



RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE MONTRÉAL-CENTRE

*Rapport annuel 2000
sur la santé de la population*

Impact de la transformation du réseau montréalais sur la santé



**DIRECTION
DE LA SANTÉ
PUBLIQUE**

*Garder notre
monde en santé*

*Rapport annuel 2000
sur la santé de la population*

Impact de la transformation du réseau montréalais sur la santé



Une publication de la
Direction de la santé publique
Régie régionale de la santé et des services sociaux
de Montréal-Centre
1301, rue Sherbrooke Est, Montréal (Québec) H2L 1M3
Téléphone : (514) 528-2400
<http://www.santepub-mtl.qc.ca>

English version
available upon request

© **Direction de la santé publique**
Régie régionale de la santé et des services sociaux
de Montréal-Centre (2000)

Dépôt légal : 4^e trimestre 2000
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN : 2-89494-263-X

Avant-propos

L'information est une donnée critique pour décider ce qui doit être fait. L'action, elle, est essentielle au changement et à l'évolution de la société. Mais une action qui ne prend pas correctement en compte ce qui marche et ce qui ne marche pas risque de ne pas être utile, elle peut même être nuisible.

C'est avec cette perspective en tête que nous avons préparé ce troisième rapport annuel sur la santé de la population. Nous y faisons le point sur cinq années de transformation* du système de santé montréalais survenues dans un contexte de réductions budgétaires importantes. Nous avons focalisé notre attention sur la santé de la population et sur l'impact qu'ont pu avoir les changements effectués sur ce qui constitue à nos yeux l'enjeu le plus fondamental pour le système de santé, la santé des gens de notre collectivité.

Notre rapport porte sur les politiques de santé à l'échelle de la région. Les analyses effectuées s'intéressent à l'activité du réseau considéré comme un système, et non pas sur les organisations particulières qui le composent, encore moins sur les praticiens individuels qui y exercent.

Le rapport s'adresse à tous ceux qui, de facto, façonnent les politiques de santé : les élus et les dirigeants du système de santé, les organisations et organismes qui le composent, les professionnels qui y œuvrent et les citoyens qui en sont à la fois les actionnaires et les clients.

Nous espérons que la publication de ce rapport saura influencer positivement leurs échanges de manière à consolider les acquis de la réforme, revoir les zones de fragilité identifiées et favoriser une meilleure adéquation des services par rapport aux besoins de santé de la population.

Le directeur de la santé publique,



Richard Lessard, M.D.

« Karl Marx affirmait qu'il était moins important de comprendre le monde que de le changer. Il se trompait du tout au tout, le pauvre. En réalité, il est essentiel de ne pas trop changer le monde avant d'être bien sûr de l'avoir suffisamment compris. »

Malcolm Bradbury ¹

* Les mots réforme, réorganisation, transformation et restructuration sont utilisés indifféremment dans le rapport pour refléter la même réalité, c'est-à-dire celle vécue dans la foulée de l'adoption, par le conseil d'administration de la Régie régionale de Montréal-Centre, des plans « L'atteinte d'un nouvel équilibre » pour la période 1995-1998 et « Le défi de l'accès » pour la période 1998-2002.

Résumé

La réforme de la santé fait l'objet de débats publics depuis la fin des années 1990, au moment où s'est prise la décision de fermer ou de fusionner divers établissements au Québec. À Montréal, les changements rapides et marqués ont soulevé de l'inquiétude dans le public et les milieux concernés. Mais quel a été l'impact véritable sur la santé des transformations du réseau montréalais ? C'est à cette question que tente de répondre le troisième rapport annuel du directeur de la santé publique.

Pour ce faire, les professionnels de la Direction ont développé, en concertation avec les cliniciens, un ensemble d'indicateurs pour monitorer un certain nombre de situations potentiellement problématiques, pour repérer tout phénomène inattendu et pour identifier les questions méritant une évaluation plus approfondie. Parallèlement, différentes équipes de chercheurs provenant des milieux universitaires et du réseau de la santé se sont constituées autour de 17 projets de recherche.

Le rapport situe les grands changements apportés au réseau montréalais de la santé et des services sociaux depuis 1995. Comme on peut s'y attendre dans tout projet de cette envergure, plusieurs objectifs de transformation ont été largement atteints, d'autres l'ont été partiellement, d'autres enfin attendent toujours d'être concrétisés.

Au delà du plan initial de la réforme, les travaux ont mis en lumière l'impact substantiel du programme de départs volontaires qui a connu, comme on le sait, un « succès inespéré ». Parmi les aspects positifs, soulignons les résultats appréciables en matière de maintien à domicile, jumelés aux progrès marqués dans les ententes inter-institutionnelles pour les soins post-hospitaliers. L'accès aux services d'hébergement a lui aussi fait un progrès notable.

Toutefois on a assisté non seulement à une diminution du nombre d'hospitalisations mais aussi, contrairement à ce que l'on souhaitait, à une baisse de l'activité en soins d'un jour. Cependant, la réduction souhaitée du nombre de personnes sur les listes d'attente et de la durée n'a vraisemblablement pas atteint le niveau espéré. Concernant la 1^{re} ligne, le rapprochement souhaité entre les cliniques médicales privées et les équipes multidisciplinaires des CLSC tarde à se réaliser. Quant aux services préventifs, on a plutôt constaté une diminution nette des heures travaillées à des services de promotion de la santé et de prévention dans les CLSC.

Le rapport présente aussi les principaux résultats de recherche sur la performance du système. Les auteurs y soulignent les faits qui semblent correspondre à de bonnes nouvelles, d'autres qui semblent, au contraire, préoccupants, et d'autres, enfin, qui soulèvent des incertitudes critiques auxquelles il faudra répondre pour être en mesure d'orienter les prochaines étapes de la transformation.

Parmi les bonnes nouvelles, des transformations notables sont survenues sans entraîner d'effets détectables sur la mortalité. Soulignons même qu'une réduction de la mortalité et de la morbidité a été notée quand le virage ambulatoire s'est doublé de l'introduction d'interventions efficaces. La performance du système s'est globalement améliorée au chapitre des hospitalisations évitables. Les transformations ont suscité un recours accru aux interventions pertinentes, ainsi qu'une diminution correspondante des interventions discrétionnaires. Elles ont par ailleurs favorisé l'émergence d'innovations, comme Info-Santé CLSC ou le programme SIPA, qui ont déjà un impact favorable sur la performance.

Parmi les zones de préoccupation, les travaux de monitoring ont mis en lumière une augmentation marquée des taux de réadmission après accouchement. Ils ont aussi mis en évidence une augmentation nette du taux des admissions associées à une complication par suite de soins hospitaliers d'un jour. De toute évidence, la réduction des ressources a diminué la capacité des établissements, celle des centres hospitaliers notamment, à absorber les périodes d'activité de pointe, surtout au chapitre des urgences.

Certaines dimensions méritent d'être approfondies. Parmi celles-ci, la prise en compte dans le processus décisionnel de la santé et de la sécurité du personnel soignant. Pour ce qui est d'une meilleure intégration entre les constituantes du réseau, il demeure un certain nombre d'incertitudes qu'il faudra régler pour poursuivre les efforts de transformation. En outre, les données recueillies auprès du public et des professionnels suggèrent que la stratégie de communication n'a pu assurer une pénétration et une appropriation suffisante des objectifs de la transformation préconisés par les dirigeants du réseau.

Pour les auteurs du rapport, la transformation demeure toutefois inachevée. Déjà le rapport annuel 1999 soulignait l'importance de cibler les bons objectifs, qu'il s'agisse de **prévenir**, de **guérir** ou de **soigner**. L'expérience démontre que l'accroissement des exigences liées aux objectifs de guérir et soigner peut mener à une réduction de l'intensité des activités de prévention. Maintenir l'équilibre entre ces trois objectifs sera un défi d'autant plus exigeant qu'il faudra composer, au cours des prochaines décennies, avec des changements majeurs sur les fronts socio-démographique, épidémiologique et technologique. C'est pourquoi ils soumettent aux décideurs, qu'il soit praticiens, administrateurs, élus ou citoyens, certains éléments de réflexion que leur inspire l'interprétation des résultats de l'évaluation en vue de la poursuite de la réforme.

Table des matières

Contexte	8
I. Une transformation substantielle du partage des ressources	10
Un réseau complexe	12
Un engagement à suivre la transformation	13
La progression vers un nouvel équilibre	14
Les transferts budgétaires prévus se sont-ils bien réalisés?	14
Comment les compressions budgétaires ont-elles affecté l'activité des hôpitaux?	14
Y a-t-il eu réel accroissement des services aux personnes âgées à l'extérieur de l'hôpital?	16
Qu'en est-il des services médicaux de 1 ^{re} ligne?	19
Les services préventifs se sont-ils améliorés?	20
A-t-on amélioré les services aux jeunes?	21
Et les services aux personnes atteintes de déficience intellectuelle et de troubles mentaux?	23
Les changements ont-ils affecté les ressources professionnelles?	24
Des systèmes d'information interactifs en appui à un réseau interactif	25
Faire mieux avec moins de ressources	25
2. La réforme : son impact sur la performance du système	28
Quels enseignements tirer de l'évaluation de la réforme?	30
Les bonnes nouvelles	30
Des situations évitées grâce à des services efficaces	31
Un virage ambulatoire bien réel, des choix plus pertinents	31
Une rationalisation équitable dans l'ensemble	32
Des taux de réadmission stables, des gains sur les maladies du cœur	34
Le réforme, un creuset favorable à l'innovation	35

Des zones de préoccupation	37
Les services mère-enfant	37
L'accès déficient aux services de base pour les personnes âgées en perte d'autonomie	38
Une première ligne « poreuse »	38
Hausse des complications à la suite de soins hospitaliers d'un jour	39
Réduction de la durée de séjour : l'impact sur les personnes et leurs proches	40
Hausse du taux d'appendicite avec perforation	41
Les maladies respiratoires : un traitement optimal?	42
Des salles d'urgence dans une zone de turbulence	42
La prévention à risque	43
Les services à la jeunesse : sur la voie de la collaboration?	44
Des zones d'incertitude critique	47
Des ressources humaines malmenées	47
L'intégration des services, le nerf de la guerre	48
Un enjeu émergent : la relation entre le volume et la qualité	49
L'érosion de la confiance du public et des professionnels	50
 3. Une transformation inachevée	 52
Cibler les bons objectifs	53
Un système face à de grandes transitions	55
Des réflexions à l'intention des décideurs	57
La décision clinique	57
La décision administrative	58
La décision politique	59
La décision citoyenne	59
Vers un système performant	60
Un rôle de vigie pour la santé publique	61
 Épilogue	 62
Liste des projets et des chercheurs	64
Liste des figures et schémas	66
Notes bibliographiques	68
Remerciements	73

Contexte

*SEPTEMBRE 1997,
un beau matin lumineux
d'automne. Simone
Taillefer, 68 ans, sort de
l'hôpital Reine-Élisabeth
où elle vient de recevoir
des soins pour son diabète.
Satisfaite, comme à
chaque fois qu'elle a
visité l'hôpital au cours
des 10 dernières années,
elle songe à la chance
qu'elle a de pouvoir
avoir accès, à deux pas
de chez elle, à des services
de santé d'une telle qualité
sans avoir à déboursier
un sou.
En rentrant chez elle,
elle apprend par la radio
la nouvelle que son hôpital
va fermer. Renversée
par cette décision aussi
troublante qu'illogique
à ses yeux, elle appelle
Hélène, son amie et
confidente, qui n'en sait
pas davantage. Plusieurs
coups de téléphone plus
tard, c'est la consternation.
Pourquoi une telle déci-
sion? Qui pouvait bien
avoir pris cette décision?
Qu'allait-il se passer?*

La question de la réforme de la santé fait l'objet de débats publics depuis la fin des années 1990, au moment où s'est prise la décision de fermer ou de fusionner divers établissements au Québec. Même si les transformations dans les services de santé étaient amorcées depuis quelques années, les coupes budgétaires importantes, de 1995 à 1998, en ont accentué la cadence et l'ampleur. L'essor des technologies médicales et les nouvelles avenues qu'elles ouvrent ont d'ailleurs contribué puissamment à ce changement.

À Montréal, au Québec, au Canada, comme dans tous les pays industrialisés, on assiste à des changements similaires : diminution du recours à l'hospitalisation, utilisation des services hospitaliers sur une base ambulatoire, mise en place de nouveaux services dans la communauté, plus près de milieux de vie, réduction des dépenses administratives et de soutien, décentralisation administrative, etc.

Les changements connus à Montréal ont été à la fois rapides et marqués pour trois raisons. Tout d'abord, la prépondérance des services institutionnels, qui s'explique par la forte tradition caritative et religieuse des composantes de la collectivité montréalaise. De plus, nous partions de plus loin, beaucoup d'autres villes ayant enclenché leur virage ambulatoire auparavant. Et enfin, un facteur non négligeable, l'adoption de l'objectif Déficit zéro au sommet économique de 1996 : en effet, le budget de la santé et des services sociaux représentant environ le tiers du budget du gouvernement du Québec, les gestionnaires du réseau allaient devoir faire beaucoup, et en très peu de temps.

Dans un tel contexte, la réforme a soulevé des inquiétudes.

Dans le grand public, une majorité considère dorénavant que le système de santé requiert des ajustements profonds. Certains s'inquiètent du moral des professionnels et des médecins, et d'une possible démobilisation. L'énorme « succès » du programme de départ volontaire à la retraite, qui a de loin dépassé les prévisions initiales, vient d'ailleurs appuyer, pour plusieurs, le bien-fondé de ces inquiétudes.

Faut-il conclure à un échec de la transformation et que notre système de santé et de services sociaux public, qui constituait jusqu'à récemment l'une de nos plus belles réalisations collectives, est en chute libre?

Quel a été l'impact véritable des transformations du réseau montréalais? C'est à cette question que veut répondre ce troisième rapport annuel du directeur de la santé publique, sous l'angle de l'impact des changements sur la santé.

Pour ce faire, de par les fonctions confiées au directeur de la santé publique par la loi et conformément au mandat reçu du conseil d'administration de la Régie régionale en 1995, nous rendons public nos travaux de monitoring et de recherche. Nous sommes particulièrement reconnaissants aux chercheurs de la communauté universitaire montréalaise qui ont consenti à partager et à discuter leurs résultats de recherche avec nous même si, dans certains cas, leurs travaux étaient encore en voie d'achèvement.

Au premier chapitre, nous situons les grands changements apportés au réseau montréalais de la santé et des services sociaux depuis 1995. Nous examinons ensuite, au chapitre II, les principaux résultats de recherche documentés sur la performance du système. Nous y soulignons les faits qui nous semblent correspondre à de bonnes nouvelles, d'autres qui nous semblent, au contraire, préoccupants, et d'autres, enfin, qui soulèvent des incertitudes critiques auxquelles il faudra répondre pour être en mesure d'orienter les prochaines étapes de la transformation. En dernier lieu, au chapitre III, nous soumettons certains éléments de réflexion que nous inspire l'interprétation de ces résultats, étant donné les enjeux qui attendent le système de santé au cours des années à venir.

1

Une transformation substantielle du partage des ressources

***I**L FALLAIT, en définitive, avancer simultanément sur trois fronts : celui de la santé et du bien-être de la population, celui de la qualité des services et celui de l'efficience, c'est-à-dire faire mieux et même davantage, malgré la diminution des ressources.*

La Régie régionale, constituée depuis avril 1994 en vertu de loi sur la Santé et les services sociaux du Québec, si elle n'est pas autorisée à fixer le niveau de ressources octroyées à la région de Montréal, a par contre le devoir d'en tirer le meilleur parti possible pour servir la population. D'emblée, la Régie a compris sa mission comme suit : « Maintenir l'équilibre entre les besoins changeants de la population et une offre de services de qualité tout en utilisant, de façon optimale, les ressources (...) accordées par le gouvernement du Québec. »²

Quelques mois à peine après sa mise sur pied, le ministre de la Santé et des services sociaux demandait à la Régie régionale de résoudre une équation à plusieurs inconnues. D'une part, réduire le budget régional annuel de 3,3 à 3,1 MM \$ en trois ans; d'autre part, rétablir un nouvel équilibre au sein du réseau, en misant sur le potentiel des nouvelles approches pour rendre accessibles les services de santé et les services sociaux et pour s'ajuster à l'évolution rapide des besoins.

Afin de trouver une réponse appropriée aux nombreuses questions soulevées par ces demandes, la Régie régionale a mené des audiences publiques. Des 223 mémoires entendus à cette occasion, divers constats sont apparus clairement. D'abord, un réseau en déséquilibre, bâti autour d'un réseau hospitalier plus développé que dans la majorité des villes comparables et de moins en moins adapté pour répondre aux besoins d'une population vieillissante. Le déséquilibre se manifestait à d'autres signes : un grand nombre de personnes âgées en attente de soins, un niveau insuffisant de ressources dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée, des soins à domicile peu développés, des difficultés de coordination, etc. Ces consultations révélaient à nouveau la volonté maintes fois réitérée de renforcer l'action en amont, en déployant les services préventifs et communautaires autour des quatre priorités régionales de promotion de la santé et de prévention de la maladie adoptées au début de 1995.

Il fallait, en définitive, avancer simultanément sur trois fronts : celui de la santé et du bien-être de la population, celui de la qualité des services et celui de l'efficacité, c'est-à-dire faire mieux et même davantage, malgré la diminution des ressources.

MME TAILLEFER vient d'apprendre que l'hôpital Reine-Élisabeth a été débouté devant les tribunaux dans sa demande de remettre en cause la décision du conseil d'administration de la Régie régionale. L'hôpital fermera ses portes sous peu. On dit que les budgets ainsi obtenus vont permettre un réinvestissement dans les services à domicile et les places d'hébergement pour les personnes âgées, de même que pour les services préventifs chez les jeunes. Mme Taillefer l'a bien l'entendu, mais sa déception l'empêche d'y croire tout à fait. Les services de l'hôpital lui convenaient si bien, le personnel était si attentionné.

Un dernier consensus s'est fait sur l'approche à adopter pour résoudre l'équation financière. Ainsi, pour absorber la réduction nette de 190 M \$ sur trois ans, les interlocuteurs du réseau optaient clairement en faveur de compressions ciblées sur un nombre limité d'institutions plutôt que, comme par le passé, des compressions paramétriques identiques pour tous. Par suite de ces consultations, le conseil d'administration optait pour des compressions de 345,6 M \$, soit plus de 10 % du budget total, de manière à réussir la compression demandée par le gouvernement et à réinvestir une somme de 155,6 M \$ en vue de créer les conditions propices au virage ambulatoire.³

Un réseau complexe

Le réseau montréalais de services de santé et de services sociaux, qui représente de facto le premier employeur du Québec, se répartit ainsi : 96 établissements publics avec leur propre conseil d'administration, plusieurs ayant une affiliation universitaire et des fonctions suprarégionales; 46 établissements privés; 29 territoires locaux desservis par autant de Centres locaux de services communautaires (CLSC); deux centres jeunesse organisés en une douzaine de points de services; plusieurs centaines d'organismes communautaires subventionnés; plus de 400 cliniques médicales privées; 1 600 médecins généralistes et plus de 2 000 spécialistes. Ce qui représente un investissement d'un peu plus de 4 MM \$, soit le dixième du budget du gouvernement du Québec. Signalons aussi que l'île de Montréal compte 29 municipalités et 5 commissions scolaires, sans lesquelles tout travail intersectoriel est, bien sûr, impensable.

« C'est pourquoi on peut comparer le réseau à un système politique où s'affrontent idéologies et intérêts divergents, ce que la Commission Rochon en 1988 appelait le système pris en otage. »

Le défi de mieux coordonner une telle « entreprise » est donc de taille. D'autant que chaque organisation du réseau est autonome et que, par le biais de son conseil d'administration, de ses membres ou de ses propriétaires, selon le cas, elle détient le pouvoir de s'autodéterminer, voire de concurrencer les autres organisations pour des ressources de plus en plus rares. C'est pourquoi on peut comparer le réseau à un système politique où s'affrontent idéologies et intérêts divergents, ce que la Commission Rochon en 1988⁴ appelait le « système pris en otage ». D'où d'inévitables tensions à gérer en permanence,

ce qui représente le pari le plus exigeant de la décentralisation, puisqu'il ne faut surtout pas mettre en péril la satisfaction des besoins des citoyens.

