

Université de Montréal

**L'incorporation de la responsabilité populationnelle  
dans la gestion des CSSS**

par

Mylaine Breton

Département d'administration de la santé

Faculté de médecine

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures  
en vue de l'obtention du grade de Philosophiae Doctor (Ph.D.)

En Santé Publique

Option Gestion des services de santé

Avril, 2009

© Mylaine Breton, 2009

Université de Montréal  
Faculté des études supérieures

Cette thèse intitulée :

**L'incorporation de la responsabilité populationnelle  
dans la gestion des CSSS**

Présentée par :  
Mylaine Breton

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Claude Sicotte, président-rapporteur  
Jean-Louis Denis, directeur de recherche  
Lise Lamothe, co-directeur  
Carl-Ardy Dubois, membre du jury  
Jean-Paul Fortin, examinateur externe  
Renaldo Battista, représentant du doyen de la FES

## Résumé

En 2004, le gouvernement québécois s'est engagé dans une importante réorganisation de son système de santé en créant les Centres de santé et des services sociaux (CSSS). Conjugué à leur mandat de production de soins et services, les CSSS se sont vus attribuer un nouveau mandat de « responsabilité populationnelle ». Les gestionnaires se voient donc attribuer le mandat d'améliorer la santé et le bien-être d'une population définie géographiquement, en plus de répondre aux besoins des utilisateurs de soins et services. Cette double responsabilité demande aux gestionnaires d'articuler plus formellement au sein d'une gouverne locale, deux secteurs de prestations de services qui ont longtemps évolué avec peu d'interactions, « la santé publique » et « le système de soins ». Ainsi, l'incorporation de la responsabilité populationnelle amène à développer une plus grande synergie entre ces deux secteurs dans une organisation productrice de soins et services. Elle appelle des changements importants au niveau des domaines d'activités investis et demande des transformations dans certains rôles de gestion. L'objectif général de ce projet de recherche est de mieux comprendre comment le travail des gestionnaires des CSSS se transforme en situation de changement mandaté afin d'incorporer la responsabilité populationnelle dans leurs actions et leurs pratiques de gestion.

Le devis de recherche s'appuie sur deux études de cas. Nous avons réalisé une étude de deux CSSS de la région de Montréal. Ces cas ont été choisis selon la variabilité des contextes socio-économiques et sanitaires ainsi que le nombre et la variété d'établissements sous la gouverne des CSSS. L'un des cas avait au sein de sa gouverne un Centre hospitalier de courte durée et l'autre non. La collecte de données se base sur trois sources principales; 1) l'analyse documentaire, 2) des entrevues semi-structurées (N=46) et 3) des observations non-participantes sur une période de près de deux ans (2005-2007). Nous avons adopté une démarche itérative, basée sur un raisonnement inductif.

Pour analyser la transformation des CSSS, nous nous appuyons sur la théorie institutionnelle en théorie des organisations. Cette perspective est intéressante car elle permet de lier l'analyse du champ organisationnel, soit les différentes pressions issues des acteurs gravitant dans le système de santé québécois et le rôle des acteurs dans le processus de changement. Elle propose d'analyser à la fois les pressions environnementales qui expliquent les contraintes et les opportunités des acteurs gravitant dans le champ organisationnel de même que les pressions exercées par les CSSS et les stratégies d'actions locales que ceux-ci développent.

Nous discutons de l'évolution des CSSS en présentant trois phases temporelles caractérisées par des dynamiques d'interaction entre les pressions exercées par les CSSS et celles exercées par les autres acteurs du champ organisationnel; la phase 1 porte sur l'appropriation des politiques dictées par l'État, la phase 2 réfère à l'adaptation aux orientations proposées par différents acteurs du champ organisationnel et la phase 3 correspond au développement de certains projets initiés localement. Nous montrons à travers le processus d'incorporation de la responsabilité populationnelle que les gestionnaires modifient certaines pratiques de gestion. Certains de ces rôles sont plus en lien avec la notion d'entrepreneur institutionnel, notamment, le rôle de leader, de négociateur et d'entrepreneur. À travers le processus de transformation de ces rôles, d'importants changements au niveau des actions entreprises par les CSSS se réalisent, notamment, l'organisation des services de première ligne, le développement d'interventions de prévention et de promotion de la santé de même qu'un rôle plus actif au sein de leur communauté.

En conclusion, nous discutons des leçons tirées de l'incorporation de la responsabilité populationnelle au niveau d'une organisation productrice de soins et services. Nous échangeons sur les enjeux liés au développement d'une plus grande synergie entre la santé publique et le système de soins au sein d'une gouverne locale. Également, nous présentons un modèle synthèse d'un processus de mise en œuvre d'un changement

mandaté dans un champ organisationnel fortement institutionnalisé en approfondissant les rôles des entrepreneurs institutionnels dans ce processus. Cette situation a été peu analysée dans la littérature jusqu'à maintenant.

**Mots-clés** : théorie institutionnelle, entrepreneur institutionnel, responsabilité populationnelle, santé publique, système de soins

## **Abstract**

In 2004, the Quebec Government has engaged in a major reorganization of its health system, by creating the Health and Social Services Centers (Centre de santé et de services sociaux-CSSS). In addition to their mandate of delivering care and services, the CSSS gained a mandate of population-based responsibility. The managers of these organizations obtained the mandate to improve the health and well-being of the population living on a specific territory in addition to responding to the users of health care services. This dual responsibility brings managers to articulate more formally two fields of services delivery that have traditionally evolved with few interactions: “public health” and “healthcare”. Incorporating the population-based responsibility to the practice of managers creates a greater synergy between these two fields within an organization that produces health care services. The reform calls for major changes in different areas of activities and management roles. The main objective of our research is to have a better understanding of the change in the CSSS management practices in response to the required population-based responsibility.

We conducted an in-depth longitudinal analysis of two CSSS cases. These cases were selected from the same region, Montréal. The two cases have been chosen according to the variability of their socio-economic context as well as the number and variability of institutions under the governance of CSSS. One case included an acute-care hospital while the other did not. Data collected include real-time observations of top management meetings at the regional and local levels during more than two years (2005-2007), 46 interviews with managers and key stakeholders as well as secondary data (planning documents, organizational charts, minutes of executive board meetings, etc.). We adopted an iterative process based on inductive thinking.

We based our analysis on institutional theory in the theory of organization studies. This perspective is interesting because it allows us to link the organizational fields analyzed (pressures from different healthcare actors) to the roles of actors in the change process. This theory proposes to analyze both the environmental pressures which explain the constraints and opportunities of the actors in the organization field and the pressure created by the CSSS and the local strategic actions they develop.

We discuss the evolution of CSSS by presenting three temporal stages characterized by dynamic interaction between the pressures created by the CSSS as well as those created by the other actors in the organizational field; stage 1 refers to compliance with policies put forward by the Government, stage 2 focuses on the adaptation to suggestions made by different actors in the organizational field and stage 3 corresponds to the development of projects at local level. We show through the process of incorporating population-based responsibility some change in management practices. Some management roles are closer to the entrepreneurship institutional theory being seen as leaders, negotiators and entrepreneurs. Through the process of transforming management roles, important changes happen regarding the actions put in place by CSSS such as the formal organization of primary care services, the development of health promotion and prevention activities and a more active implication in the community.

In conclusion, we discuss findings from incorporating population-based responsibility into a delivery of health care services organization. We exchange on challenges associated with the development of a greater synergy between public health and healthcare into the same governance structure. Also, we present a synthetic model of the process of implementation of a mandated change into an organization field that is strongly institutionalized. We expand more specifically on the institutional entrepreneur role in that process of change. This situation has been rarely discussed in the literature so far.

**Keywords:** institutional theory, institutional entrepreneurship, population-based responsibility, public health, healthcare



## Table des matières

Résumé.....	iii
Abstract.....	vi
Liste des tableaux.....	xii
Liste des figures.....	xiii
Listes des sigles et abréviations.....	xiv
Listes des sigles et abréviations.....	xiv
Remerciements.....	xvii
Chapitre 1 - Introduction.....	1
1.1 Objectif général de la recherche.....	1
1.2 Problématique de la recherche.....	1
1.3 Objectifs spécifiques de recherche.....	5
Chapitre 2- État des connaissances.....	6
2.1 Les services individuels et collectifs : deux domaines de prestation dans le secteur de la santé.....	7
2.2 Théorie institutionnelle : cadre théorique pour l'analyse d'un processus de changement.....	20
Chapitre 3 – Cadre de référence.....	36
Processus d'implantation d'un changement mandaté dans un champ organisationnel fortement institutionnalisé.....	36
Chapitre 4- Méthodologie.....	41
4.1 Stratégie et devis de recherche.....	41
4.2 Sélection des cas à l'étude.....	42
4.3 Collecte de données.....	44
4.4 Analyse des données.....	53
4.5 Validité et fiabilité de la recherche.....	55
Chapitre 5 – Présentation du champ organisationnel du système de santé québécois.....	57
5.1 Les pressions coercitives.....	57

5.2 Les pressions cognitives.....	66
5.3 Les pressions normatives .....	76
Synthèse .....	79
Chapitre 6 - Analyse interne du CSSS1 .....	81
6.1 Description cas 1 .....	82
Attributs organisationnels du CSSS1 .....	82
6.1.1 La vision.....	83
6.1.2 La planification .....	88
6.1.3 Les modalités organisationnelles .....	114
6.1.4 Les activités de réseautage.....	140
6.2 Discussion cas 1 .....	148
Chapitre 7 - Analyse interne du CSSS2 .....	154
7.1 Description cas 2.....	154
Attributs organisationnels .....	155
7.1.1 La vision.....	158
7.1.2 La planification .....	164
7.1.3 Les modalités organisationnelles .....	192
7.1.4 Les activités de réseautage .....	229
7.2 Discussion cas 2 .....	235
Chapitre 8 - Analyse transversale des changements liés à l'incorporation de la responsabilité populationnelle.....	241
Phase 1 : Appropriation des politiques dictées par l'État .....	244
Phase 2 : Adaptation locale aux orientations proposées par le champ organisationnel .....	248
Phase 3 : Développement de certains projets initiés localement.....	255
Conclusion .....	258
Chapitre 9 – Discussion/ conclusion.....	263

9.1 Contribution empirique liée à l’incorporation de la responsabilité populationnelle par les CSSS.....	263
9.1.1 L’objet de changement: la responsabilité populationnelle.....	263
9.1.2 Processus de mise en œuvre du changement: évolution des rôles de gestion...	270
9.2 Contribution théorique : influence des entrepreneurs institutionnels dans le processus d’implantation d’un changement mandaté dans un champ fortement institutionnalisé.	275
9.3 Les forces et les limites de l’étude .....	283
9.4 Perspectives de recherches futures.....	285
Bibliographie.....	288
Annexe 1 : Les formulaires de consentement pour les entrevues semi-structurées et les observations non-participantes.....	ccc
Annexe 2 : Les guides d’entrevue semie-structurée .....	cccxi
Guide d’entrevue Temps 1 .....	cccxi
Guide d’entrevue Temps 2 .....	cccxi

## Liste des tableaux

Tableau 1 : Différences entre santé publique et système de soins .....	13
Tableau 2 : Les Réponses stratégiques des organisations face aux pressions environnementales selon Oliver (1991) .....	28
Tableau 3 : Les dix rôles du gestionnaire selon Mintzberg (source : Farinas, L., 2000) .....	29
Tableau 4 : Caractéristiques des CSSS à l'étude .....	43
Tableau 5 : Liste détaillée des comités observés .....	46
Tableau 6 : Liste détaillée des répondants par CSSS et par moment entrevue .....	49
Tableau 7 : Décompte des entrevues effectuées dans le cadre de la recherche .....	51
Tableau 8 : Liste détaillée des documents analysés selon les différents paliers de gouverne .....	51
Tableau 9 : Liste des catégories présentées dans le plan d'action 2007-2009 .....	109
Tableau 10 : Liste des thématiques discutées lors du deuxième rendez-vous du projet clinique.....	144
Tableau 11 : Axes stratégiques du document <i>Horizon 2010</i> .....	184
Tableau 12 : Clientèles regroupées selon les cinq rencontres organisées pour diffuser le projet clinique .....	190
Tableau 13 : Trois phases temporelles caractérisées par trois dimensions pour discuter des changements liés à l'incorporation de la responsabilité populationnelle.....	243
Tableau 14 : Les dix rôles des gestionnaires adaptés à la présente réforme (Mintzberg H., 1994; Oliver C., 1991) .....	272

## Liste des figures

Figure 1 : Relation entre la santé, le bien-être et les facteurs sociaux et individuels (tiré de Evans et Stoddart (1996)).	9
Figure 2 : Plus grande convergence entre les deux domaines de prestation de services	14
Figure 3 : Historique de l'évolution des structures de gouverne du système de santé au Québec	17
Figure 4 : Modèle dynamique du changement institutionnel de Hinings et al. (2002,2004)	33
Figure 5 : Séquençage des priorités de travail de l'Agence	62
Figure 6 : La vision des dirigeants de la responsabilité populationnelle au début du processus (verbatim à T0)	87
Figure 7 : La structure organisationnelle du CSSS1 (2007)	117
Figure 8 : Organigramme externe du CSSS1	119
Figure 9 : Résumé non exhaustif des stratégies développées par le CSSS1 au cours des premières années	140
Figure 10 : Séquence des rencontres avec les partenaires du territoire	148
Figure 11 : La vision des dirigeants du CSSS2 de la responsabilité populationnelle au début du processus (verbatim T0)	163
Figure 12 : Organigramme CSSS2	193
Figure 13 : Résumé non exhaustif des stratégies développées par le CSSS2 au cours des premières années	229
Figure 14 Séquence des rencontres avec les partenaires	235
Figure 15 : Plus grande synergie des deux secteurs de prestation	265
Figure 16 : Entrepreneur institutionnel : moteur de changement dans un processus de désinstitutionnalisation et de réinstitutionnalisation des pratiques	278

## Listes des sigles et abréviations

AQESSS	Association québécoise des établissements de santé et des services sociaux
ASSS	Agence de santé et de services sociaux
CA	Conseil d'administration
CAU	Centre affilié universitaire
CES	Centre d'éducation à la santé
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CHSLD	Centres d'hébergement et de soins de longue durée
CH	Centre hospitalier
CLSC	Centres locaux de services communautaires
CGRM	Comité de gestion des réseaux montréalais
CMIS	Carrefour montréalais d'information sociosanitaire
CR	Clinique réseau
CRI	Clinique réseau intégré
DG	Directeur général
DRMG	Département régional de médecine régionale
DSP	Direction de santé publique
ESPSS	Équipe santé des populations et services de santé
GETOS	Gouverne et transformation des organisations en santé
GMF	Groupe de médecin de famille
GRÉAS-1	Groupe de recherche sur l'équité d'accès et l'organisation des services 1 <sup>ère</sup> ligne
GRGT	Groupe de recherche en gestion thérapeutique
HPS	Hôpital promoteur de santé
ICRA	Institut Canadien de Recherche Avancée
MSSS	Ministère de la santé et des services sociaux
OMS	Organisation mondiale de la santé
PPALV	Personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement
PDG	Président-directeur général

RLS	Réseau local de services
SAD	Soins à domicile
TS	Travailleur social
VHA	Veterans Health Administration

*À Marc-André*



## Remerciements

Contrairement à plusieurs de mes collègues, j'ai choisi d'entreprendre des études doctorales sans trop réfléchir aux implications personnelles et professionnelles que cette décision entraînait. Spontanément et avec enthousiasme, je me suis lancée dans ce mystérieux parcours académique. Dès le départ, j'ai eu la chance d'être encadrée par Jean-Louis Denis et Lise Lamothe. Je les remercie chaleureusement de m'avoir permis de réaliser cette aventure en acceptant de me superviser. L'acceptation de ma candidature sous leur supervision est certes le fruit d'un heureux mélange de risque, de mandat de supervision et probablement d'une reconnaissance de mon dynamisme et de ma jeunesse. Encore aujourd'hui, je souris en me rappelant les premières rencontres avec eux, où la recherche était encore un concept très nébuleux pour moi. Merci de m'avoir accordé une chance de réaliser ces études doctorales, en ayant reconnu un potentiel encore très discret à cette époque. Cette expérience, synonyme de travail ardu, de volonté, de solitude et de courage, n'aurait jamais été possible sans votre support soutenu pendant toutes ces années. Je vous exprime toute ma reconnaissance pour votre confiance, votre disponibilité et votre rigueur scientifique.

Aussi, je tiens à remercier chaleureusement le GRÉAS-1, qui a été le premier groupe de recherche à m'accorder une bourse doctorale. Bien plus que des ressources financières, le GRÉAS-1 m'a permis d'être intégrée à l'équipe ESPSS de la direction de la santé publique de Montréal. Cette intégration au quotidien dans cette équipe m'a permis non seulement de participer à des projets de recherche, de publications et de présentations mais aussi de développer des amitiés. Cet environnement m'a permis d'être dans les conditions optimales pour réaliser et terminer le processus doctoral. Je tiens à remercier particulièrement Raynald Pineault pour m'avoir prise sous son aile. Je suis très reconnaissante d'avoir eu la chance d'avoir un mentor comme lui au quotidien. Aussi, j'ai eu la chance d'obtenir une bourse doctorale de la Chaire GETOS, en plus de participer à

plusieurs groupes de réflexion et des publications dans l'Infolettre. De même, la Chaire GETOS m'a permis de présenter dans plusieurs congrès à l'étranger. Ces différentes expériences ont été très formatives et surtout très agréables. Merci également à la fondation Marie-Anne-Lavallée, qui m'a également accordé un soutien financier pendant mon doctorat. Ces différentes bourses m'ont permis de m'investir à temps complet dans mes études doctorales. Merci!

Comment remercier toutes les personnes, qui d'une manière ou d'une autre, m'ont aidé à traverser toutes ces années – avec du plaisir. Elles sont si nombreuses qu'il est difficile de toutes les mentionner. Que chacune soit assurée de mes remerciements les plus chaleureux. Toutefois, j'aimerais remercier plus particulièrement certaines personnes. Je tiens à remercier mes collègues de doctorat Isabelle Brault, Roxane Borgès Da Silva et Frédéric Gilbert, pour avoir partagé ma « bulle ». Merci d'avoir été présents pendant toutes les étapes de mon doctorat. Votre compagnie a sans aucun doute rendu l'épreuve plus agréable. Je remercie également mes parents qui m'ont insufflé la passion pour l'organisation des services de santé. À ma mère, qui, par sa carrière, a été une source d'inspiration et un modèle. Et, puisque de famille nous parlons, je remercie Yohan, Youric et Fanny-Ysa pour m'avoir montré, à travers leurs expériences respectives, que tout est possible. Enfin, un merci tout spécial à mon compagnon Marc-André. Bien que nous nous soyons rencontrés pendant le processus doctoral (un homme averti), je le remercie pour sa patience et surtout, son support continu.

Pour terminer, je me plais à comparer le processus doctoral à une compétition de ski alpin. Au début, tu es motivée et espères faire un bon chrono. À mi parcours, tu rencontres une pente avec un très bon dénivelé (examen de synthèse); « ça passe ou ça casse ». Ensuite, tu traverses un petit plat, les virages sont faciles et tu es en contrôle (collecte de données). Tu continues ta descente et tu commences à être vraiment épuisés, tes jambes te brûlent de plus en plus (rédaction). À la fin, la chose qui t'importe est de réussir à franchir le fil d'arrivée.

# **Chapitre 1 - Introduction**

## **1.1 Objectif général de la recherche**

L'objectif général de ce projet de recherche est de mieux comprendre comment les Centres de santé et de services sociaux (CSSS) se transforment en situation de changement mandaté, afin d'incorporer la responsabilité populationnelle dans leurs actions et leurs pratiques de gestion.

## **1.2 Problématique de la recherche**

Les systèmes de santé des pays industrialisés vivent présentement d'importantes transformations résultant en grande partie de l'influence des transitions démographique et épidémiologique s'associant au vieillissement de leur population et à l'accroissement constant du fardeau économique que représentent les maladies chroniques. Par ailleurs, les avancées technologiques et pharmacologiques accroissent les capacités d'intervention des systèmes de santé. Ceci s'accompagne d'une augmentation croissante du fardeau social et économique. Les gouvernements se questionnent sur les façons d'améliorer l'organisation et la gestion des services de santé pour accroître l'impact des ressources collectives investies sur la santé des populations desservies. Ces questionnements s'accompagnent d'une réévaluation de la performance des systèmes de santé et de l'implantation de réformes, dont l'ampleur varie selon les pays.

Dans le contexte canadien, de multiples commissions d'études se sont penchées sur l'état des systèmes de santé provinciaux (Romanow; Kirby; Clair; Sinclair; Fyke; Mazankowski). Dans l'ensemble, un consensus émerge sur divers constats relatifs au manque d'actions préventives, aux problèmes d'accès aux soins, particulièrement de premier contact, au manque de coordination et à l'utilisation inefficace de plusieurs prestataires de soins (Clair M., 2000; Kirby M.J.L., 2002; Romanow R.J., 2002). Ces commissions ont proposé diverses transformations ou innovations et les gouvernements

provinciaux se sont lancés dans une vague importante de réformes. Le Québec ne fait pas exception. Les quarante dernières années ont vu le système public de soins se transformer, depuis son instauration, sous l'influence de vagues successives de réformes (Lévesque J.-F., Pineault R., & Roberge D., 2007).

Une des caractéristiques de ces réformes consiste en l'intégration graduelle des ressources de santé publique, définie comme un secteur regroupant les interventions collectives à l'égard de la santé, au système de soins, compris comme un secteur s'intéressant aux interventions individuelles préventives, diagnostiques, curatives et de réadaptation. Même si ce rapprochement du secteur de la santé publique et du secteur des soins suscite un certain assentiment des acteurs concernés, divers enjeux relatifs à la contribution réelle de chaque secteur aux activités de l'autre demeurent. Certains travaux ont relaté les difficultés associées à l'intégration de services ayant des objectifs souvent contradictoires (Beaglehole R. & Bonita R., 1998). De plus, certaines tentatives antérieures d'intégration de la santé publique au système de soins, par la création de départements de santé communautaire dans les centres hospitaliers, ont connu des succès mitigés au Québec (Pineault R., Baskerville B., & Letouzé D., 1990).

Traditionnellement dans le secteur de la santé, le domaine d'intervention de la santé publique et le domaine d'intervention du système de soins ont évolué en parallèle avec peu d'interaction (Lévesque J.-F. & Bergeron P., 2003) et rivalisant pour l'allocation des ressources. Or, les tendances actuelles favorisent leur mise en synergie et la recherche de nouveaux modes d'intervention en santé. Cette dynamique répond à des tendances fondamentales dans l'évolution des systèmes de soins et de santé et les réformes qui sont entreprises visent en partie à s'adapter à ces tendances. Ainsi, la recherche d'une plus grande efficacité du système de santé incite les gouvernements à rapprocher deux domaines d'activités du secteur de la santé qui se sont largement développés en parallèle dans les pays industrialisés, la santé publique et le système de soins.

La réforme entreprise au Québec récemment vise à intégrer plus formellement ces deux domaines d'intervention au sein d'une même gouverne institutionnelle locale. Pour ce

faire, l'État impose une importante réorganisation de son système de santé en soumettant, de manière consécutive, deux projets de Loi (Loi 25 et Loi 83). Tout d'abord, par la Loi sur *les Agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, l'État oblige les Agences à proposer des « modèles d'organisation de services de santé et de services sociaux intégrés » sur leur territoire.

« Pour accomplir sa mission, une agence doit définir et proposer au ministre, dans le délai qu'il fixe, un modèle d'organisation basé sur un ou plusieurs réseaux locaux de services de santé et de services sociaux dont la taille peut couvrir tout ou partie du territoire de l'agence (p.9) (Gouvernement du Québec, 2003) ».

En lien avec cette obligation, 95 Centres de santé et de services sociaux (CSSS) sont créés au Québec, issus de fusion des Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), des Centres locaux de services communautaires (CLSC) et, sauf exception, d'un Centre hospitalier (CH). Le mandat des CSSS est précisé dans la Loi *modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives*.

«L'instance locale (CSSS) est responsable de définir un projet clinique et organisationnel identifiant, pour le territoire du réseau local de services de santé et de services sociaux, les éléments suivants:

- 1° les besoins sociosanitaires et les particularités de la population en fonction d'une connaissance de l'état de santé et de bien-être de celle-ci;
- 2° les objectifs poursuivis concernant l'amélioration de la santé et du bien-être de la population;
- 3° l'offre de services requis pour satisfaire aux besoins et aux particularités de la population;
- 4° les modes d'organisation et les contributions attendues des différents partenaires de ce réseau. (Gouvernement du Québec, 2004). »

Ainsi, en situation de changement mandaté, les CSSS se sont vus attribuer une nouvelle responsabilité, soit le mandat d'améliorer la santé et le bien-être de la population définie de manière géographique. La nouvelle responsabilité amène à intégrer plus

formellement la rhétorique populationnelle au niveau des réflexions en matière d'organisation de soins et services. Cette responsabilité était déjà intégrée dans la mission des CLSC mais la réforme amène à élargir ce mandat aux autres organisations sous la gouverne des CSSS. Bien que les directions de la santé publique au palier régional ont un mandat de responsabilité populationnelle à l'échelle régionale, les CSSS se voient attribuer le mandat populationnel à l'échelle local. L'ajout de cette responsabilité au palier local soulève des négociations et des alliances avec les Directions de la santé publique régionales voire même provincial qui détiennent des ressources spécialisées et l'expertise d'une planification de services basée sur la perspective de santé publique.

Le changement mandaté aux CSSS introduit donc une plus grande intégration de la perspective de santé publique au sein des réflexions d'organisation de services à une plus petite échelle territoriale. Cette réforme soulève par conséquent des défis de gestion en demandant aux gestionnaires de CSSS d'étendre la clientèle ciblée par l'organisation à la population résidant sur leur territoire. En plus de la gestion des anciens établissements fusionnés, les gestionnaires de CSSS ont la responsabilité de développer et de coordonner des Réseaux locaux de services (RLS) sur leur territoire. Les CSSS sont les organisations pivots responsables de développer une offre de services adaptée aux besoins de santé de la population résidant sur leur territoire. Ils sont responsables d'assurer la participation des professionnels, des acteurs du réseau sociosanitaire et d'autres ressources du territoire à la définition de cette offre de services, soit le projet organisationnel et clinique (Gouvernement du Québec, 2004). Ils ont le mandat de susciter et d'animer les collaborations intersectorielles en vue d'agir sur les déterminants de la santé (Gouvernement du Québec, 2004). La logique qui guide le développement et l'animation des RLS par les CSSS est la nécessité d'articuler leur double responsabilité en misant sur la formation d'alliances avec différents acteurs du territoire.

