems involving population dispersion and vast distances. The geographic context is therefore an important element in any organization's operating costs, first because each community, no matter the size of its population, has to be provided with basic services and, second, because transfers to Montréal are required for certain health and social services. In spite of efforts to patriate specialized medical services to the North, the region annually transfers some 1 600 patients with escorts to Montréal. Transfers cost the region an average of $2 500 each, for a total of about $4 million per year. In 1994-1995, the Hudson coast had 18 serious mental health cases. With the ambulatory trend, transferring patients suffering from chronic problems to Montréal has become more and more difficult, aggravating the situation in the communities. Apart from the two health centres and some foster families ensuring relief, no other resource is available for this clientele. Moreover, the problems are amplified due to the lack of resources in both intermediate residences and family and community support. Thus, families and communities are forced to await the patients' total disorientation before receiving access to the sole resource available: the hospital. .
3.2 Principales caractéristiques	This pilot project aimed at providing persons with major psychiatric problems a structured, therapeutic milieu for acquiring life and work skills, helping them restore and consolidate personal and social skills, helping them reintegrate into the community through remunerated or volunteer work, providing relief for families and the community and providing telephone support 24 hours per day, seven days per week for individuals, families and the community. The centre provides 24-hour-a-day residential care and external services to adults who have been diagnosed with major psychiatric problems or intellectual impairment. The personnel members work with the clients and their families to help identify, understand and resolve their problems. Services provided at the centre include vocational training, behaviour management and training in the activities of daily living. Enhancing clients' knowledge and practice of traditional skills is a priority. The reintegration centre is committed to a bio-psycho-social model of intervention that takes into account all aspects of the client's life. Short-term and long-term placement: The residential program gives clients an opportunity to learn personal care, household management, money management, shopping and meal preparation as well as a chance to participate in leisure activities that provide an opening for enhancement of social skills. Objectif général du projet : assurer l'accessibilité et la continuité des soins tout en favorisant l'intégration des personnes dans leur communauté

	Projet 31 **Setup of an Integrated System for Persons Suffering from Major Psychistric Problems** **Ssystème intégré, troubles mentaux sévères et retard mental, région du Nunavik**
	Objectifs particuliers : 1) mise en place d'une résidence multivocationnelle pour fournir un milieu thérapeutique structuré afin d'acquérir des habiletés de vie et de travail ; restaurer et consolider les compétences personnelles et sociales ; réintégrer la personne dans la communauté par le travail rémunéré ou bénévole; fournir une aide téléphonique 24 heures et sept jours pour les personnes, les familles et les intervenants ; 2) la mise en place d'une équipe volante spécialisée visant les actions suivantes : supporter et favoriser par différentes activités, l'intégration de la personne dans son milieu de vie ; offrir un programme d'intervention auprès des familles et des communautés ; assurer le lien avec les différents partenaires ; mettre en place un programme de formation pour les intervenants de première ligne ; promouvoir le développement d'activités de promotion en fonction des problèmes identifiés par les communautés Short-term crisis intervention: Individuals who are in acute crisis may be admitted to the centre when beds are available, for a maximum of one week. Respite care: The centre provides short-term respite care (three months). Day Program: External participants in the day program can take advantage of the same therapeutic program as residents Community follow-up/support: This part of the centre's work has two aspects. It is the philosophy of the reintegration centre that treatment does not end with discharge from the program. After discharge, staff follows up on clients in their communities of origin. Staff members: The reintegration centre has a team of two full-time psychoeducators, four part-time educators, six on-call educators, two night guards and a coordinator.
3.3 Objectifs de l'évaluation	Objectives: 1) evaluate the difference between the projects' planned intervention, that is, the setup of a multiple-vocation centre and a mobile team, and the actual intervention applied; 2) analyze short-term results of programs offered, in terms of desired effects on the target population (satisfaction with programs offered, increase in autonomy, degree of social reintegration and maintenance in the natural living environment).
4. PROCESSUS DE MISE EN ŒUVRE	
4.1 Modalités de mise en oeuvre	Aucune information à ce sujet.
4.2 Enjeux ou défis posés par l'innovation	The manpower plan included in the initial agreement with Health Canada mentioned only the type of resources to hire for the project. One of the biggest challenges during the process was related to the manpower.
4.3 Conditions favorables ou facilitantes	Aucune information à ce sujet
4.4 Obstacles	The scarcity of physical resources in the North. In fact, the only premises available for these services in Inukjuak turned out to be much too small, even at the project's start, no more than three residents could be admitted at a time. A cash-flow advance of $45,810.00 was sent to the NRBHSS, then to Inuulitsivik (responsible for the implementation of the project) to start the activities. Inuulitsivik had to wait until the end of November 2000 to receive a second instalment of $47,335.00. At that time, it had incurred expenses of more than $400,000.00. The health centre had to finance the project even though it was in deficit. There were many problems related to the recruitment and retention of local staff. From January to March 2000, three coordinators were hired. The first coordinator was asked to leave after a month. A second coordinator was hired temporarily while efforts were made to recruit the present coordinator. By the end of June 2000, the centre was still recruiting to build a bank for replacement. The employees who were there from the beginning had difficulty working full time since they had other career projects or family commitments.

	Projet 31 **Setup of an Integrated System for Persons Suffering from Major Psychistric Problems** **Ssystème intégré, troubles mentaux sévères et retard mental, région du Nunavik**
	From May to the end of August, the workload of the two psychoeducators was very heavy because they had to be on call constantly and replace workers who did not show up for work. The Inukjuak Reintegration Centre admitted nine clients after three months of operation. During this period, it was difficult for the staff to fully implement individual service plans while coping with clients in crisis. The protocols (admission, referral, transfer of information) were supposed to be developed before the centre opened. However, they were only developed at the end of February, revised in the middle of March and adopted at the end of March. There was a change in the eligibility criteria after three months of the centre's operation (March 2000). The change introduced the possibility of admitting, on an emergency basis, clients who are in crisis. A major aspect of the program objectives was to use work as a therapeutic tool in the treatment for the clients. To this end, employers and various organizations were approached to consider accepting clients from the reintegration centre in a job-placement program. The centre had limited opportunities in securing job placement for its clients owing to few job openings in Inukjuak. A mobile team was supposed to assure the follow-up, treatment and training in the communities. The centre had to abandon this idea and replace it by the support mentioned in the preceding item. The intensive work and training with the family has been difficult, especially in getting family members to be committed to and interested in the client. The contracted driver for the CLSC declined to provide transportation services for the centre. All other efforts made to hire a private driver were in vain. Only one program participant continued to have serious problems with substances (solvents). Providing specialized treatment for this client remains a challenging task for the centre. Although efforts were made to send him to a treatment resource for persons with solvent-abuse problems outside of Nunavik, his lack of competency in either French or English has made it practically impossible.
5. BILAN DE L'EXPÉRIMENTATION	
5.1 Résultats	Eight males participated in the program, belonging to the 21-36 age group. The four female participants in the program were in the 33-35 age group. A breakdown of programs in which clients participated is as follows: a) residential: 4 (3 males, 1 female); b) respite: 1 (male); c) day program: 5 (3 males, 2 females); d) short-term crisis intervention program: 2 (1 male; 1 female) With respect to psychiatric diagnoses, all but one participant had multiple diagnoses and were on medication. The principal psychiatric conditions of these participants were schizophrenia, borderline personality disorder, bipolar disorder, mental retardation or substance addiction. A striking feature in the study is that a significant number of participants were dependent on substances (8/12). Concerning their psychosocial backgrounds, all participants except one were reported to be suicidal and required 24-hour supervision. Three female clients were reported to be victims of sexual abuse. In the case of the males, three were also reported to be victims of sexual abuse. However, it is important to note that all the male victims of sexual abuse also confessed to being sexual abusers. All but one program participant had a history of multiple psychiatric hospitalization. With regard to the participants' length of stay, the two clients who were on short-term crisis intervention were discharged in June and November 2000. One was discharged in November 2000 while an other one. was readmitted at the Douglas Hospital in November 2000

	for intensive psychiatric support due to chronic suicidal gestures and unmanageable psychotic behaviour. All other program participants have remained in their respective programs. Clients autonomy : many of these clients, except for those in the short-term crisis intervention program, lack simple skills such as preparing light meals, assuming personal hygiene or managing a simple budget. With intensive support and guidance from staff, these clients have made remarkable improvement in their daily life skills. Presently, all the program participants are able to prepare light meals, shop on their own at the local store and take care of their personal hygiene and surroundings. The improved aspects in quality of life of the program participants, with the exception of one, were dramatic. It is worthy to note that after joining the program, the majority of the clients managed to deal effectively (except for occasional relapses) with their addictions problems. Except for one client, none of the clients was hospitalized in the course of the program, although many had required intermittent hospitalization prior to their admission. With the exception of one client, the clients made outstanding improvements in their involvement in community events, social interactions and work and training programs. In general, all the client respondents (7) indicated that they were very satisfied with support services received at the centre. For instance, they articulated that the help they were receiving from staff had helped them deal effectively with their illness. The relatives also indicated that they found it important to get personally involved in the treatment of their family member. However, staff at the centre indicated that many of these relatives were reluctant to get actively involved in the development of the clients' treatment plan.
6. POTENTIEL DE GÉNÉRALISATION	
6.1 Pérennité	The continuity of the project should be assured right from the beginning by a written commitment. The one-year budget was underestimated in the initial project. A new budget request based on a new location (10 bedrooms) and a more complete program (readjustments after evaluation process) was submitted to the NRBHSS and the MSSS for project continuation. It is strongly recommended that the training program be continued for three years.
6.2 Conditions nécessaires	A regional program for job creation and training for the clientele with mental health problems should be set up. The area in which staff needs additional theoretical and practical knowledge are: generic practice guidelines, brief outline of psychiatry, common diagnoses made by psychiatrists, counselling skills, psychoactive medication, treatment guidelines in substance addictions, victims/victimizers in sexual abuse, suicidal behaviour, post-traumatic stress disorder, stress-management workshop, mental illness and the law: Provincial Mental Health Act, Canadian Charter of Rights. A certified program should be developped for the workers in the Aanarraapik Group Home covering youth rehabilitation, substance abuse and the cultural aspect of clients.

	Projet 31 **Setup of an Integrated System for Persons Suffering from Major Psychistric Problems** **Ssystème intégré, troubles mentaux sévères et retard mental, région du Nunavik**
	If a community does not have trained persons to offer specialized services, it should work with the employment and training regional bodies to offer full-time training before the project starts. Additional funds should be invested in the project to have psychoeducators travel to the other communities to: follow up discharged clients, provide information for clients' family members so they understand the program and offer expertise to social and community workers for service and intervention plans; at least one additional psychoeducator is needed. In any project proposal, there should be a list of qualifications for the personnel members and the training plan that will be offered to them. Consider the hiring of two teams of psychoeducators for the first year of the project. They could work on a two-month-schedule (two months on, two months off) in remote regions or two weeks (on and off) in the south, to prevent burnout. The staff must have a very strong background (training and experience) to deal with crises and suicide attempts. If not, they must receive training to face such situations. For any pilot project, it is important to obtain the support of an existing committee that has a mandate relevant to the project. This committee should be involved from the beginning of the project (writing the proposal) and support the coordinator at each phase of the implementation process. In any project proposal concerning this clientele, the cost of one or two vehicles should be considered. The clients have to go outside for activities, the staff has to supervise them at home or at work and they have to go to the nursing station everyday for medication.
6.3 Avantages généralisation	The evaluation of client satisfaction shows that most of the clients were satisfied with the services provided by the centre and would recommend the centre to a friend. The program developed during the pilot project should be publicized in other Native communities (Nunavik and elsewhere).

	Projet 32 **Projet de démonstration d'un dossier réseau en oncologie au Québec (DRIOQ), région Chaudière-Appalaches**
1. CLIENTÈLE VISÉE	Deux types de population sont ciblés par le projet DRIOQ : 1) les patientes atteintes de cancer du sein résidentes des régions sociosanitaires visées par le projet et qui sont traitées ou suivies dans l'un ou l'autre des deux centres d'expertise régionaux ; 2) les intervenants de la santé impliqués dans le diagnostic, le traitement ou le suivi de patientes atteintes de cancer du sein. Ces professionnels sont issus des centres d'expertise régionaux et suprarégionaux en cancer du sein ainsi que de cliniques médicales privées, de centres locaux de services communautaires (CLSC) et d'unités de médecine familiale (UMF) situés dans les régions sociosanitaires visées par le projet.
2. BUDGET ALLOUÉ	1 565 522 $ Type de projet : intervention, évaluation (pilote)
3. CONTEXTE D'ÉMERGENCE	
3.1 Pourquoi le changement	Le projet de démonstration concerne plus particulièrement le cancer du sein, en raison de son importance comme problème de santé auprès de la population québécoise et canadienne, reconnu notamment comme prioritaire dans la Politique de santé et bien-être du Québec et par l'Initiative canadienne sur le cancer du sein. Problèmes liés à la prestation de soins en oncologie : 1) communication déficiente entre intervenants lorsque plusieurs établissements sont en cause, qui tend à s'amplifier aussi quand la personne atteinte de cancer reçoit des soins dans différentes régions ; 2) l'absence de standardisation à la fois dans les systèmes de communication des renseignements de santé et dans les façons d'analyser ces renseignements ; 3) insuffisance d'information ressentie par les patients ; 4) accessibilité inégale aux soins en oncologie Plusieurs raisons justifient ce projet. D'abord, le dossier réseau est perçu comme un des moyens privilégiés pour faciliter la mise en place d'un réseau de services intégrés de qualité en oncologie. Ensuite, il s'inscrit dans le déploiement de l'autoroute de l'information mis de l'avant par le ministère de la Santé et des Services sociaux. De plus, avec le virage ambulatoire, l'utilisation d'un tel instrument pourrait contribuer à décloisonner les organisations, à rendre l'expertise plus facilement accessible, mais aussi à soutenir la capacité des équipes de première ligne à suivre et prendre en charge les personnes atteintes de cancer du sein.
3.2 Principales caractéristiques	Le principal objectif visé par le projet DRIOQ consiste à améliorer la circulation de l'information clinique entre les divers intervenants qui prodiguent des soins et services à la patiente atteinte de cancer du sein, et ce, en soutien à la prestation des soins intégrés en oncologie. Le projet DRIOQ a été défini comme une des solutions pouvant être mises à contribution pour faciliter l'échange d'information entre les équipes locales, régionales et suprarégionales impliquées dans la prestation des soins en oncologie, et tout particulièrement, entre les médecins pratiquant en centres spécialisés et les médecins de famille. Au niveau de l'équipe locale, un intervenant-pivot devra être facilement accessible. La carte à microprocesseur est la pièce maîtresse du système d'information pour transmettre l'information pertinente au dossier réseau. Elle permettra de s'assurer du consentement de la patiente pour consultation de sa carte. Ce dossier n'est ni un dossier d'établissement, ni un dossier de professionnel, pas plus qu'il ne vise à remplacer les dossiers existants. Il s'agit essentiellement d'un dossier patient accessible à distance par un réseau de télécommunications, à partir de différents points de prestations de services. Il s'appuie plus particulièrement sur le concept d'aide-mémoire informatisé au sens où il contient des renseignements que le professionnel et le patient jugent pertinents à partager avec d'autres intervenants de la santé exerçant aux niveaux local, régional et suprarégional.

	Projet 32 **Projet de démonstration d'un dossier réseau en oncologie au Québec (DRIOQ), région Chaudière-Appalaches**
3.3 Objectifs de l'évaluation	La stratégie d'évaluation porte plus sur les processus que sur les effets, sauf en ce qui concerne la prestation de soins intégrés en oncologie. L'approche mise de l'avant est de deux types : compréhensive et pluraliste. La première consiste à décrire et comprendre les faits relatifs au développement du projet et la deuxième veut produire de l'information permettant de comprendre les effets ou événements survenus, de susciter leur mobilisation et d'apporter des ajustements le cas échéant. Dimensions considérées dans l'évaluation : 1) circulation de l'information pertinente ; 2) traitement de l'information clinique ; 3) effets sur la décision clinique ; 4) effets détectables sur l'utilisation des services en oncologie ; 5) effets détectables sur la qualité des services en oncologie et 6) effets sur le coût du système de santé.
4. PROCESSUS DE MISE EN ŒUVRE	
4.1 Modalités de mise en oeuvre	Des mécanismes ont été mis en place afin de susciter la mobilisation des intervenants des niveaux locaux, régionaux et suprarégionaux et des patientes ainsi que celle d'experts reconnus sur le plan provincial et sur le plan national. Sur la base de ces liens, une équipe de projet est créée et concilie à la fois les préoccupations cliniques, organisationnelles, évaluatives et technologiques, préoccupations qui paraissaient des prémisses nécessaires à la réalisation d'un tel projet. Dès le début du projet, le groupe CGI, entreprise de services-conseils en technologie de l'information, a été associé au projet d'abord dans la perspective d'une capacité d'accompagnement pour une diffusion éventuelle de la solution mais aussi pour des services de soutien à la gestion de projet. En outre, CGI pouvait fournir l'expertise pour supporter la planification, la coordination et le soutien à la conception du système d'information DRIOQ sans être fournisseur de produits technologiques. Sur le plan organisationnel, la démarche visait à s'assurer de la participation active des cliniciens et des organisations visés. Ainsi, au départ, la stratégie de partenariat s'est exprimée par la recherche de champions cliniques à l'intérieur des organisations concernées. Il s'agissait d'impliquer activement des praticiens qui sont perçus, par leurs collègues, comme des meneurs dans la lutte contre le cancer du sein de façon à favoriser l'appropriation du projet par les milieux visés. Par la suite, la stratégie de partenariat s'est exprimée par la recherche d'appui des directions des établissements concernés qui s'est concrétisée par des ententes avec les départements ou services impliqués. Cette stratégie s'est opérationnalisée également dans le cadre des conditions d'approbation des comités d'éthique des deux centres d'expertise régionaux et du centre d'expertise suprarégional. Finalement, il était prévu de réunir ces différents partenaires dans des groupes de travail multidisciplinaires et multi-organisationnels. L'approche stratégique choisie se révèle dans un processus qui s'appuie sur : 1) la mise en place d'une structure de gestion qui soutienne une prise en compte de la pluralité des dimensions qui composent le projet et des facteurs d'environnement externe et interne ; 2) une gestion constante de l'équilibre entre le contexte externe et le contexte interne par la création d'alliances à ces deux niveaux ; 3) une négociation entre partenaires concernés sur le modèle même d'organisation de services à mettre en place ; 4) une stratégie de pénétration dans une organisation qui repose sur l'identification d'un champion interne ; 5) une stratégie de prototypage pour le développement du produit ; 6) une discussion sur chacune de ces composantes permet d'illustrer les difficultés ou les risques qui leur sont associées.
4.2 Enjeux ou défis posés par l'innovation	La protection des données est un enjeu incontournable puisqu'il s'agit de partager une information socialement sensible. Enjeux professionnels : touche la qualité des soins et la relation entre les intervenants, les patientes et proches. Les intervenants risquent de voir leurs pratiques courantes se modifier par l'introduction du dossier qui repose sur le travail en équipe multidisciplinaire. Sur le plan technologique, la simplicité d'utilisation de l'outil est une condition de succès importante. De plus, l'outil à mettre en place devra s'intégrer dans les pratiques et les systèmes existants. Enfin, l'intégralité des données prend toute son importance dans un contexte où l'information devient facilement accessible.