Un engagement à suivre la transformation

Le meilleur intérêt des citoyens doit être au cœur de la prise de décision et demeurer l'objet central des préoccupations pour une organisation comme la Régie régionale. C'est pourquoi, d'entrée de jeu, les autorités de la Régie régionale ont adopté une logique d'imputabilité face au public. Cette orientation s'est traduite par une démarche visant à mettre au point des indicateurs assurant le monitoring de la transformation et le repérage des risques potentiels et des situations problématiques. L'équipe professionnelle de la Régie régionale s'est dès lors engagée dans cette démarche, dont l'un des résultats est le tableau de bord soumis périodiquement au conseil d'administration, et qui peut être consulté sur le site web de la Régie régionale.⁵

*« ... les autorités
de la Régie régionale
ont adopté une logique
d'imputabilité
face au public. »*

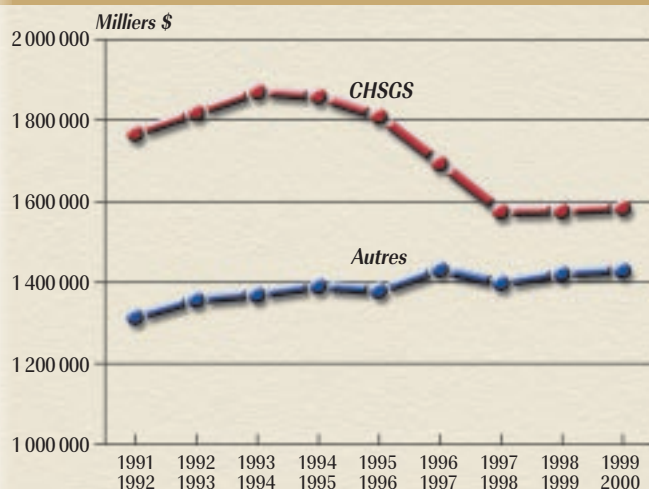
Mais cet engagement ne s'est pas limité à faire le suivi d'un nombre limité d'indicateurs. Tout comme la Direction de la santé publique dans le domaine de la santé, chacune des directions de la Régie régionale a voulu systématiser le suivi d'autres dimensions de la performance. Pour la coordination et l'accessibilité des services, c'est la Direction de la programmation et de la coordination qui en est chargée, pour la satisfaction de la population, c'est la Direction des relations avec la communauté, et pour le suivi des ressources financières et humaines, les directions concernées. Plusieurs des renseignements repris dans ce chapitre sont issus des travaux de nos collègues des autres directions, que nous remercions au passage.

La progression vers un nouvel équilibre

Les transferts budgétaires prévus se sont-ils bien réalisés?

fig. 1

Évolution des budgets des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSCS) et des autres établissements de santé et de services sociaux, Montréal-Centre, 1991-1992 à 1999-2000



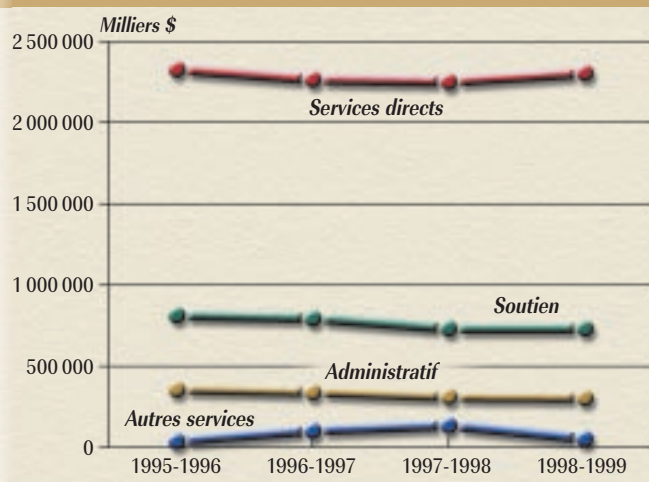
Dans les hôpitaux, les compressions budgétaires ciblées ont été substantielles et elles se sont accompagnées d'une augmentation de près de 10 % du budget pour les autres établissements, et près de 50 % pour les organismes communautaires (figure 1). Mais, à ces diminutions prévues initialement, se sont ajoutées des compressions de 86,6 M \$ dans la foulée de la décision gouvernementale du Déficit zéro.

L'analyse des dépenses des établissements depuis 1995 confirme que le niveau alloué aux services directs pour l'ensemble

des établissements s'est maintenu sensiblement au même niveau (figure 2). Il faut comprendre que la relative stabilité de ces dépenses dissimule la progression des coûts inhérents, dits coûts de système, soit les hausses salariales, les coûts de fonctionnement et autres dépenses incompressibles.

fig. 2

Évolution des coûts directs des établissements de santé et de services sociaux, par catégorie de services, Montréal-Centre, 1995-1996 à 1998-1999



Entre avril 1995 et mars 1998, les dépenses pour les hôpitaux de courte durée ont chuté de 16 % et cette réduction s'est surtout effectuée au chapitre des services administratifs et de soutien.

Comment les compressions budgétaires ont-elles affecté l'activité des hôpitaux?

La réduction des services hospitaliers de courte durée a été très marquée :

- diminution de 2 443 lits de courte durée⁶;
- fermeture de 9 blocs opératoires;

- fermeture de 7 salles d'urgence;
- réduction de la durée moyenne de séjour :
de 8,2 en 1995-1996 à 7,3 jours en 1998-1999
(l'objectif visé de 6,8 pour 1998 est maintenu pour 2002).

Malgré cette réduction de la capacité hospitalière, les autorités de la Régie régionale voulaient maintenir la capacité opératoire et même accroître le taux de chirurgie d'un jour. Les données suggèrent toutefois des résultats mitigés. D'une part, la réforme s'est accompagnée d'une répartition globalement plus favorable des procédures diagnostiques et thérapeutiques réalisées en soins d'un jour (figure 3). Pour les procédures thérapeutiques faisables en chirurgie d'un jour, la hausse de 47 à 73 % du potentiel suggère en effet d'intensifier d'activités cliniques d'un jour pertinentes.

Le délaissement progressif des autres procédures ne requérant pas l'usage de la salle d'opération va dans le même sens. En revanche, on a assisté non seulement à une diminution substantielle du nombre d'hospitalisations, mais aussi, contrairement à ce que l'on souhaitait, à une baisse de l'activité en soins d'un jour (figure 4). S'il y a eu virage ambulatoire, il faut reconnaître que nous avons aussi ralenti au virage.

Par ailleurs, on a aussi vu une progression de 10 à 20 % de l'activité pour certains services spécialisés ciblés, notamment au chapitre des interventions en cardiologie tertiaire, de certaines interventions chirurgicales orthopédiques

fig. 3

Proportion de procédures diagnostiques et thérapeutiques réalisées en soins hospitaliers d'un jour, selon le type de procédure, Montréal-Centre, 1993-1994 et 1997-1998

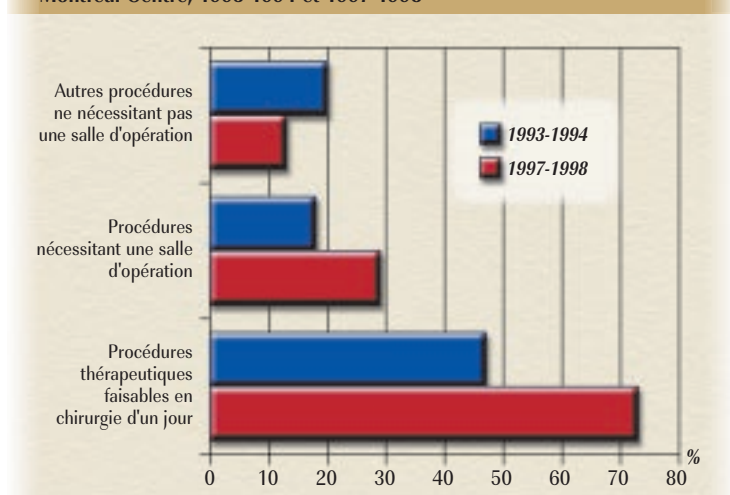
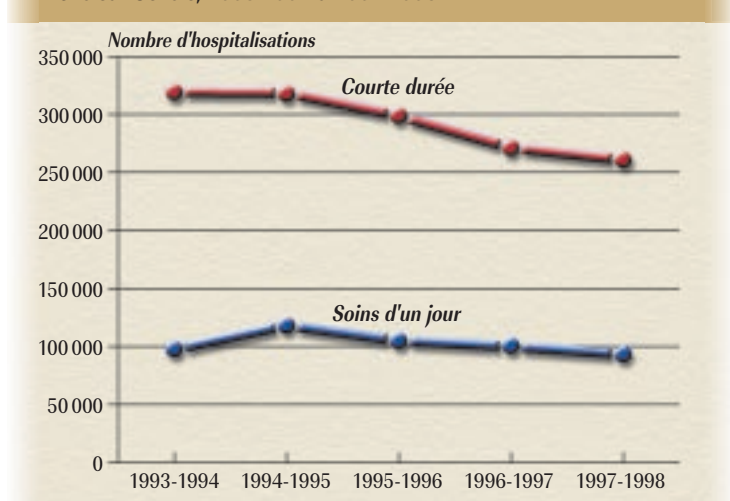


fig. 4

Nombre d'hospitalisations selon le type de soins, Montréal-Centre, 1993-1994 à 1997-1998



ou encore des interventions pour la cataracte. Paradoxalement, la réduction souhaitée du nombre de personnes sur les listes et de la durée d'attente n'a pas atteint le niveau espéré. Ceci semble être dû à l'augmentation

de la demande qui a coïncidé avec celle de l'offre.

Toujours en matière de services spécialisés, d'après les plus récentes données, par rapport à d'autres régions urbaines au Canada, la région se situe au milieu du peloton pour le taux de pontage aorto-coronarien (figure 5), mais loin derrière pour l'arthroplastie de la hanche et du genou, avec des taux sous la moitié de la moyenne canadienne (figure 6).

La main-d'œuvre médicale spécialisée, qui exerce surtout en milieu hospitalier, s'est réduite depuis 1994, elle aussi, mais la région conserve une place enviable,

soit le deuxième rang après la région de Vancouver-Richmond et devant Toronto et Québec⁷. Néanmoins, la baisse, de 5 à 10 % selon les spécialités, a été généralement plus marquée pour les spécialités

chirurgicales, atteignant près de 25 % en chirurgie générale. Ici aussi, le programme gouvernemental de départ volontaire a eu un tel impact qu'il a fallu négocier des retours après retraite dans des dizaines de cas et ce, malgré l'entente conclue au départ.

Y a-t-il eu réel accroissement des services aux personnes âgées à l'extérieur de l'hôpital?

Les coupes budgétaires et la réorientation de l'activité des hôpitaux, même si elles en constituent les manifestations les plus visibles, n'étaient bien sûr pas la seule finalité de la réforme. Plusieurs indices confirment

une progression dans le sens du nouvel équilibre recherché.

fig. 5

Taux ajusté de pontage coronarien pour certaines régions urbaines du Canada, 1997-1998

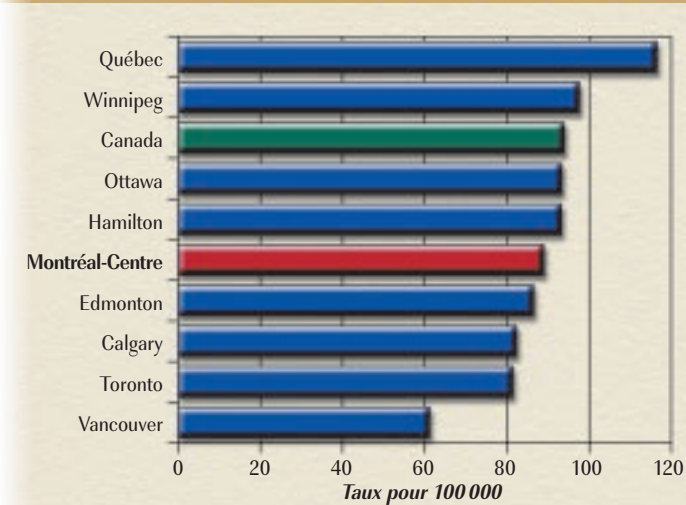
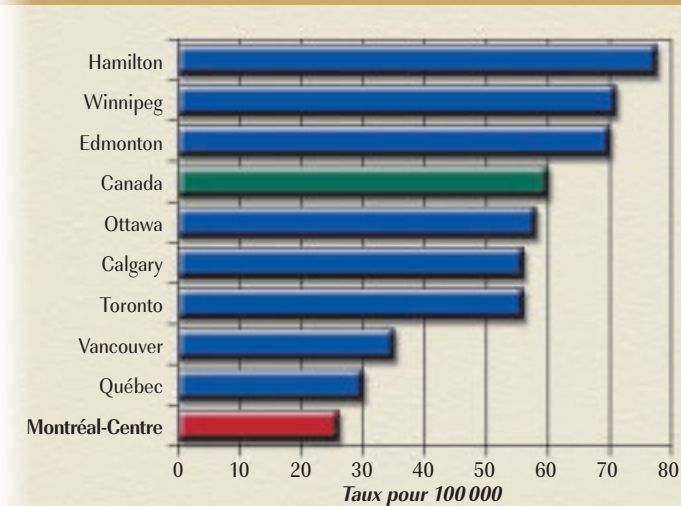


fig. 6

Taux ajusté d'arthroplastie du genou pour certaines régions urbaines du Canada, 1997-1998



Les services à domicile

Pour les services à domicile en CLSC, le budget per capita est passé de 47 à 67 \$ entre 1995 et 1998. Comme l'indique la figure 7, les réallocations budgétaires ont permis de desservir 40 % de personnes de plus, tandis que le nombre de visites a presque doublé.

Une hausse substantielle qui suggère une pénétration plus marquée des services des CLSC dans leur milieu.

Mais, les besoins des aînés vivant dans la communauté sont-ils pour autant comblés? Pas tout à fait, si l'on fie au niveau per capita de financement de ces services; en effet, malgré les ajouts, Québec se situe encore en deçà des niveaux existant dans d'autres provinces⁸. À notre connaissance, il n'existe pas de données administratives permettant de quantifier le niveau de besoin en soins de soutien aux aînés dans chaque communauté locale, si bien qu'il est difficile d'estimer le niveau réel d'adéquation des services. Cependant, d'après une étude que nous évaluerons au chapitre II, une majorité de personnes âgées en perte d'autonomie ne seraient pas connues de leur CLSC⁹.

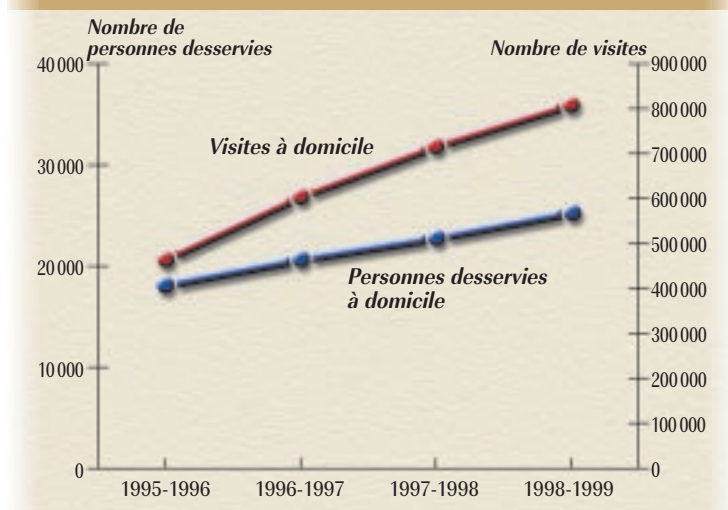
Néanmoins, les résultats en matière de maintien à domicile, jumelés aux progrès marqués dans les ententes inter-institutionnelles pour les soins post-hospitaliers, ont amené la présidente du conseil d'administration à affirmer que les acquis en termes de liaison CH-CLSC-MD pour les soins à domicile représentent l'un des succès les plus notables de la réorganisation à Montréal¹⁰.

Les services d'hébergement

L'accès aux services d'hébergement a lui aussi fait de notables progrès. Premier ajout marqué, tout d'abord, le guichet unique pour l'étude de cas et la prise de décision en matière d'hébergement des personnes

fig. 7

Nombre de personnes desservies et de visites à domicile par les CLSC, population de 65 ans et plus, Montréal-Centre, 1995-1996 à 1998-1999



en perte d'autonomie. En matière de coordination régionale, la systématisation a été un acquis significatif : elle s'appuie sur des critères cliniques explicites et elle est gérée par des comités interdisciplinaires. On pourrait

d'ailleurs s'en inspirer pour la coordination d'autres types de services.

Grâce à l'augmentation de 2 108 lits d'hébergement, le nombre de personnes en attente a diminué de 1 954 à 1 583 et le délai moyen d'attente a chuté de 168,2 à 87,9 jours, ce qui demeure encore supérieur à la moyenne provinciale de 47 jours. Le nombre de lits d'hébergement pouvant répondre à des services plus lourds, c'est-à-dire exigeant 2,5 h ou plus de soins quotidiens, est passé de 3 852 à 6 084, ce qui représente plus de 40 % du total régional de 14 635 lits pour l'hébergement et les soins

de longue durée. C'est d'ailleurs pour ces personnes aux besoins très grands que la réduction des délais moyens en première admission sont les plus marqués (figure 8).

fig. 8

Délai moyen d'accès (en jours) pour une première admission en CHSLD selon les heures-soins requises, Montréal-Centre, 1995-1996 à 1998-1999

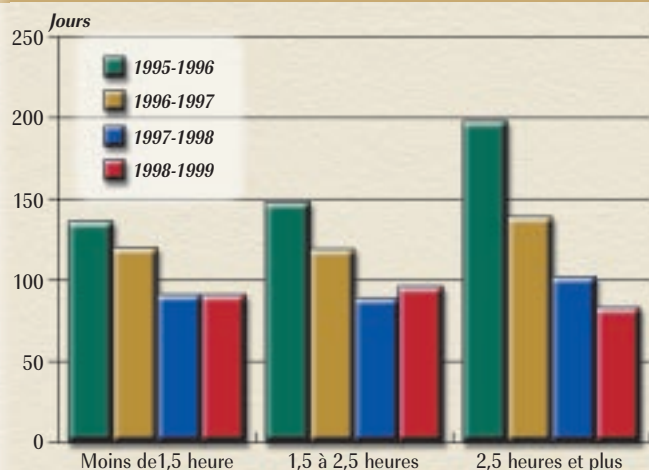
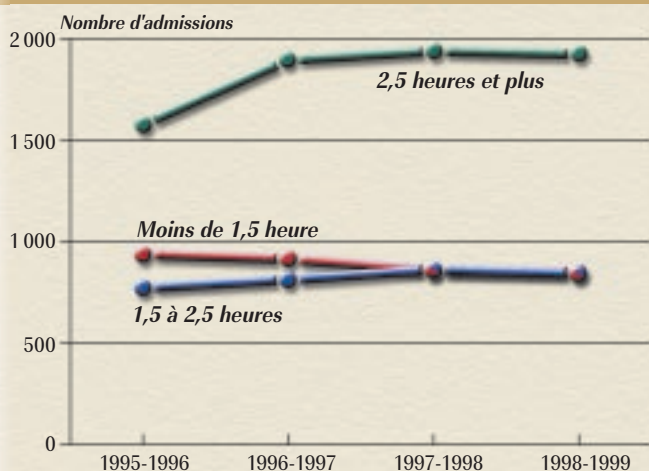


fig. 9

Nombre d'admissions retenues en hébergement selon les catégories d'heures-soins, Montréal-Centre, 1995-1996 à 1998-1999



L'évolution du nombre d'admissions retenues en hébergement illustre de façon convaincante les progrès réalisés (figure 9). L'accroissement de la capacité d'accueil depuis 1995, bien nette, touche les clientèles requérant une intensité de soins supérieure, au détriment des autres clientèles. Il est probable qu'en desservant les personnes en perte d'autonomie ailleurs qu'à l'hôpital, on a allégé le fardeau des ressources hospitalières. Mais nous ne disposons malheureusement pas de données définitives pour étayer cette hypothèse.

Qu'en est-il des services médicaux de 1^{re} ligne?

Au cours de la période de transformation, comme dans les autres provinces, l'organisation des ressources médicales n'a subi aucune modification substantielle. Comme on le sait, les décisions stratégiques concernant les services médicaux au Québec sont centralisées, hors du champ d'influence la Régie régionale. Pour la 1^{re} ligne notamment, le rapprochement entre les cliniques médicales privées et les équipes multidisciplinaires des CLSC n'a pu réaliser des percées notables.