L'attribution formelle d'une double responsabilité au sein d'une gouverne locale favorise le développement de stratégies permettant une plus grande synergie entre les deux domaines de prestations de services, la santé publique et les soins. La littérature est peu abondante en ce qui a trait à l'articulation de ces deux formes de responsabilités au niveau

d'une organisation de santé locale. Peu d'études traitent de la réconciliation de ces deux formes de responsabilités à l'intérieur du système de santé. Dans cette recherche, nous désirons analyser les stratégies utilisées par les CSSS pour les réconcilier davantage au niveau local. Pour ces raisons, l'analyse de l'implantation des CSSS et RLS offre un contexte privilégié pour notre recherche.

### **1.3 Objectifs spécifiques de recherche**

1. Décrire les compréhensions et les représentations développées par les gestionnaires des CSSS de leur responsabilité populationnelle.
2. Étudier le processus de changement lié à l'incorporation de la responsabilité populationnelle dans les mandats des CSSS.
3. Analyser et comprendre les stratégies d'action mises en place par les CSSS pour répondre à leur mandat de responsabilité populationnelle

## Chapitre 2- État des connaissances

L'État des connaissances comporte deux sections. La première section présente deux domaines de prestation de services du secteur de la santé: la santé publique et le système de soins<sup>1</sup>. Ces deux domaines ont longtemps évolué en parallèle avec peu d'interactions. Dans les débats portant sur l'allocation des ressources, ils étaient souvent perçus comme étant polarisés. En premier lieu, nous présentons les caractéristiques de ces deux domaines de prestations. Ensuite, nous discutons des transitions épidémiologiques et technologiques qui amènent à rapprocher ces deux domaines d'activités. Au Québec, plusieurs réformes successives ont été entreprises pour intégrer la santé publique à différents niveaux hiérarchiques de la structure de gouverne du système de santé. Nous présentons un survol historique des changements dans les structures de gouverne du Québec. Nous discutons de la dernière réforme introduite par le gouvernement qui intègre plus formellement les deux domaines de prestations au sein d'une même gouverne locale. Cette réforme initie un important processus de changement afin que les gestionnaires de CSSS incorporent dans leur pratique la responsabilité populationnelle. La deuxième section présente des éléments théoriques utiles à l'analyse d'un changement. Nous présentons la théorie institutionnelle, puisqu'elle offre un cadre théorique intéressant à l'analyse d'un changement dans un environnement fortement institutionnalisé où l'État joue un rôle prépondérant. Nous présentons les fondements de la théorie institutionnelle en expliquant les pressions environnementales qui composent le champ organisationnel et le rôle des entrepreneurs institutionnels dans l'évolution du champ organisationnel.

---

<sup>1</sup> Le contenu présenté dans la première section a fait l'objet d'un article. Breton, M., Lévesque, J-F., Pineault R., Lamothe, L., Denis, J-L « L'intégration de la santé publique à la gouverne locale des soins de santé au Québec : enjeux de la rencontre des missions populationnelles et organisationnelles », revue Pratique et Organisation des Soins, 39 (2), 2008 (p.113-124). Publié également en anglais dans la revue Healthcare Policy, 4 (3), 2009 (p.E149-E167).



## **2.1 Les services individuels et collectifs : deux domaines de prestation dans le secteur de la santé**

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) distingue deux domaines de prestation permettant aux systèmes de santé de répondre aux besoins de services des populations : la prestation de services personnels, comprenant un ensemble de services de prévention, de dépistage, de diagnostic, de traitement, de réadaptation, de palliation rendus sur une base individuelle et la prestation de services collectifs, comprenant des activités de promotion de la santé et de prévention de la maladie, rendus sur une base collective (Murray C.J.L. & Frenk J., 2000). Selon cette perspective, la santé publique et le système de soins cohabitent dans le système de santé. Mais l'interaction fonctionnelle entre ces deux secteurs peut varier selon les pays. Traditionnellement, les interventions de santé publique ont été peu intégrées aux actions du système de soins. Dans cette section, nous définissons le secteur de la santé publique et celui des soins de santé, en décrivant les principales fonctions de chacun, les acteurs en présence, ainsi que leurs finalités et méthodes d'intervention.

### **La santé publique : prestataire de services collectifs**

La santé publique consisterait en « l'art et la science de prévenir la maladie, de prolonger l'existence et de favoriser la santé de la population par des efforts collectifs organisés » (Acheson D., 1998; Faculty of Public Health Medicine of the Royal Colleges of Physicians of the United Kingdom, 1992). Ces efforts collectifs ne se limiteraient pas à des services ou des programmes spécifiques. La tendance actuelle dans les pays occidentaux est d'adopter une définition large de la santé publique, en préconisant des « efforts organisés de la société » susceptibles d'avoir des répercussions sur la santé humaine au sens le plus global (limite de vitesse sur les routes, accès à un revenu minimal) (Colin C., 2004).

Cette action collective s'actualise au Québec par un ensemble de fonctions, dévolues à la santé publique, qui couvrent un large éventail d'interventions. Le programme national de santé publique définit les fonctions de santé publique comme: 1) la surveillance

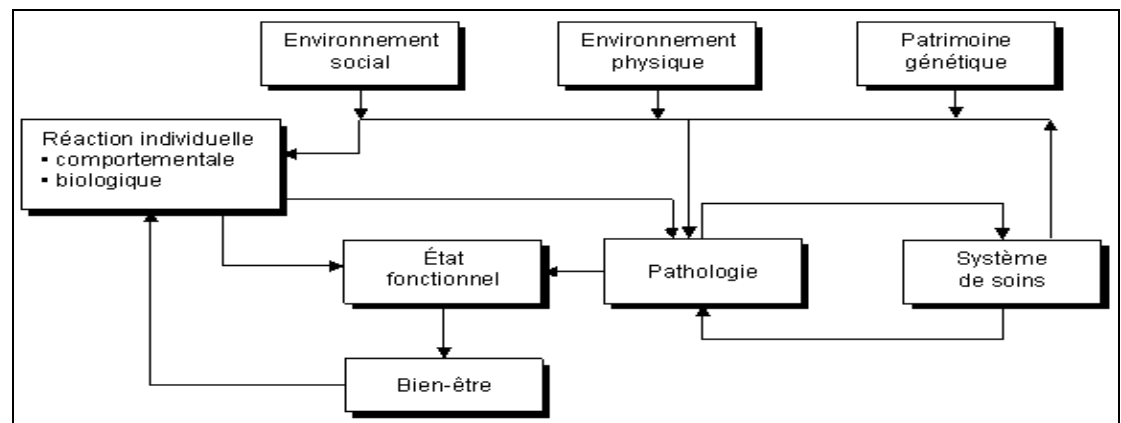
et l'analyse de l'état de santé et de bien-être de la population et ses déterminants ; 2) la protection de la santé et le contrôle des risques et des maladies (maladies infectieuses, santé au travail, santé environnementale) ; 3) la prévention des maladies, des traumatismes et des problèmes sociaux (suicide, violence, toxicomanie) ; 4) la promotion de la santé et du bien-être ; 5) l'élaboration de réglementations, législations et politiques publiques ayant des effets sur la santé ; 6) la recherche et l'innovation, comprenant un ensemble d'activités axées sur la production, la diffusion et l'application des connaissances scientifiques ; et 7) le développement et le maintien des compétences de santé publique (Ministère de la santé et des services sociaux, 2003).

Plusieurs études ont démontré l'existence d'importants écarts d'espérance de vie des individus au sein d'une même population. La santé des individus est influencée par plusieurs éléments tels que la position sociale, le niveau de scolarité et l'occupation (Contandriopoulos A.-P., 1999; Contandriopoulos A.-P., Pouville G., Poullier J.-P., & Contandriopoulos D., 2000; Evans R., 1999; Hertzman C., Frank J., & Evans R., 1996; Marmot M., Ryff C., Bumpass L., Shipley M., & Marks N., 1997). Les habitudes de vie personnelles, dont notamment, la consommation de tabac et d'alcool, les régimes alimentaires et l'activité physique ont une incidence sur la santé et le bien-être (Klein-Geltink J., Choi B., & Fry R., 2006; Ohinmaa A. et al., 2006). Par exemple, certaines études estiment que le tabagisme est responsable d'au moins le quart de tous les décès des adultes de 35 à 84 ans au Canada (Agence de la santé publique du Canada, 2005). Nous reconnaissons de plus en plus que les habitudes de vie sont largement influencées par le milieu socioéconomique dans lequel les gens vivent.

L'évolution de la compréhension des déterminants de la santé a amené plusieurs chercheurs à développer des modèles de « santé des populations » qui tentent de comprendre les interactions entre ces multiples déterminants (Evans R. & Stoddart G., 1990; Evans R., Barer M., & Marmot T., 1996; Glouberman S. & Minzberg H., 2002). Ces travaux montrent entre autres que la santé résulte d'une multiplicité de déterminants, de sorte qu'aucun d'entre eux n'est un déterminant absolu. Par exemple, le chômage peut entraîner l'isolement social et la pauvreté, qui, à leur tour, influent sur la santé

psychologique et la capacité d'adaptation de l'individu. Ces différents travaux ont contribué à la conceptualisation de la santé des populations comme étant le résultat de l'action conjointe de différents types de déterminants individuels non-individuels (voir figure 1). Le programme en santé de la population de l'Institut de Recherche Avancée (ICRA) est mondialement reconnu pour l'élaboration d'un cadre conceptuel qui fait la synthèse des connaissances provenant d'un éventail de disciplines et qui reconnaît l'interaction complexe des déterminants de la santé.

Figure 1 : Relation entre la santé, le bien-être et les facteurs sociaux et individuels (tiré de Evans et Stoddart (1996)).



Evans et Stoddart font clairement ressortir l'importance d'agir sur les déterminants sociaux de la santé, en complémentarité aux stratégies d'actions orientées vers les individus, de façon à obtenir un plus grand impact sur la santé des populations. Ils recommandent aux sociétés d'investir davantage leurs énergies au développement de la prospérité économique plutôt que d'investir dans le système de santé afin d'améliorer la santé (Evans R. et al., 1990). Par ailleurs, les facteurs qui influencent la santé des individus ne sont pas nécessairement les mêmes que ceux qui influencent la santé de la population, les déterminants de la santé agissant à différents niveaux, tant individuels que collectifs. Cette idée rejoint le postulat de Rose selon lequel « *The causes of individual cases are not the same as the causes of overall incidence* » (Rose G., 1985).

De par l'ensemble de ses fonctions, la santé publique adopte une perspective globale, dirigeant son action sur de nombreux déterminants de la santé afin d'améliorer et maintenir la santé et le bien-être de la population (Evans R. et al., 1996; Glouberman S. & Millar J., 2003; McKeown T., 1979; World Health Organization Regional Office for Europe, 1986). Cette perspective inclut la prestation des soins de santé dans les déterminants de la santé, lui accordant traditionnellement une place limitée. Selon cette perspective, les soins de santé auraient un impact limité sur la santé des populations, comparativement aux autres déterminants tels les habitudes de vie. Selon Evans et Stoddard: «A society that spends so much on health care that it cannot or will not spend adequately on other health-enhancing activities may actually be reducing the health of its population (p.55)». Selon cette logique, des investissements additionnels dans le système de soins peuvent se traduire par des rendements décroissants. Le dilemme que pose cette rhétorique sur le plan de la distribution des ressources témoigne de la tension fondamentale qui existe entre le déplacement des investissements collectifs dans le système de soins au profit d'investissements publics en dehors de ses frontières pour permettre l'amélioration du bien-être de la population et l'amélioration de la prospérité économique. Cette conception propose d'envisager des arbitrages différents entre l'action curative du système de soins et les politiques préventives qui pourraient être mises en œuvres pour intervenir sur les grands déterminants de la santé d'une population.

Les interventions en santé publique sont larges, allant de la prévention à la promotion et la protection. La prévention de la maladie et la réduction des facteurs de risques renvoient aux interventions ayant pour but d'éviter un événement ou un état de santé particulier (Lévesque J.-F. et al., 2003). Elle consiste pour le secteur sanitaire à cibler des individus et des groupes d'individus qui présentent des facteurs de risque identifiables, en se préoccupant principalement de la maladie (Chronic Disease Prevention Alliance of Canada, 2005). La promotion de la santé s'inscrit plutôt dans une dynamique globale, où le but visé est la santé et le bien-être de la population (Lévesque J.-F. & Déry V., 2001). L'intervention en promotion de la santé ne vise plus uniquement le changement des caractéristiques individuelles mais s'inspire également d'une vision écologique englobant

l'action sur les environnements organisationnels, communautaires et politiques (Richard L., Breton É., Lehoux P., Martin C., & Roy D., 1999).

### **Le système de soins : prestataire de services personnels**

La prestation des soins repose sur une dynamique s'articulant autour d'une relation entre une personne qui ressent un problème de santé et divers prestataires du système de soins. Dans ce cadre, les ressources sont mobilisées afin de modifier ou maintenir l'état de santé de la personne (Donabedian A., 1976). Ainsi, un processus d'utilisation des soins se développe à travers différentes investigations et thérapies médicales afin de solutionner un problème de santé ressenti. Les principales fonctions du système de soins seraient ainsi de rétablir un état de non-maladie, d'empêcher la détérioration de l'état de santé et de conserver l'autonomie de la personne. Les interventions du système de soins se concentreraient donc sur le maintien ou la restauration de l'absence de maladie, ici considérée comme tout mauvais fonctionnement biologique qui se manifeste par un dérèglement quantitatif des phénomènes physiologiques (Canguilhem G., 1966). Pour résoudre un problème de santé, il suffit d'en trouver la cause et de l'éliminer, ou de corriger ses manifestations, par une intervention médicale appropriée (Contandriopoulos A.-P., 2003b). Le système de soins s'inscrit donc dans une perspective se concentrant davantage sur un des déterminants de la santé, à savoir les services s'échelonnant sur l'ensemble du continuum d'intervention médicale. La majorité des interventions associées aux soins sont d'ordre curatif et ciblent des individus, non des populations. Les stratégies d'intervention sont plus orientées vers le diagnostic, le traitement, la réadaptation et les soins palliatifs. La plupart des interventions ont lieu dans un établissement sanitaire.

Ce secteur est formé par un ensemble de ressources (les professionnels, les établissements, etc.) structurées en vue de fournir des services et des biens à la population dans le but d'améliorer son état de santé (Pineault R. & Lessard R., 1984). Sa principale préoccupation est de répondre aux demandes des personnes qui sollicitent des soins. Ceci s'inscrit dans une planification d'offre et de demande : la production varie selon la demande et la demande est influencée par l'offre effective de services. Les soins sont gérés

selon les logiques propres au « management » et à l'administration (Pineault R. & Daveluy C., 1995). La perspective organisationnelle domine ce domaine. Historiquement, la planification des services ciblait principalement les utilisateurs. Ainsi, les besoins des non-utilisateurs de services étaient peu considérés, ce qui faisait en sorte que peu de planification populationnelle était réalisée.

### **Différences entre la santé publique et le système de soins**

Les deux secteurs de prestations de services présentés sont animés par des logiques relativement différentes, qui s'opposent même sur certains aspects. Par exemple, en ce qui a trait à la cible des interventions, la santé publique a davantage de visées collectives comparativement au système de soins et services qui cible plus les individus. De plus, en ce qui concerne l'échelle temporelle des interventions, les délais sont différents. Lorsque nous tentons d'intervenir sur les facteurs environnementaux et sur ceux liés aux conditions de vie, les résultats peuvent prendre plusieurs années avant de se manifester. Ils sont donc moins tangibles à court terme. Dans le cas où, au contraire, nous tentons de réduire immédiatement la douleur ou l'anxiété découlant de la maladie, les résultats sont facilement perceptibles à court terme et les liens causaux semblent plus directs. Le tableau 1 présente un résumé des différences entre ces deux domaines de prestations.

Tableau 1 : Différences entre santé publique et système de soins

La santé publique	Prestation	Le système de soins
Population du territoire, qui utilise ou non les services	Cible	Individus qui utilisent les services
Améliorer la santé de la population du territoire, à moyen et long terme	Objectifs	Améliorer la santé des individus qui utilisent les soins et services, au moment où ils les requièrent
Accent mis sur la prévention, la promotion et la protection	Offre de services	Accent mis sur les services diagnostiques et curatifs
Professionnels de santé publique et différents acteurs intersectoriels	Acteurs interpellés	Professionnels et gestionnaires du système de soins
Orientée vers une perspective à plus long terme	Finalité	Orienté vers une perspective à plus court terme

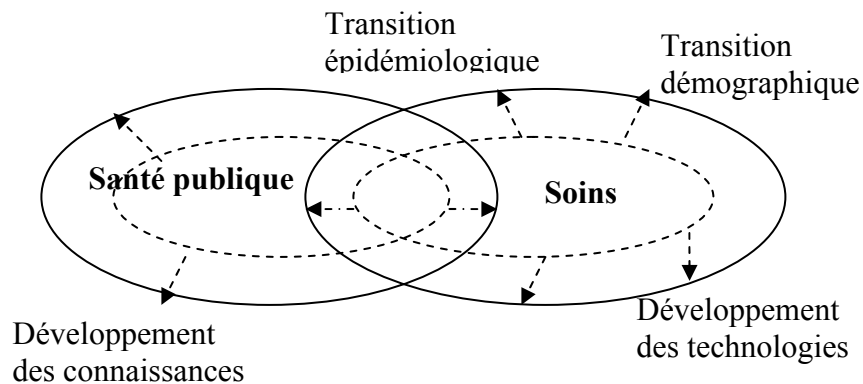
Source : (Agence de santé et des services sociaux de Montréal, 2004)

Les principales cibles des deux champs sont pour une grande part opposées, ce qui crée des conflits difficiles à concilier. La logique qui guide les cliniciens et les organisations de soins dans la recherche de solutions est de maximiser les services de santé pour un individu particulier, le patient. Elle joue le rôle de défenseur du patient dans la recherche des meilleures interventions possibles. Par contre, la logique qui guide la santé publique est de maximiser la santé pour des ensembles de personnes. Cette perspective populationnelle agit sur des grands groupes de personnes et visent à en assurer les arbitrages à l'échelle des populations. Ce paradoxe sera toujours présent puisqu'il caractérise les logiques de ces deux champs. En conséquence, chercher à les réconcilier davantage au sein d'une gouverne commune, dans un milieu de prestation de soins et services, peut exacerber les tensions entre eux. Dans un contexte où ils rivalisent pour les mêmes ressources, les gestionnaires font face à des dilemmes de gestion importants.

## Vers une plus grande convergence entre la santé publique et le système de soins

La santé publique et le système de soins sont souvent perçus comme opposés, plutôt qu'inter reliés (Bergeron P. & Gagnon F., 2003). Malgré des logiques souvent divergentes, sous l'influence de plusieurs pressions, leurs actions tendent à se rapprocher (Voir figure 1). Depuis les dernières décennies, le contexte dans lequel ils gravitent s'est transformé. Le rapprochement entre ces deux domaines d'intervention se réalise naturellement, chacun ayant besoin de l'autre et de son expertise pour s'attaquer efficacement à la résolution des problèmes complexes de santé, comme les maladies chroniques (Bergeron P. & Gaumer B., 2007). Dans cette section, nous discutons des différents facteurs de transition qui ont permis une plus grande convergence entre les deux domaines.

Figure 2 : Plus grande convergence entre les deux domaines de prestation de services



### *Transition épidémiologique et démographique*

Dans les pays industrialisés, le profil des causes principales des maladies et de la mortalité s'est transformé significativement au cours des dernières décennies (McMichael A. & Beaglehole R., 2000). Les maladies chroniques sont maintenant la principale cause de mortalité et de morbidité partout dans le monde (World Health Organization, 2005). Elles sont donc devenues des enjeux prioritaires des systèmes de santé dans un grand nombre de pays. Elles représentent un important fardeau pour les sociétés et sont dans une large mesure évitables (Birmingham C., Muller J., Palepu A., & al, 1999; Katzmarzyk P., Gledhill N., & Shephard R., 2000; McMichael A. et al., 2000). Près de 40% des adultes



présentent une maladie chronique déclarée ou un facteur de risque de morbidité, tels que le diabète, le hypercholestérolémie, l'hypertension, une maladie respiratoire, une maladie cardiaque ou un problème de circulation (Broemeling A.-M., Watson D., & Black C., 2005; Pineault R. et al., 1990; Starfield B. et al., 2003).

Cette transition de santé modifie la nature des problèmes de santé auxquels font face les secteurs de la santé publique et des soins. Tout d'abord, pour des personnes vivant avec des maladies chroniques, la promotion de la santé inclut aussi des soins aidant les personnes à mieux vivre avec leur maladie. De plus, à l'échelle des populations, la prévention passe de plus en plus par des programmes cliniques de dépistage. La prévention des problèmes et leur traitement sont de moins en moins l'apanage des secteurs de façon séparée. Le dépistage et la promotion de la santé en milieu clinique, via la promotion de l'auto-soins, s'effectuent sur une base individuelle et concourent autant au traitement qu'à la promotion de la santé chez les personnes atteintes de maladies chroniques.

Les systèmes de santé performants dans le monde sont des systèmes où l'information relative aux problèmes de santé prévalents est disponible et utilisée, où les interventions de prévention sont planifiées dans la séquence de prestation de services et où les soins sont des points de contact permettant la promotion de la santé. Les interventions de soins doivent de plus en plus être planifiées sur la base de leur impact sur les populations rejointes. Les méthodes et l'expertise de santé publique sont nécessaires à cette planification sur une base de santé des populations.

#### *Développement des connaissances et des technologies*

Les avancées technologiques et scientifiques se multiplient. L'augmentation des capacités diagnostiques, le développement continu des techniques d'investigation (la radiographie), de la pharmacopée (les antibiotiques) et de la biochimie (anesthésie), permettent de traiter efficacement un nombre de plus en plus grand de maladies et permettent d'intervenir davantage et plus longtemps sur chaque personne (Contandriopoulos A.-P., 2003b). Nous observons des techniques de plus en plus

sophistiquées de réanimation, de greffes d'organes, d'assistance médicale à la procréation, des développements de l'imagerie médicale, etc. (Champagne F. et al., 2004). De plus, les percées technologiques permettent d'accorder davantage d'importance aux activités de dépistage des maladies. Citons, par exemple, les traitements de l'hypertension réduisant l'incidence des accidents vasculaires cérébraux, le dépistage par frottis vaginaux réduisant les cancers du col, l'ablation des polypes lors de coloscopies, etc. (Sicard D., 2004).

Parmi les développements technologiques récents, il est clair que la découverte récente du génome et de la thérapie génomique qui en découle auront un impact, tant sur la pratique de la santé publique que sur la médecine curative et la gestion des services de santé. En effet, l'identification des gènes de susceptibilité permettra de mieux cibler les interventions de santé publique et les activités de dépistage qu'elle suscitera auront un impact sur les coûts, sans compter les questions éthiques qu'elle soulèvera (Collins F.S., 1999).

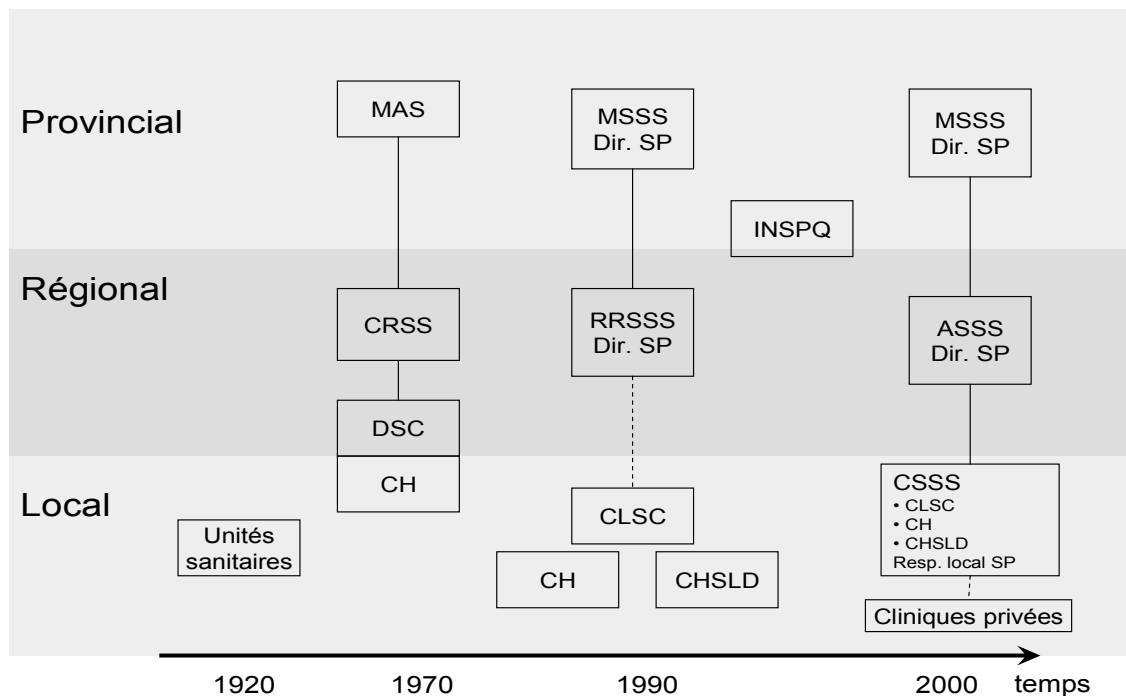
Il existe quelques expériences internationales qui ont essayé d'articuler plus formellement les enjeux de santé publique et de soins au sein d'une même structure de gouverne. Par exemple, plusieurs pays s'inspirent du modèle clinique *Kaiser Permanente*. Il est cité comme étant un modèle d'innovation réussie quant à l'intégration de la prévention clinique à la production des soins de qualité au meilleur coût (Borgès Da Silva G. & Borgès Da Silva R., 2005; Feachem R., Sekhri N., & White K., 2002; Ham C., York N., Sutch S., & Shaw R., 2003). Aussi, la Veterans Health Administration (VHA) est le plus grand système public de santé intégré des Etats-Unis (Kizer K., Demakis J., & Feussner J., 2000; Perlin J., Kolodner R., & Roswell R., 2005). Leur nouveau modèle d'organisation est centré sur le patient, où les services de différents niveaux de soins sont coordonnés sur un territoire géographique déterminé (Kizer K. et al., 2000). La VHA est intéressante puisqu'elle démontre un exemple de transformation d'un système dominé par un modèle hospitalocentriste à un modèle davantage communautaire. Aussi, le modèle finlandais d'organisation des soins et services de santé est un exemple qui se rapproche le plus d'un modèle communautaire de soins (Lamarche P. et al., 2003). Dans ce pays, les

municipalités sont responsables d'offrir des services de santé à leur population (Ministry of Social Affairs and Health Finland, 2004). Ainsi, ces modèles illustrent des exemples qui ont réussi à intégrer les deux perspectives à des degrés divers.