	Projet 32 **Projet de démonstration d'un dossier réseau en oncologie au Québec (DRIOQ), région Chaudière-Appalaches**
	Enjeux organisationnels : liés à la plus grande circulation de l'information et à l'implication d'intervenants venant d'établissements de santé différents. Enjeux économiques : le développement, l'utilisation et l'entretien d'un dossier réseau en oncologie occasionnent des coûts, ex. pour acquérir de l'équipement d'informatique, matériel et logiciel. Enjeux politiques : touche différentes préoccupations gouvernementales comme l'efficacité ou l'efficience des services de santé, l'équité interrégionale dans les services ou la promotion du virage ambulatoire. La réalisation d'un dossier « électronique » répondant aux attentes des intervenants issus des différents milieux organisationnels, demeure un défi sur les plans de la conception graphique et des modes d'acquisition des données. Les problèmes de collaboration et de compétition entre les établissements suscitent encore de l'inquiétude chez certains. Il faut souligner que la nature du travail médical rend difficile la mise en place de règles rigides, ce qui complexifie passablement le processus d'informatisation en rendant difficile l'identification des besoins pour le développement du système lui-même. On peut facilement noter des différences dans les tâches, les responsabilités et les façons de faire des divers intervenants, et ce non seulement entre les médecins et les infirmières, mais également entre les médecins de diverses spécialités. Il en ressort que le système implanté doit satisfaire des besoins à la fois complexes et différents. Ajoutons que non seulement le travail en santé est complexe, mais il est également non-structuré ce qui ajoute à la difficulté d'observer des règles officielles rigides. Le développement de l'outil informatisé devient alors plus difficile puisque les règles qui le régissent ne sont pas toujours claires.
4.3 Conditions favorables ou facilitantes	Un ensemble de conditions favorise actuellement l'implantation du dossier réseau en oncologie : le dossier réseau en oncologie constitue un des moyens privilégiés par le gouvernement du Québec pour faciliter la mise en œuvre du Programme québécois de lutte contre le cancer s'articulant autour d'équipes locales coordonnées par un intervenant pivot, et plus particulièrement, la mise en place d'un réseau de services intégrés de qualité en oncologie. Le dossier réseau en oncologie s'inscrit aussi dans le déploiement de l'autoroute de l'information dans le secteur de la santé mis de l'avant par le MSSS. L'apprentissage de leur mode de fonctionnement par des usagers qui ne sont pas familiers avec les systèmes informatiques ne devait pas être long. C'était là une condition essentielle de succès du projet, puisque le projet DRIOQ visait à simplifier la tâche des intervenants. D'autre part, les produits choisis devaient être souples et ouverts quant à leur utilisation et au développement technologique éventuel dans le domaine de la santé. Il y a une sorte d'incompatibilité entre le travail clinique et celui de recherche/développement. Cherchant à contrer cette difficulté, les promoteurs ont misé, en premier lieu, sur l'identification et la participation active d'un " champion local " médical. Ce dernier permettait d'assurer la légitimité et la crédibilité du projet, lesquelles sont nécessaires pour susciter la collaboration active des personnes concernées. À ce dernier, s'est associé dans un deuxième temps, un champion local dont les compétences sont reliées au développement et à la gestion de systèmes d'information. La composition initiale de l'équipe des promoteurs a été un facteur facilitant puisque l'équipe comptait un porteur de projet et leader clinique d'origine ainsi qu'un spécialiste du système au niveau stratégique, qui possédait de plus l'expérience de la carte-santé. Cette stratégie s'est avérée non seulement très efficace mais apparaît essentielle à la réussite d'un tel projet.

	Projet 32 **Projet de démonstration d'un dossier réseau en oncologie au Québec (DRIOQ), région Chaudière-Appalaches**
	En termes de facteurs qui contribuent positivement à l'implantation du système, les promoteurs mettent l'accent sur la volonté de construire le système en fonction des intervenants et des organisations et sur celle de viser le maintien de la patiente dans son milieu de vie. Du point de vue des utilisateurs, un facteur facilitant est le fait que l'actuelle pénurie de ressources amène des pressions visant une performance des établissements. Par conséquent, elle favorise l'émergence de nouveaux outils perçus nécessaires par les intervenants. La participation des utilisateurs au développement du projet a également été considérée importante, d'autant plus qu'ils ont été impliqués dès le départ. Cela constituait une condition majeure pour que l'outil corresponde aux besoins des utilisateurs. Finalement, la présence d'une culture informatique dans les sites déjà partiellement informatisés est perçue, chez les utilisateurs, comme des facteurs organisationnels favorisant l'implantation. Un processus d'évaluation continue de la démarche de conception et d'implantation a été mis en place dès le début du projet. Celui-ci s'est appuyé sur l'intégration d'une équipe d'évaluation dans la démarche même de conception et d'implantation. Cette intégration visait à soutenir les équipes chargées du développement et de l'implantation du système à mettre en place de façon à effectuer les ajustements nécessaires et à leur fournir les premières réactions des futurs utilisateurs. La stratégie de gestion du changement adoptée révèle que les promoteurs ont privilégié une stratégie à la fois contingente et politique. Cette stratégie est qualifiée de contingente parce que la définition même du projet de changement s'inspire et s'appuie sur une analyse des facteurs d'environnement (ex. politique de lutte contre le cancer) et que les promoteurs se sont préoccupés d'élaborer des structures et des systèmes de gestion susceptibles de favoriser la réalisation des objectifs. Cette approche met l'accent sur l'incidence potentielle de l'environnement externe et de l'environnement interne sur le contenu et le processus de changement organisationnel. La stratégie choisie est aussi qualifiée de politique parce que le produit de changement émerge d'un processus complexe de négociation entre partenaires concernés. L'accent est mis sur les questions d'intérêts dans et entre les organisations et acteurs concernés. Les relations entre les organisations qui doivent se coordonner et coopérer afin de réaliser un projet, la complexité des processus d'échange impliqués, les contraintes externes auxquelles se soumettre, de même que le langage politique et symbolique utilisé pour accroître la légitimité du changement et réduire l'opposition sont autant de facteurs déterminants du succès du changement. La formation du comité aviseur a permis de prendre en considération des facteurs d'environnement et d'augmenter ainsi la légitimité du projet. En effet, la participation de représentants d'organismes extérieurs (ex. groupes professionnels, organismes décisionnels, Sogique) a exercé une influence sur plus d'un plan. D'une part, elle a influencé le développement du produit dans la mesure où les promoteurs avaient pour préoccupation d'assurer sa cohérence avec les principes qui guident l'organisation des services en oncologie et les développements technologiques en cours dans le système de santé
4.4 Obstacles	La confirmation tardive du financement a retardé les travaux. La durée limitée de la période d'observation constitue un défi important. Les éléments de sécurité prévus par le RTSS reposaient ainsi sur une topologie contenant certaines contraintes quant à l'accès aux données enregistrées dans des serveurs qui se trouvent dans plusieurs lieux physiques différents. Quoique prometteur quant à la facilité de l'intégrer dans les pratiques médicales, le choix d'un périphérique, comme le WEB PHONE, qui n'était pas encore mature au point de départ du projet, a été la source de plusieurs difficultés, qui n'avaient pas encore été surmontées de façon satisfaisante au terme du projet. La présence de plus d'un partenaires privés a suscité une certaine confusion au niveau de leurs rôles respectifs et aussi de leur complémentarité. Leur préoccupation pour la promotion de leurs produits et intérêts a suscité une certaine concurrence laquelle a entraîné un repli défensif et une certaine crainte devant la complexité du projet. De plus, les partenaires privés sont inconfortables et insécurisés

	Projet 32 **Projet de démonstration d'un dossier réseau en oncologie au Québec (DRIOQ), région Chaudière-Appalaches**
	par une approche stratégique qui s'appuie sur un leadership collectif et qui procède du bas vers le haut. Une logique de recherche entre en confrontation avec une logique de développement de solutions d'affaires. Bien que nécessaire à la survie du projet, l'intensité de l'activité politique générée peut paradoxalement entraîner des retards dans le développement et l'implantation du nouveau système informatisé. Pour le démarrage du projet, plusieurs rencontres de sensibilisation ont été faites avec les partenaires utilisateurs. Toutefois, à cause des limites du temps imparti, l'expérimentation a dû se limiter à l'hôpital.
	Au moment du démarrage du projet, pour les promoteurs, le facteur contraignant le plus critique était le risque de faire face à des attentes non comblées du côté des médecins ; la mobilisation du personnel médical est en soi un défi de taille. La résistance des organisations face au changement pourrait être un facteur défavorable, notamment la concurrence entre les CH ainsi qu'entre les cliniques privées et les CLSC. De plus, le fonctionnement particulièrement informel des hôpitaux ne favorise pas l'introduction d'un tel changement. L'obligation des organisations à déployer des ressources supplémentaires pour assurer la mise à jour du contenu informationnel risque également de poser problème. Au sein de l'équipe, il y a malencontreusement eu des départs successifs qui ont brisé le rythme d'implantation et ont nui au suivi du processus de gestion. Pour les médecins non familiers avec l'outil informatisé, le temps supplémentaire requis pour utiliser le système a suscité des inquiétudes supplémentaires. Les milieux de travail déjà surchargés ne facilitent guère l'envie des intervenants à travailler avec un tel système. De plus, la question de la saisie des données est considérée problématique et risque de devenir un agent potentiel de conflit puisque tant les infirmières que les médecins considèrent qu'ils ne devraient pas avoir à effectuer de telles tâches cléricales. Les difficultés liées au milieu organisationnel caractéristique des hôpitaux posent également problème, notamment la traditionnelle approche en silo. Des ajustements ont dû être faits pour faire face à des événements, comme par exemple, des délais dans la confirmation du financement ou le bug de l'an 2000 qui ont influencé la disponibilité des partenaires et des intervenants. En outre, certains choix technologiques ou difficultés d'intégration des différentes composantes du système de même que le non branchement au réseau de télécommunications sociosanitaire d'un centre spécialisé ont eu des conséquences sur l'échéancier du projet.
5. BILAN DE L'EXPÉRIMENTATION	
5.1 Résultats	Le développement et l'implantation du projet DRIOQ sont les résultats d'un ensemble d'activités amorcées en février 1999. Ces activités ont permis, notamment, de mettre en place l'équipe du projet et sa structure de gestion, d'effectuer les études nécessaires à la connaissance des milieux visés, de réaliser le développement informatique, de mobiliser les acteurs et les milieux concernés et d'expérimenter. Le SI-DRIOQ est un système d'information conçu pour créer et mettre à jour un dossier réseau informatisé spécifique pour le traitement et le suivi de patientes atteintes de cancer du sein. La création de ce dossier trouve son originalité notamment dans le fait qu'il permet de supporter la distribution de services spécialisés et généraux par un réseau d'équipes multidisciplinaires œuvrant dans différents sites, lesquelles peuvent ainsi se partager une information clinique qui assure une meilleure communication et une plus grande continuité de services de qualité aux patientes atteintes d'un cancer du sein. Le SI-DRIOQ comprend le dossier clinique composé de formulaires informatisés développés dans le cadre du projet et de formulaires papier numérisés jugés pertinents. De plus, il contient des aides à la décision informatisées qui constituent des services à valeurs ajoutées au projet.

	Projet 32 **Projet de démonstration d'un dossier réseau en oncologie au Québec (DRIOQ), région Chaudière-Appalaches**
	Le dossier réseau est accessible à partir de plusieurs serveurs répartis dans différents lieux physiques. Le SI-DRIOQ contient deux niveaux de sécurité, à savoir la sécurité applicative (mot de passe et matrice des droits d'accès) et la sécurité technologique (encryptage, authentification). De plus, avec le RTSS, la sécurité du réseau de télécommunications est améliorée par la présence de coupe-feu, l'autorisation réservée selon une adresse IP (i.e. accès réservé entre des serveurs d'un poste régional " x " vers le poste national). L'accès ayant été autorisé pour l'intervenant, l'information globale du dossier est affichée sous la forme d'un sommaire évolutif qui présente une vue d'ensemble sur l'histoire clinique de la patiente. L'information est regroupée sous forme de modules que sont : consentement de la patiente, examens diagnostiques, urgence, sommaire initial, bilan métastatique, récidive de métastases, suivi oncologie, suivi chimiothérapie, suivi pharmacologie, suivi médecin de famille, traitement en radio oncologie, chirurgie, collecte initiale de données en soins infirmiers, suivi des soins infirmiers en oncologie, évaluation psychosociale. De plus, le sommaire évolutif permet aussi d'accéder aux services à valeur ajoutée que sont : le guide pharmaco oncologique, le bottin de ressources, le lexique des termes utilisés, l'accès à des sites spécialisés ainsi qu'à de l'information sur les protocoles de recherche, le cas échéant, et ce, aux différentes étapes du continuum de soins, soit la prévention, le diagnostic, le traitement, le suivi médical, le soutien et les soins palliatifs. Confirmation de l'existence de problèmes d'échange d'information sur lesquels va s'appuyer le développement de DRIOQ entre autres au niveau des résultats d'examens diagnostiques pour les centres d'expertise régionaux et suprarégionaux et au niveau du suivi biopsychosocial pour les intervenants locaux qui prennent en charge la patiente après la période intensive de traitement. Présence de modèles d'organisation beaucoup plus différents que prévu d'une région à l'autre, voire d'un territoire de CLSC à un autre, amenant un défi plus grand d'harmonisation et de validation de la solution. La phase de démarrage a vu l'élaboration et la mise en place d'un modèle d'organisation qui s'est concrétisé notamment lors de la préparation d'un manuel d'organisation du projet (MOP). Plus spécifiquement, ce document a été l'occasion de définir les rôles et les responsabilités de chacun des comités et intervenants de l'équipe de projet. Les mécanismes de gestion et de suivi y étaient également décrits. Les activités réalisées jusqu'à ce jour ont permis de mettre un premier réseau en place autour d'un des deux centres d'expertise régionaux. En effet, des liens informatiques sécurisés ont été établis entre le centre d'expertise suprarégional d'une région et le centre d'expertise régional et une première clinique privée d'une autre région. Notons qu'à l'heure actuelle, 4 des 8 hémato-oncologues ont commencé à utiliser le système alors que 3 radio-oncologues, 4 médecins de famille et 4 infirmières sont en attente de leurs premières patientes. Toutes les patientes rencontrées (seulement les cinq patientes) se sont dites satisfaites de cette première consultation au cours de laquelle l'hémato-oncologue utilisait le dossier réseau. Pour toutes ces patientes, un des avantages majeurs du dossier réside dans le fait que cette innovation leur permettra de ne plus avoir à se répéter lorsqu'elles devront rencontrer d'autres intervenants dans le cadre de leur suivi. L'utilisation du dossier réseau informatisé s'est faite en respectant les exigences minimales de la Commission d'accès à l'information du Québec (CAIQ) concernant la sécurité. Les modules de sécurisation dans le cadre du projet visaient à sécuriser la communication et l'entreposage des données.
6. POTENTIEL DE GÉNÉRALISATION	
6.1 Pérennité	Un des résultats importants du projet est qu'il puisse se poursuivre après la période de financement par le FASS. La réalisation de la prochaine étape du projet DRIOQ vise à ce qu'en octobre 2001, le réseau de services intégrés en oncologie soit fonctionnel, que les conditions de pérennité soient renforcées et que des conditions de diffusion soient amorcées.

	Projet 32 **Projet de démonstration d'un dossier réseau en oncologie au Québec (DRIOQ), région Chaudière-Appalaches**
	Actuellement, il est possible de soutenir que les conditions ont été réunies pour que le projet puisse franchir cette nouvelle étape. D'abord, les médecins et autres intervenants directement impliqués jusqu'à maintenant ont souligné leur intérêt à poursuivre et à intensifier leur participation en augmentant le volume des patientes participantes et en recrutant des collègues pour qu'ils adhèrent au projet. Au cours du mois de mars 2001, le rythme de recrutement s'est accéléré et le nombre de médecins engagés dans le processus d'utilisation est passé de 4 à 14 dans les dernières semaines. La solution se met en place aussi pour son utilisation par les infirmières des cliniques spécialisées. Le projet DRIOQ possède de solides appuis à d'autres niveaux qui permettent de croire que les conditions nécessaires à sa poursuite sont en place. Le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec a officiellement reconnu l'importance de ce projet en accordant une subvention permettant la poursuite de sa réalisation. Cette subvention a représenté un signal très important pour l'engagement des organisations en présence et l'ensemble des partenaires publics et privés. En accordant ce financement, le Ministère démontrait non seulement son accord avec les principes du projet, mais appuyait également les choix stratégiques et technologiques de l'équipe de recherche. Considérant ces nombreux appuis à tous les niveaux décisionnels impliqués (provincial, régional, organisationnel et professionnel), tout porte à croire que de nombreuses activités seront réalisées dans le cadre du projet DRIOQ au cours des prochains mois.
6.2 Conditions nécessaires	L'élargissement du domaine d'expérimentation à venir, lequel fera intervenir des partenaires en réseau, suggérerait que les négociations sur le modèle d'organisation des services soient encadrées par les principes sous-jacents. Ceci pourrait aider à contrecarrer les limites associées à une approche dite du bas vers le haut. La création d'alliances avec les partenaires non utilisateurs est un élément important de ce projet. Elle se concrétise en premier lieu par la formation du comité aviseur dont le rôle, discuté ci-haut, est crucial tant pour la définition du projet que sa pérennité. Elle se concrétise aussi par la création de liens formels et informels avec les promoteurs d'autres projets technologiques dans le système de santé. Ces liens contribuent aussi à définir et à assurer la pérennité du projet. Il est important que les établissements s'approprient davantage le projet et qu'ils y voient un modèle des plus pertinent. Ensuite, une étape cruciale consistera à regrouper les intervenants des différents milieux qui auront à préciser ensemble les conditions de leur collaboration dans ce nouveau contexte. Un porteur de dossier voit au bon fonctionnement du projet et à sa complémentarité avec les autres projets de l'hôpital et fait le lien avec d'autres organisations associées dans des projets d'informatisation.
6.3 Avantages généralisation	Le développement du système SI-DRIOQ s'est fait jusqu'ici en respectant la légitimité des principes directeurs sous-jacents aux orientations technologiques du MSSS et en prévoyant les développements d'avenir dans le réseau de la santé. Dans cette perspective, le projet comporte des orientations porteuses, dont la mise en place d'un modèle réseau et d'architecture générique permettant l'intégration à un dossier patient partageable ou à un portail santé. De plus, le projet, à titre de démonstration, est précurseur en matière d'intégration d'un dossier clinique dans un environnement numérique en transition qui favorise, à terme, la standardisation de l'information pour la prise en charge et l'analyse des phénomènes liés à plusieurs pathologies, dont le cancer. Les données recueillies dans la phase d'expérimentation annoncent qu'il sera probablement possible de sauver du temps pour les cliniciens, du moins lorsque le système sera intégré dans leur routine.