« ... le rapprochement entre les cliniques médicales privées et les équipes multidisciplinaires des CLSC n'a pu réaliser des percées notables. »

En effet, l'intention de constituer des réseaux interactifs de soins de 1^{re} ligne, annoncée dans le plan de reconfiguration, ne s'est pas matérialisée. Les réseaux intégrés de 1^{re} ligne évoqués dans le plan d'amélioration des services 1998-2002 « le Défi de l'accès » tardent toujours, aujourd'hui encore, à se mettre en place. On compte beaucoup sur la mise en place du Département régional de médecine générale pour y arriver. Mais, dans tous les cas, les partenaires devront démontrer leur volonté de chercher des solutions si l'on désire combler les lacunes qui, nous le verrons plus loin, ne sont pas sans conséquences.

Pour l'essentiel, la coexistence des « deux réseaux de 1^{re} ligne » s'est maintenue sans grand changement : d'une part, quelque 400 cliniques médicales privées dispensent plus de 80 % des services médicaux généraux dans la région et, d'autre part, 29 établissements à vocation CLSC, où œuvrent les équipes interdisciplinaires et la majorité des professionnels autres que les médecins. La volonté exprimée par la Régie régionale n'a pas permis une réelle avancée face à la dualité historique qui caractérise la porte d'entrée de notre système de santé. Contrairement à l'amélioration observée depuis les ententes de collaboration entre les CH et les CLSC, la coordination entre les établissements et les réseaux de cabinets privés d'omnipratique s'effectue essentiellement au cas par cas, patient par patient.

Par surcroît, nous ne disposons d'aucune source de données permettant de quantifier les ressources professionnelles, autres que les médecins, offrant des services à titre privé. En effet, ces services sont considérés

comme non assurés. Il en va ainsi de tous les services dits alternatifs de 1^{re} ligne pour lesquels nous ne recueillons aucun renseignement même s'ils représentent, selon certaines recherches, une portion non négligeable de la demande de soins primaires ¹¹.

Les services préventifs se sont-ils améliorés?

La volonté d'accentuer les efforts en faveur de la prévention et l'action sur les déterminants de la santé s'est d'abord traduite concrètement par les priorités régionales de la santé et du bien-être. Grâce à un budget de 2,7 M \$ alloué par le conseil d'administration, ces priorités ont donné lieu à une quarantaine de projets communautaires ciblés, là où les besoins étaient les plus grands, sur la base d'une collaboration entre les professionnels de la Direction de la santé publique et des établissements locaux et organismes communautaires. Cette articulation étroite avec la communauté reposait dès le départ sur une volonté de réconcilier les enseignements de la recherche et les contingences du terrain. Les projets ont fait l'objet d'ententes contractuelles précisant les résultats attendus, ce que le Vérificateur général a remarqué favorablement lors de son passage à la Régie régionale en 1996.

La 1^{re} phase du plan de transformation des services à Montréal (1995-1998) devait permettre de consolider la capacité financière des CLSC et des organismes communautaires en promotion et prévention. Les réallocations de 12,2 M \$ visaient d'abord à permettre aux organismes communautaires et aux CLSC une action plus soutenue dans leurs milieux. En plus de renforcer l'intervention dans les communautés, la consolidation visait à encourager le dialogue entre les équipes régionales à la Régie et les équipes locales. Les résultats obtenus étaient excellents, comme en témoignent une première conférence régionale en prévention – promotion organisée en partenariat ¹², et la réalisation d'activités d'évaluation participative des priorités ¹³ en présence de plusieurs centaines d'intervenants. Enfin, la création d'un fonds de soutien à l'action intersectorielle de 1,4 M\$ a permis le démarrage de projets dans les quartiers et municipalités de l'île.

« Cette articulation étroite avec la communauté reposait dès le départ sur une volonté de réconcilier les enseignements de la recherche et les contingences du terrain. »

Par la suite, durant la deuxième phase de transformation (1998-2002), l'axe de la prévention a pu être intégré dans chacun des continuums de services. Pour l'essentiel, il s'agit de collaborer de plus près et de resserrer la liaison entre les experts de santé publique et les responsables administratifs des programmes à la Régie régionale.

Si l'évaluation participative et le processus de renouvellement annuel des ententes contractuelles ont permis de mesurer les efforts et de poursuivre dans cette lignée, les réallocations visant à augmenter les services préventifs en CLSC n'ont pas donné le résultat escompté. Comme nous le verrons au chapitre II, plusieurs observations convergent pour indiquer que, face au virage ambulatoire, la mission préventive des CLSC n'a pas fait le poids.

On a plutôt constaté, depuis 1994-1995, une diminution nette des heures travaillées à des services de promotion de la santé et de prévention dans les CLSC (figure 10).

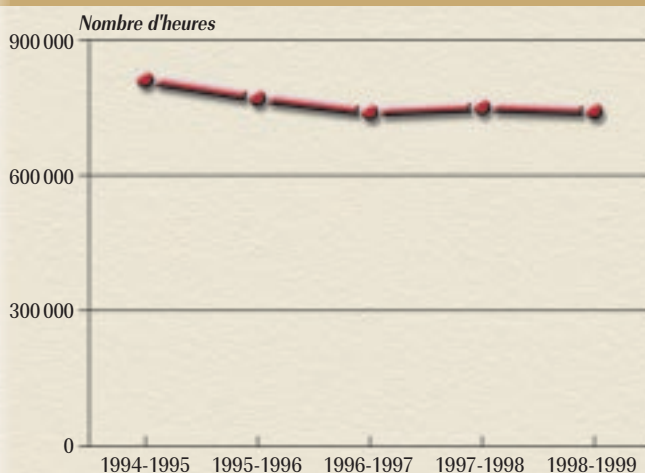
Comme chacun le sait, les données disponibles portant sur les organismes communautaires ne permettent pas de quantifier les efforts qu'ils consacrent à la prévention. Néanmoins, de nombreuses représentations menées par les regroupements communautaires ont mis en relief la pression marquée exercée par le virage ambulatoire sur les organismes.

A-t-on amélioré les services aux jeunes?

Parallèlement à des travaux de réflexion et d'analyse sur la jeunesse en difficulté et sur les inégalités sociales, une journée de réflexion sur la santé des jeunes s'est tenue à l'occasion des audiences publiques sur le second plan de la Régie régionale en 1998¹⁴. Le désir collectif d'avoir un impact significatif sur la vie des enfants et des jeunes était très visible, et le constat de frustrations sur le manque de coordination, et parfois même la confusion régnant dans le secteur jeunesse, était frappant.

fig. 10

Nombre d'heures annuellement travaillées en CLSC pour la promotion et la prévention, Montréal-Centre, 1994-1995 à 1998-1999



On a souligné les limites du réseau, marqué par une approche sectorielle, institutionnelle et cloisonnée où chaque regroupement d'organismes et d'établissements revendique davantage de ressources pour lui-même, pour continuer à faire ce qu'il estime bien faire.

La Régie régionale s'est alors engagée dans la voie suivante :

- rassembler tous les partenaires sectoriels et intersectoriels pour définir comment accentuer la collaboration à l'intérieur d'un continuum complet de services à la jeunesse, qui intègre les services préventifs, les services cliniques, la protection de la jeunesse et la réadaptation;
- documenter systématiquement les ressources fréquentées par les jeunes à l'échelle des communautés locales, tous dispensateurs confondus. (Les principaux résultats de ce projet de recherche, baptisé la « radiographie jeunesse », sont commentés au chapitre II).

« Le Projet jeunesse montréalais, c'est en quelque sorte un pacte entre de nombreux partenaires qui font le pari de collaborer, même si la tentation est parfois forte de se replier sur ses intérêts et sa mission spécifique. »

Cette consultation a été à l'origine du Projet jeunesse montréalais. Pour que les jeunes puissent s'épanouir sur l'île de Montréal, le Projet jeunesse a adopté l'objectif de soutenir tous les enfants, les jeunes et les parents. Il propose, par des actions de prévention auprès de tous, d'agir en amont afin de mieux outiller les jeunes et leur famille pour surmonter les défis de la vie quotidienne. Il vise notamment à renforcer et à mieux concerter les actions face aux problèmes d'accessibilité aux services pour diverses clientèles : les familles vivant de grandes difficultés, les familles monoparentales, les personnes ayant une déficience intellectuelle, les 18-25 ans laissés à eux-mêmes, les jeunes parents, les jeunes aux prises avec des problèmes de santé mentale et les consommateurs abusifs de drogues et d'alcool. Des fonds de recherche pour l'évaluation ont aussi été sollicités et accordés.

Le Projet jeunesse montréalais, c'est en quelque sorte un pacte entre de nombreux partenaires qui font le pari de collaborer, même si la tentation est parfois forte de se replier sur ses intérêts et sa mission spécifique. La création d'un comité régional de coordination et de comités locaux

animés par des porteurs de dossiers provenant des CLSC, la production d'un document d'orientation, et les imposants travaux visant à clarifier le départage des responsabilités en sont l'illustration concrète ¹⁵. Malgré ces acquis et même si, dit-on, les pratiques commencent déjà à se modifier sur le terrain, le plein déploiement du Projet jeunesse montréalais tarde toujours. L'initiative s'est jusqu'à tout récemment butée à l'épineuse question du partage des ressources entre les CLSC et les centres jeunesse. Pour l'heure, le consensus souhaité n'est pas atteint.

Et les services aux personnes atteintes de déficience intellectuelle et de troubles mentaux?

Plusieurs mesures visaient à améliorer l'adéquation des services pour les personnes atteintes de troubles mentaux sévères. L'analyse de l'évolution des ressources depuis 1995 confirme une réduction globale de 12 % des fonds consentis aux services en milieu hospitalier, internes ou externes, au profit d'une hausse de 15 % de l'intervention dans la communauté. Comme nous le verrons au chapitre II, toutefois, le modèle hospitalier demeure très présent. On connaît par ailleurs assez mal les besoins des personnes présentant des troubles plus légers de santé mentale et de détresse psychologique. Pour pallier cette lacune, une étude d'envergure a été menée auprès des résidents de la région, dont les résultats permettront de mieux voir les besoins réels de la population.

Pour les personnes souffrant de déficience intellectuelle, les résultats reflètent la difficulté de faire évoluer l'offre de services dans le sens souhaité par les planificateurs, comme par les parents et les organismes du milieu. Malgré des cibles assez modestes dans le plan de 1995, la progression face aux objectifs demeure décevante. En corollaire, il ne faut pas se surprendre que les indicateurs de l'accessibilité aux services stagnent. Selon les informations disponibles au 31 mars 2000, à la fois les délais moyens d'accès aux programmes (soutien : 482 jours, socio-professionnel : 667 jours, résidentiel : 530 jours) et le nombre de personnes en attente, de 230 à 460 selon le programme, confirment que la performance du réseau demeure en deçà des résultats escomptés ¹⁶.

« ... les résultats reflètent la difficulté de faire évoluer l'offre de services dans le sens souhaité par les planificateurs, comme par les parents et les organismes du milieu. »

Les changements ont-ils affecté les ressources professionnelles?

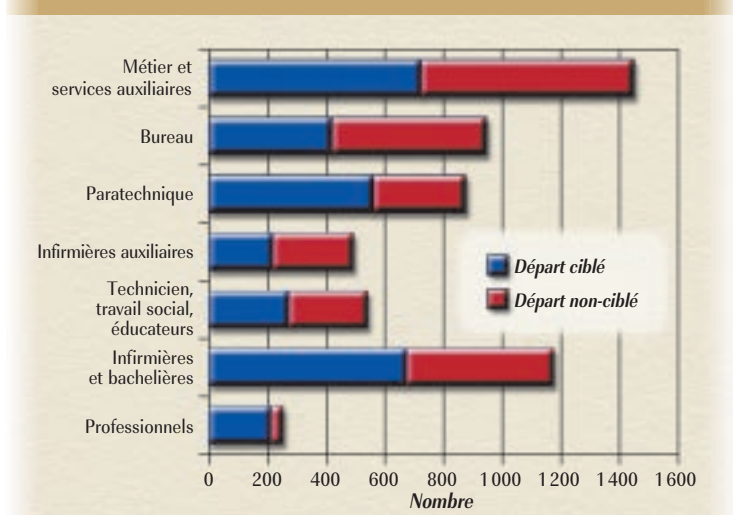
Puisque 80 % des budgets versés par la Régie régionale vont au salaire du personnel, il va de soi que les coupures et les réallocations ont beaucoup touché les ressources humaines. C'est pour cette raison qu'un service régional de la main-d'œuvre a été mis sur pied à la Régie régionale afin de coordonner les nombreux changements à effectuer.

En 1998, dans son bilan des opérations relatives aux ressources humaines liées à la mise en place du plan « L'atteinte d'un nouvel équilibre », la Direction des ressources humaines estime que, des 7 579

salariés en disponibilité, 94,5 % ont pu trouver une solution. Pour les cadres, toutefois, un peu moins de 60 % avaient pu trouver une solution. Mais c'est à la faveur du programme gouvernemental de départ volontaire — que n'avait pas prévu la Régie régionale et qui s'est réalisé en quelques mois en 1997 — que sont survenus les changements les plus marqués. La figure 11 résume les résultats de ce programme, qui a largement dépassé les objectifs et qui a mis les gestionnaires du réseau dans une situation difficile dont nous ressentons sans doute les effets encore aujourd'hui.

fig. 11

Nombre de départ par catégories d'emploi salarié,
Montréal-Centre, octobre 1997



Pour chacune des catégories professionnelle et technique, on a observé un nombre de départ supérieur à celui ciblé lors de la planification : des 12 766 personnes de 50 ans et plus admissibles, 5 734 se sont prévalues du programme, soit 45 % du nombre potentiel, par rapport au 3 078 départs envisagés. La perte en quelques mois de 1 176 infirmières qualifiées et, avec elle, d'une partie de la mémoire et de la compréhension pratique du système, a laissé le réseau dans un état de « deuil » dont il ne s'est pas encore tout à fait remis.

Si le programme universel de départ à la retraite, négocié centralement entre le gouvernement et les syndicats, a permis d'absorber une compression additionnelle de 86,6 M \$, il a laissé dans son sillage des

remous dans les ressources humaines. La pénurie d'infirmières en représente toujours, au moment d'écrire ces lignes, l'expression la plus troublante. Comme nous le verrons au chapitre II, les données de recherche disponibles suggèrent que les infirmières ont subi un stress grave et qu'elles ont souffert de ces changements.

Des systèmes d'information interactifs en appui à un réseau interactif

Autre objectif de la reconfiguration du réseau montréalais, on désirait mettre en place un système d'information apte à intégrer l'ensemble des données concernant une même clientèle et offrir aux partenaires l'accès à ce système afin d'améliorer l'ensemble des décisions cliniques, de réduire les redondances et d'éviter les répétitions de services.

Ce projet n'a pas abouti mais les travaux entourant la mise en place de systèmes propres à chaque catégorie de dispensateurs, comme par exemple celui des CLSC, se sont poursuivis. De plus, le déploiement du réseau de télécommunications du système de santé (RTSS) a démarré dans les établissements, mais il n'est encore qu'à l'usage du secteur administratif. Les cliniques privées en étant pour le moment exclues, l'utilité du RTSS à des fins cliniques est, pour l'instant du moins, négligeable. Pour être vraiment utile à la réforme, cet outil devrait pouvoir être exploité à des fins cliniques par l'ensemble des intervenants du réseau, y compris les cabinets privés.

Faire mieux avec moins de ressources

Comme en attestent de manière non équivoque les faits que nous venons de présenter, depuis 1995, nous avons assisté à Montréal à une transformation rapide du réseau de la santé et des services sociaux. Cette transformation s'inscrivait dans une dynamique internationale de réforme des soins de santé et dans le contexte d'une réduction des budgets publics pour les services de santé. La réforme visait l'ensemble du réseau montréalais, même si plusieurs leviers importants de changement, notamment les décisions relatives aux conventions collectives du personnel syndiqué et celles ayant trait aux ressources médicales, sont demeurés centralisés au palier provincial.

À partir des orientations avancées par le ministère, la Régie régionale a réévalué l'organisation des services, en tentant de faire mieux avec moins de ressources. Comme on peut s'y attendre dans tout projet de cette envergure, plusieurs objectifs de transformation ont été largement atteints, d'autres l'ont été partiellement, d'autres enfin ne l'ont pas été. Le bilan que nous pouvons en tracer met également en évidence l'impact d'autres événements, qui étaient imprévus. Nous en examinerons maintenant les principaux effets sur la performance du système, notamment au regard de la santé de la population.

2 La réforme : son impact sur la performance du système

UNE RÉDUCTION de la mortalité et de la morbidité à l'échelle de la population a été notée quand le virage ambulatoire s'est doublé de l'introduction d'interventions efficaces.

Dès 1995, la Régie régionale s'est engagée à documenter l'impact de la réorganisation du réseau montréalais sur divers aspects de la performance ¹⁷. La Direction de la santé publique a ainsi reçu le mandat de préparer le suivi de l'impact sur la santé et le bien-être. Voyons maintenant quels sont les principaux constats tirés de ces travaux.

Le présent rapport annuel fait partie d'un groupe de trois publications complémentaires. Il s'adresse à tous ceux et celles qui participent à la prise de décision dans le domaine de la santé et des services sociaux, au niveau des politiques et des organisations, ainsi qu'au niveau clinique. Il s'adresse aussi aux citoyens qui sont à la fois les actionnaires et les bénéficiaires de notre système universel de services de santé et de services sociaux.

Un document distinct présente en détail le monitoring d'indicateurs développés en concertation étroite avec les cliniciens afin de repérer les difficultés éventuelles ¹⁸. Étant donné le caractère répété et complexe des changements dans les services de santé et des services sociaux, nous avons choisi de nous concentrer sur un certain nombre d'indicateurs en vue de constituer une sorte de « bouclier capteur ». Ces indicateurs servent à effectuer le monitoring de situations potentiellement problématiques, à repérer tout phénomène inattendu et à identifier les questions qui méritent une évaluation plus approfondie.

Quant au troisième document, préparé par les D^{rs} Pineault et Tousignant, il fait la synthèse de 17 projets de recherche ayant pour objet la transformation du réseau ¹⁹. Il s'agit d'une démarche inédite puisque les équipes de chercheurs se sont en effet entendues pour réunir leurs observations et analyses, souvent même avant d'avoir publié celles-ci et, dans certains cas, quand les données n'étaient encore que fragmentaires ou préliminaires. Ces informations, couplées aux résultats du programme de monitoring, jettent un éclairage sur une gamme étendue de questions de recherche et préoccupations soulevées par la réforme.

Quels enseignements tirer de l'évaluation de la réforme?

À partir de l'expérience montréalaise, on peut retenir, sur la base de données probantes, plusieurs constatations pour orienter l'inévitable poursuite de la transformation du système qui aura cours, ici comme ailleurs.

Nous avons choisi de regrouper nos constatations en trois groupes :

- Les bonnes nouvelles, qui sont nombreuses, et qui soulignent que la transformation s'est accompagnée de changements globalement favorables.
- Les zones de préoccupations identifiables, pour lesquelles nous disposons d'observations suffisamment solides pour conclure qu'il faut réajuster le tir.
- Les zones d'incertitude critique sur des points importants, qui restent à élucider en vue d'orienter la prise de décision.

Les bonnes nouvelles

Première bonne nouvelle : des transformations notables sont survenues sans entraîner d'effets détectables sur la mortalité générale. Ce fait mérite d'être noté, tout en rappelant que l'on considère que seuls des bouleversements sociaux majeurs, des situations de désastre ou d'épidémie engendrent normalement des impacts mesurables sur la mortalité générale à l'échelle de populations. Malgré tout, l'étude des taux de mortalité rassure. Qu'il s'agisse de mortalité prématurée, de mortalité des personnes âgées, et même très âgées, des différences liées au genre ou de celles dues aux inégalités sociales chez les plus démunis, tout indique qu'aucun changement associé à la réforme n'a entraîné d'effet suffisamment marqué pour enregistrer un excès de mortalité.

C'est plutôt le phénomène inverse qui a été observé dans bon nombre de cas. Une réduction de la mortalité et de la morbidité à l'échelle de la population a en effet été notée quand le virage ambulatoire s'est doublé de l'introduction d'interventions efficaces, comme le démontrent très bien certains exemples.

Des situations évitées grâce à des services efficaces

Premier exemple, la réduction des décès ou des hospitalisations évitables par les soins (figures 12 et 13). Ces indicateurs sont des outils fiables pour jauger la capacité du système de santé à réagir adéquatement à des problèmes de santé fréquents et importants, pour lesquels des interventions cliniques efficaces sont disponibles.

La performance du système s'est globalement améliorée au chapitre des hospitalisations évitables entre 1994 et 1998. Malgré des tensions dont tous sont conscients et soucieux, la situation actuelle est meilleure qu'au départ. Il faut souligner l'apport des diverses formes d'intervention, préventive ou curative, permettant d'agir en amont et de réduire d'autant la pression sur les ressources hospitalières. Il en va de même pour les taux de mortalité évitable, enregistrés dans des situations qui ne devraient pas se produire, compte tenu de l'efficacité des services disponibles. On observe globalement une baisse du taux de mortalité évitable au cours de la période, même si celui-ci semble avoir atteint un plateau depuis 1997.