### L'organisation du système de santé québécois : rapprochement graduel de la santé publique et du système de soins

Au Québec, suite à plusieurs réformes successives, la santé publique a été institutionnalisée à différents niveaux d'intervention. Le gouvernement a tenté d'intégrer plus formellement la santé publique aux structures de gouverne du système de santé. La figure 3 présente un bref survol historique de l'évolution des structures de gouverne au Québec

Figure 3 : Historique de l'évolution des structures de gouverne du système de santé au Québec



MAS : ministère des affaires sociales  
 CRSSS : conseil régional de santé et de services sociaux  
 DSC : département de santé communautaire  
 CH : centre hospitalier

MSSS : ministère de la santé et des services sociaux  
SP : santé publique  
RRSSS : régie régionale de la santé et des services sociaux  
CLSC : centre local de services communautaires  
CHSLD : centre hospitalier de soins de longue durée  
ASSS : agence de santé et de services sociaux  
CSSS : centre de santé et des services sociaux  
Cliniques privées : équivalents au Québec des cabinets privés européens

Les premières institutions de santé publique sont apparues dans les années 20 avec l'implantation des unités sanitaires. Leurs principales activités étaient l'éducation des femmes enceintes, des jeunes mères et des clientèles scolaires, le contrôle des maladies infectieuses, la salubrité et la collecte de données démographiques (Bergeron P. et al., 2003).

Ensuite, suite aux recommandations de la commission Castonguay-Nepveu, le Québec adopte la *Loi d'assurance maladie* et entreprend une vaste opération de restructuration. Dans la foulée des activités de réorganisation des années 70, le Ministère des Affaires Sociales (MAS) est créé. De plus, douze conseils régionaux de santé et de services sociaux (CRSSS) sont mis en place avec des mandats consultatifs, des centres hospitaliers avec une gestion administrative distincte sont implantés et des centres locaux de services communautaires, pour dispenser à la fois des services de santé et des services sociaux, sont proposés (Bergeron P. et al., 2003). En 1974, 32 départements de santé communautaire (DSC) sont créés. Ces départements apparaissaient comme une solution permettant de concrétiser l'intégration des fonctions de santé publique à l'intérieur des frontières hospitalières (Bergeron P. et al., 2003). Étant donné la place centrale que jouait le centre hospitalier dans le système, de ses responsabilités et de la taille de la population qu'il dessert, cet endroit semblait de prédilection pour rapprocher la santé publique du domaine curatif. Or, l'expérience des DSC n'a pas atteint cet objectif. L'intégration du préventif et du curatif à l'intérieur du centre hospitalier doté d'un DSC ne s'est pas vraiment produite. Au contraire, on a même observé que la présence de la santé publique dans ces milieux a pu, jusqu'à un certain point, déresponsabiliser les autres professionnels à l'égard de la

prévention (Pineault R., 1984; Pineault R., Champagne F., & Trottier L.-H., 1986; Pineault R. et al., 1990) .

Dans les années 90, le système de santé est encore une fois restructuré, avec la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. En 1992, le ministère crée une direction générale de la santé publique au sein de son ministère. Également, l'État met en place les régies régionales de la santé et des services sociaux (RRSSS). Elles ont le mandat de coordonner l'offre de services dans leur région et d'allouer les ressources régionales aux établissements et aux organismes communautaires de leur territoire. En plus, l'État confie aux RRSSS le rôle de gérer un programme régional de santé publique et de créer une direction de santé publique (Bergeron P. et al., 2003). Pendant cette période, le gouvernement a entrepris une vaste opération de fusion d'établissements, passant de près de 1000 établissements à près de 500 établissements publics (Turgeon J., Hervé A., & Gauthier J., 2003).

À la fin des années 90, en plus d'avoir une direction de santé publique explicite aux paliers de gouverne provinciale et régionale, l'Institut National de Santé Publique (INSPQ) est créé. L'État vise alors à consolider, développer et surtout rendre accessible l'expertise spécialisée, concentrée dans les régions universitaires, à toutes les régions du Québec (Bernier N., 2006; Lévesque J.-F. et al., 2003).

En 2003, le gouvernement québécois s'est engagé dans une profonde réorganisation de son réseau de santé. Les régies régionales ont été renommées Agence de santé et de services sociaux (ASSS) et leur mandat est devenu le soutien au développement des réseaux locaux de services sur une base géographique, en plus de financer les établissements de la région. Également, l'État a ajouté le palier local à l'intégration formelle de la santé publique aux structures de décision. Bien que les centres locaux de services communautaires (CLSC) assumaient en partie cette responsabilité au niveau local, en produisant la majorité des services directs à la population (Lévesque J.-F. et al., 2003), la nouvelle réforme va plus loin en attribuant la responsabilité d'élaborer des plans locaux de santé publique. La récente réorganisation au Québec introduit le mandat de « responsabilité

populationnelle » aux nouvelles organisations sanitaires créées, soit les Centres de santé et des services sociaux (CSSS), issus de la fusion de centres d'hébergement de longue durée, de centres locaux de services communautaires et, dans la plupart des cas, d'un centre hospitalier (Gouvernement du Québec, 2003). L'objectif est de conférer aux 95 CSSS, la responsabilité de développer une offre de services adaptée aux besoins d'une population définie sur une base géographique. Les CSSS sont responsables de susciter et d'animer localement les collaborations intersectorielles, en vue d'agir sur les déterminants de la santé et d'améliorer l'offre de services à rendre à la population (Gouvernement du Québec, 2003). De plus, un responsable local de santé publique est nommé dans chaque CSSS. En conséquence, l'État introduit une structure institutionnelle locale, conciliant l'intégration de la santé publique à la gestion du système de soins (Bergeron P. et al., 2007).

L'attribution formelle de cette double responsabilité (responsabilité prestation de soins et services et la santé publique) demande aux CSSS d'élargir leur offre de services, en adoptant une planification des services selon une logique populationnelle et en intégrant la santé publique dans ses activités. Ces changements sont d'une ampleur importante. Ils ébranlent simultanément les structures organisationnelles et les représentations qu'ont les acteurs de leurs rôles, pratiques et domaines d'activités (Denis J.-L., 2003). La présente réforme exige une modification et un élargissement quant aux rôles du réseau de la santé : un changement dans la mission, dans les processus, dans les résultats escomptés, dans les leviers de réalisation et les valeurs soutenues (Vincent L., 2005).

Dans la prochaine section, nous présentons la théorie institutionnelle puisqu'elle offre un cadre intéressant à l'analyse d'un processus de changement mandaté.

## **2.2 Théorie institutionnelle : cadre théorique pour l'analyse d'un processus de changement**

Pour comprendre le processus d'incorporation d'un changement mandaté dans un environnement fortement institutionnalisé, nous nous appuyons sur la **théorie institutionnelle**. Cette théorie est présentement l'une des approches les plus utilisées pour

comprendre les organisations (Greenwood R., Oliver C., Suddaby R., & Sahlin K., 2008a; Remili N., 2006). D'ailleurs, au cours des dernières années, l'utilisation de la théorie institutionnelle a dominé les propositions d'articles scientifiques au sein d'une des revues les plus réputées en gestion, soit la revue *Academy of Management* (Haverman H.A. & David R.J., 20098). Cette théorie est pertinente pour notre recherche, car elle s'intéresse aux relations entre les organisations et leur environnement. La force de cette théorie est qu'elle permet d'analyser le changement en liant l'analyse des rôles des acteurs avec celle de l'environnement.

Dans cette section, nous dressons tout d'abord un bref survol historique de l'évolution de cette théorie. Ensuite, nous présentons succinctement les fondements de la théorie institutionnelle selon deux éléments. D'une part, nous expliquons comment les pressions environnementales influencent les comportements des organisations gravitant dans un même champ organisationnel. D'autre part, nous discutons des rôles des organisations (entrepreneurs institutionnels) dans l'influence de ces pressions. Pour terminer, nous présentons une synthèse des éléments théoriques utiles à l'analyse d'un changement.

### **Survol historique de la théorie institutionnelle**

La première vague de l'approche institutionnelle, appelée le « vieil institutionnel », est apparue dans les années 1940. Selon Rouleau (2007) : « les premiers institutionnalistes proposent de concevoir l'organisation non plus comme le résultat de coordinations rationnelles dans la poursuite ou l'atteinte d'un but, mais comme une structure sociale qui doit faire face à son environnement institutionnel (p.84) ». Ces auteurs reconnaissent l'importance du leadership, des valeurs, des croyances et de la dimension informationnelle (Desreumaux A. & Hafsi T., 2006). Leurs travaux sont associés aux sociologues de la bureaucratie. Selzick (1957), considéré comme étant le père de la théorie institutionnelle, a été l'un des premiers auteurs à tenter de comprendre ce qui différencie une organisation d'une institution.

Un peu plus tard, à la fin des années 1970 et au début des années 1980, le courant néo-institutionnel se développe. Contrairement au vieil institutionnalisme, qui met l'accent sur le caractère institutionnel de l'organisation, les néo-institutionnalistes s'intéressent au caractère répétitif de l'action dans les organisations (Rouleau L., 2007). Ils s'intéressent davantage à l'homogénéité des comportements entre les organisations d'un même champ organisationnel appuyée sur la prémisse de « l'isomorphisme ». Ces auteurs mettent l'accent sur la manière dont les pressions environnementales contraignent les activités et structurent les pratiques des organisations (Scott R.W., 2008).

À partir du milieu des années 1980, certains chercheurs commencent à analyser davantage les comportements hétérogènes. Plus d'attention est accordée à comprendre comment émergent des comportements innovants, comment les individus et les organisations agissent stratégiquement et comment ils contribuent au changement (Oliver C., 1991). À partir de ce moment, le courant de l'entrepreneur institutionnel se développe. Les auteurs de ce courant s'intéressent à mieux comprendre comment les acteurs (*entrepreneur institutionnel*) influencent le champ organisationnel (Beckert J., 1999; DiMaggio P.J & Powell W., 1983; Dorado S., 2005). Ils réintroduisent l'analyse des rôles des organisations dans la dynamique d'évolution du champ organisationnel.

Plus récemment, plusieurs auteurs réconcilient ces deux perspectives de liberté et de contrainte au sein d'un même cadre d'analyse (Scott R.W., 2008). Ce cadre est qualifié de théorie institutionnelle « renouvelée » puisqu'elle intègre ces différents courants institutionnels et permet d'avoir une compréhension plus holistique du phénomène à l'étude (Rouleau L., 2007). La force de cette théorie intégrée est qu'elle combine l'analyse des rôles des acteurs aux influences de l'environnement. Elle considère à la fois les comportements stratégiques des acteurs (entrepreneurs institutionnels) dans la compréhension du phénomène et l'influence du champ organisationnel sur leurs comportements.



Dans la prochaine section, nous présentons les fondements de la théorie institutionnelle selon deux éléments ; 1) les pressions environnementales qui structurent le champ et 2) les entrepreneurs institutionnels.

### **Les pressions environnementales qui composent le champ organisationnel**

DiMaggio et Powell (1983) désignent les organisations qui partagent un environnement commun comme faisant partie d'un même « champ organisationnel ». Ils définissent le champ organisationnel; « *those organizations that, in the aggregate, constitute a recognized area of institutional life : key suppliers, resource and product consumers, regulatory agencies, and other organizations that produce similar products* (p.143).» Le champ organisationnel correspond à un ensemble d'organisations entretenant des liens étroits et durables et ayant conscience de former une communauté distincte (Demil B. & Leca B., 2003). La notion de champ sous-entend l'existence d'une communauté d'organisations qui partagent un système de référence commun et dont les participants interagissent plus fréquemment entre eux qu'avec des acteurs situés hors du champ (Scott R.W., 1995). Les organisations au sein d'un champ ont en commun un certain nombre de pratiques qui constituent « un référentiel commun ». Le cadre de référence ou les logiques institutionnelles définissent les « normes, valeurs et croyances qui structurent la connaissance des acteurs dans les organisations et fournissent une connaissance collective de la manière dont les intérêts et les décisions stratégiques sont formulés (Thornton P.H., 2002) ». Ils guident les manières de faire et de penser des acteurs qui y sont soumis.

Selon les auteurs de la théorie institutionnelle, les comportements des acteurs à l'intérieur d'un champ organisationnel tendent à être plus homogènes. Ce processus par lequel les organisations se conforment aux pressions environnementales réfère au concept d'*isomorphisme*. Les différentes pressions véhiculées à l'intérieur du champ organisationnel influencent les comportements des acteurs à des intensités variables, en leur procurant des motifs pour les adopter (Greenwood R. & Suddaby R., 2008b). DiMaggio et Powell (1983) définissent trois types de pressions qui orientent les comportements des

acteurs vers des pratiques plus similaires. Il s'agit des pressions coercitives, mimétiques (cognitives) et normatives. D'abord, les **pressions coercitives** renvoient aux aspects légaux et réglementaires auxquels les organisations doivent se soumettre (Rouleau L., 2007). Ils font référence à un ensemble de réglementations et de sanctions légales qui contraignent le comportement des acteurs (Brulé E., 2007). L'État et les lois constituent les principales sources de pressions coercitives. Les acteurs s'y soumettent afin de ne pas subir les pénalités associées. Les **pressions mimétiques ou cognitives** sont un ensemble d'idées et de stratégies proposées pour faire face à l'incertitude. Ces pressions se rapportent à des comportements d'imitation afin d'incorporer les meilleures suggestions. Par exemple, lorsque dans un secteur, une entreprise a obtenu du succès, les autres cherchent à l'imiter (Rouleau L., 2007). Enfin, les **pressions normatives** désignent les standards reconnus qui édictent les comportements acceptables dans divers domaines d'activités. Les normes définissent l'objectif à atteindre et la marche à suivre. Elles précisent comment les choses devraient être faites.

Tel que mentionné précédemment, les pressions environnementales orientent les comportements des acteurs à des intensités variables. Toutefois, une question centrale demeure. Pourquoi certaines pratiques sont adoptées par certaines organisations et d'autres pas et ce, dans des contextes similaires? Selon Scott (2008), toutes les organisations ne répondent pas de la même manière à des pressions communes ; « *although all organizations within a given institutional field or sector are subject to the effects of institutional process within the context, all do not experience them in the same way or respond in the same manner* (p.160)».

Également, plusieurs auteurs sont d'avis que les organisations publiques subissent davantage de pressions environnementales par rapport aux organisations privées (Fernandez-Alles M. & Llamas-Sanchez R., 2008). Selon Jaffee : « *it is often argued that public-sector organisations face greater pressures to be socially representative, accountable and responsive than private-sector firms. The range of legitimate demands placed on public-sector organisations may also be greater in the public than the private sector* (p.225)». Dans le même ordre d'idées, Felman propose que dans le secteur public:

*«There is more political influence (on organisation) from more directions. There are more stakeholders with a greater variety of interests, and the stakeholders are more present. The boundaries between organisations and their external environment are more permeable. There are more rules and more constraints (p.959)».*

Les organisations publiques sont en situation de dépendance envers l'État. Le rôle prépondérant de cet acteur en position légitime d'autorité influence considérablement les pressions véhiculées dans le champ. Toutefois, bien que l'État influence considérablement les comportements des organisations sous son autorité, celles-ci influencent leur environnement. Fligstein (1991) propose *«public organizations are major actors in the exercise of institutional pressures, but they are strongly affected by environmental pressures»*.

Plusieurs acteurs autres que l'État influencent l'évolution du champ organisationnel à travers les idées qu'ils proposent. D'ailleurs, selon Scott (2008) : *«their primary weapons (professional) are ideas (p.100)»*. Plusieurs groupes professionnels et associations influencent les comportements des acteurs en promouvant des « standards de pratique ». Ils représentent des groupes d'entrepreneurs institutionnels importants en agissant sur les piliers cognitif, normatif et coercitif. Les gestionnaires peuvent influencer également la construction de la régulation du champ. Selon Scott (2008) : *«Managerial professionals increasingly are in position to craft new governance structures for overseeing their enterprises (p.100) »*. D'autres acteurs influencent l'évolution du champ. Dans la prochaine section, nous présentons la notion d'entrepreneur institutionnel.

### **Les entrepreneurs institutionnels**

Plusieurs acteurs influencent la dynamique d'évolution du champ organisationnel. Nous qualifions ces acteurs d'entrepreneurs institutionnels. Les entrepreneurs institutionnels influencent les pressions environnementales, exploitent les opportunités et créent de nouvelles manières de faire dans un champ organisationnel donné. Notre définition de l'entrepreneur rejoint la conceptualisation de Alrich et Ruef (2006): *«institutional entrepreneur are people (or organizations) who participate in the creation*

*of new types of organization or new industries, task that require marshalling new technologies, designing new organizational forms and routines, creating new supply chains and markets, and gaining cognitive, normative, and regulative legitimacy (p.9) ».*

Les actions des entrepreneurs institutionnels influencent le champ organisationnel dans lequel ils évoluent et structurent leurs comportements. Cette conceptualisation réfère au « paradox embedded agency » défini par plusieurs auteurs (Draelants H. & Moroy C., 2007; Greenwood R. et al., 2008b; Leca B., Battilana J., & Boxenbaum E., 2006). Selon Greenwood et Suddaby (2008) « *a central challenge for institutional theory is to show why embedded actors become motivated and enabled to promote change (p.3).* » Comment les individus ou les organisations peuvent-ils innover si leurs représentations et leurs actions sont déterminées par les pressions environnementales qu'ils désirent changer ? Nous concevons que les entrepreneurs institutionnels sont à la fois intégrés dans un champ organisationnel qui les structure, mais ils développent également des activités qui influencent les différentes pressions véhiculées dans l'environnement dans lequel ils évoluent. Donc, les entrepreneurs institutionnels sont à la fois structurés par le champ organisationnel et ils l'influencent également.

L'entrepreneur institutionnel est un acteur qui perçoit le changement comme une opportunité et adopte un comportement stratégique qui modifie les pressions environnementales du champ pour aboutir à un contexte qui lui est plus favorable (Moyon E. & Lecocq X., 2007). D'ailleurs, Dorado (2005) décrit l'entrepreneur institutionnel par la volonté et la créativité dont il fait preuve face au changement. Selon cet auteur, les possibilités d'action de l'entrepreneur institutionnel dépendent des opportunités offertes par le champ organisationnel. Elle définit les opportunités institutionnelles comme étant; « *the likelihood that an organizational field will permit actors to identify and introduce novel institutional combination and facilitate the mobilization of resources required to make it enduring (p.391)* ». D'ailleurs, plusieurs auteurs ont souligné que, dans des contextes de réorganisation structurelle importante, l'entrepreneur institutionnel dispose d'une opportunité pour innover (Reay T. & Hining C.R., 2005). Par exemple, lorsque l'État introduit une réforme d'envergure, il initie un processus de changement institutionnel qui

crée de la marge de manœuvre afin d'imaginer des idées et des stratégies pour les organisations qui y sont soumises. Aussi, l'ambiguïté de l'objet de changement peut procurer une opportunité pour développer de nouvelles actions stratégiques ; « *uncertainty in the institutional order may provide opportunity for strategic action* (Ierfino L., 2005)». Selon Dorado (2005), l'entrepreneur institutionnel qui fait face à des contextes d'ambiguïté cherche tout d'abord à « donner un sens » à sa nouvelle situation et ensuite, il imagine des actions à développer. Leurs schèmes de pensées dominants sont d'abord centrés sur le « présent », par la construction de sens, qui ensuite se tourne vers le futur, par la conception de trajectoires d'actions possibles. Ainsi, Dorado propose des repères dans les formes d'*agence* que peut prendre l'entrepreneur institutionnel selon l'orientation temporelle vers laquelle il est tourné (passé, présent et futur) pour faire face au changement.

Dorado définit trois formes alternatives d'*agence* que peut adopter l'entrepreneur institutionnel: routinière, « sensemaking » et stratégique. Le changement peut résulter d'une de ces formes alternatives d'*agence*. L'accent est mis sur l'orientation temporelle dominante dans leur schème de pensée qui définit comment les entrepreneurs institutionnels reproduisent ou transforment leur organisation. Ces trois orientations opèrent simultanément dans l'entrepreneur institutionnel, mais une orientation temporelle domine selon la conjoncture.

D'autres travaux se sont intéressés à la variété des comportements stratégiques que peuvent adopter les différents acteurs lorsqu'ils sont confrontés aux pressions environnementales. Oliver (1991) conteste le rôle passif des organisations et propose une typologie de l'ensemble des réponses stratégiques alternatives qui s'offrent aux entrepreneurs institutionnels confrontés à des pressions environnementales. Son niveau d'analyse de l'entrepreneur institutionnel est l'organisation. Elle présente un éventail très diversifié de réponses stratégiques des organisations qui va de la conformité passive à la manipulation active. La typologie d'Oliver est présentée au tableau 2. Les réponses stratégiques ont été classées de la plus active à la plus passive.

Tableau 2 : Les Réponses stratégiques des organisations face aux pressions environnementales selon Oliver (1991)

Stratégies	Tactiques	Exemples
Manipulation	Contrôler	Dominer des éléments et des processus institutionnels
	Influencer	Agir sur les valeurs et les critères
	Coopter	Introduire dans le champ des entités influentes
Défilement	Attaquer	S'en prendre aux sources de pression institutionnelles
	Contester	Désapprouver les pratiques et les exigences
	Ignorer	Négliger les normes et les valeurs explicites
Évitement	Fuir	Changer d'objectif, d'activité ou de domaine
	Amortir	Relâcher les liens institutionnels
	Dissimuler	Dissimuler la non-conformité
Compromis	Négocier	Négocier avec les parties prenantes institutionnelles
	Pacifier	Apaiser les intervenants institutionnels
	Équilibrer	Équilibrer les attentes des nombreux intervenants
Acquiescement	Se soumettre	Obéir aux règles et accepter les normes
	Imiter	Mimer les modèles institutionnels
	S'habituer	Suivre les normes invisibles, prises pour acquies

Cette typologie décrit de façon détaillée l'ensemble des comportements que peut adopter l'entrepreneur institutionnel lorsqu'il est confronté à des pressions environnementales. Oliver analyse ces comportements à un niveau organisationnel. Or, ces comportements peuvent également être analysés à un niveau individuel. Par exemple, les comportements stratégiques peuvent être analysés au niveau des gestionnaires travaillant au

sein des organisations. Pour Mintzberg (1994), les gestionnaires sont responsables formellement d'une unité organisationnelle ou d'une organisation. Ils sont investis d'un statut et d'une autorité formelle par leur position hiérarchique. Les gestionnaires sont une catégorie d'acteurs essentielle à toute organisation car ce sont eux qui assurent l'actualisation de sa raison d'être, soit la production efficace de biens ou de services spécifiques (Mintzberg, 1994). Les gestionnaires agissent en tant qu'entrepreneurs institutionnels en influençant les pressions qu'ils subissent et en créant des conditions propices à l'adoption de pratiques novatrices (ou à l'abandon) au sein de leur organisation. Ils jouent un rôle de premier plan afin de positionner favorablement leur organisation, tant au niveau des ressources dont ils disposent que des mandats qu'ils obtiennent. Ils représentent constamment l'organisation afin d'obtenir ou de défendre une position stratégique plus avantageuse. En conséquence, via leurs rôles de gestion, ils influencent activement les pressions environnementales.

Mintzberg (1994) définit dix rôles de gestion regroupés en trois catégories de rôles : interpersonnels, informationnels et décisionnels. Le tableau 3 présente une synthèse de ces rôles. Tous les rôles de gestion décrits par Mintzberg contribuent à l'émergence d'un rôle plus actif d'entrepreneur institutionnel.

Tableau 3 : Les dix rôles du gestionnaire selon Mintzberg (source : Farinas, L., 2000)

Rôles	Définition
<b>Rôles interpersonnels</b>	
Figure de proue	En tant que responsable d'une unité organisationnelle, le gestionnaire est un symbole et doit remplir certaines obligations routinières de nature sociale, légale ou « inspirationnelle » (ex. représenter son organisation lors de cérémonie).
Leader (influencer, coopérer, équilibrer)	Le gestionnaire est responsable du travail de ses subordonnés : il établit un climat de travail agréable, sélectionne / engage ses employés, les entraîne, les motive et les encourage. (ex. toutes les activités où il est en présence de subordonnés).
Agent de	Le gestionnaire établit et entretient un réseau de relations avec des pairs

liaison	ou encore tout autre informateur sur lequel il n'a pas d'autorité hiérarchique (tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'organisation).
<b>Rôles informationnels</b>	
Observateur actif	Le gestionnaire est toujours à la recherche d'information sur son organisation et son environnement afin de bien comprendre (détecter le changement, déceler les problèmes/opportunités, savoir quand distribuer l'information et prendre des décisions, etc.); il reçoit et recueille trois types d'information (opérations internes, événements externes, idées/tendances) sous forme d'analyses, de pressions ou de rumeurs; la plupart du temps, ces informations sont de nature courante, tangible et non documentée.
Diffuseur	Le gestionnaire transmet de l'information privilégiée à ses subordonnés; ces informations, provenant de l'extérieur ou de l'intérieur de l'organisation, portent sur des faits précis ou encore signalent des valeurs ou des préférences.
Porte-parole	Le gestionnaire transmet de l'information à des individus ou groupes externes à son organisation (CA, clients, public, etc. ; il agit alors en tant qu'expert sur les activités/opérations de son organisation.
<b>Rôles décisionnels</b>	
Entrepreneur	Le gestionnaire cherche à améliorer son unité organisationnelle, à initier le changement pour l'adapter à son environnement; il tente de profiter des opportunités ou de surmonter des problèmes non urgents et agit/décide alors de façon volontaire, innovatrice et proactive.
Régulateur	Le gestionnaire veille à surmonter les menaces ou les crises imprévues, il affronte les problèmes longtemps ignorés, les événements non perçus en agissant/décidant de façon non-volontaire ou en réagissant aux pressions.
Répartiteur des ressources	Le gestionnaire voit à l'allocation des ressources (argent, temps, équipement, force de travail, etc); il planifie son temps/établit des priorités; il planifie/programme le travail de ses subordonnés (ce qu'il faut faire, qui le fait, etc.) et en autorisant les actions/décisions significatives des subordonnés; des modèles ou des plans mentaux des situations internes et externes aident les gestionnaires à faire un choix dans les décision à autoriser et à contrôler de façon continue l'allocation des ressources, ces modèles sont imprécis, flexibles, implicites et peuvent être améliorés par des apports d'information.



