

Université de Montréal

**Les réseaux des services de santé de première ligne : le cas
des services dispensés aux personnes atteintes d'insuffisance
cardiaque dans le Sud-ouest de Montréal**

par
Marjolaine Hamel

**Département de médecine sociale et préventive
Faculté de médecine**

**Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de
Maître ès sciences (M. Sc.) en santé communautaire**

Décembre 1999

© Marjolaine Hamel, 1999



WA

5

U58

2000

v.008

**Université de Montréal
Faculté des études supérieures**

Ce mémoire intitulé :

**Les réseaux des services de santé de première ligne : le cas des services
dispensés aux personnes atteintes d'insuffisance cardiaque
dans le Sud-ouest de Montréal**

présenté par Marjolaine Hamel

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Jean-Louis Denis
Professeur titulaire

président du jury

Raynald Pineault
Professeur titulaire

directeur de recherche

Véronique Déry
Professeur adjoint de clinique

membre du jury

Mémoire accepté le : 2000-05-11

Sommaire

L'étude réalisée porte sur les réseaux de distribution des services de santé de première ligne, l'emphase étant mise sur la coordination qui s'établit entre les organisations qui produisent des services avec le but de desservir une même clientèle.

L'objet de cette recherche a été de reconstituer un réseau de services de santé existant, cette reconstitution étant considérée comme le point de départ d'une démarche orientée vers l'amélioration de la réponse aux besoins de santé et de bien-être de clientèles spécifiques. C'est en effet l'adéquation des services aux besoins de santé et de bien-être qui constitue la toile de fond sous-tendant l'ensemble des préoccupations ayant guidé la conduite de cette étude.

Dans ce contexte, il a fallu développer un modèle théorique qui permet de diagnostiquer les problèmes de coordination inter organisationnelle d'un réseau de services donné et de comprendre la dynamique des relations inter organisationnelles y prévalant. Dans le modèle élaboré, la reconstruction théorique des réseaux existants s'appuie sur le cheminement des clientèles entre les organisations leur dispensant des services et des liens inter organisationnels qu'il sous-tend. Les réseaux y sont définis selon les propriétés structurelles qui les caractérisent, les aspects de coordination inter organisationnelle permettant et supportant le cheminement de la clientèle entre les services et l'efficacité des services dispensés.

C'est avec cette perspective que l'application du modèle a été questionnée, tant dans les éléments qui le composent que dans les relations que nous établissons entre chacun d'eux. L'étude de cas a constitué la stratégie de recherche que nous avons privilégiée, le cas se définissant comme un ensemble d'organisations inter reliées dont le but commun est de produire des services de santé en réponse aux besoins de santé et de bien-être d'un groupe spécifique de la population. Nous avons choisi de circonscrire le cas à l'étude aux services offerts sur le territoire sous-régional du Sud-ouest de Montréal. La clientèle ciblée a été définie à partir d'un critère clinique, l'insuffisance cardiaque ayant été choisie comme problématique de santé de référence pour témoigner des services de santé dispensés. Ce choix nous apparaissait justifié

compte tenu de notre intérêt pour les services de première ligne dispensés à des clientèles relativement autonomes, vivant à domicile en dehors de certaines épisodes de soins pouvant les amener occasionnellement en centre hospitalier.

L'étude a été conduite avec un devis de recherche qualitative. La reconstruction des réseaux inter organisationnels s'est faite à partir de données provenant de plus d'une source d'informations et ayant été recueillies selon différentes méthodes. Des entretiens avec des informateurs clés provenant de la RRSSS Montréal-Centre, de chacun des CLSC de la sous-région et de cliniques médicales sont à l'origine de la majorité des informations recueillies. Les données ainsi dégagées ont été bonifiées et complétées par des informations provenant de la consultation de la littérature et de certains documents administratifs relatifs à l'organisation des services montréalais ainsi que par le traitement quantitatif de données relatives aux hospitalisations pour insuffisance cardiaque provenant de banques statistiques.

Le traitement descriptif des données a notamment permis de dresser un portrait des services offerts en première ligne aux personnes atteintes d'insuffisance cardiaque, la perspective adoptée étant celle des réseaux de services et de la coordination inter organisationnelle les caractérisant. Certains aspects de l'organisation des services prévalant dans le Sud-ouest de Montréal ont ainsi été mis en lumière, notamment en ce qui a trait au cheminement des personnes atteintes d'une maladie chronique comme l'insuffisance cardiaque entre les points de service et aux relations inter organisationnelles le sous-tendant, ainsi qu'à la gamme de services utilisés par cette clientèle spécifique. L'expression de l'opinion des intervenants rencontrés sur l'efficacité de leur réseau de services a permis de relativiser l'information obtenue sur les services et d'identifier certaines lacunes des réseaux eu égard à la globalité, l'accessibilité et la compatibilité des services.

Les résultats de cette étude soutiennent que dans nos systèmes de santé, l'étude de l'organisation des services et de leur éventuel impact profite largement des analyses réalisées sur la base des réseaux de services plutôt que seulement d'un à un. Le modèle utilisé pour reconstruire ces réseaux s'est avéré particulièrement utile pour reconnaître la part de production de chacune des organisations considérées et la mise en commun qui en est faite dans le but de répondre aux besoins de clients ou d'une

clientèle spécifique. Cette réponse, en étant considérée globalement, met en lumière des lacunes relevant davantage du système que de chacune des bulles organisationnelles prises séparément.

Les résultats suggèrent également que la coordination systémique est un concept multidimensionnel dont les structures et les processus s'apprécient différemment selon les différentes fonctions du système de distribution des services et que chacun de ces niveaux pouvant s'imbriquer contribuent pour expliquer la coordination systémique (ou la fragmentation) et ses effets.

Finalement, un intérêt supplémentaire suscité par l'analyse des résultats réside dans le fait qu'elle interroge le potentiel d'une approche par clientèle cible pour favoriser l'adéquation des services aux besoins des individus compte tenu de la nature des critères retenus pour la définir (clinique, géographique ou démographique).

Table des matières

SOMMAIRE	III
TABLE DES MATIÈRES	VI
LISTE DES TABLEAUX.....	VIII
LISTE DES FIGURES.....	IX
REMERCIEMENTS	I
INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1 – ORGANISATION CONCEPTUELLE	5
1.1 ÉTAT DES CONNAISSANCES.....	5
1.1.1 La notion de réseau de services.....	5
1.1.2 La coordination entre organisations.....	13
▪ conceptualisation de la coordination inter organisationnelle.....	13
▪ analyse des relations inter organisationnelles.....	17
1.1.3 L'efficacité des réseaux.....	19
1.2 CADRE CONCEPTUEL.....	21
1.3 OBJET ET QUESTIONS DE RECHERCHE.....	28
CHAPITRE 2 – MÉTHODOLOGIE	30
2.1 STRATÉGIE DE RECHERCHE.....	30
2.2 CHOIX DU CAS.....	31
2.3 COLLECTE DES DONNÉES, SOURCES ET MÉTHODES.....	33
2.3.1 Entrevues.....	35
2.3.2 Consultation de la littérature.....	38
2.3.3 Consultation de documents.....	38
2.3.4 Banque de données statistiques.....	39
2.4 STRATÉGIE DE TRAITEMENT DES DONNÉES ET D'ANALYSE.....	39
2.5 RIGUEUR.....	43
CHAPITRE 3 – PRÉSENTATION DU CAS	46
3.1 L'INSUFFISANCE CARDIAQUE COMME PROBLÉMATIQUE DE SANTÉ.....	46
3.2 LA SITUATION DU SUD-OUEST DE MONTRÉAL-CENTRE.....	51
CHAPITRE 4 - RECONSTRUCTION DU RÉSEAU DES SERVICES	58
4.1 CHEMINEMENT DE LA CLIENTÈLE À TRAVERS LES SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE.....	58
4.2 DIMENSIONS STRUCTURELLES DU RÉSEAU.....	60
4.2.1 Organisations dispensant des services de santé (taille).....	60
4.2.2 Gamme de services dispensés (complexité et différenciation).....	63
4.2.3 Liens inter organisationnels (« connectivité »).....	69
4.2.4 Les dimensions structurelles, en bref.....	72

4.3	DIMENSIONS DU PROCESSUS CARACTÉRISANT LA COORDINATION INTER ORGANISATIONNELLE	73
4.3.1	Prestation.....	73
4.3.2	Administration.....	77
4.3.3	Les dimensions du processus, en bref.....	79
4.4	EFFETS DE LA COORDINATION SYSTÉMIQUE SUR LES SERVICES DU RÉSEAU.....	80
4.4.1	Globalité.....	80
4.4.2	Accessibilité.....	84
4.4.3	Compatibilité.....	86
CHAPITRE 5 – DISCUSSION.....		89
▪	constats généraux sur le modèle.....	89
▪	considérations des résultats sous l'angle des fonctions du système de distribution des services de santé.....	90
▪	considérations des résultats sous l'angle de l'efficacité du réseau.....	93
CONCLUSION.....		97
RÉFÉRENCES.....		99
ANNEXE 1: INFORMATIONS RELATIVES À LA MÉTHODOLOGIE.....		XI
ANNEXE 2: HOSPITALISATIONS POUR CAUSES D'INSUFFISANCE CARDIAQUE (CIM-9, 428) CHEZ LES RÉSIDANTS DU SUD-OUEST DE MONTRÉAL-CENTRE.....		XV
ANNEXE 3: INFORMATIONS CONCERNANT LES RESSOURCES ET SERVICES DE LA COMMUNAUTÉ DU SUD-OUEST.....		XXIV

Liste des tableaux

Tableau I : Objectifs de la coordination systémique (<i>Alter et Hage, 1993</i>)	20
Tableau II : Points d'ancrage de la cueillette des données et méthodes	34
Tableau III : Caractéristiques des informateurs-clé vus en entrevues	36
Tableau IV : Liste des thèmes, catégories et codes	42
Tableau V : Classification fonctionnelle de l'insuffisance cardiaque	49
Tableau VI : Quelques indicateurs démographiques	52
Tableau VII : Quelques indicateurs socio-économiques	53
Tableau VIII : Quelques données sur les hospitalisations dont l'Insuffisance cardiaque est le diagnostic principal (CIM-9, 428) chez les résidants du Sud-ouest durant l'année 1996-1997	55
Tableau IX : Répartition des hospitalisations des résidants du Sud-ouest selon les lieux d'hospitalisations et le lieu de résidence pour l'année 1997	70
Tableau X : Objet et nature des relations inter organisationnelles actualisant la coordination de la prestation des services	73
Tableau XI : Nombre d'hospitalisations pour insuffisance cardiaque (chez les résidants du Sud-ouest) ...	xvi
Tableau XII : Taux d'hospitalisations pour insuffisance cardiaque dans le Sud-ouest.....	xvi
Tableau XIII : Durée moyenne des séjours hospitaliers pour insuffisance cardiaque (chez les résidants du Sud-ouest)	xvii
Tableau XIV : Nombre de résidants du Sud-ouest hospitalisés pour insuffisance cardiaque	xvii
Tableau XV : Nombre moyen d'hospitalisations par personne hospitalisée pour insuffisance cardiaque.....	xviii
Tableau XVI : Répartition du nombre de résidants du Sud-ouest hospitalisés selon leur âge et leur territoire de CLSC	xviii
Tableau XVII : Répartition des hospitalisations des résidants du Sud-ouest selon les lieux d'hospitalisations (chez les résidants du Sud-ouest)	xix
Tableau XVIII : Répartition des hospitalisations chez les résidants du territoire Du Vieux La Chine	xxii
Tableau XIX : Répartition des hospitalisations chez les résidants le territoire de Lasalle.....	xxii
Tableau XX : Répartition des hospitalisations chez les résidants le territoire de St-Henri	xxii
Tableau XXI : Répartition des hospitalisations chez les résidants du territoire de Verdun/Côte Saint-Paul	xxiii
Tableau XXII : Répartition des hospitalisations chez les résidants du territoire de Pointe Saint-Charles	xxiii
Tableau XXIII : Ressources médicales du Sud-ouest.....	xxv
Tableau XXIV : Exemple d'organismes communautaires du Sud-ouest impliqués dans les services aux personnes âgées	xxvi
Tableau XXV : Tables et projets de concertation du Sud-ouest impliquant les services de première ligne	xxvii
Tableau XXVI : Éléments de réflexion apportés par les intervenants sur l'amélioration des services dispensés	xxviii

Liste des figures

Figure 1 : Cadre d'étude de l'intégration des services, <i>proposé par Gillies et collaborateurs (1993)</i>	7
Figure 2 : Cadre conceptuel pour étudier les réseaux inter organisationnels, <i>adapté de Alter et Hage (1993)</i>	11
Figure 3 : Cadre conceptuel relatif à la coordination inter organisationnelle dans les réseaux de distribution des services de santé	23
Figure 4 : Le continuum de l'insuffisance cardiaque des déterminants de la santé à l'insuffisance cardiaque	47
Figure 5 : Répartition des résidants hospitalisés pour insuffisance cardiaque selon leur âge (1996-1997); n=656	56
Figure 6 : Taux annuel d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque par groupe d'âge /Sud-ouest de Montréal-Centre	57
Figure 7 : Parcours de la clientèle atteinte d'insuffisance cardiaque utilisant les services de santé	59
Figure 8 : Répartition des résidants du Sud-ouest hospitalisés selon le lieu d'hospitalisation (1996-1997); n=656 (CIM-9=428)	63
Figure 9 : Position des points de service dans la gamme des services.....	64

Remerciements

Cette étude a été réalisée avec la collaboration de professionnels de la santé des CLSC Verdun/Côte Saint-Paul, Lasalle, Saint-Henri et Du Vieux La Chine, de la clinique communautaire de Pointe Saint-Charles et de cliniques médicales du Sud-ouest de Montréal. Je remercie très sincèrement toutes ces personnes qui, de près ou de loin, ont influencé cet ouvrage.

La réalisation de cette étude a également pu se faire grâce au concours de l'équipe Santé du cœur de la Direction de santé publique de la RRRSSS Montréal-Centre. Je remercie tout particulièrement Mesdames Véronique Déry et Diane Ouellet et l'équipe travaillant sur la thématique de l'insuffisance cardiaque pour la confiance qu'ils m'ont accordée et pour leur soutien. Je dois également souligner le précieux concours de Monsieur Costas Kapetanakis et de Madame Emmanuelle Huberdeau qui ont procédé à l'extraction des données requises des banques statistiques et de Madame Isabelle Rioux qui a assuré la mise en forme finale du mémoire.

J'adresse également un remerciement tout particulier à Madame Josée Gauthier qui par son questionnement toujours à propos et la justesse de ses commentaires, m'a très certainement permis d'aller plus à fond dans la compréhension de la situation qui était à l'étude et de ses implications théoriques.

Enfin, je remercie très sincèrement Monsieur Raynald Pineault qui a suivi ma démarche de fin de maîtrise en santé communautaire et m'a supporté tout au long de la réalisation de ce projet d'étude en en assurant la direction.

Introduction

À l'instar des systèmes de santé de plusieurs états occidentaux, le système québécois a, ces dernières années, fait l'objet de nombreux questionnements quant à son efficience, suscitant ainsi des réflexions en profondeur sur ses modes d'organisation et de financement (Association des Hôpitaux du Québec. 1995b; Brémond. 1997; Conseil de la santé et du bien-être. 1995; Contandriopoulos. 1994). Pour l'ensemble des réformes ayant résulté de ces démarches, la modification des systèmes de distribution de services sociaux et de santé a constitué la toile de fond. C'est ainsi qu'au cours de la dernière décennie le réseau québécois des services de santé et des services sociaux a connu d'importants changements.

Mises à part des préoccupations manifestes d'ordres économique et organisationnel, l'évolution de la technologie dans les domaines médicaux, pharmacologiques et de l'information a largement contribué à la réorientation du système (Association des Hôpitaux du Québec. 1995b; Fédération des CLSC du Québec. 1995). C'est aussi dans ce contexte que le virage ambulatoire est dorénavant au centre de la transformation que connaît le réseau des services (Fédération des CLSC du Québec. 1995; Fédération des CLSC du Québec. 1996a). Il va également de soi que ces transformations impliquent des réarrangements qui imposent un renouvellement dans la dynamique relationnelle entre les différents acteurs de l'hôpital, mais aussi avec les autres organisations dispensatrices de services de santé (Champagne, Contandriopoulos & Rodriguez. 1997). Cette conjoncture fait en sorte que les relations privilégiées entre l'hôpital, les centres d'hébergement et de soins de longue durée, les Centres locaux de services communautaires (CLSC), les cabinets privés et les organismes communautaires sont de plus en plus teintées par la nécessaire intégration des services. De l'avis de tous, il faut passer d'un réseau d'établissements de santé à un réseau de services de santé en mettant l'accent sur notamment l'accessibilité aux services, la continuité des soins entre les différents paliers de services et la coordination qu'elles impliquent (Association des Hôpitaux du Québec. 1995a; Conseil médical du Québec. 1995; Conseil médical du Québec. 1995) (Fédération des CLSC du Québec. 1996a). Sur toutes les plates-formes, c'est cette notion de « réseau de soins » interpellant l'intégration des services qui occupe une position centrale

(Association des Hôpitaux du Québec. 1995b; Association des Hôpitaux du Québec. 1996; Brémond. 1997).

Forte de ces principes, la Régie régionale des services sociaux et de santé (RRSSS) de Montréal-Centre a placé les jalons qui, selon elle, permettent à l'organisation des services de passer à une approche « réseau de services » dont les soins sont davantage « intégrés » (RRSSS de Montréal-Centre. 1998b). C'est à partir de six (6) continuums de services distincts que la RRSSS compte améliorer et consolider les services dispensés à Montréal-Centre, dont un en *santé physique*. Dans son plan d'amélioration et de consolidation des services proposés, la Régie régionale cible notamment certaines maladies, supposant ainsi qu'elles peuvent ou doivent constituer le point d'ancrage d'actions spécifiques pour l'organisation des services (RRSSS de Montréal-Centre. 1998a).

À cet égard, nous devons considérer que la structure de notre système de distribution de services se traduit en catégories d'établissements différenciées selon des vocations spécifiques dans la gamme de services. Elle impose donc d'elle-même aux utilisateurs certains cheminements entre les différents dispensateurs de services pour répondre à leurs besoins. Brémond rappelle que « les patients qui circulent dans le système de santé savent depuis longtemps qu'il existe des trajectoires de soins dont la forme dépend, en grande partie, des liens privilégiés qui se sont établis entre les différents prestataires de services » (Brémond. 1997). C'est donc dire qu'il existe, de fait, des façons de faire et de se coordonner entre dispensateurs qui relèvent de fonctionnement en réseau de services. Ceci est d'autant plus vrai que le système en transformation constitue un terrain favorable au développement d'initiatives « réseaux » plus ou moins formalisées, souvent par l'entremise directe des professionnels de la santé, afin de pallier à divers problèmes fonctionnels reliés à l'organisation en émergence (Brémond. 1997).

À notre avis, il serait bien naïf de penser qu'on peut améliorer le système de distribution des services en imposant de nouvelles vues qui font abstraction de ces réseaux plus ou moins naturels déjà existants.

Dans cette étude, nous partons du principe que c'est seulement à partir d'une bonne connaissance et compréhension des réseaux de services déjà existants et de leur performance qu'une intégration optimale est envisageable, eu égard à la réponse du système aux besoins de santé et de bien-être. Ainsi, en utilisant à la base le cheminement de clientèles à travers les services, la reconstruction d'un réseau de services existant a constitué le premier objectif poursuivi dans la conduite de cette étude.

Nous nous intéressons tout particulièrement aux services de première ligne¹ dispensés à des clientèles de personnes âgées relativement autonomes, vivant à domicile en dehors de certains épisodes de soins pouvant les amener occasionnellement en centre hospitalier. C'est dans ce contexte que l'insuffisance cardiaque a été choisie comme problématique de référence pour témoigner du cheminement de clientèles entre les services de santé et du fonctionnement en réseau des dispensateurs impliqués, l'étude ayant été circonscrite aux services offerts sur le territoire sous-régional du Sud-ouest de Montréal. Dans cette étude, nous avons placé la coordination inter organisationnelle qui s'actualise au niveau de la prestation des services au centre de notre questionnement. C'est avec cette perspective que nous nous sommes attardés aux liens que les dispensateurs de services entretiennent entre eux, ainsi qu'à leur relation avec l'accessibilité aux services et la continuité des soins.

Pour supporter la conduite de cette étude, une revue des connaissances pertinentes a d'abord été réalisée à partir de la littérature portant sur les réseaux de distribution des services de santé, faisant l'objet du premier chapitre.

¹ À l'instar du Conseil médical du Québec, nous avons choisi de définir les services de santé à partir du concept de lignes de services plutôt que par les niveaux de soins dispensés (soins généraux, spécialisés et ultraspecialisés) et requis (soins primaires, secondaires et tertiaires), les lignes de services référant à l'organisation du système de santé et au cheminement de la clientèle à l'intérieur de celui-ci (Conseil médical du Québec, 1995). Selon sa définition, les services de première ligne représentent le point de contact de la population avec le réseau de la santé et des services sociaux. Ils comprennent un ensemble de services courants de santé qui s'appuient sur une infrastructure légère et peuvent être dispensés en cabinets privés, en CLSC, en centres de santé, à domicile, en milieu de travail et dans les institutions d'enseignement. Les services de deuxième ligne s'adressent aux personnes qui ne peuvent plus demeurer dans leur milieu naturel de vie et s'appuient sur une infrastructure adaptée et une technologie relativement lourde qu'on retrouve habituellement en centre hospitalier. L'urgence des centres hospitaliers est classée en deuxième ligne, même, si dans les faits, elle constitue souvent la porte d'entrée du système. Finalement la troisième ligne réfère à un niveau ultra spécialisé des services.

Le chapitre 1 comprend également l'encadrement conceptuel y résultant ainsi que les précisions regardant l'objet de recherche comme tel. Le deuxième chapitre concerne les aspects de la méthodologie impliquée dans la réalisation de cette étude. Le troisième chapitre constitue la mise en contexte de l'étude, cette contextualisation étant nécessaire à la compréhension juste de la situation étudiée. Ainsi, l'insuffisance cardiaque y est présentée en tant que problématique de santé de référence ainsi que la sous-région montréalaise du Sud-ouest en termes de caractéristiques socio-démographiques et de clientèle utilisant les services de santé. Le chapitre 4, essentiellement descriptif, fait état du réseau des services reconstruit à partir des observations réalisées. On y dresse un portrait des services offerts en mettant en lumière certains aspects de l'organisation des services prévalant dans le Sud-ouest de Montréal, notamment en ce qui a trait au cheminement des personnes atteintes d'une maladie chronique comme l'insuffisance cardiaque entre les points de service et aux relations inter organisationnelles le sous-tendant, ainsi qu'à la gamme des services utilisés par cette clientèle spécifique. L'expression de l'opinion des intervenants rencontrés sur l'efficacité de leur réseau est aussi présentée. Finalement, le dernier chapitre amène la discussion sur l'application du modèle conceptuel ayant servi l'analyse du réseau comme tel et sur les principaux constats regardant spécifiquement le réseau étudié.

Chapitre 1 – Organisation conceptuelle

Dans le contexte des systèmes de distribution des services sociaux et de santé, les réseaux de services intégrés tant sur le plan économique que fonctionnel constituent un enjeu majeur depuis plusieurs années. Cette préoccupation s'est vraisemblablement traduite au niveau des recherches portant sur l'organisation des services. Certains ont étudié le phénomène sous l'angle de l'intégration des services à réaliser, alors que d'autres ont d'abord tenté de développer des théories permettant l'analyse des réseaux inter organisationnels et d'en conceptualiser les principaux objets.

C'est partant de cette littérature que l'état des connaissances utiles à la reconstruction des réseaux de services existants a été réalisé. Elle a d'abord permis de conceptualiser la notion de réseau en la distinguant des systèmes de distribution des services et en en précisant l'essence. Ainsi, on verra que la coordination inter organisationnelle demeure le concept central à la formation des réseaux et qu'elle peut se traduire à l'échelle des services offerts eu égard à leur efficacité.

De la revue de la littérature, ont été finalement dégagés un cadre conceptuel relatif à la coordination dans les réseaux de distribution des services de santé, ainsi que l'objet de cette étude.

1.1 État des connaissances

1.1.1 La notion de réseau de services

Ces dernières années, les réseaux de distribution de services de santé ont fait l'objet de nombreuses études servant à la fois la conceptualisation de la notion de réseau et la mesure du phénomène comme tel. De la littérature consultée, deux courants prédominants se dégagent. De nombreuses études américaines s'inscrivent dans un premier courant qui met de l'avant des modèles d'analyse servant l'intégration des services sociaux et de santé. Le nombre imposant d'articles parus dans les journaux scientifiques font foi de la popularité que connaît cette littérature aux États-Unis (Gillies,

Shortell, Devers, Anderson, Morgan & Mitchell. 1993) (Conrad & Dowling. 1990; Conrad & Shortell. 1996; Devers, Shortell, Gillies, Anderson, Mitchell & Erickson. 1994; Gillies, Shortell, Anderson & Morgan. 1993; Shortell, Gillies, Anderson, Mitchell & Morgan. 1993; Shortell, Anderson, Gillies, Mitchell & Morgan. 1993; Shortell, Gillies & Anderson. 1994; Shortell, Gillies & Devers. 1995; Shortell. 1995; Shortell & Anderson. 1996; Shortell, Gillies, Anderson, Mitchell & Morgan. 1993). C'est dans le but de cerner l'influence de cette littérature dans le domaine de l'organisation des services de santé en réseaux qu'une synthèse en a été faite. Par ailleurs, la seconde perspective avec laquelle nous avons considéré la littérature au sujet des réseaux s'inscrit quasi essentiellement dans le champs de la sociologie des organisations. Il en ressort une série d'études s'intéressant d'abord à l'analyse des réseaux et des relations inter organisationnelles les caractérisant (Alter. 1993; Bolland & Wilson. 1994; Heflinger. 1996; Sofaer & Myrtle. 1991; Sofaer. 1994; Tausig. 1987; Van de Ven, Walker & Liston. 1979; Van de Ven & Walker. 1984).

Dans le contexte américain, la création de systèmes de distribution de services sociaux et de santé impliquant des réseaux intégrés tant sur le plan économique que fonctionnel constitue un enjeu majeur. Cette préoccupation a ainsi donné naissance à plusieurs études centrées sur l'analyse des déterminants environnementaux se distinguant par leur influence sur le développement des systèmes et sur les éléments structuraux favorisant l'intégration des services. Comprenant que la réussite des projets d'intégration repose d'abord sur les prescriptions structurelles des systèmes qui sont faites, ces études mettent aussi l'emphase sur les mesures de l'intégration structurelle des réseaux.

C'est dans cet univers de référence que différents chercheurs ont développé des modèles d'intégration des services d'un système de distribution en construction (Conrad & Dowling. 1990; Gillies, Shortell, Anderson & Morgan. 1993). Le modèle développé par Gillies et ses collaborateurs représente bien l'alignement pris par les recherches qui s'inscrivent dans cette tendance. Les principaux éléments du modèle sont présentés à la figure 1.

Dans ce modèle, l'étude des déterminants considère que les systèmes qui atteignent le meilleur niveau d'intégration sont ceux où le processus de planification stratégique

s'applique à tous les secteurs du système et où chacun des membres s'identifie à la mission et aux valeurs de l'ensemble. Ainsi, la vision qu'on a du système, la culture y prévalant, les stratégies adoptées et la capacité de leadership du système sont déterminants au regard de l'intégration.

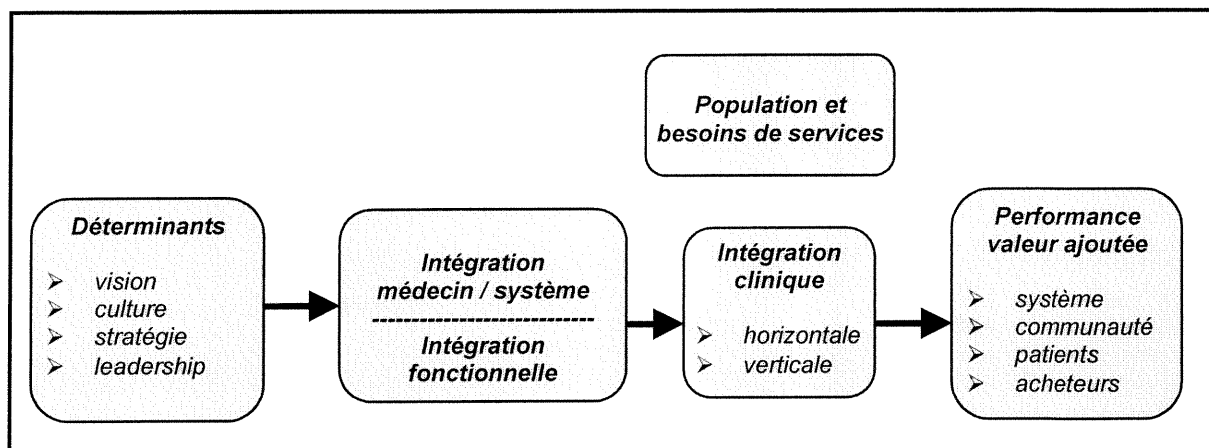


Figure 1 : Cadre d'étude de l'intégration des services, proposé par Gillies et collaborateurs (1993)

Suivant cette perspective, les chercheurs s'attardent surtout à la forme que prend l'intégration et au type d'arrangement privilégié pour relier les services entre eux. Ainsi, trois types d'intégration sont distingués. D'abord, l'intégration des médecins et du système représente le degré avec lequel les médecins sont liés au réseau de services. Plus précisément, on réfère à leur affiliation économique avec le système, à l'utilisation qu'ils font des facilités et des services du système et à leur niveau d'implication administrative. L'intégration fonctionnelle réfère à la coordination des fonctions et des activités de soutien à travers les différentes unités qui dispensent des services (planification stratégique, ressources humaines, services de soutien, planification financière, gestion de l'information, contrôle de la qualité, marketing). Finalement, l'intégration clinique, qui émerge de l'action concomitante de l'intégration médecin-système et de l'intégration fonctionnelle, représente la coordination des activités relevant de la prestation des services. C'est à ce niveau qu'on peut parler de continuité des soins. Les différents niveaux d'intégration qui sont ici définis se comparent aisément avec la conceptualisation faite par d'autres auteurs s'inscrivant dans le même courant. On pense notamment aux études réalisées par Conrad et Dowling qui place l'intégration des services à travers une panoplie de stratégies structurelles pouvant par

exemple aller d'un lien de proximité entre les organisations (contrat, franchise, location de services) à une véritable intégration complète et verticale (gestion unifiée) (Conrad & Dowling. 1990).

Les notions d'intégration horizontale et verticale font aussi partie des stratégies structurelles couramment citées dans les écrits s'inscrivant dans ce type de littérature. Précisons que l'intégration horizontale se définit comme la coordination qui se réalise entre les organisations qui se situent au même niveau d'un cycle de production (Conrad & Dowling. 1990). Souvent, il s'agira d'alliances stratégiques entre les organisations. L'intégration verticale est plutôt vue comme celle réalisée à des étapes différentes de la chaîne de production des services (Devers, Shortell, Gillies, Anderson, Mitchell & Erickson. 1994; Gillies, Shortell, Anderson & Morgan. 1993). Ce peut être le cas lorsque des organisations ayant des vocations différentes s'allient pour assurer la continuité entre les services qu'ils dispensent. Plusieurs voient dans l'intégration verticale des services les moyens d'améliorer l'accessibilité aux services ainsi que la globalité et la continuité des soins qui sont offerts (Conrad & Dowling. 1990).

Finalement, dans le contexte de ces études, on comprend que la réussite des projets d'intégration repose d'abord sur les prescriptions structurelles des systèmes qui sont faites. Dans cet univers de référence, l'intégration est vue, le plus souvent, comme une finalité de recherche. De plus, il appert que ces études s'inscrivent dans un courant où l'on cherche à exercer un certain contrôle de l'utilisation des services offerts par le système avec l'objectif explicite de gérer judicieusement les capitaux impliqués. Partant de ces constats, l'ensemble des modèles d'intégration des services développé sur ces bases nous apparaît difficilement transposable dans la logique québécoise du système public de distribution des services, eu égard à la définition de la notion de réseau. Rappelons que notre système est déjà doté de structures définissant les différents établissements de santé, leur mission respective et leur contribution distincte dans l'offre de services. Ce sont d'ailleurs ces spécificités qui font office de déterminants environnementaux alors qu'elles imposent les bases du cheminement de la clientèle entre les organisations dispensatrices de services. Inévitablement, des liens inter organisationnels à la base de la création des réseaux surviennent pour supporter minimalement la circulation des personnes en quête de services pour répondre à leur besoin.

C'est ainsi que les études s'inscrivant dans ce courant spécifique de recherche nous apparaissent finalement peu utiles pour définir la notion de réseau des services de santé tel que compris dans notre contexte immédiat de recherche. Bon nombre d'éléments concernant certaines stratégies précises regardant la coordination inter organisationnelle pourront cependant être mis à profit.

Le second groupe d'études considéré provient presque essentiellement du champs de la sociologie des organisations. En s'intéressant à la formation des réseaux en tant que phénomène social, ce sont les relations inter organisationnelles sous-tendues par un réseau d'organisations qui constituent le plus souvent le point de mire des chercheurs en quête de comprendre les dynamiques du réseau et leurs effets.