Un virage ambulatoire bien réel, des choix plus pertinents

Comme nous l'avons vu au chapitre I, les substitutions vers le secteur ambulatoire se sont bien mises en oeuvre. Elles ont cependant suivi, plutôt que précédé, la réduction des services hospitaliers. Les coupes

fig. 12

Taux d'admissions jugées évitables, selon le groupe de conditions médicales, Montréal-Centre, 1993-1994 à 1997-1998

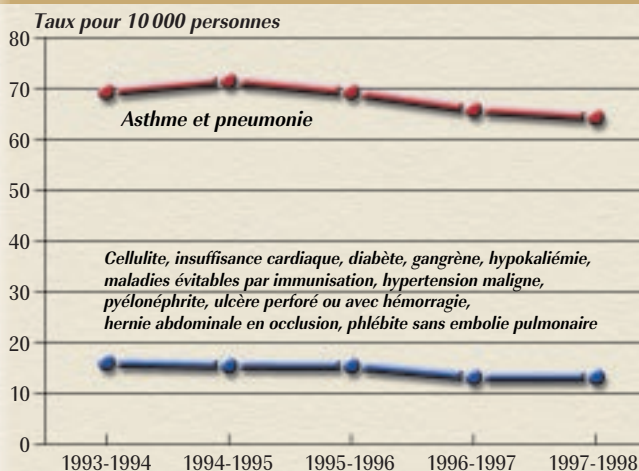
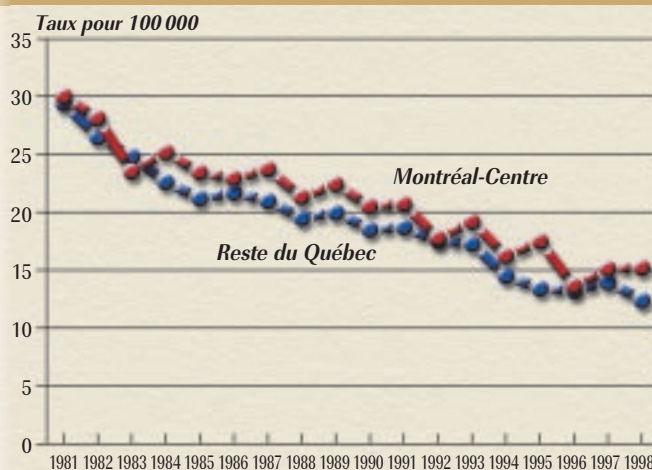


fig. 13

Taux brut de mortalité évitable par les soins, Montréal-Centre et reste du Québec, 1981 à 1998



budgetaires ont fortement réduit le niveau de ressources disponibles pour les services hospitaliers. Malgré cela, le niveau de substitution de l'hospitalier vers l'ambulatoire est demeuré inférieur aux cibles initiales.

Il importait de vérifier dans quelle mesure la réduction du niveau de ressources hospitalières entraînerait un recours plus judicieux aux ressources. Diverses possibilités, certaines favorables, d'autres non,

avaient en effet été envisagées au moment de la planification des mesures de transformation des services hospitaliers. Afin de documenter le scénario qui s'est réalisé dans les faits, nous avons monitoré certaines interventions éprouvées²⁰. Nous avons aussi documenté le recours à d'autres services dont l'efficacité, bien réelle dans certaines situations cliniques, est plus controversée dans les publications médicales²¹. Les conclusions de ces analyses ne laissent place à aucune équivoque : les transformations ont suscité un recours accru aux interventions pertinentes, ainsi qu'une diminution correspondante des interventions discrétionnaires

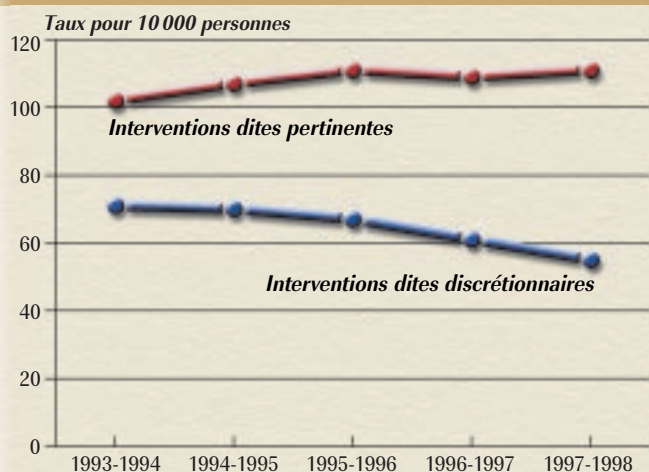
(figure 14). Les contraintes semblent donc avoir conduit à rationaliser l'utilisation des ressources.

Une rationalisation équitable dans l'ensemble

L'une des préoccupations centrales pour les dirigeants de la Régie régionale a trait aux inégalités sociales de la santé²². C'est pour cette raison que nous avons accordé une attention particulière à l'examen des disparités entre les groupes sociaux dans le cadre de la transformation. On sait que les personnes défavorisées sur le plan socio-économique ont plus souvent recours aux services de santé, surtout les services de 1^{re} ligne et les services d'urgence. Nous étions soucieux de vérifier si le processus de transformation affecterait différemment les groupes socio-économiques. Or, plusieurs constatations indiquent que la transformation n'a pas contribué à creuser les écarts socio-économiques de la santé.

fig. 14

Taux d'hospitalisation pour interventions dites pertinentes et discrétionnaires, Montréal-Centre, 1993-1994 à 1997-1998



Si les taux de mortalité générale selon le revenu sont demeurés stables au cours de la période, la mortalité prématurée, elle, diminuait légèrement (figure 15). Fait à souligner, la mortalité prématurée a diminué davantage dans les groupes à faible revenu, une baisse notable d'un peu plus de 10 %.

L'analyse des taux d'hospitalisation selon le niveau socio-économique est assez indicative elle aussi. L'évolution du taux brut montre que la baisse a touché tous les groupes (figure 16). Toutefois, les réductions les plus marquées se sont produites chez les moins bien nantis, le potentiel étant vraisemblablement moindre pour les groupes dont le taux d'utilisation était les plus bas au départ. Malgré tout, un gradient socio-économique persiste, même s'il est moins marqué que par le passé. Les mêmes tendances s'observent, d'ailleurs, dans le nombre d'admissions ou de journées d'hospitalisation. La durée moyenne de séjour à l'hôpital est essentiellement comparable pour chacun des groupes socio-économiques.

En termes absolus, le virage ambulatoire semble donc avoir été plus difficile à négocier pour les groupes défavorisés, mais les écarts relatifs entre les groupes sociaux sont demeurés sensiblement les mêmes ²³. L'étude de Pineault et coll., qui va dans le même sens ²⁴, a évalué l'accessibilité perçue aux services pour trois ans, de 1996 à 1998. Elle corrobore la réduction de l'utilisation des services hospitaliers par les personnes à faible revenu et une réduction concomitante du recours aux services des médecins spécialistes.

fig. 15

Taux de mortalité prématurée, selon la catégorie de revenu, Montréal-Centre, 1986-1988 à 1995-1997

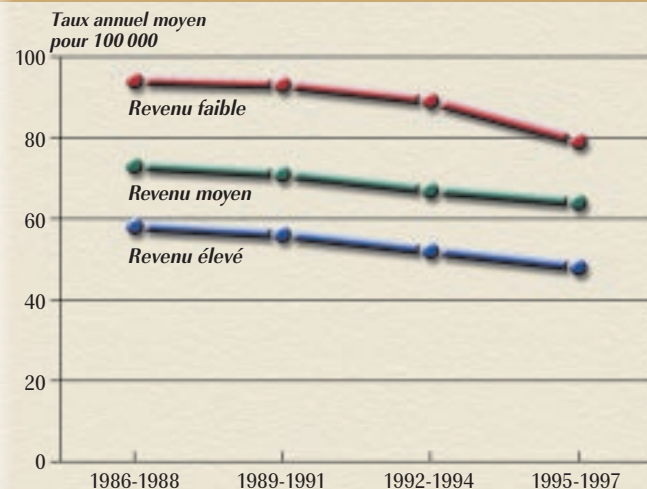
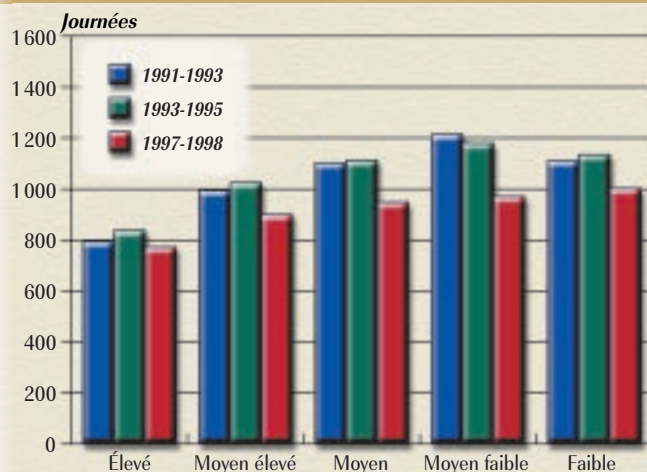


fig. 16

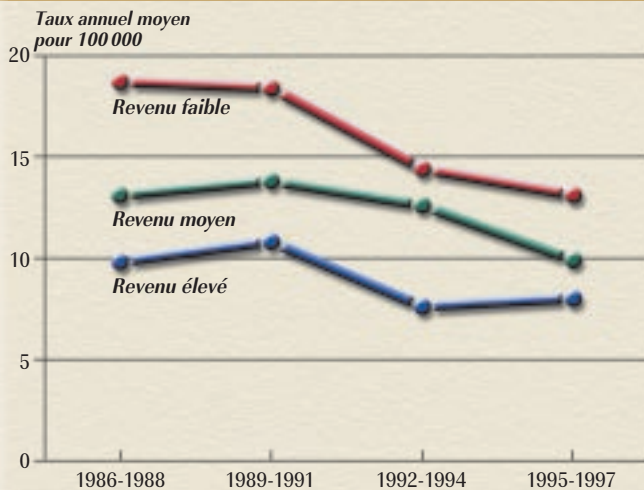
Taux brut d'hospitalisation, selon la catégorie de revenu, Montréal-Centre, 1991-1993 à 1997-1998



Cette diminution a-t-elle été préjudiciable à la santé? Notre meilleur indicateur pour cette question, le taux de mortalité pour certaines causes évitables par les soins médicaux, suggère que non (figure 17). À l'opposé,

fig. 17

Taux de mortalité pour certaines causes évitables par les soins, Montréal-Centre, 1986-1988 à 1995-1997



la tendance à la baisse notée depuis le milieu des années 1980 s'est maintenue chez les groupes plus défavorisés tandis que le taux semble s'être stabilisé chez les mieux nantis.

Des taux de réadmissions stables, des gains sur les maladies du cœur

L'une des hypothèses les plus plausibles quant aux effets indésirables de la réforme était la suivante : la réduction de la durée de séjour, conjuguée à des services post-hospitaliers insuffisants ou d'accès difficile, pourrait causer des réadmissions inopportunes. Une réadmission est définie comme une première

admission survenant à la suite d'un séjour à l'hôpital pour une condition donnée. Ces réadmissions, en plus des coûts additionnels qu'elles supposent, témoigneraient de risques à la santé.

Nous avons donc exercé une surveillance de la réadmission pour cinq conditions médicales identifiées de concert avec des cliniciens, soit : la fracture de la hanche, l'infarctus du myocarde, l'insuffisance cardiaque, les cancers du côlon et du rectum et les maladies pulmonaires obstructives chroniques. Nous avons noté des diminutions de la durée de séjour variant de 10 à 35 % entre 1993 et 1998 ²⁵. De plus, une augmentation de la gravité clinique des cas s'est produite, ce qui correspond à un alourdissement de la clientèle admise à l'hôpital. En dépit de ces changements, aucune modification statistiquement significative des taux de réadmission n'a pu être mise en évidence. De tels résultats devraient nous conforter quant à la capacité des équipes hospitalières de traiter, efficacement et en moins de temps qu'avant, les personnes souffrant de l'une ou l'autre de ces cinq conditions médicales et, selon toute vraisemblance, d'autres conditions similaires.

Autre observation à remarquer, la réduction de la létalité par infarctus aigu du myocarde, qui suggère une amélioration des services rendus aux personnes atteintes d'un trouble cardiaque aigu (figure 18). La tendance à la baisse observée pour les taux de mortalité par maladie cardiovasculaire est bien connue ²⁶, mais seule une amélioration des services cliniques peut expliquer la diminution observée du pourcentage de personnes décédées dans les 90 jours suivant un infarctus du myocarde.

La réforme, un creuset favorable à l'innovation

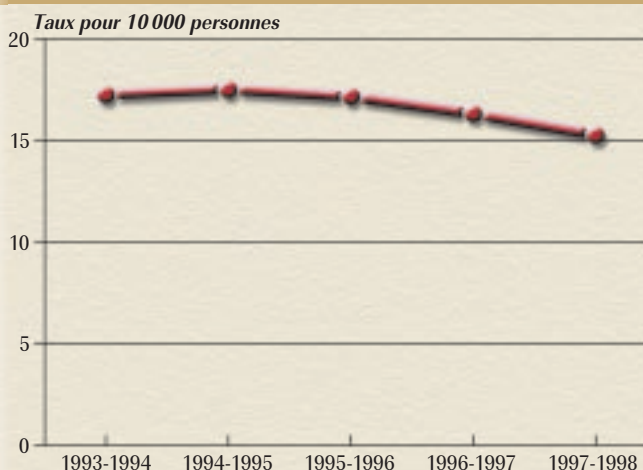
La transformation a favorisé l'émergence d'innovations qui ont le potentiel d'influer favorablement sur la performance des services de santé. Notre liste ne serait être exhaustive, vu qu'il est pour l'instant impossible de tracer le bilan complet des projets mis de l'avant dans les différents milieux pour améliorer l'efficacité des services. Néanmoins, plusieurs initiatives méritent d'être signalées.

On a assisté d'abord à la mise sur pied de nouveaux programmes dans plusieurs domaines d'activités prioritaires. Les exemples sont nombreux : programmes d'intervention préventive auprès des enfants et des jeunes en milieu défavorisés (Naître égaux, grandir en santé) ²⁷, services intégrés pour les personnes âgées frêles (SIPA) ²⁸, approches novatrices pour les soins aux personnes souffrant d'insuffisance cardiaque ²⁹ ou d'un accident cérébro-vasculaire ³⁰, etc. À souligner également, le service Info-Santé CLSC dont le taux d'utilisation est très élevé partout au Québec et dont la pertinence et l'efficacité ont été démontrées par une évaluation rigoureuse ³¹.

La réforme a encouragé l'essor de nouveaux modes d'organisation visant une plus grande intégration des services, par exemple les services post-hospitaliers en santé physique ³², ou encore la désinstitutionalisation

fig. 18

Taux de létalité durant les 90 jours suivant l'admission à l'hôpital pour un infarctus du myocarde, Montréal-Centre, 1993-1994 à 1997-1998



des services en santé mentale ³³. L'exemple réussi d'un transfert bien planifié d'un type de ressource à un autre, grâce à un personnel formé et bien encadré, démontre qu'il est possible d'obtenir une réponse mieux adaptée aux besoins de personnes ayant une déficience intellectuelle et en perte d'autonomie ³⁴. Le résultat, inusité, obtenu grâce à l'étude sur la gestion préventive des maux de dos montre bien que le système de santé peut demeurer réceptif à des innovations pertinentes, en dépit des changements importants en cours.

Des services efficaces pour la lutte contre les maux de dos

Le mal de dos demeure, selon les résultats de l'Enquête sur la santé des Québécois qui vient de paraître, un problème de santé majeur qui mine considérablement l'autonomie et la qualité de vie. Après les problèmes respiratoires, le mal de dos est la deuxième raison de consultation chez les généralistes. De l'avis d'experts internationaux, le principal objectif d'intervention à retenir, c'est la prévention de la chronicité et de la rechute.

À Montréal, les recherches des cinq dernières années, en collaboration avec la Direction de la santé publique de Montréal-Centre et l'Institut de recherche en santé et sécurité du travail, ont permis d'aller beaucoup plus loin. En 1999-2000, un projet d'envergure exploitant ces résultats de recherche et mené par la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et la Commission de la santé et de la sécurité du travail, proposait à tous les généralistes des critères diagnostiques bien établis, ainsi qu'une trousse audiovisuelle à l'attention des patients. Ces outils visent à généraliser l'accès à une information de qualité et à soutenir le dialogue entre le médecin et son patient, essentiel à la lutte contre le mal de dos. La Régie de l'assurance-maladie du Québec a même joint à cet investissement un nouveau code d'acte rémunéré pour le médecin qui fait ainsi participer son patient à l'effort de prévention.

Le succès obtenu par ce travail de concertation illustre l'importance d'impliquer chercheurs et décideurs au tout début d'un processus exigeant des changements dans les façons de faire, en respectant leur autonomie respective.

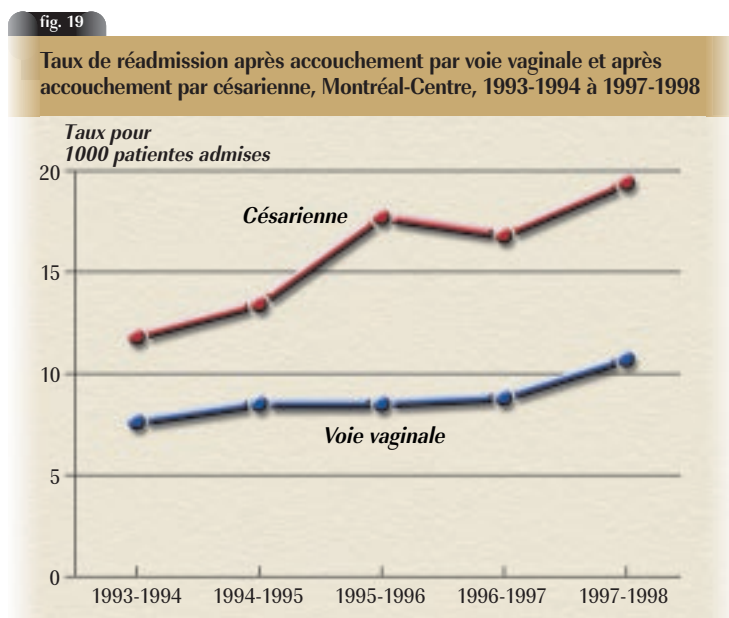
Autre point positif, la réforme a suscité la mise au point de nouvelles approches pour l'évaluation et le monitoring. Puisque le fait d'évaluer est souvent porteur d'amélioration, plus on aura le souci de la qualité des données et des résultats, plus ces derniers auront une influence globalement favorable, bien qu'indirecte.

Des zones de préoccupation

Diverses observations soulèvent la possibilité d'impacts défavorables des réformes ou, à tout le moins, la persistance de lacunes observées sur le plan de la qualité, entraînant des risques pour la santé de la population. Considérons d'abord l'accessibilité à des services de base, en particulier pour certaines populations vulnérables.

Les services mère-enfant

Rappelons d'abord qu'une admission à l'hôpital pour donner naissance constitue la raison la plus fréquente d'hospitalisation et que les premiers jours de la vie sont déterminants pour la santé et le développement ultérieur de l'enfant. Les travaux de monitoring ont mis en lumière une augmentation marquée des taux de réadmission après accouchement par voie vaginale et par césarienne, associée à une réduction des durées du séjour de 21 % et de 17 % respectivement pour ces types d'accouchement (figure 19) ³⁵.



La recherche a aussi mis en relief des délais à mener les suivis postnatals appropriés, variables d'un établissement à l'autre, tant pour les CH que pour les CLSC. Ces délais sont une grande influence puisqu'ils sont associés à un risque accru de dépression post-partum, ce qui a été vérifié par les travaux de recherche ³⁶. Les chercheurs constataient des chevauchements dans les rôles, un manque de confiance entre le personnel des CH et des CLSC, ainsi que de fréquentes duplications de

services. Par exemple, 51 % des mères ont reçu un appel à domicile de la part à la fois de l'hôpital et du CLSC. Il est à espérer que l'entente survenue tout récemment entre les CH et les CLSC en matière de services périnataux permettra de mieux encadrer le travail de ces partenaires et de stopper les doublages ³⁷.