Négociation	Le gestionnaire représente l'organisation dans des négociations majeures avec d'autres organisations ou individus (ex. avec un syndicat).
-------------	---

Les comportements stratégiques de l'entrepreneur institutionnel dépendent de l'intensité des pressions environnementales, mais aussi du statut des acteurs qui sont à l'origine de ces pressions. La réponse ne sera pas la même si elle est exercée par un acteur dominant à l'intérieur du champ organisationnel. Selon plusieurs chercheurs, la position sociale des acteurs dans le champ organisationnel influence leur capacité à influencer le processus de changement (Dorado S., 2005; Ierfino L., 2005; Leca B. et al., 2006). Également, plusieurs auteurs proposent que l'accès à des ressources permet d'influencer davantage le discours et l'action politique (Ierfino L., 2005; Leca B. et al., 2006).

En résumé, les pratiques des acteurs sont très déterminées par les pressions véhiculées à l'intérieur du champ, entraînant une stabilité et simultanément font l'objet de changement. C'est d'ailleurs ce paradoxe « stabilité-changement » qui a amené plusieurs chercheurs à s'intéresser davantage aux rôles des entrepreneurs institutionnels dans la théorie institutionnelle afin de réintroduire l'action stratégique des acteurs. Dans la dernière section de l'état des connaissances, nous présentons une synthèse d'éléments théoriques utiles à l'analyse de l'implantation d'un changement dans un champ organisationnel.

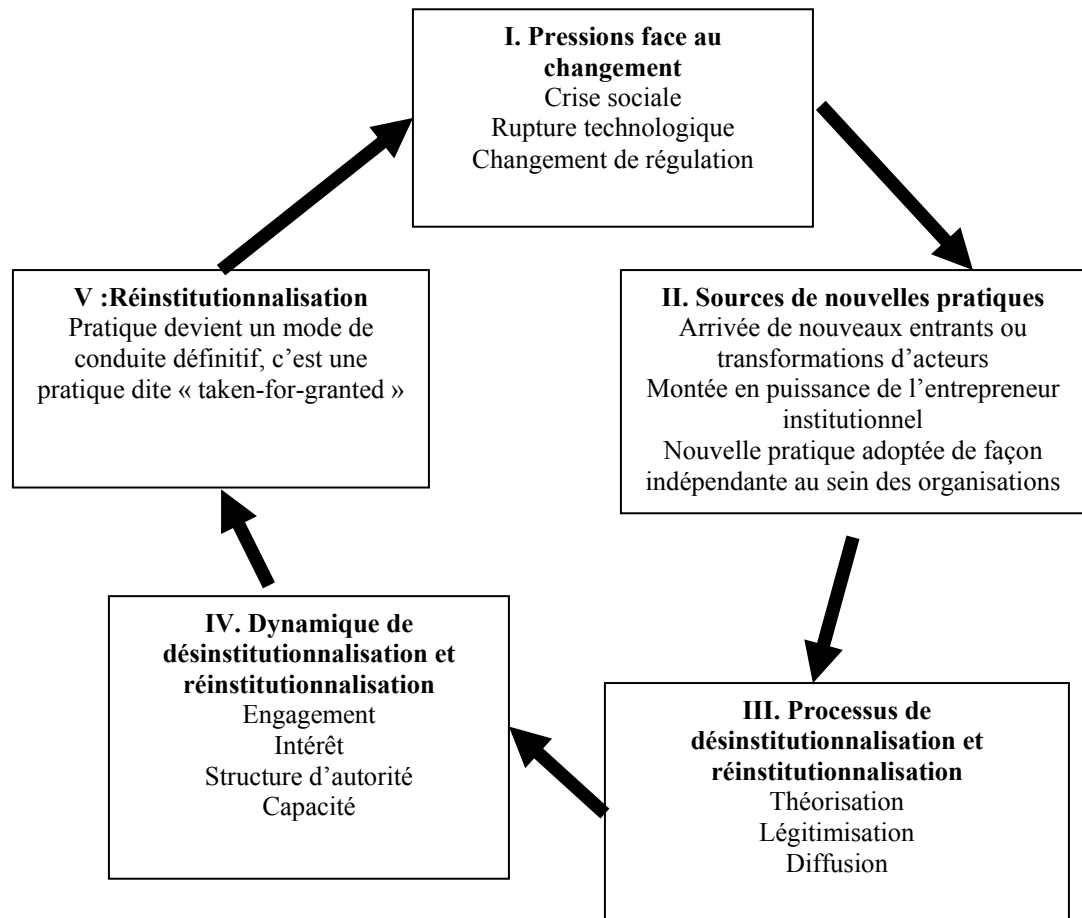
### **L'implantation d'un changement : processus de désinstitutionnalisation et réinstitutionnalisation du champ organisationnel**

L'introduction d'un changement dans un champ organisationnel vient modifier les pratiques qui y sont institutionnalisées. Nous définissons le changement institutionnel comme étant un changement important, qui ébranle simultanément les structures organisationnelles et les représentations qu'ont les acteurs de leurs rôles, pratiques et domaines d'activités (Denis J.-L., 2002). Il consiste en un double mouvement qui suppose d'une part, une désinstitutionnalisation des pratiques établies et d'autre part, une

réinstitutionnalisation des pratiques intégrant le changement proposé (Greenwood R., Suddaby R., & Hinings C.R., 2002; Hinings C.R., Greenwood R., Reay T., & Suddaby R., 2004).

Hinings, Greenwood et al. (2002, 2004) ont été parmi les premiers chercheurs à proposer un cadre théorique pour décrire les différentes étapes d'un processus de changement institutionnel. Leurs travaux ont permis de mieux comprendre comment certaines pratiques institutionnelles viennent à disparaître et comment de nouvelles pratiques sont introduites, légitimées et diffusées à l'intérieur du champ organisationnel. En synthétisant la littérature institutionnelle et en s'inspirant de leurs travaux, ils ont construit un modèle général pour expliquer le processus dynamique de changement institutionnel (Voir figure 4). Ils considèrent les changements institutionnels comme étant « the movement from institutionally prescribed and legitimated pattern of practice to another. (2004, p.304). »

Figure 4 : Modèle dynamique du changement institutionnel de Hinings et al. (2002,2004)



Les différentes étapes du processus de changement institutionnel s'étalent sur des échelles de temps plus ou moins longues, selon les cas analysés (Moyon E. et al., 2007). Au départ, le processus de changement est déclenché par des secousses environnementales (crise sociale, rupture technologique ou changement réglementaire) qui viennent perturber la stabilité du champ organisationnel. Cette secousse initie le processus de changement institutionnel. Les organisations touchées par ce changement réagissent en remettant en question leurs pratiques institutionnalisées (sources de nouvelles pratiques). Durant cette phase, l'incertitude est élevée quant à ce qu'il faut réaliser et à la manière d'y parvenir efficacement. En réponse au changement, certains acteurs agissent en tant qu'entrepreneurs

institutionnels, en proposant des innovations. Graduellement, certaines pratiques émergent, se diffusent et acquièrent une légitimité au sein du champ organisationnel (processus de désinstitutionnalisation et réinstitutionnalisation). Ces pratiques sont négociées à travers un processus dynamique entre les acteurs du champ (dynamique de désinstitutionnalisation et réinstitutionnalisation). Enfin, certaines pratiques sont progressivement mises en place et s'institutionnalisent au fur et à mesure que le nombre d'organisations qui les adoptent s'accroît. Au cours de ce processus, les acteurs définissent de nouvelles règles de comportements cognitives, normatives et formelles. Le champ retrouve sa stabilité (ré-institutionnalisation) lorsque les logiques institutionnelles renvoient à des perceptions dominantes des pratiques « tenues pour acquises » (taken-for-granted) par les différents acteurs. Ces pratiques sont intégrées dans les routines des acteurs, sans que le bien-fondé de ces pratiques ne soit remis en question.

En synthèse, la présence de pratiques institutionnalisées reconnues par un ensemble d'organisations assure la stabilité du champ organisationnel. Toutefois, plusieurs auteurs ont mis en évidence que certains entrepreneurs institutionnels influencent la dynamique du champ organisationnel. De plus en plus de recherches s'intéressent aux rôles que jouent les acteurs afin de produire et d'influencer les pratiques institutionnalisées (changement). (Holan P.M. & Philips N., 2002). Dans notre recherche, nous nous intéressons aux rôles des CSSS en réponse à un changement mandaté. Soulignons que nous analysons les changements au niveau organisationnel. Nous nous intéressons aux gestionnaires des CSSS étant donné que ces acteurs individuels sont des bons révélateurs du contexte organisationnel dans lequel ils travaillent. Nous analysons le processus de changement introduit par l'attribution de la responsabilité populationnelle à l'égard des actions et pratiques de gestion des CSSS. Le changement mandaté a pour effet de déstabiliser les pratiques institutionnalisées et permet à différents acteurs, dont les CSSS, de développer de nouvelles pratiques afin d'intégrer davantage la perspective populationnelle dans l'organisation des services de santé. Le positionnement central des CSSS dans leur champ organisationnel local leur accorde une légitimité sans précédent pour agir en tant

qu'entrepreneurs institutionnels dans la transformation des pratiques institutionnalisées et dans la création de nouvelles pratiques.

## **Chapitre 3 – Cadre de référence**

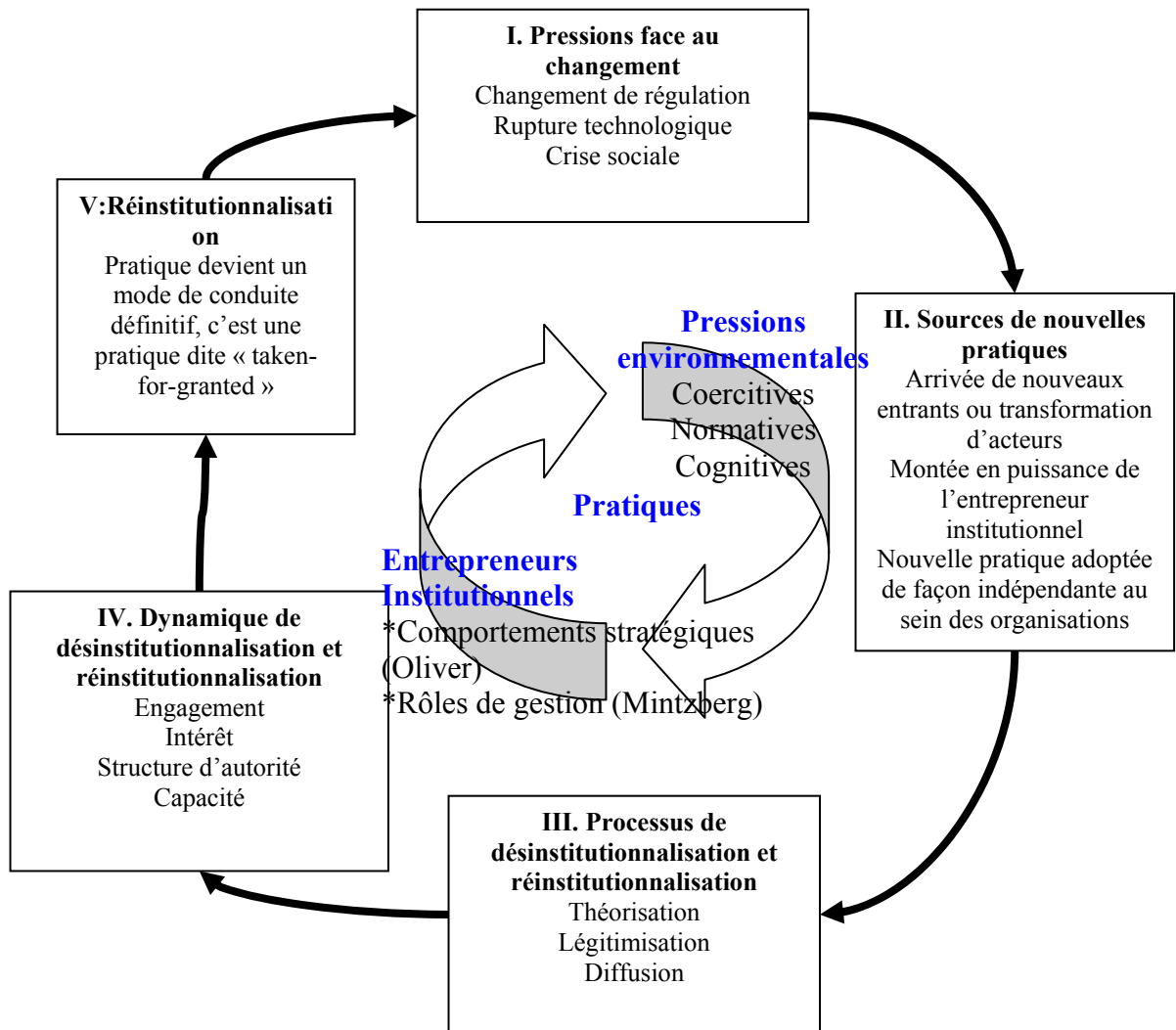
### **Processus d'implantation d'un changement mandaté dans un champ organisationnel fortement institutionnalisé**

L'objectif de ce projet de recherche est d'analyser le processus d'appropriation de la responsabilité populationnelle par les CSSS dans leurs actions et leurs pratiques de gestion. Ainsi, nous analysons le processus d'implantation d'un changement mandaté dans un champ organisationnel fortement institutionnalisé. Pour analyser ce processus, nous nous basons sur la théorie institutionnelle que nous avons décrite à la section précédente. Dans cette section, nous présentons le cadre de référence (voir figure 5) sur lequel nous nous appuyons pour analyser ce processus. Nous nous basons sur le modèle dynamique de changement institutionnel proposé par Hinings, Greenwood, Reay et Suddaby (2004). Ce modèle est pertinent puisqu'il procure des repères pour mieux comprendre comment l'objet de changement évolue à travers le temps et comment il s'institutionnalise dans les pratiques du champ organisationnel.

Nous portons une grande attention aux pressions environnementales qui structurent les comportements des acteurs. Dans cette recherche, nous cherchons à analyser et comprendre les pressions environnementales qui influencent les comportements des CSSS. De même, nous portons une attention particulière aux rôles des entrepreneurs institutionnels dans la mise en œuvre d'un changement mandaté. Dans la littérature, l'entrepreneur institutionnel peut être individuel ou collectif. Dans notre recherche, nous nous intéressons aux entrepreneurs institutionnels selon une perspective collective, soit les CSSS. Pour décrire et mieux comprendre les comportements stratégiques de ces organisations, nous nous appuyons sur la typologie d'Oliver (1991). Également, nous nous guidons des rôles de gestion de Mintzberg (1994). Bien que Mintzberg ait développé ces rôles dans l'analyse du travail des gestionnaires et ce, selon une perspective individuelle, nous nous appuyons sur ce modèle afin d'inférer les stratégies au niveau organisationnel. Les rôles des gestionnaires sont de bons révélateurs des comportements stratégiques de l'organisation. La figure 5

illustre le modèle de changement de Hinings *et al.* de même que les éléments sur lesquels nous mettons un plus grand accent (au centre de la figure).

Figure 5 : Cadre de référence pour l'analyse d'un changement mandaté dans un champ organisationnel fortement institutionnalisé



### Les pressions environnementales qui structurent les comportements des acteurs

Les pressions environnementales véhiculées dans le champ organisationnel structurent les comportements des acteurs vers des pratiques plus homogènes. Elles leurs

procurent des motifs pour les adopter (Greenwood R. et al., 2008a). Toutefois, elles les influencent à des intensités variables selon leur nature et les acteurs qui les exercent. Nous distinguons trois types de pressions environnementales: coercitives, cognitives et normatives. Les pressions coercitives font référence aux aspects légaux et réglementaires auxquels les organisations doivent se soumettre. Elles structurent considérablement les comportements des acteurs sous peine de pénalités. Les pressions cognitives s'exercent à travers les idées véhiculées dans le champ organisationnel. Elles influencent les comportements des acteurs en leur suggérant des stratégies à mettre en place. Enfin, les pressions normatives renvoient aux normes et aux standards reconnus dans le champ. Elles créent une pression sociale sur les acteurs afin de s'y soumettre. Ces différentes pressions agissent à la fois comme des ressources et des contraintes pour orienter l'action des acteurs. Elles expliquent les limites et les opportunités qui caractérisent la marge de manœuvre dont les acteurs disposent pour agir.

### **Les acteurs influencent les pressions environnementales**

Les pressions sont exercées par différents entrepreneurs institutionnels situés à l'intérieur du champ. Par ailleurs, le statut des entrepreneurs institutionnels dans le champ influence la capacité qu'ils ont d'influencer les comportements des autres acteurs. Un entrepreneur institutionnel qui se situe dans une position centrale ou dominante dans le champ a plus de chance d'influencer les comportements des autres organisations. Par exemple, l'État, par sa position légitime d'autorité, dispose d'un grand potentiel pour structurer les comportements des organisations sous sa gouverne.

Les pressions exercées par différents entrepreneurs institutionnels influencent la marge de manœuvre dont les acteurs du champ organisationnel disposent pour agir. Nous qualifions les acteurs « **d'entrepreneurs institutionnels** » lorsqu'ils agissent volontairement sur la dynamique d'évolution du changement, exploitent les opportunités et créent de nouvelles manières de faire dans le champ. Tel que présenté par Oliver (1991), différentes stratégies peuvent être utilisées par les entrepreneurs pour répondre aux pressions qu'ils subissent de même qu'en exercer eux-mêmes. À travers ces stratégies, ils



influencent activement le processus de mise en œuvre du changement. Également, Mintzberg (1994) définit dix rôles de gestion pour décrire le travail des gestionnaires. Puisque les gestionnaires sont responsables formellement de l'organisation, ils sont de bons révélateurs des comportements stratégiques de l'entrepreneur institutionnel collectif (organisation). Dans notre recherche, nous nous intéressons particulièrement aux influences des entrepreneurs institutionnels dans le processus d'implantation d'un changement mandaté. Nous cherchons à mieux comprendre les stratégies qu'utilisent les CSSS pour influencer le processus de changement.

### **Le changement évolue à travers les transformations des pratiques**

Le changement évolue et s'implante au cours du temps à partir d'un processus de désinstitutionnalisation et de réinstitutionnalisation des pratiques. Hinings et al. (2002, 2004) présentent l'évolution du changement à travers différentes étapes. Ils décrivent un processus de changement qui prend forme et se précise à travers la transformation des pratiques existantes et le développement de nouvelles pratiques qui s'institutionnalisent progressivement. Nous nous intéressons à mieux comprendre comment l'objet de changement évolue et s'institutionnalise dans les pratiques du champ organisationnel.

Dans notre recherche, le changement a été initié sous l'action d'un entrepreneur institutionnel en position légitime d'autorité, l'État. Sous l'effet de pressions coercitives, il a imposé un changement. Selon nous, plus l'objet de changement est général et ambigu, plus il procure une marge de manœuvre aux acteurs pour proposer des idées et de nouvelles façons de faire. Dans ce contexte, la présente réforme offre une opportunité pour que davantage d'entrepreneurs institutionnels imaginent et expérimentent des stratégies pour y répondre. Nous considérons les influences des différents acteurs du champ organisationnel du système de santé québécois sur les comportements des CSSS de même que les réponses des CSSS à ces pressions et les stratégies d'action locales qu'ils développent. Nous discutons plus spécifiquement du champ organisationnel dans le chapitre 5. Ensuite, dans les chapitres 6 et 7, nous présentons l'évolution des deux CSSS à l'étude. Au chapitre 8, dans l'analyse transversale, nous analysons plus en profondeur la dynamique d'évolution

des différentes pressions environnementales qui influencent la mise en œuvre du changement mandaté au sein des CSSS.

## Chapitre 4- Méthodologie

L'objet de notre étude est de mieux comprendre comment les CSSS se transforment afin d'incorporer la responsabilité populationnelle dans leur actions et les pratiques de gestion. Ainsi, nous nous intéressons à analyser le processus de mise en œuvre d'un changement. Les études de cas se prêtent tout particulièrement à l'analyse de l'implantation d'un changement (Denis J.-L. & Champagne F., 1990). Selon Yin, l'étude de cas est une étude empirique visant une meilleure compréhension d'un phénomène examiné dans son contexte, alors que les frontières entre ce contexte et le sujet d'étude ne sont pas clairement définies (Yin R., 1994).

Ce chapitre expose la méthodologie utilisée. Plus spécifiquement, nous présentons la stratégie de recherche et le devis, la sélection des cas à l'étude, les collectes de données, les méthodes d'analyse des données et enfin, les validités internes et externes.

### 4.1 Stratégie et devis de recherche

Comme déjà énoncé, l'étude de cas est la stratégie de recherche la plus utilisée afin d'analyser l'implantation d'un changement. L'étude de cas est légitime lorsque : 1) la ou les questions de recherche sont centrées sur le « comment » et le « pourquoi » d'un phénomène; 2) le chercheur exerce peu ou aucun contrôle sur les événements; 3) l'étude porte sur un phénomène contemporain dans un milieu de réalisation; et 4) les limites entre le phénomène à l'étude et son contexte manquent de netteté (Rodriguez R., 2000). En conséquence, l'étude de cas semble la stratégie la plus appropriée pour développer une compréhension du phénomène à l'étude.

Le devis de recherche est une **étude de deux cas**. La puissance explicative de cette stratégie découle de la profondeur de l'analyse du cas et non du nombre des unités d'analyse étudiées (Contandriopoulos A.-P., Denis J.-L., Potvin L., & Boyle P., 1990). Pour analyser le processus d'incorporation de la responsabilité populationnelle dans la gestion

des CSSS, nous avons opté pour une méthodologie qualitative. Le recours à des méthodes qualitatives nous permet de recueillir un matériel plus riche et varié couvrant l'évolution des représentations et des actions entreprises par les gestionnaires pour répondre à leur mandat.

Dans cette étude, nous analysons plus précisément deux CSSS issus de la même région. Les unités d'analyse principales sont le champ organisationnel (les pressions exercés par les différents acteurs composant le système de santé) et les acteurs au niveau local (l'équipe de direction des CSSS). Ainsi, nous analysons deux niveaux d'analyse : le niveau environnemental et le niveau organisationnel (groupe de gestionnaires). Par ailleurs, dans le type d'étude qualitative processuelle comme la nôtre, il est difficile d'isoler les unités d'analyse de façon claire. Les niveaux d'analyse sont difficiles à distinguer entre eux, ressemblant plus à un continuum qu'à une hiérarchie ou à une classification très nette (Langley A., 1997).

## **4.2 Sélection des cas à l'étude**

L'une des étapes cruciales dans la réalisation d'une étude multi cas est la sélection des cas à l'étude. Le choix de nos cas s'est fait à partir de trois critères. Tout d'abord, nous désirions avoir deux cas issus de la même région. Ce premier critère visait à mieux comprendre les influences de pressions environnementales communes exercées par les acteurs régionaux sur le développement des stratégies des deux CSSS sélectionnés. Nous avons choisi la région de Montréal pour des aspects de distances géographiques. Nous avons fait le choix de deux CSSS parmi les douze CSSS de la région de Montréal. Nous désirions avoir une variabilité dans le nombre et la composition des établissements regroupés sous la gouverne d'un CSSS. Plus spécifiquement, nous désirions avoir dans un des cas un centre hospitalier de courte durée afin d'analyser si la présence d'un tel établissement influençait la dynamique du CSSS et de ses partenaires. L'une de nos hypothèses était que la présence d'un centre hospitalier complexifiait le processus de transformation et pouvait influencer le développement de stratégies davantage tournées vers

la « production des soins ». Enfin, nous cherchions à avoir une variabilité dans les caractéristiques sociosanitaires de la population. L'une de nos hypothèses était que les caractéristiques spécifiques de la population entraînent la mise en place de stratégies adaptées à celles-ci. Par exemple, nous pensions que la présence d'une forte proportion d'immigrants avait des répercussions au niveau de l'offre de services.

Dans cette étude, nous cherchions à choisir deux cas qui se distinguaient sur plusieurs caractéristiques afin de mieux faire ressortir le rôle d'une ou plusieurs variables. Selon Yin : « *Each case must be carefully selected so that it either (a) predicts similar results (...), or (b) produces contrasting results but for predictable reasons* (Yin R., 1994).