	Projet 33 **L'élaboration et l'application de lignes directrices pour l'optimisation des pratiques médicales, phase II** **régions de Montréal, Laval, Montérégie et Saguenay-Lac-St-Jean**
1. CLIENTÈLE VISÉE	Personnes susceptibles d'avoir besoin des interventions suivantes : dépistage du cancer de la prostate, traitement pharmacologique de l'angine stable, prescription d'examens courants d'imagerie médicale et le recours à certaines chirurgies courantes (ex. : amygdalectomie, arthroscopie du genou sous anesthésie locale). Les 4 volets du projet se sont déroulés dans plusieurs régions du Québec : Montréal, Montérégie, Laval, Saguenay Lac St-Jean et Laurentides.
2. BUDGET ALLOUÉ	350 600 $ Type de projet : intervention, évaluation (pilote) Le Collège des médecins a fourni des ressources humaines pour réaliser le projet. Une subvention de départ de 100 000$ du MSSS et 50 000$ du Collège pour la phase 1.
3. CONTEXTE D'ÉMERGENCE	
3.1 Pourquoi le changement	Il existe actuellement un écart entre les connaissances les plus récentes et leur transfert aux pratiques médicales. VOLET I : Le recours au dosage sanguin de l'antigène prostatique spécifique (APS) comme moyen de dépistage du cancer de la prostate a engendré une controverse sur le plan scientifique et beaucoup de confusion parmi la communauté médicale et la population. VOLET II : Le traitement de l'angine stable présente une grande complexité et, surtout, ne dégage aucune cible claire, tous les messages véhiculés étant traités avec la même importance. VOLET III : L'imagerie médicale est un des services diagnostiques les plus utilisés par les médecins. Or, plusieurs experts considèrent que certains examens sont sur utilisés ou mal utilisés. VOLET IV : À la suite de plusieurs échanges avec l'Association d'orthopédie du Québec, qui avait déjà amorcé une réflexion sur le sujet et avait fait part à l'équipe de son vif intérêt pour le projet, c'est l'arthroscopie du genou, le geste orthopédique le plus fréquent au Québec, qui a été retenue comme cible de l'intervention. Le fait qu'il n'existe pas de ligne directrice québécoise ou canadienne connue et reconnue sur les pratiques optimales en matière d'arthroscopie du genou a également concouru à la décision.
3.2 Principales caractéristiques	Ce projet, placé sous l'égide du Collège des médecins du Québec (CMQ), visait à expérimenter et à évaluer, en y associant d'une manière nouvelle les représentants de la profession médicale, des stratégies d'élaboration, de diffusion et d'appropriation de lignes directrices de pratique médicale fondées sur des données scientifiques probantes. Il prenait appui sur une bonne connaissance des facteurs de succès de l'implantation de lignes directrices de pratique clinique pour améliorer les pratiques médicales. Il visait les médecins de première ligne autant que les spécialistes engagés dans la prise en charge de problèmes de santé courants et importants pour la population. Il expérimentait un processus qui intègrerait les scientifiques, les instances décisionnelles, les cliniciens et le public aussi bien à l'étape de l'élaboration de lignes directrices qu'à celle de leur diffusion - appropriation, en faisant appel autant à leur input qu'à leur rétroaction. Il favorisait la participation des cliniciens au processus à tous les niveaux : provincial, régional et local.

	Projet 33 **L'élaboration et l'application de lignes directrices pour l'optimisation des pratiques médicales, phase II** **régions de Montréal, Laval, Montérégie et Saguenay-Lac-St-Jean**
	Il visait à expérimenter des stratégies de diffusion - appropriation qui ne se limiteraient pas au milieu, mais incluraient les cabinets privés ; qui miseraient sur la nouvelle dynamique d'organisation des services de santé qui est train de s'implanter au Québec ; qui feraient appel à différentes formules : médias, envoi postal « amélioré », recours à l'initiative locale dans l'organisation des activités de formation médicale continue ; approche des cercles de qualité. Il voulait fonder le processus d'élaboration des lignes directrices sur des données probantes fournies par une recension des écrits scientifiques ou par une analyse des profils de pratique. .
3.3 Objectifs de l'évaluation	1) Mesures d'impact des interventions sur les pratiques (randomisé pour l'angine stable, pré-post pour les deux autres interventions ; monitorage à partir des bases de données et de révisions de dossiers sur des sous échantillons) ; 2) mesures d'impact sur la satisfaction des clientèles (randomisation, utilisation d'un questionnaire validé par l'équipe) ; 3) mesures de processus afin de documenter les conditions locales de diffusion et d'appropriation des guides à l'aide d'une approche qualitative basé sur des entretiens semi-structurés (mécanismes, acteurs, facteurs facilitant le passage d'une étape à l'autre d'adoption ; 4) mesure des coûts et des bénéfices.
4. PROCESSUS DE MISE EN ŒUVRE	
4.1 Modalités de mise en oeuvre	VOLET I : Afin de mieux informer les médecins et les usagers, ce volet visait à produire une ligne directrice pour les médecins et un document d'information destiné au public. Il entendait également expérimenter une stratégie de diffusion fondée sur divers éléments : le recours aux médias, un document de rappel et une intervention locale d'appropriation. VOLET II : La ligne directrice existante était complexe et ses messages ne faisaient pas l'objet d'une hiérarchie ou de priorités. Après une analyse des profils de pratique, le groupe a retenu certaines pratiques non optimales et a cherché à savoir si une ligne directrice ciblée sur ces trois situations permettrait de les améliorer. VOLET III : Il existait un guide de pratique qui couvrait l'ensemble des services de radiologie disponibles, à l'exclusion de la tomodensitométrie et de la résonance magnétique. Le projet visait à compléter le guide, en élaborant une ligne directrice sur la tomodensitométrie et la résonance magnétique en s'appuyant sur des données probantes. Il visait également à expérimenter dans deux milieux de pratique l'approche des cercles de qualité comme stratégie d'appropriation de la ligne directrice. VOLET IV : Le volet voulait explorer l'impact que pourrait avoir une ligne directrice fondée sur des données probantes dans le domaine des chirurgies courantes.
4.2 Enjeux ou défis posés par l'innovation	Il apparaît essentiel que le Collège développe des liens de collaboration étroits avec des organismes disposant des ressources nécessaires pour réaliser ces évaluations (comme le Conseil d'évaluation des technologies de la santé). L'élaboration d'une ligne directrice doit être précédée d'un « débroussaillage » qui verra à cerner la nature exacte du problème, les besoins perçus par les médecins, la possibilité d'obtenir des directions claires à partir des connaissances existantes, la capacité réelle d'influer sur la pratique.
4.3 Conditions favorables ou facilitantes	Le projet jouit de la collaboration de nombreux partenaires dont les principaux organismes représentatifs de la profession médicale au Québec dont le Collège des médecins du Québec (CMQ) et le Conseil d'évaluation des technologies de la santé (CETS) en sont les instigateurs. À la suite du retard à obtenir le financement du FASS, les organismes ont avancé les fonds pour démarrer le projet. L'intérêt financier déjà consenti par le CMQ et le MSSS pour la phase I du projet.

	Projet 33 **L'élaboration et l'application de lignes directrices pour l'optimisation des pratiques médicales, phase II** **régions de Montréal, Laval, Montérégie et Saguenay-Lac-St-Jean**
	L'intérêt du concept de sensibilité à inspirer les pratiques basées sur des données probantes. La disponibilité d'une ligne directrice faisant consensus (pour l'angine stable) nous apparaît un des principaux facteurs de succès. La collaboration de tous les partenaires (Association des cardiologues, Associations des spécialistes en médecine interne, Fédération des médecins omnipraticiens et Conseil consultatif de pharmacologie) a été obtenue.
4.4 Obstacles	Il s'est avéré beaucoup plus difficile que prévu de dégager des consensus sur les indications de l'arthroscopie, ce qui a eu pour conséquence de modifier la stratégie d'intervention. Pour le volet de l'APS, les contraintes causées par les limites des systèmes informatiques des hôpitaux ont forcé deux des quatre établissements à se retirer du projet. Les difficultés rencontrées pour produire des lignes directrices sur l'arthroscopie diagnostique et sur la résonance magnétique dans l'évaluation des problèmes neurologiques ont permis de constater que le Collège des médecins du Québec ne possède pas les ressources nécessaires pour produire des évaluations « evidence-based » lorsque les questions considérées sont complexes et la littérature abondante. Ceci a retardé considérablement les travaux des groupes d'experts. Retard dû à un changement à la présidence de l'Association d'orthopédie du Québec, Un des principaux obstacles à l'élaboration de lignes directrices fondées sur des données probantes concerne l'accès à des données qui permettaient de documenter de manière rigoureuse l'état et les profils de la pratique médicale dans le domaine à l'étude et le traitement de ces données. Dans le volet I - APS, certaines données essentielles se sont révélées carrément inaccessibles, alors que certaines des données obtenues étaient incomplètes. Dans le volet II -consacré au traitement pharmacologique de l'angine stable, les données disponibles ont nécessité un traitement extrêmement complexe pour pouvoir être utilisées à des fins d'analyse. À l'exception des volets consacrés à l'APS et à l'angine, pour lesquels on disposait de documents techniques récents résumant l'état de la question sur le plan des données probantes et pour lesquels l'équipe du projet a assumé la responsabilité de les recueillir et de les résumer, il s'est révélé très difficile, dans les volets où ce travail n'avait pas été fait, d'extraire des données probantes des écrits scientifiques. Les bases de données de la RAMQ ne permettant pas d'établir avec fiabilité les diagnostics médicaux, il a été nécessaire de mettre en lien plusieurs bases de données différentes pour reproduire les épisodes de soins. Il faut aussi souligner le fait qu'on ne dispose d'information sur les prescriptions que pour les individus couverts par le programme de la RAMQ, ce qui prive de données concernant la grande partie de la population active du Québec. Le calendrier dans lequel le projet devait s'inscrire a compromis la réussite de ses volets les plus complexes. Les délais impartis ne tenaient pas compte du temps qu'exige la mobilisation de toute organisation d'une certaine envergure. Au niveau des soins de première ligne au Québec, il y a actuellement absence de structures claires pour organiser les médecins entre eux et pour faire le lien avec le milieu hospitalier et les ressources qu'on y retrouve. Cette absence de structure entraîne à certains égards une imputabilité « diffuse », de sorte que l'appropriation collective des solutions à mettre en place, a été difficile. L'absence d'une culture centrée sur le client et la prédominance d'une culture centrée sur l'autonomie professionnelle, qui caractérise les milieux hospitaliers et la pratique médicale, semblent aussi des éléments peu propices à l'adoption d'une approche d'intégration et de concertation comme celle que le projet voulait mener à travers les cercles de qualité. La démarche fondée sur les cercles de qualité semble une stratégie trop complexe et trop exigeante pour représenter un moyen simple et efficace d'appropriation des lignes directrices

	Projet 33 **L'élaboration et l'application de lignes directrices pour l'optimisation des pratiques médicales, phase II** **régions de Montréal, Laval, Montérégie et Saguenay-Lac-St-Jean**
	de pratique médicale.
5. BILAN DE L'EXPÉRIMENTATION	
5.1 Résultats	Aussi bien le reconnaître d'emblée, ce projet de démonstration très complexe s'est heurté à un ensemble de difficultés qui ne lui ont pas permis d'atteindre tous les objectifs visés et de produire des résultats qui auraient permis d'évaluer et de comparer de manière complète l'efficacité de l'une ou l'autre des stratégies mises en œuvre pour élaborer, diffuser et favoriser l'appropriation des lignes directrices par les médecins. *VOLET I :* 1) une ligne directrice de pratique médicale fondée sur des données probantes et l'expertise d'un panel représentatif, comprenant un représentant du public; 2) un dépliant d'information, diffusé à l'échelle du Québec, orienté vers la participation du patient à la décision de recourir ou non au test; 3) une analyse de perception : les médecins québécois sont dorénavant bien au fait de l'existence de cette ligne directrice et de ses recommandations ; une très forte majorité d'entre eux les endossent; 4) une analyse des données de pratique : l'utilisation de l'APS à des fins de dépistage du cancer de la prostate a diminué de manière significative (35%). *VOLET II :* 1) une ligne directrice brève, simplifiée, plus claire, ciblée sur trois principales situations problématiques », qui intègre une analyse des profils de pratique de l'ensemble des médecins de trois régions ciblées ; 2) une enquête d'opinions : les trois quarts des médecins qui ont répondu considèrent la ligne directrice comme un document important, attrayant et contenant des informations utiles dans leur pratique. *VOLET III* : 1) une ligne directrice sur l'utilisation de la tomodensitométrie et de la résonance magnétique, validée par 25 médecins ; 2) la mise en place de deux cercles de qualité qui ont abordé le problème des délais dans les demandes de certains types d'examen en radiologie, en ont cerné les causes et exploré les pistes de solution possible ; 3) en rapport avec l'objectif d'appropriation du guide de pratique, les résultats ont permis de constater que les médecins des deux milieux étudiés respectent les indications du Guide d'utilisation de l'Association des radiologistes du Québec. *VOLET IV : 1)* Le projet d'élaborer une ligne directrice sur l'arthroscopie du genou a été abandonné lorsque la recension des écrits scientifiques et l'analyse des données de pratique ont montré qu'il n'existait pas de données probantes permettant de produire une ligne directrice complète sur le sujet ; 2) dans le cadre de cette nouvelle stratégie, la revue de l'Association d'orthopédie du Québec (L'orthopode) a publié les grandes lignes de l'analyse des données de la RAMQ afin d'informer ses membres de l'état de la pratique, particulièrement en ce qui a trait aux variations importantes constatées entre les régions. Le CMQ s'est doté d'un mécanisme plus rigoureux de validation de ses lignes directrices. Il a procédé à l'embauche d'un agent de recherche dont la tâche consistera à soutenir l'étape du constat qui sert de point de départ obligé à toute analyse des pratiques médicales. Les organisations concernées ont précisé les responsabilités et le rôle de chacune dans le processus d'élaboration et de diffusion de lignes directrices. Elles ont mis en œuvre de nouvelles modalités de collaboration. Leur participation au projet a également permis aux organisations d'enraciner plus profondément dans leur structure et leur membership la culture des données probantes.

	Projet 33 **L'élaboration et l'application de lignes directrices pour l'optimisation des pratiques médicales, phase II** **régions de Montréal, Laval, Montérégie et Saguenay-Lac-St-Jean**
6. POTENTIEL DE GÉNÉRALISATION	
6.1 Pérennité	Le CMQ assure la pérennité aux établissements qui en font la demande ; il fera le suivi de l'artroscopie. Il faudra revoir les données sur l'angine dans un an pour voir comment ça évolue. Engagement et volonté de le faire par le CMQ. Il vaut mieux concerter les détenteurs de données probantes (ATMIS, INSP, etc.). Le CMQ continue à utiliser les mêmes stratégies de production des guides pour d'autres problématiques telles que le Ritalin. Une partie importante des efforts consentis à l'élaboration de lignes directrices pour l'optimisation des pratiques médicales au Canada repose sur le volontariat des professionnels et sur le bon vouloir des organisations partenaires. Cette approche compromet l'efficacité et la crédibilité du processus dans la mesure où les groupes d'experts mettent souvent beaucoup de temps à finaliser leurs travaux dans un contexte où les connaissances évoluent rapidement. Au-delà des problèmes d'accès à l'expertise et aux bases de données la question du coût de production des lignes directrices doit être abordée. On estime qu'il coûte en moyenne entre 140 000 et 240 000 $ selon la complexité du sujet pour produire et diffuser une ligne directrice. Ce chiffre ne comprend pas le développement de stratégies locales d'implantation. Il existe au sein du réseau de la santé des organisations qui ont accès à une certaine expertise - notamment d'analyse des données probantes et de gestion de base de données - comme les directions de santé publique, les régies régionales, les associations professionnelles, et la nouvelle Agence d'évaluation des technologies et interventions en santé et l'Institut de santé publique du Québec. Dans quelle mesure la mise en commun des ressources existantes permettrait-elle de solutionner ce problème ?
6.2 Conditions nécessaires	Des facteurs favorables à la mise en œuvre de stratégies de diffusion et d'appropriation efficaces : 1) le soutien des médias : Le recours aux médias permet d'amplifier et de renforcer le message auprès des médecins et de le « diffuser » parmi le public ; 2) un endossement conjoint du CMQ et des associations professionnelles concernées ; 3) un message ciblé, succinct, qui présente des recommandations claires ; 4) une analyse des profils de pratique provinciaux ou régionaux, qui accompagne les lignes directrices et met en relief les pratiques appropriées ou non appropriées. Des facteurs favorables à une stratégie locale d'appropriation : 1) la diffusion et l'appropriation des lignes directrices peuvent être renforcées par des interventions de type activités de formation médicale continue, organisées à l'échelle régionale ou locale, mais à l'initiative du milieu plutôt qu'à celle d'un organisme central ; 2) le respect du message. L'organisme responsable de l'élaboration des lignes directrices doit prévoir un mécanisme qui garantira que le message véhiculé lors de cette activité respecte l'esprit et la lettre des recommandations ; 3) un leadership... et du temps pour l'exercer. L'activité de diffusion ou d'appropriation régionale ou locale doit avoir reçu l'appui explicite des autorités du milieu où elle se déroule et être portée par une personne qui jouit à la fois de l'appui de ces autorités, d'un leadership reconnu par le milieu... et du temps nécessaire à l'organisation de ces activités. Il faut également s'assurer que cette personne sera « libérée » de certaines de ces tâches habituelles de manière à avoir le temps nécessaire à l'organisation de ces activités. Il importe de redéfinir certains des mandats des acteurs actuels du réseau de la santé afin de permettre la mise en commun des ressources humaines et matérielles nécessaires au succès de l'exercice, de la production de lignes directrices aux modifications des pratiques. Sans une planification qui prend en compte d'emblée l'ensemble des étapes du processus, l'investissement ne semble pas justifié. L'expérience amène à considérer que cinq catégories de facteurs influent sur la validité et l'efficacité d'une démarche d'élaboration de lignes directrices. Ces conditions essentielles concernent : 1) des réponses claires à des questions préalables Avant même de lancer un processus d'élaboration d'une ligne directrice, il est essentiel de procéder à un « débroussaillage » ; 2) le groupe d'experts chargés d'élaborer une ligne directrice doit pouvoir compter sur trois outils essentiels : une revue de littérature et des écrits scientifiques ; une