L'accès déficient aux services de base pour les personnes âgées en perte d'autonomie

L'accompagnement des personnes âgées ou très âgées en perte d'autonomie (PAPA) constitue certes l'un des défis majeurs à relever dans le cadre de la transformation du réseau, et les résultats de recherche suggèrent que bien du chemin reste à faire. Les travaux de Cardin et coll. reflètent d'ailleurs ³⁸ les résultats de Pineault et coll. ³⁹

D'après cette étude, on estime que 40 % des personnes de 70 ans et plus ayant obtenu leur congé de l'urgence présentaient des degrés divers de perte d'autonomie et que seulement 42 % d'entre elles étaient des usagers des services de maintien à domicile des CLSC. On estimait aussi que 15 % des PAPA consultaient de nouveau un médecin sur une base urgente dans les deux semaines suivant une visite initiale à l'urgence, cette nouvelle visite s'effectuant à l'urgence dans les deux tiers des cas. Toutefois, le risque de retour était réduit sensiblement si les personnes recevaient de l'information sur les rendez-vous à prendre et les tests à subir après la sortie et une référence pour les services de maintien à domicile. Or, fait troublant, 37 % de ces personnes déclaraient ne pas avoir accès aux services d'un médecin de famille.

Une première ligne « poreuse »

En plus de cette étude sur les visites à l'urgence, d'autres observations corroborent le consensus émergeant à propos des difficultés de notre première ligne de services, qui a été largement repris au cours des audiences de la Commission Clair. Comme l'indique la figure 20, les taux d'hospitalisation pour des conditions qui se prêtent aux soins ambulatoires demeurent plus élevés à Montréal que dans la majorité des régions urbaines canadiennes. Le niveau élevé de ressources médicales

dans la région ⁴⁰ et la présence d'un réseau de 29 établissements détenant une mission CLSC auraient pu nous laisser espérer des résultats plus performants. Les faits soutiennent le contraire.

Les constatations qui précèdent devraient nous inciter à réviser, en priorité, l'organisation de la première ligne à Montréal. Elles militent en faveur d'une nette accentuation des efforts visant l'articulation entre les médecins exerçant en cabinet et les équipes locales des CLSC dans chacune des collectivités.

Une approche proactive de la part des services de 1^{re} ligne à l'endroit des personnes âgées en perte d'autonomie semble devoir aussi être mise à l'ordre du jour. Un resserrement de la collaboration entre la 1^{re} et la 2^e ligne serait utile pour assurer en mode ambulatoire les services qui, autrement, rendront une hospitalisation nécessaire.

Hausse des complications par suite des soins hospitaliers d'un jour

Le monitoring a mis en évidence une augmentation nette du taux des admissions associées à une complication par suite de soins hospitaliers d'un jour. Comme l'indique la figure 21, ce taux est passé de 2,0 % en 1993-1994 à 3,7 % en 1997-1998, soit presque du simple au double. On peut ici faire l'hypothèse que de telles difficultés pourraient avoir affecté en particulier certaines populations vulnérables, comme les personnes souffrant de maladies chroniques et les personnes âgées frêles.

fig. 20

Taux ajusté d'hospitalisation pour des conditions propices aux soins ambulatoires pour certaines régions urbaines du Canada, 1997-1998

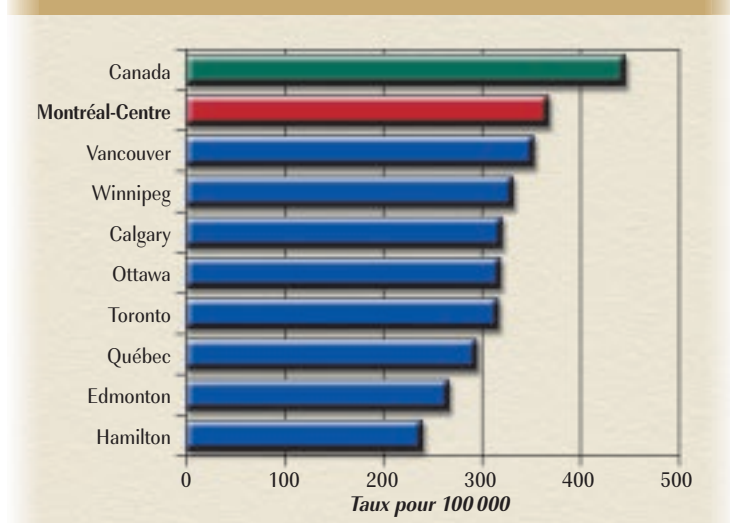
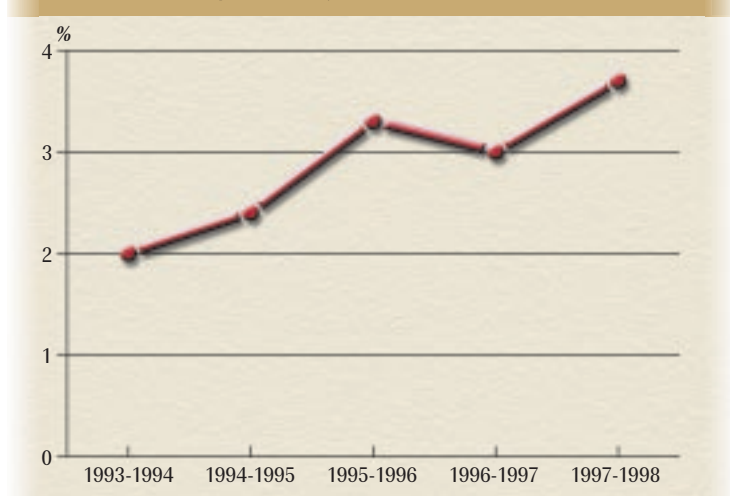


fig. 21

Taux d'admission en centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés après une visite en soins hospitaliers d'un jour, Montréal-Centre, 1993-1994 à 1997-1998



Ces constatations peuvent témoigner de nouveaux modes de pratique, l'admission représentant ici une décision judicieuse qui fait normalement suite à une intervention diagnostique ou thérapeutique en soins d'un jour. Mais elles reflètent plus probablement la difficulté de substituer en toute sécurité des services hospitaliers vers l'ambulatoire, en raison de lacunes dans les services hospitaliers comme tels. En effet, les travaux de Roberge et coll. ont montré qu'il existait, entre les différents hôpitaux, des différences notoires dans le nombre et la nature des mesures implantées, leur chronologie d'implantation et l'intensité des efforts ⁴¹.

La difficulté qu'ont les CLSC à livrer les services post-hospitaliers à domicile semblent une autre explication possible. Bien que les preuves directes à l'appui de cette hypothèse ne permettent pas une conclusion définitive, cette éventualité semble plausible. En effet, le personnel œuvrant en CLSC a dû effectuer divers apprentissages pour intégrer les nouvelles technologies et les nouvelles pratiques professionnelles imposées par le virage ambulatoire mais, d'après les travaux de Lehoux et coll., seule une minorité de CLSC se sont montrés vraiment proactifs à relever ce défi ⁴².

Une autre étude portant sur les risques à la santé posés par les soins d'un jour ⁴³ a démontré que l'état de santé des patients traités en chirurgie d'un jour est comparable à celui des patients ayant subi une intervention faisable en chirurgie d'un jour réalisée dans le cadre d'une hospitalisation. La situation était la même chez les aidants : le nombre de ceux qui ont dû diminuer leurs activités en raison des soins à donner ne différait pas de manière significative pour les deux groupes de patients.

Réduction de la durée de séjour : l'impact sur les personnes et leurs proches

Les changements dans les pratiques hospitalières ont-ils imposé un fardeau accru aux personnes elles-mêmes ou à leurs proches?

Les recherches ne permettent pas de dégager des conclusions fermes ⁴⁴. Tousignant et ses collaborateurs ont étudié l'impact d'une réduction de la durée de séjour sur les usagers pour certaines conditions chirurgicales et médicales. Les analyses ont révélé des différences de l'état de santé

entre les groupes de patients traités en 1996 et ceux traités en 1999, sans pouvoir toutefois attribuer cette différence à un changement de l'organisation des soins. L'augmentation de la gravité clinique notée pour les cas médicaux en 1999 incitait toutefois les auteurs à recommander d'implanter avec prudence toute mesure additionnelle visant la réduction de la durée de séjour, en fonction de la sévérité de la condition des malades.

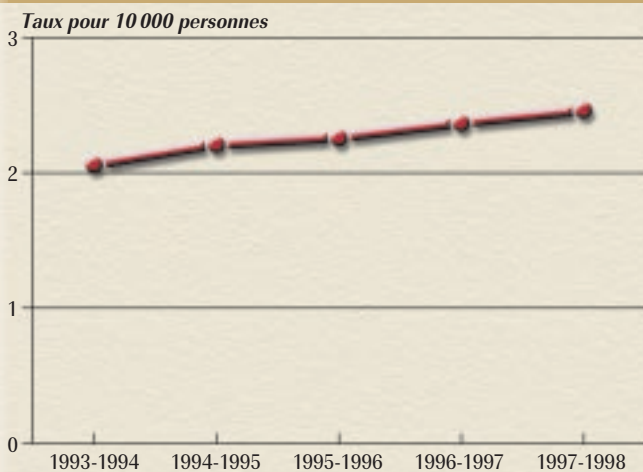
Les données recueillies par l'équipe de recherche n'ont pas, non plus, mis en évidence d'impact décelable sur la santé et le bien-être des aidants. Toutefois, le petit nombre d'observations ne permet toutefois pas de tirer des conclusions définitives. D'autres travaux de recherche suggèrent, au contraire, que l'alourdissement de la condition des personnes âgées prises en charge à domicile aurait des effets négatifs sur la qualité de vie des aidants naturels ⁴⁵. Il y a donc lieu de poursuivre la recherche et d'adopter une attitude prudente face à cette problématique.

Hausse du taux d'appendicite avec perforation

Les données du monitoring ont mis en évidence une augmentation notable, bien que non statistiquement significative, du taux des admissions pour une appendicite avec perforation, ce qui constitue une urgence chirurgicale et une menace immédiate pour la santé (figure 22). Cette tendance pourrait traduire un retard dans l'accès aux services : retard à consulter de la part du malade, retard à poser le diagnostic, retard pour l'accès à la salle d'opération, etc. Ne pouvant apporter de réponse concluante dans l'immédiat, la Direction de la santé publique a pris l'initiative d'amorcer une recherche pour approfondir cette question. Notre équipe s'apprête à recueillir l'information sur le terrain.

fig. 22

**Taux d'appendice rompu,
Montréal-Centre, 1993-1994 à 1997-1998**

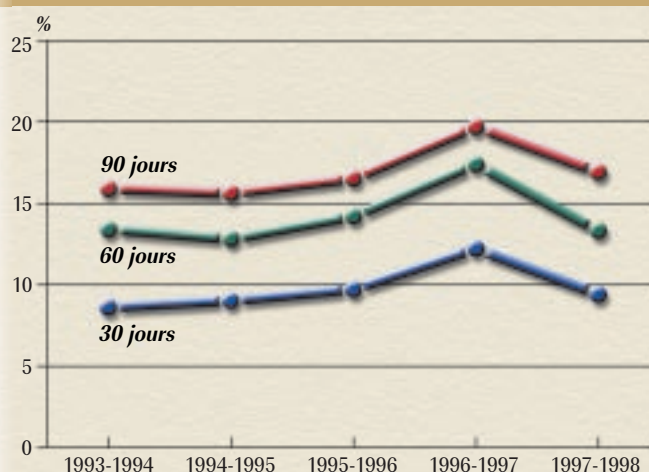


Les maladies respiratoires : une approche optimale?

Le monitoring a mis en lumière le fardeau des maladies respiratoires, déjà plus lourd au Québec et à Montréal qu'ailleurs au Canada, et qui s'est accru durant la transformation. Il s'agit d'un phénomène encore

fig. 23

Taux de létalité par maladies pulmonaires obstructives, pour trois périodes de suivi, Montréal-Centre, 1993-1994 à 1997-1998



incomplètement compris. Bien sûr, le facteur tabac joue un rôle majeur quant à l'incidence des maladies respiratoires, ce qui explique qu'elles soient en augmentation rapide chez les femmes ⁴⁶. D'autres facteurs comme la virulence des agents viraux ou bactériens, ou encore la résistance aux antibiotiques, pourraient également expliquer ce phénomène. Cependant, l'augmentation du taux de létalité (figure 23), qui a atteint un niveau statistiquement significatif en 1996-1997, soulève des interrogations encore sans réponse quant à l'adéquation des services face aux maladies

respiratoires (utilisation judicieuse des médicaments disponibles, modes de prise en charge appropriés, etc.).

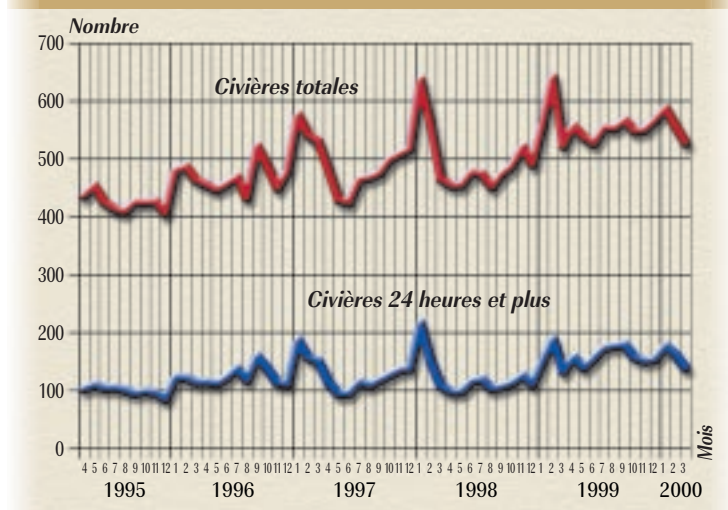
Des salles d'urgence dans une zone de turbulence

La performance des services d'urgence est, plus que tout autre, un indice révélateur de la dynamique d'ensemble du réseau de services de santé de même que, dans une certaine mesure, des services sociaux disponibles dans la communauté. Le public, tout autant que les dirigeants et les journalistes, l'ont bien compris. Mais l'encombrement des salles d'urgence, un mal endémique dans une majorité de villes, au Québec et ailleurs, traduit une réalité extrêmement complexe qu'aucun observateur ne peut prétendre maîtriser complètement. Ce qui se passe dans la salle d'urgence est tributaire de ce qui se fait – ou de ce qui ne se fait pas – avant l'hôpital, à l'hôpital et après l'hôpital. Aussi ne faut-il pas s'attendre à trouver une explication simple, pas plus qu'une solution unique et finale, à cette importante problématique.

Nous analysons l'occupation des civières à l'urgence depuis avril 1995 (figure 24) et les chiffres sont clairs : hausse progressive et continue de l'achalandage de l'ordre de 20 % jusqu'à la fin 1998, avec des pointes hivernales correspondant à une augmentation additionnelle de 20 %, dont le tiers est directement attribuable aux maladies et infections respiratoires. Cette dernière année, cependant, on note une certaine détérioration de la situation, marquée par une hausse de l'occupation qui s'est maintenue à un niveau élevé tout au long de l'année budgétaire 1999-2000. La relative stabilité du taux d'occupation des civières pour plus de 24 h, constatée jusque là, s'est également estompée. Une moyenne quotidienne autour de 150, ou davantage, de personnes séjournant sur civière plus de 24 h a été observée sur une base régulière

fig. 24

Nombre quotidien moyen de civières occupées à l'urgence, Montréal-Centre, avril 1995 à mars 2000



De toute évidence, la réduction des ressources a diminué la capacité des établissements, celle des centres hospitaliers notamment, à absorber les périodes d'activité de pointe. Comme le mettent en lumière les travaux de Roberge et coll.⁴⁷, les coupures budgétaires dans les hôpitaux, associées à l'alourdissement des clientèles, ont réduit de façon marquée les marges de manœuvre disponibles jusque là pour faire face aux fluctuations.

La prévention à risque

L'augmentation des exigences dues au virage ambulatoire a accru la tension entre les diverses missions des établissements de première ligne et ce, au détriment de leurs rôles préventifs et psychosociaux. Cette constatation, nous l'avons évoquée au chapitre I lors de la présentation de la diminution des heures travaillées en CLSC dans les activités de prévention-promotion est confirmée par d'autres recherches.

*« ... une érosion
réelle de la mission
préventive des
CLSC et des
organismes
communautaires. »*

Richard et coll., dans leur étude des services préventifs à la jeunesse, ont noté que plusieurs thématiques jugées importantes en prévention sont très peu touchées par les CLSC, même si les CLSC urbains semblent généralement plus actifs dans ces secteurs ⁴⁸. Fait plus préoccupant encore, Poirier et coll. notent que les lacunes en matière de financement, les exigences sur le plan de l'encadrement et le programme de départ volontaire ont entraîné des choix budgétaires affectant les programmes de prévention des CLSC ⁴⁹.

L'enquête d'un groupe de chercheurs dirigé par le Dr Jean-François René montre que les CLSC ne sont pas les seuls dans cette situation ⁵⁰. Cette recherche réalisée auprès de plus de 1 000 organismes communautaires du Québec relève de notables modifications dans les pratiques de ces organismes, dans le contexte du virage ambulatoire.

Ces faits nous mènent à conclure à une érosion réelle de la mission préventive des CLSC et des organismes communautaires. Il semble en effet que, malgré les ajouts budgétaires, l'augmentation de la prestation de services ambulatoires par les CLSC se soit faite, en partie au moins, au détriment des services préventifs individuels et collectifs offerts localement.

Les services à la jeunesse : sur la voie de la collaboration?

Que ce soit à cause de leur place prépondérante dans les priorités régionales ou en raison du caractère central du Projet jeunesse montréalais dans le plan d'amélioration des services 1998-2002, la question de la santé et du développement optimal des jeunes a constitué un enjeu prioritaire pour la transformation du réseau montréalais.

Les résultats de l'évaluation participative des priorités régionales ont démontré la faisabilité et l'intérêt d'approches partenariales négociées sur le terrain (voir encart à la page 46) ⁵¹. De plus, la « radiographie jeunesse » a fourni une lecture des besoins axée, non pas sur la réalité des organisations qui dispensent des services, mais plutôt sur la réalité des jeunes dans leurs milieux de vie ⁵². Elle a confirmé que les problèmes liés à l'adaptation sociale des moins de 24 ans sont fréquents :

chaque année, près d'un jeune sur six consulte pour cette raison à Montréal, et jusqu'à un sur trois en milieu défavorisé. Les problèmes d'intériorisation, qui sont les moins visibles, sont les plus fréquents. Le type de ressource consulté varie selon les communautés locales, en fonction de la configuration des ressources en place dans chaque milieu. Le généraliste demeure la ressource la plus fréquemment consultée par les jeunes.

En général, il existe une assez bonne correspondance entre le niveau de besoins d'une communauté locale et le taux de consultation des jeunes : plus les besoins sont grands, plus les jeunes tendent à utiliser l'une ou l'autre des ressources présentes dans leur milieu. Mais cette relation ne tient pas chez certaines communautés. Les jeunes provenant de territoires de CLSC comportant le plus d'immigrants récents consultent moins que prévu. Pourtant, comme ces communautés sont surreprésentées dans les centres de réadaptation et les services correctionnels, des facteurs ethnoculturels doivent influencer fortement sur l'accès aux services de santé. Contrairement à certaines idées largement répandues, l'insuffisance des ressources ne serait pas la principale barrière à l'accès aux services pour les jeunes de Montréal-Centre, mais bien les caractéristiques ethnoculturelles de la communauté.

Ce dernier constat est d'autant plus significatif que la progression des travaux du Projet jeunesse montréalais a achoppé, jusqu'à tout récemment, sur la question des ressources, les acteurs hésitant à se répartir les responsabilités en l'absence d'un cadre de partage des ressources entre les CLSC et les Centres Jeunesse. Les retards sont tels que l'on risque une démobilisation des équipes locales et régionale et que l'équipe de chercheurs qui doit évaluer le projet devra peut-être remettre son travail, faute d'objet à évaluer⁵³.