Tableau 4 : Caractéristiques des CSSS à l'étude

<b>Agence de Montréal</b>		
<b>CSSS</b>	<b>CSSS 1</b>	<b>CSSS 2</b>
<b>Établissements regroupés</b>	CHSLD-CLSC A CHSLD-CLSC B CHSLD C	<b>Centre hospitalier</b> Centre d'accueil D Centre d'accueil E CHSLD F CLSC G CLSC H Résidence I Résidence J
<b>Population</b>	128 392 personnes	132 779 personnes
<b>Employés</b>	2095 employés	3810 employés
<b>Médecins omnipraticiens</b>	61 médecins	102 médecins
<b>Budget (2005-2006)</b>	100M\$	170M\$
<b>Nombre lits</b>	Lits courtes durées : <b>aucun</b> Lits d'hébergement : 986 lits	Lits courtes durées : 204 Lits d'hébergement : 1258
<b>Familles monoparentales</b>	26,6%	42,4%
<b>Immigrants</b>	47%	17%
<b>Personnes vivant sous le seuil de faible revenu</b>	30,2%	36%
<b>Espérance de vie à la naissance</b>	81,9 ans	76,4 ans
<b>Espérance de vie en bonne santé</b>	74,8 ans	69,1 ans
<b>Taux de mortalité infantile</b>	3,2 cas pour 1000	6,3 cas pour 1000

<b>Taux de suicide</b>	9 cas pour 100 000	20 cas pour 100 000
<b>Grossesse à l'adolescence</b>	18 cas pour 1000	43 pour 1000
<b>% population plus 65ans</b>	18,2%	14,3%
<b>% population moins 14 ans</b>	16,6%	15,5%
<b>Indice de vieillesse</b>	109,18	92,6
<b>Proportion d'expression anglaise</b>	38,4%	26,7%
<b>Proportion expression française</b>	57,2%	73,1%

Source : Trousse d'information sociosanitaire produit par l'ASSS de Montréal (2004)

Ces cas font partie d'un projet de recherche plus large intitulé « Governing change and changing governance in health care systems and organizations », réalisé par Jean-Louis Denis, Lise Lamothe, Ann Langley, Carl-Ardy Dubois, Damien Contandriopoulos et Naomi Fulop. Ce projet de recherche a été financé par les IRSC (#MOP-74668 2005-2008). Cette étude s'inscrit en partie dans ce projet de recherche. Plus précisément, l'ensemble du projet de recherche s'intéresse au processus de consolidation des CSSS en tant qu'établissements fusionnés et aux facteurs qui permettent d'étendre la collaboration entre les ressources qui sont sous l'autorité directe du CSSS et celles qui sont à l'extérieur des CSSS. Ce projet de recherche doctoral s'intéresse spécifiquement à un aspect de la dynamique d'implantation des CSSS, soit l'impact du mandat populationnel sur la transformation des pratiques de gestion.

Le projet « Governing change and changing governance in health care systems and organizations » a reçu l'approbation du comité d'éthique de l'Université de Montréal.

### 4.3 Collecte de données

La collecte de données de cette recherche s'est échelonnée sur une période de plus de deux ans, soit de septembre 2005 à décembre 2007. Nous avons choisi d'analyser ces deux années puisque la Loi 25 est entrée en fonction en juillet 2004. Nous avons posé l'hypothèse que la deuxième et la troisième année de fonctionnement seraient plus pertinentes à notre recherche, puisque nous croyions qu'elles correspondraient au moment

d'enclenchement de la transformation. Selon nos hypothèses, la deuxième année de création des CSSS était caractérisée dans les faits par la première année de fonctionnement des équipes de direction. De plus, nous croyions que cette période était très propice au développement d'activités de réflexion pour tenter de donner un sens et de développer une compréhension des représentations des enjeux de cette transformation de même que développer des stratégies pour y répondre.

Compte tenu de la complexité du phénomène à l'étude, nous avons eu recours à de multiples sources d'information afin de nous fournir une information plus complète et d'enrichir notre compréhension. La recherche s'appuie essentiellement sur trois sources de données, soit les entrevues semi-structurées, l'observation directe non-participante et l'analyse de documents. L'utilisation de différentes sources de données est fortement encouragée lors d'une stratégie de recherche de type étude de cas car elle permet la triangulation. « La triangulation, métaphore empruntée à la navigation et à la stratégie militaire, est une technique qui consiste à utiliser plusieurs points de référence pour déterminer la position exacte d'un objet. Il est postulé qu'en ayant recours à ces multiples points de repère, on augmente d'autant la précision (Dubois C.-A., 2002).» Nous présentons succinctement ces trois sources de données.

### **Observations**

Les observations sont essentielles pour permettre au chercheur de s'imprégner de l'atmosphère de l'organisation et ainsi développer une sensibilité aux particularités du contexte (Lamothe L., 1996). Elles sont une riche source d'information pour comprendre la dynamique des cas à l'étude. Dans notre recherche, nous avons réalisé des observations non-participantes à deux niveaux de gouverne, soit le niveau régional et local. Plusieurs observations ont été réalisées à différents comités. Elles ont toutes été précédées de la signature d'un formulaire de consentement par tous les membres de ces comités (Voir annexe 1).

Dans un premier temps, nous avons observé pendant près de deux ans (2005-2007) les comités de gestion des réseaux à l'Agence et les comités de régie des deux CSSS bimensuellement. Progressivement, nous avons assisté aux différents comités mis en place par les CSSS en lien avec le développement des programmes. Nous avons observé plus particulièrement les chantiers cliniques liés au développement du RLS personnes âgées et santé mentale puisque les CSSS travaillaient au développement de ces réseaux pendant notre période d'observation. Aussi, nous avons observé différents comités au sein des deux CSSS à l'étude puisqu'ils n'avaient pas mis en place les mêmes comités. Le tableau 5 présente la liste détaillée des comités observés à l'Agence, au CSSS1 de même qu'au CSSS2. Ces nombreuses observations nous permettent de mieux comprendre les CSSS et leur réseau respectif. Elles permettent de retracer les événements clés de même que de comprendre les réactions et les perceptions des acteurs par rapport à ces événements.

Tableau 5 : Liste détaillée des comités observés

<b>Comités au niveau régional</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Comité de gestion des réseaux locaux de services (bimensuel ; août 2005 à septembre 2007)</li> <li>❖ Lac-à-Épaulé (2 jours consécutifs; janvier 2006, septembre 2006, mai 2007)</li> <li>❖ Rencontre avec un sous-ministre de la santé (15 février 2006)</li> <li>❖ Forum des DG (24 février 2006, organisé par le MSSS et animé par M. Léonard Aucoin)</li> <li>❖ Présentation de l'exemple d'un réseau en santé mentale de la région (23 mars 2006)</li> </ul>	
<b>Comités au niveau local</b>	
<b>CSSS1</b>	<b>CSSS2</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Comité de régie (1 journée bimensuelle; septembre 2005 – juin 2006)</li> <li>❖ Table des responsables des chantiers cliniques (octobre 2005 – juillet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Comité de régie (demi-journée bimensuelle; mars 2006 – décembre 2007)</li> <li>❖ Comité de programme (demi-journée bimensuelle; novembre</li> </ul>



2006)	2006 – décembre 2007)
❖ Comité de pilotage (3 rencontres; mars 2006 – septembre 2006)	❖ Forum des partenaires locaux (16 mai 2007)
❖ Lancement Réseau en santé mentale (7 février 2006)	❖ Rencontres portant sur les rôles des organisateurs communautaires (25 janvier 2007 et 27 février 2007)
❖ Forum des partenaires (20 juin 2006)	❖ Comité tactique en santé mentale (5 rencontres de deux heures; mars 2006- février 2007)
❖ Comité aviseur du RLS PPALV (25 septembre 2006 et 20 novembre 2006)	❖ Comité d'orientation du programme de santé publique (5 décembre 2006 et 5 juin 2007)
❖ Chantier clinique PPALV (19 septembre 2006)	❖ Consultation sur la mise sur pied d'un centre de référence du diabète (22 février 2007)
❖ Table GMF/CR (5 avril 2006)	

Les données liées aux observations sont diversifiées et nombreuses afin de bien comprendre les différentes stratégies mises en place par les CSSS pour répondre à leur nouveau mandat. Les observations sont une source très riche d'informations. Toutefois, elles nécessitent beaucoup de ressources et de temps. J'ai réalisé pendant près d'un an et demi les observations. Par ailleurs, j'ai eu la chance de bénéficier de l'aide de deux autres observateurs. Avant mon arrivée sur le terrain, un agent de recherche du projet « gouvernance » a fait des observations à l'Agence et au CSSS1 de septembre 2005 à janvier 2006. J'ai poursuivi les observations par la suite. Au CSSS2, j'ai collecté l'ensemble des données à partir de février 2006. À l'hiver 2007, une étudiante à la maîtrise associée au projet de recherche « gouvernance » a également effectué certaines observations. Toutefois, j'ai continué à assister aux chantiers cliniques en santé mentale.

## Entrevues

L'entrevue est une méthode qui permet d'élaborer une information détaillée sur les personnes interrogées elles-mêmes, les événements arrivés dans le passé, les opinions et les

représentations des personnes rencontrées, de même que leurs perspectives futures (Rodriguez R., 2000). Elles permettent de mieux saisir les dynamiques humaines étudiées avec les mots utilisés par les personnes concernées (Lamothe L., 1996). Elles sont une importante source de données pour comprendre la perception des acteurs d'un phénomène.

Dans notre recherche, un total de 46 entrevues semi-dirigées ont été réalisées auprès des dirigeants et gestionnaires des deux CSSS à l'étude. Les personnes interviewées ont été sélectionnées selon une technique de « boule de neige » par laquelle les informateurs clés sont identifiés par des personnes rencontrées progressivement dans le déroulement de l'étude. Les entrevues se sont déroulées à deux moments, soit une première phase en 2005 et 2006 et une deuxième phase en 2007. Nous avons réalisé des entrevues à deux moments afin d'avoir une meilleure lecture de l'évolution des représentations et des pratiques des gestionnaires dans le temps. Les grilles d'entrevues utilisées apparaissent à l'annexe 2. La durée des entrevues était d'une heure en moyenne. Elles ont toutes été enregistrées avec la permission des participants. L'enregistrement était précédé de la signature d'un formulaire de consentement (voir annexe 2). L'ensemble des entrevues a été retranscrit par une secrétaire qui devait suivre un certain nombre d'instructions : transcription exacte suivant les termes employés, notation de tous les artefacts (rires, interrogations, arrêts, hésitations,...), indication des parties inaudibles (Dubois C.-A., 2002). Le tableau 6 présente une liste détaillée des répondants selon la fonction qu'ils occupent dans l'organisation. Les répondants qui ont été interviewés à deux reprises sont identifiés en bleu. Parfois, ces répondants n'étaient pas les mêmes personnes puisqu'une autre personne occupait le poste dans l'organisation. Les répondants interviewés une seule fois sont non colorés. Le moment de leur entrevue est identifié entre parenthèse selon qu'ils ont été interviewés au temps 1 ou au temps 2.

Tableau 6 : Liste détaillée des répondants par CSSS et par moment entrevue

CSSS1	CSSS2
Direction générale	
❖ DG (2)	❖ DG (
❖ DGA (temps 1)	❖ DGA (2)
❖ Président du CA (temps 2)	❖ Président du CA (temps 2)
Directions cliniques	
❖ Dir. des services aux personnes en perte d'autonomie (2)	❖ Dir. santé physique et déficience physique (temps 1)
❖ Direction de la prévention, des services généraux et spécifiques (2)	❖ Dir. multicientèles (2)
❖ Dir. services hébergement (temps 1)	❖ Dir. – services dans la communauté pour personnes en pertes d'autonomie (2)
❖ Dir. services généraux (temps 1)	❖ Dir. hébergement (temps 1)
❖ Cadre intermédiaire responsable dév. Des services de première ligne (temps 2)	
Directions transversales	
❖ Dir. qualité et de la mission universitaire (2)	❖ Dir. dév. des programmes, santé publique et partenariats (2)
❖ DSP (2)	❖ Dir. Adjoint DSP (temps 1)
❖ DSI (temps 1)	❖ DSI (temps 1)
❖ Dir. Adjoint à la recherche (temps 2)	❖ Dir. Planification, qualité et performance (temps 1)
	❖ Dir. services

	multidisciplinaires (temps 1)
	❖ DSP (temps 2)
Directions administratives	
❖ Dir. Finance (Temps 1)	❖ Dir. Finance (temps 1)
❖ DRH (Temps 1)	❖ DRH (temps 1)
❖ Dir. développement organisationnel (Temps 1)	❖ Dir. Ressources matérielles et financière
❖ Dir. ressources informationnelle (Temps 1)	
Externe à l'organisation	
❖ Agent projet lié au développement du projet clinique (temps 2)	

Pour le CSSS1, nous avons eu accès à treize entrevues effectuées à l'automne 2005 dans le cadre du projet de recherche sur la gouvernance. Étant donné que nous participons à ce projet de recherche, nous avons eu accès à de nombreuses données collectées par l'équipe de recherche au cours de l'automne 2005, avant notre arrivée sur le terrain en janvier 2006. L'analyse de ces entrevues nous a permis de mieux comprendre les premières stratégies mises en place par le CSSS au début de la réforme. Aussi, pour compléter ces entrevues effectuées en 2005 par l'équipe de recherche, nous avons réalisé trois entrevues supplémentaires à l'été 2006, soit une entrevue avec le directeur de la qualité et de la mission universitaire, le directeur des services aux personnes en perte d'autonomie et le directeur de la prévention, des services généraux et spécifiques. Ces trois répondants avaient été interviewés une première fois par l'agent de recherche. Lors de l'entrevue, nous avons davantage ciblé les questions plus en lien avec notre projet de recherche, soit les défis posés par l'incorporation de la responsabilité populationnelle dans leur travail. Dans un deuxième temps, nous avons refait une série d'entrevues avec des directeurs (N=9) à

l'été 2007. (Voir tableau 6 : liste détaillée des répondants). Au CSSS2, nous avons interviewé quatorze membres de l'équipe de direction du CSSS2 au cours de l'été 2006 et sept entrevues ont été réalisées à l'automne 2007 avec des directeurs, gestionnaires et membres du CA. Le tableau 7 présente une synthèse des entrevues effectuées selon le moment réalisé.

Tableau 7 : Décompte des entrevues effectuées dans le cadre de la recherche

Entrevues	T1	T2
CSSS1	16	9
CSSS2	14	7

Total : N= 46 entrevues

### Documents

Les données provenant des documents des CSSS et des organisations gravitant dans leur champ organisationnel permettent de corroborer et de préciser l'information proposée par les autres sources. Nous avons consulté des documents rédigés par les différents niveaux de gouverne, soit le niveau provincial, régional et local. Le tableau 8 présente une liste détaillée des documents analysés afin de retracer les événements clés dans le processus de transformation des CSSS.

Tableau 8 : Liste détaillée des documents analysés selon les différents paliers de gouverne

<b>Comités au niveau provincial</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Journaux électroniques l'AQESSS</li> <li>❖ Le plan d'action en santé mentale du MSSS 2005-2010 ; La force des liens</li> <li>❖ Balises Personnes âgées</li> <li>❖ Site internet du MSSS</li> <li>❖ Projet de Loi 83 : Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives</li> <li>❖ Projet loi 25</li> </ul>

<b>Comités au niveau régional</b>
❖ Info-CA de l'Agence (14 No de décembre 2005 – juin 2007)
❖ Direction réseaux (21 No de octobre 2004 – juin 2007)
❖ Comptes rendus des comités de gestion des Réseaux locaux (bimensuel ; août 2005 à septembre 2007)
<b>Comités au niveau local</b>
❖ Comptes rendus des comités de régie
❖ Comptes rendus du comité pilotage (CSSL1)
❖ Comptes rendus de la réunion de la table des cliniques réseau – GMF (CSSL1)
❖ Comptes rendus chantier clinique en perte d'autonomie (CSSL1)
❖ Comptes rendus du comité clinique du réseau local en santé mentale (CSSL1, septembre 2004 – février 2006)
❖ Comptes rendus du comité programme (CSSL2)
❖ Comptes rendus du comité tactique en santé mentale (CSSL2)
❖ Comptes rendus des CA
❖ Journaux des organisations
❖ Rapports annuels 2005-2006 et 2006-2007
❖ Projet clinique et organisationnel phase 1 (2005)
❖ Trousse d'information socio-sanitaire par CSSS produit par l'Agence en 2004; portrait de la population, l'organisation des services médicaux de première ligne à

#### Montréal et portrait du CSSS

- ❖ Site internet des CSSS.
- ❖ Bulletin trimestriel de la table locale du DRMG

### **4.4 Analyse des données**

Dans cette étude, nous avons adopté une stratégie d'analyse qualitative à l'aide d'une théorie de processus. La recherche processuelle vise à comprendre comment les choses se passent dans le temps et pourquoi elles se passent ainsi (Langley A., 1997). L'analyse des données processuelles nécessite une façon de concevoir les événements, de décrire parcimonieusement leurs caractéristiques et de détecter les configurations parmi celles-ci (Langley A., 1997). Nous cherchons à relever de manière la plus complète possible la séquence des événements pertinents à notre sujet d'intérêt. Afin de mieux comprendre le phénomène à l'étude, nous privilégions une approche inductive inspirée. L'élaboration d'une explication se rapporte à un mode d'analyse essentiellement itératif. Nous construisons progressivement une explication de la transformation des pratiques de gestion. Nous commençons avec les détails empiriques exprimés dans les transcriptions d'entrevues et nous tentons de construire une structure théorique à partir de cette base (Langley A., 1997).

Afin d'analyser les données collectées dans cette recherche, nous avons réalisé plusieurs étapes et employé différentes stratégies. Tout d'abord, nous avons procédé à l'analyse du matériel brut obtenu par les différentes sources de données, ce qui constitue la première étape pour produire une base empirique. Lors de cette première étape, il est important d'établir un bon système de classification des diverses sources de données et de bien décrire leur origine. Nous avons rédigé des notes d'observation dans un délai maximum de deux semaines. Les différentes données empiriques étaient classées selon leur chronologie et leurs sources.

Par la suite, l'étape de condensation consiste à réduire le volume des données collectées en vue de les synthétiser et d'en extraire l'essentiel (Rodriguez R., 2000). Cette étape est la catégorisation des données selon les thèmes analysés. Pour ce faire, nous avons établi a priori quatre catégories pour **organiser** l'analyse des données. Les quatre catégories sont : a) la vision, b) la planification, c) les modalités organisationnelles et d) les activités de réseautage. Ces catégories nous semblaient efficaces pour classer et décrire le processus de changement associé à la responsabilité populationnelle. Nous avons adopté une stratégie narrative pour rendre compte de l'évolution des CSSS. Ces catégories représentent un premier niveau d'analyse afin de mieux comprendre le processus d'appropriation du mandat de responsabilité populationnelle par les CSSS. Elles sont différentes des éléments présentés dans notre modèle conceptuel. Nous avons codé chaque entrevue à l'aide de cette arborescence et nous avons rédigé les deux histoires de cas selon cette classification. Avant d'entreprendre la deuxième série d'entrevues (temps 2) pour chaque cas, nous avons amorcé la discussion des cas et nous avons adapté les grilles d'entrevues en conséquence. Aussi, nous avons validé la description de nos cas et nos analyses préliminaires avec des membres de l'équipe de direction et du CA lors de deux rencontres d'échange organisées dans le cadre du projet de recherche « gouvernance ».

La troisième étape se réfère à l'analyse et elle s'appuie sur les éléments présentés dans notre modèle conceptuel. En principe, puisqu'il est question de deux cas, notre analyse s'effectue en deux étapes, l'une interne et l'autre, transversale. L'analyse interne de chaque cas nous permet de comprendre le processus de transformation des pratiques au sein de chaque CSSS. Nous cherchions à comprendre, dans un premier temps, le fonctionnement de chacune des deux organisations à l'étude. Nous avons rédigé deux cas. De la même manière, nous avons, dans un premier temps, analysé les pressions exercées par les niveaux de gouverne supérieure, soit le contexte provincial et régional. Par la suite, l'analyse transversale des deux cas et du champ organisationnel a permis d'identifier des stratégies convergentes et des stratégies divergentes. En résumé, le champ organisationnel (chapitre 5) et les deux cas ont été analysés séparément (chapitre 6 et 7), avant de conduire une



analyse croisée des deux cas (chapitre 8). L'analyse transversale des deux cas permet d'identifier les effets variés et similaires et permet de vérifier s'il y a réplique des résultats.

## **4.5 Validité et fiabilité de la recherche**

Dans cette dernière section du chapitre méthodologie, nous discutons de la crédibilité des résultats et de leur transférabilité.

### **La crédibilité des résultats (validité interne)**

La crédibilité des résultats se définit comme le degré de similitude entre les données collectées et la réalité que celles-ci doivent décrire. Différentes sources de données ont été utilisées pour valider l'information (triangulation). Ainsi, afin de valider l'information, nous avons combiné les entrevues, les observations et l'analyse documentaire. En recourant à diverses sources de données et en utilisant diverses méthodes d'analyse, en opérant par un processus de rétroaction dynamique entre les différentes sources et méthodes d'analyses, cette technique nous permet à la fois d'accéder à une information variée, riche et non sélective, de réduire les biais de l'observation et d'affiner nos conclusions par un processus de validation croisée et de re-validation constante (Dubois C.-A., 2002). Aussi, dans le cadre du projet gouvernance, nous avons rencontré les membres de l'équipe de direction et du CA à deux reprises pendant la recherche afin d'échanger avec eux sur nos observations. Ainsi, les dirigeants des CSSS ont pu exprimer leurs opinions sur nos résultats à plusieurs reprises. Leur expertise a été sollicitée afin de valider nos analyses et accroître ainsi la validité interne de notre recherche.

### **La transférabilité (validité externe)**

La transférabilité réfère à la capacité de généralisation des études de cas. L'enjeu est d'établir les conditions dans lesquelles les résultats ont été obtenus et à quels contextes ils peuvent être extrapolés (Contandriopoulos A.-P. et al., 1990). La possibilité de généraliser est déterminée par le lecteur sur une base de cas par cas à l'aide des descriptions

contextuelles fournies. Une démarche méthodologique explicite et descriptive facilite donc la reproduction de la recherche et permet de maximiser la généralisation des résultats. Dans cette recherche, nous avons tenté de décrire spécifiquement le contexte de l'étude et les détails d'ordre méthodologique. De plus, nous avons procédé à l'étude de deux cas (CSSS). Le recours à plusieurs cas contribue à augmenter le potentiel d'explication du phénomène étudié dans la mesure où ce choix méthodologique permet de mieux comprendre comment des facteurs spécifiques à chacun des contextes donnés peuvent avoir une influence sur les résultats observés (Dubois C.-A., 2002).

## **Chapitre 5 – Présentation du champ organisationnel du système de santé québécois**

L'analyse des CSSS ne peut s'effectuer sans tenir compte de l'environnement dans lequel ils évoluent. C'est dans cette optique que nous analysons le champ organisationnel dans lequel gravitent les CSSS, en présentant les acteurs et les organisateurs de l'environnement qui influencent l'évolution des CSSS à travers les pressions environnementales qu'ils exercent sur eux. Afin de présenter le champ organisationnel du système de santé québécois, nous nous basons sur les trois formes de pressions environnementales décrites par DiMaggio et Powell, soit coercitives, normatives et cognitives. Nous basons cette description sur la littérature grise et nos observations à l'Agence. Les éléments et événements décrits sont traités de façon large et générale. Ces différentes pressions environnementales créent de la convergence dans le choix des stratégies d'action, mais laissent place à une marge de manœuvre pour développer des stratégies novatrices. Ainsi, l'action des entrepreneurs institutionnels est influencée par les pressions environnementales mais ils disposent aussi d'opportunités pour innover et agir sur ces pressions.

### **5.1 Les pressions coercitives**

Les pressions coercitives renvoient aux aspects légaux et réglementaires auxquels les organisations doivent se soumettre. Nous présentons les pressions coercitives selon trois niveaux : a) le contexte législatif, b) le contrôle des ressources et la détermination des priorités et c) les orientations imposées.

#### **Contexte législatif**

À travers les projets de loi que les gouvernements adoptent, ils exercent des pressions coercitives en imposant des lignes directrices aux organisations soumises à leur autorité. La dernière réforme du système de santé a été initiée sous l'effet de pressions

coercitives en soumettant, de manière consécutive, deux projets de loi (Loi 25 et Loi 83). Ces projets de lois orientaient fortement les comportements des organisations touchées.

Tout d'abord, en décembre 2003, l'Assemblée nationale a adopté le projet de la loi no 25. Ce projet abolissait les Régies régionales pour les transformer en Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Le premier mandat des Agences était de « définir et de proposer au ministre, un modèle d'organisation basé sur plusieurs réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, dont la taille peut couvrir l'ensemble ou une partie du territoire de l'Agence » (Gouvernement du Québec, 2003). Le projet de loi no 25 visait à créer une nouvelle structure de gouverne locale, les Centres de santé et de services sociaux (CSSS), afin d'animer et coordonner le développement de réseaux locaux de services (RLS) sur leur territoire. Le gouvernement visait à développer une responsabilité de services envers une population définie géographiquement : « la mise en place d'un réseau local de services de santé et de services sociaux vise à responsabiliser tous les intervenants de ce réseau afin qu'ils assurent, de façon continue, à la population du territoire de ce réseau, l'accès à une large gamme de services de santé et de services sociaux généraux, spécialisés et surspécialisés (Gouvernement du Québec, 2003) ». En décembre 2005, l'Assemblée nationale a consolidé l'ancrage structurel amorcé par l'adoption à l'unanimité du projet loi no 83 modifiant la Loi sur les services de santé et des services sociaux et d'autres législatives (Roy D.A., 2006).

Aucun des projets de Loi no 25 et no 83 ne mentionnait l'expression «responsabilité populationnelle». Toutefois, la Loi 83 mentionnait indirectement cette nouvelle responsabilité attribuée au CSSS. Selon cette Loi (article 99,5) :

«99.5. L'instance locale est responsable de définir un projet clinique et organisationnel identifiant, pour le territoire du réseau local de services de santé et de services sociaux, les éléments suivants:

1° les besoins sociosanitaires et les particularités de la population en fonction d'une connaissance de l'état de santé et de bien-être de celle-ci;

2° les objectifs poursuivis concernant l'amélioration de la santé et du bien-être de la population;

3° l'offre de services requis pour satisfaire aux besoins et aux particularités de la population;

4° les modes d'organisation et les contributions attendues des différents partenaires de ce réseau.

Le projet clinique et organisationnel doit être conforme aux orientations ministérielles et régionales et respecter les standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience reconnus, ainsi que les ressources disponibles (Gouvernement du Québec, 2004) ».

De nombreux documents produits par le MSSS mentionnaient que la réforme s'appuyait sur deux principes directeurs, soit la hiérarchisation des services et la responsabilité populationnelle. Ce vocabulaire, bien que non officialisé dans les lois, a été intégré rapidement dans le discours des gestionnaires. L'emploi de l'expression « responsabilité populationnelle » par plusieurs leaders est devenue une norme acceptée. L'expression « responsabilité populationnelle » a été rapidement intégrée dans le discours des gestionnaires.