Nombre d'auteurs définissent la notion de réseau comme un ensemble d'interrelations parmi différentes organisations qui, ayant certains buts communs, travaillent ensemble comme un système social (Alter & Hage. 1993; Tausig. 1987; Van de Ven, Walker & Liston. 1979). Dans le domaine des services sociaux et de la santé, ces liens inter organisationnels, formels ou non, sont le fait de la complexité des besoins de santé et de bien-être de certains groupes de la population qui ne peuvent pas être répondus par une seule organisation dispensant des services spécifiés. C'est le cas notamment des problématiques relatives aux personnes âgées et à la santé mentale qui d'ailleurs ont fait l'objet de plus d'une analyse en ce sens (Bolland & Wilson. 1994; Heflinger. 1996). Ainsi, souvent pour résoudre des problèmes liés à une clientèle spécifique commune, les organisations d'un système développeront des liens entre elles, spontanément ou non, ces relations permettant l'échange d'information, de ressources ou de références. La création de ces liens traduisent un certain niveau de collaboration entre les organisations et peuvent être à l'origine du développement de véritables réseaux (Alter & Hage. 1993; Van de Ven, Walker & Liston. 1979).

Alter et Hage identifient quatre (4) caractéristiques normatives communes à toutes les formes de réseaux (Alter & Hage. 1993). D'abord, *les réseaux inter organisationnels sont des structures cognitives* qui permettent aux individus la mise en commun de leurs perceptions, leurs compétences ou leurs jugements. Malgré l'utilisation d'un langage commun, des écarts subsistent dans les perceptions de chacun. Un problème majeur

dans la construction de réseaux est souvent lié à des divergences dans les méthodes, les stratégies, même si l'objectif de la coopération est mutuellement partagé. *Les réseaux inter organisationnels sont non hiérarchiques*, se caractérisant par des liens latéraux au niveau de la prise de décision et de la résolution des problèmes. *Les réseaux inter organisationnels impliquent une division du travail entre les organisations*, résultant notamment en de la dépendance mutuelle. Finalement, *la production des réseaux inter organisationnels doit s'autoréguler*, impliquant que les membres négocient les règles du réseau et s'ajustent mutuellement.

Pour tous, la coordination inter organisationnelle constitue l'essence même des réseaux. Elle consiste en l'articulation des composantes d'un système de manière à maximiser l'efficacité des services sociaux et de santé que les organisation d'un réseau produisent. La coordination inter organisationnelle se définit donc comme un processus (pas un résultat) survenant à chacun des plans fonctionnels du système et pouvant utiliser un large éventail de méthodes (Alter & Hage. 1993; Bolland & Wilson. 1994; Van de Ven, Walker & Liston. 1979).

Partant de ces principes, ces chercheurs ont conçu des modèles permettant l'analyse des réseaux, de leur dynamique et de leur efficacité eu égard aux services offerts. La réponse aux besoins de santé et de bien-être de la population par les organisations des réseaux constitue le but ultime poursuivi. Définissant la notion de réseau comme un système social, on lui concède une logique distincte. Aussi, peut-on décrire un réseau inter organisationnel et les relations le caractérisant en termes de structures, de processus (référant aux stratégies de coordination) et de résultats (Alter & Hage. 1993; Heflinger. 1996; Tausig. 1987; Van de Ven, Walker & Liston. 1979).

Pour étudier les réseaux inter organisationnels à un niveau de système, Alter et Hage proposent un cadre conceptuel qui prend en compte les déterminants environnementaux de la coordination caractérisant les réseaux inter organisationnels, leur composition structurelle, les processus opérationnels par lesquels la coordination des composantes du système est possible et l'évaluation de la performance des réseaux. Les éléments du modèle qu'ils proposent et la position qu'ils y occupent font l'objet de la figure 2.

Dans un premier temps, ce modèle établit l'influence de l'environnement sur la configuration d'un réseau et sur les méthodes qui caractérisent les processus de coordination inter organisationnelle adoptés par les membres d'un réseau donné. Le premier facteur considéré concerne le degré d'autonomie du réseau comme tel et des organisations le composant. Les notions de dépendance des ressources, d'autonomie stratégique et de statut du client, d'ailleurs beaucoup discutées dans la littérature, sont considérées déterminantes à ce chapitre. Dans la logique québécoise du système public de distribution des services, ces déterminants sont, notamment, directement en lien avec le cadre légal définissant les différents établissements de santé, leur mission respective et leur contribution distinctive dans l'offre de services. Si on place les réseaux strictement au niveau des organisations qui dispensent directement des services à la population, on peut considérer les liens prévalant entre elles et les RRSSS et le Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) comme des déterminants environnementaux.

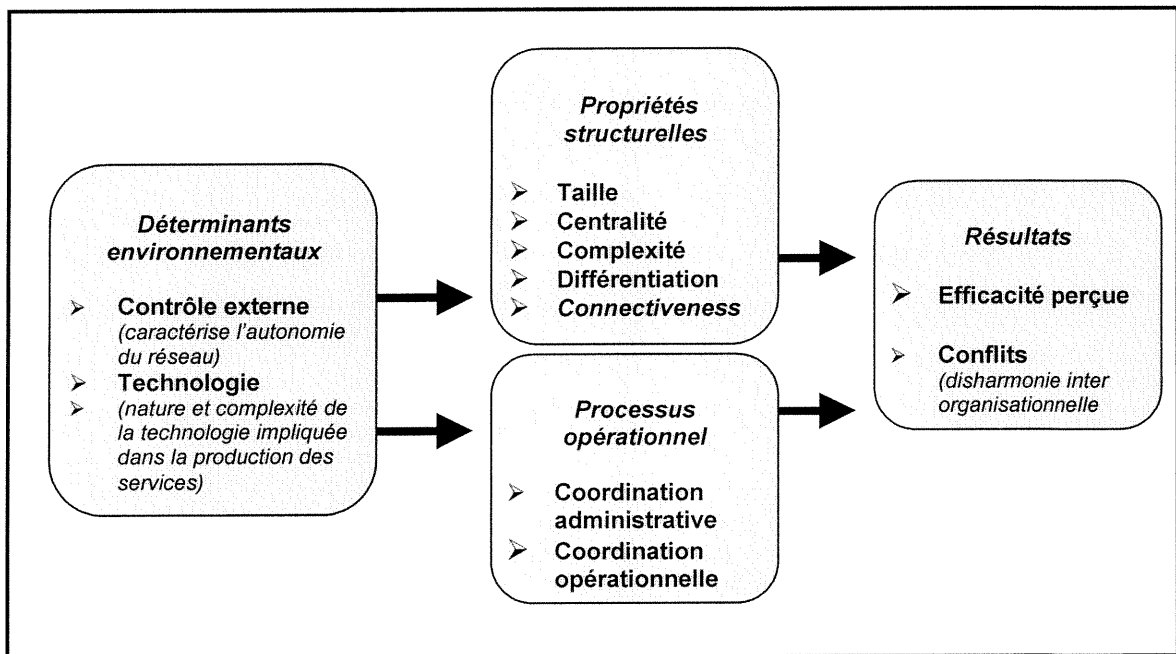


Figure 2 : Cadre conceptuel pour étudier les réseaux inter organisationnels, adapté de Alter et Hage (1993)

Les facteurs déterminants sont aussi considérés sous l'angle de la technologie impliquée dans la production des services. Les dimensions se rattachant à ce concept sont en lien direct avec la nature des services et des interventions requises pour

répondre à des besoins spécifiques, les stratégies et les approches qu'ils impliquent, leur intensité et leur durée.

Les réseaux sont définis selon différentes propriétés structurelles, d'ailleurs discutées dans la littérature, et selon les processus qui caractérisent la coordination inter organisationnelle. Cette façon de faire s'avère particulièrement intéressante pour reconnaître les liens unissant les organisations d'un réseau, la part de production de chacune des organisations ainsi que les stratégies utilisées pour mettre en commun la production de ces services². Pour comprendre les processus actualisant la coordination dans les réseaux et leurs effets sur les services, on verra que l'analyse des relations inter organisationnelles demeure au centre des questionnements.

Enfin, dans ces recherches, les résultats attendus se situent au niveau de la performance d'un réseau, les effets de la coordination devant, somme toute, se traduire dans l'état de santé et de bien-être de la population (Alter & Hage. 1993; Heflinger. 1996; Provan. 1995; Tausig. 1987). Alter et Hage apprécient ces résultats à partir de la perception qu'ont les acteurs du réseau de son efficacité et du degré d'harmonie qui règne entre les organisations. Ils considèrent en effet qu'un système fonctionnel et efficace se traduit au niveau d'une certaine harmonie dans les relations inter organisationnelles. De plus, ils prennent en considération la perception qu'ont les administrateurs et les intervenants quant à l'effort collectif réalisé pour que le travail se fasse dans des conditions facilitantes et qu'il soit raisonnablement productif.

En guise de conclusion, on peut dire que cette façon de concevoir les réseaux de services et leur analyse qui part des liens inter organisationnels existants dans un système de distribution déjà bien campé colle davantage à la réalité québécoise que l'univers de référence dans lequel s'inscrit les études centrées sur l'implantation des stratégies d'intégration des services. De plus, cette conceptualisation permet de replacer l'adéquation des services aux besoins de santé et bien-être au centre de notre questionnement qui, rappelons-le, constitue la toile de fond de nos préoccupations.

² Les propriétés structurelles ainsi que les dimensions du processus de coordination du cadre d'analyse des réseaux de Alter et Hage sont présentés explicitement avec le cadre conceptuel qui supporte la conduite de cette étude.

1.1.2 La coordination entre organisations

Les principaux travaux portant sur la coordination inter organisationnelle dans les réseaux de services permettent de définir la notion de coordination effective entre les organisations. Ils mettent en évidence que la coordination entre les organisations s'actualise par l'établissement de relations inter organisationnelles dont l'analyse permet de cerner les dynamiques inter organisationnelles qui prévalent (Alter & Hage. 1993; Bolland & Wilson. 1994; Van de Ven, Walker & Liston. 1979; Van de Ven & Walker. 1984).

- **conceptualisation de la coordination inter organisationnelle**

Différentes recherches ont porté sur l'examen et la comparaison des modes de coordination prévalant dans différents groupes d'organisations membres de réseaux de services sociaux et de services de santé. L'ensemble des résultats convergent pour conclure que la coordination inter organisationnelle est un concept complexe et multidimensionnel. Lorsque traitée simplement et comme un phénomène unidimensionnel, elle perd de sa clarté conceptuelle et est sujette à des erreurs d'interprétation (Bolland & Wilson. 1994).

Van de Ven, Walker et Liston se sont attardés aux buts poursuivis par la création des liens inter organisationnels (Van de Ven, Walker & Liston. 1979). Leur analyse a fait ressortir qu'il existe trois (3) raisons prédominantes pour lesquelles les organisations se coordonnent. La première consiste à vouloir échanger des ressources qui peuvent être de nature financière, matérielle, ou reliées à une clientèle spécifique. La seconde concerne les services directs dispensés au client qui, pour être complets et cohérents, sous-tendent que les organisations entretiennent entre elles certains liens efficaces. Finalement, le dernier motif se situe davantage au niveau de la planification à plus long terme des services à produire.

Pour leur part, Bolland et Wilson soutiennent que la coordination entre les organisations se fait distinctement selon les différentes fonctions assumées au sein d'un système de distribution des services (Bolland & Wilson. 1994). Ces chercheurs considèrent que les organisations du système actualisent leur mandat à partir de l'exercice de trois fonctions qui sont la prestation, l'administration et la planification des

services et que chacune d'elles implique des acteurs différents devant se coordonner. Ils soutiennent ainsi qu'à chacune des fonctions s'associent des dynamiques inter organisationnelles différentes.

La fonction *prestation* des services constitue en fait *la raison d'être*³ du système de distribution des services sociaux et des services de santé. C'est en effet à ce niveau que s'actualise la réponse aux besoins de chacun des individus par une démarche de consommation des services qui sont offerts par un réseau de services. Reprenant l'idée de Van de Ven, Walker et Liston, on peut dire que les buts poursuivis par la coordination inter organisationnelle de la prestation des services se situent dans la dispensation directe des services auprès de la population. L'articulation de cette fonction à un niveau systémique suppose donc que les groupes d'intervenants concernés se coordonnent pour permettre aux individus présentant des besoins de circuler aisément entre les organisations dispensatrices de services selon ses besoins, en l'absence de barrières philosophiques, géographiques ou autres. Les éléments à coordonner peuvent tout aussi bien concerner, par exemple, l'utilisation d'un instrument diagnostic et la prescription d'une médication ou relever d'un processus complexe d'évaluation des besoins par une équipe multidisciplinaire et l'organisation de la consommation des services dans le temps et dans l'espace. Ultiment, c'est sur la fonction *prestation* que repose le poids de la performance de l'ensemble du réseau des services au plan de la santé et du bien-être (Gauthier. 1998). On peut donc croire que les symptômes relatifs aux ratés du système eu égard à la coordination des différentes fonctions entre les organisations et l'une par rapport à l'autre se traduiront dans la prestation des services comme tel.

Les relations inter organisationnelles devant actualiser la coordination de l'exercice de la fonction *administration* à l'échelle d'un réseau de distribution ont essentiellement pour objectif de supporter les activités relatives à la prestation des services. Elles sont typiquement orientées sur la transaction (mise en commun) des ressources disponibles entre les organisations d'un réseau. Il peut s'agir de ressources financières, de partage de ressources humaines ou de facilités techniques, de support d'information ou autre. Ce ne sont plus les besoins de chacun des individus (pris un à un) consommant des

³ En français dans le texte original (Bolland & Wilson. 1994).

services qui prévalent pour déterminer les transactions à faire entre les organisations. L'exercice de cette fonction relève essentiellement d'une analyse des besoins d'un groupe d'individus. Ce peut être à partir d'une population à desservir (ex : bassin de desserte, résidants d'un territoire de CLSC) ou de clientèles cibles spécifiques (ex : personne âgées) (Gauthier. 1998).

Un réseau bien coordonné à ce niveau devrait permettre aux ressources disponibles de se déployer à travers tout le réseau, sans qu'un type d'organisation ne croisse strictement au dépens des autres. Cependant, l'exercice de cette fonction se réalise le plus souvent à partir de chacune des organisations qui, demeurant autonome, est d'abord centrée sur ses besoins internes et ses mandats spécifiques. Pour ces auteurs, cette situation constitue un frein non négligeable à la coordination effective de la fonction *administration* à travers un réseau d'organisations.

L'exercice de la fonction *planification* a pour principal objet d'orienter et de diriger l'ensemble du réseau assurant la distribution des services selon la situation qui prévaut et les mandats dévolus aux organisations. La planification vise donc à définir les priorités relativement aux besoins, non pas ceux reliés à la mission de chacune des organisations du réseau, mais ceux devant être pris en compte par l'ensemble (Gauthier. 1998). C'est donc à ce niveau que les décideurs doivent se concerter pour décider de la quantité de ressources à distribuer selon les besoins qu'ils reconnaissent. Pour un réseau bien coordonné, les individus provenant des différentes instances de planification sont capables de mettre leurs idées ensemble et leur vision d'un futur qui fait abstraction des barrières organisationnelles. Un processus de planification coordonné doit permettre au réseau de s'adapter aux besoins des individus qui changent dans le temps, ainsi qu'aux clients qui changent aussi. Au Québec, l'exercice de cette fonction se réalise, pour une bonne part, à un niveau de système. En effet, on pense d'emblée au MSSS et aux RSSS ainsi qu'à des tables régionales pouvant cibler certaines problématiques spécifiques de santé. Il va de soi que l'exercice de cette fonction, si dissociée de chacun des réseaux de services, peut difficilement s'avérer un processus optimal.

À l'instar de Bolland et Wilson, Alter et Hage conceptualisent la coordination inter organisationnelle selon les différentes fonctions devant être assumées par les

organisations du secteur public des services (Alter & Hage. 1993; Bolland & Wilson. 1994). Ils distinguent aussi trois fonctions, soient les opérations (correspondant à la prestation des services), l'administration et un niveau plus politique de prise de décision (correspondant à la planification). On verra cependant que dans leur modèle d'analyse de réseau, ils amalgament les deux derniers niveaux. De plus, ils conçoivent la coordination comme l'articulation des composantes d'un système relatives à la consommation des services, à l'allocation des ressources selon les besoins disponibles, aux programmes qui sont offerts et à l'information qui circule. Ces chercheurs considèrent également qu'à chacune des fonctions s'associent des dynamiques inter organisationnelles distinctes.

C'est suivant cette perspective que Bolland et Wilson soutiennent que la coordination peut être « intégrative »⁴ pour une fonction, sans qu'elle le soit nécessairement pour une autre (Bolland & Wilson. 1994). Ce peut tout particulièrement être le cas lorsque les organisations travaillent ensemble pour dispenser des services directement à des individus. Leur analyse tend à démontrer que la fonction *planification*, qui implique des discussions sur des questions de fond, rencontre davantage de difficultés de coordination que les deux autres niveaux. La coordination au niveau de la fonction *prestation* est plus facile à réaliser, se faisant le plus souvent entre les intervenants sur une base de nécessité. Aussi, la prestation constitue le plus souvent la première cible d'action lorsqu'on veut améliorer les services par une meilleure coordination. La fonction *administration* se situe souvent à un niveau intermédiaire, tout en variant énormément d'un regroupement à l'autre.

Ainsi, les actions des intervenants peuvent relativement bien être coordonnées entre elles sans pour autant que, par exemple, les planificateurs ou les administrateurs se soient véritablement concertés. Bolland et Wilson et Gauthier soutiennent également que pour qu'un réseau soit fonctionnel, les fonctions doivent se coordonner efficacement à la fois sur le plan horizontal et l'une par rapport à l'autre. On conçoit aussi que l'ensemble des efforts de coordination qui sont faits se traduiront inévitablement dans la prestation des services. C'est pourquoi sans cette intégration

⁴ Le terme « intégrative » trouve difficilement son équivalent en français. Accolé à la coordination, il réfère à un concept global d'intégration de toutes les fonctions d'un système. Nous avons traduit cette expression par « coordination effective ».

complète, on comprend facilement que bon nombre de services apparaissent, dans une certaine mesure, continus sans toutefois qu'ils soient toujours les plus appropriés et qu'ils couvrent l'ensemble des besoins des clients (Bolland & Wilson. 1994; Gauthier. 1998).

▪ **analyse des relations inter organisationnelles**

L'ensemble des études portant sur les relations inter organisationnelles sous-tendues par la coordination entre les organisations d'un réseau de services soutiennent que des dynamiques inter organisationnelles distinctes prévalent pour chacune des fonctions devant être assumées. Partant des liens inter organisationnels, on considère aussi qu'un éclairage spécifiquement orienté sur ces relations inter organisationnelles est révélateur de la coordination prévalant au sein d'un réseau.

En ce qui a trait à la fonction *prestation*, la reconstruction des liens inter organisationnels et l'analyse des processus les caractérisant se font le plus souvent à partir du parcours des clients cheminant entre les organisations pour recevoir des services. Plus communément, les mesures sont faites à partir des références de clients entre les organisations (Alter & Hage. 1993; Bolland & Wilson. 1994; Heflinger. 1996). Pour Alter et Hage, l'analyse des liens assurant la circulation des individus nécessitant des soins entre les services permet d'apprécier le degré avec lequel les intervenants travaillent ensemble en interdépendance. Trois *patterns* sont identifiés pour caractériser la circulation des utilisateurs. Il peut s'agir d'un mode *séquentiel*, le client étant transféré d'un point de services à l'autre. Le mode de circulation dit *réciproque* suppose que le client circule d'un point de services à un autre sur référence et peut donc être servi simultanément par plus d'un point de services. Le mode *collectif* implique aussi que le client peut être servi simultanément par plus d'un point de services, mais selon un plan de traitement que les intervenants des différentes organisations impliquées ont développé ensemble. Somme toute, cette façon de regarder le processus selon lequel les clients accèdent aux services d'un réseau traduit le niveau d'interdépendance des services dans l'actualisation de la fonction prestation. Par exemple, lorsqu'une personne est traitée simultanément par plus d'un point de services, la coordination doit être maximale, les services rendus agissant en interdépendance. En opposition, lorsqu'une personne est transférée d'un point de

services à un autre, impliquant alors la fin d'un traitement ou un congé, on peut dire que l'offre de services est fragmentée

Les analyses des relations inter organisationnelles actualisées dans la prestation des services de la clientèle ont révélé que, même lorsque l'encadrement est relativement standardisé, les relations entre les intervenants relèvent beaucoup d'un mode d'interactions personnel et informel. Le plus souvent, elles surviennent sur une base journalière, ayant pour objectifs de répondre rapidement aux besoins des individus qu'ils desservent.

Eu égard à la coordination de l'exercice de la fonction *administration*, certains vont favoriser une approche basée sur l'analyse de la circulation des ressources financières, humaines ou matérielles, la réalisation de programmes conjoints ainsi que l'échange d'information et de support social (Alter & Hage. 1993; Tausig. 1987). D'autres vont plutôt apprécier la coordination en mesurant les contacts entre organisations qui permettent de s'aider mutuellement dans la réalisation de leur propre mission (Bolland & Wilson. 1994). Quoi qu'il en soit, plusieurs évidences existent pour montrer que les administrateurs adoptent un mode de relation hautement formalisé pour transiger et qu'ils poursuivent un but général de standardisation du travail réalisé au niveau de la prestation lorsque plusieurs organisations sont impliquées. Ainsi, la formalisation des relations inter organisationnelles, par le biais de comités régulateurs, de politiques écrites et de règles est souvent au centre de la coordination administrative. Pour Alter et Hage, le caractère formel ou non des méthodes utilisées pour se coordonner sont révélatrices de la coordination de la fonction *administration* d'un réseau donné. Les méthodes dites impersonnelles réfèrent à l'utilisation de plans, de règles, d'agrément, de contrats ou à toutes stratégies qui éloignent la discrétion de l'individu qui travaille. On vise une certaine standardisation des pratiques et des activités (l'utilisation de protocoles de soins, de guides de pratique, de routine...). La coordination administrative par méthodes personnelles réfèrent à l'utilisation des contacts de personne à personne entre intervenants ou administrateur. Souvent, on désignera une personne pour agir comme coordonnateur qui a à voir à réaliser un plan ou à prendre des décisions à l'intérieur des frontières organisationnelles. Finalement, des méthodes de groupe supposent la création de groupes ou de comités inter organisationnels qui, par consensus, voient à l'ajustement mutuel de leur décisions.

En ce qui a trait à la coordination de la fonction *planification*, les analyses concernent surtout les activités visant la coordination comme telle et les activités de *mise à l'agenda* (Bolland & Wilson. 1994; Heflinger. 1996; Van de Ven, Walker & Liston. 1979). À ce niveau politique, les relations relèvent à la fois de modes d'interaction formel et informel. En effet, les regroupements qui voient à la planification des services travaillent souvent en comités et en réunions, tout en utilisant des modes de communication moins formels (contacts et discussions un à un).

1.1.3 L'efficacité des réseaux

Tel que nous l'avons conçu jusqu'ici, la coordination inter organisationnelle devrait traduire une certaine volonté qu'ont les diverses organisations d'un réseau de collaborer pour produire des services sociaux et des services de santé qui répondent aux besoins de santé et de bien-être d'un groupe spécifique de la population. Cette conceptualisation place donc la performance d'un réseau au niveau de l'état de santé et de bien-être de la population.

En ce qui a trait à l'efficacité des services, elle nous renvoie systématiquement à la question de l'accessibilité aux services, à celle de la continuité des soins dans le temps et dans l'espace entre les différents dispensateurs de services et à celle de la fluidité des trajectoires de soins (Contandriopoulos & Trottier. 1998)

Empruntant ses critères à Morissey (1992), Heflinger établit l'efficacité des réseaux au niveau de l'accessibilité aux services et de leur adéquation aux besoins de la population ciblée (Heflinger. 1996). Pour sa part, Tausig s'approprie cette notion en la transposant dans un modèle qui considère les failles des réseaux comme des indicateurs des lacunes de la coordination (Tausig. 1987). C'est ainsi que la détection des services inaccessibles, des références inappropriées, des informations non transmises, des rapports administratifs non appropriés constitue des critères d'efficacité des services.

Alter et Hage placent aussi l'efficacité des services comme un objectif intermédiaire de la coordination apparaissant à l'échelle d'un réseau (Alter & Hage. 1993). Les critères

qu'ils retiennent sont définis en termes de *globalité* (*comprehensiveness*), d'*accessibilité* et de *compatibilité* des services. Chacun de ces objectifs est repris dans un modèle qui prend en compte les composantes qui logiquement sont parties prenantes du système, faisant ainsi l'objet de la coordination inter organisationnelle (voir tableau 1).

Tableau I : Objectifs de la coordination systémique (*Alter et Hage, 1993*)

Composantes du système	Globalité	Accessibilité	Compatibilité
Programmes (services)	La disponibilité de toutes les expertises* requises dans le continuum de soins	L'accès à toutes les expertises requises par qui en a besoin (critères d'éligibilité ne sont pas des barrières à l'entrée)	La complémentarité de l'ensemble des expertises (services ne sont pas en contradiction)
Ressources	La quantité de ressources qui supportent le continuum de soins (ressources en nombre suffisant)	L'allocation des ressources en fonction des besoins des groupes d'individus nécessitant des soins (plutôt que déterminés à priori)	L'harmonie entre les buts et les valeurs des décideurs avec les besoins et les désirs des individus nécessitant des soins
Consommation des services (Individus)	La connaissance et la prise en compte de l'ensemble des besoins de chacun des individus; la sensibilité du système aux diversité individuelles	L'accès aux services selon les besoins des individus; sans barrières structurelles, ou autres	La cohérence des traitements dispensés par les différents services; (implique que les clients avec problèmes multiples ont un plan de soins)

*expertises : types de services ou programmes

L'objectif de *globalité* concerne l'étendue des composantes faisant partie du système, compte tenu des buts qu'il poursuit. Dans ce contexte, on réfère tout particulièrement à l'éventail des programmes et services dont dispose le système de distribution et à la suffisance des ressources disponibles et ce, de manière à ce que le système soit sensible aux diversité individuelles eu égard aux besoins de santé et de bien-être. L'objectif d'*accessibilité* aux services implique qu'on coordonne les éléments du système de manière à réduire ou éliminer les barrières susceptibles d'exclure de potentiels utilisateurs des produits et services du système. À ce chapitre, soulignons que la répartition des ressources selon les besoins priorisés est déterminante ainsi que la prise en charge de la totalité des services requis pour répondre aux besoins par les différentes organisations d'un réseau. Finalement, la *compatibilité* réfère au degré avec lequel les composantes impliquées sont liées entre elles en toute cohérence.

Dans le but de clarifier le concept de coordination systémique, Gauthier a replacé les objectifs de la coordination tels que définis par Alter et Hage (1993) dans le cadre d'analyse des fonctions des systèmes de distribution des services proposé par Bolland et Wilson (Bolland & Wilson. 1994; Gauthier. 1998). La transposition des composantes dans ce contexte est relativement facile. L'exercice de la fonction *planification* s'établit essentiellement au niveau de l'identification et l'allocation des ressources selon les priorités d'un éventuel plan directeur. La fonction *administration* s'établissant à l'échelle des organisations concerne l'équilibre des services construits à partir des ressources octroyées et des besoins des clientèles de chacune. Enfin, les objectifs visés par la coordination devant s'actualiser au niveau de la consommation des services par les personnes ayant des besoins de santé et de bien-être relève de la fonction *prestation*.

Dans un système de distribution de services efficace, les bons services étant dispensés au bon endroit et au bon moment, l'ensemble des fonctions sont coordonnées entre elles tant à l'interne des différentes organisation que sur une base systémique (Gauthier. 1998). C'est avec cette perspective que l'adéquation des services aux besoins d'un groupe donné de la population constitue la finalité de la coordination s'établissant au niveau d'un système.

1.2 Cadre conceptuel

Dans le contexte du système québécois de distribution des services de santé, il nous apparaît judicieux de partir des études portant sur les relations inter organisationnelles pour apprécier les réseaux de services existants. Partant des principes gouvernant ces études, nous positionnons les réseaux comme un ensemble d'organisations inter reliées qui fonctionnent comme un système social en partageant les mêmes buts, ceux-ci pouvant se résumer en la production de services qui répondent aux besoins de santé et de bien-être d'un groupe spécifique de la population. Cette façon de concevoir les réseaux inter organisationnels dépassent largement le cadre des études qui considèrent l'implantation des stratégies d'intégration des services comme une finalité et permet de replacer l'adéquation des services aux besoins de santé et de bien-être de la population ou de groupes spécifiques au centre de nos préoccupations.

C'est avec cette perspective que le cadre conceptuel servant la reconstitution des réseaux de services de santé de première ligne considéré dans cette étude a été élaboré. Il résulte d'une réflexion qui émane pour une bonne part de la recension des écrits à ce sujet. Mentionnons cependant que la stratégie de recherche que nous avons privilégiée, relevant d'une démarche qui allie l'induction et la déduction, a permis que le cadre de référence évolue tout au long du déroulement de l'étude. Ainsi, selon les diverses informations recueillies, des ajustements ont pu y être apportés. Les explications relatives à la stratégie et au devis de recherche utilisés dans le cadre de cette étude sont présentées dans le chapitre sur la méthodologie.

Le cadre conceptuel relatif à la coordination inter organisationnelle dans les réseaux de distribution des services de santé de première ligne existants résultant de notre réflexion représente, en fait, une adaptation du modèle conçu par Alter et Hage pour étudier les réseaux inter organisationnels (Alter & Hage. 1993). Le cadre retenu permet notamment de s'appropriier les connaissances relatives à la composition des réseaux, aux services qu'ils produisent et aux processus caractérisant leur coordination, et place les résultats attendus au niveau de l'efficacité des services eu égard à l'état de santé et de bien-être des personnes ciblées. La figure 3 en représente les composantes et permet de visualiser leur situation, les unes par rapport aux autres.

Dans ce modèle, nous limitons la notion de réseau aux organisations dont la vocation est de produire et de dispenser des services sociaux et/ou de santé à une population donnée ou à une clientèle spécifiée. Par organisation, on entend toute entité dotée de ressources qui produit et dispense des services. Par exemple, dans cette étude, les organisations auxquelles nous faisons référence sont les CLSC, les organismes communautaires, les cliniques médicales et les cabinets privés de médecins ainsi que les centres hospitaliers.

Environnement

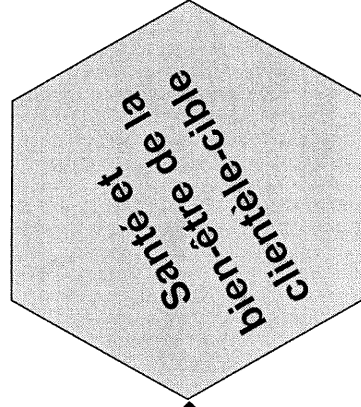
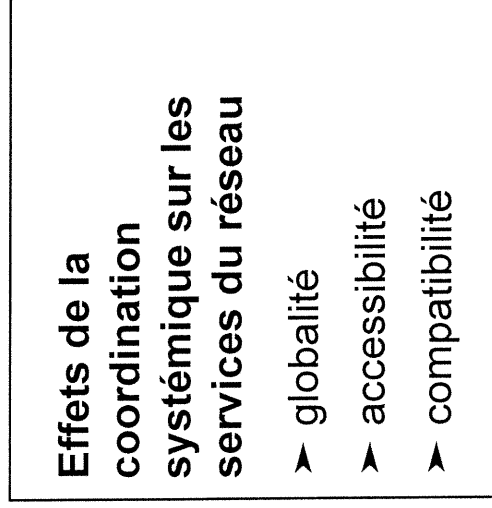
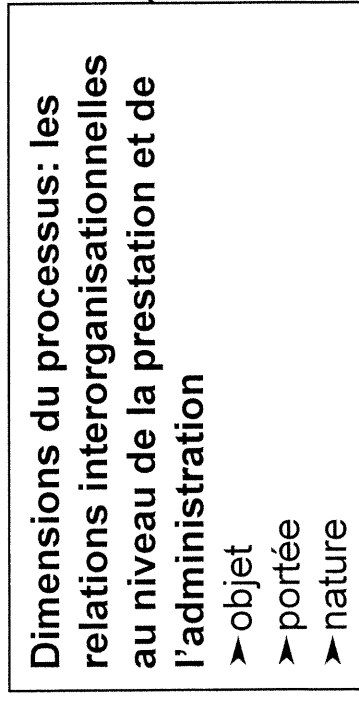
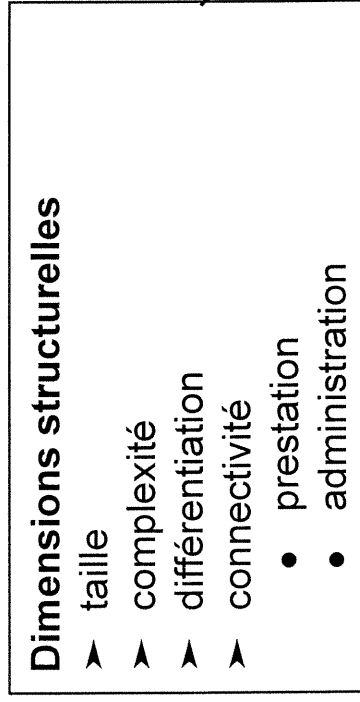
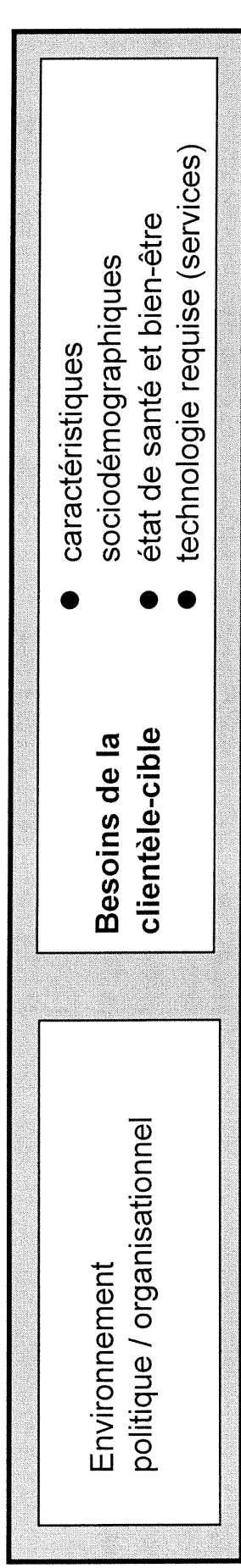


Figure 3 - Cadre conceptuel relatif à la coordination interorganisationnelle dans les réseaux de distribution des services de santé

Par ailleurs, nous considérons distinctement les relations inter organisationnelles qui s'exercent dans l'actualisation des différentes fonctions qu'on reconnaît aux systèmes de distribution des services. À l'instar de Gauthier, nous plaçons la fonction *planification* à un niveau supérieur d'organisations sur le plan fonctionnel, soit au niveau des ministères, des régies régionales ou de certaines tables régionales, lui concédant ainsi une influence déterminante sur l'évolution des réseaux inter organisationnels produisant des services (Gauthier. 1998). C'est pourquoi dans ce modèle, la fonction *planification* est intégrée au niveau de l'environnement politique des réseaux de services. De plus, on considère que cette fonction devrait s'exercer à partir de la connaissance des besoins de santé et de bien-être établie au niveau d'une population pouvant, par exemple, se définir sur une base géographique.