Ces faits illustrent bien que des changements dans les modes d'organisation semblent difficiles à introduire en l'absence de modifications apportées à la structure du système, surtout en ce qui a trait au contrôle des ressources. Il serait navrant que des intervenants qualifiés, qui croient à ces objectifs et à leur capacité de faire une différence auprès des jeunes,

« ... l'insuffisance des ressources ne serait pas la principale barrière à l'accès aux services pour les jeunes de Montréal-Centre, mais bien les caractéristiques ethnoculturelles de la communauté. »

n'arrivent pas à se donner des modes d'organisation qui leur permettent de répondre aux besoins des jeunes Montréalais. Compte tenu de la diffusion récente des états de situation à l'échelle locale et de la volonté réaffirmée de la Régie régionale d'investir davantage d'énergie en amont des problèmes, on peut espérer assister, à plus ou moins court terme, à la consolidation attendue des pratiques préventives en matière de services à la jeunesse.⁵⁴

Une expérience d'évaluation participative

En 1994, après une vaste consultation publique, la Régie régionale amorçait un virage prévention-promotion et identifiait ses priorités d'intervention. La Direction de la santé publique recevait le mandat de développer et de mettre en œuvre ces priorités et, pour ce faire, sollicitait la participation d'une multitude de partenaires régionaux. Ayant reçu en plus le mandat d'évaluer les 13 programmes découlant de ces priorités, il était logique de penser à créer un partenariat pour l'évaluation. L'évaluation participative mise en place visait à amener les acteurs des programmes (des décideurs aux intervenants sur le terrain) à répondre, en fonction des données recueillies, à deux questions :

Est-ce qu'il y a eu progrès dans l'implantation des programmes?

Compte tenu des conditions d'implantation, la définition de chaque programme a-t-elle toujours du sens?

Les résultats ont notamment permis un certain nombre d'ajustements utiles en cours de route. Ils ont en outre montré que les stratégies d'actualisation du potentiel des personnes et d'enrichissement des milieux de vie étaient davantage menées à terme que celles d'amélioration des conditions de vie et d'influence politique. On a aussi pu se rendre compte que les acteurs peuvent gérer collectivement, avec le soutien technique nécessaire, un processus allant de l'observation des réalisations d'un programme à un jugement sur sa qualité et à des recommandations sur des changements souhaitables.

Un comité de révision éthique indépendant, qui a suivi la réalisation du projet, a conclu à son effet d'« empowerment » dans la mesure où une telle évaluation est un événement de nature publique qui mène à des recommandations sur l'avenir des programmes.

Des zones d'incertitude critique

Nous aborderons dans cette dernière section du chapitre des enjeux pour lesquels nous disposons de certaines informations mais qui, en raison, soit de leur importance, soit de l'ambiguïté des résultats, méritent d'être approfondies. Nous aborderons en premier lieu l'enjeu des ressources humaines, la ressource la plus déterminante pour notre secteur d'activité.

Des ressources humaines malmenées

On sait que les personnels de santé constituent la ressource principale du système et que les réformes ont eu des conséquences majeures sur eux, cependant peu de recherches ont évalué scientifiquement cette question. À Montréal, les efforts du comité aviseur devant orienter l'élaboration du programme d'évaluation d'impact n'ont pas permis d'intéresser des groupes de recherche à ces enjeux. Plus récemment, mieux vaut tard que jamais, des travaux de recherche universitaire ont démarré ⁵⁵.

Une étude d'envergure a toutefois été réalisée dans l'agglomération de Québec, dont les résultats viennent d'être publiés ⁵⁶. Cette étude portait sur l'impact de la transformation du réseau sur la vie professionnelle, la vie familiale et la santé des infirmières. On a documenté l'augmentation de la charge de travail, la diminution de la latitude décisionnelle et la diminution du soutien social au travail, qui ont accompagné la déstabilisation des équipes de travail. L'intensité des changements successifs, en ce qui concerne les collègues, les clientèles et les unités de travail, aurait contribué à l'effritement du sentiment d'appartenance, à une perte de confiance, à une réaction de retrait. Un grand nombre d'infirmières présentaient des niveaux élevés de détresse psychologique et un taux élevé de consommation d'alcool et de psychotropes. L'augmentation de la durée des absences pour maladie ainsi que de la fréquence et de la durée des absences pour un diagnostic de santé mentale sont bien documentées.

« L'intensité des changements successifs, en ce qui concerne les collègues, les clientèles et les unités de travail, aurait contribué à l'effritement du sentiment d'appartenance, à une perte de confiance, à une réaction de retrait. »

Il est difficile de mettre ces résultats en perspective. Comme l'ont suggéré ironiquement certains observateurs, les études des ressources humaines dans le domaine de la santé tendent souvent à démontrer que le moral des travailleurs n'a jamais été plus bas ⁵⁷. De plus, la recherche n'aborde pas l'impact sur la santé des travailleurs qui ont choisi la retraite et ont quitté le réseau. Ces autres catégories de travailleurs ont-elles été affectées différemment?

Même si plusieurs questions demeurent sans réponse, à tout le moins pour la région de Montréal, les faits portant sur les infirmières nous semblent assez probants pour justifier une vigilance accrue et une meilleure prise en compte dans les processus de décision, tant de la part des gestionnaires que des associations professionnelles, ainsi que des considérations relatives à la santé et à la sécurité du personnel soignant.

L'intégration des services : le nerf de la guerre

Tous s'entendent pour affirmer que les services entre les constituantes du réseau doivent être mieux intégrés pour permettre l'évolution du système de santé et de services sociaux. Il s'agissait d'un objectif explicite de la réforme, d'une voie de passage obligée, dont on attendait des répercussions positives sur l'articulation du travail et sur la qualité de la prise en charge de la clientèle. À ce chapitre, certains constats se dégagent des travaux de recherche, mais il demeure des incertitudes qu'il faudra régler pour poursuivre les efforts de transformation.

Deux recherches ont identifié que l'imprécision des rôles et le manque de confiance entre les intervenants du milieu hospitalier et ceux de la 1^{re} ligne représentent un gros obstacle à l'intégration des services. ⁵⁸⁻⁵⁹ La relation de confiance entre les intervenants de la 1^{re}, 2^e et de la 3^e ligne, qui s'appuie pour beaucoup sur la perception de la compétence et de l'expertise des acteurs, apparaît particulièrement déterminante. La qualité de la coordination est tributaire de ce niveau de confiance et, dans les milieux où la coordination est faible, on note un dédoublement, des problèmes de continuité, des conflits importants sur le partage des responsabilités et un manque de cohérence dans les soins et enseignements aux patients ⁶⁰. Bref, de réels problèmes de qualité.

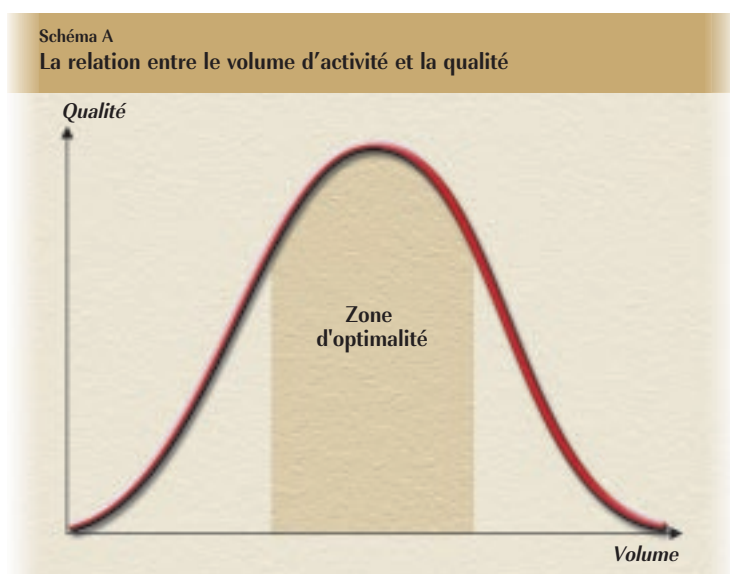
« ... dans les milieux où la coordination est faible, on note un dédoublement, des problèmes de continuité, des conflits importants sur le partage des responsabilités et un manque de cohérence dans les soins et enseignements aux patients ⁶⁰. »

Ces observations font valoir la pertinence de continuer à s'interroger sur le concept d'intégration des services, concept repris par plusieurs mais que tous ne définissent pas de la même façon ⁶¹. La recherche révèle certaines conditions de succès, comme formaliser les ententes et établir une relation de confiance ⁶². Mais beaucoup reste à faire pour connaître les mécanismes qui augmenteraient la qualité des relations entre des partenaires interdépendants, comme c'est le cas dans le réseau. Les divers modes de structuration, ainsi que la place des incitatifs, financiers ou autres, mériteraient une attention particulière, sinon une expérimentation rigoureuse.

Un enjeu émergent : la relation entre le volume et la qualité

La documentation scientifique propose divers exemples indiquant une association positive entre le volume d'activité réalisé par une organisation et la qualité objective de ces activités. Cette relation a été bien démontrée pour certains services spécialisés, dont la chirurgie cardiaque ⁶³. Quelques analyses menées dans le cadre des travaux du Collectif de recherche, semblent indiquer que cette relation n'est pas linéaire (Schéma A). D'une part, un trop faible niveau d'activités pourrait compromettre le maintien d'une expertise appropriée. D'autre part, un niveau très élevé d'activités pourrait, à un certain point, nuire à la qualité des services et accroître les risques d'erreur ⁶⁴. Entre ces deux extrêmes se situerait une zone, ou un certain volume d'activité, correspondant à un niveau optimal de qualité, un niveau qui varierait d'un type de service à un autre.

Il y aurait donc lieu d'identifier une zone d'optimalité propre à chaque type de service et, le cas échéant, à en tenir compte systématiquement pour la prise de décision. La population sera bien servie dans la mesure où l'allocation des ressources garantira la prestation de services par des établissements, des professionnels ou des médecins qui produisent des volumes d'activités adéquats.



*« ... les personnes
qui ont utilisé les
services perçoivent
mieux la situation
que ceux qui ne les
ont pas utilisés. »*

L'érosion de la confiance du public et des professionnels

Partout au Canada, la réforme s'est accompagnée d'une érosion de la confiance de la population à l'endroit du système de santé. De même, un sondage effectué en 1998 et portant sur cinq pays (Australie, Canada, Nouvelle-Zélande, Royaume-Uni et États-Unis), révèle que moins d'un répondant sur quatre estimait que le système de santé fonctionnait bien dans sa forme actuelle ⁶⁵. Au Canada, le niveau de confiance du public n'atteignait que 20 %, une baisse substantielle par rapport au niveau de 56 % en 1988.

À Montréal, l'accessibilité des soins de santé, dans la perception de la population, semble avoir diminué de façon générale entre 1996-1998 ⁶⁶. Fait à noter, les personnes qui ont utilisé les services perçoivent mieux la situation que ceux qui ne les ont pas utilisés. D'autres sondages vont dans le même sens : les répondants ont tendance à avoir un niveau de satisfaction plus élevé pour les services reçus que pour le système de santé en général ⁶⁷, ce qui suggère une amplification médiatique du phénomène d'insatisfaction.

Les données recueillies auprès du public et des professionnels suggèrent que la stratégie de communication n'a pu assurer une pénétration et une appropriation suffisante des objectifs de la transformation préconisés par les dirigeants du réseau. D'après les sondages de l'équipe dirigée par le Dr Pineault, 40 % des répondants se disaient non informés de la réforme, aux trois étapes de l'étude ⁶⁸. Après des entrevues de directeurs des services professionnels et des soins infirmiers, Roberge et coll. ont quant à eux rapporté des différences notables entre les divers milieux quant aux mesures implantées et à l'intensité des efforts ⁶⁸. Il serait étonnant que l'information sur les objectifs de la transformation ait circulé de manière optimale dans un tel contexte. Les messages apparemment contradictoires ont aussi pu susciter une certaine confusion : d'une part améliorer les services et d'autre part couper dans les budgets.

Dans quelle mesure cette érosion de la confiance du public pourrait-elle être préjudiciable pour les décideurs dans la poursuite de la réforme? Nous ne disposons pas de données sur ce sujet mais, d'après certaines informations, il serait souhaitable d'améliorer les échanges entre décideurs et praticiens. Ces échanges devraient avoir cours dans chacune des organisations, bien sûr, mais aussi entre les organisations de manière à mieux s'approprier, à établir des liens de confiance, à favoriser l'appropriation des orientations et introduire plus de cohérence quant aux façons de les mettre en œuvre.

« Il serait souhaitable d'améliorer les échanges entre décideurs et praticiens. »

En somme, la réforme de la santé à Montréal a imposé de nombreux virages imposés qu'il a fallu négocier simultanément. Les efforts portant sur la réduction des niveaux de ressources ont été plus fructueux que ceux visant à réorganiser les services. Le réseau a globalement réussi à l'égard de sa capacité à composer avec des changements organisationnels dont l'ampleur et le rythme étaient considérables. On a d'ailleurs enregistré certaines améliorations mesurables de la performance mais il reste des zones préoccupantes qui feront l'objet d'une attention parti-culière au cours des prochains mois. En outre, des incertitudes et des inquiétudes demeurent, surtout à deux niveaux, celui des stratégies pour communiquer les objectifs de la réforme et celui d'assurer la participation des professionnels et du public. Il s'agit d'une condition préalable pour bien comprendre le changement survenu et à venir et pouvoir y adhérer.

3

Une transformation inachevée

***M** AINTENIR L'ÉQUILIBRE entre les trois objectifs du système de santé et de services sociaux — prévenir, guérir, soigner — sera d'autant plus exigeant qu'il faudra composer, au cours des prochaines décennies, avec des changements majeurs sur les fronts socio-démographique, épidémiologique et technologique.*

De plus en plus, on le voit dans les écrits de la Banque mondiale et des organismes internationaux, la santé est considérée comme un des facteurs nécessaires au développement collectif et à la prospérité des nations. C'est l'une des raisons pour lesquelles on encourage l'investissement dans les services de santé dans l'optique de promouvoir un meilleur état de santé et de favoriser l'essor économique et social des collectivités.

Même si l'action des services de santé est nécessaire au développement du capital santé de la population, cette contribution ne suffit pas. Plusieurs leviers qui conditionnent l'état de santé se situent à l'extérieur de l'appareil de soins. On parle ici de déterminants non-médicaux comme les habitudes et les conditions de vie, l'environnement psycho-social, la salubrité et la convivialité des milieux de vie, l'environnement écologique, naturel ou bâti, etc.

Ces déterminants non-médicaux, même si de plus en plus d'observateurs et d'experts s'entendent pour en reconnaître l'importance, aux yeux du public, ce sont les soins de santé qui revêtent le plus d'importance. En effet, ceux-ci comportent une dimension morale : c'est souvent dans le cadre de la relation thérapeutique que se discutent les questions les plus graves, des questions de vie et de mort. En même temps, on assiste à une forte croissance, et hautement médiatisée, des possibilités qu'offre la technologie moderne. Il ne faut donc pas se surprendre des attentes très grandes du public par rapport aux capacités apparemment illimitées de la médecine.

Le Québec n'échappe pas à cette tendance mondiale, à plus forte raison du fait que l'on a assisté ici à des changements considérables du système de santé ainsi qu'à des réductions budgétaires en très peu de temps.

Schéma B
Services de santé, santé et développement



Cibler les bons objectifs

Si l'on considère les besoins de santé de l'ensemble de la population, elle se divise en trois segments. La majorité, elle, est en très bonne ou en excellente santé et ne fait qu'une utilisation assez légère et peu coûteuse des services de santé. Un deuxième groupe perçoit sa santé comme bonne, ce qui correspond à un peu plus du tiers de la population. Ces personnes souffrent généralement de conditions aiguës qui peuvent être réversibles, ou de conditions chroniques, de facteurs de risque ou de problèmes de santé pour lesquels nous disposons des traitements efficaces. Ce groupe requiert plus fréquemment des soins continus, ce qui influe bien sûr sur les coûts qui en découlent. Le troisième groupe, qui représentait 11 % de la population en 1998, perçoit sa santé comme moyenne ou mauvaise, et ce sont les soins requis pour ces personnes qui représentent les coûts les plus élevés du système de santé.

Notre rapport annuel de l'an dernier soulignait l'importance de cibler les bons objectifs, pour chacun de ces trois groupes, dont les besoins diffèrent ⁷⁰. Pour le premier, l'objectif numéro un est de prévenir, c'est-à-dire préserver, sinon accroître, le capital santé de manière à éviter que les gens ne se retrouvent pas aux niveaux plus élevés de la pyramide des besoins. Pour le deuxième groupe, guérir devient un enjeu plus pressant, ce qui suppose qu'ils aient accès aux moyens appropriés afin de maîtriser les facteurs de risque et d'intervenir au plus tôt dans l'évolution de la maladie; on retarde ainsi les progrès de la maladie et on réduit le risque d'apparition des complications. Quant au dernier groupe, qui se situe au sommet de la pyramide, l'objectif prioritaire est de soigner parce que sa santé est moyenne ou mauvaise. Pour ces personnes qui souffrent d'un déficit ou d'une incapacité souvent irréversible, les approches thérapeutiques visent non pas à éliminer le problème mais plutôt à améliorer leur capacité à composer avec le problème et à vivre une vie satisfaisante malgré tout.

« L'accroissement des exigences liées aux deux autres objectifs, guérir et soigner, peut mener à une réduction de l'intensité des activités de prévention. »

L'expérience nous démontre que le système de santé a du mal à maintenir le souhaitable équilibre entre chacun de ces trois objectifs et la recherche confirme que la mission de prévention est particulièrement fragile.

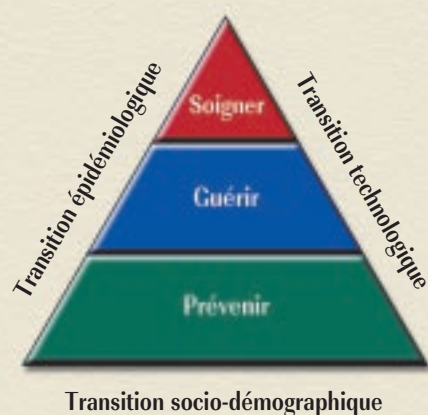
L'accroissement des exigences liées aux deux autres objectifs, guérir et soigner, peut mener à une réduction de l'intensité des activités de prévention. De plus, il peut être difficile de maintenir un juste équilibre entre le guérir et le soigner. Le risque de sous-utilisation, de mauvaise utilisation ou même de surutilisation des services est réel, ce qui constitue un enjeu de taille pour les cliniciens et pour les gestionnaires qui administrent les services.

Un système face à de grandes transitions

Maintenir l'équilibre entre les trois objectifs du système de santé et de services sociaux — prévenir, guérir, soigner — sera d'autant plus exigeant qu'il faudra composer, au cours des prochaines décennies, avec de changements majeurs sur trois fronts.

La transition sociodémographique, déjà amorcée, obligera le système de santé à s'adapter à un changement rapide dans la structure de la population. Cette évolution démographique aura, selon toute vraisemblance, un impact réel sur la demande et l'utilisation des services. Sur le plan social et économique, la persistance des inégalités sociales et les réalités changeantes des dynamiques familiales et communautaires continueront d'influer fortement sur les besoins.

Schéma C
Des transitions à négocier pour le système de santé



Par ailleurs, la transition épidémiologique viendra moduler le profil des problématiques de santé et de bien-être au sein de la population. Autrefois caractérisée par la forte prépondérance des maladies infectieuses, notre société est maintenant marquée par les maladies chroniques, dont le cancer, les maladies cardio-vasculaires, le diabète et les maladies respiratoires constituent les principaux fléaux. Ce fardeau demeurera élevé pour un certain temps encore, étant donné les tendances décevantes de notre collectivité en matière de tabagisme, d'alimentation et de sédentarité. Les problèmes liés au stress et à la précarité des conditions de vie demeureront

« ...mais l'explosion technologique risque en même temps de compromettre la capacité de l'État d'en financer les coûts. »

aussi très présents, se manifestant par les difficultés d'adaptation sociale, les comportements violents ou la détresse psychologique. La transition épidémiologique se poursuivra d'ici 2020, caractérisée de plus en plus par les problèmes de santé d'une population vieillissante. Signalons à titre d'exemple les problèmes d'ordre ostéo-articulaire et cognitif ainsi que le cumul, chez les personnes âgées frêles, de problèmes concomitants.

Mais la pression peut-être la plus significative viendra de la transition technologique. Nul doute que les percées technologiques récentes et à venir portent en elles un considérable potentiel de bénéfices pour la santé de la population, mais l'explosion technologique risque en même temps de compromettre la capacité de l'État d'en financer les coûts. Qu'il suffise de penser aux médicaments dont la croissance des coûts avoisine maintenant 20 % par an, aux coûteuses techniques d'imagerie médicale ou encore aux innovations pressenties du côté de la génomique.

L'effet conjugué de l'évolution des besoins et de la croissance des possibilités diagnostiques et thérapeutiques a d'ailleurs déjà commencé à se faire sentir. Les ressources étant limitées et les capacités d'intervention s'accroissant constamment, faire des choix est devenu inévitable. Ces choix devront non seulement viser à maximiser les effets sur la santé compte tenu des ressources disponibles, mais aussi prendre en compte les objectifs d'équité et les priorités que la société se donne.