Pourquoi les dirigeants du réseau sanitaire québécois ont choisi de se lancer dans des changements importants afin d'intégrer davantage la responsabilité populationnelle dans leur pratique? Certes, la loi attribuait le mandat d'être responsable de la population de leur territoire. Toutefois, plusieurs réformes antérieures ont imposé des orientations aux organisations sans qu'elles soient implantées dans le discours et les pratiques. Dès le départ, leur nouveau mandat de responsabilité populationnelle a été pris au sérieux par les Agences, les corporations professionnelles et des leaders du réseau de la santé. Malgré certaines résistances initiales, le projet de réforme a suscité une adhésion assez étendue de la part de l'ensemble des parties prenantes, notamment auprès du corps médical (Roy D.A., 2006). Plusieurs acteurs ont joué des rôles clés dans cette volonté d'intégrer ce nouveau mandat dans leur pratique. Ils ont été dynamiques par l'organisation de plusieurs conférences afin de mieux comprendre les enjeux de la réforme. Malgré un mandat

grandement structuré par des pressions environnementales, plusieurs leaders ont créé une dynamique volontariste afin d'intégrer cette nouvelle responsabilité dans leur fonction. Il y a eu rapidement un consensus à l'effet que cette orientation était la stratégie à mettre en place pour assurer la pérennité du système de santé québécois. Cette réforme était en adéquation avec les problématiques de santé actuelles, notamment l'augmentation des maladies chroniques et une volonté d'intégrer davantage des activités préventives, afin d'agir en amont des maladies. La majorité des acteurs adhéraient à la vision de la réforme. Malgré une grande pression coercitive initiale, plusieurs d'entre eux se sont impliqués à la réalisation de cette réforme. Nous discutons plus tard dans ce chapitre des pressions cognitives et normatives qui ont orienté les comportements des CSSS.

### **Contrôle des ressources et détermination des priorités**

Le MSSS jouait un rôle structurant en contrôlant les ressources dont disposaient l'Agence et les CSSS. Le MSSS allouait un financement en définissant les enveloppes budgétaires attribuées aux différents secteurs d'activités. L'Agence et les CSSS avaient peu de marge de manœuvre pour utiliser les sommes allouées à d'autres fins que celles prescrites par le MSSS. Le cadre financier des CSSS était très encadré par les balises des niveaux de gouverne supérieure. D'ailleurs, pendant notre période d'observation, la majorité des ressources étaient allouées sur une base historique et selon des secteurs d'activités très précis. En conséquence, les CSSS disposaient de peu de marge de manœuvre financière pour développer des projets en dehors des activités prioritaires pour le MSSS. En plus, les budgets de développement étaient très limités et la majorité de ceux-ci étaient fixés en regard d'objectifs précis.

Aussi, en même temps que la mise en place des CSSS, l'État a introduit les ententes de gestion. Celles-ci créaient des pressions coercitives en orientant fortement les stratégies d'action des CSSS. D'ailleurs, pendant notre période d'observation, plusieurs objectifs étaient formulés en termes de volume de services à produire.

Les ententes de gestion exerçaient des pressions environnementales en orientant le développement de l'offre de services des CSSS. Certains secteurs d'activités étaient plus structurés que d'autres, notamment, les objectifs quant aux volumes de chirurgies électives étaient très contraignants. Aussi, nous avons observé que graduellement, les gestionnaires de CSSS utilisaient les ententes de gestion pour nuancer plus activement les pressions environnementales qu'ils subissaient. Les dirigeants des CSSS ont graduellement introduit des annexes aux ententes de gestion, permettant de nuancer et d'expliquer davantage les résultats atteints. Les dirigeants s'appuyaient sur des données contextuelles locales, afin d'expliquer les écarts avec les objectifs fixés. Bien qu'initialement, les ententes de gestion étaient utilisées de manière coercitive, progressivement, les gestionnaires de CSSS ont utilisé cet outil de gestion pour négocier certaines pressions qu'ils subissaient. En conséquence, au départ, les ententes de gestion étaient perçues comme étant très structurantes et graduellement, elles étaient perçues comme étant moins contraignantes.

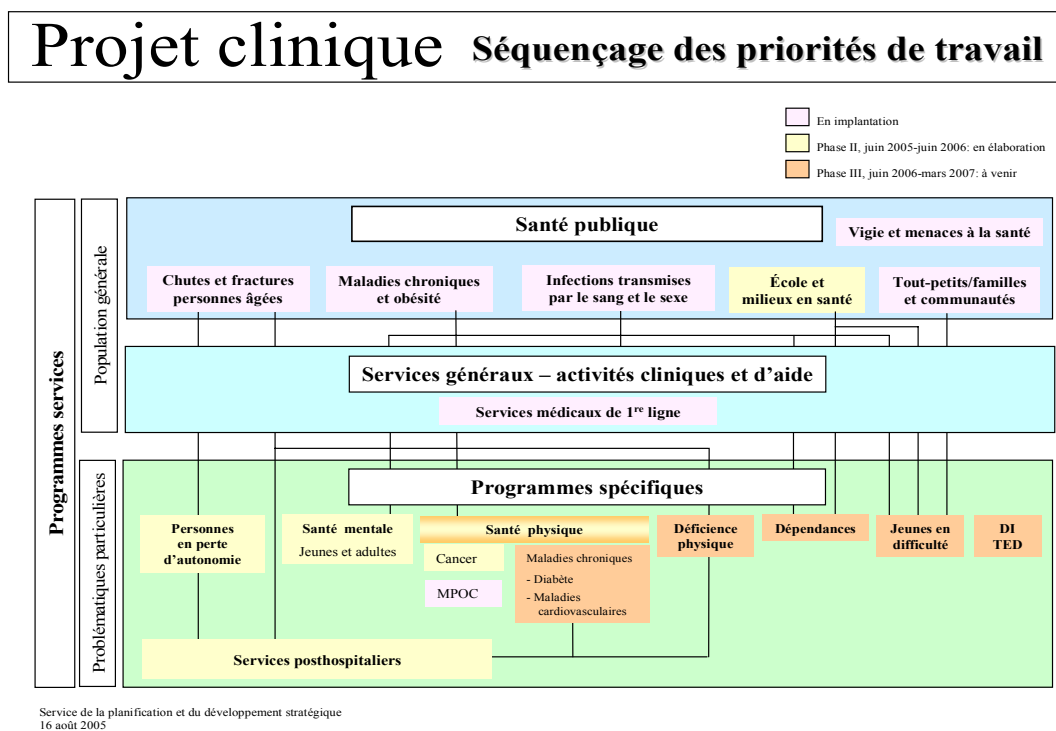
Aussi, les priorités définies par le MSSS et l'Agence déterminaient en grande partie les orientations des CSSS. Par exemple, les CSSS subissaient énormément de pressions des niveaux de gouverne supérieure pour prioriser les urgences, les infections nosocomiales et les listes d'attente des chirurgies. Selon un directeur : « nous subissons beaucoup de pression sur l'urgence et les infections nosocomiales, les listes d'attente en chirurgie ». Les CSSS étaient obligés de répondre à ces commandes. Selon un dirigeant de l'Agence : « on avait reçu des indications pour contrôler les urgences par le MSSS. Trop souvent Montréal est hors contrôle pour les urgences. Montréal doit prendre une position drastique (notes d'observation, 18 avril 2007) ». Cette thématique structurait grandement les échanges. Selon un dirigeant de l'Agence :

« Il faut mettre la gestion des urgences au cœur de nos activités. Il va y avoir une rotation des membres du comité. Aussi, la création d'une table des chefs d'urgences, pas juste des urgentologues, mais aussi des gens autour des urgences, des gestionnaires, des chefs d'unité. Il va y avoir un point statutaire gestion des urgences au CGRM. Une rencontre sur deux, on va inviter les DG des CH pour faire un suivi des urgences. Nonobstant toute les priorités qu'on a, les urgences sont le filtre à travers lequel on va améliorer l'ensemble de nos activités (notes d'observation, 18 avril 2007) ».

L'amélioration des services d'urgence était une priorité de l'Agence et elle se reflétait au sein de toutes les organisations sanitaires du réseau montréalais.

En plus de ces priorités, le MSSS a identifié trois clientèles prioritaires au début de la réforme: la santé mentale, les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement et les personnes souffrant d'un cancer. En lien avec ces priorités, l'Agence a élaboré un plan de travail régional pour orienter les CSSS dans le développement des différents RLS. Ce plan déterminait une séquence d'activités selon trois phases temporelles (voir figure 4). Il déterminait grandement le plan de travail des CSSS de la région afin qu'ils développent les mêmes programmes et ce, en même temps.

Figure 5 : Séquençage des priorités de travail de l'Agence



Source : Agence de Montréal 2005

Au départ, l'Agence obligeait les CSSS à déposer des rapports d'étape en lien avec le développement de leur projet clinique. D'ailleurs, à l'automne 2005, tous les CSSS ont



déposé leur premier plan d'affaires (ou projet clinique phase 1) à l'Agence. Cette obligation de déposer des rapports d'étape s'est transformée au fil de l'expérimentation. Étant donné les nombreux dossiers sur lesquels les CSSS devaient travailler en parallèle, notamment le plan contre une pandémie, l'Agence a reporté à plusieurs reprises ce délai. D'ailleurs, selon un DG de CSSS « On passe notre temps à reporter les échéanciers (CGRM 29 mai 2007) ». Au départ, l'Agence exerçait des pressions plus coercitives dans le processus de développement lié au projet clinique et graduellement, elle accordait davantage de marge de manœuvre aux CSSS. À la fin de nos observations, la demande de déposer des rapports d'étape liés au développement du projet clinique était une activité volontaire. Les priorités demeuraient très structurantes mais les exigences liées au projet clinique dans son ensemble demeuraient moins contraignantes. En conséquence, nous avons observé que certaines pressions coercitives ont évolué vers des pressions cognitives et normatives au cours de l'expérimentation. Ainsi, certaines pressions se sont atténuées en intensité au fil du processus d'évolution des CSSS.

### **Orientations imposées**

L'une des fonctions principales de l'État est de donner aux CSSS les grandes orientations à suivre. Dans quelques situations, les demandes laissaient peu de marge de manœuvre aux CSSS. Ils avaient l'obligation d'initier le processus d'implantation, dont notamment de planifier le transfert des ressources de deuxième ligne vers la première ligne en santé mentale, de planifier la gestion des admissions de longue durée au niveau local, de créer des ressources intermédiaires sur leur territoire et de développer des mécanismes d'orientation des clientèles orphelines. Cette liste n'est pas exhaustive, mais présente des exemples de dossiers sur lesquels les CSSS ont eu l'obligation de s'investir de manière prioritaire.

D'une part, les CSSS de la région de Montréal avaient l'obligation de participer et d'initier des travaux liés au transfert des ressources de deuxième ligne en santé mentale vers les CSSS. Cette restructuration du réseau santé mentale avait été complétée dans les autres régions du Québec et le MSSS jugeait que l'Agence de Montréal devait entreprendre

ce virage. L'Agence avait ce mandat et imposait par le fait même cette orientation aux CSSS de la région. Selon un dirigeant de l'Agence : « certains soulignent le défi de gérer les résistances de la part des CH qui verront les CSSS comme des prédateurs tentant de siphonner leurs ressources (Notes d'observation, 12 octobre 2005) ». Selon un autre dirigeant : « je comprends pourquoi on a appelé ça la force des liens quand on voit l'attachement de certains CH aux ressources. On va se donner un mécanisme de coordination interne ». L'Agence proposait la création d'équipes de santé mentale de première ligne dans chacun des douze CSSS. Pendant nos observations, cette pression coercitive, bien que structurante, n'avait pas été mise en application. Par contre, les CSSS avaient l'obligation de participer aux travaux entourant la mise en place de cette stratégie au niveau local.

Également, dans le cadre des travaux sur la gestion des admissions en soins longue durée, l'Agence a décidé de transférer les admissions au niveau local. L'Agence a choisi de confier progressivement aux CSSS la gestion des admissions et des inscriptions en hébergement institutionnel et non institutionnel pour la clientèle de leur territoire. Cette stratégie était en lien avec leur responsabilité territoriale. Selon un dirigeant de l'Agence : « la responsabilité populationnelle amène à faire davantage, en regardant les gens par code postal. Toute personne avec un code postal correspondant à un territoire X et on va fonctionner avec l'agent attitré à ce territoire » (Notes d'observation, 6 septembre 2006). Cette orientation était imposée aux CSSS. Par ailleurs, cette vision de confier la gestion des admissions au niveau local permet d'extrapoler qu'éventuellement les CSSS disposeront de plus de marge de manœuvre pour admettre les résidents de leur territoire.

Aussi, en mai 2005, le MSSS dévoilait son plan d'action destiné aux aînés en perte d'autonomie. L'objectif jusqu'en 2010 était de favoriser l'émergence de projets qui pourraient représenter des alternatives à l'hébergement institutionnel. Le MSSS proposait « de geler le nombre de places en hébergement- qui seraient réservées aux cas les plus lourds- et d'offrir aux personnes âgées plus autonomes des formules alternatives d'hébergement et une gamme élargie de services de soins à domicile (Direction réseau, 14 septembre 2005) ». En lien avec cette orientation, l'Agence a choisi d'investir dans la

création de ressources intermédiaires. Elle prévoyait le développement de 1355 places en ressources non institutionnelles pour les 65 ans et plus d'ici 2009. Par ailleurs, l'Agence planifiait une diminution de 792 places d'hébergement dans la région et prévoyait une augmentation de 10 336 personnes en soins à domicile. L'Agence orientait ses choix par la fermeture des bâtiments vétustes. Selon un dirigeant de l'Agence, étant donné la possibilité d'élection provinciale au cours de l'année, les prévisions de fermetures n'étaient pas annoncées, malgré les décisions prises. Par contre, de nombreuses annonces de financement de ressources intermédiaires ont été annoncées dans les différents CSSS au cours de l'année. Pendant notre période d'observation, tous les CSSS de la région avaient l'obligation de soumettre au moins un projet de ressources intermédiaires sur leur territoire. Ainsi, l'Agence structurait grandement les investissements des CSSS dans cette priorité régionale.

Pendant notre période d'observation, l'Agence avait l'obligation de compléter le plan régional contre une pandémie d'influenza pour le 31 mai 2006, suivi par les plans locaux dus le 30 juin 2006. Les délais imposés ont entraîné un ralentissement dans de nombreux dossiers parallèles. Ceci ajoutait une lourdeur bureaucratique et des tâches à effectuer, en plus des activités reliées à la transformation. L'approche adoptée pour ce dossier était autoritaire « de haut en bas ». Selon l'un des DG, ce dossier a entraîné un sentiment de stress au sein des organisations : « (...) les gens sont nerveux. Il y a beaucoup de travail et ça génère un sentiment d'urgence (Notes d'observation 19 avril 2006) ». Les CSSS avaient l'obligation de travailler à la rédaction d'un plan local contre une pandémie d'influenza.

Également, les CSSS avaient le mandat de développer un plan d'action pour orienter les clientèles orphelines médicales. Selon un dirigeant de l'Agence : « il y a beaucoup d'appels du MSSS transférés à l'Agence pour trouver un médecin de famille. Vous êtes responsable de votre population. Vous devez avoir un plan de prise en charge de la clientèle orpheline d'ici juin (Notes d'observation, 2 mai 2007) ». Selon un autre dirigeant « avec la réforme, on souhaite que chaque CSSS mette en place des modalités pour matcher la clientèle orpheline vulnérable avec un médecin de famille (Notes d'observation, 18 avril

2007) ». Le MSSS et l'Agence obligeaient les CSSS à développer des mécanismes pour orienter les clientèles orphelines sur leur territoire. Cette commande était une autre priorité imposée au CSSS. « La responsabilité de prise en charge, c'est la vôtre. Je veux que vous ayez dans chacun de vos CSSS, une prise en charge des patients qui appellent pour avoir un médecin de famille. L'une de vos priorités devrait être de trouver un médecin pour les clientèles orphelines. Moi ma réforme, c'est la coordination». Bien que les CSSS avaient l'obligation d'élaborer une stratégie en regard de cette commande gouvernementale, ils disposaient d'une certaine liberté dans les stratégies mises en place.

En somme, plusieurs pressions coercitives ont structuré le développement des CSSS. En plus, certaines pressions ont évolué, passant de pressions coercitives vers des pressions davantage cognitives et normatives, en laissant un peu plus de marge de manœuvre aux CSSS dans la manière de s'y soumettre. Par exemple, le caractère autoritaire lié au respect du séquençage des priorités de l'Agence a évolué au cours du temps. Avec le temps, cette pression a évolué vers une pression cognitive et normative, laissant émerger davantage de variabilité entre les CSSS de la région. Par ailleurs, certaines priorités de l'État sont demeurées très coercitives, notamment l'urgence, les listes d'attentes et les infections nosocomiales qui sont demeurés des incontournables pour l'État.

## **5.2 Les pressions cognitives**

Les pressions cognitives réfèrent aux croyances et visions suggérées. Face à l'incertitude, les organisations cherchaient à s'inspirer des stratégies proposées par les acteurs gravitant dans leur environnement. Nous présentons les pressions cognitives selon deux catégories : a) les rassemblements qui exposent à des représentations communes et b) les stratégies d'action suggérées.

### **Les rassemblements qui exposent à des représentations communes**

De nombreux événements ont eu lieu au niveau provincial et régional au cours des premières années suivant la création des CSSS, afin d'aider les gestionnaires à donner un

sens à la réforme. L'une des organisations agissant comme leader dans le développement de ces activités était l'Association québécoise des établissements de santé et des services sociaux (AQESSS). Au printemps 2005, l'AQESSS naissait de la fusion de l'Association des hôpitaux du Québec et de l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec. La nouvelle organisation ainsi créée est devenue le porte-parole de quelques 140 établissements membres, dont les 95 CSSS. Cette association avait plusieurs mandats, dont notamment «de rassembler, de représenter et de soutenir tous les établissements membres de l'Association dans l'exercice de leur mission (...) et de contribuer au développement des réseaux intégrés de santé et de services sociaux dans une perspective de responsabilité populationnelle (AQESSS, 2007).»

L'AQESSS, tout comme plusieurs autres acteurs gravitant dans le champ organisationnel, ont été très dynamiques pour soutenir les CSSS dans l'appropriation de la réforme. Par exemple, le Centre d'expertise de l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke et le MSSS ont organisé, au printemps 2005, un événement d'envergure au Centre des congrès : *le rendez-vous des réseaux locaux de services*. Près de huit cents personnes assistaient à cet événement sous le thème « *tous pour un réseau* ». Il se voulait un moment privilégié de rencontre des autorités ministérielles, des dirigeants des CSSS, des cliniciens ainsi que des partenaires qui se sont engagés dans la mise en place des réseaux locaux de services. Ce colloque visait à partager une même vision des réseaux locaux de services et une compréhension commune des principales dimensions du projet clinique. À l'automne 2006 avait lieu le 2<sup>e</sup> rendez-vous sur les réseaux locaux de services. La présence élevée de gestionnaires à ces rendez-vous démontre l'engouement et l'intérêt de développer une meilleure compréhension de la réforme. Les Associations ont été très dynamiques au cours des premières années de vie des CSSS pour soutenir les dirigeants dans cette transformation. Beaucoup d'information leur a été fournie, en plus des canevas sur les méthodes de planification. Ces activités ont contribué à développer une compréhension commune des enjeux de la réforme. Aussi, tel que discuté dans la section précédente, ce dynamisme a contribué au volontarisme d'intégrer la responsabilité populationnelle dans leur pratique, malgré une commande législative.

Aussi, l'Agence de Montréal a organisé plusieurs formations destinées aux gestionnaires du réseau. Les différentes formations et colloques permettaient d'influencer les représentations des gestionnaires. Les dirigeants des établissements sanitaires montréalais étaient exposés à des pressions communes. Plusieurs de ces formations portaient sur la transformation de la première ligne médicale afin de mieux prendre en charge leur population. Par exemple, durant l'été 2005, l'Agence a invité tous les DG de CSSS à se rendre en Californie pour prendre connaissance du modèle *Kaiser Permanente*. De plus, à l'automne 2005, l'Agence a organisé une journée d'information sur ce modèle. Selon le journal de l'Agence : « ils étaient tous là. D'abord les médecins: les représentants du DRMG, des fédérations médicales, les directeurs des services professionnels et les présidents des CMDP des CSSS. Puis les dirigeants: les directeurs généraux des CSSS et des hôpitaux, les représentants de l'Agence et l'équipe sous-ministérielle (Direction Réseaux, 2 décembre 2005) ». Selon un dirigeant de l'Agence, « cette présentation vise à concrétiser davantage l'approche populationnelle » (Notes d'observation, 12 octobre 2005). L'Agence a également organisé, à l'automne 2006, un colloque sur l'organisation des services de première ligne à Barcelone. Selon l'Info-CA de l'Agence, « près de 150 personnes ont assisté à l'événement et toutes semblent avoir apprécié les présentations des conférenciers de la ville de Barcelone. Cet intérêt est directement lié au fait que le modèle d'organisation des services de première ligne mis en place dans cette ville ressemble à plusieurs égards à celui que nous souhaitons implanter à Montréal » (Notes d'observation, 12 décembre 2006). L'expérience tirée de ces modèles internationaux nous semble au centre des réflexions de l'Agence en matière d'organisation des soins et services et des politiques qu'elle souhaite adopter dans ce domaine.

Aussi, au cours des premières années de développement des CSSS, il y avait une grande pression par les pairs afin de développer des représentations communes quant aux stratégies à implanter. Les CSSS cherchaient à organiser de nombreux moments d'échanges afin de connaître leurs stratégies respectives et s'influencer mutuellement. Nous avons observé un grand désir des CSSS de développer des stratégies semblables. À Montréal, malgré le grand nombre de rencontres formelles organisées par l'Agence à plusieurs

reprises, des directeurs ont organisé des rencontres informelles, afin de connaître et d'échanger sur leur plan d'action. Par exemple, les responsables du développement du projet clinique se sont fréquemment rencontrés afin de discuter des différentes stratégies anticipées. Selon un directeur du projet clinique «il n'y a plus de place pour ça aux rencontres formelles». Ces rencontres permettaient de définir graduellement des normes communes. Aussi, les directeurs responsables de la clientèle de personnes âgées en perte d'autonomie liée au vieillissement (PPALV) ont convenu d'entreprendre une démarche de concertation et d'harmonisation visant essentiellement à convenir d'une définition commune du modèle de dispensation des services. Les CSSS de la région ont fait une demande officielle à l'Agence afin d'obtenir une chargée de projet pour les soutenir dans une démarche d'harmonisation des services à domicile et des services destinés aux personnes âgées en perte d'autonomie liée au vieillissement. Également, les présidents des conseils d'administration (CA) des CSSS ont entrepris des démarches auprès de l'Agence afin d'avoir une tribune d'échange. Suite à cette demande, un comité régional regroupant les présidents des CA des CSSS a été mis en place. Ce comité leur permettait d'échanger entre eux. En conséquence, le désir de mettre en place des espaces pour discuter de leurs stratégies d'action au sein des différents CSSS de la région était très présent. Par le biais de différents comités formels et informels, les dirigeants étaient influencés par les mêmes croyances et visions et s'influençaient mutuellement. Ils développaient ensemble de nouvelles stratégies à mettre en place. À travers ces espaces d'interactions émergeaient des pressions cognitives qui orientaient les stratégies à développer.

### **Les stratégies d'action suggérées**

Plusieurs acteurs du système de santé québécois ont proposé différentes stratégies d'action pour répondre à la responsabilité populationnelle. Ces suggestions créaient des pressions cognitives sur les CSSS en influençant les choix des actions à privilégier. Par ailleurs, bien que ces pressions cognitives orientaient les stratégies d'action à mettre en place, les gestionnaires disposaient d'une certaine marge de liberté afin de choisir de s'y investir. Leur degré de liberté variait selon l'acceptation de ce comportement par les

différents acteurs comme étant la norme socialement acceptable. Nous discutons dans la prochaine section des pressions normatives qui, dans plusieurs situations, sont conjuguées à des pressions cognitives. Aussi, certaines pressions cognitives ont également évolué vers des pressions coercitives, puisque l'État imposait la proposition à l'ensemble des CSSS.

Nous présentons différentes stratégies d'action suggérées par les acteurs gravitant dans le système de santé québécois. Les stratégies d'action présentées ne sont pas exhaustives, mais présentent des idées diffusées dans l'environnement pour répondre à la responsabilité populationnelle.

*Accompagner les cliniques médicales de leur territoire vers de nouveaux modèles organisationnels de première ligne*

Le MSSS et l'Agence véhiculaient un discours à l'effet qu'un des nouveaux rôles que devraient assumer les CSSS étaient d'accompagner les cliniques médicales de leur territoire vers des nouveaux modèles organisationnels de première ligne, notamment les groupes de médecine de famille (GMF)<sup>2</sup> et les cliniques réseaux (CR)<sup>3</sup>. Le MSSS finançait les GMF et les CR étaient des modèles organisationnels développés par l'Agence, financées par celle-ci. D'ailleurs, l'Agence encourageait davantage le développement des CR au début de la réforme. Selon un DG de CSSS « le modèle développé sera davantage le modèle clinique réseau, mais ne sera pas un modèle GMF, car ce n'est pas le modèle GMF qu'on veut développer ». Le message véhiculé au début de la réforme était que le modèle CR était mieux adapté au contexte montréalais.

---

<sup>2</sup> GMF : Groupe d'une dizaine de médecins omnipraticiens et de deux infirmières offrant des services à environ 15 000 personnes. Les médecins et les infirmières travaillent en collaboration pour offrir un éventail de services préventifs et curatifs, assurer la prise en charge des patients et la collaboration des soins avec les équipes des CLSC, des réseaux intégrés de services et les services spécialisés de deuxième et troisième ligne (Tousignant P. et al., 2005).

<sup>3</sup> CR : les cliniques réseaux sont des cliniques médicales qui acceptent de jouer un rôle de coordination et de liaison avec le CSSS de leur réseau local de services. Ainsi, ils doivent rendre accessible aux médecins omnipraticiens de leur territoire et leurs patients les plateaux techniques et médecins spécialistes de l'hôpital avec lequel ils ont développé un corridor de services privilégié (Agence de santé et des services sociaux de Montréal, 2006). La CR donne accès à une gamme complète de services médicaux de première ligne accessible à des plages horaires étendues.