	Projet 33 **L'élaboration et l'application de lignes directrices pour l'optimisation des pratiques médicales, phase II** **régions de Montréal, Laval, Montérégie et Saguenay-Lac-St-Jean**
	analyse rigoureuse des pratiques médicales locales dans le domaine ; un mécanisme de validation des recommandations envisagées ; 3) la ligne directrice doit être élaborée par un groupe d'experts représentatifs des différents utilisateurs éventuels. Cela implique que le groupe détienne, dans son ensemble, une solide expertise dans l'utilisation des données probantes et l'expertise d'un spécialiste de processus, surtout quand elles abordent des pratiques controversées. L'expérience démontre hors de tout doute la pertinence et l'utilité d'associer un représentant du public ou des patients au groupe d'experts ; 4) un rôle de leadership au Collège des médecins du Québec. Quel que soit le groupe ou l'organisme qui exprime le besoin de disposer d'une ligne directrice ou prend l'initiative de l'élaborer, il importe que la démarche soit placée sous la responsabilité d'un organisme qui possède la légitimité nécessaire sur le plan scientifique et clinique pour en garantir la rigueur et la crédibilité ; 5) le groupe d'experts ne pourra réaliser son travail que si on est en mesure de mettre à sa disposition les outils qui y sont nécessaires. Or le CMQ n'a pas présentement les ressources nécessaires pour exercer ce leadership et cette responsabilité exigeante. Un leadership... et du temps pour l'exercer - Toute activité de diffusion ou d'appropriation régionale ou locale doit avoir reçu l'appui explicite des autorités du milieu où elle se déroule et être portée par une personne qui jouit à la fois de l'appui de ces autorités et d'un leadership reconnu par le milieu. L'investissement dans la production d'une ligne directrice de pratique dont le plan de diffusion et d'implantation n'est pas déjà établi avec les partenaires concernés - du moins dans ses grandes lignes - est un mauvais investissement. La production de lignes directrices de pratique est une responsabilité de la profession médicale. Elle doit le rester même si certaines des ressources nécessaires se retrouvent au sein du réseau des organisations gouvernementales et para gouvernementales.
6.3 Avantages généralisation	Les résultats obtenus ont convaincu l'équipe de projet que la production de lignes directrices de pratique est un des éléments essentiels au développement de mécanismes efficaces d'assurance de la qualité qui s'appuient sur une logique de formation professionnelle continue plutôt que sur une logique de contrôle. Elles sont des véhicules qui permettent de rejoindre un grand nombre de professionnels pour communiquer de nouvelles connaissances ou faire le point sur des sujets controversés. Les expériences menées dans le cadre de cette recherche portent à croire que la diffusion et l'appropriation des lignes directrices peuvent être renforcées par des interventions de type activités de formation médicale continue, organisées à l'échelle régionale ou locale, mais à l'initiative du milieu plutôt qu'à celle d'un organisme central.

	Projet 34 **Transformation des pratiques des organismes communautaires dans le cadre de la réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux, tout le Québec**
1. CLIENTÈLE VISÉE	Le projet couvre l'ensemble des organismes communautaires québécois dont la mission touche : Famille-petite enfance, jeunes et femmes.
2. BUDGET ALLOUÉ	253 946 $ Type de projet : évaluation
3. CONTEXTE D'ÉMERGENCE	
3.1 Pourquoi le changement	Les organismes communautaires étant appelés à jouer un rôle accru dans l'organisation et la dispensation des services et ce, en partenariat avec les institutions du réseau de la santé et des services sociaux, ils craignent que la logique de complémentarité en vienne à gommer la spécificité de leurs pratiques ainsi que leur autonomie d'orientation. Face à cet enjeu, les organismes entreprennent de définir collectivement les attributs qui qualifient leur pratique et de les faire reconnaître par les instances gouvernementales afin d'assurer que leur participation à l'organisation des services respecte leur mission propre.
3.2 Principales caractéristiques	N/A
3.3 Objectifs de l'évaluation	But : comprendre en quoi la transformation de la santé et de services sociaux a un impact sur les pratiques concrètes des organismes communautaires. Objectifs : 1-décrire et documenter l'état actuel des pratiques communautaires (mieux connaître les populations desservies, les manières de travailler, les approches utilisées, les activités et services offerts, les formes d'organisation interne et de structure démocratique) ; 2-identifier les transformations qui marquent les pratiques ; 3-montrer comment ces transformations interfèrent sur les pratiques et sur la capacité qu'ont les groupes de rejoindre et de combler certains besoins inhérents à des populations souvent exclues et désaffiliées ; 4-cerner en quoi ces transformations s'inscrivent en rupture ou en continuité avec les principes et les valeurs de base mise de l'avant au sein des groupes communautaires.
4. PROCESSUS DE MISE EN ŒUVRE	
4.1 Modalités de mise en oeuvre	N/A
4.2 Enjeux ou défis posés par l'innovation	L'enjeu majeur est de conserver l'autonomie des pratiques en lien avec les fondements de l'action des organismes communautaires autonomes. C'est conserver sa place, sa spécificité, à l'intérieur d'une dynamique où il y a risque que la complémentarité entraîne une intégration fonctionnelle des services offerts par les diverses ressources dans un milieu donné. Dans la logique de la complémentarité, le communautaire devient un morceau du système, moins coûteux, tout en n'étant pas véritablement une institution du réseau. L'enjeu, c'est de ne pas perdre sa spécificité, qui le rend justement différent et nécessaire à l'intérieur d'une société.
4.3 Conditions favorables ou facilitantes	À la lumière de notre étude, un certain nombre de facteurs facilitent l'autonomie des pratiques : 1) une stabilité organisationnelle favorisée par un financement récurrent : un facteur essentiel, un facteur de robustesse pour rester fidèle aux principes d'action du communautaire ; 2) la reconnaissance sur laquelle s'appuie généralement la stabilité financière est le second facteur qui protège l'autonomie des pratiques ; 3) s'appuyant sur une force politique historique déployée pour conquérir une certaine forme de reconnaissance. Cette force du communautaire est fortement tributaire de la concertation intergroupes.
4.4 Obstacles	La reconnaissance de l'expertise pourrait produire des effets pervers : entre autres, en structurant à outrance certains liens, entraînant un évident glissement vers l'intégration de l'organisme dans un continuum de services, une intégration jusqu'à un certain point recherchée par le groupe. Car dans la mesure où l'organisme met de l'avant un savoir de plus en plus professionnalisé, alimenté par le processus de reconnaissance, il peut tendre à développer un langage et des formes de pratiques qui l'éloignent de ses assises communautaires.

	Une telle volonté d'être autonome peut comporter des effets pervers, entre autres dans la conception et le discours qui accompagnent les stratégies développées dans le rapport à l'État. À trop clamer son autonomie, on peut générer une certaine autarcie, qui teinterait les pratiques, et qui ne permettrait pas toujours d'évoluer en restant ouvert à de nouvelles perspectives d'action. On aurait alors affaire à une expertise communautaire forte, mais coupée, voire déracinée de sa base, des personnes et des communautés dont ils sont redevables, voire parfois imputables. Elle pourrait entraîner une certaine fermeture sur soi, entre " croyants «, les groupes perdraient de vue qu'ils servent des citoyens, qu'ils ne sont pas une entreprise autogérée, ou un groupe de pression.
5. BILAN DE L'EXPÉRIMENTATION	
5.1 Résultats	Les organismes doivent de plus en plus répondre à des besoins urgents et extrêmement diversifiés. Cette situation implique que les organismes ont besoin d'être assurés d'une certaine stabilité afin qu'ils puissent maintenir leur capacité d'adaptation à l'évolution des besoins de la population. Les résultats font particulièrement ressortir toute l'ampleur du travail réalisé par les différents types de ressources communautaires à l'étude. Cela se vérifie à travers leur action/programmation, par le biais de multiples services, activités et actions réalisés avec les personnes rejointes. En ce sens, les organismes communautaires à l'étude génèrent des formes d'interaction, qui se traduisent d'abord par l'établissement de relations entre les personnes citoyennes et le groupe. En regard de la réforme des services sociaux et de santé au Québec, l'ampleur des liens établis illustre bien la place que les organismes communautaires occupent sur leur territoire respectif. En témoigne, ultimement, l'importance croissante des argents et des emplois qui gravitent dans ces secteurs du social, et qui contribuent au développement des communautés locales. Globalement, le communautaire est devenu un acteur sur lequel il faut compter dans le champ de la santé et des services sociaux au Québec. En interface avec la réforme québécoise, il s'agit assurément d'une transformation à la fois quantitative et qualitative de leur présence. Bien qu'il soit difficile de pondérer le poids réel de cette place, force est d'admettre que les groupes communautaires québécois sont devenus des ressources incontournables dans la reconfiguration actuelle des rapports sociaux au Québec, dont la pertinence est réaffirmée aujourd'hui, au moment où le mouvement communautaire continue de se battre pour sa reconnaissance. Les répondants perçoivent un fort alourdissement des problématiques, accompagné d'un appauvrissement des personnes. La lourdeur des situations rencontrées et les besoins non comblés, conduisent les groupes à favoriser un fonctionnement plus " structuré " et des manières de faire plus interventionnistes. En ce qui a trait à l'action/programmation, les études de cas mettent en lumière une relative transformation de la nature des rapports entretenus avec les personnes que les organismes rejoignent au quotidien. Ces rapports sont, avec des nuances, plus structurés, plus professionnalisés. Ce positionnement, qui confère aux groupes communautaires un rôle accru dans leur milieu respectif, s'accompagne d'un processus de structuration / formalisation de l'ensemble des sphères de pratiques des groupes à l'étude. Elle introduit une certaine division des tâches, des paliers décisionnels, et une hiérarchisation des responsabilités. Par exemple, dans l'intervention individuelle, on utilise de plus en plus différents outils de suivis, qui vont du cahier de bord à la tenue de dossier. Tous les groupes rencontrés sont traversés par une certaine formalisation, bien qu'à des degrés variables. Ce fonctionnement plus formel semble avoir des effets sur la place des bénévoles dans l'organisme. Étant donné l'omniprésence grandissante du personnel rémunéré, voire permanent, ils sont moins impliqués dans les activités stratégiques qui définissent l'essence même du groupe. Ils sont souvent réduits à jouer un rôle d'exécutants, leur participation perdant alors de sa pertinence.

	Projet 34 **Transformation des pratiques des organismes communautaires dans le cadre de la réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux, tout le Québec**
	Les principaux facteurs générateurs de formalisation :
	Il y a des liens évidents entre la formalisation qui traverse les pratiques communautaires et la réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux, sans que la formalisation en soit nécessairement la conséquence directe. Les pratiques de partenariat sont plus nombreuses aujourd'hui qu'au début de la reconfiguration du réseau. Il y a une interface évidente entre l'avènement de ces pratiques partenariales et le développement de ce paradigme, qui apparaît dominant dans la réforme du réseau. On assiste donc au développement et au renforcement des lieux de concertation, bien que l'utilité propre de ces lieux soit perçue de façon variable, les liens avec le réseau étant jugés les moins utiles par les répondants. Les groupes peuvent être amenés à s'inscrire de plus en plus à l'intérieur d'une logique de complémentarité des services avec le reste du réseau. On parle ici plus précisément d'un " continuum de services ", ce qui accentue l'intégration du communautaire au réseau public, qui devient alors un joueur parmi les autres. De tels liens, parfois formalisés en protocole, encouragent le communautaire à rechercher des expertises qui demandent des formations et des compétences plus grandes, parfois à l'image du réseau. Dès lors, le langage change, les approches aussi, devenant plus collés aux normes institutionnelles. En termes d'effets perçus, les répondants ont d'ailleurs l'impression que comparativement aux années qui précèdent celles-ci, l'État répond de moins en moins aux besoins des populations desservies. L'évaluation fait bien ressortir l'ampleur des énergies consacrées à répondre aux exigences de nombreux bailleurs de fonds. Ces exigences sont perçues comme étant en hausse, par rapport à 92-93. À cet égard, rappelons que les exigences des bailleurs de fonds sont également l'une des raisons identifiées par bien des groupes pour rechercher un personnel ayant une plus grande diplômation. En bref, les organismes communautaires occupent une place grandissante dans la société québécoise. L'action des groupes est largement diversifiée mais certaines caractéristiques les rassemblent autour de valeurs et de principes d'action communs (approche globale, enracinement dans la communauté, participation des citoyens, rapports égalitaires, etc.). Le partage d'interfaces avec le réseau institutionnel, dans les nombreux espaces de concertation, ainsi qu'à travers des collaborations sur le terrain, la sollicitation des instances du réseau à intégrer l'action des groupes communautaires dans un " continuum de services «, l'alourdissement des problématiques vécues par les populations rejointes et l'alourdissement de la charge de travail qui en résulte sont parmi les facteurs qui contribuent à formaliser les pratiques des organismes : organisation du travail plus spécialisée, professionnalisation du personnel, caractère plus administratif du travail, mode d'action plus interventionniste, activités plus structurées, etc. La question de l'autonomie constitue un enjeu majeur pour les organismes communautaires. Les observations permettent d'affirmer que les organismes plus stables (accès à un financement de base, équipe régulière), qui appuient leur reconnaissance sur l'expertise qu'ils ont eux-mêmes développée et qui sont fortement enracinés dans la culture et les valeurs du mouvement communautaires sont davantage en mesure de préserver leurs attributs communautaires.

	Projet 34 **Transformation des pratiques des organismes communautaires dans le cadre de la réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux, tout le Québec**
6. POTENTIEL DE GÉNÉRALISATION	
6.1 Pérennité	N/A
6.2 Conditions nécessaires	Recommandations : A) Une reconnaissance non seulement de l'autonomie de pratiques, mais de la place que doit occuper le mouvement communautaire dans la configuration des rapports sociaux au Québec. On touche directement la finalité de la manière de faire avec les gens, aux liens développés au sein du groupe, à l'ouverture sur la communauté, aux opportunités d'agir collectivement. B) L'octroi d'un financement public de base aux organismes communautaires couvrant l'ensemble des activités nécessaires à la poursuite de leur mission. La situation implique que les organismes ont besoin d'être assurés d'une certaine stabilité afin qu'ils puissent maintenir leur capacité d'adaptation à l'évolution des besoins de la population. C) Considérant que les organismes communautaires ont des pratiques d'évaluation bien ancrées dans leurs us et coutumes, le point de vue de ces groupes devrait être davantage considéré. D) Une reconnaissance non seulement de l'autonomie de pratiques, mais de la place que doit occuper le mouvement communautaire dans la configuration des rapports sociaux au Québec.
6.3 Avantages généralisation	Le caractère novateur de l'action des groupes communautaires est directement lié à la souplesse de cette forme d'action qui permet d'ajuster les interventions aux besoins changeants de la population. Substituer la perspective que le communautaire est d'abord un acteur de la société civile au profit d'une complémentarité aveugle, dans une logique de services publics c'est risquer d'effacer le côté pertinent et novateur de leur apport, tout en évacuant le sens et la portée de cette contribution.

	Projet 35 **L'implantation dans les CLSC du Québec d'un protocole de dépistage systématique des femmes victimes de violence conjugale. tout le Québec**
1. CLIENTÈLE VISÉE	Femmes victimes de violence conjugale
2. BUDGET ALLOUÉ	495 800$, plus environ 200 000$ provenant de la Conférence des régies pour généraliser à l'ensemble des CLSC Type de projet : intervention, évaluation
3. CONTEXTE D'ÉMERGENCE	
3.1 Pourquoi le changement	29% des canadiennes et 25% des québécoises vivant en couple ou ayant déjà vécu en couple ont subi au moins un acte de violence physique ou sexuelle. Les problèmes de santé physique et mentale chez les femmes victimes de violence sont plus répandus (3 x plus nombreuses à penser au suicide et 52% ont nécessité des soins de santé à la suite d'une agression physique). Une étude montre la difficulté du système à dépister les femmes victimes de violence.
3.2 Principales caractéristiques	On veut étendre à l'ensemble des CLSC du Québec l'usage d'un protocole de dépistage systématique de la violence conjugale
3.3 Objectifs de l'évaluation	L'objectif général de la démarche d'évaluation est de vérifier l'atteinte des objectifs du projet d'implantation dans les CLSC. Les objectifs secondaires : 1) vérifier le niveau d'implantation du protocole et 2) le degré de formation dans chaque établissement participant ; 3) vérifier si un soutien professionnel adéquat a été fourni aux intervenants vs les situations de violence dépistées et 4) si un soutien administratif adéquat a été fourni aux gestionnaires des établissements pendant l'implantation ; 5) fournir des indications permettant de faire des hypothèses quant aux effets du protocole sur l'accessibilité et la qualité des services et sur la collaboration avec d'autres ressources.
4. PROCESSUS DE MISE EN ŒUVRE	
4.1 Modalités de mise en oeuvre	Formation offerte à une grande variété de professionnels (médecins, infirmières, travailleurs sociaux, psychologues, ergothérapeutes, physiothérapeutes, etc.) en plus des gestionnaires et directeurs de service. Au total, près de 11 000 personnes ont reçu la formation. On a développé un syllabus de formation incluant l'acquisition de connaissances, des changements de schèmes cognitifs et les services à offrir.
4.2 Enjeux ou défis posés par l'innovation	Difficulté à systématiser une pratique dans le contexte de l'autonomie professionnelle clinique des intervenants. Établir une confiance interdisciplinaire. Connaissances légales très inégales sur la tenue de dossier. Connaissance et aisance à travailler avec la problématique de la violence conjugale. Obtenir l'adhésion des ordres professionnels. Implanter un protocole de dépistage sans ajouts de ressources supplémentaires pour répondre aux besoins. Maintenir les pratiques après la formation au protocole.