« Les ressources étant limitées et les capacités d'intervention s'accroissant constamment, faire des choix est devenu inévitable. »

Le moment est peut-être venu de revoir la logique de prise de décision en matière d'allocation des ressources. Comme le font les analyses avantages-coûts, il serait possible d'adopter certaines méthodes ou conventions de mesure permettant de départager l'utilité des interventions en fonction d'une même valeur étalon. À l'instar de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'adoption d'une unité de mesure commune, basée sur la durée de la vie ajustée pour la qualité de vie, pourrait faciliter la comparaison objective des options et soutenir la prise de décision aux différents paliers décisionnels. Examinons maintenant les pistes de réflexion que nous suggèrent les résultats de l'évaluation pour la suite de la transformation.

Des réflexions à l'intention des décideurs

Dans notre système de santé, des décisions significatives se prennent constamment et ce, à plusieurs niveaux — clinique, administratif, politique, et aussi au niveau du citoyen. Notre analyse de la performance suggère des éléments de réflexion pour chacun.

La décision clinique

Les données de la recherche confirment ce que plusieurs savaient déjà pour l'avoir ressenti personnellement : l'augmentation de la demande et la réduction de la marge de manœuvre font des professions de la santé, des professions à risque. Les praticiens de la base doivent regagner une certaine emprise sur leur milieu de travail, sur les orientations et les choix organisationnels. Si les milieux de pratique ne mettent pas tous et chacun à contribution, la mission du réseau pourrait être compromise. La participation que l'on prône vaut aussi pour le réseau.

L'abondance et la facilité d'accéder à l'information scientifique devraient encourager les praticiens à se soucier, plus que jamais, de la mise en application optimale des connaissances. À ce chapitre, même si le programme d'évaluation ne s'est pas penché sur cette question en tant que telle, l'écart entre les connaissances et leur application ne doit pas différer beaucoup de ce qu'on peut en lire dans la documentation médicale. De plus en plus, le défi de la performance exigera l'adhésion à des conventions de pratique fondées sur les connaissances de pointe. C'est aux praticiens de montrer la voie et d'en être les leaders.

« ... le défi de la performance exigera l'adhésion à des conventions de pratique fondées sur les connaissances de pointe. »

Mais on aura beau y mettre toute la science, encore faut-il réussir à s'organiser. Ici la recherche suggère un rattrapage à faire. Dédouplements, délais, recours excessif à l'urgence, ces phénomènes sont trop fréquents. Il faudra aussi accepter les règles que l'on s'est donné.

L'une des priorités qui s'imposent à ce niveau, c'est une hiérarchisation, bien comprise et fonctionnelle, qui clarifie les rôles, les responsabilités, les interactions souhaitées. Plutôt qu'en termes de visites ponctuelles, il faut réfléchir en épisodes de soins, en continuum de services, il faut aussi décortiquer les processus et concevoir le trajet de la personne, en minimisant les heurts et en assurant l'accompagnement requis à chaque moment dans le labyrinthe que représentent nos corridors de soins.

Un rapprochement est plus jamais essentiel entre les forces vives de la 1^e ligne : CLSC, organismes communautaires, médecins et praticiens du secteur privé. La formule d'entente de collaboration éprouvée dans d'autres situations mériterait d'être mise à l'essai entre les CLSC et les médecins en cabinet. L'approche par population, différenciée selon l'âge ou le genre pour rejoindre les réalités des personnes aux différentes phases du cycle de la vie, a déjà montré son utilité et pourrait être prometteuse.

L'articulation de la 1^e ligne avec les équipes spécialisées de la 2^e et de la 3^e ligne est également à parfaire. On aurait intérêt à structurer une approche par programme, avec des mécanismes d'échange, de collaboration et de référence mutuelle, à tout le moins pour des problèmes fréquents comme les maladies chroniques, plutôt qu'avoir à la réinventer à chaque cas. Il nous faut former équipe, à l'instar de ce que nous propose le Programme québécois de lutte contre le cancer.⁷¹

La décision administrative

Les gestionnaires ont eux aussi été touchés par le processus de changement des dernières années. Dorénavant moins nombreux à gérer des réalités plus complexes, leur défi est de garder l'organisation en santé et de créer des contextes organisationnels favorables au travail en réseau. Le gestionnaire doit aussi bien comprendre comment s'inscrit son rôle dans le réseau et dans la chaîne d'intervention. Il doit amener son organisation à fournir l'apport attendu au réseau et à en retirer ce qui est nécessaire pour assurer son développement organisationnel. Il doit de plus en plus devenir un gestionnaire d'interface et d'interaction, savoir composer avec les valeurs et les émotions.

« Le réseau aura de plus en plus besoin d'administrateurs qui appliqueront une approche de gestion préventive. »

Le réseau aura de plus en plus besoin d'administrateurs qui appliqueront une approche de gestion préventive, de gens qui comprennent bien le continuum dans lequel se situe l'action et qui savent diriger celle-ci pour faire mieux, au moindre coût, chaque fois que possible. Il saura documenter la performance interne et externe de son équipe, de son service, de son organisation.

Autre défi dans un système comme le nôtre où l'autonomie est forte et où les liens d'autorité sont plutôt lâches, donner une ligne de direction plus nette. Sans basculer dans une logique de commandement, le réseau a probablement besoin de nœuds décisionnels mieux établis, avec des niveaux de compétence clairs, d'une tête de réseau, d'un plan de match commun. La transformation sera impossible autrement. Seuls des gestionnaires avec la vision, les compétences et les attitudes appropriées seront en mesure de mener le réseau à bon port.

La décision politique

Pour les élus et l'administration qui les soutient, le défi est de garder le système en santé. Pour ce faire, comme tout ce qui est humain, le système doit poursuivre un idéal, viser un objectif, être actif, collaborer, être récompensé pour ses bons coups.

Il revient au palier politique de voir loin, de proposer l'éclairage quant à la vision et donner un sens à l'action collective. Il lui faudra garder le cap, même dans la tempête. C'est au politique de préciser les choix quant aux résultats les plus stratégiques, parce qu'il est impossible de tout faire, en plus de trouver et d'allouer les ressources pour y travailler.

« C'est au politique de préciser les choix quant aux résultats les plus stratégiques. »

Il lui appartient aussi de promouvoir la préoccupation de la performance afin de tirer le maximum de ressources disponibles pour prévenir, guérir, soigner. Il lui faut adopter un cadre d'ensemble pour gérer cette performance. Une politique de santé renouvelée, qui explicite les obligations de moyens et les objectifs de résultats, pourrait être un instrument précieux pour préciser les cibles majeures et comment en suivre la progression, en collaboration avec la base professionnelle et administrative.

La décision citoyenne

Lorsqu'il s'agit de santé et de bien-être, il ne peut y avoir qu'un seul juge, en dernière analyse, la personne elle-même. Au fond, les citoyens sont les premiers décideurs. Jusqu'à maintenant, leur jugement reposait sur la réalité perçue, sur l'appréciation personnelle des forces et limites du système, bref de ce qu'il peut leur offrir véritablement.

« Au fond, les citoyens sont les premiers décideurs. »

« L'informaceutique, au fond, c'est l'art et la science de prévenir, guérir, soigner, grâce à l'information. »

La révolution actuelle de l'information est en train de bouleverser la relation depuis toujours asymétrique entre la personne et le professionnel. Les citoyens ont à présent facilement accès à l'information sur les questions de santé et de bien-être. De plus en plus scolarisés, un grand nombre veulent prendre des décisions éclairées face à leur santé. Nous assistons à l'émergence d'une nouvelle approche thérapeutique dans la panoplie des technologies à notre disposition, une stratégie porteuse qu'on pourrait appeler « informaceutique ». L'informaceutique, au fond, c'est l'art et la science de prévenir, guérir, soigner, grâce à l'information. La connaissance est à la base de tout, même de la santé. Redonner au citoyen une emprise sur sa santé passe par la synthèse de l'information pour en extraire la connaissance et la transmettre efficacement.

Dans notre perspective, la transformation ne pourra réussir sans faire appel au pouvoir de l'information. Ne serait-il pas opportun de favoriser plus activement la diffusion des connaissances, notamment en langue française, afin d'exploiter tout le potentiel des ressources informationnelles et d'en faire un réel instrument de travail à l'intérieur du système de santé?

Vers un système performant

Tous s'entendent, que ce soit au palier clinique, administratif ou politique, pour dire qu'il est important de se donner un système plus performant. Un système qui produit de la santé et des bons services à un coût acceptable, qu'il s'agisse de coûts directs, en dollars, ou des autres coûts, financiers et humains, tant pour les clients que pour ceux qui produisent les services.

Pourquoi ne pas convenir d'un concept de performance, qui serait non seulement acceptable mais porteur pour la majorité, et qui permettrait de se donner des critères afin d'apprécier et d'améliorer notre performance à chaque niveau, comme praticien, comme organisation, comme système. Le cadre global d'analyse mis de l'avant par l'OMS dans son Rapport sur la santé 2000 a été bien accueilli et offre, à cet égard, un potentiel intéressant.

« Tout s'entend, que ce soit au palier clinique, administratif ou politique, pour dire qu'il est important de se donner un système plus performant. »

En vertu de ce cadre, le système québécois de santé pourrait être évalué en fonction de cinq objectifs fondamentaux, en mettant en relation l'atteinte de ces objectifs et les ressources investies. Les voici :

1. améliorer la santé de la population;
2. réduire les écarts de santé;
3. répondre aux attentes légitimes de la population quant à la qualité des services;
4. répondre à ces attentes sans faire de discrimination envers les groupes vulnérables; et
5. répartir équitablement le fardeau du financement.

Il s'agit d'un cadre intégrateur, qui crée un espace pour plusieurs thèmes centraux à la mission du système de santé : l'efficacité, l'équité, l'efficience économique, la réactivité, la satisfaction, etc. Un cadre qui permettrait aussi de se comparer à d'autres parce que nous avons à apprendre d'autres et nous devons le faire. Un cadre, enfin, qui exige de documenter l'activité dans toutes ses dimensions pertinentes. De ce point de vue, le prochain virage pourrait bien être « électronique ».

Un rôle de vigie pour la santé publique

Pour notre part, comme intervenants de santé publique, nous maintiendrons notre engagement à suivre et apprécier la performance du système et à en informer les décideurs, qu'ils soient élus, gestionnaires, praticiens ou simples citoyens. Nous continuerons à évaluer l'impact des transformations sur la santé et le bien-être de la population, particulièrement auprès des groupes fragilisés ou vulnérables. Nous demeurerons vigilants par rapport à la morbidité et la mortalité évitables grâce à une action appropriée. Nous porterons une attention particulière à l'accessibilité et à l'utilisation des services et interventions reconnus efficaces, notamment pour les groupes vulnérables. Nous demeurerons soucieux, enfin, des inégalités sociales de la santé à l'égard de l'accessibilité, de la qualité des services, ainsi que de l'équité dans la participation au financement.

Épilogue

PRINTEMPS 2005. Simone Taillefer sort de la coopérative de santé de son quartier. Il y a maintenant trois ans qu'elle fréquente régulièrement cette équipe de soins primaires qu'ont mis sur pied le CLSC, un groupe de médecins et un ex-centre de physiothérapie. Simone y a trouvé un bon médecin de famille qu'elle voit périodiquement, puisque le diabète requiert un suivi régulier. La clinique est affiliée à plusieurs spécialistes qu'elle peut rencontrer sur rendez-vous, dont cette jeune nutritionniste qui l'a initié à la gastronomie végétarienne et l'ophtalmologiste qui la suit annuellement pour ses yeux.

C'est en raison de la qualité de leur accueil et de la compétence démontrée par l'équipe, et aussi en raison de son réseau de collaborateurs, qu'elle a choisi la coopérative, avec laquelle elle a conclu une entente de 3 ans. C'est cette entente qui détermine le paiement versé à l'équipe pour l'accepter dans sa pratique, en accord avec la politique gouvernementale que la ministre de la Santé a retenue pour régler la crise de la santé au début des années 2000. C'est cette même entente qui précise le cadre qui permet au personnel de la coopérative d'avoir accès aux données informatisées qui la concernent, où que ce soit dans les banques d'information des organismes de santé au Québec. Ce lien électronique lui est particulièrement précieux avec le pharmacien, afin de simplifier le suivi et le renouvellement des médicaments et réduire les erreurs de prescription.

Le généraliste et son équipe se sont engagés à maintenir un contact avec madame Simone, comme ils l'appellent, afin de la « garder en santé ». Ils correspondent avec elle, de temps à autre, pour lui donner des nouvelles sur les questions de santé qui sont pertinentes à sa situation particulière. Ils font aussi des visites à domicile si cela est préférable. Quand elle se présente aux bureaux de la coopérative, elle y trouve une salle d'attente aménagée pour lui permettre d'y trouver facilement des renseignements utiles sur la santé et les ressources du milieu. C'est une infirmière qui s'en occupe, la même qui soutient le médecin dans son rôle de coordination des soins et qui lui administre périodiquement de courts questionnaires pour suivre son état de santé, effectue les prélèvements sanguins et les rappels périodiques. L'infirmière coordonnatrice voit à assurer le suivi avec les services spécialisés ou les établissements pour les services qu'ils n'offrent pas directement, de façon à maintenir le cap sur l'objectif de son plan de santé global.

Voilà donc le profil de services auquel Mme Taillefer a recours dans le système de santé montréalais de 2005, dont certains disent qu'il est en train de redevenir l'un des meilleurs au monde. On dit que la transformation du système doit encore se poursuivre, et on parle maintenant du « virage génétique ». Faut croire que la seule constante avec la santé, c'est que ça change sans cesse. Et dans le fond, ça change peut-être pour le mieux...

Liste des projets et des chercheurs

Nous présentons ici la liste des projets de recherche portant sur les services de santé offerts à Montréal et ayant un lien avec l'une ou l'autre des mesures du plan de transformation de la Régie régionale de Montréal-Centre. Les chercheurs qui ont bien voulu collaborer à ce collectif y sont aussi identifiés. Les résumés de chacun de ces projets peut être consultés dans le document Collectif de recherche sur l'impact de la transformation du réseau montréalais sur la santé.

L'impact de la fermeture des centres hospitaliers de soins de courte durée localisés sur l'île de Montréal sur l'engorgement des salles d'urgence des hôpitaux parrains. DANIELE ROBERGE ¹, RAYNALD PINEAULT ⁴, PIERRE TOUSIGNANT ²⁻³, SYLVIE CARDIN ⁴.

Transfert des personnes en perte d'autonomie des CRPDI vers le CHSLD Champlain-Manoir de Verdun. MILITZA ZENCOVICH ⁸.

Évaluation de l'impact de la reconfiguration du réseau des services de santé de Montréal-Centre sur l'accessibilité. RAYNALD PINEAULT ⁴, LÉO-ROCH POIRIER ⁵, RONALD LEBEAU, VÉRONIC OUELLETTE.

Bilan d'implantation et appréciation du fonctionnement : Modalités d'articulation CHSCD-CLSC-Médecin traitant, soins posthospitaliers - dimension administrative. CAROLE LÉCUYER ⁵.

Convivialité et cadre organisationnel des technologies utilisées à domicile. PASCALE LEHOUX ⁶, RAYNALD PINEAULT ⁷, LUCIE RICHARD ⁷, JOCELYNE ST-ARNAUD, HENK ROSENDAL.

Services de prévention et de promotion de la santé (PP) dans le domaine de la périnatalité-enfance-jeunesse dans les CLSC : profil et étude des déterminants. LUCIE RICHARD ¹⁰, DANIELLE D'AMOUR ¹⁰, JEAN-MARC BRODEUR ⁷, RAYNALD PINEAULT ⁷, LOUISE SÉGUIN ⁷, JEAN-FRANÇOIS LABADIE.

Impact de la reconfiguration du système de santé sur l'organisation des services préventifs offerts par les CLSC dans la région de Montréal-Centre. LÉO-ROCH POIRIER ⁵⁻⁶, PATRICIA GOGGIN ⁵, NATALIE KISHCHUK.

Évaluation de l'impact des modalités de suivi postnatal sur la mère et le nouveau-né dans le contexte du congé précoce en obstétrique. LISE GOULET ⁷, DANIELLE D'AMOUR ¹⁰, RAYNALD PINEAULT ⁷, LOUISE SÉGUIN ⁷, JOCELYN BISSON.

Analyse stratégique de la mise en place d'un réseau de soins en périnatalité. DANIELLE D'AMOUR ¹⁰, LISE GOULET ⁷, RAYNALD PINEAULT ⁷, KARINA DAIGLE.

Le projet diabète : évaluation de l'implantation d'un modèle de services intégrés pour les patients souffrant de diabète type 2 dans le territoire Côte-des-Neiges. ANDRÉ-PIERRE CONTANDRIOPOULOS ⁹, DANIELLE LAROCHE ⁴, ROSARIO RODRIGUEZ ⁹, RAYNALD PINEAULT ⁷.

Rentabilité du congé précoce avec soutien après un AVC. NANCY MAYO ⁸, JOSEPHINE TENG, SHARON WOOD-DAUPHINEE ¹¹, ROBERT CÔTÉ ⁹, ERIC LATIMER ¹⁰, JAMES HANLEY ¹¹.

Modalités et qualité perçue de la prise en charge des personnes âgées à l'urgence : effet sur le risque de retour. SYLVIE CARDIN ⁴, RAYNALD PINEAULT ⁷, DANIELÉ ROBERGE ⁴, EDDY LANG, MICHEL TÉTRAUFT, JOSÉE VERDON ¹¹.

Étude randomisée évaluant l'effet d'un programme interdisciplinaire de suivi clinique ambulatoire, sur le taux de réhospitalisations, la qualité de vie et l'utilisation des ressources hospitalières chez des patients atteints d'insuffisance cardiaque. O. DOYON ¹², J. BROPHY ¹³, J.-L. ROULEAU ¹⁴, A. DUCHARME ¹⁵, F. GAUTHIER ¹⁸, M. LANGLOIS ¹⁸, J. LOYER ¹⁸, S. HEPPEL ¹⁸.

Évaluation de l'efficacité du réseau de services offerts aux personnes ayant des troubles mentaux et vivant dans la communauté. LÉO-ROCH POIRIER ⁵, LOUISE FOURNIER ⁵, DEENA WHITE ¹⁶, CÉLINE MERCIER ¹⁷, ALAIN LESAGE ¹⁸.

Impact de la chirurgie d'un jour sur les usagers et leur famille. PIERRE TOUSIGNANT ⁵, LEE SODERSTROM ¹⁹, JEAN-PIERRE LAVOIE ⁵, TERRY KAUFMAN ²⁰.

Impact d'une réduction de la durée de séjour à l'hôpital sur les usagers et leur famille. PIERRE TOUSIGNANT ⁵, LEE SODERSTROM ²², JEAN-PIERRE LAVOIE ⁵, TERRY KAUFMAN ²³, RAYNALD PINEAULT ⁷.

Évaluation du projet de démonstration SIPA, simulation de la capitation (Système de services intégrés pour les personnes âgées en perte d'autonomie). FRANÇOIS BÉLAND ⁷, HOWARD BERGMAN ¹⁶, PAULE LEBEL ¹⁷, ANDRÉ-PIERRE CONTANDRIOPOULOS ⁹, JEAN-LOUIS DENIS ⁹, PIERRE TOUSIGNANT ⁵⁻⁶, JOANNE MONETTE, FRANCINE DUCHARME, ANNE LANGLEY.

¹ Unité de recherche évaluative, Centre de recherche, CHUM.

² Direction de la santé publique de Montréal-Centre.

³ Institut national de santé publique du Québec

⁴ Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal.

⁵ Service des études et de l'évaluation, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.

⁶ Département de l'Administration de la santé, Université de Montréal.

⁷ Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.

⁸ Joint Departments of Epidemiology and Biostatistics and of Occupational Health, McGill University.

⁹ Department of Medicine, McGill University.

¹⁰ Hôpital Douglas.

¹¹ Centre Hospitalier Universitaire de Montréal

¹² Université du Québec à Trois-Rivières/Université de Montréal.

¹³ Université McGill.

¹⁴ Université de Montréal.

¹⁵ Institut de cardiologie de Montréal.

¹⁶ Département de sociologie, Université de Montréal

¹⁷ Division de la recherche psychosociale, Centre de recherche de l'Hôpital Douglas

¹⁸ Centre de recherche Fernand-Seguin, Hôpital Louis-H.-Lafontaine

¹⁹ Department of Economics, McGill University.

²⁰ CLSC Notre-Dame-de-Grâce/Montréal-Nord.