Les fonctions *administration et prestation* relèvent directement des organisations qui produisent et dispensent des services de santé. Elles sont donc intégrées à part entière dans le modèle élaboré. On comprend aussi que la fonction *administration* repose sur une définition plus restreinte des besoins de santé et de bien-être, comme à partir de clientèles cibles et que la fonction *prestation* s'actualise selon les besoins particuliers de chacun des utilisateurs des services offerts (Gauthier. 1998). C'est dans ce contexte, que nous considérons les besoins d'une clientèle spécifiée comme des facteurs environnementaux déterminants dans l'évolution d'un réseau. En effet, le niveau de collaboration requis entre les organisations et entre les intervenants peut s'avérer fort différent d'une clientèle à une autre, pouvant aller de nulle à très intense. Ce peut-être le fait de la complexité des besoins de santé et de bien-être des clientèles cibles ou du niveau technologique requis par certaines interventions.

La configuration d'un réseau relève des propriétés structurelles le caractérisant. L'image qu'on s'en fait peut souvent se résumer en un certain nombre de points reliés entre eux par des lignes, leur nombre pouvant exprimer, dans une certaine mesure, le degré de liaison caractérisant le réseau. Partant d'une telle représentation graphique, où les points réfèrent à chacune des organisations distinctes du réseau, on peut en dégager certaines propriétés le caractérisant. La structure est considérée selon cinq (5) dimensions. La notion de taille du réseau qui représente le nombre de points du graphique, réfère à l'ensemble des organisations qui produisent des services de santé s'adressant à une même clientèle ou rejoignant les mêmes individus. Les dimensions

relatives à la complexité et la différenciation caractérisant le réseau sont des notions particulièrement intéressantes lorsqu'on veut connaître les services produits par l'ensemble du réseau comme entité et en saisir la portée eu égard aux besoins de santé et de bien-être de la clientèle visée. Ces dimensions sont regardées spécifiquement pour chacun des points (organisations du réseau). D'abord, les caractéristiques du réseau relevant de sa complexité réfèrent au nombre et aux types différents de services produits (services médicaux, services psychosociaux, services à domicile...). Essentiellement, cet aspect réfère à l'étendue de la gamme de services offerts par le réseau. Les différents niveaux d'interventions qui peuvent, par exemple dans le contexte des services médicaux, être définis selon les continuums de soins, sont amenés sous le chapitre de la différenciation caractérisant le réseau étudié (interventions relatives à l'identification des malades, leur diagnostic, leur traitement...).

Finalement, les lignes représentant les liens structuraux qui s'établissent entre les organisations constituent la dimension qui essentiellement permet aux organisations de former ensemble un réseau (connectivité). Il nous apparaît plausible d'avancer qu'au sein d'un réseau composé de plusieurs organisations qui dispensent un ensemble de services de santé à un nombre important d'individus, se créent des sous-ensembles distincts fonctionnant eux-mêmes en réseau. À l'instar de Van de Ven, Walker et Liston, nous pensons que les organisations se regroupent pour travailler ensemble, les groupes se créant autour de motivations qui leur sont propres (Van de Ven, Walker & Liston. 1979). Un premier type de regroupement d'organisations peut exister pour coordonner la fonction *administration*. Dans notre perspective, cette fonction a essentiellement pour objectif de supporter l'exercice de la fonction prestation des services, l'équilibre des services construits à partir des ressources disponibles (financières, humaines, matérielles ou techniques) et des besoins des clientèles cibles étant son principal objet. Le second type de regroupement d'organisations relève de la coordination devant s'actualiser en ce qui a trait à la prestation des services. Les liens inter organisationnels ont ici pour but de coordonner les services dispensés directement aux personnes malades qui utilisent les services du réseau.

Dans leur modèle, Alter et Hage considèrent la centralité comme une propriété structurelle importante dans l'étude de la coordination prévalant au sein d'un système dont les organisations sont interreliées. La centralité exprime le degré avec lequel les

activités d'un réseau sont centralisées, c'est à dire coordonnées par une ou plusieurs organisations. Ce peut être par exemple en rapport avec la circulation des clients entre les services ou de l'information entre les organisations. Cette dimension, parce que difficilement transposable dans le contexte québécois des services, n'a pas été retenue dans notre modèle. En effet, compte tenu des mandats des organisations du système de distribution des services et de leur autonomie les unes par rapport aux autres, on peut difficilement parler d'activités dont la coordination est vraiment centralisée à un endroit, mis à part certains projets pilotes actuellement en cours⁵.

Les processus caractérisant le réseau à l'étude sont traités distinctement dans le modèle retenu. Essentiellement, cette notion réfère à la coordination entre les organisations résultant des relations inter organisationnelles qui s'établissent. Considérant que la structure même du système québécois de distribution des services impose à chacune des organisations un mandat spécifique eu égard à la gamme de services à offrir, on comprend que les patients doivent inévitablement circuler d'une organisation à une autre pour recevoir les services requis par leur état . Ainsi, il va de soi que des relations s'établissent nécessairement entre les organisations, ne serait-ce que pour assurer la circulation des clients. Idéalement, la coordination doit aussi s'actualiser au niveau de la fonction *administration*. Ainsi, suivant la perspective adoptée jusqu'ici, les processus de coordination sont appréciés sous deux volets, soit dans l'exercice de la fonction *prestation* et dans celle de la fonction *administration*. Pour chacun, le modèle intègre les dimensions des processus qui consistent en l'objet, la portée et la nature des relations inter organisationnelles.

Au regard de la prestation des services, l'objet des relations qui s'établissent entre les intervenants des différentes organisations concernent essentiellement le cheminement d'un individu à travers les services qui lui sont offerts. Utilisant la lunette de Alter et Hage, il s'agit de caractériser le mode avec lequel la clientèle circule entre les services (Alter & Hage. 1993). L'objet des relations inter organisationnelles peut être le transfert de la clientèle d'un point de services à un autre, impliquant la fin d'un service ou le congé d'un établissement. Il peut aussi être une référence de clients d'une organisation

⁵ Le projet « Système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie (SIPA) » constitue un exemple dans lequel la centralité est une propriété structurelle importante relative à la formation de réseaux.

à une autre, supposant que des services peuvent lui être dispensés simultanément par plus d'un point de services. Finalement, l'objet pourrait être le développement collectif d'un plan de services, donc impliquant plusieurs intervenants agissant en interdépendance. Dans ce contexte, la portée des relations inter organisationnelles concernent les raisons spécifiques pour lesquelles les prestataires de services doivent se coordonner. Essentiellement, on s'attend à ce que ces raisons relèvent des aspects de continuité des interventions d'un point de service à un autre et d'accessibilité. La nature des relations inter organisationnelles réfère aux stratégies utilisées pour se coordonner. C'est sous ce chapitre qu'on traite des mécanismes de liaison inter organisationnelle privilégiés pour se coordonner. Les relations inter-organisationnelles sont aussi appréciées selon leur niveau de standardisation, le caractère formel ou non des méthodes étant révélatrices d'un certain niveau de coordination administrative.

Les processus actualisant la coordination inter organisationnelle de la fonction *administration* pris en compte dans ce modèle ont essentiellement pour but de supporter la réalisation des activités relatives à la prestation des services. C'est donc dire que ce niveau de coordination peut avoir une influence déterminante sur la façon dont sont rendus les services. À ce niveau, les transactions éventuelles des ressources entre les organisations qui poursuivent le but de desservir une même clientèle cible constituent l'objet des relations inter organisationnelles. Il peut s'agir de ressources financières, matérielles, humaines ou techniques. Dans les ressources techniques, on inclut toutes activités ou programmes mis de l'avant pour supporter le cheminement de la clientèle entre les organisations, assurer une certaine continuité dans les soins dispensés ou bonifier les services offerts. Il peut s'agir, par exemple, de programmes de formation inter établissements, l'élaboration de protocoles de transfert, de lignes directrices, etc. À cet effet, il va sans dire que le degré de standardisation des mécanismes de liaison utilisés au niveau de la prestation des services constituent un indicateur appréciable des transactions inter organisationnelles centrées sur ces aspects techniques. La portée des relations inter organisationnelles établies sur ces bases concerne la mesure avec laquelle la prestation des services est supportée par l'action concertée des administrateurs. Finalement, comme au niveau de la prestation des services, la nature des relations inter organisationnelles réfère aux stratégies utilisées pour se coordonner.

Les effets de la coordination systémique sont appréciés selon les critères d'efficacité qui caractérisent l'offre de services. Ils sont définis suivant la typologie de Alter et Hage (Alter & Hage, 1993). Ces critères, présentés comme des résultats intermédiaires entre la structure, le processus et les effets sur la santé et le bien-être, sont la globalité, l'accessibilité et la compatibilité des services. La globalité représente la notion qui exprime la sensibilité du système à l'ensemble des besoins diversifiés des individus eu égard à leur état de santé et de bien-être. À cet égard, on comprend évidemment que ce critère est non seulement la résultante de la coordination inter organisationnelle s'actualisant au niveau de la prestation des services, mais aussi de la coordination relevant de l'administration et de la planification desquelles relèvent les aspects de disponibilité des programmes et des services et de suffisance de ressources. L'accessibilité aux services réfère à la possibilité des individus d'avoir accès à l'ensemble des services existants selon leurs besoins en l'absence de barrières structurelles organisationnelles ou autres. Finalement, la compatibilité implique pour les individus présentant des besoins que les services et les traitements leur soient dispensés en toute cohérence. On parle donc de services complémentaires gérés comme tels par les administrateurs et de cohérence entre les besoins des clientèles cibles.

1.3 Objet et questions de recherche

L'étude réalisée porte sur les réseaux de services de santé de première ligne, l'emphase étant mise sur la coordination qui s'établit entre les organisations d'un réseau qui ont à desservir une même clientèle. Essentiellement, l'objet de cette recherche consiste à reconstituer des réseaux de services de santé existants dans un contexte où l'on positionne ces reconstitutions comme point de départ d'une démarche orientée vers l'amélioration de la réponse aux besoins de santé et de bien-être de clientèles spécifiques. Dans ce contexte, le développement d'un modèle permettant de diagnostiquer les problèmes de coordination inter organisationnelle d'un réseau donné et de comprendre la dynamique des relations inter organisationnelles y prévalant constituent à la fois le point de départ et la finalité de la recherche. Il s'agit donc de questionner l'application du cadre théorique élaboré, tant dans les éléments qui le composent que dans les relations que nous établissons entre chacun d'eux.

Dans cette étude, nous partons de l'hypothèse qu'une bonne connaissance de la structure d'un réseau, des relations inter organisationnelles caractérisant le processus de la coordination des fonctions relatives à l'administration et la prestation ainsi que des lacunes dans les services résultant de la coordination systémique constitue une base conceptuelle intéressante pour reconstituer les réseaux de services existants et comprendre la dynamique inter organisationnelle y prévalant.

Partant du fait que la prestation des services constitue la raison d'être d'un réseau de distribution des services de santé et que l'ensemble des efforts de coordination se traduisent inévitablement au niveau de la dispensation directe des services, nous posons également l'hypothèse qu'on peut reconstruire un réseau donné en s'appuyant sur le cheminement de la clientèle entre les organisations lui dispensant des services et les liens inter organisationnels qu'il sous-tend. On pense que cette façon de faire, centrée sur l'utilisation réelle des services par une clientèle spécifiée plutôt que sur l'offre de services, devrait éclairer les éléments structuraux du réseau ainsi que les aspects de coordination qui sont effectifs. On postule également que les symptômes relatifs aux ratés des réseaux eu égard à la coordination des différentes fonctions entre les organisations et l'une par rapport à l'autre se traduisent en termes de globalité d'accessibilité et de compatibilité des services dispensés.

Chapitre 2 – Méthodologie

2.1 Stratégie de recherche

Dans cette étude, l'intention n'est pas de généraliser une théorie ou une situation. Il s'agit plutôt d'une recherche qui vise à approfondir notre compréhension d'une situation sociale complexe. La valeur des études de cas pour étudier et comprendre ces situations est bien démontrée dans la littérature (Stake. 1994; Yin. 1993).

Ainsi, pour étudier les réseaux de services de santé de première ligne, l'étude de cas unique constitue le devis qui a été retenu, *le cas se définissant comme un ensemble d'organisations inter reliées dont le but commun est de produire des services de santé qui répondent aux besoins de santé et de bien-être d'un groupe spécifique de la population*. Utilisant la nomenclature proposée par Stake, il s'agit d'une étude de cas ayant une fonction instrumentale, puisqu'en comprenant en profondeur ce cas particulier, on pense pouvoir s'appropriier plus aisément les connaissances relatives à la coordination inter organisationnelle caractérisant d'autres réseaux (Stake. 1994). On peut dire que dans le contexte de cette étude, le cas est considéré comme une opportunité pour reconstruire un réseau existant.

Par ailleurs, l'approche choisie doit davantage permettre l'exploration de la situation que sa confrontation à une théorie explicative. Comme dans le cas des études ethnographiques, la priorité est donnée à la description la plus exacte et exhaustive possible de la situation à l'étude (Laperrière. 1997b). « *Les buts poursuivis sont avant tout de produire des comptes rendus cohérents, valides et analytiquement justes, quitte à émettre par la suite quelques hypothèses les concernant.* »

C'est partant de ces considérations qu'on a inscrit le devis de l'étude dans les recherches qualitatives, favorisant ainsi la prise en compte de plusieurs sources et détenteurs d'information. En effet, l'utilité des recherches qualitatives est particulièrement reconnue lorsque la recherche a pour but d'approfondir des processus ou des phénomènes complexes (Stake. 1995), qu'elle porte sur des processus organisationnels, leurs liens pouvant être informels et non structurés ou qu'elle

comporte des variables pertinentes qui ne sont pas encore cernées (Deslauriers & Kérisit, 1997). C'est par ces méthodes qu'on peut le plus efficacement décrire une situation sociale circonscrite, comme dans le cas des réseaux inter organisationnels de services de santé, et qu'on peut en explorer plusieurs facettes.

2.2 Choix du cas

Le choix du cas constitue, sans nul doute, une étape déterminante sur le déroulement de l'étude. Le cas étant essentiellement une occasion pour apprendre, notre principale préoccupation est demeurée au niveau du potentiel de découverte qu'on peut faire avec le cas choisi. Sa représentativité n'a donc pas constitué un critère important de sélection (Stake, 1994). Le cas à l'étude a été sélectionné en s'appuyant sur les principes proposés par Pires (1997); (1) la pertinence théorique du cas (par rapport aux objectifs de départ de la recherche), (2) les caractéristiques et la qualité intrinsèque du cas, (3) sa typicité, (4) la possibilité d'apprendre avec le cas choisi, (5) son intérêt social et (6) son accessibilité pour la recherche (Pires, 1997).

Le choix d'un cas implique qu'on en détermine les frontières, permettant ainsi de le circonscire (Stake, 1994). La définition du cas dont nous nous sommes dotés porte en elle-même ses frontières, le cas étant délimité par l'ensemble des relations unissant des organisations dont le but est de produire et de dispenser directement des services de santé à une même clientèle. C'est suivant un critère géographique que les organisations à intégrer dans l'étude ont été identifiées. Le cas a aussi été défini en spécifiant les caractéristiques de la clientèle ciblée par les services produits par ces organisations, suivant un critère clinique. Ainsi, c'est à partir des services dispensés aux personnes atteintes d'insuffisance cardiaque dans le Sud-ouest de Montréal que nous avons reconstruit les réseaux des services de santé de première ligne existants.

▪ le critère géographique

Quand on parle des services sociaux et de santé de première ligne de la région de Montréal-Centre, l'habitude est de découper le territoire en cinq sous-régions distinctes. Cette façon de diviser le territoire a, pour la RRSSS, une certaine logique, puisqu'elle est en lien avec les habitudes et les mouvements naturels de consultation des citoyens (RRSSS de Montréal-Centre, 1998b). Sur cette base, on avance aussi que les

organisations de chacune de ces sous-régions se concertent, du moins minimalement, pour desservir la même clientèle eu égard aux mêmes besoins. C'est même suivant cette perspective que la RRSSS de Montréal-Centre prévoit l'intégration des services médicaux de première ligne par sous-région.

Ces considérations nous ont amené à circonscrire l'étude aux organisations produisant des services de santé d'une sous-région montréalaise. C'est le Sud-ouest de Montréal-Centre qui a été retenu. Il apparaît que l'étude des services de cette sous-région possède un potentiel élevé de connaissances en ce qui a trait aux objectifs poursuivis. En effet, des expériences menées sur ce territoire et certaines études y ayant été conduites nous amènent à penser que les organisations et les intervenants sont déjà engagés dans des processus plus ou moins formels de coordination pour notamment assurer la continuité des services offerts aux personnes âgées (Ouellet. 1998) (Marchand & Marceau. 1998). Il s'agit aussi d'un territoire où les conditions de vie sont pour beaucoup considérées à risque, d'où une certaine précarité pour la santé et le bien-être de la population. De plus, il s'agit d'une sous-région dont la population est relativement stable en termes de lieux de résidence et qui a développé des habitudes bien ancrées relatives à l'utilisation des services de santé dispensés localement. Ces différents aspects concernant la population du Sud-ouest et leurs habitudes d'utilisation des services sont décrits plus en détail dans le chapitre suivant.

▪ **le critère clinique**

L'insuffisance cardiaque a été choisie comme problématique de santé de référence pour témoigner des services de santé dispensés et du fonctionnement en réseau des dispensateurs impliqués. Le choix de cette problématique a d'abord été motivé par la position de la RRSSS de Montréal-Centre et de sa Direction de santé publique qui ont fait de l'insuffisance cardiaque une priorité d'action eu égard à l'organisation des services de santé sur le territoire montréalais (RRSSS de Montréal-Centre. 1998a). On suppose ainsi que l'insuffisance cardiaque doit constituer un point d'ancrage d'actions spécifiques pour l'organisation des services, le réseautage demeurant notamment pour la Régie régionale une avenue intéressante à considérer.

Ce positionnement s'appuie sur l'hypothèse que beaucoup de personnes atteintes d'insuffisance cardiaque sont hospitalisés à répétition, faute de soins primaires et de suivis adéquats. Certains soulignent, en effet, «*la nécessité de porter une attention urgente à la prise en charge de ce problème grave et coûteux*» (Déry. 1997).

La littérature démontre l'importance de l'insuffisance cardiaque à l'échelle de la population tant par le nombre de personnes qu'elle touche que par la sévérité des conséquences pour les individus qui en sont affectés. Essentiellement, il s'agit d'un problème de santé qui touche d'abord les personnes âgées, dont plusieurs vivent dans leur domicile (Strasser. 1990c). À cause de leurs conditions de santé, ils font plus ou moins fréquemment des séjours en centres hospitaliers. C'est ici toute la problématique du virage ambulatoire qui est interpellée. De plus, certains auteurs avancent que l'insuffisance cardiaque, en tant que maladie chronique, constitue un bon témoin des facilités d'accès aux services de santé de première ligne pour la population et de la qualité des soins qui y sont dispensés (Institute of Medicine & Committee on Monitoring Access to Personal Health Care Services. 1993).

C'est pour l'ensemble de ces raisons et parce que l'insuffisance cardiaque constitue une problématique de santé qui s'inscrit aisément dans les motivations supportant la transformation du réseau des services de santé, mettant notamment l'accent sur les soins primaires et le virage ambulatoire, que l'insuffisance cardiaque a été retenue comme critère clinique dans la définition de la clientèle cible.

2.3 Collecte des données, sources et méthodes

La reconstruction des réseaux inter organisationnels s'est faite à partir de données provenant de plus d'une source d'informations et ayant été recueillies selon différentes méthodes. L'entrevue a constitué la plus importante des stratégies utilisées. L'information dégagée a été bonifiée et complétée par des données provenant de la consultation de la littérature et de certains documents administratifs ainsi que par le traitement quantitatif de données provenant de banques statistiques. De plus, la confrontation des données ainsi obtenues selon différentes méthodes a permis d'apporter aux résultats une certaine robustesse. En effet, les données ainsi

triangulées permettent notamment d'augmenter la validité interne de l'étude (Laperrière. 1993; Stake. 1995).

Quatre thèmes, ayant été déterminés dès le départ, ont servi de point d'ancrage à la cueillette des données. Ils sont présentés au tableau II en fonction des méthodes de cueillette des données qu'ils ont impliquées.

La situation contextuelle de l'étude a constitué le premier point d'ancrage de la cueillette des données. Notre principale préoccupation était de cerner correctement la clientèle visée et effectivement rejointe par les services, condition nécessaire à la compréhension en profondeur des réseaux et de leur dynamique. C'est avec cette perspective que les informations pertinentes à la présentation de la problématique de santé de référence ainsi qu'à la situation des résidants du Sud-ouest ont été comprises sous ce thème.

Tableau II : Points d'ancrage de la cueillette des données et méthodes

Thèmes	Méthodes	Entrevues	Littérature	Documents administratifs	Banque de données
Contexte de l'étude (Clientèle cible et milieu)		X	X		X
Cheminement de la clientèle : parcours, services dispensés et coordination		X		X	X
Support administratif à la prestation		X		X	
Efficacité des réseaux de services		X			

Le cheminement de la clientèle d'un service de santé à un autre constitue le second point d'ancrage de la cueillette des données. C'est à partir de la reconstitution du cheminement de la clientèle que les regroupements d'organisations assurant la prestation des services ont été identifiés ainsi que la gamme des services qu'ils rendent. Les relations inter organisationnelles permettant la cohésion des réseaux à ce niveau sont également regardées avec cette lunette.

Le troisième point d'ancrage concerne les activités relevant de la coordination administrative réalisées dans le but de supporter la prestation des services et plus particulièrement le cheminement de la clientèle entre les points de service. La cueillette des données avait pour but explicite d'identifier les regroupements d'organisations qui travaillent ensemble pour notamment standardiser la coordination inter-organisationnelle relative à la prestation des services ou pour s'échanger des ressources. Les modalités d'articulation privilégiées et le type de relations inter-organisationnelles assurant la coordination ont aussi été explorés sous ce chapitre.

Enfin, le dernier thème aborde la performance et l'efficacité du réseau des services. La cueillette des données à cet égard a strictement relevé des entrevues réalisées auprès des informateurs clé. On a cherché à connaître l'opinion de ces personnes sur l'adéquation des services qui sont dispensés aux besoins de la clientèle cible et de l'efficacité de la coordination systémique.

2.3.1 Entrevues

▪ la sélection des participants

Essentiellement, cette étude part du principe que la prestation des services constitue la raison d'être du système de distribution des services et que son actualisation résulte de la coordination de l'ensemble des fonctions du système de distribution des services. Ultimement, c'est aussi à ce niveau que se traduiront les symptômes relatifs aux ratés du système eu égard à la coordination des différentes fonctions entre les organisations d'un réseau et entre elles. C'est pourquoi, nous avons privilégié des intervenants dont l'action se situe dans la prestation des services comme premières sources d'information. C'est donc surtout à travers leurs yeux que ce sont reconstruits les réseaux de services existants.

S'agissant des services de première ligne, ce sont des intervenants de chacun des CLSC⁶ et de cliniques médicales du Sud-ouest qui ont été rejoints. L'identification des participants de CLSC s'est faite par l'intermédiaire d'une discussion avec chacun des

⁶ Il s'agit des CLSC Verdun/Côte Saint-Paul, Du Vieux La Chine, Saint-Henri et Lasalle et de la clinique communautaire de Pointe Saint-Charles.

directeurs. Partant de la situation lui ayant été expliquée, le directeur transmettait la demande aux personnes lui apparaissant les plus appropriées dans ce contexte, qui à leur tour, pouvaient identifier d'autres informateurs clé. Des médecins de cliniques médicales ont, sur cette même base, été rejoints. Les caractéristiques professionnelles d'intérêt des participants à l'étude ainsi sélectionnés sont présentées dans le tableau qui suit. Les informations personnelles caractérisant chacun des participants comme le sexe, l'âge et le lieu de travail ont été volontairement omis de la description pour éviter leur identification.

Tableau III : Caractéristiques des informateurs-clé vus en entrevues

Informateurs-clé	Formation	Fonction	RRSSS	CLSC Serv. Ambul.	CLSC Serv. Domic.	Cl. médi	# Entr ⁷
A		Planification	X				1
B	Médecin	Planification	X				2
C	Médecin	Intervention			X	X	3
D	Infirmière	Coordination des soins		X			4
E	Infirmière	Intervention		X			4
D	Infirmière	Coordination des soins		X	X		5
F	Infirmière	Intervention		X			6
G	Infirmière	Intervention			X		7
H	Infirmière	Coordination des soins		X	X		8
I	Médecin	Intervention		X	X		9
J	Infirmière	Coordination des soins			X		10
K	Infirmière	Intervention			X		10
L	Infirmière	Intervention			X		10
M	Médecin	Intervention			X		11
N	Médecin	Intervention			X	X	12
P	Médecin	Intervention			X	X	13

⁷ Les entrevues 4 et 10 ont été réalisées en groupe.

Une lettre d'invitation (voir l'exemple à l'annexe 1) accompagnée d'une présentation sommaire du projet a été acheminée à chacun des participants à l'étude. Cette façon de faire a permis d'identifier rapidement dans chacun des milieux les personnes disponibles qui détenaient un maximum d'information sur la situation des services dispensés à la clientèle atteinte d'insuffisance cardiaque dans le Sud-ouest. 13 personnes ainsi sélectionnées, 5 médecins et 8 infirmières, ont été rencontrées en entrevue. Deux personnes de la Régie régionale de Montréal-Centre, dont les intérêts se situent davantage au niveau de l'administration et de la planification ont aussi été rencontrées.

▪ **le déroulement des entrevues**

Les données ont été recueillies à l'aide de la méthode par *entretien non directif* (Daunais, 1992). En favorisant cette procédure de collecte des données, on a explicitement voulu entrer en contact direct et personnel avec les personnes détenant l'information pertinente. Soulignons que la non-directivité implique une grande souplesse de la part du chercheur de manière à favoriser l'émergence de nouvelles perspectives ou de nouvelles idées. Cependant, l'adoption de cette méthode n'est pas nécessairement synonyme d'absence de structure. Utilisée dans sa forme mitigée, chacun des entretiens a d'abord fait l'objet d'un plan préalable où étaient déterminés les thèmes et les sous-thèmes abordés, ainsi que leur ordre d'apparition dans l'entrevue. Des questions ouvertes étaient aussi prévues pour chacun d'eux. C'est ainsi que la non-directivité s'est appliquée à l'intérieur de chacun des thèmes et des sous-thèmes. Un exemple de canevas d'entrevue utilisé dans le contexte de cette étude est placé à l'annexe 1.

Au début de chacune des entrevues, les participants ont été informés du respect du caractère confidentiel de leur propos, l'information personnalisée n'étant accessible que par la personne responsable de la conduite de l'étude. Suivant chacune des entrevues, un résumé des impressions et des faits saillants a été rapporté dans le journal de bord prévu à cet effet. Des données concernant certaines caractéristiques des participants et de leur organisation y ont été aussi consignées.

Au total, 13 entrevues ont été conduites dans les mois de décembre 1998 et janvier 1999. Deux d'entre elles ont été menées en groupe, à la demande des coordonnatrices

de soins, qui voyaient là une opportunité intéressante pour la recherche. Une entrevue a été réalisée par téléphone, l'intervenant ne pouvant se libérer à l'intérieur des contraintes temporelles de l'étude. Chacune des entrevues a duré de une à deux heures (sauf celle faite par téléphone dont la durée a été d'environ 20 minutes). 11 entrevues sur treize ont pu être enregistrées.

De plus, les informateurs clé ont tous reçu une première version de la description du cas élaborée à partir des entrevues. Ils ont été appelés à commenter et bonifier les informations et les interprétations en ce qui a trait à la description de la situation des services.

2.3.2 Consultation de la littérature

L'insuffisance cardiaque constitue la problématique de santé à partir de laquelle nous avons défini la clientèle cible considérée dans cette étude. L'organisation des services dispensés à cette clientèle s'appuie nécessairement sur les aspects caractérisant cette maladie et son impact sur les personnes atteintes. Il nous est apparu essentiel de comprendre la portée de l'insuffisance cardiaque sur la personne atteinte pour en saisir les liens avec l'offre des services. C'est avec cette perspective que la littérature sur l'insuffisance cardiaque a été consultée et est rapportée comme tel au chapitre présentant le cas et ses caractéristiques.

Soulignons également que la littérature a été consultée et rapportée avec le souci de permettre au lecteur de bien saisir la situation à l'étude, de manière à ce qu'il puisse évaluer la légitimité d'éventuels transferts de résultats à d'autres contextes.

2.3.3 Consultation de documents

Les documents administratifs sont pour la plupart issus d'une certaine concertation entre les organisations pour supporter l'offre des services de santé adressée à leur clientèle commune. Ces documents s'inscrivent dans le cadre des travaux régionaux récents sur les modalités d'articulation entre les centres hospitaliers de courte durée,

les CLSC et les médecins traitants et des tables de concertation inter établissements. Il s'agit notamment des protocoles d'ententes inter établissements à l'égard des soins post-hospitaliers.

D'autres documents ont aussi permis d'établir ou de compléter la liste des cliniques médicales du Sud-ouest et des organismes communautaires selon leur domaine d'intérêt respectif⁸.

2.3.4 Banque de données statistiques

Dans le but de caractériser le milieu dans lequel s'est déroulée la recherche, des données provenant des recensements réalisés par Statistique Canada en 1991 et 1996 ont été recueillies. La situation socio-démographique du Sud-ouest a constitué l'objet de la cueillette des données à partir de cette banque. L'objectif poursuivi a été de toujours s'assurer qu'on comprenne bien la situation à l'étude et que le lecteur puisse évaluer la légitimité de faire des transferts de résultats à d'autres situations.

Des données relatives aux hospitalisations pour insuffisance cardiaque (CIM-9, 428) ont été extraites de la banque de données « clientèle hospitalière Med-écho ». L'objectif était de connaître les habitudes d'utilisation des services hospitaliers des résidents du Sud-ouest atteints d'insuffisance cardiaque, ces informations étant utilisées dans l'établissement du cheminement de la clientèle à travers les services. Les données recueillies se rapportent au nombre d'hospitalisations pour insuffisance cardiaque chez les résidents du Sud-ouest, la durée des séjours hospitaliers et les lieux d'hospitalisations, pour la période se situant de 1990 à 1997.

2.4 Stratégie de traitement des données et d'analyse

Dans cette étude, l'analyse devait permettre une description en profondeur de la situation à l'étude, en organisant les données de telle façon qu'il puisse en résulter les réseaux de services reconstruits. Ainsi, un modèle théorique servant la reconstruction

⁸ Les productions de la RRSSS de Montréal-Centre sur les services de santé par territoire de CLSC (1997), ainsi que le répertoire des services communautaires du grand Montréal (Centre de référence du grand Montréal, 1998) ont été utilisés à cet effet.

des réseaux de services a été développé, ce modèle provenant pour une bonne part de la recension d'écrits à ce sujet. Les stratégies de recherche et d'analyse que nous avons privilégiées ont aussi permis que le modèle évolue au fur et à mesure que l'analyse se faisait. L'approche analytique choisie peut être qualifiée de mixte, en ce sens qu'elle s'appuie sur des catégories d'informations ayant pu être élaborées a priori ou à partir du terrain (Laperrière. 1997a). Cette façon de faire met à profit les stratégies d'analyse qualitative qui utilisent les méthodes dites itératives pour traiter l'information et en dégager un sens élargi (Paillé. 1994).