	Projet 35 **L'implantation dans les CLSC du Québec d'un protocole de dépistage systématique des femmes victimes de violence conjugale. tout le Québec**
4.3 Conditions favorables ou facilitantes	Une recherche évaluative réalisée préalablement à l'implantation du protocole a démontré l'efficacité du protocole. L'expérience a suscité un grand intérêt et une forte demande d'instrumentation et de formation.
4.4 Obstacles	Discussions éthico-légales soulevées par certains groupes ont affecté le cours de l'évaluation. Par exemple, la résistance des archivistes relativement à l'utilisation des grilles au dossier. Ces questionnements ont amené une divergence d'opinion des experts juridiques sur cette question. Beaucoup de temps pour obtenir les opinions définitives : 10 mois pour la Commission d'accès à l'information ; 2 ans pour l'association des CLSC. Pourtant, un avis initial avait été obtenu, mais il n'a pas satisfait tous les acteurs visés. Occasionne délais et compromet d'une certaine façon l'expérimentation. Par exemple, application suspendue dans certaines régions dans l'attente des avis légaux. Durée de la formation trop courte, trop peu de temps pour la discussion, insuffisance d'information sur les outils. Quelques résistances face à l'approche jugée trop féministe, sur le caractère intrusif du dépistage, aux problèmes éthiques et au caractère systématique du protocole. En même temps que l'implantation du protocole, il y avait l'implantation d'un nouveau cadre SIS des CLSC qui demandait une formation de 6 jours, ce qui fait que les gestionnaires n'étaient pas enclins à libérer leur personnel pour 2 autres jours de formation. Courts délais pour réaliser l'évaluation ont été insuffisants pour mesurer les effets sur les changements de pratique. Le roulement du personnel est important ; perte d'environ un tiers du personnel formé près de 2 ans plus tard. Restructuration du réseau et les réorganisations internes constituent aussi des obstacles importants. Craintes de surcharge et de ne pas pouvoir offrir les services post-dépistage. Services aux hommes violents non disponibles. Pression lourde amenée par l'implantation de nouveaux outils comme le protocole : les intervenants se retrouvent avec un accroissement de la tâche.
5. BILAN DE L'EXPÉRIMENTATION	
5.1 Résultats	Accueil enthousiaste réservé au projet dans l'ensemble des CLSC et un nombre d'inscriptions dépassant largement les prévisions des responsables de l'implantation . 141 CLSC impliqués ; 10 853 personnes formées. Ouverture, intérêt et taux de satisfaction élevés de la part des professionnels et des gestionnaires ayant participé aux formations dispensées notamment sur les aspects suivants : qualité des informations, contenu concret, sensibilisation acquise concernant la problématique et compétence des formatrices. Meilleure reconnaissance de la problématique chez les intervenants et les gestionnaires. Application inégale : dans certains cas on ne dépiste que les nouvelles clientèles. Même si plusieurs intervenants prétendaient en savoir assez sur la violence conjugale, la majorité a reconnu qu'ils ne connaissaient pas grand chose et que deux jours ne sont pas suffisants. La formation a donc mis en évidence la méconnaissance clinique liée à la violence

	Projet 35 L'implantation dans les CLSC du Québec d'un protocole de dépistage systématique des femmes victimes de violence conjugale. tout le Québec
	conjugale et dévoilé les besoins en termes de formation, notamment sur : la complexité de la problématique, la mise en évidence de côtoyer un peu plus les ressources spécialisées (maisons d'hébergement, etc.) et les méconnaissances des responsabilités professionnelles. Bon pourcentage d'utilisation des instruments en post-formation. Acquisition de nouvelles connaissances, de nouvelles attitudes et habiletés et façons de réagir dans les situations de violence. Près des deux tiers des intervenants indiquent faire du dépistage, mais la plupart du temps de manière spontanée (donc non systématique). Deux intervenants sur cinq pensent aux indices de violence conjugale en présence d'une usagère. La formation a mis en évidence la fragilité et l'absence de suivi et d'encadrement clinique des intervenants. Formation des gestionnaires au préalable fut un succès dans la mobilisation des établissements sur cette problématique.
6. POTENTIEL DE GÉNÉRALISATION	
6.1 Pérennité	Bien que le pourcentage d'utilisation des instruments de dépistage soit bon en général, on remarque un taux d'utilisation très inégal d'un CLSC à l'autre. De plus, dans la plupart des cas, aucun suivi n'est prévu auprès des professionnels et des gestionnaires. Considérant le très fort taux de roulement de personnel dans les établissements concernés, on peut s'attendre à ce que le taux d'utilisation décline rapidement.
6.2 Conditions nécessaires	Il faut prévoir les activités échelonnées sur une période de deux ou trois ans et penser à un plan de suivi pour une intégration et une appropriation réelle. Nécessité de suivi post-formation pour les professionnels et les gestionnaires. Examen préalable au plan juridique et éthique sur les modalités d'utilisation des instruments. Associer initialement les ordres professionnels. Les établissements qui ont plus la capacité de gérer le changement sont ceux qui bénéficient d'un soutien ou d'un encadrement clinique, d'une supervision, d'un conseil clinique ou d'un support d'expert sur une base formelle. Nécessité de développer des protocoles d'entente entre partenaires tels que les hôpitaux, les services policiers, etc. Plus de formation continue, supervision, rappel et prise en charge du projet par les établissements. L'utilisation du terme «dépistage» a provoqué des vagues que le terme «guide de pratique d'évaluation clinique» aurait pu éviter, il y a donc un examen sémantique à faire. Les ressources pourraient de pas pouvoir absorber l'augmentation de clientèle provoquée par le dépistage.
6.3 Avantages généralisation	Permet de tendre vers une vision commune des problématiques et des clientèles. Maximise l'efficacité multidisciplinaire via des outils communs. Le fait de reconnaître un problème par le dépistage crée une attribution de services plus adaptée aux problèmes.

	Projet 36-1 « Les soins aux jeunes en difficulté » Volet 1 – Portrait des jeunes inscrits à la prise en charge des centres jeunesse du Québec et description des services reçus au cours des premiers mois, régions de Montréal, Québec, Côte-Nord et Estrie
1. CLIENTÈLE VISÉE	Les jeunes en difficulté inscrits aux centres jeunesse de Montréal, Québec, Côte Nord et Estrie
2. BUDGET ALLOUÉ	210 706 $ Note : Fait partie d'un projet de consortium où quatre projets sont financés pour un total de 1 684 976 $, incluant un budget de 569 265 $ pour les frais de consortium. Type de projet : Évaluation de type étude descriptive.
3. CONTEXTE D'ÉMERGENCE	
3.1 Pourquoi le changement	Cette étude sur les caractéristiques des clientèles et des services offerts dans les centres jeunesse (CJ) du Québec s'inscrit à la suite de l'importante transformation des services de santé et des services sociaux qu'a connue le Québec au cours des dernières années.
3.2 Principales caractéristiques	Étude pan québécoise sur les caractéristiques actuelles des clientèles des CJ et sur les services offerts afin de faire le point sur la situation et de juger de la pertinence de la réponse aux besoins des jeunes et des familles en difficulté.
3.3 Objectifs de l'évaluation	Il ne s'agit pas d'une évaluation, mais d'une étude descriptive visant à brosser un tableau de la santé physique et des caractéristiques sociales, familiales et personnelles des jeunes desservis par les CJ du Québec et décrire la nature et l'intensité des services reçus par ces jeunes et leurs familles sur une période de 8 mois.
4. PROCESSUS DE MISE EN ŒUVRE	
4.1 Modalités	Aucune mise en œuvre, il s'agit d'une étude descriptive des clientèles à la suite de la transformation des CJ.
4.2 Enjeux ou défis posés par l'innovation	N/A
4.3 Conditions favorables ou facilitantes	N/A
4.4 Obstacles	N/A
5. BILAN DE L'EXPÉRIMENTATION	
5.1 Résultats	On présente les caractéristiques des clientèles 0-5 ans ; 6-11 et 12-17 ans et les services reçus pour chacun de ces groupes. L'étude met en lumière trois aspects de la prestation de services à approfondir et à améliorer : 1) l'adéquation entre le type d'intervention (placement ou suivi en milieu naturel) et le profil des difficultés des jeunes et des familles : à risque comparable, les jeunes ont une probabilité quasi égale d'être placés ou suivi en milieu naturel ; 2) la fréquence du suivi : une variation très importante dans la fréquence et la continuité du suivi est constatée ; 3) les cibles d'intervention : l'intervention prend souvent la forme d'un soutien direct et individuel à l'enfant et aux familles et est peu concertée.

	Projet 36-1 « Les soins aux jeunes en difficulté » Volet 1 – Portrait des jeunes inscrits à la prise en charge des centres jeunesse du Québec et description des services reçus au cours des premiers mois, régions de Montréal, Québec, Côte-Nord et Estrie
6. POTENTIEL DE GÉNÉRALISATION	
6.1 Pérennité	N/A
6.2 Avantages généralisation	N/A
6.3 Conditions nécessaires	N/A

	Projet 36-2 « Les soins aux jeunes en difficulté » Volet 2 – La collaboration intersectorielle dans les services aux jeunes en difficulté, régions de Montréal, Québec, Estrie et Côte-Nord
1. CLIENTÈLE VISÉE	Jeunes en difficulté de quatre centres jeunesse (Côte-Nord, Estrie, Montréal, Québec), soit environ 2 700 jeunes
2. BUDGET ALLOUÉ	212 720 $ Note : Fait partie d'un projet de consortium où quatre projets sont financés pour un total de 1 684 976 $, incluant un budget de 569 265 $ pour les frais de consortium. Type de projet : Évaluation de type étude descriptive
3. CONTEXTE D'ÉMERGENCE	
3.1 Pourquoi le changement	Au Québec, les principales études et analyses réalisées depuis les années 1980, que ce soit à l'égard de la protection de la jeunesse ou plus largement sur le développement des services, ont établi différents constats à l'égard du système de services, en plus de formuler des recommandations convergentes quant à l'orientation et à l'organisation des interventions à réaliser auprès des jeunes en difficulté et de leur famille. Parmi les points de vue convergents, on remarque : un diagnostic unanime sur les services : discontinuité, fractionnement et morcellement des efforts auprès des populations vulnérables représentent des pertes substantielles d'énergie.
3.2 Principales caractéristiques	N/A
3.3 Objectifs de l'évaluation	Il ne s'agit pas d'une évaluation. L'étude propose une description et une analyse des processus intersectoriels dans la prestation des soins offerts aux jeunes en difficulté et à leur famille afin d'éclairer les questions suivantes : Comment la collaboration intersectorielle se traduit-elle réellement sur le terrain ? Dans quelle mesure les intervenants peuvent-ils offrir des services qui traduisent une collaboration intersectorielle typique d'un véritable continuum de services ? Quels sont les conditions et les déterminants de la collaboration intersectorielle dans la réponse aux besoins des jeunes en difficulté et de leur famille ?
4. PROCESSUS DE MISE EN ŒUVRE	
4.1 Modalités de mise en oeuvre	N/A
4.2 Enjeux ou défis posés par l'innovation	N/A
4.3 Conditions favorables ou facilitantes	Aucune information à ce sujet.
4.4 Obstacles	Lors d'une rencontre avec le chercheur principal, celui-ci mentionne qu'il n'existe pas d'incitatifs à la collaboration des intervenants des CJ avec leurs partenaires. On retrouve une volonté de le faire dans le discours des gestionnaires, mais dans les faits ça se passe autrement. On observe en outre que la mobilité des acteurs est une caractéristique des réseaux, ce qui rend difficiles l'établissement et le maintien des liens de collaboration. Les intervenants n'ont pas de balises claires fixées par leur établissement pour actualiser la concertation. Comment mesurer s'il faut davantage ou moins de concertation ? Quelle place celle-ci doit-elle tenir au sein des activités en intervention jeunesse ? Quand et pourquoi doit-on se concerter ? Il serait nécessaire de préciser et de développer des indicateurs de mesure sur ces aspects.

	Projet 36-2 « Les soins aux jeunes en difficulté » Volet 2 – La collaboration intersectorielle dans les services aux jeunes en difficulté, régions de Montréal, Québec, Estrie et Côte-Nord
5. BILAN DE L'EXPÉRIMENTATION	
5.1 Résultats	La taille des réseaux se situe autour de cinq intervenants professionnels, incluant l'intervenant du centre jeunesse ; elle demeure stable dans le temps et certaines caractéristiques conditionnent son étendue. Le réseau est caractérisé par la mobilité des acteurs, qui n'épargne aucune situation. Du côté de la représentation sectorielle, le milieu scolaire est le plus présent (pour trois jeunes sur quatre), suivi des organismes communautaires et de loisirs et des services de garde chez les tout-petits. Les CLSC sont plus rarement mentionnés (dans une situation sur cinq environ), alors que des efforts importants sont pourtant consacrés à l'établissement de protocoles de concertation avec ces établissements. La présence des divers secteurs, constatée dès le début de l'application des mesures, indique que l'intervention des centres jeunesse s'ajoute à un ensemble de services qui mobilisaient déjà plusieurs autres acteurs poursuivant des objectifs ou des mandats différents, notamment en milieu scolaire, en CLSC et dans les services de santé. Par ailleurs, c'est avec le milieu scolaire que l'on entretient les contacts les plus fréquents. Avec les écoles, les CLSC et les milieux de la santé, la place de l'information est importante mais on travaille aussi à coordonner les rôles de chacun. En centre jeunesse, la co-intervention ressort comme une dimension importante. Il apparaît clairement que l'établissement « centre jeunesse » ne crée pas le réseau, il s'y greffe au moment où la situation de l'enfant est prise en charge et s'y ajoute, notamment dans le cas de la justice et de la sécurité publique et des services de garde.
6. POTENTIEL DE GÉNÉRALISATION	
6.1 Pérennité	N/A
6.2 Conditions nécessaires	Contrairement à ce que l'on pourrait croire, ce n'est pas la connaissance personnelle des intervenants qui favorise les premiers contacts avec les autres acteurs. Les ententes formelles entre établissements, les plans de services intégrés, les mécanismes et projets conjoints viennent soutenir et valider la démarche de collaboration intersectorielle des professionnels. Donc, si la concertation doit se centrer sur le besoin du jeune, le soutien explicite de l'organisation demeure essentiel.
6.3 Avantages généralisation	N/A

	Projet 36-3 « Les soins aux jeunes en difficulté » Volet 3 – L'implication des parents au cours du placement de leur adolescent en centre de réadaptation, régions de Montréal, Québec, Estrie et Côte-Nord
1. CLIENTÈLE VISÉE	Les jeunes placés de Montréal, Québec, Côte Nord et Estrie
2. BUDGET ALLOUÉ	264 503 $ Note : Fait partie d'un projet de consortium où quatre projets sont financés pour un total de 1 684 976 $, incluant un budget de 569 265 $ pour les frais de consortium. Type de projet : Évaluation de type étude descriptive
3. CONTEXTE D'ÉMERGENCE	
3.1 Pourquoi le changement	Dans le domaine de la protection de la jeunesse, la mise en place d'interventions de maintien en milieu naturel a été favorisée, évitant ainsi que plusieurs jeunes ne soient coupés de leur famille.
3.2 Principales caractéristiques	N/A
3.3 Objectifs de l'évaluation	Il ne s'agit pas d'une évaluation, mais d'une étude descriptive visant à documenter les différentes facettes de l'implication des parents d'enfants placés en centres de réadaptation : niveau, nature et qualité de l'implication des parents dans un contexte de placement et conditions qui favorisent cette implication ou lui font obstacle.
4. PROCESSUS DE MISE EN ŒUVRE	
4.1 Modalités	N/A
4.2 Enjeux ou défis posés par l'innovation	N/A
4.3 Conditions favorables ou facilitantes	Aucune condition identifiée dans le cadre de l'étude. Dans la section impact du projet sur les politiques, on recommande de : Réaliser des études permettant d'établir les conditions qui favorisent ou empêchent l'implication des parents.
4.4 Obstacles	N/A
5. BILAN DE L'EXPÉRIMENTATION	
5.1 Résultats	Les résultats portent sur les caractéristiques des jeunes et des familles. On identifie des indicateurs d'implication (activités ou contacts parents-éducateur ; maintien des liens parents-jeunes ; perception de la participation des parents par l'éducateur et perception de la participation des parents à l'intervention par le parent lui-même) et on vérifie si cette implication varie au fil du temps et si on peut la mettre en lien avec les changements observés chez les jeunes. L'étude aura permis de constater qu'à part un programme particulier où la pratique traditionnelle a été modifiée pour donner une part plus considérable de responsabilité aux parents, il n'y a pas à proprement parler, dans les centres jeunesse ayant participé à l'étude, de modèle de pratique qui favorise une plus grande implication des parents. En ce qui a trait à l'intervention, on recommande de se préoccuper davantage de l'interaction entre les agirs des adolescents, les problèmes psychosociaux des parents et les problèmes de fonctionnement familial de favoriser l'utilisation d'outils diagnostiques afin

	Projet 36-3 « Les soins aux jeunes en difficulté » Volet 3 – L'implication des parents au cours du placement de leur adolescent en centre de réadaptation, régions de Montréal, Québec, Estrie et Côte-Nord
	d'évaluer les problèmes des jeunes et de leur famille ; de mettre en place des mécanismes de soutien afin de solutionner les problèmes reliés à la détresse des parents et de mettre en place des programmes spécifiques visant à favoriser l'implication des parents lors du placement de leur adolescent.
6. POTENTIEL DE GÉNÉRALISATION	
6.1 Pérennité	N/A
6.2 Avantages généralisation	N/A
6.3 Conditions nécessaires	N/A