L'État entrevoyait un nouveau rôle pour les CSSS, soit de convaincre les médecins œuvrant en cliniques privées d'accréditer leur clinique de CR ou de GMF et de les accompagner dans le processus de transformation. Cette vision était partagée par plusieurs acteurs. Ils considéraient que la réforme amenait les CSSS à établir des liens plus étroits avec les organisations de première ligne. Pour y arriver, l'une des croyances était de faciliter le développement de GMF et de CR. Ainsi, l'une des représentations qui était diffusée dans le champ organisationnel était de favoriser ces nouveaux modèles organisationnels de première ligne afin d'améliorer la prise en charge de la population de leur territoire. L'Agence assurait un étroit suivi de l'évolution de ce dossier au sein des différents CSSS de la région. Elle encourageait fortement les CSSS de la région à mettre en place cette vision. Elle diffusait un tableau comptabilisant le nombre de GMF et CR mensuellement.

#### *Mettre en place des cliniques réseaux intégrées (CRI)*

Pendant notre période d'observation, l'Agence a travaillé au développement d'un nouveau modèle de première ligne, les *cliniques réseaux intégrés* (CRI). La vision des dirigeants de l'Agence étaient de développer un modèle qui serait mieux adapté à la prise en charge de la population. En lien avec cette orientation, un groupe de travail a été créé. Il avait le mandat d'élaborer un cadre de référence pour l'implantation des équipes multidisciplinaires. Le comité était composé de: deux représentants de l'Agence, deux Directeurs des services professionnels de CSSS, deux directeurs de programmes services généraux, deux DG de CSSS, de même que deux représentants du DRMG. Pendant la rédaction de ce document, l'un des dirigeants de l'Agence proposait « de commencer à en discuter à vos CA, semer une graine en terme de nouvelle réflexion » (Notes d'observation, 19 avril 2006). D'ailleurs, le président directeur général de l'Agence a présenté la vision des cliniques réseaux intégrées (CRI) à tous les CA des CSSS de la région. La majorité des dirigeants de l'Agence croyaient grandement aux potentiels des CRIs « il faut semer l'idée que la CRI peut avoir un impact positif sérieux sur la qualité des services. On a à vendre la

CRI aux syndicats » (Notes d'observation, 21 mars 2007). Aussi, la majorité des DG de CSSS étaient convaincus du projet CRI.

*Mettre en place un centre d'éducation à la santé (CES)*

Une autre croyance qui a émergé avec la réforme était que les CSSS devaient mettre en place des mécanismes afin de développer les capacités des personnes à reconnaître et agir sur les facteurs qui influencent leur état de santé. Cette vision était de faciliter le développement de saines habitudes de vie dans la population. En lien avec cette conception, l'Agence a développé le projet des centres d'éducation à la santé (CES) pour soutenir les CSSS. L'Agence s'était inspirée des centres développés à Dublin. C'était une stratégie de renforcement des pratiques cliniques préventives en CSSS. Selon le journal de l'Agence «les centres d'éducation pour la santé représentent une des premières manifestations de l'approche populationnelle à Montréal » (Direction Réseaux, 3 février 2006). Selon un dirigeant de l'Agence : « Il faut que ce projet permette l'empowerment des personnes, la prise en charge de leurs problèmes ou de leurs soins. J'ai accepté d'investir dans cela pour cela. C'est bien l'éducation des médecins, mais il faut penser à l'éducation des patients ici » (Notes d'observation, 26 octobre 2005).

L'Agence avait décidé d'accorder à chaque CSSS un financement pour les aider à implanter ce centre, avec un montant récurrent à chaque année. Par contre, le financement de l'Agence ne permettait pas de couvrir l'ensemble des frais liés à ce projet. Selon un dirigeant de l'Agence : « vous recevez chacun 100 000 \$ pour ce projet, combien allez-vous mettre pour développer ce projet? » (Notes d'observation, 26 octobre 2005). Initialement, ce projet avait été présenté aux CSSS de la région comme une suggestion. Par ailleurs, rapidement, les CSSS ont été obligés de participer à ce projet. La mise en place d'un CES pour les CSSS de la région était devenue une obligation. À travers le temps, ces pressions cognitives ont évolué vers des pressions plus structurantes (coercitives), limitant la capacité des CSSS de choisir de s'y investir. Les douze CSSS de la région ont implanté un CES proposé par l'Agence. Les variations entre les CSSS sont très faibles et réfèrent à une légère adaptation locale en regard de l'implantation.

*Mettre en place un projet en lien avec une maladie chronique*

Le nouveau contexte sanitaire est marqué par l'émergence des maladies chroniques et ces pathologies représentent une grande partie des besoins de la population. Plusieurs discussions au sein des différents comités régionaux ont porté sur la prise en charge des malades chroniques. Cette préoccupation était très présente dans le discours. Ainsi, afin d'accompagner certains CSSS dans le développement d'un guide de pratique pour une maladie chronique, la Direction de santé publique de Montréal, en collaboration avec le groupe de recherche en gestion thérapeutique (GRGT), a développé un projet de « consortium portant sur la gestion thérapeutique des maladies chroniques ». D'ailleurs, selon un DG de CSSS, « l'un des enjeux fondamentaux de la réforme est lié aux protocoles de soins » (Notes d'observation, 7 décembre 2005). L'objectif de ce projet axé sur les maladies chroniques était de développer, d'implanter et d'évaluer avec les CSSS, des approches optimales de gestion des problèmes chroniques de santé. Les CSSS subissaient des pressions cognitives à l'effet de participer à ce projet. Les CSSS intéressés étaient accompagnés dans le développement et la mise en place d'un plan d'action permettant une meilleure prise en charge d'une maladie chronique. Si le CSSS choisissait de participer, le projet structurait les actions élaborées.

*Mettre en place un programme de promotion de la santé destiné aux employés*

Une des représentations véhiculées par l'environnement était que les CSSS devaient non seulement développer des stratégies pour améliorer la santé de leur population mais également de leurs employés. Cette vision suggérait que l'un des rôles des CSSS était de mettre en place des stratégies pour encourager leurs employés à adopter de saines habitudes de vie et de mettre à leur disposition des stratégies leur permettant d'améliorer leur santé. En lien avec cette conceptualisation, l'Agence de Montréal a proposé au CSSS un programme de promotion de la santé du personnel. Ce programme visait à implanter une approche globale en promotion de la santé et à cibler principalement les habitudes de vie. L'Agence planifiait partager le coût lié à l'implantation de ce programme qui était évalué à 200 \$ par année par employé pour une durée de trois ans. Elle proposait de contribuer

jusqu'à 100 \$ par employé y participant, en fonction de l'enveloppe régionale (Notes d'observation, 22 mars 2006). Cette stratégie de promotion de la santé destinée aux employés était une innovation développée par l'Agence en réponse à la responsabilité populationnelle et aux coûts élevés liés aux dépenses d'assurance salaire. Étant donné les sommes importantes liées à l'implantation de ce programme de promotion de la santé, les CSSS avaient le choix de participer à ce programme.

### *Être reconnu comme un Hôpital promoteur de santé*

L'une des idées qui a émergé avec la responsabilité populationnelle était que les CSSS soient reconnus comme des établissements promoteurs de santé. Cette idée a été développée par l'OMS dans le cadre de ses travaux sur les *Hôpitaux promoteurs de santé* (HPS). Les projets HPS visent à intégrer les notions, les valeurs et les normes de promotion de la santé dans la structure et la culture organisationnelle des hôpitaux et plus largement, des établissements de santé (Agence de santé et des services sociaux de Montréal, 2008). En conformité avec la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, ils cherchent à améliorer la santé des usagers et du personnel et à favoriser le développement de milieux sains et la coopération avec la communauté.

Depuis juin 2005, l'Agence est responsable du développement et de la coordination du Réseau régional HPS de Montréal. Elle encourage les CSSS à entreprendre des démarches afin d'être reconnus comme établissement promoteurs de santé. D'ailleurs, l'Agence donne des accréditations à des CSSS et des hôpitaux de la région selon les mêmes critères que ceux utilisés par l'OMS. Selon le journal *Direction Réseaux* : «l'Agence souhaite que la région devienne un chef de file au plan international en matière d'intégration de la promotion de la santé dans les activités cliniques des CSSS et des hôpitaux » (7 octobre 2005). Elle s'est engagée à rehausser progressivement et à protéger des budgets alloués aux CSSS, à attribuer un budget récurrent de 25 000 \$ à chaque CSSS qui créait un poste de cadre supérieur responsable de la promotion/prévention et à financer la participation du responsable de la promotion/prévention de chaque CSSS à une session de formation de trois jours organisée par l'OMS à Dublin. Afin de faire connaître ce

concept, elle a organisé, en collaboration avec le Bureau européen de l'Organisation mondiale de la santé, un colloque « Intégrer la prévention au cœur des activités cliniques: un défi à relever » à l'hiver 2005.

L'Agence assurait la coordination régionale du « réseau montréalais des CSSS et des hôpitaux promoteurs de santé ». Elle accompagnait les établissements souhaitant devenir membre de ce regroupement. Selon un document de l'Agence : « elle soutient l'implantation des normes de promotion de la santé dans les établissements de santé, rédige un rapport annuel sur les expériences d'implantation au sein des établissements membres du réseau, soutient les organisations pour la transmission, à la banque de données HPS, d'informations pertinentes sur les projets de promotion de la santé entrepris individuellement par chacun des établissements membres, produit des feuillets d'information sur les HPS, fournit un soutien technique et des conseils sur les stratégies d'implantation, de suivi ou d'évaluation et contribuait à la coordination et aux activités des groupes de travail internationaux (Agence de santé et des services sociaux de Montréal, 2008) ». En conséquence, l'Agence encourageait grandement les établissements de la région à entreprendre des démarches pour être reconnus comme établissements promoteurs de santé.

*Être reconnu comme une organisation « verte et en santé »*

L'une des visions qui a également émergé avec la réforme était que les CSSS avaient un rôle environnemental à jouer. Cette vision était novatrice. Les CSSS étaient encouragés par l'Agence à mettre en place des stratégies « vertes ». D'ailleurs, l'Agence a implanté des stratégies afin d'être reconnue comme une « Agence verte et en santé ». Selon l'Info-Ca de l'Agence : « le projet Agence verte et en santé vise à favoriser des façons de faire protégeant l'environnement et des habitudes de vie et de consommation qui améliorent la santé des employés » (20 juin 2006). L'Agence a rédigé un plan stratégique de soutien au développement durable et à la santé des employés. Elle encourageait les CSSS à s'impliquer dans des projets écologiques. Selon un dirigeant de l'Agence: « pour l'Agence, c'est tout à fait naturel de soutenir ce programme. J'en suis particulièrement fier. Santé et

développement durable: un lien indissociable » (Direction Réseaux, 6 octobre 2006). Les CSSS subissaient des pressions cognitives à l'effet de mettre en place des projets verts et en santé localement. L'environnement régional véhiculait l'idée que c'était un nouveau rôle des CSSS.

En résumé, les différentes pressions cognitives exposent les CSSS à des croyances et visions communes. Les CSSS sont influencés par les mêmes idées pour intégrer davantage la responsabilité populationnelle. Ces pressions cognitives, bien que structurantes, laissent place à une certaine marge de manœuvre quant à la sélection des actions à concrétiser. Dans cette section, nous avons présenté différentes stratégies d'action proposées par l'environnement dans lequel gravitent les CSSS. Ces pressions créent de la convergence dans le choix des stratégies d'action, mais laissent place à une réflexion stratégique adaptée au contexte local. En lien avec leur nouvelle responsabilité, l'Agence a grandement accompagné les CSSS dans leur développement en proposant nombreuses stratégies d'action pour répondre à leur mandat populationnel. Face à l'incertitude, les CSSS ont cherché à s'inspirer des propositions suggérées par les différents acteurs de l'environnement.

### **5.3 Les pressions normatives**

Les pressions normatives proviennent des forces qui définissent les comportements socialement acceptables. Elles proviennent des propositions qui sont acceptées par un ensemble d'acteurs comme étant ce qui doit être fait. Nous présentons ces pressions selon deux catégories : a) les guides de pratique et b) les pressions cognitives qui deviennent également des pressions normatives lorsqu'elles sont acceptées par plusieurs acteurs.

#### **Les guides de pratique**

Le MSSS, les Agences et les associations ont produit plusieurs documents pour guider et structurer les stratégies d'action des CSSS. Par exemple, en appui au développement de différents RLS, le MSSS a développé des documents présentant les

orientations et les balises à implanter. Entre autres, le MSSS a publié «Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie » et «Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : Les forces des liens ». Ces documents présentaient plusieurs éléments à mettre en place, dont les composantes organisationnelles, cliniques et administratives.

Au niveau régional, l'Agence a rédigé plusieurs documents qui partageaient les mêmes balises provinciales. Par exemple, l'Agence a élaboré, en mars 2005, un document présentant les enjeux, les perspectives et les balises régionales pour les services destinés aux PPALV. Ce document présentait et décrivait les différentes composantes à mettre en place dans le RLS PPALV, dont notamment, un guichet d'accès unique, la fonction de gestionnaire de cas, un outil d'évaluation multi clientèle, un outil de détection des personnes vulnérables, un plan de soins intégrés et l'implantation de ISO-SMAF. Ces documents régulaient les pratiques implantées dans le développement des différents RLS.

L'AQESSS a également produit de nombreux guides d'orientation à l'intention des CSSS. Elle a offert plus d'une trentaine de séances d'appropriation du projet d'organisation clinique (juin à septembre 2005) dans différentes régions du Québec. Également, plus d'une trentaine de séances d'appropriation du document ministériel portant sur « l'Offre de services en première ligne en santé mentale » ont été données à des gestionnaires. Ces différents guides ont structuré les stratégies développées au sein des différents CSSS. Ils exerçaient une fonction normative.

### **Les pressions cognitives qui deviennent également des pressions normatives lorsqu'elles sont partagées par plusieurs acteurs**

Certaines pressions cognitives sont également d'ordre normatives. Dans quelques situations, les éléments suggérés subissent à la fois des pressions cognitives et normatives. À travers le temps, lorsque la pratique est partagée par un ensemble d'acteurs, la recommandation agit également à titre de pression normative sur les CSSS. Par exemple, la croyance de s'investir au niveau de l'organisation des services médicaux de première ligne

comme moyen pour améliorer la santé de la population a été diffusée à plusieurs reprises par plusieurs acteurs. Ces pressions cognitives d'investir au niveau de l'organisation des services médicaux de première ligne de leur territoire sont également des pressions normatives pour s'investir dans ce secteur d'activité. Les CSSS subissaient des pressions normatives à l'effet d'encourager et d'accompagner les cliniques médicales de leur territoire vers des modèles organisationnels qui permettaient d'atteindre une meilleure accessibilité, continuité et qualité de services. Un suivi étroit était effectué par l'Agence afin de comparer l'évolution des différentes cliniques accréditées de GMF ou de CR par territoire. Les pressions normatives encourageaient l'apparition de GMF et CR sur leur territoire.

Aussi, l'idée des centres d'éducation à la santé, initialement proposée pour soutenir les CSSS dans leur mandat de responsabilité populationnelle, a exercé une pression normative sur les CSSS. L'implantation de ces CES est devenue une norme montréalaise au fil du temps et même, une obligation pour les CSSS de s'y conformer (pression coercitive). Cette suggestion proposée pour aider les CSSS à intégrer davantage la responsabilité populationnelle a évolué au fil du temps, en laissant une liberté aux CSSS de la région de l'implanter au début du processus, avec une quasi obligation de s'y conformer. Par rapport à ce dossier, le degré de liberté est allé en décroissant au fil de l'expérimentation. Cette pratique est devenue une norme montréalaise et une exigence de l'Agence.

De même, l'Agence encourageait les CSSS à initier des démarches afin d'être reconnus CSSS promoteurs de santé. Au fil du temps, ce mouvement a pris de l'ampleur et les CSSS subissaient davantage de pression à s'investir dans une démarche de reconnaissance par l'Agence. Plusieurs CSSS de la région ont été accrédités ou ont entrepris des démarches pour être reconnus en tant qu'Hôpital Promoteur de la santé. À l'automne 2006 avait lieu la première rencontre du réseau montréalais des CSSS et hôpitaux promoteurs de la santé. En mai 2007, le réseau montréalais comptait quatorze membres accrédités. En conséquence, des pressions normatives ont été ajoutées aux pressions cognitives afin que les CSSS entreprennent des démarches pour être un *hôpital*



*promoteur de santé*. L'adhésion de plusieurs CSSS de la région à ce mouvement a augmenté les pressions normatives dans cette direction.

Ainsi, certaines idées (pressions cognitives) véhiculées dans le champ organisationnel sont devenues des normes montréalaises. Lorsque les croyances et les visions proposées étaient adoptées par plusieurs organisations, celles-ci exerçaient également des pressions normatives sur les CSSS afin que ceux-ci s'y conforment. Il est souvent difficile de distinguer l'effet de pressions cognitives et normatives car elles agissent simultanément et s'influencent mutuellement.

## **Synthèse**

Afin de mieux comprendre comment la réforme influence les transformations des CSSS, nous avons décrit brièvement, de manière macroscopique, les pressions environnementales présentes dans le champ organisationnel. Ces différentes pressions ont contraint les CSSS à des intensités variables. Certaines pressions étaient plus structurantes que d'autres et elles ont évolué au fil du temps. Les pressions coercitives structuraient davantage que les autres types de pressions. Les pressions cognitives laissaient place à plus de liberté dans le choix de leur application. Les pressions normatives structuraient leurs comportements en dictant les normes socialement acceptables. Les pressions cognitives et normatives étaient difficiles à dissocier car elles s'influençaient mutuellement. En résumé, les différentes pressions environnementales structuraient les comportements des CSSS au cours du temps et ce, à des intensités variables. Parfois, elles devenaient plus contraignantes et à d'autres moments, les gestionnaires disposaient de plus de liberté.

Les pressions environnementales se construisaient et se transformaient à travers les différentes interactions entre les acteurs. Par exemple, les fréquents échanges entre les dirigeants de l'Agence ont amené les CSSS à jouer un rôle plus actif dans les réflexions de développement. Le mandat de l'Agence d'accompagner les CSSS dans leur développement a permis de développer ensemble, de manière collective, plusieurs nouvelles stratégies d'action. Plusieurs idées étaient le fruit de réflexions collectives. La majorité des

propositions suggérées résultaient d'un jeu de négociation et d'influence entre les différents acteurs. Certains acteurs agissaient davantage en tant qu'entrepreneur institutionnel, en proposant de nouvelles stratégies qui influencent les pressions environnementales véhiculées dans le champ.

Dans cette section, nous avons dressé une liste non exhaustive de plusieurs pressions environnementales véhiculées dans le système de santé. L'analyse de ces pressions nous permet de prédire certaines orientations dans le processus d'appropriation de la responsabilité populationnelle par les CSSS. Par exemple, investir dans l'organisation des services de première ligne de leur territoire, participer au désengorgement des urgences, établir des liens de partenariats avec les CH, accréditer l'établissement en tant que promoteur de santé et développer de stratégies afin d'améliorer les habitudes de santé de leur population. Ces pressions ont structuré les représentations et les actions des gestionnaires des CSSS quant à leur nouveau mandat. Dans les prochaines sections, nous présentons les représentations et les actions mises en place dans chacun des deux CSSS pour intégrer davantage la responsabilité populationnelle. Nous discutons à la fois de l'influence des pressions environnementales et de l'influence de leur contexte local sur les actions entreprises par les CSSS.

## Chapitre 6 - Analyse interne du CSSS1

Dans ce chapitre et le suivant, nous discutons de l'analyse interne des deux cas à l'étude. Notre objectif est de comprendre le processus d'évolution des CSSS en réponse à la responsabilité populationnelle. La structure utilisée pour présenter notre matériel empirique est appuyée selon un modèle logique développé au début de notre projet de recherche, soit; 1) la vision (au début du processus) 2) la planification 3) les modalités organisationnelles et 4) les activités de réseautage. Ce modèle logique nous permet de présenter notre matériel empirique selon une structure ordonnée.

La première dimension présente la **vision** de la responsabilité populationnelle des dirigeants du CSSS au début du processus. Nous décrivons comment les gestionnaires conçoivent les changements de mandat. La deuxième dimension fait référence aux enjeux liés au processus de **planification**, passant d'un exercice basé essentiellement sur la demande de services vers une planification qui se base également sur les besoins de la population. Nous analysons les mécanismes mis en place pour nourrir leurs réflexions et leurs décisions. La troisième dimension traite des **modalités organisationnelles** en discutant des actions mises en place par le CSSS pour implanter la responsabilité populationnelle. Enfin, la dernière dimension réfère aux activités de **réseautage**. Nous nous intéressons aux stratégies relationnelles développées par le CSSS avec les acteurs du territoire. Nous décrivons cette dimension, étant donné que la responsabilité populationnelle demande une prise en charge de la population en collaboration avec les partenaires de différents secteurs d'activités.

Dans ce chapitre, nous présentons tout d'abord chacune de ces dimensions du processus de transformation de l'organisation en discutant des pressions environnementales qui structurent leurs activités. Ensuite, nous effectuons une synthèse du cas 1 en dégagant cinq domaines d'activités investis par les CSSS pour répondre à la responsabilité populationnelle.

## 6.1 Description cas 1

Dans cette première section, nous présentons le récit de la transformation du CSSS1 afin d'intégrer la responsabilité populationnelle. Nous décrivons tout d'abord succinctement les attributs organisationnels du CSSS1. Ensuite, nous présentons notre matériel empirique selon quatre dimensions; 1) la vision (au début du processus), 2) la planification, 3) les modalités organisationnelles et 4) les activités de réseautage. Bien que nous présentions les dimensions de manière linéaire, elles s'influencent mutuellement dans un processus dynamique de rétroaction. Cette première section nous permet de présenter notre matériel empirique selon une structure ordonnée.

### Attributs organisationnels du CSSS1

Le CSSS1 est composé de deux CLSC/CHSLD et d'un centre d'hébergement à vocation suprarégionale, offrant des services spécialisés auprès d'une clientèle avec un déficit auditif et/ou visuel. Plus de 1000 personnes sont hébergées au CSSS1. Il regroupe 2095 employés, distribués sur 7 sites. Il gère un budget annuel d'environ 100 millions \$ (exercice financier 2005-2006). Il s'agit d'un CSSS ne comportant **pas de centre hospitalier** (CH). Voir le tableau 3 au chapitre 4, qui présente les caractéristiques des deux CSSS à l'étude.

Il y avait un consensus au sein de l'équipe de direction que l'absence de CH facilitait le processus de fusion des établissements.

« Qu'on n'ait pas de CH, bien c'est clair que quand t'as un CH, d'après moi, le conseil d'administration, le DG ou n'importe qui dans la population, à l'Agence, partout, ils passent beaucoup de temps à discuter des urgences, des listes d'attentes et ces affaires là et je suis pas sûr que c'est bon pour les autres missions de l'établissement. »

Par contre, plusieurs directeurs affirmaient que son absence représentait également un facteur contraignant dans la réalisation de leur nouveau mandat. Le CSSS ne pouvait

donner aux cliniques médicales de son territoire un accès privilégié aux plateaux techniques, il devait le négocier avec le CH de proximité.

« Il faut que celui qui assume, qui gère, qui contrôle le plateau technique soit partie prenante. Donc ça, c'est un désavantage parce qu'on ne l'a pas à ce moment là. Nous on a la responsabilité populationnelle d'offrir des services, des services de première ligne avec un accès et il y a un bout qui nous manque. Là il faut absolument développer avec le CH – faire et développer des liens privilégiés qui font en sorte, qui pallient pour ce qu'on n'a pas. »

Une caractéristique distinctive du CSSS1 est que le CLSC A possède, au même titre que cinq autres CLSC au Québec, le statut de **Centre Affilié Universitaire (CAU)**. Par l'obtention du statut de CAU, le CSSS s'est engagé à une quête constante de qualité et d'excellence des services qu'il dispense et à être responsable de l'intégration des activités d'enseignement et de recherche dans sa mission de soins et services.

Aussi, la population résidant sur le territoire (128 000 personnes) est très hétérogène, où les revenus des familles varient de faible à élevé. Également, son caractère **multiethnique** est fort important, puisqu'il compte le taux d'immigration le plus haut de la région. Près de la moitié des résidents ne sont pas nés au Canada, soit 47% par rapport à une moyenne régionale de 27,6%. Sur le territoire du CSSS1, plus de 32 langues différentes sont parlées (CSSS1, 2005).

### 6.1.1 La vision

Par la présente réforme, le gouvernement québécois a mandaté les CSSS de la responsabilité populationnelle. La responsabilité populationnelle (améliorer la santé et le bien-être de la population) s'ajoute à la responsabilité de production de soins et services (retrouver un état de non-maladie). Cette double responsabilité exige, de la part des dirigeants, une modification de leur vision, passant d'une production axée principalement sur le déterminant de la santé « soins et services » à une perspective plus large, se préoccupant davantage de l'ensemble des déterminants de la santé. Afin de mieux comprendre la transformation du CSSS, nous présentons tout d'abord la vision de la

responsabilité populationnelle des dirigeants du CSSS1 au début du processus (en 2005).

Cette description initiale nous permettra de mieux comprendre l'évolution des représentations des dirigeants à travers le temps.

« Alors quand on en parle, on fait surtout référence au fait qu'à partir du moment où on a créé les centres de santé, on leur a donné une responsabilité pour ce qui est de **faire évoluer l'offre de services, en tenant compte de l'état de santé et des besoins de la population** du territoire qu'on dessert. Alors donc c'est une responsabilité qui est liée au fait d'adapter, de faire évoluer l'offre de services en fonction des différents territoires, une responsabilité liée au **développement de partenariats sous forme de réseaux locaux de services pour les différents continuums** de services qui sont offerts par notre organisation et ses partenaires. »

Cette définition met l'accent sur l'adéquation entre l'offre de services et les besoins de la population et aborde la notion de réseaux d'acteurs selon les différents continuums de services comme moyen ou instrument pour répondre à leur nouveau mandat.