Ainsi, la confrontation des paramètres du modèle théorique avec les données issues du terrain ont permis un certain ajustement du cadre de référence. C'est pourquoi, en fait, le modèle théorique présenté au préalable constitue aussi la trame catégorielle finale permettant le regroupement des données et à partir duquel se structure la présentation du cas à l'étude.

▪ **le traitement des données d'entrevues**

La première étape du processus d'analyse a consisté à constituer une banque de données réunissant l'ensemble des verbatims obtenus par les entrevues. Chacune des entrevues enregistrées a été transcrite sur support informatique. Le logiciel QSR N.U.D.I.S.T. a été utilisé pour gérer l'ensemble des informations provenant des entrevues (QSR N.U.D.I.S.T. 1995). Précisons qu'à cette étape, les données d'entrevues ont été compilées sous une forme dépersonnalisée. Cette étape de préparation des données a été suivie par un travail de codage de chacune des entrevues. En segmentant l'information, on a cherché à identifier la plus petite unité d'information qui a un sens dans le contexte de notre étude (Tesch. 1990). C'est sur cette base d'analyse qu'ont pu émerger certaines nouvelles idées ou concepts.

À l'aide du cadre de référence de départ qui identifiait déjà certaines catégories d'informations et des concepts émergents des entretiens, les discours ont été fondus et réorganisés en codes, catégories d'informations (regroupant les codes) et en thèmes. Cette démarche, qui essentiellement est itérative, a été facilitée par l'utilisation du logiciel QSR N.U.D.I.S.T. qui permet notamment d'indexer des unités de sens sous plusieurs catégories et de modifier la structure hiérarchique de la catégorisation selon l'évolution de l'analyse. C'est ainsi par une reformulation constante des codes et des

catégories conceptuelles jusqu'à ce qu'elles rendent compte de l'ensemble des données empiriques et qu'elles saturent (point où les données n'apportent plus de nouvelles informations) qu'on s'est assuré de la validité des codes et des catégories regroupant les données (Laperrière. 1993).

L'arbre d'analyse des informations provenant des entrevues ainsi constitué se retrouve au tableau IV. Il constitue en fait l'ensemble des variables ayant été regardées à travers le cas à l'étude.

▪ **le traitement des documents administratifs**

La lecture des documents administratifs a été réalisée avec le but explicite d'en extraire le sens en ce qui a trait aux aspects de standardisation supposant une action administrative (protocole, procédure, etc.), à la transaction des ressources et aux relations inter organisationnelles caractérisant la coordination de la fonction *administration*.

L'analyse des documents administratifs a été réalisée en étroite relation avec l'analyse des données d'entrevues. Avec ces documents, en cherchant à corroborer les données provenant des entrevues à l'égard de la coordination inter organisationnelle s'actualisant au niveau de l'administration, on a pu confirmer les catégories d'informations à cet égard. C'est donc strictement aux mêmes variables que celles incluses dans l'arbre d'analyse que se rapportent les données intéressantes provenant des documents administratifs.

Tableau IV : Liste des thèmes, catégories et codes

Thèmes	Catégories	Codes (segments)
Contexte de l'étude	<p>Problématique de santé : l'insuffisance cardiaque</p> <p>Éléments contextuels relatifs au milieu de recherche : le Sud-ouest de Montréal</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ définition du problème de santé ▪ besoins ▪ territoire ▪ conditions socio-démographiques ▪ besoins spécifiques de la clientèle cible ▪ composition structurelle en rapport avec l'organisation des services (CLSC, cliniques médicales, services spécialisés, hôpitaux, organismes communautaires)
Aspects relatifs à la coordination de la fonction prestation des services	<p>Cheminement de la clientèle dans sa démarche d'utilisation des services</p> <p>Dimensions structurelles relativement aux services dispensés par :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ les services ambulatoires des CLSC ▪ les services à domicile des CLSC ▪ les services médicaux en cabinets privés ou en cliniques médicales ▪ les organismes communautaires <p>Dimensions du processus relativement aux liens entre :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ les CLSC et les médecins des cliniques médicales ou cabinets privés ▪ les CLSC et les CH ▪ les CH et les médecins des cliniques médicales ou cabinets privés ▪ les CLSC et les organismes communautaires 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ regroupement des organisations qui desservent la même clientèle ▪ portes d'entrée ▪ caractéristiques du parcours ▪ objectifs des services et clientèle ▪ gamme de services dispensés ▪ spécialisation (type d'interventions) ▪ ressources professionnelles ▪ méthodes caractérisant le cheminement de la clientèle d'un point de services à un autre (objet des relations inter organisationnelles) ▪ clientèle concernée et raison du lien inter organisationnel (portée) ▪ déterminants de la coordination ▪ stratégies (mécanismes de liaison) ▪ appréciation des relations inter organisationnelles
Aspects relatifs à la coordination de la fonction administration des services	<p>Support administratif à l'actualisation de la prestation des services auprès de la clientèle visée</p> <p>Dimensions du processus relativement aux regroupements :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ des CLSC et des médecins des cliniques médicales ou cabinets privés ▪ des CLSC, des CH et des organismes communautaires ▪ chacun des CLSC ▪ des médecins des cliniques médicales ou cabinets privés (entre eux) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ regroupement des organisations qui transigent des ressources ▪ types de ressources transigées (objet) ▪ déterminants de la coordination ▪ portée (motivation du regroupement) ▪ stratégies (comités, tables...) ▪ appréciation des relations inter organisationnelles (en tant que support à la prestation)
Efficacité des réseaux de services	<p>Objectifs intermédiaires de la coordination systémique</p> <p>Climat et cohésion</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ accessibilité ▪ globalité ▪ compatibilité ▪ harmonie inter organisationnelle ▪ effort collectif

- **le traitement statistique des données**

Le recours au traitement quantitatif des données provenant de Statistique Canada et de la banque *clientèle hospitalière MED-ÉCHO* s'est avéré pertinent pour, d'une part compléter le portrait de la situation populationnelle du Sud-ouest et, d'autre part, préciser certains aspects en relation avec le cheminement de la clientèle atteinte d'insuffisance cardiaque dans ses démarches d'utilisation des services offerts. L'ensemble des données qui ont été cueillies n'ont pas été mises en relief ni avec les structures d'âge des populations, ni leurs caractéristiques socio-démographiques ou des paramètres relatifs à l'organisation des services de santé. Il est donc clair que leur traitement s'inscrit dans une démarche strictement descriptive et que lorsqu'elles sont présentées, c'est à titre indicatif d'une situation ou pour corroborer d'autres données.

Les données sur l'hospitalisation pour insuffisance cardiaque (CIM-9, 428) chez les résidants du Sud-ouest utilisées dans le contexte de cette étude concernent le nombre d'hospitalisations, le nombre de résidants hospitalisés et la durée des séjours hospitaliers. Ces données ont été ventilées par territoire de CLSC et par groupe d'âge. Finalement les taux d'hospitalisations (nombre d'hospitalisations /10 000 habitants) et les rapports du nombre d'hospitalisations sur le nombre de résidants hospitalisés ont été calculés.

2.5 Rigueur

La rigueur caractérisant l'étude est appréciée selon quatre critères, d'ailleurs discutés dans la littérature sur la recherche qualitative. Il s'agit de la crédibilité, de la fiabilité, de la constance interne et de la transférabilité (Pourtois & Desmet H. 1998).

- **la crédibilité**

Le critère de crédibilité s'apparente à celui de la validité interne d'une recherche quantitative. La question soulevée par ce critère concerne le caractère véridique des résultats de la recherche (Laperrière. 1993).

Le recours à la triangulation des données et des méthodes contribue à assurer la crédibilité des résultats de l'étude (Laperrière. 1997b; Stake. 1995). D'une part, les

données retenues pour décrire et analyser la situation à l'étude ont toutes été confrontées les une aux autres et devaient converger vers une même aire de compréhension. Cette triangulation a été facilitée par l'utilisation de plus d'une méthode de cueillette des données.

De plus, la validation de la description du cas par les participants à l'étude a constitué le moyen le plus probant en ce qui a trait à la crédibilité de l'étude. La consultation ainsi réalisée a permis d'ajuster certains faits et leur interprétation de manière à ce que les participants soient en accord avec la description du cas. C'est donc par la présentation de la reconstruction du réseau des services existants dans le Sud-ouest que nous sommes assurés que notre compréhension de la situation à l'étude correspondait à la réalité transmise par les participants.

- **la fiabilité**

La fiabilité est le critère qui se définit à partir de l'indépendance des analyses par rapport à l'idéologie du chercheur (Pourtois & Desmet H. 1998). Ce critère est ainsi en rapport avec l'objectivité du chercheur. Il réfère à la mesure avec laquelle les résultats de l'étude seraient congruents avec ceux d'une recherche qui serait réalisée dans des conditions semblables (Laperrière. 1993).

L'appui sur un modèle théorique élaboré à partir de la littérature et *a posteriori* sur le sujet a contribué nécessairement à l'augmentation de la fiabilité des résultats. De plus, la présentation du cas aux participants et la considération de leur réaction contribue à assurer que l'analyse demeure raisonnable et que l'interprétation ne découle pas seulement de la pensée du chercheur.

- **la constance interne**

Ce critère réfère au degré avec lequel d'autres chercheurs, partant des mêmes construits en arriveraient aux mêmes résultats (Laperrière. 1993). Dans le but d'éviter des erreurs systématiques, une attention particulière a été apportée au processus caractérisant la cueillette de l'information, son traitement et son analyse (Ratcliffe & Gonzalez-del-Valle. 1988). L'utilisation d'un journal de bord permettant de nuancer les informations enregistrées et d'un support informatique pour gérer uniformément l'ensemble des données ont été déterminants en ce qui a trait à la constance interne.

C'est aussi par une reformulation constante des codes et des catégories conceptuelles jusqu'à ce qu'elles rendent compte de l'ensemble des données empiriques et qu'elles saturent (point où les données n'apportent plus de nouvelles informations) qu'on s'est assuré de la validité des codes et des catégories regroupant les données (Laperrière. 1993).

▪ **la transférabilité**

Dans le contexte de cette étude, le cas est considéré comme une opportunité pour mieux comprendre le fonctionnement en réseau des organisations qui dispensent des services de santé de première ligne. Ainsi, la représentativité des résultats ne constitue pas une finalité de recherche (Stake. 1995).

La transférabilité constitue le critère selon lequel on peut penser transférer certains résultats ou conclusions de la recherche à d'autres problématiques de santé jugées comparables ou à d'autres systèmes de services (Laperrière. 1993). Le poids de ce transfert demeurant sur le lecteur (Stake. 1994), une attention toute particulière a été apportée à la description du contexte de l'étude pour lui permettre d'en évaluer la légitimité. C'est ainsi que la problématique de santé considérée dans cette étude et la situation du Sud-ouest en termes de caractéristiques socio-démographiques et de clientèle utilisant les services de santé font l'objet d'une description détaillée dans la présentation du cas.

Chapitre 3 – Présentation du cas

Ce chapitre constitue en fait la mise en contexte de l'étude, cette contextualisation étant nécessaire à la compréhension juste de la situation étudiée. Elle doit notamment permettre au lecteur de juger de la compatibilité de la situation à l'étude avec d'autres et de la légitimité de transférer certaines informations ou conclusions. C'est ainsi que sont présentées la problématique de santé considérée pour circonscrire la clientèle cible, soit l'insuffisance cardiaque (critère clinique), et la situation de la sous-région du Sud-ouest en termes de caractéristiques socio-démographiques et de clientèle utilisant les services de santé (critère géographique).

Tout au long de la présentation du cas, des énoncés tirés des entrevues sont présentés en encadré. Ils représentent l'opinion de participants sur des sujets spécifiques et sont rapportés pour venir appuyer, compléter ou nuancer les propos qui sont tenus.

3.1 L'insuffisance cardiaque comme problématique de santé

L'insuffisance cardiaque est un état physiopathologique résultant d'une anomalie de l'anatomie et de la fonction cardiaque. Elle se définit par une diminution importante de la capacité du cœur à pomper suffisamment de sang pour répondre aux besoins métaboliques de l'organisme et pour conserver la fraction d'éjection du muscle cardiaque à un niveau suffisamment élevé (Johnstone, Abdulla, Arnold, et al. 1994). L'insuffisance cardiaque entraîne ainsi une congestion circulatoire pulmonaire et une diminution du débit périphérique (Thivierge. 1997). Pour l'individu atteint, la maladie se manifeste principalement par de l'intolérance à l'effort, souvent par une rétention liquidienne et une longévité réduite (Déry. 1997).

L'insuffisance cardiaque, fréquente chez les personnes âgées, est une maladie qu'on associe au vieillissement (Johnstone, Abdulla, Arnold, et al. 1994). De fait, les cardiopathies ischémiques et l'hypertrophie ventriculaire résultant de l'hypertension augmentent avec l'âge chez les personnes vieillissantes et sont considérées comme les deux facteurs de risque cardinaux (les plus importants) de l'insuffisance cardiaque

(Déry. 1997). Le diabète, l'obésité, la sédentarité et le tabagisme constituent, quant à eux, des facteurs de risque précurseurs ou associés à l'une ou l'autre de ces conditions directement retrouvées en amont de l'insuffisance cardiaque (Déry, Thivierge & Ouellet. 1997). Les déterminants impliqués dans l'installation de l'insuffisance cardiaque suivant un continuum partant de la santé vers la maladie sont présentés à la figure 4.

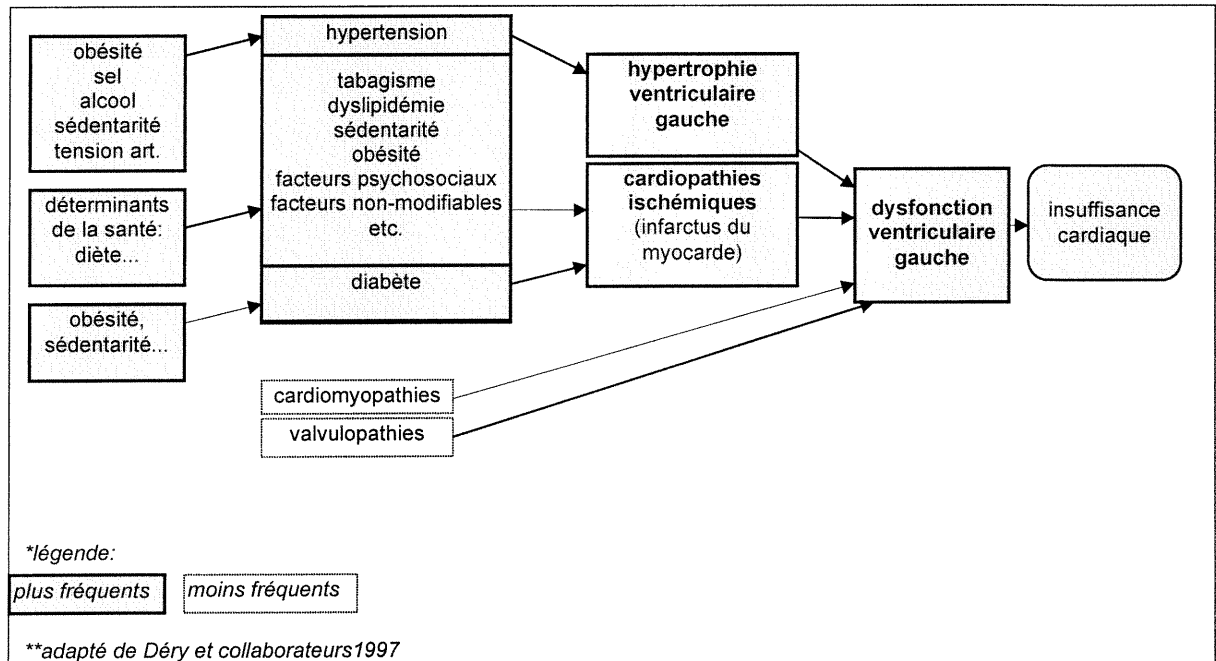


Figure 4 : Le continuum de l'insuffisance cardiaque des déterminants de la santé à l'insuffisance cardiaque

L'insuffisance cardiaque se définit aussi par sa complexité. Chez les personnes âgées, elle se présente rarement seule. Dans les faits, le plus souvent, l'insuffisance cardiaque cohabite avec différents troubles organiques et maladies de types respiratoires, urinaires ou autres. Bien que les symptômes de l'insuffisance cardiaque soient bien connus, cette coexistence rend difficile l'identification et complexifie le diagnostic de la maladie chez la personne âgée (Strasser. 1990c).

▪ l'importance numérique de l'insuffisance cardiaque

À l'échelle de l'ensemble des pays industrialisés, les études épidémiologiques menées ces dernières années tendent à démontrer que l'insuffisance cardiaque est en

constante augmentation depuis les 2 dernières décennies (Direction régionale de la santé publique de Montréal-Centre. 1997). On observe également une relation entre l'augmentation en âge et l'augmentation de l'incidence de la maladie. On pense que les progrès que connaissent les sciences médicales, en gardant en vie de nombreux patients souffrant de cardiopathies ischémiques, les rendent plus susceptibles de développer de l'insuffisance cardiaque (Lenfant. 1997). Aux États-Unis, on estime que plus de quatre millions de personnes sont atteintes d'insuffisance cardiaque et que plus de 400 000 nouveaux cas sont diagnostiqués chaque année (American Heart Association. 1999; National Heart, Lung and Blood Institute. 1996). Or, l'insuffisance cardiaque est un syndrome qui se caractérise par de la morbidité importante entraînant de nombreuses hospitalisations pour les personnes touchées ainsi que par des taux de mortalité élevés (Johnstone, Abdulla, Arnold, et al. 1994; Lenfant. 1997; Lenfant. 1997). Selon le *Centers for Disease Control and Prevention*, la mortalité chez les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque s'élève à environ 20% après un an et à 50% après cinq ans suivant le diagnostic de la maladie (Guérard, Kapetanakis & Lavoie. 1999).

À notre connaissance, il n'existe pas de données quantifiant justement la prévalence et l'incidence de l'insuffisance cardiaque au sein de la population québécoise. C'est par l'intermédiaire des banques de données sur les clientèles hospitalières (MED-ECHO) qu'on peut apprécier l'ampleur collective du problème. Faisant foi de la pleine croissance de la maladie, les études montréalaises révèlent que le nombre d'admissions hospitalières pour insuffisance cardiaque a considérablement augmenté ces dernières années (Direction régionale de la santé publique de Montréal-Centre. 1997; Guérard. 1999; Direction régionale de la santé publique de Montréal-Centre. 1997). Selon une étude récente, les taux annuels d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque chez les personnes âgées se sont accrus de 26% dans la région montréalaise depuis 1990 (Guérard. 1999). Pendant l'année financière 1995-1996, plus de 3000 hospitalisations dont l'insuffisance cardiaque constitue le diagnostic principal ont été comptabilisées. Ces hospitalisations se répartissent sur 2 437 résidents montréalais de plus de 65 ans. Le taux de réadmission hospitalière s'élève à 20,5% dans les 30 jours suivant l'hospitalisation, à 44,5% après 6 mois et à 55,2% après 12 mois. La durée moyenne de séjour à l'hôpital s'établit à 14 jours.

▪ **les conséquences de l'insuffisance cardiaque**

L'insuffisance cardiaque est un syndrome caractérisé par un taux élevé de morbidité et de mortalité. Considérant aussi le fait que les personnes atteintes sont hospitalisées fréquemment, il va de soi que les conséquences pour l'individu affecté ainsi que pour son entourage ne se limitent pas aux répercussions biologiques et physiques associées à la maladie. Pour cette raison, les conséquences de l'insuffisance cardiaque sur la santé et le bien-être de l'individu sont présentées ici selon trois perspectives, la première relevant des aspects physiques ou biologiques, la seconde des aspects psychologiques et la dernière, à caractère plus social (Donabedian. 1973).

D'abord, on impute à l'insuffisance cardiaque des limitations physiques et fonctionnelles qui interfèrent avec les activités de la vie quotidienne. La *New York Heart Association* catégorise ces limitations selon quatre (4) classes fonctionnelles de sévérité (Gupta & Arnold. 1998).

Tableau V : Classification fonctionnelle de l'insuffisance cardiaque

<p>Classe I Aucune limitation : un niveau d'exercice ordinaire ne cause pas de fatigue indue, de dyspnée ou de palpitations.</p> <p>Classe II Limitation physique légère: généralement, la personne est confortable, mais un niveau d'exercice ordinaire résulte en de la fatigue, des palpitations, de la dyspnée ou de l'angine.</p> <p>Classe III Limitation physique modérée «marked»: de nombreuses activités quotidiennes résultent en de la fatigue, des palpitations, de la dyspnée ou de l'angine.</p> <p>Classe IV Limitation physique sévère: les symptômes (fatigue, palpitations, dyspnée et angine) sont présents en permanence et augmentent en intensité avec l'activité physique.</p>
--

Sur la base de cette classification, on comprend que l'insuffisance cardiaque à son premier stade présente peu de symptômes. Par conséquent, la difficulté de reconnaître la maladie caractérise l'insuffisance cardiaque dans ses débuts, fait d'ailleurs rapporté par les intervenants impliqués dans les services auprès de ce type de clientèle.

Dans ses premiers stades, l'insuffisance cardiaque se confond souvent avec d'autres maladies cardiaques ou d'autres affections touchant les personnes âgées. La frontière entre les précurseurs de la maladie et la maladie n'est pas claire. Ceci est d'autant plus vrai que l'insuffisance cardiaque est une maladie méconnue par la population en général.

Par ailleurs, l'évolution de la maladie s'accompagne d'une augmentation significative des symptômes associés à l'insuffisance cardiaque. Les personnes atteintes sévèrement verront ainsi l'ensemble de leurs activités quotidiennes touchées par la maladie. C'est donc au niveau de l'autonomie des personnes que l'évolution de l'insuffisance cardiaque peut avoir le plus grand impact.

L'insuffisance cardiaque plus sévère se rencontre auprès d'une clientèle, le plus souvent âgée, dite «en perte d'autonomie». Ces personnes sont peu mobiles, se déplacent peu... Elles correspondent à la clientèle visée par le guichet unique d'accès aux services de longue durée.⁹

Pour contrôler les symptômes physiques de la maladie et son évolution, sont particulièrement recommandées des thérapies pharmacologiques appropriées, non pharmacologiques (diète hyposodée, restriction liquidienne...) associées à l'adoption de saines habitudes de vie (Déry, Thivierge & Ouellet. 1997; Johnstone, Abdulla, Arnold, et al. 1994). Pour l'individu atteint, les niveaux de traitement ne sont pas sans conséquence, lui imposant l'adoption d'un nouveau rythme de vie et de nouveaux comportements, notamment au niveau de ses habitudes alimentaires, de la prise de médicament et de la surveillance de sa santé et des symptômes associés à l'insuffisance cardiaque.

Par ailleurs, les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque ont souvent de la difficulté à composer avec leur situation de malade, un état d'anxiété accompagnant inévitablement la maladie cardiaque (Bennett, Pressler, Hays, Firestine & Huster. 1997; Strasser. 1990a; Strasser. 1990b). D'abord, un diagnostic de maladie cardiaque constitue une raison légitime de s'alarmer. Les personnes ainsi ciblées, quel que soit leur âge, ressentent la menace, de la crainte et des sentiments d'insécurité. D'autre part, les symptômes ressentis et variant dans le temps engendrent aussi un profond

⁹ Le guichet unique d'accès aux services de longue durée s'adresse aux personnes âgées en perte ou à risque de perte d'autonomie. Ce programme assure la coordination des services à partir d'un guichet unique, le CLSC, dans le but d'assurer la prise en charge des personnes âgées le nécessitant (O'Dwyer. 1996).

sentiment d'anxiété et d'insécurité. Strasser parle de la personne âgée affectée d'un problème cardiaque comme d'un prisonnier de sa peur, vivant de l'isolement et un sentiment d'abandon, situation qui ne fait qu'accélérer l'apparition de problèmes dépressifs (Strasser. 1990a). Finalement, ces difficultés à composer avec l'insuffisance cardiaque sont souvent exacerbées par la crise aiguë et le séjour à l'hôpital (Burvill. 1990; Guérard. 1999; Guérard. 1999). Or, on le sait, l'insuffisance cardiaque résulte souvent, pour l'individu atteint, en de nombreux séjours à l'hôpital... (Déry, Thivierge & Ouellet. 1997; Lenfant. 1997; Lenfant. 1997). Partant de ces faits, on comprend que, principalement, c'est au niveau de la qualité de la vie que se traduiront les conséquences individuelles de l'insuffisance cardiaque (Lenfant. 1997; Shively, Fox & Brass-Mynderse. 1996; Shively, Fox & Brass-Mynderse. 1996).

Des études récentes mettent en évidence que l'insuffisance cardiaque est aussi une affaire de famille, l'entourage immédiat de la personne affectée voyant également sa qualité de vie altérée (Duhamel. 1997). En effet, en plus d'être rejoint par l'angoisse ressentie par le malade et les désagréments provoqués par la crise aiguë, l'entourage immédiat vit aussi de la crainte, de la peur et de l'anxiété. La période de transition entre le séjour hospitalier et le milieu de vie n'en est que plus difficile (Strasser. 1990a). De plus, les recherches révèlent que l'insuffisance cardiaque a un effet sur les conjoints des personnes souffrant d'insuffisance cardiaque, le fardeau le plus significatif étant lié à la composante émotionnelle de la relation conjugale (Duhamel. 1997). Les études démontrent aussi l'existence du lien entre l'évolution de la maladie et les relations conjugales/familiales, leur qualité influençant le niveau de détresse émotionnelle du malade qui, en retour, affecte son ajustement psychosocial face à la maladie.

On doit comprendre que l'insuffisance cardiaque est une maladie grave, dont les manifestations sont inquiétantes pour l'entourage. Il n'est pas rare de rencontrer des conjoints âgés, qui vivent dans la crainte d'une crise, ou même de retrouver leur conjoint «en train de mourir».

3.2 La situation du Sud-ouest de Montréal-Centre

Le Sud-ouest de Montréal constitue pour la RRSSS de Montréal-Centre une sous-région définie par le regroupement des cinq territoires des CLSC Saint-Henri, Verdun/Côte Saint-Paul, Lasalle et du Vieux La Chine et de la Clinique communautaire

de Pointe Saint-Charles (RRSSS de Montréal-Centre. 1998a). Le Sud-ouest comprend les villes de Verdun, LaSalle, Saint-Pierre, Lachine, Dorval et l'île de Dorval, ainsi que les quartiers montréalais de Pointe Saint-Charles, Saint-Henri, Côte-Saint-Paul et Ville-Émard.

▪ **la population**

Plus de 250 000 personnes résident sur le territoire du Sud-ouest. D'ici l'an 2001, on y prévoit un accroissement de la population qui touchera surtout le groupe des personnes âgées, donc de 65 ans et plus (Chambre de commerce du Sud-ouest de l'Île de Montréal. 1995).

Tableau VI : Quelques indicateurs démographiques

	CLSC Du Vieux Lachine	CLSC LaSalle	CLSC St-Henri	CLSC Verdun/Ct Saint-Paul	Cl. Pointe St-Charles	Montréal- Centre
*Population totale	57,480	72 035	25 580	89 385	13 075	1 775 845
Moins de 20 ans	22%	22%	23%	21%	26%	22%
20-64 ans	61%	64%	65%	64%	62%	63%
65 ans et plus	17%	14%	12%	16%	12%	16%
âge médian	38 ans	37 ans	33 ans	38 ans	34 ans	36 ans

* non corrigée pour le sous-dénombrement

/données provenant du recensement 1996, Statistique Canada (Choinière. 1996).

L'ensemble des participants à l'étude n'ont pas manqué de souligner la grande pauvreté caractérisant certains secteurs du Sud-ouest. Les statistiques populationnelles dont nous disposons en font d'ailleurs foi, certains territoires de CLSC ayant plus de 50% de leur population qui vit sous le seuil de la pauvreté (tableau VII). Même sur les territoires de CLSC réputés plus aisés, des écarts importants au niveau de la richesse sont relevés. C'est le cas, notamment, du Vieux La Chine, où le secteur *Est* se distingue des milieux plus aisés comme l'ouest de Lachine et Dorval. Ville Saint-Pierre constitue aussi un secteur particulièrement touché par des conditions socio-économiques le défavorisant. La situation économique difficile qu'a connue le secteur industriel ces dernières années a contribué à l'appauvrissement de la population. Elle se constitue en effet de nombreux travailleurs et travailleuses des usines et manufactures du territoire, dont plusieurs ont fermé leur porte ou congédié des employés.

Tableau VII : Quelques indicateurs socio-économiques

	CLSC Du Vieux Lachine	CLSC LaSalle	CLSC St-Henri	CLSC Verdun/Ct Saint-Paul	Cl. comm. Pointe St-Charles	Montréal- Centre
Familles monoparentales	30%	30%	49%	39%	52%	32%
Population de 15 ans et plus sans certificat d'études secondaires	33%	35%	38%	40%	55%	32%
Population vivant sous le seuil de faible revenu	28%	28%	51%	38 %	55%	35%

données provenant du recensement 1996, Statistique Canada (Choinière. 1996).

Les contraintes financières qui touchent un nombre important de résidents du Sud-ouest se répercutent, on le sait, à bien des niveaux. Les intervenants soulignent, par exemple, que l'accès à certains groupes de médicaments peut être compromis, bon nombre de personnes n'ayant pas d'assurance privée. Ils sont aussi dans l'impossibilité d'accéder aux différents services de santé et sociaux privés qui souvent pallient à la disponibilité restreinte des services publics.

Les gens n'ont pas d'assurance privée; ils n'ont donc pas accès aux services de santé privés qui pallient certains manques des services publics, comme par exemple la consultation de nutritionnistes. Souvent, ils n'ont pas l'argent nécessaire pour assurer les frais de transport pour aller à tous leurs rendez-vous.

Souvent, les aidants naturels, lorsqu'ils travaillent, ont des emplois précaires. Leurs conditions ne leur permettent pas de supporter les malades lorsqu'ils en ont besoin et d'être disponibles pour leurs nombreux rendez-vous...

Finalement, pour les intervenants, une bonne part de la population du Sud-ouest se caractérise aussi par des conditions et des habitudes de vie qui accentuent le risque de développer différentes maladies chroniques comme les cardiopathies ischémiques qui fréquemment précèdent l'insuffisance cardiaque (régime alimentaire, alcool, tabac...).

Les conditions de vie qui prévalent dans le Sud-ouest, déterminant non négligeable de l'état de santé de la population y résidant, viennent aussi teinter l'ensemble des services sociaux et de santé dispensés directement à la population, que ce soit au niveau de l'enseignement, l'éducation, la prise de médicament, l'importance des traitements... De plus, l'insuffisance cardiaque se caractérisant par une autonomie

réduite pour beaucoup, laisse peu de place à des interventions impliquant de nombreux déplacements.

▪ **données sur les hospitalisations du Sud-ouest de Montréal-Centre**

Les hospitalisations ne rendent évidemment pas compte de toute l'ampleur du problème constitué par l'insuffisance cardiaque dans le Sud-ouest de Montréal. En fait, les statistiques provenant des données d'hospitalisations doivent être considérées comme un reflet de l'évolution de la maladie au sein de la population ainsi que de la prise en charge de la maladie par le système de santé. À ce dernier chapitre, la littérature rapporte que l'utilisation des services appropriés de première ligne au bon moment constitue, pour bon nombre de maladies chroniques, dont l'insuffisance cardiaque, un déterminant majeur de l'hospitalisation (Weinberger, Oddone & Henderson. 1996). Les propos des intervenants convergent également dans le même sens. Nombre d'études utilisant les taux d'hospitalisations pour insuffisance cardiaque comme indicateur d'accès aux services de première ligne vont également dans ce sens (Bindman, Grumbach, Osmond, et al. 1995; Institute of Medicine & Committee on Monitoring Access to Personal Health Care Services. 1993; Weissman, Gatsonis & Epstein. 1992; Institute of Medicine & Committee on Monitoring Access to Personal Health Care Services. 1993)

Pour ces raisons, le portrait de la situation du Sud-ouest a été complété par des données d'hospitalisations pour insuffisance cardiaque. Ces données proviennent de la banque clientèle hospitalière MED-ÉCHO pour les statistiques sur les hospitalisations et des recensements faits par Statistique Canada en 1991 et 1996 pour les données populationnelles. L'ensemble des compilations réalisées sont détaillées à l'annexe 2.

Soulignons d'abord que les données présentées ne le sont qu'à titre indicatif. N'ayant été mises en relief ni avec les structures d'âge des populations ou leurs caractéristiques socio-démographiques, ni avec aucun paramètre relatif à l'organisation des services de santé, il est clair qu'on ne peut expliquer les variations observées des données. Tout au plus, pouvons-nous constater certaines tendances.

Les données qui sont présentées ci-après couvrent la période du 1er avril 1996 au 31 mars 1997. Des statistiques détaillées par territoire de CLSC sont aussi présentées à

l'annexe 2. Les hospitalisations pour insuffisance cardiaque (comme premier diagnostic) sont, pour cette année-là, au nombre de 656. Elles concernent 501 résidents du Sud-ouest. C'est donc dire qu'en moyenne, les personnes ont été hospitalisées 1,31 fois pour cette cause durant l'année. La durée moyenne des séjours à l'hôpital s'élève à 14,8 jours. Les informations d'intérêt spécifiques à chacun des territoires de CLSC sont consignées au tableau VIII.