	Projet 36-4 « Les soins aux jeunes en difficulté » Volet 4 – Les transformations des Centres Jeunesse de Montréal et de Québec, régions de Montréal et Québec
1. CLIENTÈLE VISÉE	Les jeunes en difficulté de Montréal et de Québec
2. BUDGET ALLOUÉ	427 782 $ Note : Fait partie d'un projet de consortium où quatre projets sont financés pour un total de 1 684 976 $, incluant un budget de 569 265 $ pour les frais de consortium. Type de projet : évaluation
3. CONTEXTE D'ÉMERGENCE	
3.1 Pourquoi le changement	Transformation des services au printemps 1997 dans les Centres jeunesse (choix de l'approche milieu à Montréal et ses conséquences sur les pratiques internes et les partenaires ; à Québec, ce sont davantage les conséquences de la territorialisation sur les pratiques de gestion). Besoin d'un éclairage scientifique à cet effet. Ces transformations organisationnelles des centres jeunesse visaient à mettre en place de nouveaux modes de distribution de services et à favoriser le développement de nouvelles pratiques d'intervention axées sur le maintien des jeunes dans leur milieu naturel.
3.2 Principales caractéristiques	Étudier le processus du changement entrepris dans cette organisation, les implications ou les impacts du changement proposé et les modalités de gestion de ce changement. Évaluation des effets de la transformation du réseau jeunesse, soit la restructuration du modèle d'organisation des services sur une base sous-régionale par un déploiement des ressources humaines et des services sur une base territoriale ou sous-régionale.
3.3 Objectifs de l'évaluation	Cerner comment un changement d'approche comme le virage milieu des CJM, reposant sur la transposition d'un ensemble de mesures largement inspirées de ce qui se pratique dans le champ de la santé, peut conduire à une transformation culturelle d'une organisation, modifier les pratiques professionnelles et la gamme de soins accessibles aux jeunes, être vécu par la clientèle, les intervenants et les partenaires du milieu. Il vise également à tenter de corriger au moins partiellement les conséquences des modifications organisationnelles entreprises trop rapidement, en raison de la nécessité de répondre à l'évolution perçue des besoins sociosanitaires, accélérées par l'ampleur des compressions budgétaires imposées au réseau.
4. PROCESSUS DE MISE EN ŒUVRE	
4.1 Modalités	Réduction des services de réadaptation à l'interne et accroissement de la présence d'éducateurs à l'externe, dans les territoires. Création d'équipes territoriales, intégrées et polyvalentes offrant l'éventail des services requis le plus large possible et intégrant les services psychosociaux, de réadaptation et d'hébergement légers. Révision du mode de gestion met l'accent sur la responsabilisation, l'imputabilité et l'autonomie élargie des équipes et de leur gestionnaire, et sur l'accroissement du rôle et des responsabilités des cadres de premier niveau. Repose sur des orientations de services (proximité de la clientèle, maintien dans le milieu, responsabilisation du jeune et des parents, continuité relationnelle et intégration des interventions) qui donnent une ouverture à des changements dans les modes de pratiques axées sur l'ouverture au milieu, l'implication des aidants naturels et le développement du partenariat. Suppose des ajustements et le développement de nouvelles conditions de gestion des services : vision nouvelle de la fonction

	d'encadrement, implications sur l'expertise professionnelle des intervenants dans les équipes polyvalentes, nouveaux rapports entre les intervenants psychosociaux et de réadaptation, nouveaux rapports entre les parties décentralisées et centralisées de l'organisation, mécanismes de soutien et de suivi des services et développement des interfaces de partenariat entre les centres jeunesse et leurs partenaires.
4.2 Enjeux ou défis posés par l'innovation	La gestion des équipes de travail et des conditions d'exercice de la polyvalence dans les équipes, leur marge de manœuvre réelle et leur niveau d'autonomie, la préservation des expertises et des acquis professionnels, la responsabilité pour adapter les services aux besoins de leur territoire sont préoccupantes. Le contexte de réalisation de ces changements est aussi un enjeu majeur : les mises à la retraite, la cascade des réaffectations de postes, les accroissements des signalements et des prises en charge en protection ont créé des conditions difficiles imprévues et des effets non désirés dans le changement. Les gestionnaires en territoire craignent un nivellement et une standardisation du fonctionnement et de la gestion des services plutôt qu'une valorisation de l'adaptabilité et de la différenciation des services selon les territoires. La tension exercée entre la dynamique d'ouverture et d'adaptation des services aux différences des milieux desservis et la recherche du maintien de la cohésion organisationnelle interne. Cet enjeu ouvre sur la difficulté pour des organisations technobureaucratiques comme les centres jeunesse de développer un modèle d'organisation ouverte sur les conditions d'un environnement complexe et changeant auquel il faut chercher à s'adapter, ce qui correspond davantage au modèle du style de gestion de l'approche de contingence. La diversification du personnel, principalement dans les équipes territoriales, et leurs habitudes hétérogènes de travail et de pratique dues à la diversité des origines institutionnelles, constituent un des enjeux importants au plan du travail d'encadrement du chef de service ; la recherche d'une identité professionnelle spécifique dans un environnement de services où les rapports internes et externes sont à redéfinir est en cause.
4.3 Conditions favorables ou facilitantes	Du côté de Québec, la démarche a été préparée de façon assez minutieuse, avec le souci d'effectuer des travaux préparatoires explicites mettant à contribution les ressources de l'organisation : . Ce souci de l'implication du personnel de l'organisation se manifeste durant les travaux préparatoires par des comités de travail et par la consultation de l'ensemble du personnel et de partenaires au cours de l'élaboration du projet jusqu'à son adoption. Cette planification se déroulant sur une période de plus de deux ans a permis à la direction d'apporter les ajustements jugés appropriés suite aux discussions et aux consultations effectuées. Les intervenants ont le sentiment d'avoir été suffisamment impliqué à la préparation du projet.
4.4 Obstacles	Au niveau des professionnels : Préoccupations reliées à la préservation des expertises professionnelles propres à chaque groupe ; crainte d'une uniformisation des pratiques fortement ressentie en raison de la pression du fardeau de tâches et de la pression des listes d'attentes ; l'application des règles et des normes socio-judiciaires qui déterminent les modes de pratique en protection de la jeunesse et qui contribuent à l'alourdissement des tâches socio-administratives : formulaires, dossiers légaux, procédures d'autorisation, recours légaux, etc., qui exigent du temps et des façons de faire au détriment de l'intervention clinique dans le milieu ; pression à une standardisation des pratiques, donc à une réduction possible la complémentarité attendue par les projets d'approche milieu.

L'impact constant de l'affaire Beaumont et du rapport de la CPDJ à l'endroit du CJQ, qui exige des interventions correctrices parallèlement à la mise en place du projet de transformation, ce qui n'est pas sans affecter tout le processus d'actualisation du projet du CJQ. Les intervenants ont réagi en développant une pratique défensive qui a elle-même amplifié le problème, reléguant au second plan la volonté d'ouverture et d'engagement de l'organisation à des services plus dynamiques, plus en amont et favorisant l'émergence de nouvelles expériences plus stimulantes pour les intervenants et plus efficaces pour les clientèles.

Le manque de capacité de disposer d'une marge de manœuvre réelle handicape la réussite de la pratique milieu.

Fardeau de tâches trop exigeant en raison de compressions des effectifs, de la diversification des tâches technico-bureaucratiques au détriment du clinique, de l'alourdissement des charges de cas et des besoins des clientèles.

Pour les intervenants : le « virage » proposé ne tenait pas compte des expériences et des expertises développées depuis de nombreuses années. Impression de manquer de soutien et de temps pour absorber ces nombreuses pertes. Les conditions de travail, le manque de clarté dans les rôles et dans les responsabilités et les ressources insuffisantes rendent l'exercice des soins très précaire et centré sur les tâches minimales, en réponse aux besoins les plus pressants ou les plus urgents. Il s'agit d'une lourde responsabilité qui demande du temps ; les définitions des responsabilités sont floues, les exigences que demande l'organisation du travail sont mal évaluées ; Il n'y a pas de système de soins structuré ; les personnels se sentent souvent démunis et ont un sentiment d'insécurité et de stress en regard de ces responsabilités qui leur incombent.

Obstacle au développement du partenariat :

Le fardeau de la tâche et des charges de cas, le manque de clarté quant à l'action spécifique des intervenants dans le cadre de l'approche milieu, la nécessité d'arrimage des missions où chacun apporte sa spécificité tout en visant à faire ensemble, la capacité des partenaires à s'investir eux-mêmes dans le partenariat avec les centres jeunesse, les différences d'approche et d'objectifs de services. Dans les rapports internes, la nécessité de définir qui agit comme responsable et comme décideur et qui agit comme contributeur ajoute au sentiment d'inégalité que chaque expérience de partenariat doit surmonter.

Pour les gestionnaires de premier niveau :

Alimentés par les compressions budgétaires et la réduction du taux d'encadrement, les nouveaux gestionnaires dans le modèle de service territorial ont eu à assumer une charge de travail plus lourde et plus complexe. Difficulté d'un double rôle de soutien et de contrôle. Nombreuses exigences du nouveau rôle de gestionnaire : pas toujours les moyens ni le temps pour bien faire. Pas assez soutenu : information et transfert de connaissances insuffisants pour faire face aux nombreuses exigences et attentes de la nouvelle réalité de leur travail et pour leur permettre l'apprentissage des rouages des différentes fonctions qui sont regroupées dans leur service, le temps requis à l'apprivoisement et à l'appropriation de leur nouvel environnement de travail : court et insuffisant. Peu d'attention pour les multiples niveaux de responsabilités qui leur incombent et les conditions concrètes pour les exercer.

Pour la gouverne :

Une approche « top-down », du haut vers le bas sans consultation des personnes concernées (intervenants et partenaires) dès le départ ; provoque de la déception.

Les mises à la retraite, la cascade des affectations de postes, les accroissements des signalements et des prises en charge en protection ont créé des conditions difficiles imprévues.

	Projet 36-4 « Les soins aux jeunes en difficulté » Volet 4 – Les transformations des Centres Jeunesse de Montréal et de Québec, régions de Montréal et Québec
5. BILAN DE L'EXPÉRIMENTATION	
5.1 Résultats	La vision du changement souhaité demeure inchangée. La mise en opération du changement souhaité a été engloutie par le processus de gestion courante installé suite à la réorganisation et qui s'avère peu adapté au projet de décloisonnement des services porté par la sous-régionalisation ou la territorialisation des services. L'accent est mis sur le développement d'outils de contrôle et d'application de règles et de normes favorisant l'uniformisation et la standardisation de pratiques et la reddition de compte quant à leur application. La sous-régionalisation constitue un « brassage » plus important qu'appréhendé : déstabilisation des personnes, regroupement de gens qui doivent apprendre à se connaître et à travailler ensemble, chocs de cultures, etc. Le bouleversement découlant de la réaffectation des postes dans les nouvelles structures ont occasionné beaucoup de ruptures et rompu plusieurs lignes habituelles de communication. Les gestionnaires constatent la grande distance qu'ils ont dorénavant avec la clientèle ; il en découle une grande complexité pour l'encadrement et les décisions cliniques qu'ils ont à assumer. La pratique quotidienne des intervenants observés n'a guère changé par rapport à ce qu'elle était avant le choix organisationnel de l'approche milieu, malgré le discours sur cette approche et la création des équipes territoriales. Le blocage s'explique par une kyrielle de raisons assez faciles à cerner : 1. L'ampleur de la tâche assumée réduit à néant toute marge de manœuvre. Lorsque celle-ci apparaît, elle sert d'abord de répit et est vite accaparée par la pression exercée par les nouveaux cas en attente. 2. L'absence d'une définition claire de ce qui est attendu malgré les guides d'appropriation préparés. Décrire des pratiques pour illustrer ce qu'on pourrait faire différemment est une chose, modifier 10 ou 20 ans de pratique confirmée par une formation professionnelle structurée (malgré ses limites) en est une autre. L'absence de projets de démonstration donne un caractère artificiel aux efforts de définition des nouvelles pratiques. 3. L'absence d'adhésion ferme à l'approche milieu. Si personne n'est contre cette réorientation, comme l'ont bien fait ressortir les audiences publiques, les réserves étaient nombreuses sur les conditions de réalisation du changement. Or, la situation n'a pas changé et le degré d'adhésion en est un de principe, sans plus, au plan des pratiques individuelles, qu'il faut ici distinguer des pratiques de concertation qui, elles, sont beaucoup plus développées avec les partenaires organisationnels, malgré certaines carences. 4. La non-pertinence apparente du changement proposé. On peut ne pas adhérer fermement à un changement et le réaliser tout de même en raison de son absolue nécessité. Mais pour les praticiens, cette nécessité n'est pas du tout évidente et leurs interventions actuelles semblent tout à fait convenir pour répondre aux besoins des clients. D'ailleurs, s'ils avaient plus de moyens et moins de cas, ils amélioreraient probablement la qualité de leurs services avant d'envisager de les transformer par une nouvelle approche. 5. L'absence de préparation adéquate. L'implantation d'un changement de pratique nécessite une formation renforcée par du soutien continu pour développer les habiletés nouvelles. Il faut aussi que le changement soit supporté par les gestionnaires de premier niveau. Aux CJM, ces gestionnaires sont tout à fait incapables d'assumer ce rôle en raison de leur double responsabilité d'une équipe

	d'intervenants territoriaux et d'un foyer de groupes, contrairement au CJQ où ils y parviennent. 6. Le poids des contraintes juridiques et sécuritaires. Le contexte particulier de la protection de la jeunesse entrave tout changement culturel d'importance, en raison des obligations légales qui limitent l'élasticité du système en rappelant constamment ses règles aux intervenants et aux gestionnaires. De plus, les contrôles accrus exercés suite à quelques erreurs retentissantes incitent le personnel à une prudence qui renforce la rigidité des pratiques. 7. Le manque d'énergie. Après plusieurs années de changements de structures et de compressions, supportant un lourd fardeau de tâches, le personnel n'a pas l'énergie pour se lancer dans un grand changement et la prudence l'amène à poursuivre ce qui peut être fait pour éviter de se brûler.
6. POTENTIEL DE GÉNÉRALISATION	
6.1 Pérennité	N/A
6.2 Conditions nécessaires	Les organisations sont confrontées avec un déséquilibre entre la demande de la clientèle et l'offre de services (les ressources disponibles). On ne leur donne pas les moyens de réussir le changement dans lequel ils doivent pourtant s'engager. Miser sur l'évolution des valeurs déjà préconisées et des pratiques comme ce fut le cas du davantage que sur l'organisation ; changement des pratiques, changement des façons de faire, changement organisationnel, changement des mentalités, etc. Soutien et de préparation aux intervenants dans les territoires, notamment du fait que plusieurs d'entre eux se retrouvent avec de nouvelles responsabilités de services et des clientèles avec lesquelles ils n'ont pas d'expérience. Capacité de disposer d'une marge de manœuvre réelle. Lieux et temps pour échanger et pour rechercher des moyens d'innovation, pour prendre du recul, pour planifier et pour ne pas être toujours submergés par les exigences du quotidien et la gestion des crises ; un minimum de stabilité de la part des participants est nécessaire ; les absences sont moins dramatiques si le projet s'échelonne sur un grand nombre de réunions. Un minimum de stabilité organisationnelle est souhaitable. Il faut aussi prévoir une durée qui dépasse un trimestre pour tenir compte des imprévus et permettre une plus longue durée pour le projet, incluant une étape de consolidation ou de réappropriation. Un minimum de cohésion dans l'équipe. Le partenariat construit une relation où la négociation, le compromis, l'échange, la stabilité et le désir de réaliser des projets communs sont les maîtres-mots. Chaque partenaire a un rapport égalitaire et doit conserver son autonomie et sa spécificité. Les pratiques partenariales doivent déboucher sur des actions pour obtenir des résultats positifs. La reconnaissance du travail accompli des personnes déléguées pour travailler en partenariat est indispensable au maintien de leur motivation tout en leur laissant une marge d'autonomie nécessaire. Créer et maintenir des pratiques partenariales exige la constitution d'un noyau de personnes qui assureront la permanence du projet. Impliquer l'ensemble des partenaires dès le début du projet pour que le travail de construction des relations et d'un langage commun puisse se faire dès l'origine du projet. Il importe que les structures soient souples et adaptées ; il ne faut pas trop préfabriquer les projets de partenariat mais simplement laisser des personnes aller à la rencontre des autres organisations pour définir un projet commun.

	La question du financement demeure toujours une condition essentielle. Le partenariat doit devenir plus qu'une modalité permettant aux gestionnaires de réduire les coûts. Ainsi, réaliser des pratiques partenariales consiste à se donner des structures promptes à l'ouverture et au changement. Le soutien et le support demeurent essentiels ; les acteurs impliqués dans le partenariat doivent avoir la possibilité à tout moment de s'exprimer et d'échanger sur les enjeux qu'entraînent les collaborations tant dans leurs manières de penser, que de faire. Il est donc important que l'organisation crée des espaces de dialogue pour permettre d'entériner les changements que provoque le travail en collaboration et voit à la formation des intervenants engagés dans le partenariat. Pour que des pratiques partenariales se maintiennent, il est important qu'elles aient un financement autonome qui ne dépende pas d'un seul partenaire. En effet, le financement réalise ou non l'autonomie du projet et sa viabilité à plus ou moins court terme. La définition claire de la politique de partenariat de l'organisation devient primordiale. En effet, pour que les acteurs puissent agir de manière légitime et officielle, il importe que l'organisation définisse ce qu'elle attend des partenariats et le rôle qu'elle compte jouer par le personnel impliqué. Il est donc important, avant de tenter des partenariats vers l'extérieur, de se donner une philosophie commune et interne favorable au partenariat soit par la création d'un consensus sur le fait que la solution aux difficultés internes de l'intervention devrait être recherchée à l'extérieur en s'alliant à d'autres organisations. Plus le mandat et les balises du changement seront affirmés, plus il sera facile pour les acteurs impliqués de connaître leur marge de manœuvre et de définir leur apport possible auprès de leurs partenaires.
6.1 Avantages généralisation	Une diffusion large des résultats les plus significatifs peut inciter les gestionnaires du réseau à s'en inspirer, ce qui n'est évidemment pas garanti.