Liste des figures et schémas

Figure 1	Évolution des budgets des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) et des autres établissements de santé et de services sociaux, Montréal-Centre, 1991-1992 à 1999-2000	p.14
Figure 2	Évolution des coûts directs des établissements de santé et de services sociaux, par catégorie de services, Montréal-Centre, 1995-1996 à 1998-1999	p.14
Figure 3	Proportion de procédures diagnostiques et thérapeutiques réalisées en soins hospitaliers d'un jour, selon le type de procédure, Montréal-Centre, 1993-1994 à 1997-1998	p.15
Figure 4	Nombre d'hospitalisations selon le type de soins, Montréal-Centre, 1993-1994 à 1997-1998	p.15
Figure 5	Taux ajusté de pontage coronarien pour certaines régions urbaines du Canada, 1997-1998	p.16
Figure 6	Taux ajusté d'arthroplastie du genou pour certaines régions urbaines du Canada, 1997-1998	p.16
Figure 7	Nombre de personnes desservies et de visites à domicile par les CLSC, population de 65 ans et plus, Montréal-Centre, 1995-1996 à 1998-1999	p.17
Figure 8	Délai moyen d'accès (en jours) pour une première admission en CHSLD selon les heures-soins requises, Montréal-Centre, 1995-1996 à 1998-1999	p.18
Figure 9	Nombre d'admissions retenues en hébergement selon les catégories d'heures-soins, Montréal-Centre, 1995-1999	p.18
Figure 10	Nombre d'heures annuellement travaillées en CLSC pour la promotion et la prévention, Montréal-Centre, 1994-1995 à 1998-1999	p.21
Figure 11	Nombre de départs par catégories d'emploi salarié, Montréal-Centre, Octobre 1997	p.24
Figure 12	Taux d'admissions jugées évitables, selon le groupe de conditions médicales, Montréal-Centre, 1993-1994 à 1997-1998	p.31

Figure 13	Taux brut de mortalité évitable par les soins, Montréal-Centre et reste du Québec, 1981 à 1998	p.31
Figure 14	Taux d'hospitalisation pour interventions dites pertinentes et discrétionnaires, Montréal-Centre, 1993-1994 à 1997-1998	p.32
Figure 15	Taux de mortalité prématurée, selon la catégorie de revenu, Montréal-Centre, 1986-1988 à 1995-1997	p.33
Figure 16	Taux brut d'hospitalisation, selon la catégorie de revenu, Montréal-Centre, 1991-1993 à 1997-1998	p.33
Figure 17	Taux de mortalité pour certaines causes évitables par les soins, selon la catégorie de revenu, Montréal-Centre, 1986-1988 à 1995-1997	p.34
Figure 18	Taux de létalité durant les 90 jours suivant l'admission à l'hôpital pour un infarctus du myocarde, Montréal-Centre, 1993-1994 à 1997-1998	p.35
Figure 19	Taux de réadmission après accouchement par voie vaginale et après accouchement par césarienne, Montréal-Centre, 1993-1994 à 1997-1998	p.37
Figure 20	Taux ajusté d'hospitalisation pour de conditions propices aux soins ambulatoires pour certaines régions urbaines du Canada, 1997-1998	p.39
Figure 21	Taux d'admission en centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés après une visite en soins hospitaliers d'un jour, Montréal-Centre, 1993-1994 à 1997-1998	p.39
Figure 22	Taux d'appendice rompu, Montréal-Centre, 1993-1994 à 1997-1998	p.41
Figure 23	Taux de létalité par maladies pulmonaires obstructives chroniques pour trois périodes de suivi, Montréal-Centre, 1993-1994 à 1997-1998	p.42
Figure 24	Nombre quotidien moyen de civières occupées à l'urgence, Montréal-Centre, avril 1995 à mars 2000	p.43
Schéma A	La relation entre le volume d'activité et la qualité	p.49
Schéma B	Services de santé, santé et développement	p.53
Schéma C	Des transitions à négocier pour le système de santé	p.55

Notes bibliographiques

- 1 BRADBURY, MALCOM (1992). *Doctor Criminale*. New York : Viking (traduction libre).
- 2 RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL-CENTRE. *Allocution de la présidente du conseil d'administration*. Commission des Affaires sociales, mars 2000.
- 3 Ensemble, les réductions récurrentes des dépenses ont été principalement obtenues en procédant à la fermeture ou à la conversion de neuf hôpitaux. Les réallocations de 155,6 M \$ ont été confirmées en trois phases successives au cours des années budgétaires de 1995-1996 à 1997-1998, ces dernières comportant surtout des transferts de personnel.
- 4 MSSS. *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*. Québec, 1988.
- 5 Voir le site de la Régie régionale de Montréal-Centre : <http://www.rrss06.gouv.qc.ca>
- 6 Au 31 mars 1999, la région disposait de 6 147 lits dressés pour des soins généraux et spécialisés, soit 38 % de la capacité totale du Québec.
- 7 INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. *Les soins de santé au Canada 2000 : un premier rapport annuel*. Avril 2000.
- 8 Voir le site www.cihi.ca.
- 9 CARDIN S. ET COLL. *Modalités et qualité perçue de la prise en charge des personnes âgées à l'urgence: effet sur le risque de revenir*. In PINEAULT R., TOUSIGNANT P. Éd. *Collectif de recherche sur l'impact de la transformation du réseau montréalais sur la santé*, Direction de la santé publique, RRSSS Montréal-Centre, décembre 2000, p. 67.
- 10 WEIL K. *Pouvoir actuel ou l'idéal*, Allocution prononcée au XX^e colloque Jean-Yves Rivard. Le 16 avril 1999.
- 11 EISENBERG D.M., KESSLERR R.C., FOSTER C. et AL. *Unconventional medicine in the United States: prevalence, costs, and patterns of use*. New England Journal of Medicine, 1993; 328:246-52.
- 12 DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE. *Partenaires pour la santé, Actes de la première conférence régionale en prévention – promotion*. RRSSS Montréal-Centre, janvier 1997.
- 13 BILODEAU A., ALLARD D., CHAMBERLAND C. *Évaluation participative des priorités régionales de prévention – promotion : les premiers pas d'un partenariat en évaluation*. Direction de la santé publique, RRSSS Montréal-Centre, 1998, 225 p.
- 14 LAUZON N. ET COLL. *Rapport des audiences tenues par la Régie régionale dans le cadre du plan d'amélioration des services 1998-2002*. RRSSS Montréal-Centre, 1998, 225 p.
- 15 RRSSS MONTRÉAL-CENTRE. *Grandir sur l'île : le Projet jeunesse montréalais*. 1999, 52 p.
- 16 RRSSS MONTRÉAL-CENTRE. *Tableau de bord pour le suivi de la transformation du réseau montréalais*, 2000.

- 17 RRSSS MONTRÉAL-CENTRE. *L'atteinte d'un nouvel équilibre*, p. 59.
- 18 TOUSIGNANT P., LAVOIE G., POIRIER L.-R., LAMONTAGNE D., DUPONT M.A., ROY D. *L'impact de la transformation du réseau montréalais sur la santé : Résultats du monitoring*. Direction de la santé publique, RRSSS Montréal-Centre, décembre 2000.
- 19 PINEAULT R., TOUSIGNANT P. Éd. *Collectif de recherche sur l'impact de la transformation du réseau montréalais sur la santé*. Direction de la santé publique, RRSSS Montréal-Centre, décembre 2000, 95 p.
- 20 Interventions sentinelles dites pertinentes : traitement pour cataracte, angioplastie, pontage aorto-coronarien, traitement de la rétinopathie, implantation d'un pacemaker, d'une prothèse de la hanche, du fémur ou du genou.
- 21 Interventions sentinelles dites discrétionnaires : amygdalectomie, hystérectomie, prostatectomie, endartérectomie carotidienne, césarienne.
- 22 DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE. *Les inégalités sociales de la santé : rapport annuel 1998 sur la santé de la population*. RRSSS Montréal-Centre, 1998.
- 23 TOUSIGNANT P. et COLL. OP. CIT.
- 24 PINEAULT R. ET COLL. *Évaluation de l'impact de la reconfiguration du réseau des services de santé de Montréal-Centre sur l'accessibilité*. In PINEAULT R., TOUSIGNANT P. Éd. *Collectif de recherche sur l'impact de la transformation du réseau montréalais sur la santé*. Direction de la santé publique, RRSSS Montréal-Centre, décembre 2000, p. 29.
- 25 TOUSIGNANT P., LAVOIE G., POIRIER L.-R., LAMONTAGNE D., DUPONT M.A., ROY D. *Évaluation de l'impact de la reconfiguration du réseau sur la santé et le bien-être de la population de Montréal-Centre : Résultats du monitoring*. Direction de la santé publique, RRSSS Montréal-Centre, décembre 2000.
- 26 Voir rapport annuel 1999. Prévenir, guérir, soigner : les défis d'une société vieillissante.
- 27 BOYER G., LAVERDURE J. *Le déploiement des programmes de type Naître-Égale - Grandir en santé au Québec : Avis*. Institut national de santé publique du Québec. 2000, 46 p.
- 28 BÉLAND F., BERGMAN H., LEBEL P., ET COLL. *Évaluation du projet de Soins intégrés pour les personnes âgées (SIPA)*. In PINEAULT R., TOUSIGNANT P. Éd. *Collectif de recherche sur l'impact de la transformation du réseau montréalais sur la santé*. Direction de la santé publique, RRSSS Montréal-Centre, décembre 2000, p. 87.
- 29 DOYON O. ET COLL. *Étude randomisée évaluant l'effet d'un programme interdisciplinaire de suivi clinique ambulatoire sur le taux de réhospitalisations, la qualité de vie et l'utilisation des ressources hospitalières chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque*. In PINEAULT R., TOUSIGNANT P. Éd. *Collectif de recherche sur l'impact de la transformation du système de santé montréalais*. Direction de la santé publique, décembre 2000, p. 72.
- 30 MAYO ET COLL. *Cost-effectiveness of early supported discharge for stroke*. In PINEAULT R., TOUSIGNANT P. Éd. *Collectif de recherche sur l'impact de la transformation du réseau montréalais sur la santé*. Direction de la santé publique, RRSSS Montréal-Centre, décembre 2000, p. 63.

- 31 DUNNIGAN L. ET COLL. *Évaluation provinciale des services Info-Santé CLSC*. Rapport final 1994-1999. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, octobre 1999, pp. 59.
- 32 LÉCUYER C. *Bilan d'implantation et appréciation du fonctionnement : modalités d'articulation CHSCD-CLSC-Médecin traitant, soins post-hospitaliers – dimension administrative*. In PINEAULT R., TOUSIGNANT P. Éd. *Collectif de recherche sur l'impact de la transformation du réseau montréalais sur la santé*. Direction de la santé publique, RRSSS Montréal-Centre, décembre 2000, p. 33.
- 33 POIRIER L.-R. ET COLL. *Évaluation de l'efficacité du réseau de services offerts aux personnes ayant des troubles mentaux et vivant dans la communauté*. In PINEAULT R., TOUSIGNANT P. Éd. *Collectif de recherche sur l'impact de la transformation du réseau montréalais sur la santé*. Direction de la santé publique, RRSSS Montréal-Centre, décembre 2000, p. 75.
- 34 ZENCOVICH M. *Transfert des personnes en perte d'autonomie des CRDPI vers le CHSLD Champlain-Manoir de Verdun*. In PINEAULT R., TOUSIGNANT P. Éd. *Collectif de recherche sur l'impact de la transformation du réseau montréalais sur la santé*. Direction de la santé publique, RRSSS Montréal-Centre, décembre 2000, p. 27.
- 35 TOUSIGNANT P., LAVOIE G., POIRIER L.-R., LAMONTAGNE D., DUPONT M.-A., ROY D. OP. CIT.
- 36 GOULET L. ET COLL. *Évaluation de l'impact des modalités de suivi postnatal sur la mère et le nouveau-né dans le contexte du congé précoce en obstétrique*. In PINEAULT R., TOUSIGNANT P. Éd. *Collectif de recherche sur l'impact de la transformation du système de santé montréalais*. Direction de la santé publique, RRSSS Montréal-Centre, décembre 2000, p. 49.
- 37 Résolution adoptée lors de la séance du conseil d'administration de la Régie régionale le 23 novembre 2000.
- 38 CARDIN S. ET COLL. *Modalités et qualité perçue de la prise en charge des personnes âgées à l'urgence : effet sur le risque de revenir*. In Pineault R., Tousignant P. Éd. *Collectif de recherche sur l'impact de la transformation du réseau montréalais sur la santé*. Direction de la santé publique, RRSSS Montréal-Centre, décembre 2000, p. 67.
- 39 PINEAULT ET COLL., OP. CIT.
- 40 INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ, www.cihi.ca.
- 41 ROBERGE ET COLL., OP. CIT.
- 42 LEHOUX ET COLL. *Convivialité et cadre organisationnel des technologies utilisées à domicile*. In PINEAULT R., TOUSIGNANT P. Éd. *Collectif de recherche sur l'impact de la transformation du réseau montréalais sur la santé*. Direction de la santé publique, RRSSS Montréal-Centre, décembre 2000, p. 35.
- 43 TOUSIGNANT P., SODERSTRÖM L., LAVOIE J.-P., ET COLL. *Impact de la chirurgie d'un jour sur les usagers et leur famille*. In PINEAULT R., TOUSIGNANT P. Éd. *Collectif de recherche sur l'impact de la transformation du réseau montréalais sur la santé*. Direction de la santé publique, RRSSS Montréal-Centre, décembre 2000, p. 78.

- 44 TOUSIGNANT P., ET COLL. *L'impact d'une réduction de la durée de séjour à l'hôpital sur les usagers et leur famille*. In PINEAULT R., TOUSIGNANT P. Éd. *Collectif de recherche sur l'impact de la transformation du réseau montréalais sur la santé*. Direction de la santé publique, RRSSS Montréal-Centre, décembre 2000, p. 81.
- 45 MOISAN M. *Virage ambulatoire : le prix caché pour les femmes*. Québec, Conseil du statut de la femme, 1999.
- 46 DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE. *Prévenir, guérir, soigner : les défis d'une société vieillissante*. Rapport annuel 1999 sur la santé de la population, RRSSS Montréal-Centre, décembre 1999.
- 47 ROBERGE ET COLL. *L'impact de la fermeture de centres hospitaliers de soins de courte durée localisés sur l'île de Montréal sur l'engorgement des salles d'urgence des hôpitaux parrains*. In PINEAULT R., TOUSIGNANT P. Éd. *Collectif de recherche sur l'impact de la transformation du réseau montréalais sur la santé*. Direction de la santé publique, RRSSS Montréal-Centre, décembre 2000, p. 22.
- 48 RICHARD L. ET COLL. *Services de prévention et de promotion de la santé dans le domaine de la périnatalité – enfance – jeunesse dans les CLSC : profil et étude des déterminants*. In PINEAULT R., TOUSIGNANT P. Éd. *Collectif de recherche sur l'impact de la transformation du réseau montréalais sur la santé*. Direction de la santé publique, RRSSS Montréal-Centre, décembre 2000, p. 40.
- 49 POIRIER L.-R., GOGGIN P., KISHCHUK N. *L'impact de la reconfiguration du système de santé sur l'organisation des services préventifs offerts par les CLSC de la région de Montréal-Centre*. In PINEAULT R., TOUSIGNANT P. Éd. *Collectif de recherche sur l'impact de la transformation du réseau montréalais sur la santé*. Direction de la santé publique, RRSSS Montréal-Centre, décembre 2000, p. 45.
- 50 RENÉ J.-F., DUVAL M., FOURNIER D., GARON S. *Transformation des pratiques des organismes communautaires dans le cadre de la réorganisation du réseau au Québec, à paraître*.
- 51 BILODEAU A., ALLARD D., CHAMBERLAND C. *Évaluation participative des priorités régionales de prévention – promotion : les premiers pas d'un partenariat en évaluation*. Direction de la santé publique, RRSSS Montréal-Centre, 1998, 225 p.
- 52 ROY D. *L'égalité des chances pour les jeunes montréalais : le défi de l'accès à la santé et aux services de santé*, pp. 76-93. In Masi R. Éd. *Removing Barriers II : Keeping Canadian values in health care*. Proceedings of the May 25th and 26th, 2000 National Conference, Removing Barriers Symposium.
- 53 JEAN BÉLANGER. Chercheur principal pour l'évaluation du Projet jeunesse montréalais, communication personnelle.
- 54 RRSSS MONTRÉAL-CENTRE. *Projet jeunesse montréalais : synthèse des états de situation locaux*. Décembre 2000.
- 55 JACQUES LAROUCHE. Directeur des ressources humaines à la Régie régionale, communication personnelle.
- 56 BOURBONNAIS R., MALENFANT R., VIENS C., VÉZINA M., BRISSON C., LALIBERTÉ D., SARMIENTO J. *Les impacts positifs et négatifs de la transformation du réseau sur la vie professionnelle, la vie familiale et la santé des infirmières et infirmiers de l'agglomération de Québec*. Équipe de recherche RIPOST, Université Laval et Direction de la santé publique de Québec, août 2000, 27p.

- 57 LOMAS J. *Allocution prononcée lors du Séminaire interdisciplinaire sur la réforme du système canadien de soins de santé et son impact sur la santé de la population*. Montréal, 17 novembre 2000.
- 58 D'AMOUR D., GOULET L., PINEAULT R., DAIGLE K. *Analyse stratégique de la mise en place d'un réseau de soins en périnatalité*. In PINEAULT R., TOUSIGNANT P. Éd. *Collectif de recherche sur l'impact de la transformation du réseau montréalais sur la santé*. Direction de la santé publique, RRSSS Montréal-Centre, décembre 2000, p. 53.
- 59 GOULET L. ET COLL. OP. CIT.
- 60 D'AMOUR D. ET COLL. OP. CIT.
- 61 BRAZEN E., METZGER J. *Strategies for Integrated Health Care*. Jossey Bass, San Francisco, 240 p.
- 62 D'AMOUR D. ET COLL., OP. CIT.
- 63 University of York, Center for Health Economics, NHS Center for Reviews and Dissemination. *The relationship between hospital volume and quality of health outcomes*, Report 8, Part 1, January 1997.
- 64 GOULET L. ET COLL., OP. CIT. voir également LEHOUX ET COLL., OP. CIT.
- 65 DONELAN K., ET AL., (1999). *The Cost of Health System Change : Public Discontent in Five Nations*. Health Affairs, 18 (3) : 206 –216.
- 66 PINEAULT R. ET COLL. *Évaluation de l'impact de la reconfiguration du réseau des services de santé de Montréal-Centre sur l'accessibilité*. In PINEAULT R., TOUSIGNANT P. Éd. *Collectif de recherche sur l'impact de la transformation du réseau montréalais sur la santé*. Direction de la santé publique, RRSSS Montréal-Centre, décembre 2000, p. 29.
- 67 INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. *Les soins de santé au Canada 2000 : un premier rapport annuel*. Avril 2000, p.12.
- 68 PINEAULT R. ET COLL. *Évaluation de l'impact de la reconfiguration du réseau des services de santé de Montréal-Centre sur l'accessibilité*, op. cit.
- 69 ROBERGE D. ET COLL. *L'impact de la fermeture de centres hospitaliers de soins de courte durée localisés sur l'île de Montréal sur l'engorgement des salles d'urgence des hôpitaux parrains*, op. cit.
- 70 DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE, RRSSS MONTRÉAL-CENTRE *Prévenir, guérir, soigner : les défis d'une société vieillissante*. Rapport annuel 1999 sur la santé de la population, chapitre III.
- 71 MSSS. *Pour lutter contre le cancer, formons équipe, Programme québécois de lutte contre le cancer*. Gouvernement du Québec, 1997.

Remerciements

Analyse, synthèse et rédaction

Denis Roy

Soutien à l'analyse

Robert Choinière

Collaborations

Pierre Tousignant

Raynald Pineault

Normand Lauzon

Michel Mongeon

Conseillère à la rédaction

Solange Lapière

Graphisme

Paul Cloutier

Infographie

Manon Girard

Photographie

Jean Bruneau

Traduction anglaise

Terrance Hughes

Production et diffusion

Deborah Bonney

Jean-Luc Moisan

Collaborations spéciales pour la prise de photos

CHSLD LaSalle

et les personnes suivantes :

- Roger Diotte
- Germaine Ferland
- Thérèse Jolicoeur
- Antonio Raymond
- Monique Marsan, infirmière

CLSC Notre-Dame-de-Grâce /

Montréal-Ouest et les personnes
suivantes :

- Lucien Goyer
- John McCaldin
- Les participants au Groupe
Nourri-source

CLSC Rosemont

et les personnes suivantes :

- Yvonne Beauregard
- La famille LeBrun
- Elvira Lipari
- Mariette Pari

Résidence Confort