Tableau VIII : Quelques données sur les hospitalisations dont l'Insuffisance cardiaque est le diagnostic principal (CIM-9, 428) chez les résidents du Sud-ouest durant l'année 1996-1997

	CLSC Du Vieux Lachine	CLSC Lasalle	CLSC St-Henri	CLSC Verdun/Ct Saint-Paul	Cl. Pointe St-Charles	Sud-ouest
Nombre d'hospitalisations	101	152	49	307	47	656
Nombre de résidents hospitalisés	82	121	46	218	41	501*
Rapport: «hospitalisations / résidents hospitalisés»	1,23	1,26	1,07	1,40	1,15	1,31
Taux d'hospitalisation non ajustés pour l'âge**	17,57	21,10	19,16	34,35	35,95	25,47

*valeur représentant le nombre réel de résidents du Sud-ouest (ne correspond pas à la somme des territoires, certaines personnes ayant résidé sur plus d'un territoire de CLSC au cours d'une même année)

** rapport:«hospitalisations / 10 000 habitants»

La seule lecture des données pour l'ensemble du Sud-ouest et réparties par territoire révèle certains faits d'intérêts. D'abord, au chapitre des moyennes d'admissions à l'hôpital pour la même cause, les rapports *hospitalisations / résidents hospitalisés* se rapprochent des données montréalaises¹⁰ (Guérard, Kapetanakis & Lavoie. 1999). À cet effet, l'insuffisance cardiaque occupe le deuxième rang, après les maladies pulmonaires.

On constate aussi que la population résidant sur le territoire du CLSC Verdun / Côte Saint-Paul est responsable de près de la moitié de toutes les hospitalisations pour

¹⁰ Les données d'hospitalisations relatives à la région montréalaise proviennent du fascicule «L'insuffisance cardiaque à Montréal-Centre: les faits saillants» (Guérard, Kapetanakis & Lavoie. 1999). Elles ne sont présentées ici qu'à titre indicatif, la comparaison avec les données du Sud-ouest ne pouvant se faire directement, puisque les données montréalaises réfèrent essentiellement aux personnes âgées de 65 ans et plus, alors que celles du Sud-ouest couvrent l'ensemble de la population.

insuffisance cardiaque du Sud-ouest. Le taux d'hospitalisation par 10 000 résidents (sans égard à l'âge) y est aussi relativement élevé, comme c'est aussi le cas pour le secteur de Pointe Saint-Charles. Toujours chez les résidents du territoire du CLSC Verdun / Côte Saint-Paul, on relève que les moyennes d'admissions par personne pour la même cause sont nettement supérieures aux autres.

Par ailleurs, tel qu'attendu, ce sont principalement les groupes des personnes âgées qui constituent les principaux utilisateurs des services hospitaliers pour insuffisance cardiaque.

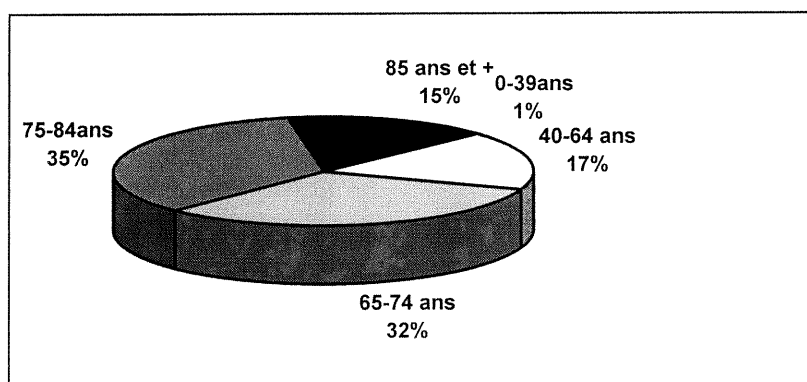


Figure 5 : Répartition des résidents hospitalisés pour insuffisance cardiaque selon leur âge (1996-1997); n=656

De fait, les groupes d'âge de 65 ans et plus sont responsables, à eux seuls, de plus de 84% de l'ensemble des hospitalisations pour insuffisance cardiaque.

Finalement, à l'instar des données montréalaises, (Déry. 1997; Guérard, Kapetanakis & Lavoie. 1999), les taux d'hospitalisations pour insuffisance cardiaque sont plus élevés pour la période de 1995 à 1997 que pour celle de 1990 à 1992. Les taux annuels globaux ont passé de 19,5 par 10 000 résidents pour la période 1990-92 à 24,8 pour 1996-1997. Ce sont d'abord les personnes âgées qui sont le plus touchées par ces augmentations.

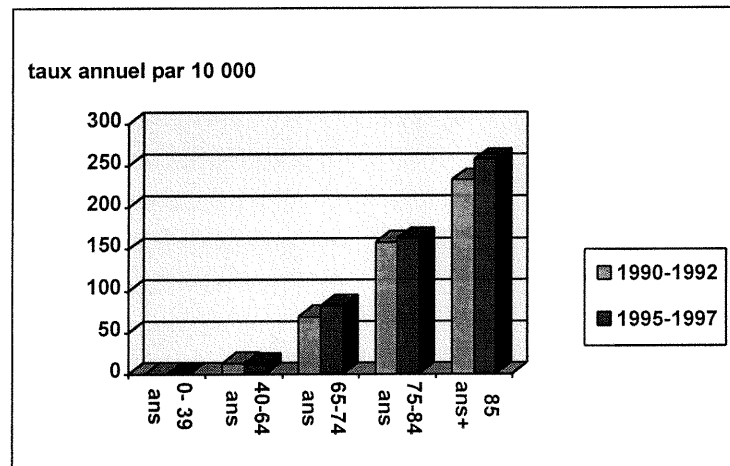


Figure 6 : Taux annuel d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque par groupe d'âge /Sud-ouest de Montréal-Centre

En guise de conclusion, on peut dire que l'ensemble des informations tendent à démontrer que la région du Sud-ouest constitue une sous-région particulièrement préoccupante pour la santé des personnes âgées, notamment eu égard aux conditions socio-économiques défavorables dans lesquelles sont contraints de vivre nombre de résidents de ces quartiers. Cette mise en contexte colore davantage les besoins de la clientèle atteinte qui rappelons-le se définissent selon des dimensions physiques ou biologiques, psychologiques et sociales.

Chapitre 4 - Reconstruction du réseau des services

Ce chapitre fait état de la reconstruction du réseau des services effectuée à partir des observations réalisées dans la sous-région du Sud-ouest de Montréal en ce qui a trait aux services de première ligne qui sont dispensés à une clientèle de personnes âgées atteintes d'insuffisance cardiaque et aux liens qui unissent les organisations responsables de produire ces services. Ce chapitre, essentiellement descriptif, dresse le portrait des services offerts en mettant en lumière certains aspects de l'organisation des services prévalant dans le Sud-ouest de Montréal. Les principaux constats relevant de la reconstruction de ce réseau sont soulevés et discutés au chapitre suivant (chapitre 5).

Partant de la reconstitution du parcours de la clientèle à travers les services dispensés, les résultats sont présentés suivant la structure du *cadre conceptuel relatif à la coordination inter organisationnelle dans les réseaux de distribution des services de santé* (figure 3), ce cadre ayant lui-même été confronté et ajusté aux données observées sur le terrain. Ainsi, le réseau des services est décrit selon ses propriétés structurelles et ses dimensions du processus qui caractérisent la coordination inter organisationnelle. Enfin, le dernier volet concerne les effets de la coordination systémique sur les services du réseau, constituant, en fait, une synthèse des opinions sur l'efficacité du réseau des services exprimées par les participants à l'étude.

4.1 Cheminement de la clientèle à travers les services de première ligne

Dans cette étude, le parcours de la clientèle entre les points de service constitue le point d'ancrage ayant servi à la reconstruction théorique des liens inter organisationnels en ce qui a trait à la prestation des services et des processus caractérisant la coordination entre les organisations impliquées. L'information recueillie en entrevue quant aux types de clients vus par les intervenants, leur provenance et les références qu'ils effectuent s'est ainsi avérée une aide précieuse pour identifier et délimiter les regroupements d'organisations qui travaillent ensemble pour desservir les résidents du Sud-ouest. L'information ainsi modulée a aussi permis de dégager les

processus de coordination inter organisationnelle privilégiés. C'est pourquoi le cheminement de la clientèle est présenté d'abord.

Le modèle présenté à la figure 7 illustre le cheminement de la clientèle atteinte d'insuffisance cardiaque dans sa démarche d'utilisation des services de première ligne. Intentionnellement, ce modèle se veut général. Il ne contient donc pas toutes les possibilités de parcours convenant plus particulièrement à chacun des cas. L'accent est plutôt mis sur les portes d'entrée du système de santé pour cette clientèle et sur les liens prévalant entre les différents points de service. La force des liens eu égard au volume de la clientèle et telle que perçue par les intervenants est schématisée par la grosseur des traits alors que la pointe des flèches exprime le sens de la relation.

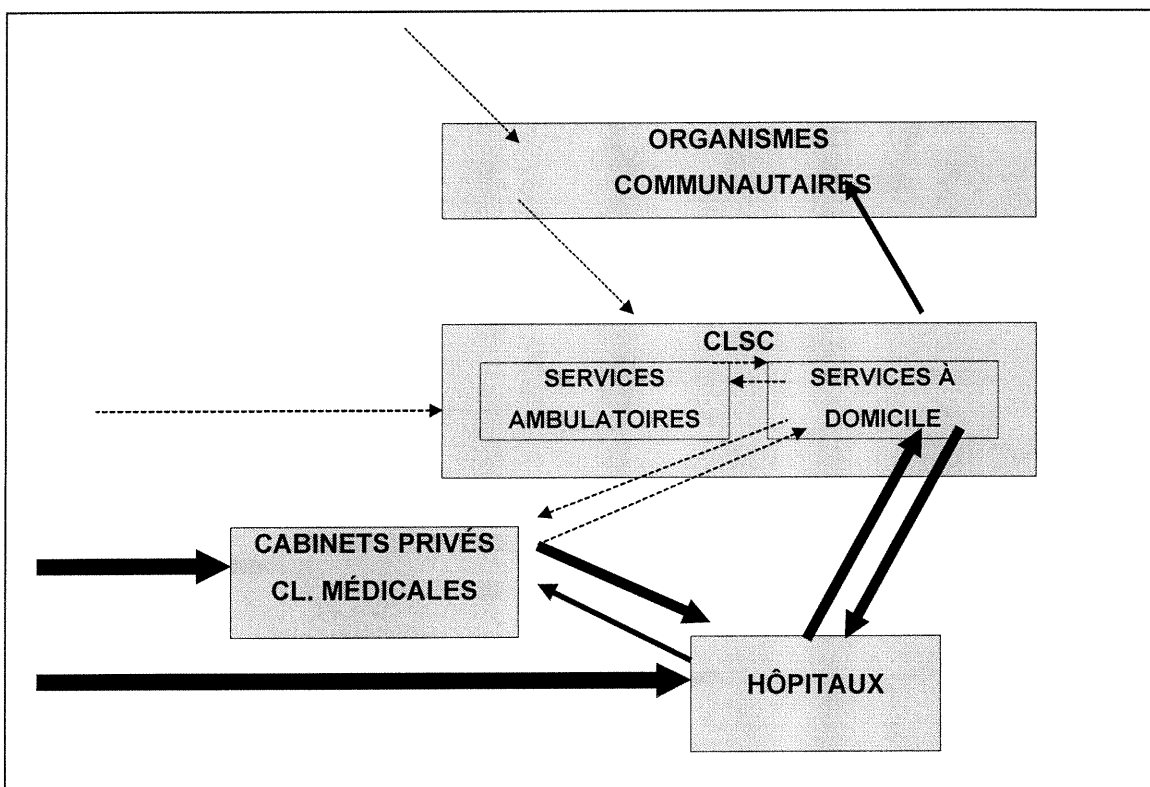


Figure 7 : Parcours de la clientèle atteinte d'insuffisance cardiaque utilisant les services de santé

Aux dires des intervenants rencontrés, le premier contact des personnes atteintes d'insuffisance cardiaque avec les services de santé s'actualise soit dans les cliniques médicales ou les cabinets privés avec les médecins généralistes ou de famille, soit

dans les urgences des centres hospitaliers en réponse à une situation de «crise»¹¹. C'est aussi dire que ces organisations constituent des acteurs de première importance dans la détermination du parcours suivi par les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque qui utilisent les services de première ligne.

Pour leur part, les CLSC interviennent davantage en post-hospitalisation. Ils rejoignent donc surtout une clientèle atteinte assez sévèrement, souvent en perte d'autonomie. C'est pourquoi ce sont d'abord les programmes de services dispensés à domicile qui sont sollicités. Finalement, c'est dans le contexte de leurs interventions auprès des personnes âgées que les CLSC mettent généralement à contribution différents organismes communautaires.

Chacune des entités organisationnelles impliquées dans le cheminement des clients agit selon des modalités qui lui sont propres et dispensent des types de soins en respect avec son identité. Agissant en interrelations, on comprend que parfois elles peuvent jouer le rôle de filtre d'accès à d'autres services en imposant certaines procédures ou critères, ou à l'inverse de facilitateurs. Ces différentes dimensions des points de service sont abordés dans la section qui traite des liens inter organisationnels.

4.2 Dimensions structurelles du réseau

4.2.1 Organisations dispensant des services de santé (taille)

À l'instar du Conseil médical du Québec (Conseil médical du Québec, 1995), nous utilisons le concept de lignes de services pour regrouper les services qui sont dispensés aux personnes atteintes d'insuffisance cardiaque. Les services de première ligne représentent le point de contact de la population avec le réseau de la santé et des services sociaux et comprennent un ensemble de services courants de santé qui s'appuient sur une infrastructure légère.

¹¹ La notion de «crise» n'a pas été documentée auprès des intervenants. On comprend qu'il peut s'agir d'un état de décompensation cardiaque ou de tout autre état pouvant être relié à des malaises physiques, psychologiques ou sociaux.

Les services de première ligne s'adressant à la clientèle atteinte d'insuffisance cardiaque sont principalement supportés par les médecins généralistes et de famille des cliniques médicales et des cabinets privés, les CLSC, et les organismes communautaires. Dans ce modèle, les services dispensés en centre hospitalier sont classés de deuxième ligne même si, dans les faits, l'urgence constitue souvent la porte d'entrée du système. Quoiqu'il en soit, même si le milieu hospitalier n'a pas été investigué comme tel dans cette étude, on verra qu'il constitue un relais d'importance devant être pris en compte dans la détermination du cheminement de la clientèle atteinte d'insuffisance cardiaque utilisant les services de première ligne. C'est pourquoi les principaux centres hospitaliers utilisés par les résidants du Sud-ouest ont été aussi recensés et inclus dans ce premier niveau de description structurelle.

▪ **les CLSC**

Cinq CLSC se divisent le territoire du Sud-ouest de Montréal, il s'agit des CLSC du Vieux La Chine, Lasalle, Verdun / Côte Saint-Paul et Saint-Henri ainsi que de la Clinique Communautaire de Pointe Saint-Charles.

Les programmes offerts par chacun d'eux relèvent d'une organisation qui leur est propre. Cependant, chacune des programmations des CLSC inclut des services courants offerts sur des bases ambulatoire et à domicile. Devant prendre en compte les besoins biopsychosociaux des clientèles desservies, les services sont nécessairement dispensés par des équipes multidisciplinaires (Fédération des CLSC du Québec. 1996a; Fédération des CLSC du Québec. 1996b). Dans le travail auprès d'une clientèle composée de personnes atteintes d'insuffisance cardiaque, les équipes sont constituées d'infirmières, de travailleurs sociaux et souvent de psychologues. Parfois des ergothérapeutes, physiothérapeutes et nutritionnistes viennent compléter ce tableau des ressources professionnelles. Sur une base ambulatoire, on verra que la grande majorité des services médicaux avec ou sans rendez-vous sont dispensés par les médecins des cliniques médicales et des cabinets privés. Ce type de services n'est donc que peu ou pas intégré dans les CLSC du Sud-ouest. Lorsqu'ils sont offerts, c'est avec un minimum de ressources médicales. Chacun des CLSC et clinique communautaire inclut les soins médicaux dans sa panoplie de services offerts à domicile. Il est cependant à noter qu'un manque de ressources médicales en CLSC pour ce type d'intervention prévaut dans tous les milieux.

- **les cabinets de médecins et les cliniques médicales**

En termes de cliniques médicales et de cabinets privés de médecins, la sous-région apparaît, aux dires des intervenants, relativement bien pourvue dans son ensemble (voir le détail des cliniques par territoire à l'annexe 3). Ils soulignent cependant que leur distribution est inégale et que certains secteurs présentent une carence importante en termes de ressources médicales. Par exemple, les résidents de Pointe Saint-Charles n'auraient accès sur leur territoire qu'à une seule clinique médicale et qu'à quelques médecins rattachés à la Clinique Communautaire de Pointe Saint-Charles.

- **les organismes communautaires**

Différents organismes communautaires œuvrent dans la sous-région du Sud-ouest. Le recensement des organismes desservant la clientèle insuffisante cardiaque n'est pas chose facile, compte tenu de leur vocation, de leur rattachement et du type d'entente plus ou moins formel existant avec le réseau des services de santé. Le tableau XXIV de l'annexe 3 rapporte les différents organismes communautaires mentionnés par les participants à l'étude qui sont impliqués dans les services offerts aux personnes âgées pour les aider à conserver le maximum d'autonomie fonctionnelle. Compte tenu de la procédure utilisée, cette liste constitue un aperçu du type d'organismes communautaires impliqués dans la prestation des services à la clientèle qui nous intéresse et ne doit ainsi pas être considérée complète.

Le plus souvent, les organismes communautaires rejoignent une clientèle précise d'une municipalité ciblée. De ce fait, on comprend que certains secteurs ne sont pas, ou peu, couverts et que certaines personnes présentant des besoins ne sont vraisemblablement pas rejointes.

- **les centres hospitaliers**

Dans le contexte spécifique des interventions ciblant la clientèle affectée d'insuffisance cardiaque, les centres hospitaliers constituent les principaux partenaires des services de première ligne. Pour cette raison, la revue des centres hospitaliers desservant la population du Sud-ouest complète le portrait des ressources que nous avons dressé, bien que ce type d'établissement ne soit pas considéré comme des établissements de première ligne au sens de cette étude.

D'abord, précisons que plusieurs hôpitaux sont situés sur le territoire du Sud-ouest ou à proximité. Il s'agit des centres hospitaliers Angrignon (pavillon Verdun et Lasalle) et de Lachine, de l'Hôpital général du Lakeshore et du centre hospitalier universitaire McGill (pavillons Général de Montréal et Royal Victoria).

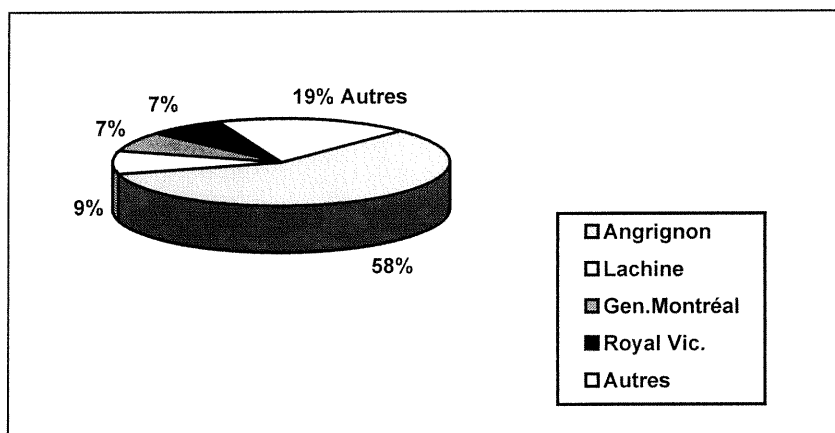


Figure 8 : Répartition des résidents du Sud-ouest hospitalisés selon le lieu d'hospitalisation (1996-1997); n=656 (CIM-9=428)

Les données sur les hospitalisations pour insuffisance cardiaque (voir annexe 2) démontrent qu'en 1997, plus de 90% des résidents du Sud-ouest hospitalisés pour ce motif l'ont été dans l'un de ces hôpitaux. Le centre hospitalier Angrignon demeure, de loin, l'endroit le plus fréquenté.

Pour chacun des territoires de CLSC, les principaux endroits d'hospitalisations pour insuffisance cardiaque sont présentés à l'annexe 2.

4.2.2 Gamme de services dispensés (*complexité et différenciation*)

L'ensemble des organisations dispensant des services se répartissent la gamme de services à offrir selon leur rôle et orientations respectifs (Fédération des CLSC du Québec. 1996a; Fédération des CLSC du Québec. 1996b; Gouvernement du Québec. 199; Ministère de la santé et des services sociaux. 1994; Fédération des CLSC du Québec. 1996a).

Partant de l'insuffisance cardiaque comme thématique de santé centrale à l'étude, il n'est pas étonnant de constater que les services recensés s'inscrivent d'abord dans une perspective biomédicale des interventions. C'est donc suivant cette approche traditionnelle qu'est présentée la gamme des services assurée par les organisations du Sud-ouest. Nous sommes cependant conscients que certains aspects des services davantage en relation avec les besoins psychosociaux de la clientèle s'inscrivent moins bien dans le continuum de services sous-tendu par cette approche. En effet, certains services dispensés par les CLSC et les organismes communautaires se réfèrent davantage à la santé et au bien-être global des personnes âgées et se situeraient mieux dans un modèle d'inspiration plus sociale. Néanmoins, en ce qui a trait à la prestation des services par la clientèle atteinte spécifiquement d'insuffisance cardiaque, cette perspective passe définitivement au second plan, le but du réseau étant d'abord de couvrir les besoins de services médicaux.

Se référant au modèle biomédical de services, les interventions réalisées peuvent être regroupées selon les différents niveaux de services qui sont l'identification de la personne atteinte d'insuffisance cardiaque et nécessitant des services, le diagnostic et l'évaluation des besoins et enfin, les interventions comme telles. La figure 9 schématise la position de chacune des organisations dans la distribution des services qu'elles dispensent.

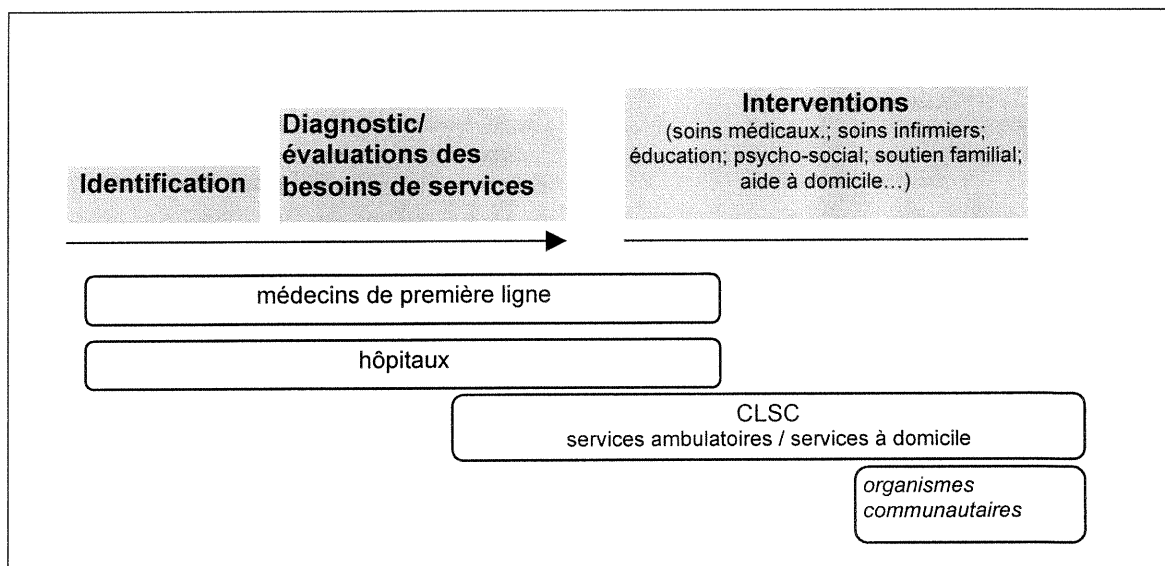


Figure 9 : Position des points de service dans la gamme des services

- **identification**

Parce que les symptômes de l'insuffisance cardiaque ne sont pas reconnus comme tel par les personnes atteintes, que l'insuffisance cardiaque est une maladie complexe, cohabitant avec d'autres pathologies, bon nombre de malades ne sont pas identifiés rapidement.

L'identification des personnes atteintes d'insuffisance cardiaque relève souvent d'événement accidentel. Fréquemment, les médecins identifient la maladie lors de consultations médicales pour d'autres motifs. De plus, bon nombre se retrouvent à l'urgence des hôpitaux, l'insuffisance cardiaque n'ayant pas encore été diagnostiquée, ni fait l'objet d'un suivi médical. Les urgences des hôpitaux constituent donc à l'égard de cette clientèle une porte d'entrée importante.

Par ailleurs, les intervenants des CLSC peuvent être en contact avec une partie de la clientèle à risque de développer de l'insuffisance cardiaque. On pense notamment aux personnes référées en post-hospitalisation pour maladies cardiovasculaires et à celles qui participent aux programmes pour les diabétiques dans les CLSC. Occasionnellement, les intervenants identifieront donc certains cas d'insuffisance cardiaque parmi la clientèle suivie pour d'autres problèmes de santé.

- **diagnostic / évaluations de besoins de services**

On reconnaît d'emblée au médecin traitant un rôle central au niveau du diagnostic de la maladie et de son évaluation médicale ainsi qu'au niveau de la coordination des différents services d'investigation qui sont requis. À ce chapitre, tous soulignent que l'accès aux spécialistes, surtout en cardiologie, constitue un déterminant majeur dans le suivi qu'ils donnent à leur clientèle. Les services hospitaliers sont donc appelés à jouer ici un rôle important, puisque les cardiologues du territoire y travaillent tous presque exclusivement.

Les CLSC, en accueillant la clientèle en post-hospitalisation, sont aussi appelés à travailler au niveau de l'évaluation des besoins. Leur approche, se voulant globale, vise à déterminer les besoins biopsychosociaux des personnes. Des protocoles établissent les procédures et critères permettant de départager la clientèle entre les services ambulatoires et à domicile ainsi que le type de soins et services requis. Ces protocoles, évidemment, ne considèrent pas spécifiquement l'insuffisance cardiaque. Ils s'inspirent

des programmes de services existants qui s'adressent à des groupes de population, comme par exemple les personnes âgées. Le «continuum de services aux personnes âgées» qui place le CLSC comme guichet unique d'accès aux services de longue durée constitue, à cet égard, une base importante (O'Dwyer. 1996).

▪ **interventions réalisées sur une base ambulatoire**

Les interventions réalisées sur une base ambulatoire impliquent que la clientèle ainsi desservie soit relativement autonome et qu'elle se déplace vers les services disponibles dans la communauté. On comprend donc que les personnes suivies selon cette modalité sont, soit légèrement atteintes, soit relativement jeunes.

C'est précisément ce type de clientèle que les médecins de première ligne des cliniques médicales et des cabinets privés ainsi que les équipes des services de CLSC offerts sur une base ambulatoire rejoignent pour la plupart. Cependant, les intervenants des CLSC ne suivent que très peu de personnes pour leur condition d'insuffisance cardiaque. En effet, la grande majorité des personnes suivies dans les CLSC pour leur condition d'insuffisance cardiaque se retrouve plutôt dans les services à domicile. C'est le plus souvent accidentellement que les intervenants des services ambulatoires réaliseront qu'une personne suivie pour d'autres problèmes de santé souffre aussi d'insuffisance cardiaque. Dans ce contexte, les intervenants de ces services parlent de sous-utilisation de leur potentiel d'intervention. Ce dernier aspect des services sera discuté dans une prochaine section.

Les interventions relatives aux soins médicaux ont pour premiers objectifs d'éviter la décompensation et d'améliorer le niveau de qualité de vie de la personne atteinte, en assurant les traitements pharmacologiques et non pharmacologiques appropriés (diète hyposodée, poids corporel, activité physique). Les médecins rencontrés soulignent aussi l'importance d'outiller les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque pour qu'elles adoptent de nouvelles habitudes de vie, qu'elles observent les traitements recommandés et qu'elles apprennent à reconnaître les symptômes nécessitant une intervention rapide. Toutefois, le manque de ressources et d'outils d'enseignement rend difficile l'atteinte de ces objectifs d'intervention. Finalement, le médecin traitant est aussi appelé à jouer un rôle de coordination de l'ensemble des services médicaux en

assurant la liaison entre les différents établissements et intervenants (Fédération des CLSC du Québec. 1996a; O'Dwyer. 1996).

Dans le contexte d'intervention qui nous intéresse, les intervenants des CLSC rencontrés pensent que les soins infirmiers pourraient occuper une position centrale dans les services offerts par les CLSC. Ces soins sont pour la plupart dispensés sur prescription médicale et peuvent par exemple consister en des suivis réguliers pour le poids, la tension artérielle, la médication et l'état de santé général. L'objectif est, notamment, d'assurer un suivi et un support constant entre les visites médicales. De plus, les infirmières vont aussi inclure de l'enseignement dans leurs interventions. Elles mentionnent à cet effet l'importance des facteurs de risque, la diète et la prise de médicament. Cependant, elles soulignent que l'absence de protocole d'intervention spécifique à l'insuffisance cardiaque, ainsi que le manque de support à leurs interventions, peuvent les rendre souvent insécures.

L'insuffisance cardiaque est une maladie complexe. Nous n'avons pas de protocole pour ce type de clientèle spécifique, ni d'outils d'enseignement. Souvent, les médecins traitants sont difficiles à rejoindre... L'intervention n'est pas facile et, le contenu de l'enseignement est fonction des connaissances et de l'expérience de chacune des infirmières qui interviennent...

Les infirmières assurent également le rôle d'intervenant-pivot dans le cadre des interventions pour le type de clientèle qui nous intéresse. Elles présentent ce rôle comme de la gestion de cas. Ainsi, prenant en compte les besoins biopsychosociaux des personnes desservies, elles assurent la coordination des soins et la référence au besoin à d'autres professionnels (travailleur social, psychologue, médecins, etc.) ou services (transferts au service à domicile, hospitalisations, etc.).

▪ interventions réalisées à domicile

Les services de santé et sociaux à domicile s'inscrivent dans un objectif général de maintien des personnes dans leur milieu naturel. La grande majorité de ces services sont encadrés par les activités des CLSC. Tous les CLSC du Sud-ouest offrent la gamme de services gratuits reconnus dans le panier de services à offrir par le MSSS (Fédération des CLSC du Québec. 1996b; Ministère de la santé et des services sociaux. 1994; Ministère de la santé et des services sociaux. 1994). Elle comprend, notamment, les services relatifs aux soins médicaux et infirmiers, les services

psychosociaux, les services d'aide (assistance personnelle, aide domestique...) et certains services de support aux proches. Cependant, pour assurer une couverture large des clientèles en perte d'autonomie, les CLSC doivent compléter leur offre de services par certains autres offerts dans la communauté. Ils entretiennent, notamment, des liens privilégiés avec certains organismes communautaires et avec les médecins de première ligne.

La clientèle atteinte d'insuffisance cardiaque rejointe par les services à domicile des CLSC se compose principalement de personnes âgées dont l'autonomie est réduite, temporairement ou en permanence, l'insuffisance cardiaque constituant un des facteurs contribuant à cette réduction. Ainsi, le plus souvent, les CLSC agissent en aval d'une hospitalisation. Les interventions gravitant autour des soins infirmiers, des soins médicaux, du support social et familial et éventuellement du support psychologique, se positionnent donc en amont des réadmissions à l'hôpital.

Comme pour les services dispensés sur une base ambulatoire, les soins médicaux constituent la première raison des services à domicile pour la clientèle atteinte d'insuffisance cardiaque. Or, peu de médecins de première ligne interviennent à domicile. Dans ce contexte, la prise en charge médicale constitue un problème majeur au niveau des services rendus aux clientèles atteintes de maladies chroniques comme l'insuffisance cardiaque.

Comme pour les interventions réalisées sur une base ambulatoire, les soins infirmiers à domicile sont surtout dispensés sur prescription médicale et consistent en des suivis réguliers pour le poids, la tension artérielle, la médication et l'état de santé général. L'enseignement, le support à la personne et à l'entourage sont aussi parties intégrantes des interventions. Le rôle d'intervenant-pivot que les infirmières assument prend, dans le contexte des services à domicile, toute son importance.

Occasionnellement, des nutritionnistes sont appelés à participer aux services à domicile. Les CLSC fournissent aussi des services psychosociaux dont le but est de maintenir l'équilibre psychologique et social de la clientèle et de son entourage. Ils fournissent également de l'aide à domicile qui se traduit notamment, par de l'assistance personnelle (soins d'hygiène, alimentation, mobilisation...) et des services d'aide

domestique. C'est également à ces derniers niveaux que les organismes communautaires sont mis à contribution auprès des clientèles âgées dont l'autonomie est réduite.

4.2.3 Liens inter organisationnels (« connectivité »)

- **prestation**

L'analyse du cheminement de la clientèle à travers les services a permis d'identifier les organisations qui ont à travailler ensemble desservant directement les mêmes clients. Respectant les habitudes d'utilisation des services de santé des résidants du Sud-ouest, cinq sous-réseaux se dégagent aisément sur la base d'un critère géographique. Chacun des sous-réseaux définis impliquent les organisations qui dispensent des services directement à la clientèle résidant sur le territoire de chacun des CLSC du Sud-ouest.