	Projet 37 **Projet d'éducation des personnes asthmatiques consultants à l'urgence ou étant hospitalisées,** **Réseau québécois d'enseignement sur l'asthme (RQTA)**
1. CLIENTÈLE VISÉE	Les personnes asthmatiques qui ont recours aux services des urgences de 10 hôpitaux visés par le projet. Toutes les personnes asthmatiques de 10 CHCD au Québec choisis selon 7 critères (nombreuses visites à l'urgence, présence d'un CEA, un CHCD en région, etc.) et pouvant compter 20 000 clients.
2. BUDGET ALLOUÉ	757 762 $ Type de projet : intervention - évaluation
3. CONTEXTE D'ÉMERGENCE	
3.1 Pourquoi le changement	Au Québec, 5% des consultations à l'urgence sont pour l'asthme, soit autour de 37 000 personnes. On compte 50 000 jours par an d'hospitalisation et 150 décès par an. Seulement 10% des personnes asthmatiques consultant à l'urgence ont un suivi médical à la suite de cette visite. Beaucoup de personnes ne sont pas conscientes qu'une visite à l'urgence découle d'une maîtrise insuffisante de la maladie. Deux programmes éducatifs développés par Laval et Maisonneuve-Rosemont ont montré une diminution de 64% et 80% des visites à l'urgence. Bien qu'il existe 90 CEA en opération, ceux-ci sont peu utilisés par les personnes consultant à l'urgence. Selon plusieurs auteurs, une part appréciable des visites à l'urgence et des hospitalisations s'explique par une évaluation inadéquate de la gravité du problème d'asthme, de même que par une intervention tardive ou inadéquate en cas de détérioration de l'état respiratoire observent que les personnes qui utilisent les services d'urgence à répétition ont une faible observance thérapeutique et sont considérées plus à risque.
3.2 Principales caractéristiques	Le service de première ligne offre systématiquement à toute personne asthmatique se présentant à l'urgence ou étant hospitalisée, un minimum de connaissance sur l'asthme, l'enseignement sur l'utilisation adéquate des inhalateurs et la référence automatique au Centre d'enseignement aux asthmatiques. Le Centre d'enseignement, pour sa part, offre des interventions éducatives aidant les personnes asthmatiques à acquérir les connaissances, les attitudes et les habiletés favorisant l'adoption de comportement permettant la maîtrise de l'asthme. Les éducateurs du Centre peuvent aider les personnes asthmatiques à adopter des comportements jugés primordiaux à la maîtrise de l'asthme tel que la reconnaissance des symptômes et l'application d'un plan d'action, par exemple. Objectifs : 1) faire appel à la motivation des clients pour participer au programme ; 2) référer cette clientèle aux CEA ; 3) intégrer le programme éducatif aux soins des personnes asthmatiques en débutant l'intervention à l'urgence et sur les unités de soins.
3.3 Objectifs de l'évaluation	Objectifs de l'évaluation : 1-décrire l'état d'implantation et le fonctionnement du programme et vérifier les variations d'un site à l'autre, selon les caractéristiques de l'environnement ; 2-mesurer les effets du programme sur la pratique de référence, la participation des personnes référées aux CAE, l'achalandage et l'accessibilité des CEA, et la fréquence des visites à l'urgence ; 3-identifier les facteurs et conditions favorables à l'implantation et au fonctionnement du programme et à la production des effets désirés. L'évaluation porte sur quatre objets : a) l'environnement, c'est-à-dire les centres hospitaliers et les centres d'enseignement sur l'asthme où le programme a été implanté ; b) le programme (ressources, activités, processus) ; c) les effets à court terme ; d) les interactions entre l'environnement, le programme et les effets observés.
4. PROCESSUS DE MISE EN ŒUVRE	
4.1 Modalités de mise en oeuvre	Afin d'augmenter l'accessibilité des CEA pour les personnes asthmatiques les plus à risque, ce programme intervient directement auprès des professionnels qui pratiquent à l'urgence ou sur les unités de soins pour les inciter : 1) à référer les personnes asthmatiques aux CEA ; 2) à initier un enseignement de courte durée lors de la visite à l'urgence ou en cours d'hospitalisation. Pour favoriser l'adoption de ces nouvelles pratiques, le programme mise principalement sur deux types d'activités, soit : a) la dispensation d'une formation structurée de

	Projet 37 **Projet d'éducation des personnes asthmatiques consultants à l'urgence ou étant hospitalisées,** **Réseau québécois d'enseignement sur l'asthme (RQTA)**
	trois heures aux professionnels concernés ; b) l'implantation de procédures et d'outils de référence adaptés aux conditions de pratique. Les hôpitaux intéressés à implanter le programme s'engagent par contrat à fournir les ressources nécessaires à l'implantation du programme (autres que celles défrayées par le FASS), à faciliter la mise sur pied d'un comité de suivi responsable de la continuité du projet, de même qu'à collaborer avec le ou les CEA de son territoire. Ce programme mise donc à la fois sur l'intérêt et l'engagement volontaire des directions hospitalières, la motivation et la participation des professionnels concernés, de même que sur l'établissement de liens formels avec le Réseau québécois d'enseignement sur l'asthme. Le programme a été implanté dans dix hôpitaux ayant des taux de visites et de revisites à l'urgence élevés, et situés dans des environnements différenciés.
4.2 Enjeux ou défis posés par l'innovation	Motivation du patient à aller au CEA ; que le CEA soit mieux organisé pour répondre au débit de patient ; appui des médecins en C.H. pour promouvoir le projet. La **continuité du programme** : La continuité est un enjeu de taille lorsqu'on considère, d'une part, l'évolution rapide des connaissances, de même que le haut taux de roulement du personnel de l'urgence, et la nécessité subséquente d'une intervention de type continu plutôt que ponctuel. D'autre part, compte tenu de la variabilité de l'importance accordée aux pratiques de nature préventive dans un contexte d'intervention d'urgence (sévérité des cas, achalandage, imprévisibilité des besoins), des efforts soutenus sont nécessaires pour maintenir l'intérêt des gestionnaires de même que la motivation des professionnels à poursuivre le programme implanté. L'un des nombreux défis d'implantation est de faire face aux problèmes de surcharge de travail au niveau de la tâche du personnel hospitalier. Pour certains, l'implantation de nouveaux projets est difficile ou non acceptable, le personnel étant déjà sollicité de toutes parts et vivant des conditions de travail difficiles. Le contexte d'implantation n'est pas toujours favorable. Le deuxième défi est de réussir à faire allouer localement des budgets afin de planifier la formation du personnel et d'éviter que l'établissement ait à défrayer des coûts de temps supplémentaire. Le dernier défi sera de s'assurer qu'il y aura un délai raisonnable pour la prise des rendez-vous au CEA.
4.3 Conditions favorables ou facilitantes	Dans l'ensemble, les infirmières et les inhalothérapeutes se consacrant à la dispensation d'un enseignement de courte durée lors de l'intervention à l'urgence le jugent plus facile au CH-1 (hôpital pédiatrique), où le programme a été implanté à l'unité de courte durée plutôt qu'à l'urgence. Cette unité est, pour ainsi dire, gérée par les infirmières qui ont à la fois une grande autonomie professionnelle et plus de temps à consacrer à l'enseignement aux patients, puisqu'il s'agit d'une mission de l'unité. Le soutien des directions professionnelles (DSI, DSP, chef des soins infirmiers de l'urgence, chef du service d'inhalothérapie), a été essentiel d'abord pour assurer la disponibilité des ressources humaines et matérielles requises pour la coordination de l'implantation et du fonctionnement du programme, ensuite pour assurer la mise en place des conditions favorables à la participation des professionnels de l'urgence et des unités de soins aux activités de formation proposées (paiement des heures non travaillées, remplacement professionnel, remboursement des coûts associés, etc.), enfin pour permettre la participation aux réunions du comité de suivi. Six hôpitaux ont obtenu les appuis nécessaires à cette fin.
4.4 Obstacles	Contexte même de l'urgence (hiver, roulement du personnel). Peu de temps pour l'éducation des patients. Le CEA n'est pas assez organisé pour répondre au débit de patients. Dans l'ensemble, les infirmières et les inhalothérapeutes ont déclaré avoir peu de temps à consacrer à la dispensation d'un enseignement de courte durée lors de l'intervention à l'urgence. Ils auraient tout au plus celui d'informer les patients de l'existence du CEA et de les inciter à accepter le rendez-vous proposé. **L'intervention à l'urgence** se caractérise à la fois par la priorité accordée aux problèmes sévères susceptibles d'entraîner la mort ou de

	Projet 37 **Projet d'éducation des personnes asthmatiques consultants à l'urgence ou étant hospitalisées,** **Réseau québécois d'enseignement sur l'asthme (RQTA)**
	laisser des séquelles majeures permanentes, par un taux d'achalandage élevé et l'imprévisibilité des besoins de soins, par la nécessaire rapidité d'intervention, de même que par le haut taux de roulement du personnel. Au point de départ, ce contexte n'est pas favorable à l'implantation d'un programme visant l'introduction de pratiques efficaces mais jugées non urgentes et, de surcroît, de nature préventive, comme c'est le cas ici. D'une part, il est difficile de rejoindre l'ensemble des professionnels de l'urgence et de dispenser la formation prévue, d'une durée approximative de trois heures. D'autre part, l'information recueillie suggère que les conditions d'intervention à l'urgence sont aussi difficilement compatibles avec des éléments de fonctionnement du programme, particulièrement la dispensation d'un enseignement de courte durée au patient lors de son séjour à l'urgence, de même que l'adoption de procédures de référence systématique aux CEA.
	Le **soutien médical** : Outre l'implication de certains médecins déjà convaincus de l'efficacité des approches éducatives, l'information recueillie a mis en évidence, d'abord la relative " indifférence " des médecins de l'urgence au programme, ensuite une forme de résistance chez certains pneumologues et pédiatres. Les **relations entre les infirmières et les inhalothérapeutes** : Lorsque les inhalothérapeutes étaient déjà fortement impliqués, soit dans le traitement ou la référence des patients asthmatiques vus à l'urgence, soit dans la coordination du CEA et la dispensation de l'enseignement aux patients référés, l'attribution du poste de responsable du programme à une infirmière bachelière a mis en évidence ou exacerbé des conflits antérieurs entre les deux groupes professionnels. Des efforts importants ont été consacrés à la résolution des conflits interprofessionnels, à la redéfinition et au départage des tâches.
5. BILAN DE L'EXPÉRIMENTATION	
5.1 Résultats	L'évaluation met en évidence la variabilité de l'état d'implantation et de la traduction opérationnelle du programme, compte tenu des difficultés rencontrées et des adaptations jugées nécessaires dans chaque milieu hospitalier. Dans l'ensemble, au moins 600 professionnels des urgences et des unités de soins avaient participé aux activités de formation, soit approximativement 450 infirmières et 150 inhalothérapeutes. Dans tous les cas, cette formation a donné lieu à une amélioration significative des connaissances et a entraîné une augmentation substantielle de la fréquence des références aux CEA. Par ailleurs, au moment de l'évaluation (fin avril), la référence ne se faisait pas de façon systématique mais variait selon l'achalandage à l'urgence, la disponibilité professionnelle ou d'autres facteurs. De janvier à avril 2000, 1 104 personnes ayant consulté à l'urgence pour cause d'asthme ont été référées à un CEA, soit un ratio de 18,8 références par 100 visites à l'urgence pour asthme. Sur une période de 10 mois, la fréquence de références tend à demeurer relativement stable. Près de la moitié (48,1 %) des sujets référés avaient consulté au moins deux fois à l'urgence pour asthme dans les douze mois précédents. La tendance est de référer plus fréquemment les sujets âgés de 5 à 44 ans, pour lesquels le diagnostic d'asthme est plus fiable. Au total, 63,5 % des sujets référés ont pris un rendez-vous au CEA et 66,7 % de ceux-ci se sont présentés au rendez-vous fixé. Dans l'ensemble, 42,4 % des sujets référés ont donc bénéficié des services éducatifs des CEA ; cette proportion demeure relativement stable sur une période d'observation de 10 mois. Les références en provenance des urgences et des unités de soins représentent 62,3 % du volume total de références reçues par les CEA de janvier à avril 2000. La durée moyenne de délai entre le moment de la référence et la date du rendez-vous est de 32,6 jours et la médiane de 27 jours ; plus particulièrement, 26,2 % des sujets ont des délais de 43 jours et plus. **La qualité des soins et des services** : La formation prévue pour améliorer les connaissances sur l'asthme et son traitement dispensée dans tous les cas (complète ou partielle) a entraîné une amélioration significative des connaissances chez les professionnels rejoints et a rapidement été suivie d'une augmentation substantielle des références aux CEA. En favorisant les références aux CEA, le programme a

	Projet 37 **Projet d'éducation des personnes asthmatiques consultants à l'urgence ou étant hospitalisées,** **Réseau québécois d'enseignement sur l'asthme (RQTA)**
	donc des effets positifs sur la qualité des soins aux patients asthmatiques qui consultent à l'urgence. L'évaluation ne permet toutefois pas d'apprécier les effets de l'amélioration des connaissances des professionnels sur la qualité même des soins offerts aux patients lors de leur séjour à l'urgence. Les résultats supportent l'hypothèse que cette augmentation de la référence aux CEA est directement liée à la formation dispensée aux professionnels des urgences et des unités de soins, et que l'effet obtenu se maintient dans le temps. En ce sens, l'implantation du programme dans les hôpitaux " expérimentaux " améliore l'intégration des services de première et de deuxième ligne, et favorise une meilleure utilisation des ressources pour répondre aux besoins des personnes asthmatiques. L'**accès aux soins et services** : Près de la moitié (48 %) des sujets référés aux CEA avaient consulté au moins deux fois à l'urgence pour asthme au cours des douze derniers mois. Ces résultats suggèrent donc que la référence, bien que non systématique et variant selon différents facteurs (ex. : l'achalandage de l'urgence), est plus fréquente chez les sujets les plus à risque et les plus difficilement rejoints par les CEA, soit ceux ayant consulté plus d'une fois à l'urgence pour asthme au cours de l'année. La **santé de la population visée** : Des impacts sur la santé de la population visée ne pourront être détectés qu'à plus long terme, et ceci, en autant que la fréquence de références se maintienne, ou encore, augmente. La **rentabilité** des services : Il est peu probable que le programme ait des impacts détectables à court terme sur le volume total de visites à l'urgence pour cause d'asthme dans les hôpitaux où il a été implanté.
6. POTENTIEL DE GÉNÉRALISATION	
6.1 Pérennité	Une fois le projet terminé et les infirmières responsables retournées à leurs fonctions antérieures, il est prévu que la continuité du programme soit assurée par les responsables des CEA, soutenus par les membres des comités de suivi mis en place dans chaque établissement. Or, non seulement les responsables des CEA n'ont pas été recrutés sur cette base, mais leur capacité effective d'intervention dans l'établissement hospitalier peut être variable. Quant au comité de suivi, il fonctionne sur la base du volontariat et ne dispose pas nécessairement des moyens financiers ou du pouvoir d'influence requis pour mener à bien les opérations qui pourraient être nécessaires. Enfin, aucun mécanisme n'est prévu pour assurer la coordination et l'intégration des interventions éducatives à l'échelle provinciale. Cette intégration est importante pour la cohérence des approches et des " messages " et la production des effets de population souhaités.
6.2 Conditions nécessaires	Dans ce contexte, il est souhaitable : a) que le programme soit intégré aux activités du Réseau québécois d'enseignement sur l'asthme, qui pourra en faire la promotion à l'échelle du Québec, assurer les liens avec les responsables dans chaque milieu hospitalier, fournir le soutien et les outils nécessaires (matériel pédagogique, outils de référence, ou autres), s'assurer de la fonctionnalité des comités de suivi dans chaque établissement de même que de la capacité d'accueil des CEA ; b) d'identifier clairement une personne responsable de la promotion du programme dans l'établissement, de la mise à jour des connaissances des professionnels dans une perspective de formation continue, de même que des liens avec les CEA ; c) que cette personne soit imputable au comité de suivi. Les coûts pour la libération de cette personne (salaire, autres frais) devraient être assumés par l'établissement qui en retire les bénéfices (réduction de la fréquence des visites à l'urgence pour asthme). Avant de procéder à l'implantation du programme dans les milieux hospitaliers intéressés, quatre grandes conditions doivent être présentes dans l'environnement, soit : a) la fonctionnalité des CEA et la capacité d'accueillir les nouveaux patients susceptibles d'être référés par l'urgence ; b) l'appui des directions hospitalières concernées et la ferme volonté de soutenir concrètement l'implantation du

	Projet 37 **Projet d'éducation des personnes asthmatiques consultants à l'urgence ou étant hospitalisées,** **Réseau québécois d'enseignement sur l'asthme (RQTA)**
	programme ; c) le soutien formel des médecins et l'appui inconditionnel aux professionnels de l'urgence ou des unités de soins qui feront la référence. Plus particulièrement, si la clientèle pédiatrique est importante, il sera important de prévoir des stratégies pour convaincre les autorités médicales du bien-fondé du programme et minimiser les craintes et les résistances probables face à la référence des enfants asthmatiques aux CEA ; d) la collaboration interprofessionnelle, particulièrement entre les infirmières et les inhalothérapeutes. Pour faciliter l'implantation et le bon fonctionnement subséquent du programme, il importera enfin : a) que le centre hospitalier désigne formellement une personne responsable qui ait non seulement les capacités professionnelles requises, mais aussi l'influence, la crédibilité et l'autorité nécessaires pour agir à titre de promoteur du programme auprès des différentes autorités et des groupes professionnels concernés dans l'hôpital et au CEA, et que cette personne soit imputable devant la direction et le comité de suivi ; b) de prévoir des activités de formation continue plutôt que ponctuelle ; c) de rendre le comité de suivi imputable de la bonne marche du programme devant les autorités hospitalières et d'assurer la participation, à titre de membres permanents, d'au moins un représentant de chaque corps professionnel concerné, soit un médecin, une infirmière, une inhalothérapeute, de même qu'un représentant des CEA impliqués ; d) enfin, comme ce programme vise à modifier les façons habituelles de faire, il importe de prévoir une période suffisante de temps pour assurer : la présence des conditions favorables dans l'environnement ; le développement de nouvelles formes de collaboration interprofessionnelle et interorganisationnelle ; l'intégration des nouvelles pratiques jugées souhaitables. Pour que le programme puisse produire les impacts souhaités sur la santé de la population et sur les urgences hospitalières, il importe maintenant de mettre en place les conditions nécessaires pour en assurer la continuité dans les hôpitaux où il est déjà implanté, et en favoriser l'implantation dans d'autres où le volume de visites à l'urgence pour asthme est élevé. De nouvelles études seraient nécessaires, d'abord pour connaître les motifs de non-participation des personnes référées aux CEA et développer de nouvelles stratégies pour améliorer la performance du programme, ensuite pour apprécier les effets à long terme du programme sur la santé de la population et l'utilisation des services d'urgence, et identifier les conditions pour en maximiser l'efficacité.
6.3 Avantages généralisation	Les résultats démontrent la faisabilité et l'efficacité d'une intervention qui vise à augmenter l'accessibilité des CEA pour les clientèles plus à risque et difficilement rejointes qui consultent à l'urgence. Le programme implanté a des effets directement observables sur la fréquence de références aux CEA des personnes asthmatiques qui consultent à l'urgence pour asthme. En ce sens, il contribue à une meilleure intégration et une meilleure utilisation des services de première et de deuxième ligne, augmente l'accessibilité des ressources éducatives pour les clientèles les plus à risque dont l'asthme est mal maîtrisé et qui consultent à l'urgence, et contribue ainsi à améliorer la qualité des soins et services offerts aux personnes asthmatiques. La généralisation de ce programme paraît souhaitable.