Compte tenu du lien formel entre la population d'un territoire et son CLSC, on comprend que chacun des sous-réseaux implique nécessairement son CLSC respectif. Dans le Sud-ouest, il s'agit des CLSC du Vieux La Chine, Lasalle, Verdun et Saint-Henri et de la Clinique Communautaire de Pointe Saint-Charles. On peut aussi dire que de façon générale, les organismes communautaires mis à contribution sont ceux qui se situent sur le même territoire que les résidants.

Il va également de soi que, pour les médecins de première ligne, l'appartenance à un réseau de services est aussi fonction de la situation géographique du point de service médical. C'est aussi dire que les médecins sont intégrés par sous-réseaux selon leur situation par territoire de CLSC. Toutefois, on comprend aussi que dans le cas des services médicaux, la notion de réseau ne peut strictement se définir à partir de la limite territoriale, certains médecins de l'extérieur d'un territoire pouvant desservir une clientèle y résidant. L'exemple des résidants de Pointe-Saint-Charles illustre très bien cette situation. Par manque de ressources médicales localement, ce sont les organisations environnantes, notamment celles situées sur le territoire de Verdun, qui répondent à cette clientèle. Ainsi, en ce qui a trait à la prestation des services, une

même organisation médicale ou un médecin peut avoir à travailler avec plusieurs regroupements d'organisations différents.

Les hôpitaux comptant pour des partenaires importants eu égard à la prestation des services de première ligne dans le Sud-ouest, sont l'Hôpital de Lachine, l'Hôpital général du Lakeshore, le centre hospitalier Angrignon (pavillons Verdun et Lasalle) et le CHU McGill (pavillons Montréal Général et Royal Victoria)¹². La répartition des hospitalisations selon le lieu de résidence et le lieu d'hospitalisation pour l'année 1997 figure au tableau qui suit. On constate que les résidents des territoires de CLSC de Verdun, de Lasalle, de Saint-Henri et de Pointe Saint-Charles utilisent majoritairement le centre hospitalier Angrignon et dans une moindre mesure les services du CHU McGill. Les résidents du secteur Vieux La Chine privilégient d'emblée les hôpitaux sur leur territoire (Lachine) ou à proximité (Lakeshore).

Tableau IX : Répartition des hospitalisations des résidents du Sud-ouest selon les lieux d'hospitalisations et le lieu de résidence pour l'année 1997

Lieu de résidence	Hôpital Lachine	Hôpital General Lakeshore	C. H. Angrignon /Verdun	C.H. Angrignon /Lasalle	Hôpital Royal Victoria	Hôpital General Montréal
CLSC Du Vieux La Chine	57,43%	10,89%	6,93%			
CLSC Lasalle			65,79%	6,58%		5,92%
CLSC Verdun/Cte St-Paul			72,31%		5,86%	6,51%
Cl. communautaire Pointe St-Charles			48,94%		12,77%	17,02%
CLSC Saint-Henri			46,94%		18,37%	18,37%

▪ administration

Suivant la perspective adoptée dans cette étude, rappelons que les regroupements d'organisations intéressés par la fonction *administration* sont ceux qui essentiellement entretiennent des relations inter organisationnelles dans le but de supporter la dispensation directe des services à la clientèle atteinte d'insuffisance cardiaque. Au moment où cette étude a été réalisée, il n'existait à peu près pas de regroupement d'organisations qui, spécifiquement à un niveau administratif, agissaient pour supporter

¹² Ont été retenus les lieux d'hospitalisation qui comptaient plus de 5% des hospitalisations pour insuffisance cardiaque d'un territoire donné.

les services s'adressant particulièrement aux personnes atteintes d'insuffisance cardiaque. Par trop spécifique, il semble que notre définition de la clientèle cible s'inscrit difficilement dans les sujets d'intérêt des regroupements plus administratifs. Ce dernier aspect sera discuté plus en profondeur dans le chapitre portant sur la discussion.

Quoi qu'il en soit, les participants à l'étude ont identifié trois types de regroupements d'organisations du Sud-ouest centrées sur la transaction des ressources qui, pour eux, avaient une influence certaine et non négligeable sur la prestation des services dans le Sud-ouest par les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque. La présentation qui suit se limite à ces regroupements d'organisations.

Un premier type de regroupement d'organisations s'inscrit dans la foulée des tables portant sur les modalités d'articulation CHSCD / CLSC / médecin traitant (RRSSS de Montréal-Centre. 1996). Il implique les CLSC et les hôpitaux de la région considérée. Ce n'est toutefois plus à partir d'un critère géographique définissant une clientèle spécifique qu'on peut facilement reconnaître chacun des regroupements. C'est plutôt selon la clientèle de chacun des hôpitaux que se créent ces regroupements d'organisations (un regroupement par centre hospitalier). Un second type de regroupement réunit les principaux partenaires du Sud-ouest interpellés par la santé des résidants. Les CLSC, le centre hospitalier Angrignon, les organismes communautaires, les centres de jour et parfois les municipalités sont représentés sur le Comité de liaison du Sud-ouest. Finalement, le département de médecine régionale (sous l'égide de la commission médicale régionale) représente une instance administrative préoccupée par la coordination des ressources médicales sur le territoire montréalais.

Par ailleurs, on doit garder en arrière plan la perspective des structures qui agissent davantage au niveau de la planification et de l'administration et qui ont aussi une influence plus ou moins directe sur la prestation des services. On pense par exemple aux structures plus centrales comme le ministère de la santé ou la régie régionale qui notamment influencent l'allocation des ressources humaines, financières et matérielles nécessaires à la dispensation des services. Certains de leur travaux, comme ceux portant sur les modalités d'articulation entre les établissements de santé (RRSSS de

Montréal-Centre. 1996), contribuent aussi certainement à moduler le cheminement des clients entre les points de service.

4.2.4 Les dimensions structurelles, en bref

- dans le contexte des services de santé de première ligne offerts aux personnes atteintes d'insuffisance cardiaque, les observations recueillies tendent à démontrer que c'est d'abord la dimension biologique ou physique, se traduisant par des interventions orientées sur les soins médicaux et infirmiers qui prennent le haut du pavé;
- les personnes âgées atteintes d'insuffisance cardiaque constituent une clientèle de choix pour les services dispensés à domicile. C'est principalement consécutivement à une hospitalisation que ces personnes ont accès à la gamme des services offerts sur cette base. Tous y soulignent le manque de ressources médicales...
- on observe certains écarts structureux entre les regroupements d'organisations qui se créent pour coordonner la prestation des services et ceux qui se font pour coordonner les aspects plus administratifs. En effet, les organisations se regroupent selon un critère géographique, c'est-à-dire à partir des clientèles desservies par chacun des CLSC, lorsqu'il s'agit de coordonner les activités relevant de la prestation des services. Cependant, les activités de coordination inter organisationnelle relatives à la fonction *administration* impliquent des regroupements d'organisations définies à partir de la clientèle de chacun des hôpitaux.

4.3 Dimensions du processus caractérisant la coordination inter organisationnelle

4.3.1 Prestation

Les relations inter organisationnelles associées au cheminement de la clientèle à travers les services sont appréciées pour chacun des liens qu'ils sous-tendent. Pour chacun, l'objet des relations est défini selon le mode avec lequel la clientèle circule d'un point de service à un autre¹³ et selon le mode de communication utilisé entre les organisations pour coordonner la prestation des services¹⁴ (Alter & Hage. 1993). Le tableau X présente la synthèse de ces informations pour chacun des liens inter organisationnels impliqués par le cheminement des prestataires de services.

Tableau X : Objet et nature des relations inter organisationnelles actualisant la coordination de la prestation des services

Médecins traitants/ CLSC	Médecins traitants/ CH	CLSC/ CH	CLSC/ Org. Communautaires
<i>Référence</i> des CLSC vers les médecins <i>Transfert de cas</i> des médecins vers les soins à domicile <i>Appr. Personnalisée:</i> communications informelles au besoin entre l'intervenant-pivot du CLSC et le médecin <i>Appr. Dépersonnal.:</i> fiches de liaison, prescriptions médicales	<i>Référence</i> médicale au CH pour investigation ou traitement <i>Transfert de cas</i> du CH vers les médecins <i>Appr. Personnalisée:</i> communications informelles au besoin entre les intervenants de l'hôpital (agent de liaison, médecin, spécialiste et le md) <i>Appr. Dépersonnalis.:</i> transmission du formulaire inter-établissement et du résumé de dossier	<i>Transfert de cas</i> <i>Approche personnalisée:</i> comm. Informelles au besoin entre l'agent de liaison du CH et l'intervenant-pivot du CLSC <i>Appr. Dépersonnalisée:</i> protocoles d'ententes pour les soins en post-hospitalisation; Procédures pour cas litigieux (répondant dans chacun des CLSC et CH); transmission du formulaire inter-établissement et du résumé de dossier. <i>Appr. de groupe:</i> comités interorganis. Qui voient à l'ajustement mutuel des interventions pour des clientèles spécifiques	<i>Référence</i> du CLSC vers les organismes communautaires <i>Appr. Personnalisée:</i> communications informelles au besoin entre l'intervenant-pivot du CLSC et les org. Communautaires <i>Appr. De groupe :</i> comités inter-organisationnels qui voient à l'ajustement mutuel des interventions pour une clientèle spécifique

¹³ Rappelons qu'à l'égard de la circulation de la clientèle, il peut s'agir d'un mode séquentiel, le client étant transféré d'un point de services à l'autre. Le mode dit «réciproque» suppose que le client circule d'un point de services à un autre sur référence et peut être servi simultanément par plus d'un points de service. Le mode dit «collective» implique que le client est servi simultanément par plus d'un point de services, ces derniers ayant développé ensemble un plan de traitement ou une intervention d'équipe (Alter & Hage. 1993).

¹⁴ Les modes de communication utilisés pour se coordonner peuvent s'actualiser selon soit des approches dépersonnalisées, référant à une certaine standardisation des pratiques et des activités (l'utilisation de protocoles de soins, de guides de pratique, de routine...), des approches plus personnalisées comme souvent utilisées en gestion des cas par une personne qui doit voir à ce qu'un plan de services s'actualise (communications de personne à personne), ou des approches de groupes supposant la création de groupes ou de comités inter organisationnels qui, par consensus, voient à l'ajustement mutuel des plans de soins et de la coordination qu'ils sous-tendent (Alter & Hage. 1993).

▪ **les liens entre les médecins traitants et les CLSC**

Le niveau de coordination impliqué dans les relations des médecins des cliniques médicales et des cabinets privés avec les CLSC s'actualise quasi-essentiellement autour des services à offrir à des individus. Le plus souvent, la liaison se fait lorsqu'un client a de la difficulté à se déplacer vers les points de service, nécessitant alors un suivi à domicile. Il peut s'agir d'une référence aux services à domicile du CLSC et le médecin garde alors théoriquement la charge médicale de son patient. Dans ce cas, le médecin peut être appelé à intervenir à domicile. Les relations inter organisationnelles ont explicitement pour but d'assurer la complémentarité des interventions réalisées par l'équipe du CLSC et le médecin.

Souvent, il s'agit plutôt d'un transfert de cas aux services à domicile, impliquant que l'équipe médicale du CLSC soit mise à contribution. Dans ce cas, les relations se situent davantage au niveau du partage d'information pour assurer la continuité des soins d'un point de services à un autre.

On doit cependant se rappeler que, bien que les soins médicaux fassent partie intégrante des services de santé à domicile, peu de médecins de première ligne interviennent à domicile. Dans le contexte des interventions auprès de clientèles âgées affectées de problèmes chroniques de santé, il s'agit là d'un problème majeur, la prise en charge médicale étant compromise. Il va aussi de soi qu'une telle situation vient teinter l'ensemble des relations que les CLSC entretiennent avec les médecins de première ligne de leur territoire.

Par ailleurs, considérant que sur une base ambulatoire, les intervenants des CLSC suivent très peu de personnes pour leur condition d'insuffisance cardiaque, il va de soi que peu de liens s'établissent avec les médecins des cliniques médicales et des cabinets privés à l'égard de la clientèle encore relativement autonome. Pour les intervenants des CLSC, cette situation est directement reliée au fait que, de façon générale, les médecins des cliniques médicales et des cabinets privés ne réfèrent pas ou peu au CLSC les clients atteints d'insuffisance cardiaque qu'ils suivent. Pour expliquer la sous-utilisation de ces services, l'ensemble des intervenants des CLSC soulignent fortement le manque de connaissance (ou de reconnaissance) des services offerts par les CLSC des intervenants du réseau des services de santé ainsi que de la population.

Lorsqu'on dit qu'on change des pansements, qu'on suit des patients régulièrement entre les visites médicales pour leur tension artérielle et pour surveiller leur état général, les gens sont surpris... Beaucoup d'intervenants du réseau de la santé ne connaissent pas nos services. Certains ne nous réfèrent pas de cas et d'autres nous réfèrent pour un ensemble de services que nous n'offrons pas.

Quoi qu'il en soit, lorsque le lien est créé autour des services à rendre à une personne, certains mécanismes sont privilégiés pour se coordonner. L'approche personne à personne, souvent par communication téléphonique, demeure le mode que les intervenants privilégient pour ajuster leur niveau d'intervention respectif. Cependant, l'absence d'un encadrement formel, voire négocié, des liens entre les médecins de la communauté et les intervenants des CLSC, rend souvent les communications difficiles. La transmission de l'information suit, quant à elle des procédures plus formalisée. L'utilisation d'une fiche de liaison est très appréciée de la part de l'ensemble des intervenants.

▪ **les liens entre les médecins traitants et les centres hospitaliers**

Les liens qu'entretiennent les centres hospitaliers et les médecins de première ligne sont essentiellement au niveau de la prestation des services de santé. Deux situations prévalent, soit lorsque le médecin traitant réfère à l'hôpital pour investigation (échographie ou référence en cardiologie ou à d'autres spécialités) ou pour faire hospitaliser son patient, et lorsqu'un individu est transféré à un médecin traitant en post-hospitalisation.

Dans le premier cas, les délais de consultation sont très longs, la disponibilité des spécialistes étant restreinte. Ce sont des critères relatifs aux priorités des hôpitaux qui gèrent l'accessibilité à ces services spécialisés, pénalisant ainsi souvent les cas plus légers qui ne sont pas hospitalisés pour leur condition d'insuffisance cardiaque. Pour les cas jugés plus urgents, les médecins opteront souvent pour l'hospitalisation (via l'urgence de l'hôpital), accélérant ainsi les procédures relatives aux investigations nécessaires. Le médecin traitant, en assurant la prise en charge de son patient, verra, le plus souvent, à établir des contacts personnalisés avec les intervenants de l'hôpital pour assurer le suivi approprié. Cependant, les contacts avec les spécialistes sont réputés difficiles à établir.

La seconde situation concerne les hospitalisations de personnes souffrant d'insuffisance cardiaque en état de crise ou en décompensation. Souvent, la personne se retrouve à l'urgence de l'hôpital sans que le médecin traitant, le cas échéant, n'en soit informé. Il en va de même du congé de l'hôpital, la responsabilité d'aviser le médecin du fait de l'hospitalisation relevant fréquemment du patient lui-même. Dans ce contexte, on comprend que la continuité des soins entre l'hôpital et la communauté relève, en quelque sorte, de conditions plus ou moins arbitraires et aléatoires.

Dans le cadre de ses travaux sur les modalités d'articulation CHSCD / CLSC / Médecin traitant (RRSSS de Montréal-Centre. 1996), la Régie régionale de Montréal-Centre propose un ensemble de procédures formelles dont l'utilisation d'un formulaire « référence inter-établissements » pour supporter le transfert des clients d'une organisation à une autre. Selon les médecins rencontrés, ces procédures de transfert de cas sont fastidieuses et le contact personnalisé avec les intervenants de l'hôpital (communication téléphonique) demeure le mode de communication que les médecins traitants privilégient.

▪ **les liens entre les CLSC et les centres hospitaliers**

Les modalités d'articulation CHSCD / CLSC / médecin traitant (RRSSS de Montréal-Centre. 1996), issues des travaux régionaux récents, encadrent les liaisons entre les CLSC et les centres hospitaliers. Dans ce contexte, les protocoles d'entente inter-établissements pour les soins post-hospitaliers constituent les assises de l'articulation des services pour différentes clientèles. Malgré que la tendance soit à l'élaboration de protocoles ciblant des problématiques de santé, l'insuffisance cardiaque ne fait pas encore l'objet de protocole lui étant spécifique¹⁵. La continuité des services entre les deux paliers d'intervention relève donc de mesures générales prévues dans les ententes inter-établissements.

La majorité de la clientèle atteinte d'insuffisance cardiaque suivie dans les CLSC provient de transferts des hôpitaux aux services à domicile. La décision de transférer

¹⁵ Des travaux portant sur la continuité des soins dispensés aux personnes atteintes d'insuffisance cardiaque, entre l'hôpital et la communauté, sont actuellement en cours. Une table de concertation a été créée à cet effet impliquant notamment le CHU McGill et le CLSC LaSalle (voir tableau XXI de l'annexe 3).

un cas au CLSC relève du médecin de l'hôpital. Les liaisons suivent des procédures relativement formalisées et suivies de part et d'autre. Différentes approches sont utilisées pour se coordonner. Le formulaire inter-établissement constitue la pierre angulaire du transfert. Des liaisons téléphoniques entre les intervenants-pivots des deux organisations impliquées permettent d'orienter rapidement les interventions à réaliser. Occasionnellement, des approches de groupe seront même utilisées, mettant à contribution des comités inter organisationnels qui voient à l'ajustement mutuel des interventions pour des personnes ou des clientèles spécifiques.

▪ **les liens entre les CLSC et les organismes communautaires**

À l'échelle du Sud-ouest, les partenaires du secteur communautaire sont particulièrement présents dans le domaine des services communautaires et sociaux. Ils ne constituent cependant pas un réseau homogène. Leur présence, les services qu'ils offrent et leurs modes d'opération varient considérablement d'un territoire de CLSC à l'autre. Les ententes de services se font à la pièce et autour de besoins spécifiques d'individus. Elles sont formalisées ou non et reposent sur une volonté commune d'éviter la duplication et le respect mutuel des orientations, de la compétence et des limites de chacun.

Ces ententes prévoient l'utilisation de mécanismes de liaison qui gèrent les rapports entre les intervenants (Fédération des CLSC du Québec, 1996a). Par le biais du comité de liaison du Sud-ouest, des approches de groupe seront occasionnellement utilisées pour voir à l'ajustement mutuel des interventions pour des personnes (études de cas) ou des clientèles spécifiques.

4.3.2 Administration

Les processus permettant que les organisations se coordonnent « administrativement » pour supporter le cheminement de la clientèle sont essentiellement présentées dans ce qui suit selon les trois types de regroupements identifiés au chapitre de la structure. Sont donc concernés les tables de concertation CLSC/CH, le comité de liaison et le département de médecine régionale.

▪ **les tables de concertation CLSC /CH**

La continuité des services entre les deux paliers d'intervention qui sont les CLSC, eu égard aux services à domicile, et les centres hospitaliers est en partie assurée par l'application des modalités d'articulation CHSCD / CLSC / médecin traitant, issues des travaux régionaux récents (RRSSS de Montréal-Centre. 1996). Partant de ces travaux, les établissements concernés par une même clientèle sont à développer des protocoles d'entente consistant à articuler la prestation des services consécutivement à une hospitalisation. Essentiellement, les discussions demeurent à un niveau technique, puisqu'on cherche à standardiser les procédures de transfert d'un cas d'un établissement à un autre et de transmission d'information. C'est comme si on cherchait à différencier d'avantage les organisations, impliquant de ce fait des liens inter organisationnels pour prévenir le bris de continuité.

Ces protocoles peuvent tout aussi bien concerner une clientèle générale que spécifique. Le but général poursuivi se situe explicitement au niveau de l'amélioration de la continuité des services lorsqu'une personne est transférée du Centre hospitalier au CLSC pour des soins requis à domicile. Pour voir à l'établissement de ces protocoles, le Sud-ouest s'est doté de Tables de concertation (voir annexe 3, tableau XXV). On réunit à ces Tables des intervenants d'un centre hospitalier et des principaux CLSC desservant aussi la clientèle qu'il reçoit. C'est donc dire qu'il peut y avoir autant de protocoles plus ou moins différents que d'hôpitaux. Or, plusieurs hôpitaux peuvent être impliqués dans un même sous-réseau de services de première ligne. Dans ce contexte, ce sont les CLSC qui doivent gérer les différences entre les protocoles de suivi post-hospitalier qui, selon les intervenants, sont parfois fondamentales.

Chaque milieu hospitalier a sa propre philosophie d'intervention, sa culture. Les protocoles de soins post-hospitaliers en sont le reflet. Les différences se retrouvent à toutes sortes de niveaux, allant de la médication au suivi quotidien, en passant par l'enseignement.

Malgré que la tendance soit à l'élaboration de protocoles ciblant des problématiques de santé, l'insuffisance cardiaque ne fait pas encore l'objet de protocole lui étant spécifique. Cependant, des travaux portant sur la continuité des soins dispensés aux personnes atteintes d'insuffisance cardiaque, entre l'hôpital et la communauté sont actuellement en cours, réunissant notamment le CHU McGill et le CLSC Lasalle (voir annexe 3, tableau XXV).

▪ le comité de liaison

Le comité de liaison du Sud-ouest, réunissant plusieurs partenaires de la communauté, poursuit un objectif de coordination inter organisationnelle, eu égard à la réponse aux besoins de santé et de bien-être de l'ensemble de la population. Les buts sont d'abord de rendre accessibles les services disponibles dans la communauté, autant en termes de services de santé que de services sociaux, et d'assurer la continuité entre les différents intervenants impliqués. Les modalités qu'on privilégie pour s'articuler demeurent toujours à un niveau technique, cherchant autant que possible à standardiser des approches ou des procédures dans les relations inter organisationnelles.

▪ le département de médecine régional

Au regard de la coordination inter organisationnelle, le département de médecine régionale poursuit l'objectif d'uniformiser l'accessibilité aux services médicaux sur l'ensemble du territoire montréalais, en tenant compte des spécificités de chacune des sous-régions. C'est par l'intermédiaire de transactions des ressources professionnelles entre les cabinets privés, les cliniques médicale et les CLSC (services à domicile) qu'on espère améliorer la disponibilité des services médicaux en tout temps et selon les différents besoins des programmes (avec et sans-rendez-vous et à domicile.)

4.3.3 Les dimensions du processus, en bref

- c'est principalement pour coordonner l'exercice de la fonction *prestation*, et surtout au regard des suivis post-hospitaliers, qu'on a pu constater la concrétisation de relations inter organisationnelles. Même en ce qui a trait à la coordination administrative, les relations inter organisationnelles ayant été dégagées se rapportent, pour la grande majorité, à des activités de coordination très étroitement liées à la dispensation directe des services. En effet, on constate que les organisations impliquées se concertent essentiellement pour des échanges ou des ententes techniques regardant la circulation de la clientèle d'un établissement à un autre;

- les protocoles d'ententes inter établissements pour les soins à dispenser suivant une hospitalisation constituent les assises administratives de l'articulation des services entre eux en gérant le transfert des clientèles d'une organisation à une autre;
- il semble que les organisations de médecins sont très peu présentes au chapitre de la coordination administrative inter organisationnelle.

4.4 Effets de la coordination systémique sur les services du réseau

Cette dernière partie consiste à présenter la perception qu'ont les intervenants rencontrés de l'efficacité de leurs réseaux de distribution des services s'adressant aux personnes atteintes d'insuffisance cardiaque. Il ne s'agit pas d'un exercice qui permet d'apprécier l'adéquation des services aux besoins de la clientèle sous toutes ses facettes. Essentiellement, les constats qui sont faits mettent en lumière les difficultés rencontrées par les intervenants du Sud-ouest dans leurs interventions auprès des personnes atteintes d'insuffisance cardiaque, contribuant ainsi à identifier les lacunes au niveau de l'organisation des services en réseau.

Les effets de la coordination systémique sont considérés dans ce qui suit sous trois rubriques, soit la globalité, l'accessibilité, et la compatibilité des services.

4.4.1 Globalité

Pris dans son sens large, la globalité constitue la dimension des services qui concerne la mesure avec laquelle un système répond aux besoins diversifiés et changeants des individus nécessitant des soins. C'est donc tant sa philosophie que ses ressources en type et en quantité qui seront prises en compte dans l'appréciation de la globalité des services eu égard à la clientèle de personnes âgées atteintes d'insuffisance cardiaque.

Le premier constat qu'on dégage concerne la couverture de l'ensemble des besoins individuels par l'utilisation des services existants. D'abord, partant des conséquences de l'insuffisance cardiaque sur l'individu qui en est affecté, on pressent l'éventail des besoins pouvant en découler. Ainsi, la présence d'une telle maladie chronique suppose notamment la dispensation régulière de soins médicaux et infirmiers courants. On s'attend aussi à ce que ce type d'intervention inclut une façon d'identifier les personnes susceptibles de bénéficier des services, des facilités d'investigations, et des stratégies d'éducation et d'enseignement pour le client et son entourage (McKelvie. 1998). Le contexte psychosocial dans lequel la personne souffrant d'insuffisance cardiaque évolue est d'une importance capitale dans la gestion optimale des soins (Duhamel. 1997). Pour aider ces personnes et leur entourage à surmonter l'angoisse et le stress directement associés au fait de l'insuffisance cardiaque, la littérature suggère même qu'on intègre systématiquement une composante psychosociale dans les soins cardiovasculaires (Bennett, Pressler, Hays, Firestone & Huster. 1997; Duhamel. 1997) (Strasser. 1990a).

Le support à la famille est essentiel. Les aidants naturels doivent être impliqués à tous les niveaux, que ce soit pour comprendre les manifestations de la maladie, l'importance du traitement ou les symptômes d'un état de crise. Il faut contribuer à diminuer la crainte et l'inquiétude...

On conçoit aussi que l'univers des besoins caractérisant les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque inclut un ensemble de besoins en relation avec la réalisation des activités journalières. Ces clientèles cumulent, en effet, plusieurs conditions qui contribuent à la diminution de leurs capacités fonctionnelles¹⁶. Les pertes d'autonomie qui s'ensuivent se traduisent vraisemblablement au niveau de la réalisation de nombreuses activités de la vie quotidienne ou ayant une fonction instrumentale.

Partant de la vocation même de notre système de santé, on s'attend à ce que la gamme de services de première ligne contribue à maintenir les personnes dans leur milieu naturel, avec une bonne qualité de vie, en leur apportant les soins, l'aide et le

¹⁶ On pense notamment aux capacités physiques qui sont altérées par l'insuffisance cardiaque et par l'âge, alors que la dépression et les troubles cognitifs jouent également un rôle important. L'hospitalisation est aussi souvent au premier plan de la perte de capacités fonctionnelles (Cornette, D'Hoore & Swinne. 1999).

soutien nécessaires (Bennett, Pressler, Hays, Firestine & Huster. 1997; Duhamel. 1997; Fédération des CLSC du Québec. 1996a; Bennett, Pressler, Hays, Firestine & Huster. 1997). (Fédération des CLSC du Québec. 1996a) Or, dans le contexte de l'étude ayant été réalisée, c'est d'abord la dimension biologique ou physique, se traduisant par des interventions orientées sur les soins médicaux et infirmiers à la personne, qui a été mise en évidence. En effet, l'ensemble des intervenants s'entend sur la place que doit occuper cette dimension du problème dans les interventions auprès de la clientèle ciblée dans cette étude. Néanmoins, plusieurs soulignent que cette perspective, si importante soit-elle, a des effets pervers en évacuant les dimensions psychologiques et sociales liées à la fois à la problématique de santé et à la situation des personnes âgées. Ce constat traduit d'éventuelles lacunes au niveau des services psychosociaux, d'aide et de soutien requis pour combler les besoins des personnes âgées atteintes d'insuffisance cardiaque. Chose certaine, ce type de services, n'ayant pas émergé clairement et spontanément des entretiens réalisés, n'est certainement pas intégré à part entière à ceux de nature plus biomédicale.

Le second constat se rapporte à la prise en charge médicale dans le contexte des interventions à domicile, qui constitue un problème majeur au regard des maladies chroniques comme l'insuffisance cardiaque.

Lorsque le problème de santé a été identifié, les soins médicaux centrés sur les traitements pharmacologiques et non pharmacologiques deviennent la pierre angulaire des interventions réalisées. À cet égard, la couverture des besoins de la clientèle encore en mesure de se déplacer vers les services ne semble pas très problématique, la sous-région du Sud-ouest étant relativement bien pourvue en cliniques médicales¹⁷. Cependant, l'ensemble des intervenants relève un problème majeur de prise en charge médicale des problèmes liés à l'insuffisance cardiaque lorsque la clientèle n'est plus en mesure de se mobiliser. Comme les personnes âgées atteintes d'insuffisance cardiaque constituent une clientèle de choix pour les services à domicile, le peu de médecins offrant des services à domicile est vécu péniblement par, à la fois, la clientèle et les intervenants impliqués.

¹⁷ Il s'agit ici de la perception d'une majorité des personnes vues en entrevue, qui n'a pas fait l'objet de validation particulière. De plus, ces opinions n'excluent pas que certains secteurs du Sud-ouest peuvent être dépourvus de ressources médicales.

« C'est le classique du malade qui peut se déplacer pour voir son médecin quand il va bien. Quand l'insuffisant cardiaque va moins bien, il ne peut plus se déplacer. Donc, quand il est malade, il ne voit plus son médecin! »

Pour les infirmières des CLSC, l'absence relative des médecins traitants dans les services à domicile rend les situations d'intervention difficiles. Ces difficultés sont exacerbées par l'absence de protocoles d'intervention s'adressant spécifiquement à cette clientèle et par le fait que l'insuffisance cardiaque se présente rarement seule, l'état des personnes se complexifiant par la présence de d'autres maladies.

Il arrive que l'état d'un patient se modifie et nécessite de changer ou adapter la médication. Souvent, il est impossible de rejoindre son médecin qui n'a pas fait de transfert de dossier. On l'envoie à l'urgence de l'hôpital qui le stabilise, change la médication et nous le ramène. Nous devons alors nous assurer que la médication est compatible avec les autres médicaments du patient... Le support médical est essentiel.

Les raisons soulevées par les intervenants pour expliquer cette situation sont principalement de deux ordres. D'abord, on souligne le manque de ressources disponibles sur certains territoires associé à un problème de rémunération des soins médicaux à domicile.

Avec la mise à la retraite massive des médecins, beaucoup n'acceptent plus de nouveaux clients. De plus, la rémunération des visites médicales à domicile n'est pas appropriée...les modalités sont compliquées et inutiles... Ce n'est pas rentable pour un médecin de faire ses visites à domicile.

Ensuite, certains commentaires des intervenants soulèvent la question des nouveaux modes de pratique allant avec l'implantation des services à domicile. Pour les médecins actuels, il s'agit d'un contexte relativement nouveau d'intervention qui, dans le cas de certaines maladies comme l'insuffisance cardiaque, s'éloigne du genre de pratique réalisée en bureau.

Les médecins des cliniques médicales et des cabinets privés peuvent ressentir de l'inconfort avec les soins à domicile, qui souvent ressemblent davantage aux soins hospitaliers qu'à leurs interventions en bureau. N'ayant ni protocole, ni guide spécifique de suivi à domicile, ni formation continue, ils peuvent sentir de l'insécurité face à cette pratique.

4.4.2 Accessibilité

La continuité des soins dispensés aux personnes atteintes d'insuffisance cardiaque est souvent compromise par un accès limité à certains services existants dont ils ont besoin. Différentes barrières d'ordre personnelle, structurelle ou organisationnelle constituent des freins non négligeables à l'utilisation des services de santé à bon escient.

D'abord, la situation même des personnes âgées aux prises avec un problème d'insuffisance cardiaque constitue en soi une condition qui compromet l'accès à l'ensemble des services dispensés sur une base ambulatoire. En effet, la réduction de l'autonomie vécue par ces personnes, qu'elle soit temporaire ou permanente, a des répercussions sur la réalisation de nombreuses activités et tâches courantes. Alors que le suivi pour insuffisance cardiaque implique de nombreux rendez-vous et déplacements consécutifs, cette condition fait en sorte que leurs capacités de mobilité sont aussi réduites. Nécessairement, ces personnes ont besoin du support régulier de leurs proches, dont la disponibilité est elle-même restreinte par leurs activités quotidiennes de travail, ou de ressources alternatives qui ne sont pas présentes dans tous les milieux.

Souvent, les enfants des personnes âgées occupent des emplois précaires, non syndiqués, ne leur permettant pas de supporter leurs parents dans toutes les démarches en relation avec leur état de santé lorsqu'ils souffrent de maladies chroniques comme l'insuffisance cardiaque.

Cette situation se confronte à une autre réalité, non moins sérieuse, liée aux conditions socio-économiques difficiles que connaissent bon nombre de résidants du Sud-ouest. Ainsi, pour certains, l'utilisation régulière de moyens de transport coûteux n'est pas possible. Les services offerts dans le réseau privé, palliant le manque de ressources dans le secteur public comme dans le cas des nutritionnistes, sont aussi pour l'ensemble de ces raisons difficilement accessibles à cette clientèle.

D'autres barrières d'ordre organisationnel sont aussi expérimentées par les personnes nécessitant des services de santé dispensés sur une base ambulatoire. Pour les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque, le diagnostic et les évaluations

subséquentes impliquent de nombreuses consultations en milieu spécialisé. Or, les spécialistes, dont les cardiologues qui œuvrent tous en centres hospitaliers, sont peu disponibles et l'accessibilité à leurs services est gérée avec des critères relatifs aux priorités des hôpitaux. Il va donc de soi que les réquisitions des médecins traitants ne sont généralement pas prioritaires et qu'un délai d'attente plus ou moins long s'actualise inévitablement. Dans ce contexte, les intervenants pensent que ce sont d'abord les personnes ayant besoin d'investigations médicales spécialisées, sans toutefois que leur état ne nécessite d'hospitalisation (les cas plus légers), qui sont le plus pénalisées par cette situation. Dans le but de contourner l'ensemble des barrières à l'utilisation des services spécialisés, plusieurs médecins vont souvent favoriser l'hospitalisation de leurs clients.

Souvent, la seule façon d'obtenir une investigation dans un délai raisonnable avec un minimum de rendez-vous consiste à envoyer la personne insuffisante cardiaque à l'urgence de l'hôpital et ainsi la faire hospitaliser... Malheureusement, on «bloque» ainsi les urgences...

Par ailleurs, on constate que l'utilisation de la gamme de services offerts par les CLSC n'est pas optimale. On pense notamment aux soins infirmiers, à divers programmes d'enseignement pouvant impliquer d'autres types de professionnels comme les nutritionnistes, ergothérapeutes... et au développement de programmes d'activités physiques. Pour expliquer le peu de références qui leur sont faites par les médecins des cliniques médicales et des cabinets privés, les intervenants pensent que la gamme de services que les CLSC peuvent offrir sont mal connus ou reconnus par, à la fois, la population et les intervenants du réseau de la santé. Certains parlent même de préjugés défavorables qui teintent l'ensemble des relations entre les CLSC et les organisations médicales, nuisant ainsi à l'exploitation optimale de l'expertise des CLSC. Or, on le sait, les médecins constituent une porte d'entrée très importante pour la population nécessitant des soins sur une base ambulatoire (Cornette, D'Hoore & Swinne. 1999; Fédération des CLSC du Québec. 1996a). Comme les services médicaux avec ou sans rendez-vous ne sont pas intégrés largement dans les services courants offerts sur une base ambulatoire des CLSC du Sud-ouest, on comprend aisément que les CLSC ne rejoignent pas facilement ce type de clientèle encore relativement autonome.

La fragmentation des services offerts dans la communauté fait en sorte que la clientèle atteinte d'insuffisance cardiaque nécessitant en priorité un suivi médical, n'ira pas au CLSC recevoir d'autres services.

Finalement, l'accès aux services de santé de première ligne dispensés à domicile est aussi géré par un ensemble de critères (plus ou moins formels) relevant d'une part du centre hospitalier référant et d'autre part du CLSC. Ce sont en effet les procédures d'évaluation des besoins propres à chacun des centres hospitaliers et la perception qu'on a des services rendus par le CLSC qui déterminent la pertinence de référer aux services à domicile. De plus, dans les CLSC, les critères sont évidemment fonction des ressources disponibles.

4.4.3 Compatibilité

La cohérence inter organisationnelle constitue le principal objet de cette dernière dimension des services. Les modes qui caractérisent la circulation de la clientèle desservie d'un point de services à un autre, ainsi que la nature des relations inter organisationnelles qui caractérisent le partage d'information, sont au centre de la discussion sur la compatibilité des services.

Dans le contexte des services dispensés aux personnes atteintes d'insuffisance cardiaque, les résultats ont démontré que les relations inter organisationnelles s'actualisent quasi essentiellement à la suite d'une hospitalisation. C'est à partir de ce moment que les intervenants de différentes organisations interagissent pour articuler les services à offrir à une même personne. C'est donc aussi dans ce contexte que se révèlent les failles du système en ce qui a trait à la cohérence inter organisationnelle.

Le transfert de cas suivant une hospitalisation de l'hôpital vers le médecin traitant ou/et le CLSC impose une dimension temporelle à la continuité des soins d'une organisation à une autre. Ce mode séquentiel de distribution des services implique que l'information concernant le client soit transmise efficacement d'un à l'autre si on veut assurer ladite continuité. Or, les modes de communication utilisés entre les médecins et les intervenants des centres hospitaliers apparaissent inefficaces, relevant davantage de situations arbitraires que de procédures formalisées et issues d'un quelconque consensus. Conséquemment, souvent, les médecins traitants ne sont informés ni du

séjour à l'hôpital (incluant l'urgence) comme tel, ni des traitements et prescriptions en ayant découlé. Plusieurs citent par exemple le cas de prescriptions de médicaments faites par le cardiologue sans que le médecin traitant ne le sache, ce dernier poursuivant d'autres traitements pouvant être plus ou moins compatibles.

Cette situation va de pair avec les difficultés de communication entre les médecins et les spécialistes consultés sur référence.

Il peut s'écouler quelques mois entre le moment où on a détecté l'insuffisance cardiaque et celui où on reçoit les recommandations du cardiologue. Souvent, les cas ne sont pas simples et on espère avoir réussi à stabiliser la personne atteinte... Si au moins, on pouvait rejoindre facilement le cardiologue par téléphone...

La prise en charge des cas transférés des centres hospitaliers par les équipes des CLSC est davantage formalisée. Néanmoins, les difficultés de concilier les différents protocoles de suivi post-hospitalier issus d'ententes particulières entre les CLSC et chacun des hôpitaux se traduisent au niveau des interventions, de leur cohérence et de leur complémentarité.

Par ailleurs, compte tenu que lorsqu'une personne reçoit des services à domicile, c'est le CLSC qui voit à la coordination de l'ensemble des interventions et que le médecin traitant continue d'assurer la prise en charge médicale, on comprend que la qualité des relations qu'ils entretiennent est déterminante eu égard à la compatibilité des services entre eux. Idéalement, ce contexte d'interventions appellerait que les soins soient dispensés selon un mode collectif, le client étant servi simultanément par plus d'un point de services devant coordonner leurs interventions. Or, le plus souvent, les cas sont référés au CLSC ou simplement transférés. De plus, l'absence d'un encadrement formel, voire négocié, des liens entre les médecins de la communauté et les intervenants des CLSC, caractérisent l'ensemble des relations inter organisationnelles qui ont pour but d'assurer la continuité des interventions entre ces points de service.

Certains médecins sont très difficiles à rejoindre. Souvent, ils sous-estiment les inquiétudes des infirmières. Lorsqu'un malade présente des symptômes que l'infirmière-pivot trouve inquiétants et qu'elle ne peut coordonner son intervention avec le médecin traitant, elle achemine le malade à l'hôpital.

En bref, c'est ici la fragmentation de l'offre de services, elle-même exacerbée par les modes qui caractérisent la circulation de la clientèle entre les points de service qui est principalement mise en cause en ce qui a trait aux lacunes regardant la compatibilité des services dispensés.

Chapitre 5 – Discussion

▪ constats généraux sur le modèle

Essentiellement, l'objet de cette étude a consisté à reconstruire un réseau de services de santé de première ligne existant, la perspective adoptée s'inscrivant dans l'amélioration par une meilleure intégration des services, de la réponse aux besoins de santé et de bien-être d'un groupe spécifique de la population.

Au chapitre de la structure, les résultats soutiennent que la grandeur, la complexité et la différenciation constituent des propriétés particulièrement utiles pour reconnaître la part de production de chacune des organisations considérées. En accord avec Bolland et Wilson, les résultats suggèrent également que la coordination systémique est un concept multidimensionnel dont les structures et les processus s'apprécient différemment selon les différentes fonctions du système et de distribution des services et que chacun de ces niveaux pouvant s'imbriquer contribuent pour expliquer la coordination systémique (ou la fragmentation) et ses effets (Bolland & Wilson. 1994).

On a aussi mis en évidence que les relations inter organisationnelles sont étroitement reliées aux processus de coordination. Elles modulent en effet le cheminement de la clientèle entre les points de services, en déterminant l'accès aux services requis et le partage de l'information essentielle à la continuité des soins. Nombre de facteurs apparaissent déterminants dans l'établissement et la qualité des relations inter organisationnelles. La capacité des sous-réseaux à prendre en charge médicalement les personnes âgées à domicile, les connaissances de tous et chacun du potentiel des sous-réseaux en termes de production de services, le cloisonnement professionnel caractérisant l'action des intervenants, les préjugés entretenus....sont autant d'éléments pour comprendre les relations inter organisationnelles.

Finalement, le modèle utilisé s'est aussi avéré intéressant en permettant la mise en commun des productions de chacune des organisations dans le but de répondre aux besoins de client ou de clientèle spécifique. Cette réponse en étant considérée globalement revêt aussi un intérêt particulier, puisqu'elle met d'abord en lumière des

lacunes relevant de l'ensemble du système plutôt que de chacune des entités organisationnelles.

C'est suivant ces perspectives que sont discutés, dans ce qui suit, les résultats obtenus (et décrits au chapitre précédent). Ainsi, le premier niveau de discussion considère l'analyse du réseau selon les différentes fonctions qu'on lui reconnaît. La seconde perspective adoptée permet de regarder les résultats sous l'angle de l'efficacité du réseau.

- **considérations des résultats sous l'angle des fonctions du système de distribution des services de santé**

C'est principalement dans l'actualisation de la fonction *prestation*, et surtout au regard des suivis post-hospitaliers, qu'on a pu constater la concrétisation de relations inter organisationnelles. Même en ce qui a trait à la coordination administrative, les relations inter organisationnelles ayant été dégagées se rapportent, pour la grande majorité, à des activités de coordination très étroitement liées à la dispensation directe des services. En effet, on constate que les organisations impliquées se concertent essentiellement pour des échanges ou des ententes techniques regardant la circulation de la clientèle d'un établissement à un autre. Le focus des relations est mis sur l'élaboration de protocoles de transfert de la clientèle des centres hospitaliers vers les CLSC.

C'est comme si la coordination inter organisationnelle, tant au niveau de la prestation que de l'administration, naissait de la nécessité d'arrimer l'offre de services de chacune des organisations impliquées, compte tenu de leur différenciation au plan du continuum de soins, plutôt que d'un but commun centré sur les besoins de la clientèle élargie. De plus, il semble que les efforts de coordination administrative émanent davantage des besoins des hôpitaux, ce constat étant parfaitement compatible avec le contexte actuel priorisant des objectifs de réduction des durées de séjour et des taux de réadmission.

Par ailleurs, on pourrait penser que la stratégie ayant consisté à partir des intervenants directement impliqués dans la prestation des services auprès des personnes atteintes d'insuffisance cardiaque ont orienté les informations obtenues dans ce créneau spécifique. Il est possible que par trop spécifique, notre définition de la clientèle cible

s'inscrive difficilement dans les sujets d'intérêt des regroupements administratifs. Il existe en effet différentes tables de concertation régionales, par exemple pour les personnes âgées, qui englobent cette clientèle.

On peut aussi émettre l'hypothèse que la coordination s'actualise davantage entre les personnes directement impliquées au niveau de la prestation des services qu'à un niveau plus administratif. Comme déjà avancées par d'autres études, des évidences tendent en effet à démontrer que les intérêts des différents acteurs convergent davantage lorsqu'il s'agit d'articuler des services autour d'un individu, les relations s'établissant souvent sur une base volontaire. Cette situation fait en sorte que la coordination effective y est plus facile (Bolland & Wilson. 1994). La coordination administrative, lorsqu'elle peut impliquer des transactions financières, humaines ou matérielles entre les organisations productrices de services semble beaucoup plus difficile à réaliser. En effet, dans le système de santé québécois, les organisations, incluant les médecins de première ligne qui sont autonomes et indépendants, cherchent naturellement à protéger leurs acquis. Elles se trouvent ainsi souvent en compétition les unes aux autres (Feather. 1994). Il n'est pas étonnant que dans ce contexte, elles soient peu enclines à partager ce type de ressources. Il nous apparaît cependant plausible d'avancer que les activités reliées à la prestation des services pourraient profiter d'une coordination élargie dans l'exercice de la fonction administration au sein d'un réseau donné. Les données recueillies tendent en effet à démontrer que le manque de coordination de la fonction administration se transpose au niveau de la prestation. Au niveau des ressources humaines, on pense par exemple au non-partage des ressources médicales et des ressources en nutrition. Au niveau des ressources techniques, le support professionnel (formation, information...) constitue notamment un enjeu important pour les intervenants.

Les résultats ont donc mis en évidence que de nombreux problèmes relatifs à la dispensation coordonnée des services, résultant en des bris de continuité des soins, sont étroitement liés à des lacunes au niveau de la coordination des niveaux supérieurs. À cet effet, le problème de la prise en charge médicale en ce qui a trait aux personnes âgées aux prises avec des conditions chroniques altérant leur état de santé est révélateur. D'abord, tous soulignent que le manque de ressources médicales dans les services à domicile vient teinter (sinon inhiber) l'ensemble des relations entre les

médecins de première ligne, les CLSC et les centres hospitaliers qui soutiennent directement la prestation des services. Les raisons soulevées se situent principalement au niveau de la rémunération des médecins dans leur pratique à domicile, de l'inconfort professionnel dans ce nouveau mode de pratique et de la lourdeur administrative imposée par la coordination de leurs interventions avec celle des autres organisations. À ces chapitres, la coordination attendue relève essentiellement de l'administration et de la planification, fonctions caractérisant le système de distribution des services en réseau. Or, en ce qui a trait à la coordination administrative inter organisationnelle, il semble que les médecins ne soient que très peu ou pas représentés. En effet, ils sont absents (comme organisation ou groupe d'organisations) sur la plupart des tables de concertation locales ou sous-régionales qui réunissent des acteurs de différentes organisations avec l'objectif de trouver des façons de faire assurant la continuité des soins et facilitant l'accès aux différents points de service. La Commission médicale régionale représente le seul regroupement (ayant émergé des entrevues) où les médecins de première ligne comme organisation sont appelés à agir au niveau de la coordination administrative. Il demeure que ce type de regroupement ne peut pas être en contact direct avec chacune des organisations dispensatrices des services dans le Sud-ouest et, si transactions il y a, elles suivront d'abord les intérêts des organisations médicales. Dans ce contexte, on peut d'avantage parler de fragmentation systémique que de coordination.

Par ailleurs, certains écarts structuraux existent entre les regroupements d'organisations qui se créent pour coordonner la prestation des services et ceux qui se font pour coordonner les aspects plus administratifs. Les résultats ont démontré qu'au niveau de la prestation des services de première ligne, on peut regrouper les organisations desservant une même clientèle à partir d'un territoire de CLSC. Ce n'est toutefois plus à partir d'un critère géographique définissant une clientèle spécifique qu'on reconnaît les sous-réseaux coordonnant la fonction administrative. C'est en effet à partir de la clientèle de chacun des hôpitaux que se créent ces regroupements. On comprend donc que la préoccupation centrale des transactions éventuelles concernent strictement la clientèle hospitalisée. De plus, c'est aussi dire que chacun des CLSC est confronté à établir des liens et des ententes distinctes avec chacun de ces hôpitaux, complexifiant ainsi leur tâche d'intégration des services.

En bref, il semble que les organisations impliquées dans la dispensation des services sont relativement sensibles à l'importance de développer des liens inter organisationnels encadrant la continuité des soins pour les individus qu'ils desservent. Cependant, reprenant l'idée de Bolland et Wilson, cette démarche de coordination des services risque d'être inefficace si les administrateurs et les planificateurs ne se sont pas véritablement concertés (Bolland & Wilson. 1994). Dans de tels cas, les services pourront être, dans une certaine mesure, intégrés sans toutefois qu'ils soient toujours les plus appropriés et qu'ils couvrent l'ensemble des besoins des clients.

▪ **considérations des résultats sous l'angle de l'efficacité du réseau**

Dans le modèle ayant servi la reconstruction théorique des réseaux inter organisationnels étudiés, les effets de la coordination systémique ont été définis à partir des critères d'efficacité que sont la globalité, l'accessibilité et la compatibilité des services. Ces critères se présentent comme des résultats intermédiaires entre la structure et les processus définissant un réseau de services et l'état de santé et de bien-être d'un groupe de la population.

Or, dans cette étude, on a cherché à reconstruire des réseaux de services existants en partant de l'expérience des intervenants impliqués au niveau de la prestation des services. Cette façon de faire a permis d'explorer efficacement les liens que les intervenants entretiennent entre eux pour assurer au mieux l'accessibilité de leurs services et la continuité des soins qu'ils dispensent auprès des mêmes clients et de mieux connaître les services offerts par les réseaux ainsi identifiés. En contrepartie, on comprend que les observations effectuées se limitent aux clients nécessitant des services qui sont effectivement inscrits dans ces réseaux de services. Sur cette base, on ne peut évidemment pas prétendre avoir fait le tour de l'ensemble des moyens qu'utilisent les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque pour répondre à leurs besoins en relation avec leur état de santé et de bien-être. Comme plusieurs auteurs le soulignent, on ne peut non plus extrapoler les besoins de santé d'une clientèle à partir seulement des intervenants. En effet, d'une part, un écart subsiste toujours entre leurs perceptions et celles des patients et d'autre part, il existe des disparités entre les

demandes de services et les besoins de santé d'une population (Jordan, Dowswell, Harrison, Lilford & Mort. 1998).

La démonstration étant faite qu'on ne peut uniquement sur ces bases prétendre pouvoir ajuster le réseau aux besoins du groupe visé, il demeure que les perceptions des intervenants sur l'efficacité de leur réseau permettent d'identifier des failles du système qui se traduisent nécessairement sur l'état de santé et de bien-être. Ces lacunes s'expriment le plus souvent par des écarts entre leur pratique actuelle telle qu'ils la perçoivent et celle qui serait la meilleure possible pour répondre aux besoins des personnes atteintes d'insuffisance cardiaque. Eu égard tant à la globalité, à l'accessibilité ou la compatibilité des services, l'ensemble des intervenants notaient des écarts qui, pour eux, étaient très importants. Comme le suggèrent Alter et Hage, plusieurs facteurs sont à l'origine des écarts perçus (Alter & Hage. 1993). D'abord, des écarts importants sont prévisibles dans les situations où les attentes sont particulièrement élevées par rapport au fonctionnement en réseau. Or, les transformations que connaît le système de distribution des services de santé québécois depuis des années font reposer sur les services de première ligne de nouvelles responsabilités qui, notamment, imposent un remaniement au niveau de leurs fonctions et des processus caractérisant leurs actions. De plus, pour une bonne part, on évalue la réussite du projet de transformation sur l'efficacité des services de première ligne. Des écarts importants sont aussi rencontrés lorsque les liens inter organisationnels ne sont pas solides, l'efficacité des relations inter organisationnelles étant sujette à des variations non contrôlées. Enfin, la nécessité d'offrir à une clientèle de personnes âgées atteintes de problèmes chroniques de santé un ensemble de services diversifiés et spécialisés (complexité et différenciation du réseau) constitue une condition pouvant s'associer à des écarts importants entre la situation actuelle des services et celle souhaitable.

À cet égard, il ressort des perceptions qu'ont les intervenants rencontrés qu'une meilleure couverture des besoins de la clientèle atteinte d'insuffisance cardiaque passe nécessairement par une meilleure compréhension de la situation et des besoins des personnes âgées en intégrant les dimensions physique ou biologique, psychologique et sociale.

C'est, en effet, d'abord la dimension biologique ou physique se traduisant par des interventions orientées sur les soins médicaux et infirmiers à la personne qui a été mise en évidence. On peut penser que, partant de l'insuffisance cardiaque comme thématique de santé centrale à l'étude, il n'est pas étonnant que l'information obtenue sur les services s'inscrive d'abord dans la perspective biomédicale des interventions et ne rende peut-être pas compte de tous les services utilisés lorsqu'ils s'inscrivent dans un autre paradigme. Une définition plus large de la clientèle cible à l'étude aurait sûrement du même coup élargi les perspectives.

Néanmoins, il reste que le choix de l'insuffisance cardiaque comme condition de santé pour témoigner des services dispensés en réseau s'inscrit bien dans les courants actuels qui orientent l'évolution de l'organisation des services de santé autour de problématiques de santé pointues. La gestion de la maladie (disease management) est en effet à la base de nombreux programmes qui ont cours actuellement ou qu'on espère implanter (Epstein & Sherwood. 1996). Cette approche relativement conventionnelle est reprise par la majorité des études portant sur le « management » de l'insuffisance cardiaque par les services de santé (Brass-Mynderse. 1996), (Venner & Seelbinder. 1996); (Welsh & McCafferty. 1996), (Johnstone, Abdulla, Arnold, et al. 1994). Des guides de pratique et de suivis médical et infirmier centrés sur une clientèle hospitalisée ou susceptible de l'être constituent ainsi la pierre angulaire du développement des services.

Dans ce contexte, l'approche traditionnelle avec laquelle sont considérés les besoins de santé et de bien-être porte notamment l'empreinte de l'ascendance des professions biomédicales sur le développement des services de santé (Dill. 1993). Les besoins y sont typiquement définis en référence à des catégories statiques, en termes de diagnostics, pronostics, fidélité au traitement, résistance à l'utilisation, besoin d'institutionnalisation... Ils sont considérés comme un attribut de l'individu et ne sont pas enchassés véritablement dans un contexte familial et social plus global. Suivant cette logique, on comprend que des impératifs organisationnels sont à la base de la représentation des besoins de santé et de la façon d'y répondre. Les instruments d'évaluation des besoins, les codes de pratiques et les politiques qui déterminent leur utilisation sont autant de facteurs institutionnels qui gouvernent la considération et la réponse aux besoins. Pour Dill, cette façon de faire qui est institutionnalisée dans le

système de distribution des services implique nécessairement l'existence d'un « gap » paradigmatique entre la construction professionnelle des besoins de la personne et la représentation des besoins que chacun des individus se fait (Dill. 1993).

Dans ce contexte, à notre avis, choisir comme point d'ancrage à l'organisation de services de première ligne en réseau une thématique de santé aussi pointue que l'insuffisance ne peut qu'accentuer l'écart paradigmatique soulevé. Doit-on rappeler qu'essentiellement, cette maladie, rarement seule dans le tableau, s'associe au vieillissement et que c'est d'avantage cette dernière condition qui détermine les besoins de santé et de bien-être de ce groupe de la population. Ainsi, il importe qu'on soit bien conscient que partir de, par exemple, l'insuffisance cardiaque pour revoir l'offre des services, impose, somme toute, une vision réductrice des besoins de santé et de bien-être.

Conclusion

Les résultats de cette étude soutiennent que dans nos systèmes de santé, l'étude de l'organisation des services et de leur éventuel impact profite largement des analyses réalisées sur la base des réseaux de services plutôt que seulement d'un à un. Le modèle utilisé pour reconstruire ces réseaux s'est avéré particulièrement utile pour reconnaître la part de production de chacune des organisations considérées et la mise en commun qui en est faite dans le but de répondre aux besoins de clients ou de clientèles spécifiques. Cette réponse en étant considérée globalement met en lumière des lacunes relevant davantage du système que de chacune des bulles organisationnelles prises séparément. À notre avis, il s'agit là d'une condition de départ importante à toute démarche faite dans l'intention d'améliorer la réponse d'un réseau donné aux besoins de santé et de bien-être d'un groupe de la population.

Partant des résultats de cette étude, il nous semble que l'amélioration des services de santé dispensés en réseau impose qu'on reconnaisse distinctement les différentes fonctions sous-jacentes à un système de distribution des services et leur nécessaire intégration. La considération de ces différentes perspectives permet qu'on saisisse les enjeux relatifs à la coordination systémique qui relèvent de la convergence des actions propres à chacune des fonctions. De plus, des évidences tendent à démontrer que chacune des trois fonctions (prestation, administration et planification) se coordonnent d'abord sur le plan horizontal (si coordination il y a) et que peu d'efforts concluants sont faits pour les intégrer entre elles. Il s'agit là d'une piste de réflexion qui nous apparaît incontournable eu égard à l'évolution souhaitable de notre système de santé.

L'analyse tend aussi à démontrer que le choix d'un critère clinique pour identifier la clientèle cible comme point d'ancrage à l'organisation des services en réseau peut être déterminante dans la façon dont les services sont rendus et coordonnés sur une base systémique. La légitimité d'une approche par clientèle cible n'est pas nécessairement à remettre en question eu égard à l'intégration des services en réseau. Il s'agit davantage de questionner la nature des critères retenus pour définir cette clientèle cible et leur implication en ce qui a trait à la réponse du système de santé aux besoins

de la population. Chose certaine, on a tout intérêt à élargir notre vision des besoins de santé et de bien-être...

Références

- Alter, C. & Hage, J. (1993). *Organizations Working Together*. California: Sage.
- American Heart Association. (1999). 1999 Heart and Stroke. American Heart Association. Heart and Stroke Statistical Update.
- Association des Hôpitaux du Québec. (1995b). Cadre de référence sur la réorganisation. 1, La reconfiguration du réseau. AHQ.
- Association des Hôpitaux du Québec. (1995a). Pour mieux travailler ensemble : une vision renouvelée de réseaux intégrés de soins et de services. AHQ.
- Association des Hôpitaux du Québec. (1996) Regards sur les tendances en matière d'organisation des établissements de santé. 7, La reconfiguration du réseau. AHQ.
- Bennett, S.J., Pressler, M.L., Hays, L., Firestine, L.A. & Huster, G.A. (1997). Psychosocial variables and hospitalization in persons with chronic heart failure. *Progress in Cardiovascular Nursing*, 12, 4-11.
- Bindman, A.B., Grumbach, K., Osmond, D., Komaromy, M., Vranizan, K., Lurie, N., Billings, J. & Stewart, A. (1995). Preventable hospitalizations and access to health care. *Journal of American Medical Association*, 274, 305-11.
- Bolland, J.M. & Wilson, J.V. (1994). Three faces of integrative coordination: A model of interorganizational relations in community-based health and human services. *Health Services Research*, 29, 341-366.
- Brass-Mynderse, N.J. (1996). Disease Management for Chronic Congestive Heart Failure. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, october 1996,
- Brémond, M. (1997). La mise en scène de la performance dans le domaine de la santé ou l'art de rendre légitime l'institution "réseau". *Ruptures*, 4, 232-236.
- Burvill, P.W. (1990). The epidemiology of psychological disorders in general medical settings. In Sartorius N., Goldberg D., Girolamo G., Costa e Silva J.A., Lecrubier Y. & Wittchen H-U. (Eds.), *Psychological Disorders in General Medical settings*. Toronto: Hogrefe & Huber Pub.
- Centre de référence du grand Montréal. (1998). Répertoire des services communautaires du grand Montréal. Montréal.
- Chambre de commerce du Sud-ouest de l'Île de Montréal. (1995) Sommet socio-économique du Sud-ouest de l'Île de Montréal - Ensemble dans l'action. Chambre de commerce du Sud-ouest de l'Île de Montréal.
- Champagne, F., Contandriopoulos, A.-P. & Rodriguez, R. Université de Montréal & Groupe de recherche interdisciplinaire en santé. Centres ambulatoires: Typologie, avantages et inconvénients. (1997).

- Choinière, R. (1996) Les 29 CLSC d'un coup d'oeil, Indicateurs démographiques. Direction de la santé publique - Régie régionale de Montréal-Centre.. Statistiques et santé.
- Conrad, D.A. & Dowling, W.L. (1990). Vertical integration in health services: Theory and managerial implications. *Health Care Manage Review*, 15, 9-22.
- Conrad, D.A. & Shortell, S.M. (1996). Integrated Health Systems: Promise and Performance. *Frontiers of Health Services Management*, 13, 3-40.
- Conseil de la santé et du bien-être. (1995) Un juste prix pour les services de santé. Conseil de la santé et du bien-être.
- Conseil médical du Québec. (1995) Avis sur une nouvelle dynamique organisationnelle à implanter, la hiérarchisation des services médicaux. Conseil médical du Québec. Avis 95-03,
- Contandriopoulos, A.-P. (1994). Réformer le système de santé : une utopie pour sortir du statu quo impossible. *Ruptures*, 1, 8-26.
- Contandriopoulos, A.-P. & Trottier, L.-H. (1998). Épilogue : L'hôpital dans le système de soins de demain. *Ruptures*, 5, 106-120.
- Cornette, P., D'Hoore, W. & Swinne, C. (1999). Identification précoce des patients âgés à risque de déclin fonctionnel, phase pilote de l'étude DÉCLIC : profil de la population. *Epistula ALASS*, 24-28.
- Daunais, J.-P. (1992). Chapitre 11 : L'entretien non-directif. In B. Gauthier (Ed.), *Recherche sociale: de la problématique à la collecte de données*. (pp. 273-293). Sainte-Foy: Presses de l'Université du Québec.
- Deslauriers, J.-P. & Kérisit, M. (1997). Le devis de recherche qualitative. In J. Poupart, L.-H. Groulx, J.-P. Deslauriers, A. Laperrière, R. Mayer & A.P. Pires (Eds.), *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Montréal: Groupe de recherche interdisciplinaire sur les méthodes qualitatives.
- Devers, K.J., Shortell, S.M., Gillies, R.R., Anderson, D.A., Mitchell, J.B. & Erickson, K.M. (1994). Implementing Organized Delivery Systems : An Integration Scorecard. *Health Care Management Review*, 19, 17-20.
- Déry, V. (1997) L'insuffisance cardiaque : une nouvelle épidémie à Montréal-Centre? (Résumé exécutif). Direction de la santé publique. Régie Régionale de Montréal-Centre.
- Déry, V., Thivierge, C. & Ouellet, D. (1997) Le continuum de l'insuffisance cardiaque: des déterminants de la santé à la mortalité. Direction de la santé publique. Régie Régionale de Montréal-Centre.
- Dill, A. (1993). Defining needs, defining systems: a critical analysis. *Gerontologist*, 33, 453-60.

- Direction régionale de la santé publique de Montréal-Centre. (1997) Congestive heart failure in Montreal: an emerging epidemic. A mobilization, monitoring and management project (feasibility study). Direction de la santé publique -Régie Régionale de Montréal-Centre.
- Donabedian, A. (1973). Aspects of medical care administration: specifying requirements for health care. Cambridge: Commonwealth Fund.
- Duhamel, F. (1997). Intervention systémique infirmière auprès de couples dont un des membres est atteint d'insuffisance cardiaque. *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing*, 8, 35-42.
- Epstein, R.S. & Sherwood, L.M. (1996). From outcomes research to disease management: a guide for the perplexed. *Annals of Internal Medicine*, 124, 832-7.
- Feather, J. (1994). The Continuity Versus Episodic Care Battle Continues. In K. Kelly & M. Maas (Eds.), *Health Care Rationing : Dilemma and Paradox*. (pp. 113-126). Toronto.
- Fédération des CLSC du Québec. (1995) «LE RÉSEAU CLSC... Partie prenante dans la transformation du système de santé et de services sociaux et dans le virage ambulatoire». Volet 1, La transformation du réseau. Fédération des CLSC du Québec.
- Fédération des CLSC du Québec. (1996b) Services à domicile. Volet 3, La transformation du réseau. Fédération des CLSC du Québec.
- Fédération des CLSC du Québec. (1996a) Virage ambulatoire, Services courants. Volet 5, La transformation du réseau. Fédération des CLSC du Québec.
- Gauthier, J. 1998 Les modes intégrés de production de santé : une perspective de santé publique de l'intégration des services sociosanitaires. Direction de la santé publique - Régie Régionale de Montréal-Centre. (non publié).
- Gillies, R.R., Shortell, S.M., Anderson, D.A. & Morgan, K.L. (1993). Conceptualizing and Measuring Integration : Findings from the Health Systems Integration Study. *Hospital and health Services Administration*, 38, 467-489.
- Guérard, L. (1999). L'insuffisance cardiaque à Montréal-Centre: Quelques chiffres significatifs. *Les actualités du coeur*, 4, 8-9.
- Guérard, L., Kapetanakis, C. & Lavoie, G. (1999). L'insuffisance cardiaque à Montréal-Centre: les faits saillants. Direction régionale de la santé publique Montréal-Centre ed, Montréal.
- Gupta, A. & Arnold, J.M.O. (1998). Does this patient have congestive heart failure. *The Canadian Journal Of Diagnosis*, 95-107.

- Heflinger, C.A. (1996). Measuring service system coordination in managed mental health care for children and youth. *Evaluation and Program Planning*, 19, 155-163.
- Institute of Medicine & Committee on Monitoring Access to Personal Health Care Services. (1993). *Access to Health Care in America*. Washington: National Academy Press.
- Johnstone, D.E., Abdulla, A., Arnold, J.M.O., Bernstein, V., Bourrassa, M., Brophy, J., Mickelborough, L., Moe, G., Montague, T., Paquet, M., Rouleau, J.-L. & Yussuf, S. (1994). Canadian consensus on heart failure. *Canadian Journal of cardiology*, 10.
- Jordan, J., Dowswell, T., Harrison, S., Lilford, R.J. & Mort, M. (1998). Health needs assessment. Whose priorities? Listening to users and the public. *British Medical Journal*, 316, 1668-70.
- Laperrière A. (1993) Les critères de scientificité des méthodes qualitatives. in Les méthodes qualitatives en recherche sociale : problématique et enjeux. Conseil québécois de la recherche sociale, Rimouski (45-66).
- Laperrière, A. (1997a). La théorisation ancrée (*grounded theory*) : démarche analytique et comparaison avec d'autres approches apparentées. In J. Poupart, L.-H. Groulx, J.-P. Deslauriers, A. Laperrière, R. Mayer & A.P. Pires (Eds.), *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*. (pp. 405 Montréal: Groupe de recherche interdisciplinaire sur les méthodes qualitatives.
- Laperrière, A. (1997b). Les critères de scientificité des méthodes qualitatives. In J. Poupart, L.-H. Groulx, J.-P. Deslauriers, A. Laperrière, R. Mayer & A.P. Pires (Eds.), *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*. (pp. 405 Montréal: Groupe de recherche interdisciplinaire sur les méthodes qualitatives.
- Lenfant, C. (1997). The high blood pressure / heart failure link : a growing concern for all americans. *Perspectives on Aging*, 1.
- Marchand, R. & Marceau, J. (1998) Services offerts aux diabétiques du Sud-ouest de Montréal: Perception d'intervenants du réseau de santé. Direction de la santé publique - Régie Régionale de Montréal-Centre.
- McKelvie, R.S. (1998). Community management of heart failure. *Canadian Family Physician*, 44, 2689-92.
- Ministère de la santé et des services sociaux. (1994) Les services à domicile de première ligne, Cadre de référence. MSSS Gouvernement du Québec.
- National Heart, Lung and Blood Institute. (1996) Congestive heart failure in the United States. Data fact sheet. National Institutes of Health.