	Projet 38 **Une véritable démarche pour répondre aux besoins de soins à domicile des autochtones vivant en milieu urbain, tout le Québec**
1. CLIENTÈLE VISÉE	Autochtones vivant en milieux urbains
2. BUDGET ALLOUÉ	133 245 $ provenant de l'enveloppe nationale du FASS Type de projet : évaluation (élaboration d'un modèle de service)
3. CONTEXTE D'ÉMERGENCE	
3.1 Pourquoi le changement	Malgré leurs nombreux besoins de services de santé qui leur permettrait d'atteindre un niveau de santé et de bien-être comparable au reste de la population, très peu de services culturellement spécifiques sont offerts aux populations autochtones vivant hors réserve (qui sont désormais plus nombreux que ceux vivant à l'intérieur d'une réserve).
3.2 Principales caractéristiques	Le projet propose, à partir d'une revue de la littérature de développer un modèle de services à domicile culturellement adapté aux populations autochtones vivant hors réserve. On procède à une validation et à des ajustements au modèle élaboré, mais le projet ne vise pas son implantation.
3.3 Objectifs de l'évaluation	Il ne s'agit pas d'une évaluation, mais essentiellement d'un exercice théorique. Aucune mise à l'essai.
4. PROCESSUS DE MISE EN ŒUVRE	
4.1 Modalités	Aucune mise en oeuvre
4.2 Enjeux ou défis posés par l'innovation	Augmenter la connaissance des populations autochtones sur les services disponibles hors réserve. Les impliquer dans toutes les facettes des services de santé (définition et prestation) et dans le développement de services à domicile.
4.3 Conditions favorables ou facilitantes	N/A
4.4 Obstacles	N/A
5. BILAN DE L'EXPÉRIMENTATION	
5.1 Résultats	Aucune expérimentation ni application d'un modèle ne fait partie de ce projet. Il s'agissait plutôt de définir un modèle à partir d'une revue de la littérature et d'une validation auprès de groupes de femmes autochtones vivant hors réserve. Le projet aboutit à une série de recommandations concernant les engagements que les gouvernements fédéral et provincial devraient prendre.
6. POTENTIEL DE GÉNÉRALISATION	
6.1 Pérennité	N/A
6.2 Avantage généralisation	N/A
6.3 Conditions nécessaires	N/A

	Projet 39 **La sécurité des patients avec démence vivant à domicile**
1. CLIENTÈLE VISÉE	Personnes de 65 ans et plus atteintes de démence et vivant à domicile.
2. BUDGET ALLOUÉ	163 631 $ (enveloppe nationale) Type de projet : intervention, évaluation (validation d'instrument)
3. CONTEXTE D'ÉMERGENCE	
3.1 Pourquoi le changement	La prévalence de la démence chez les personnes de 65 ans et plus est de 80 par 1000 de population au Canada et de 52 par 1000 au Québec chez les personnes âgées vivant dans la communauté ; 29% d'entre eux vivant seuls à domicile. La maladie a des effets néfastes sur le comportement non sécuritaire de ces personnes. Dans le courant de la réforme des services de santé et des services sociaux, de plus en plus de personnes atteintes de démence reçoivent des soins à domicile ; un des problèmes les plus pressants est donc celui de la sécurité de ces personnes car la nature même de la maladie les rend plus fragiles et à risques d'accidents dont : brûlures, incendies, chutes, fugues, malnutrition, utilisation non appropriée de leur médication. Quoique les risques liés à plusieurs comportements non sécuritaires des personnes atteintes de démence soient flagrants et inquiétants pour les familles et les intervenants, peu d'information et de support technique étaient disponibles sur ce sujet et les aidants étaient mal outillés pour faire face à ces situations complexes et stressantes.
3.2 Principales caractéristiques	Développement et validation d'une grille évaluant la sécurité des patients avec démence et vivant à domicile.
3.3 Objectifs de l'évaluation	Il ne s'agit pas d'une évaluation.
4. PROCESSUS DE MISE EN ŒUVRE	
4.1 Modalités de mise en oeuvre	L 'étude s'est déroulée dans trois provinces : le Québec, l'Alberta et la Colombie-Britannique.
4.2 Enjeux ou défis posés par l'innovation	N/A
4.3 Conditions favorables ou facilitantes	N/A
4.4 Obstacles	N/A
5. BILAN DE L'EXPÉRIMENTATION	
5.1 Résultats	Les résultats démontrent une bonne fidélité inter-juges et test-retest pour les questions conservées dans la grille suivant des études de cohérence interne des items et de corrélation avec les résultats aux autres instruments utilisés. La grille est produite en deux versions : une courte pour le dépistage des risques et une version longue pour une évaluation plus en profondeur, les deux validées en français et en anglais.
6. POTENTIEL DE GÉNÉRALISATION	
6.1 Pérennité	La grille sera mise à la disposition des cliniciens et chercheurs gratuitement et ils pourront simplement l'imprimer à partir du site internet du CLSC Côte-des-Neiges.

	Projet 39 **La sécurité des patients avec démence vivant à domicile**
	L'enquête auprès des intervenants de la santé qui ont référé les sujets permet de croire que ceux-ci affichent une satisfaction réelle et une volonté de l'utiliser à divers niveaux pour améliorer les services, les communications entre professionnels et institutions et la qualité de vie des aidants naturels.
6.2 Conditions nécessaires	Aucune information à ce sujet.
6.3 Avantages généralisation	Puisqu'elle a été validée dans les deux langues officielles et dans des milieux variés de trois provinces, cette grille de sécurité peut être utilisée avec confiance auprès des personnes atteintes de démence et vivant à domicile dans toutes les provinces du Canada. Dans la mesure où un milieu plus sécuritaire serait un premier pas dans une démarche de réduction des accidents, il pourrait entraîner une réduction des coûts de la santé liés aux soins donnés aux personnes atteintes de démence.

	Projet 40 **Élaboration d'outils de dépistage et d'évaluation auprès des aidantes**
1. CLIENTÈLE VISÉE	Aidantes de 5 CLSC du Québec et de trois organismes en Nouvelle-Écosse.
2. BUDGET ALLOUÉ	389 100$ Type de projet : intervention, évaluation (élaboration et validation d'outils)
3. CONTEXTE D'ÉMERGENCE	
3.1 Pourquoi le changement	Toutes les études montrent clairement que le "community care" est essentiellement du "family care" et qu'il provient la plupart du temps d'une femme. 85 à 90% des soins aux personnes âgées provient de la famille et 70-80% des prestataires de soins sont des femmes. La recherche montre que ce transfert des responsabilités du domaine public vers le privé ne fut pas accompagné par un plan de soutien aux aidants qui se trouvent souvent (les études le montrent) en manque de soutien, de répit, d'information et d'advocacy. Pour les professionnels de la santé, leur rôle est ambigu ; parfois on les considère comme des partenaires, parfois comme des co-clients, parfois comme des ressources à mobiliser et éduquer. On reconnaît facilement que sans eux il serait impossible de maintenir les personnes qui reçoivent les soins dans la communauté. Les soins de santé se déplacent de plus en plus des institutions vers d'autres milieux communautaires, ce qui accroît le rôle joué par les prestataires de soins familiaux et bénévoles. Alors que les besoins de la clientèle de soins à domicile sont étudiés, ceux des personnes soignantes le sont rarement. The need to develop such tools was identified by both the researcher and practice partners of the research team as a result of their analysis of caregivers' lack of formal status within the health care system and how this translated into the difficulty, and even the impossibility, for the formal system to respond to their well-documented needs.
3.2 Principales caractéristiques	Ce projet vise le développement d'outils d'évaluation et d'intervention pour les personnes qui assument principalement les soins d'un membre dépendant de la famille. Ils visent à tenir compte de la réalité de ces personnes, de leur condition et du contexte dans lequel ils offrent les soins et qui les considère comme des partenaires tout en tenant compte de leurs besoins. L'outil de sélection servira à déterminer les situations présentant des risques élevés pour les soignants et rendra possible une intervention rapide auprès de ces personnes. Quant à l'outil d'évaluation, il servira à évaluer le degré de contribution potentielle des soignants et des conditions dans lesquelles ils peuvent l'apporter.
3.3 Objectifs de l'évaluation	1) To develop a screening and an assessment tool for assessing the context, the conditions and the needs of family caregivers; 2) to test and evaluate these tools in CLSCs in Quebec and in home care agencies in Nova Scotia.
4. PROCESSUS DE MISE EN ŒUVRE	
4.1 Modalités de mise en oeuvre	Un comité de pilotage formé de chercheurs et d'intervenants de trois provinces (Québec, Nouvelle-Écosse et Ontario) est supporté par un comité consultatif composé de praticiens et d'aidants. Les items de l'outil seront générés par 1) la recension de la littérature, 2) des focus groups auprès d'aidants et 3) auprès d'intervenants des soins à domicile, développés dans les trois provinces simultanément. Il sera validé dans 5 CLSC du Québec et trois organismes des deux autres provinces. La validation de l'outil de dépistage utiliserait l'Alpha de Cronbach pour mesurer le degré de concordance avec le Burden Inventory Screen (Rankin et al.). L'outil d'évaluation sera validé par des tests inter-juges. Après la validation, on formulera des recommandations pour le développement d'un modèle d'intervention. Introducing new tools aimed at caregivers into the daily practice of already overburdened home care assessors and service providers is a major challenge. Four main strategies were developed: 1) compensating the agencies for the workers' time. Several administrators, indicated that this honorarium had been key in their ability to ensure participation of their agency; 2) proposing that worker participation in the project be totally voluntary so as to overcome potential resistance in being involved in the project; 3) offering a certain level of flexibility in the research protocol to take into account the realities of agency-based research. Because the research was implemented in real-life and not test conditions, we had to adapt to a number of unforseen circumstances. Administrators in four of the eight participating agencies stated that the project had arrived at a bad moment or in a difficult organisational context due to restructuring, unanticipated increased

	service demands or a generally high level of fatigue on the part of the staff; 4) getting practitioners to buy into the research by choosing agencies which were already open to caregiver issues.
4.2 Enjeux ou défis posés par l'innovation	Aucune information à ce sujet.
4.3 Conditions favorables ou facilitantes	It should be pointed out that the assessors were in their natural setting but constrained to operate as part of a research team with a specific and rigorous manner of doing the assessment. If the tool were to be integrated into daily home care assessment practice there would be more possibility of adapting it to specific situations, and in particular to conducting it over more than one visit.
4.4 Obstacles	One particular site as a whole had a generally negative reaction to the tool (on ne sait pas s'il s'agit d'un site québécois ou néo-écossais). Even at the end of the project no one on this team felt comfortable with using the tool. Reasons for discomfort varied from the tool being too detailed, too repetitious and annoying, to the fact that within an hour using your interview and assessment skills you should be able to get the same information, indicating that there was no use for the tool. Workers were not always able to modify their service plans in line with the results of the assessments, despite a clear identification of need because of the limited resources available to them. Thus, at the same time that workers became aware of the needs of caregivers, they also became aware of the lack of agency or community services and resources with which to meet these needs. The connection between identifying need and responding was agreed to in principle, yet would only lead to intervention should services become available. Many workers were so frustrated by this situation they were almost motivated to set up community resources by themselves. Two major concerns in relation to adaptability however include difficulties in comprehension for persons with little schooling, and the comprehension of persons for whom neither French nor English is their first language. Workers felt that simplified terminology would address these two concerns with recommendations for word changes. There was a strong message of awareness and several examples of the impact on practice, however workers indicated that impacts and modifications were subject to policy constraints. These constraints included time restraints, policies which do not recognise the caregiver and a lack of resources. Workers said despite new understanding and time they had with caregivers, they are always constrained by policy. So as long as they do not have the time and resources to do this kind of evaluation, they cannot do it.
5. BILAN DE L'EXPÉRIMENTATION	
5.1 Résultats	**1.1.1 In the case of this research, the results are the tools themselves, the analysis of their validation and the transferability of the implementation process.** *1.1.2 Screening tool:* **1.1.3 Internal consistency: The internal consistency of the screening tool is very strong. The Alpha Cronbach measure calculated for the 12 items is 0.88: all of the correlations are high and the Alphas significant showing a good match between the validation instrument and the screening tool.** Unfortunately because this is a new tool and we only had a small number of valid participants in the study (76), we were unable to note a specific point which would denote caregivers who are at risk to their general physical and mental well being. In focus groups with intake workers and in the validation study, the following evaluative elements emerged: 1) screeners were able to gain precise self-reported perceptions of the caregivers concerns and levels of distress, they particularly noted the importance of questions relating to depression and strain on family relationships; 2) the tool focuses on caregivers and their situation and thus will help practitioners to prioritise those at risk, which should improve access to services for caregivers and facilitate giving appropriate help. Workers in some agencies in Quebec found it very difficult to use the screening tool during the testing phase because of the organisation of their intake

process, leading us to conclude that efforts need to be made to organise their intake procedures in a such way that caregivers can be screened for risk since this would better target interventions; 3) the tool standardises and objectives screened appreciation of caregiver situations and targets caregivers at risk; 4) the tool works for a variety of caregiver situations.

Asssessment tool :

The results of the inter-rater reliability and internal consistency tests suggest that, for the most part, this comprehensive tool is a valid and reliable instrument to understand caregivers' needs and situations.

The assessment tool was able to both achieve its functional aims of identifying key concerns and at the same time had a positive impact assessors and caregivers. The tool changed assessors' attitudes, and occasionally their practice with caregivers, while for caregivers, noted by both assessors and administrators, the tool gave them recognition and validated their concerns and everyday efforts.

According to assessors, the research process resulted in an increased understanding/awareness of the concrete reality of what it means to be a caregiver on a daily basis. Repeatedly throughout the research sites, workers discussed their shock or surprise upon discovering the widespread difficulties faced by caregivers and that for many caregiving was not a choice. In this sense, the project gave workers access to the meanings and everyday realities behind the facts of caregiving and gave them a different perspective on caregiver concerns. Workers indicated that probably over time they would get similar information, but it would take them much longer to do so. However, this appreciation is mitigated by the fact that many assessors found the tool to be very long and the average evaluation took 90 minutes, as noted in their written comments.

Thus, despite the one site which had difficulty adjusting to the tool, we can conclude that, in general, the assessment tool has great potential for improving the quality of services to caregivers, and indirectly, to care recipients.
It was evident through discussions with assessors and administrators that participation in this research project had several impacts on practice and raised, in a dramatic way, the current lack of access caregivers have to evaluations and services. The assessment tool aided caregivers, practitioners and administrators alike to identify the quasi-absence of resources aimed at modifying caregivers' situations and those services and resources which would be essential to develop to meet the needs of caregivers.

1.1.3.1 The first way the tool is relevant to agency practice is that it legitimises giving time to caregivers to hear their stories. This is relevant because it provides room for a new perspective within service provision and the larger context of policies related to families, and it legitimises caregivers to identify their own needs as distinct from those of the person they are caring for.

Indeed of the 168 caregivers assessed, 60% reported that this was the first opportunity they had to discuss their situation and their comments suggest that it was meaningful experience for them.

1.1.3.2 Going through the process of assessing and documenting caregiver issues helped workers to understand why the caregiver is burnt out, determine appropriate services and provide a rationale for intervention.

There were several unanticipated positive outcomes of the project. First, we were surpised to what extent participating practitioners and supervisors felt their participation was perceived as a form of training. Many spoke of how they had been privileged to be part of the project because they are now better trained on caregiver issues. Second, we had not forseen the impact the assessment tool would have on current practice given the research nature of the project and the stipulation that information gathered during this process should not impact on service delivery. However, the testing of the assessment tool enabled a majority of participating practitioners to identify problematic situations which required immediate intervention but which otherwise might have gone unrecognised. Finally, we were unprepared for the overwhelming interest shown by the majority of agencies and researchers contacted during Phase I and which continued throughout the life of the project.

	Projet 40 **Élaboration d'outils de dépistage et d'évaluation auprès des aidantes**
6. POTENTIEL DE GÉNÉRALISATION	
6.1 Pérennité	Aucune information à ce sujet.
6.2 Conditions nécessaires	Actively including stakeholders from conception to evaluation ***1.1.3.3 Assuring standardisation*** 1.1.3.3.1 Workers discussed the dilemma of knowing. Workers felt guilty and frustrated that they were aware of unmet needs but not able to intervene because there are so few services and resources available for caregivers. In fact one site refused to use the tool in the future if resources and services were not available. For many, the discussion may be described as the 'ethics of knowing'. After participation in this project the workers know that there is a need for caregiver services, however, they do not have any services to offer. Lessons which we learned for successful implementation of agency-based research leading to successful outcomes are : 1) the necessity of frequent interaction between team members to ensure a common understanding of all the aspects of the project; 2) the importance that agency-based research be properly implemented including a clear presentation of the roles and responsibilities of the research team, the agency and the workers; stipends to free staff and the assurance that staff participation is voluntary; 3) the importance of ensuring the conditions necessary to facilitate caregiver participation such as providing respite; 4) the importance of learning the culture of the agency and its workers before attempting to introduce the research and adapting the protocol in line with this culture; 5) the importance of offering on-going, regular and accessible support and supervision to practician-researchers; 6) the importance of ensuring on-going contact with agency administrators; 7) the importance of developing user-friendly material which acts as a support to practitioner-researchers; 8) the importance of helping workers work through the ethical dilemmas posed by the research. Given the implications of implementing screening and assessment tools, in particular in terms of the financial and human resources involved, it is clear that the shift to conceptualising caregivers as potential clients and/or partners of home care services must be an agency priority at all levels. Given potential worker resistance to added responsibilities and in particular additional screening and assessment tools to administer, in-take workers, assessors, and front-line practitioners must be consulted and included in all implementation decisions from the outset. Practitioners will have to be trained in line with the new orientations developed by the agency resulting from the new conception of caregivers and their relation to home care services. Practitioners will need to modify their practice or elements of their practice and thus will require training on caregivers' situations and issues and practice skills for meeting the needs of caregivers. As well, they will have to be trained in the use of the tools and given on-going supervision to ensure standardisation of the interpretation of the scoring codes. Perhaps the most delicate issue with regard to the future implementation of the tools is that they will, in the short-run at least, require a financial investment from government, both in terms of the additional human resources needed to support this new group of potential clients and in terms of developing the services and resources which caregivers need in order to maintain their responsibilities without undue negative effects to their own well-being.
6.3 Avantages généralisation	We can conclude that this is a valid instrument which can predict caregivers at risk for their physical and mental health on a broader level than other instruments which usually are very long or measure only one or two specific dimensions of risk, such as depression At this time, there exist only token policy and program efforts at both the national and provincial levels including taxation policies and volunteer support, with little emphasis on the role of public services with regard to caregivers. This clearly indicates the need for the development of programs and services addressing caregiver needs. By identifying the underlying causes of caregiver burden and distress, the tools created by this project can provide the information necessary to develop specific programs and services which will ensure caregiver well-being. Their well-being must be of equal priority in the health-care system as the well-being of the disabled persons they

| | care for. The contribution of the tools is that they enable practitioners and program developers to have a comprehensive understanding of caregivers' situations.

Based on our findings, we would question the idea that we can continue to automatically assume caregiver involvement at the level that policy does today without seriously compromising those people's well-being. Caregivers must be specifically named in health-care and home care policies and they must be targeted as having specific needs for ensuring their well-being. |

Santé
et Services sociaux
Québec

01-713-01