- O'Dwyer, R. (1996) Cadre de référence : continuum de services aux personnes âgées : guichet unique d'accès aux services de longue durée. Régie Régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.
- Ouellet, D. (1998) Direction régionale de la santé publique de Montréal-Centre. Rapport d'étape du programme «En coeur» pour la période s'échelonnant du 1er janvier au 31 décembre 1997.
- Paillé, P. (1994). L'analyse par théorisation ancrée. *Cahiers de Recherche Sociologique*, 23, 147-181.
- Pires, A.P. (1997). Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique. In J. Poupart, L.-H. Groulx, J.-P. Deslauriers, A. Laperrière, R. Mayer & A.P. Pires (Eds.), *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*. (pp. 405) Montréal: Groupe de recherche interdisciplinaire sur les méthodes qualitatives.
- Pourtois, J. & Desmet H. (1998). *Epistémologie et instrumentation en sciences humaines*. Liège.
- Provan, K.G. (1995). A Preliminary Theory of Interorganizational Network Effectiveness: A Comparative Study of Four Community Mental Health Systems. *Administrative Science Quarterly*, 40, 1-33.
- QSR N.U.D.I.S.T. (1995). *Qualitative Data Analysis Software for Research Professionals*. Littleton: Learning Profiles Inc.
- Ratcliffe, J.W. & Gonzalez-del-Valle, A. (1988). Rigor in health-related research : toward an expanded conceptualization. *International Journal of Health Services*, 18, 361-392.
- RRSSS de Montréal-Centre. (1996) Modalités d'articulation CHSCD - CLSC - Médecin traitant ; Soins post-hospitaliers. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Secteur santé physique et services multiclientèles, Direction de la programmation et de la coordination.
- RRSSS de Montréal-Centre. (1998b) Choisir des solutions d'avenir pour améliorer nos services. L'organisation des services de santé et des services sociaux sur l'île de Montréal 1998-2001/Rapport de consultation. Le défi de l'accès. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre
- RRSSS de Montréal-Centre. (1998a). Plan d'amélioration des services de santé et des services sociaux - 1998 - 2002. Montréal: Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.
- Shively, M., Fox, C. & Brass-Mynderse, N.J. (1996). Health-related quality of life as an outcome for patients with heart failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 10, 89-96.
- Shortell, S.M. (1995). The Future of American Health Care: Building Organized Delivery Systems. *The Bulletin*, 39, 69-83.

- Shortell, S.M. & Anderson, D.A. 1996. Remaking Health Care in America. *Hospitals & Health Networks*, 43-44.
- Shortell, S.M., Anderson, D.A., Gillies, R.R., Mitchell, J.B. & Morgan, K.L. (1993). The Holographic Organization. *Healthcare Forum Journal*, 36, 20-26.
- Shortell, S.M., Gillies, R.R. & Anderson, D.A. (1994). The new world of managed care: Creating organized delivery systems. *Health affairs*, 13, 46-64.
- Shortell, S.M., Gillies, R.R., Anderson, D.A., Mitchell, J.B. & Morgan, K.L. (1993). Creating Organized Delivery Systems: The Barriers and Facilitators. *Hospital & Health Services Administration*, 38, 447-466.
- Shortell, S.M., Gillies, R.R. & Devers, K.J. (1995). Reinventing the American Hospital. *The Milbank Quarterly*, 73, 131-160.
- Sofaer, S. (1994). Applying Interorganizational Theory to improve the continuity of Health Services for Older Persons. *The Journal of Applied Gerontology*, 13, 73-85.
- Sofaer, S. & Myrtle, R.C. (1991). Interorganizational Theory and Research: Implications for Health Care Management, Policy, and Research. *Medical Care Review*, 48, 371-409.
- Stake, R.E. (1994). Chapitre 14 : Case studies. In N.K.E. Denzin & Y.S.E. Lincoln (Eds.), *Handbook of Qualitative Research*. (pp. 643-663). Thousand Oaks, Ca: Sage Publications Inc.
- Stake, R.E. (1995). *The art of case study research*. Thousand Oaks: Sage Publications Inc.
- Strasser, T. (1990b). Chapitre 20 - Répercussions sociales. In *Soins cardio-vasculaires aux personnes âgées*. (pp. 142-150). Genève: Organisation mondiale de la santé.
- Strasser, T. (1990a). Chapitre 21 - Comment prévenir les maladies cardio-vasculaires dans la vieillesse. In *Soins cardio-vasculaires aux personnes âgées*. (pp. 151-165). Genève: Organisation mondiale de la santé.
- Strasser, T. (1990c). Chapitre 9 - L'insuffisance cardiaque du sujet âgé et son traitement. In *Soins cardio-vasculaires aux personnes âgées*. (pp. 63-75). Genève: Organisation mondiale de la santé.
- Tausig, M. (1987). Detecting "cracks" in mental health service systems: application of network analytic techniques. *American Journal of Community Psychology*, 15, 337-51.
- Tesch, R. (1990). The mechanics of interpretational qualitative analysis. In *Qualitative research analysis types and software tools*. (pp. 113-134). New York: Falmer Press.

- Thivierge, C. (1997). Insuffisance cardiaque : bilan des nouvelles études. *Les Actualités du Coeur*, 2, 4-5.
- Van de Ven, A.H. & Walker, G. (1984). The dynamics of interorganizational coordination. *Administrative Science Quarterly*, 29, 598-621.
- Van de Ven, A.H., Walker, G. & Liston, J. (1979). Coordination patterns within an interorganizational network. *Human Relations*, 32, 19-36.
- Venner, G.H. & Seelbinder, J.S. (1996). Team management of congestive heart failure across the continuum. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 10, 71-84.
- Weinberger, M., Oddone, E.Z. & Henderson, W.G. (1996). Does increased access to primary care reduce hospital readmissions? Veterans Affairs Cooperative Study Group on Primary Care and Hospital Readmission. *New England Journal of Medicine*, 334, 1441-7.
- Weissman, J.S., Gatsonis, C. & Epstein, A.M. (1992). Rates of avoidable hospitalization by insurance status in Massachusetts and Maryland. *Journal of American Medical Association*, 268, 2388-94.
- Welsh, C. & McCafferty, M. (1996). Congestive heart failure: a continuum of care. *J Nursing Care Quality*, 10, 24-32.
- Yin, R.K. (1993). Applications of case study research. Thousand Oaks: Sage Publications Inc.

Annexe 1

Informations relatives à la méthodologie

Thèmes abordés en entrevue et exemples de questions

- ◆ **Besoins des personnes atteintes d'insuffisance cardiaque, généralement et plus spécifiquement pour la clientèle du Sud-ouest (contexte de l'étude)**
- ◆ **Cheminement de la clientèle : parcours et services dispensés et coordination des services entre eux (inter-intervenants et inter-établissements)**
- ◆ **Support administratif à la prestation**
- ◆ **Efficacité perçue : forces et faiblesses de cette organisation de services et impact sur l'accessibilité et la continuité**

1. Description de la clientèle rejointe par les services

- ⇒ Âge, niveau socio-économique, statut, ethnicité, langue...
- ⇒ Importance de la clientèle souffrant d'insuffisance cardiaque . Si peu, pourquoi?
- ⇒ Motifs de consultation (provenance de la clientèle, besoins spécifiques de santé, ex: services psychosociaux)

2. Description des services offerts et parcours de la clientèle

- ⇒ Préciser quels types de services sont offerts par votre organisation aux personnes atteintes d'insuffisance cardiaque en termes de nature d'interventions et types d'intervenants impliqués, en soulignant les forces et les faiblesses

3. Principaux partenaires impliqués dans la dispensation des soins auprès de cette clientèle et les mécanismes d'articulation privilégiés entre les différents points de service

- qui sont les principaux référerants? (cabinets privés, hôpitaux, centre de réadaptation, organismes communautaires)
 - quelles sont les raisons de référence les plus fréquentes?
 - quels sont les mécanismes de référence utilisés?
 - le plus souvent s'agit-il de transfert, de référence avec retour, d'intervention d'équipe?
 - comment assure-t-on la coordination des soins d'un intervenant à l'autre (gestion de cas, protocole, procédure, téléphone, discussion d'équipe multidisciplinaire...)
- ⇒ Vous arrive-t-il d'orienter des patients vers des services dispensés par d'autres intervenants de première ligne?
- pour répondre à quels besoins spécifiques?
 - qui sont ces intervenants et quels services dispensent-ils (médecins de cabinets privés, organismes communautaires, autres CLSC...)?
 - le plus souvent s'agit-il de transfert, référence avec retour, d'intervention d'équipe?
 - comment assure-t-on la coordination des soins d'un intervenant à l'autre (gestion de cas, protocole, procédure, téléphone, discussion d'équipe..)
- ⇒ Quels sont les moyens utilisés pour assurer la circulation de l'information sur les services rendus et l'évolution du patient entre les intervenants?
- ⇒ Comment qualifiez-vous les liens que vous avez avec les autres intervenants ou établissements du territoire? (liens formels et informels, rares, fréquents, faciles...) entre les points de service et les intervenants?

4. Principaux partenaires supportant la prestation des services (soutien administratif)

- Protocoles d'ententes inter-établissements
- Comités inter-établissements
- Tables et projets de concertation
- Échanges de ressources matérielles, financières ou humaines
- Autres.

5. Opinion sur les forces et les faiblesses de l'organisation des services offerts aux personnes atteintes d'insuffisance cardiaque dans la région du Sud-ouest.

▪ **Accessibilité**

- ⇒ Selon vous, certaines personnes vivent-elles des problèmes d'accessibilité aux services offerts à cause de leur langue, du moment et du lieu où ses services sont dispensés ou de l'organisation des services?
- ⇒ Les délais d'accès aux services sont-ils raisonnables?
- ⇒ La clientèle est-elle suffisamment et adéquatement renseignée sur les services disponibles dans la région du Sud-ouest?
- ⇒ Certains services ne sont-ils offerts qu'à une clientèle très ciblée dès le départ?
- ⇒ **En quoi, une meilleure coordination entre les établissements et les intervenants pourrait améliorer l'accessibilité aux services?**

▪ **Couverture des besoins**

- ⇒ Diriez-vous que les services de première ligne offerts dans la région du Sud-ouest rejoignent l'ensemble des personnes nécessitant des soins pour insuffisance cardiaque?
- ⇒ L'éventail des services offerts et des professionnels disponibles couvre-t'il l'ensemble des besoins de cette clientèle (que ce soit en termes de services médicaux, pharmacologiques, éducation, psychosociaux, soins à domicile)?
- ⇒ **En quoi une meilleure coordination entre les établissements et les intervenants améliorerait la couverture des besoins?**

▪ **Complémentarité et cohérence entre les services**

- ⇒ Diriez-vous que les interventions menées par les différents points de service se complètent bien entre elles, qu'elles sont complémentaires?
- ⇒ Pour les personnes nécessitant plusieurs niveaux de services, diriez-vous que l'ensemble des interventions sont cohérentes?
- ⇒ Les personnes souffrant d'insuffisance cardiaque sont-elles toujours suivies par les mêmes intervenants ?
- ⇒ **À votre avis, une meilleure coordination entre les établissements et les intervenants rendrait-elle les services plus cohérents?**

- Selon vous, quelles sont les principales barrières à la mise sur pied d'interventions continues, cohérentes et complémentaires?
- Comment pourrait évoluer le réseau de soins sur votre territoire de telle sorte que les services offerts aux personnes souffrant d'insuffisance cardiaque soient accessibles, efficaces et bien coordonnés entre eux?

Exemple de lettre envoyée aux participants préalablement à l'entrevue

Objet: Projet d'étude sur les réseaux intégrés de services de première ligne et l'insuffisance cardiaque

La rencontre prévue le 18 janvier prochain s'inscrit dans une étude qui vise à améliorer notre compréhension des réseaux de services de première ligne et, éventuellement, de l'impact de leur intégration sur l'accessibilité et la continuité des services offerts aux personnes souffrant d'insuffisance cardiaque. Plus spécifiquement, la conduite de cette étude devrait nous permettre de :

- préciser les types de services offerts en première ligne aux personnes souffrant d'insuffisance cardiaque, les types d'intervenants ainsi que les établissements impliqués;
- comprendre les liens que les points de service entretiennent entre eux et avec les centres hospitaliers et de réadaptation ainsi que les mécanismes de coordination qu'ils privilégient pour coordonner les soins qu'ils dispensent à cette clientèle;
- et connaître la perception des intervenants sur l'accessibilité aux services de première ligne et la continuité des soins offerts à cette clientèle.

Une description générale du projet vous est présentée dans le sommaire ci-joint.

L'information sera recueillie par entrevues face à face avec différents informateurs-clé. C'est pourquoi j'ai demandé de vous rencontrer pour discuter des services rendus en pré et post-hospitalisation aux personnes souffrant d'insuffisance cardiaque. Un entretien d'environ une heure devrait, à mon avis, être suffisant. Soyez assuré que toutes les informations ainsi recueillies seront traitées confidentiellement, sans qu'on ne puisse identifier ni les répondants, ni les établissements.

Dans l'attente de cette rencontre, je vous remercie de votre implication dans le projet.

Marjolaine Hamel

Responsable du projet, équipe santé du cœur, DRSP Montréal-Centre

Annexe 2

Hospitalisations pour causes d'insuffisance cardiaque (CIM-9, 428) chez les résidents du Sud-ouest de Montréal-Centre

L'ensemble des données présentées dans cette annexe proviennent de la banque *clientèle hospitalière MED-ÉCHO* pour les statistiques sur les hospitalisations et des *recensements faits par Statistique Canada en 1991 et 1996* pour les données populationnelles. Précisons également que les données ne sont présentées ici qu'à titre indicatif, n'ayant pas fait l'objet d'une analyse approfondie.

Tableau XI : Nombre d'hospitalisations pour insuffisance cardiaque (chez les résidents du Sud-ouest)

- nombre d'hospitalisations durant les périodes 1990-1992 et 1995-1997, selon le territoire de CLSC

	CLSC Du Vieux La Chine	CLSC Lasalle	CLSC St-Henri	CLSC Verdun/Ct Saint-Paul	Cl. comm. Pointe St-Charles	Sud-ouest (total)
1 avril 1990 au 31 mars 1992	234	219	95	412	61	1021
1 avril 1995 au 31 mars 1997	214	272	114	588	82	1270
• 1995-1996	113	120	65	281	35	614
• 1996-1997	101	152	49	307	47	656

Tableau XII : Taux d'hospitalisations pour insuffisance cardiaque dans le Sud-ouest

- taux annuel moyen d'hospitalisations par 10 000 résidents durant les périodes 1990-1992 et 1995-1997, selon le groupe d'âge

Groupe d'âge	Taux 1990-1992*	Taux 1995-1997**
0-39 ans	0,3	0,3
40-64 ans	12,8	12,0
65-74 ans	68,9	82,2
75-84 ans	158,4	162,8
85 ans et plus	233,0	257,2
Tout âge	19,5	24,8

* population de base: recensement Statistique Canada 1991

** population de base: recensement Statistique Canada 1996

Tableau XIII : Durée moyenne des séjours hospitaliers pour insuffisance cardiaque (chez les résidents du Sud-ouest)

- durée moyenne des séjours hospitaliers durant les années 1995-1996 et 1996-1997, selon le groupe d'âge

Groupe d'âge	1995-1996 (jours) n= 614	1996-1997 (jours) n=656
0-39 ans	5,3	12,5
40-64 ans	11,4	11,8
65-74 ans	15,8	15,8
75-84 ans	18,9	16,0
85 ans et plus	19,8	13,4
tout âge	16,9	14,8

Tableau XIV : Nombre de résidents du Sud-ouest hospitalisés pour insuffisance cardiaque

nombre de résidents hospitalisés durant les années 1995-1996 et 1996-1997, selon le territoire de CLSC

	CLSC Du Vieux La Chine	CLSC Lasalle	CLSC St-Henri	CLSC Verdun/Ct Saint-Paul	Cl. comm. Pointe St-Charles	Sud-ouest
1 avril 1995 au 31 mars 1996	96	95	55	220	30	496
1 avril 1996 au 31 mars 1997	82	121	46	218	41	501*

**valeur représentant le nombre réel de résidents du Sud-ouest (ne correspond pas à la somme des territoires, certaines personnes ayant résidé sur plus d'un territoire de CLSC au cours d'une même année)*

Tableau XV : Nombre moyen d'hospitalisations par personne hospitalisée pour insuffisance cardiaque

- nombre d'hospitalisations par personne durant les années 1995-1996 et 1996-1997 selon le territoire de CLSC

	CLSC Du Vieux La Chine	CLSC Lasalle	CLSC St-Henri	CLSC Verdun/Ct Saint-Paul	Cl. comm. Pointe St-Charles	Sud-ouest
1 avril 1995 au 31 mars 1996	1,18	1,26	1,18	1,28	1,17	1,24
1 avril 1996 au 31 mars 1997	1,23	1,26	1,07	1,40	1,15	1,31

Tableau XVI : Répartition du nombre de résidents du Sud-ouest hospitalisés selon leur âge et leur territoire de CLSC

- nombre de résidents hospitalisés durant les années 1995-1996 et 1996-1997 selon le groupe d'âge et le territoire de CLSC

	CLSC Du Vieux La Chine	CLSC Lasalle	CLSC St-Henri	CLSC Verdun/Ct Saint-Paul	Cl. comm. Pointe St-Charles	Sud-ouest*
0-39 ans						
• 1996	0	1	0	1	0	2
• 1997	1	2	0	0	0	3
40-64 ans						
• 1996	12	12	11	33	4	72
• 1997	14	20	6	36	13	87
65-74 ans						
• 1996	30	32	16	69	11	158
• 1997	21	45	19	69	11	161
75-84 ans						
• 1996	34	33	18	75	12	172
• 1997	33	37	16	76	12	173
85 ans et plus						
• 1996	20	17	10	42	3	92
• 1997	13	17	5	37	5	77
Total						
• 1996	96	95	55	220	30	496
• 1997	82	120	46	217	40	501

*valeur représentant le nombre réel de résidents du Sud-ouest (ne correspond pas à la somme des territoires, certaines personnes ayant résidé sur plus d'un territoire de CLSC au cours d'une même année)

Tableau XVII : Répartition des hospitalisations des résidents du Sud-ouest selon les lieux d'hospitalisations (chez les résidents du Sud-ouest)

- nombre d'hospitalisations selon l'hôpital et le territoire de CLSC

Lieu d'hospitalisation	CLSC Du Vieux La Chine	CLSC Lasalle	CLSC St-Henri	CLSC Verdun/Ct Saint-Paul	Cl. comm. Pointe St-Charles	Sud-ouest Nbre (%)
Angrignon/Verdun						
• 1996	2	32	20	193	17	264 (43,00)
• 1997	7	100	23	222	23	375 (57,16)
Lachine						
• 1996	49	4				53 (8,63)
• 1997	58					58 (8,84)
General Montréal						
• 1996	1	8	13	17	8	47 (7,65)
• 1997	2	9	9	20	8	48 (7,32)
Royal Victoria						
• 1996	7	6	8	16	4	41 (6,68)
• 1997	7	7	9	18	6	47 (7,16)
Angrignon/Lasalle						
• 1996	2	46	1	1		50 (8,14)
• 1997		10		1		11 (1,68)
General Lachine						
• 1996	37			1		38 (6,19)
• 1997	2					2 (0,30)
Reddy Memorial						
• 1996			8	15	3	26 (4,23)
• 1997	1	1	1	9		12 (1,83)
CHUM/Notre-Dame						
• 1996	4	3	1	12		20 (3,26)
• 1997	2	1		7	1	11 (1,68)
Reine Elizabeth Montréal						
• 1996	6	3	1	10	2	22 (3,58)
• 1997		2		1		3 (0,46)
General Juif						
• 1996	1	4	3	2		10 (1,63)
• 1997	2	6	1	4		13 (1,98)
CHUM/Hotel-Dieu Montr						
• 1996	1		2	3	1	7 (1,14)
• 1997	2	2	1	3	2	10 (1,52)
CHUM Saint-Luc						
• 1996		1	4	3		8 (1,30)
• 1997		3	1	4		8 (1,22)
Champlain de Verdun						
• 1996			1	2		3 (0,49)
• 1997		3		7	1	11 (1,68)
General Lakeshore						
• 1996						
• 1997	11					11 (1,68)
Cardiologie de Montréal						
• 1996		1		2		3 (0,49)
• 1997		3		3	2	8 (1,22)
St-Mary						
• 1996	1	4		2		7 (1,14)
• 1997			1	1	2	4 (0,61)
Maisonneuve-Rosemont						

Lieu d'hospitalisation	CLSC Du Vieux La Chine	CLSC Lasalle	CLSC St-Henri	CLSC Verdun/Ct Saint-Paul	Cl. comm. Pointe St-Charles	Sud-ouest Nbre (%)
• 1996 • 1997	2	1 1		1		1 (0,16) 4 (0,61)
Ste-Jeanne-D'arc • 1996 • 1997		1			1	1 (0,16) 1 (0,15)
Hôtel-Dieu Saint Jérôme • 1996 • 1997				1		1 (0,15)
Santa Cabrini • 1996 • 1997				1		1 (0,15)
Montréal Enfants • 1996 • 1997	2	1				3 (0,46)
Sacré-Coeur • 1996 • 1997	1	1	1			1 (0,16) 2 (0,30)
Julius Richarson • 1996 • 1997		2				2 (0,33)
Mont-Laurier • 1996 • 1997				1		1 (0,15)
L'annonciation • 1996 • 1997	1 1					1 (0,16) 1 (0,15)
Haut-Richelieu • 1996 • 1997		3	1	1		4 (0,65) 1 (0,15)
Charles Lemoyne • 1996 • 1997				1		1 (0,16)
Argenteuil • 1996 • 1997		1				1 (0,15)
Thoracique Montréal • 1996 • 1997	1	1 1		1		1 (0,16) 2 (0,30)
Douglas • 1996 • 1997			1	1		2 (0,30)
Villa medica • 1996 • 1997			1			1 (0,15)
Cuse King • 1996 • 1997			1			1 (0,16)
Pierre Boucher • 1996 • 1997					1	1 (0,15)
Anna Laberge • 1996 • 1997	1		1			1 (0,16) 1 (0,15)

Lieu d'hospitalisation	CLSC Du Vieux La Chine	CLSC Lasalle	CLSC St-Henri	CLSC Verdun/Ct Saint-Paul	Cl. comm. Pointe St-Charles	Sud-ouest Nbre (%)
CHUQ/ Hotel-Dieu Qué. • 1996 • 1997				1		1 (0,15)
Total • 1996 • 1997	113 101	120 152	65 49	281 307	35 47	614 656

* une absence de données inscrites signifie aucune hospitalisation pour ce lieu spécifique d'hospitalisation chez les résidents du territoire concerné et pour l'année ciblée

Synthèse de la répartition des hospitalisations chez les résidents du Sud-ouest par territoire de CLSC selon les lieux d'hospitalisations:

Tableau XVIII : Répartition des hospitalisations chez les résidents du territoire Du Vieux La Chine

	Lachine	General Lachine	General Lakeshore	Royal Victoria	Angrignon/Verdun	Autres	Total
1996	49 43,36%	37 32,74%	- -	7 6,19%	2 1,77%	18 15,93%	113
1997	58 57,43%	2 1,98%	11 10,89%	7 6,93%	7 6,93%	16 15,84%	101

Tableau XIX : Répartition des hospitalisations chez les résidents le territoire de Lasalle

	Angrignon/Verdun	Angrignon/Lasalle	General Montréal	Royal Victoria	Autres	Total
1996	32 26,67%	46 38,33%	8 6,67%	6 5,00%	28 23,33%	120
1997	100 65,79%	10 6,58%	9 5,92%	7 4,61%	26 17,11%	152

Tableau XX : Répartition des hospitalisations chez les résidents le territoire de St-Henri

	Angrignon/Verdun	General Montréal	Royal Victoria	Reddy Memorial	Autres	Total
1996	20 30,77%	13 20,00%	8 12,31%	8 12,31%	16 24,62%	65
1997	23 46,94%	9 18,37%	9 18,37%	1 2,04%	7 14,29%	49

Tableau XXI : Répartition des hospitalisations chez les résidents du territoire de Verdun/Côte Saint-Paul

	Angrignon/ Verdun	General Montréal	Royal Victoria	Reddy Memorial	Chum/ Notre-Dame	Autres	Total
1996	193 68,68%	17 6,05%	16 5,69%	15 5,34%	12 4,23%	28 9,96%	281
1997	222 72,31%	20 6,51%	18 5,86%	9 2,93%	7 2,28%	31 10,10%	307

Tableau XXII : Répartition des hospitalisations chez les résidents du territoire de Pointe Saint-Charles

	Angrignon/ Verdun	General Montréal	Royal Victoria	Autres	Total
1996	17 48,57%	8 22,86%	4 11,43%	6 17,14	35
1997	23 48,94%	8 17,02%	6 12,77%	10 21,28%	47

Annexe 3

***Informations concernant les ressources et services de la
communauté du Sud-ouest***

Tableau XXIII : Ressources médicales du Sud-ouest

Territoire de CLSC	Cliniques médicales
Lasalle	Centre médical Centrale Médicentre Lasalle Centre médical pour enfants Médecine familiale Lasalle
du Vieux La Chine	Centre médical Notre-Dame Clinique médical Les jardins de Dorval Centre médical et professionnel Dorval Clinique Urgimed Clinique d'urgence 32e
Saint-Henri	Clinique médicale Atwater Clinique Soleil Des Tanneries Clinique médicale St-Henri
Pointe Saint-Charles	Centre médical Wellington
Verdun/Côte Saint-Paul	Polyclinique Le Campanole Clinique médicale Monk Clinique médicale Verdun-Lasalle Clinique médicale de l'Ouest Centre médical de Île-des-Soeurs Clinique médicale de Verdun Clinique médicale Hickson clinique médicale Ville Émard Centre médical Métro-Monk

*source: RRSSS Montréal-Centre (1997) Info-santé CLSC

Tableau XXIV : Exemple d'organismes communautaires du Sud-ouest impliqués dans les services aux personnes âgées

Organismes communautaires	Territoire ciblé	Types de services
Centre du Vieux Moulin	Ville Lasalle	Visites d'amitié, téléphones, petits services, popote roulante, dîner communautaire
La théière- Ressources troisième âge de Lachine	Ville Lachine	Programme ciblé pour les aînés en perte d'autonomie, les aidant à conserver leur indépendance et demeurer à domicile
Services bénévole de l'Ouest de l'île	Ville Lachine, Ville Dorval	Coordination de popote roulante, accompagnement bénévole, minibus quotidien, groupes d'entraide
Centre communautaire pour aînés de Verdun	Ville de Verdun et environ	Services de loisirs, de santé...
Amitié, services et troisième âge	Montréal	Participation à des repas communautaires et des activités récréatives, sociales et culturelles; souvent support psychosocial, interventions préventives et thérapeutiques, transport et repas
Petits frères des pauvres	Montréal	
Association des popotes roulantes du Montréal Métropolitain;	Montréal	Support affectif, visites d'amitié, parrainage etc.

**source: les intervenants du Sud-ouest et le répertoire des services communautaires du grand Montréal (Centre de référence du grand Montréal. 1998)*

***Il ne s'agit pas d'une liste exhaustive des organismes communautaires, mais davantage d'exemples pour donner un aperçu du type d'organisations communautaires pouvant être impliqué dans les services de première ligne rejoignant des personnes souffrant d'insuffisance cardiaque.*

Tableau XXV : Tables et projets de concertation du Sud-ouest impliquant les services de première ligne

Tables et projets de concertation	Organismes participants	Buts et objectifs	Contenu traité
<p>Comité de liaison table impliquant les établissements de santé et les partenaires de la communauté</p>	<p>CLSC Lasalle, CLSC Verdun, CLSC Saint-Henri et Clinique communautaire de Pointe Saint-Charles, organismes communautaires, centres de jour, CH Angrignon, municipalités (occ.)</p>	<p>But: rendre les services plus accessibles et d'assurer la continuité des interventions; coordination globale des services entre les partenaires en établissant des modalités d'articulation.</p>	
<p>Table de concertation CLSC/CH Angrignon s'inscrit dans les travaux sur les modalités d'articulation CHSD – CLSC</p>	<p>CLSC Lasalle, CLSC Verdun, CLSC Saint-Henri et Clinique communautaire de Pointe Saint-Charles, CH Angrignon</p>	<p>But: améliorer la continuité des soins;</p>	<p>Opération des suivis de clientèle spécifique, élaboration de protocoles spécifiques comme pour la thérapie intraveineuse</p>
<p>Table de concertation CLSC/CHU McGill s'inscrit dans les travaux sur les modalités d'articulation CHSD – CLSC</p>	<p>CLSC Lasalle, CLSC Saint-Henri, Clinique communautaire de Pointe Saint-Charles et autres de d'autres sous-région</p>	<p>But: améliorer la continuité des soins;</p>	<p>Élaboration de protocoles spécifiques comme pour la thérapie intraveineuse et protocole d'entente soins pré et post hospitaliers offerts à la clientèle adulte dans la communauté</p>
<p>Table de concertation CLSC/CHU McGill s'inscrit dans les travaux sur les modalités d'articulation CHSD – CLSC</p>	<p>CLSC Lasalle et autres de d'autres sous-régions</p>	<p>But: améliorer la continuité des soins. Précisément, on veut diminuer les taux d'hospitalisations et de réhospitalisations ainsi que les durées de séjour pour insuffisants cardiaques en développant des services complémentaires avec les partenaires</p>	<p>Ex: développement de modules d'enseignement, débutés en phase intrahospitalière et poursuivis par les intervenants dans la communauté</p>

Tableau XXVI : Éléments de réflexion apportés par les intervenants sur l'amélioration des services dispensés

<p>Favoriser l'identification des personnes atteintes d'insuffisance cardiaque nécessitant des soins ou du support</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibiliser davantage les médecins à la maladie; • Sensibiliser la population en général à l'insuffisance cardiaque (reconnaissance de la maladie et action sur les facteurs de risque).
<p>Améliorer l'accessibilité aux services de diagnostic et d'évaluation</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Développer un centre ambulatoire ou des unités gériatriques adaptés aux besoins de la clientèle où l'ensemble des spécialistes et intervenants sont présents de manière à faire les investigations en une journée. • Assurer le transport aux personnes ayant de la difficulté à se déplacer.
<p>Adapter les services aux besoins de la clientèle souffrant d'insuffisance cardiaque mais ne correspondant pas aux clientèles des services à domicile</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Regrouper les personnes à risque ou atteinte d'insuffisance cardiaque pour mieux connaître leurs besoins et agir sur les déterminants en amont de la maladie (nutrition, activité physique...) : intégrer les services pour insuffisants cardiaque légers avec ceux ciblant déjà la clientèle à risque (clinique de diabète et programmes aux MCAS); • Développer un centre d'enseignement pour IC; • Intégrer les services communautaires et les services municipaux dans les programmes s'adressant spécifiquement à cette clientèle; • Informer la population et les intervenants des structures existantes pour répondre aux besoins de santé des Insuffisants cardiaque; • Impliquer davantage les services des CLSC offerts sur une base ambulatoire.
<p>Adapter les services aux besoins de la clientèle souffrant d'insuffisance cardiaque qui correspond aux clientèles des services à domicile (personnes âgées)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Favoriser une meilleure prise en charge médicale (lié notamment à un problème de disponibilité et de rémunération); • Développer des critères rigoureux et objectifs de suivi adaptés au contexte des interventions à domicile • Assurer un support aux différents intervenants, en termes de contenu (formation), protocole et outils d'enseignement (circonscrire les interventions à la problématique de santé de manière à répondre plus spécifiquement aux besoins); • Prendre en compte davantage les besoins psychosociaux de cette clientèle dans la planification des services • Élargir le répertoire des interventions auprès de la personne touchée et aussi auprès des familles, pour qu'elles puissent mieux composer avec l'expérience de la maladie d'un de leurs membre (Duhamel. 1997).
<p>Améliorer la coordination inter-établissement</p>	<ul style="list-style-type: none"> • «Il faut que la régie régionale donne des façons simples de faire des liens entre les médecins et les CLSC; les tables c'est laborieux»; • Élaborer un seul protocole de soins et de transfert de la clientèle des hôpitaux vers les CLSC • Trouver des pôles de communication rapide et efficace entre l'hôpital, le médecin et le CLSC pour que les intervenants soient en mesure d'agir rapidement lorsqu'il y a détérioration; • Améliorer la liaison CH /CLSC services courants / médecin traitant (à peu près inexistante) • Intégrer les programmes de réadaptation des centres hospitaliers (comme «en cœur») avec les activités des CLSC;