« Bien je dirais que je pense qu'il faut d'abord partir du concept d'approche populationnelle, qui est comme **d'avoir une connaissance la plus fine possible de l'état de santé de notre population** et des différents enjeux économiques, géographiques, tous les impacts dans le fond, tous les aspects et sociaux, et économiques, et démographiques, et géographiques. Donc avoir une connaissance de cette population-là en termes d'âge, etc. **Et qu'en ayant une connaissance de l'état de santé, ça nous donne un indice sur les besoins peut-être de santé, alors comment on va desservir (adresser dans ce sens là est un anglicisme) à cette population-là** des informations pour qu'elle se maintienne en santé, améliorer leur santé et pour empêcher de détériorer leur santé, donc m'assurer dans le fond que toute ma population puisse naître, grandir, vieillir et mourir en santé !! c'est un peu le continuum, mais c'est un peu comme ça que je le vois, puis même si on dit ça, mourir en santé, c'est un peu paradoxal, mais je trouve que ç'a quelque chose de parlant quand même. Alors disons que je dirais que le concept de responsabilité populationnelle s'appuie d'abord sur l'approche, qui est une philosophie d'intervention, l'approche populationnelle et la responsabilité populationnelle, ça veut donc dire qu'un coup qu'on a cette connaissance-là, de l'état de santé de notre population, bien on met en place des stratégies avec nos partenaires pour bien répondre à ces besoins-là de la population, parce **qu'on n'est plus juste dans l'optique de on offre des services aux gens qui fréquentent nos organisations, mais on est dans l'optique d'aller vers la population**, avec eux et pour eux et ça veut aussi dire que

toute notre offre de services, ce qu'on appelle notre projet clinique, notre projet clinique c'est pas le projet clinique du CSSS, oui on en est le leader, oui on en est imputables, mais c'est le projet clinique de l'ensemble de notre territoire, parce que tout le monde a un rôle à jouer pour agir sur la qualité de vie de l'ensemble de notre population. C'est ça pour moi la responsabilité populationnelle. »

Cette citation traite de plusieurs éléments de la responsabilité populationnelle, soit 1) le développement d'une fine connaissance de la population pour identifier les besoins permettant de planifier une offre de services adaptée, en collaboration avec les partenaires et 2) la nécessité d'être proactif dans les interventions, afin de rejoindre la population, y compris celle qui ne se présente pas dans les établissements de santé.

« Ça fait plusieurs fois que je l'explique, ce que je parle, ce que je leur dis, je parle de la nouvelle mission, c'est ça, dans notre CSSS, responsabilité populationnelle, **prise en charge**. Donc, notre CSSS, on a la responsabilité, présentement, de **prendre en charge ces 130 000** et pour ces 130 000-là, il faut faire un projet clinique. C'est quoi? C'est comment prendre en charge leur santé à ces 130 000 là. Donc en partant des petits bébés et même de ceux qui ne sont pas nés, en allant jusqu'à la fin de vie. Donc, ce que je leur explique, je leur dis quand on va être rendus à notre prise en charge à nous, donc dans l'application, nous on va avoir une pointe de la tarte, parce que ça, ça va être notre réseau local personnes âgées. Puis là après ça, je leur dis il y a d'autres petites pointes qui vont se rajouter, parce qu'on va avoir à un moment donné la déficience physique. Présentement, on la traite, avec nos personnes âgées en perte d'autonomie liée au vieillissement, nos déficiences physiques, donc c'est les accidentés et tout ça, mais éventuellement, on va avoir une autre petite pointe. Donc c'est comme ça que je vais prendre en charge, donc ça veut dire du début à la fin. Et puis quand j'explique ça, là, Ah! Bien oui! Les gens comprennent. Et ce qui veut dire que... mais ça, tout ça, on ne peut pas faire ça tout seuls. Je ne peux pas prendre en charge toute seule. Donc il faut prendre en charge avec nos partenaires, avec nos propres partenaires à nous à l'interne et regarder ce que nos partenaires à l'externe ont fait et comment eux ont des programmes et des services et voir les écarts. »

Cette définition rappelle que le mandat de la responsabilité populationnelle est délimité par un nombre défini de personnes. De plus, elle mentionne l'importance de découper la prise en charge de la population selon différentes clientèles pour lesquelles des réseaux locaux de services intégrés sont développés, en collaboration avec plusieurs partenaires.

Plusieurs directeurs ont affirmé que les CLSC avaient déjà le mandat de responsabilité populationnelle. Par contre, ils percevaient que la gestion était différente, puisque les CLSC planifiaient davantage en termes de clientèle et les CSSS selon une population délimitée géographiquement.

« Je dirais que moi j'avais quand même une vision, une certaine implication au niveau du communautaire, essentiellement, j'étais déjà dans cette optique-là, dans cette vision-là, que le CLSC, quand c'était le CLSC surtout, qui était comme un des partenaires parmi les autres dans le bien-être et la qualité de notre population, mais on en parlait peut-être plus en termes de clientèle plutôt qu'en termes de population, mais j'étais je dirais quand même davantage investie à l'intérieur qu'à l'extérieur tout de même, alors que là maintenant le défi, c'est à la fois, surtout dans le contexte où on est présentement, d'une grande réorganisation... **de tisser des liens**, bien comprendre le rôle de tous les acteurs qui sont dans notre grande communauté, y compris même les commerçants, ça peut aller à faire des liens même avec **le garagiste du coin, le restaurant, le dépanneur du coin, c'est tout ça les acteurs concernés, c'est l'école, les gens eux-mêmes**, les citoyens eux-mêmes, alors ça m'amène plus à l'extérieur. »

Cet extrait fait référence au développement de collaborations avec différents secteurs socioéconomiques, par exemple, le garagiste, le dépanneur et l'école.

La présente réforme appelle plusieurs changements quant à la vision du mandat de l'organisation. D'ailleurs, le premier plan d'affaires rédigé par l'équipe de direction du CSSS1 était sous le thème : « Une nouvelle façon d'agir ». Ce document soulignait que la réforme « n'est pas sans bousculer les pratiques établies... Nous sommes conscients que nous demandons à toutes et à tous de s'adapter à une nouvelle réalité et à des changements de pratique et d'environnement de travail (CSSS1, 2006)».

Tous les directeurs sont d'avis que les rôles de l'organisation sont appelés à se transformer. Au dire des directeurs, au début du processus, ce qui se dégage de ces changements est notamment : 1) une prise en charge d'un nombre défini de personnes (délimité géographiquement), 2) le développement d'une fine connaissance de l'état de santé de la population, afin d'identifier les besoins et de planifier les services en conséquence, 3) l'adaptation de l'offre de services aux besoins des différentes clientèles



vulnérables de la population, 4) la mobilisation de partenaires dans le développement de réseaux locaux de services et 5) le développement de liens avec différents secteurs socio-économiques.

Figure 6 : La vision des dirigeants de la responsabilité populationnelle au début du processus (verbatim à T0)

<b>Vision de la responsabilité populationnelle à Temps 0</b>	
<p style="text-align: center;"><b>Vision</b></p> <p>« Prise en charge 130 000 personnes »            « on n'est plus juste dans l'optique de, on offre des services aux gens qui fréquentent nos organisations, mais on est dans l'optique d'aller vers la population »  <i>Conceptualisation d'une prise en charge proactive d'une population délimitée géographiquement</i></p>	<p style="text-align: center;"><b>Planification</b></p> <p>« D'avoir une connaissance la plus fine possible de l'état de santé de notre population »            « Et qu'en ayant une connaissance de l'état de santé, ça nous donne un indice sur les besoins peut-être de santé, alors comment on va desservir (adresser dans ce contexte est un anglicisme) à cette population-là »  <i>Analyse des besoins basés sur des données populationnelles</i></p>
<p style="text-align: center;"><b>Modalités organisationnelles</b></p> <p>« Faire évoluer l'offre de services en tenant compte de l'état de santé et des besoins de la population »            « Développement de partenariats sous forme de réseaux locaux de services pour les différents continuums »  <i>Adéquation besoins population/organisation</i>  <i>Création de réseaux services intégrés</i></p>	<p style="text-align: center;"><b>Réseautage</b></p> <p>« de tisser des liens.. le garagiste du coin, le restaurant, le dépanneur du coin, c'est tout ça les acteurs concernés, c'est l'école, les gens eux-mêmes »  <i>Mobilisation de la communauté locale</i></p>

Au début du processus, il y avait un consensus des directeurs quant à la vision d'un changement important dans les rôles de l'organisation, suite à l'introduction de la responsabilité populationnelle. Les propos des personnes interviewées (voir figure 6) permettent d'illustrer les dimensions de notre modèle logique initial. Dans les prochaines sections portant sur les autres dimensions, nous montrons que la vision des dirigeants se précise à travers les réflexions et l'expérimentation. Étant donné que toutes les dimensions sont interreliées, nous discutons de l'influence de la dimension « vision » à travers les autres dimensions.

## 6.1.2 La planification

L'ajout de la responsabilité populationnelle modifie le processus de planification des services de santé, passant d'une méthode essentiellement basée sur la réponse à la demande de soins et services vers une planification qui est également axée sur les besoins de la population. Dans cette partie, nous présentons différents éléments du processus de planification, permettant d'apprécier les changements liés à la planification de l'offre de services.

### Difficulté à définir la population et ses besoins

Dès le départ, les dirigeants du CSSS1 ont entrepris des discussions, afin de mieux définir leur population. La notion territoriale était au centre de leurs préoccupations. Selon plusieurs directeurs, la réforme, basée sur un découpage géographique, entraînait des difficultés à définir la population, particulièrement dans un contexte urbain comme Montréal.

« Pourquoi on ne la définit pas? C'est qui notre population? Résidents? Étudiants? Travailleurs? »

« Par exemple on dit qu'on a une responsabilité populationnelle. Tout le monde, surtout le ministre, s'est bien gardé de définir – c'est quoi la population – est-ce que c'est des gens qui visitent pour le travail sur le territoire? Nous avons trois gros cégeps, un parc industriel. Vous voyez, il y a des choix à faire. Et il y a une tendance forte chez nous. Actuellement, dans un contexte où on déborde pas de ressources, à favoriser la population qui réside – sans refuser les services aux autres, on établira probablement une priorité. »

Le CSSS1 était responsable d'une population délimitée par un territoire géographique mais où les résidents du territoire avaient la liberté de consulter pour des services à l'endroit désiré et où les résidents des autres CSSS pouvaient demander des services sur le territoire du CSSS1. L'absence de sectorisation posait sans conteste des défis. Ainsi, les gestionnaires avaient à arbitrer des tensions entre d'une part, « la

population délimitée par une frontière géographique » et « la population en général ».

Ces deux types de population étaient en compétition pour les mêmes ressources.

« Pour étudiants et travailleurs, on va les desservir, mais on n'est pas responsable d'eux. Ils vont avoir un dossier, on va les orienter vers des ressources de leur milieu. Le concept de responsabilité populationnelle, on aurait pu prendre définition, mais c'est comme acquis. »

« Donc le modèle est pas mal plus complexe en ville. Ici, il y a le parc industriel – et les cégeps. Plusieurs personnes de l'extérieur se présentent sur notre territoire pendant le jour. »

« Il va falloir un moment donné, retourner maintenant à la table et dire – Écouter, il y a ça comme embûche. Comment vous voulez qu'on gère notre responsabilité populationnelle par rapport à ça? Faire des grands calculs de transfert de fond par rapport aux services qu'on offre. Ça va devenir très bureaucratique, on va perdre le sens! »

Au départ, les dirigeants avaient choisi de privilégier la population de leur territoire dans l'offre de services mais ils ont vite abandonné cette orientation.

« On a eu au niveau des prélèvements – bon moi j'ai une commande d'être en équilibre budgétaire. Au niveau des prélèvements, on donnait des services à la population, à tout le monde. Avec la responsabilité populationnelle, moi je ne suis pas responsable du monde de Laval. Alors là, je les recevais au niveau des prélèvements. Comme il fallait être en équilibre budgétaire, je l'étais pas là, on a ramené ça à la population du territoire (CSSS1). Ça a monté jusqu'au ministre! Alors là, maintenant, j'ai l'ordre de recevoir toute la population parce que là, le ministère n'a pas aimé ça. On a l'ordre de recevoir toute la population. »

Les gestionnaires souhaitaient que les résidents de leur territoire soient priorisés par les prestataires de services situés sur leur territoire. Par exemple, dans le développement de GMF sur le territoire, ils désiraient mettre en place des mécanismes afin que la population de leur territoire soit priorisée.

« Les GMF, je donne un chiffre mais je suis pas sûre que c'est le bon, mettons qu'il y a 9000 personnes enregistrées, ce n'est pas juste de mon territoire. Pis ça peut être des gens qui viennent de Laval. Dans le fond, moi je mets en place un GMF, je dégage des ressources. Mais je n'ai même pas de garanties de protéger ma clientèle. Fait que dans le fond, dans cette histoire là, la prochaine fois qu'on signe des ententes de GMF, faudrait dire qu'on les oblige à nous garder 1000 places. La population à Montréal, elle a accès partout, tout est prêt. C'est une population qui se déplace. Pis on défend beaucoup la couronne nord. Fait que là, Laval, toute la région des Basses-Laurentides, un moment donné, l'approche populationnelle, elle n'a pas de sens au niveau de la première ligne. »

Les dirigeants du CSSS1 ont rapidement intégré dans leur discours la responsabilité de la santé et du bien-être des résidents de leur territoire. Selon un directeur : « il y a quand même une volonté, et maintenant on dit « c'est notre résident ». On est responsables ». Le CSSS1 avait une responsabilité définie géographiquement, tandis que les cliniques médicales et le CH de proximité avaient une responsabilité de clientèle. Selon un directeur :

« C'est difficile d'axer l'hôpital vers une clientèle géographique, une clientèle cible, parce que la plupart des hôpitaux reçoivent des clients qui viennent de plusieurs territoires, ça fait que déjà, c'est sûr qu'au quotidien aussi, on le voit déjà, l'hôpital c'est la salle d'urgence, c'est le bloc opératoire... c'est encore plus le client qui est là à la porte, à la porte ou dans une civière ou dans un lit. »

« Le cheminement de tout ça, c'est lent; notamment le partenaire, l'hôpital de première instance, on sent qu'ils se sentent moins impliqués dans ces dossiers-là. Quand je dis moins impliqués, leurs préoccupations sont autres et probablement que l'approche territoriale, j'imagine que c'est 30% ou 25% de leur clientèle en hospitalisation, donc ce n'est pas sur une base externe, qui provient du territoire. Donc leurs préoccupations sont envers les autres territoires et envers leur clientèle en général. »

En conséquence, la notion de territorialité était moins présente au sein des autres organisations n'ayant pas cette responsabilité clairement attribuée. Dans un contexte urbain comme Montréal, cet enjeu est particulièrement complexe à gérer au niveau de la prestation de soins et services plus directs.

## **Élaboration d'un premier plan d'affaires**

En septembre 2005, l'Agence a obligé les CSSS de déposer leur premier plan d'affaires correspondant à la phase 1 du projet clinique (offre de services adaptés aux besoins de la population). Le CSSS avait l'obligation de s'y conformer. L'élaboration de ce document a permis à l'équipe de direction du CSSS1 de dresser un portrait général des caractéristiques de sa population, d'élaborer ses missions et de définir ses valeurs et ses engagements envers sa population (2005-2008). L'une des valeurs exprimées dans le plan d'affaires référait directement à leur nouvelle responsabilité :

« Notre philosophie d'intervention est d'abord fondée sur le concept de responsabilité populationnelle, lequel est lié au territoire de desserte et à la notion de population occupant ce même territoire. Il s'agit d'une responsabilité partagée collectivement entre les intervenants du territoire qui s'associent pour rendre accessible une large gamme de services intégrés et continus. »

Également, le plan d'affaires définissait les visions du CSSS1. Il souhaitait être reconnu, notamment :

« Pour son leadership mobilisateur auprès des partenaires du réseau de la santé et des services sociaux, auprès des partenaires multisectoriels...Pour avoir constitué des réseaux qui tiennent compte des besoins spécifiques de la population du territoire, particulièrement ceux des communautés culturelles, tout en s'inscrivant dans le cadre des orientations nationales et régionales (CSSS1, 2005). »

Ces visions ont influencé les mécanismes de planification mis en place, dont des consultations avec les partenaires dans l'identification des cibles d'action. Nous discutons de cette stratégie un peu plus loin dans cette section (plan d'action 2007-2009).

Dès le départ, des priorités organisationnelles ont été définies, à savoir, le développement de modèles de première ligne assurant une accessibilité médicale, le déploiement de services de première ligne en santé mentale, la mise en place d'un RLS PPALV, l'harmonisation des services, l'actualisation d'un programme en soins palliatifs,

l'implantation d'un centre d'éducation à la santé et l'intensification des activités de développement des communautés locales aux plans économiques, sociaux et culturels.

Les premiers programmes que le CSSS1 a choisi de développer étaient en continuité avec les orientations gouvernementales. L'Agence avait mis sur pied un séquençage de développement des programmes et le CSSS1 s'en est grandement inspiré. Le CSSS1 a rapidement choisi de prioriser le programme personnes âgées en perte d'autonomie et celui de santé mentale. Face à cette problématique sur le territoire, le CSSS a choisi de prioriser ces clientèles avant même d'entreprendre une recherche plus précise pour enrichir sa réflexion. Également, la stratégie de s'investir dans les programmes priorisés aux paliers supérieurs permettait un meilleur soutien gouvernemental et assurait une plus grande uniformité régionale.

### **Arrimage entre les niveaux de gouverne**

La nouvelle situation demandait aux gestionnaires d'adapter les services aux besoins de la population. Dans le processus de planification des services, les dirigeants du CSSS1 devaient à la fois développer une programmation en adéquation avec les orientations régionales et les besoins locaux. Cette recherche de cohérence entre les niveaux de gouverne créait des défis de gestion, particulièrement au début du processus.

« On peut se faire manger complètement par la machine régionale ou nationale du gouvernement sans qu'on assume notre responsabilité. Laissez-nous du temps – est-ce que ça pourrait venir de nos besoins? »

« Je constate qu'ils sont plus que jamais centralisateurs et qu'il y a comme un double discours. En même temps qu'on nous demande d'appliquer une logique de population, d'agir de façon relativement autonome et de créer, développer, en même temps, parallèlement à ça, il y a beaucoup d'orientations qui sont dictées par le ministère et l'Agence. Alors, vous voulez développer tel réseau... vous devriez vous y prendre de telle façon. Alors plus que jamais, on a des petits kits. Des recettes. Et ça laisse beaucoup moins de marge de manœuvre parce qu'on statue au plan national et régional sur des orientations. On développe des programmes qui vont jusqu'à l'opérationnalisation de ces nouvelles orientations là. »

Malgré que plusieurs priorités locales et régionales étaient en continuité, certaines étaient divergentes. Ces tensions entraînaient des dilemmes de gestion, notamment l'implantation du programme des maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC).

« Là je leur dis, regardez le programme MPOC de l'Agence. Ils nous ont imposé le programme MPOC. Nous, sur notre territoire, selon les statistiques de l'Agence, on n'avait pas beaucoup de clientèle qui présentait MPOC, mais, ça c'était l'approche clientèle. Mais si on avait été en responsabilité populationnelle, nous on aurait analysé les besoins de notre population et on aurait dit non, on n'a pas beaucoup de personnes âgées qui ont une réalité MPOC, mais nos statistiques disent par exemple qu'on a beaucoup de personnes qui font du diabète. Donc nos orientations, c'est pas parce qu'on aurait mis de côté MPOC, mais on aurait ciblé la clientèle qui présentait à ce moment-là un problème au niveau du diabète, alors que peut-être que X, eux, n'avaient pas ce genre de problématique-là. »

Au départ, plusieurs directeurs critiquaient le trop grand nombre de demandes successives dans des délais restreints des paliers supérieurs.

« Oui, parce qu'il y a trop de commandes, il y a trop de commandes qui arrivent de l'Agence et il y a des commandes qui arrivent du Ministère aussi. Du top down, il y en a déjà en masse! »

« Tu signes de la reddition de comptes sur le volume, et en même temps, t'as des commandes continues aux organisations, des commandes qui débarquent, qui débarquent, qui débarquent sans arrêt. En fin de compte, ce que tu nous demandes, c'est de se sortir la tête de l'eau. Et le problème, c'est qu'on a une Agence qui nous envoie de manière continue, les commandes de l'Agence tombent sur son bureau. »

« Quand on est à l'Agence et qu'on regarde les 12 CSSS, les défis qu'ils se donnent, c'est beaucoup faire en peu de temps. C'est une pression énorme qui est exercée sur les directions d'établissement et on ne peut pas s'en sauver complètement. On a comme pas le choix de produire. »

Au début de la réforme, les directeurs étaient très encadrés par l'Agence. L'Agence exerçait un suivi étroit et rencontrait les directeurs généraux des CSSS aux deux semaines, dans le cadre des comités de gestion du réseau (CGR).

« Ils ont des exigences; des exigences de gestion, disons qui sont imprimées sur le DG par la direction de l'Agence. Je ne sais pas moi, le DG rencontre les gestionnaires et là il leur dit bien, qu'est-ce que vous faites avec ci et qu'est-ce que vous faites avec ça. »

Plusieurs dirigeants percevaient qu'ils avaient peu de marge de manœuvre au niveau des enveloppes budgétaires.

« Il y a des dossiers sur lesquels je continue à travailler mais où je vis beaucoup de frustrations – c'est toutes les allocations budgétaires. Tout arrive entre guillemets *taggé*. Pis notre marge de manœuvre au niveau du conseil, il n'y en a pas. Pis moi je trouve ça absolument inacceptable qu'un conseil d'administration puisse pas faire des choix! Mais non seulement ça arrive entre guillemets *taggé*, mais l'échéancier du budget fait en sorte que on reçoit le budget et l'année déjà commencée. Il est trop tard pour faire des choix. »

L'un des défis de gestion était d'assumer un élargissement de leur mandat CSSS dans un contexte de pénurie de main d'œuvre et sans ajout de ressources. Plusieurs directeurs critiquaient l'absence de décentralisation de l'expertise des niveaux de gouverne supérieure.

« L'Agence est énorme. On parlait avant de pouvoir aux CSSS. Il décentralise les mandats, mais il garde les ressources (Notes d'observation, 6 décembre 2006). »

« C'est que c'est l'Agence qui était responsable de tout ça – elle était responsable des usagers, en entier, sur l'île de Montréal. Il y a beaucoup de programmes qu'elle ne s'est pas occupée. Et du jour au lendemain, bien là, maintenant, - C'est votre responsabilité – occupez-vous en! C'est un peu le chantage qu'on vit présentement à l'Agence. On s'en lave les mains sur beaucoup de choses qu'on ne s'est pas organisés. »

Ainsi, l'un des défis de gestion était d'assumer un élargissement de leur rôle sans toutefois qu'il y ait une décentralisation de l'expertise au niveau local.

Nombreux dirigeants percevaient une ligne d'autorité hiérarchique plus franche entre le MSSS et l'Agence.



« Moi ma perception, c'est que les Agences au Québec, c'est de moins en moins qu'elles ont une force, c'est de plus en plus le Ministère directement avec les établissements. C'est juste que Montréal c'est un peu particulier parce que c'est difficile pour le Ministère de gérer des établissements à Montréal direct. Mais ailleurs, je suis pas mal sûr qu'ils ont commencé et ça fait depuis plusieurs années qu'ils commencent ça, le Ministère est directement avec les CSSS. »

Malgré ces nombreuses contraintes, le CSSS1 a graduellement ajouté à sa programmation le développement de services destinés à des problématiques plus locales, tels que les personnes atteintes de déficience intellectuelle, les services pour les personnes sourdes et sourdes non voyantes et les soins palliatifs et fin de vie. Ainsi, en plus de travailler au développement de services selon les axes stratégiques gouvernementaux, certaines priorités adaptées au contexte organisationnel local ont été choisies.

« On s'est ajouté des objets de réflexion complémentaires à la phase 2. On s'est dit, entre autres dans notre organisation, toute l'organisation des soins palliatifs, c'est un besoin qui est là, qui est criant depuis 2 ans, on l'a mis à la phase 2. L'avenir de notre mission à l'égard de la clientèle sourde aussi, compte tenu de la mission suprarégionale qui nous est confiée, qu'est-ce qu'on entend faire avec cette mission-là dans l'avenir, on trouvait que c'était important de ne pas décaler trop loin cette réflexion-là. Même chose pour la clientèle déficiente intellectuelle, les handicapés qui sont hébergés chez nous. Alors qu'est-ce qu'on entend faire avec ce programme-là. Donc c'est trois aspects complémentaires qu'on a ajoutés aux priorités régionales, considérant notre contexte organisationnel. »

Aussi, en lien avec une priorité stratégique de l'Agence, le CSSS1 s'était engagé, dans son plan d'affaires, à développer des liens avec les organisations de première ligne. Selon la direction générale, « la première priorité du CSSS est le développement d'une meilleure organisation de première ligne (Notes d'observation, 10 mai 2006). » L'une des visions que les dirigeants du CSSS1 ont développée était que la prise en charge de la population se réalisait par un investissement au niveau de la première ligne médicale sur le territoire.

## **Création d'un comité de planification : le comité de coordination du projet clinique**

À l'automne 2005, afin de guider le processus de planification d'une nouvelle offre de services adaptés aux différentes clientèles vulnérables du territoire, un comité de coordination du projet clinique a été créé. Il était animé par le directeur de la qualité et de la mission universitaire. Ce comité : « c'est un plus grand comité qui permet un lieu d'intégration et d'information entre les différents projets (Notes d'observation, 25 octobre 2006). » Au départ, il était composé du directeur de la qualité et de la mission universitaire, des deux directeurs cliniques et d'un directeur représentant la mission hébergement. Quelques mois plus tard, le directeur en développement organisationnel et le coordonnateur à la recherche au CAU ont été invités à se joindre à ce comité, afin d'être informés des enjeux cliniques de l'organisation, de même que de nourrir les réflexions.

Pour réfléchir à une nouvelle offre de services, le comité de coordination du projet clinique a scindé la réflexion en cinq chantiers cliniques, soit le chantier PPALV, le chantier des services généraux et la santé mentale, le chantier santé publique, le chantier hébergement de longue durée et le chantier de la qualité et la recherche. Les travaux de ces chantiers ont consisté à dresser un inventaire des services offerts à chaque clientèle au sein des différents établissements et d'analyser les écarts de services entre les établissements. Ces chantiers étaient composés de professionnels et de gestionnaires intéressés et ils ont permis aux participants de développer une compréhension de la transformation et d'apprendre à se connaître. Selon un directeur : « on voulait que les gens comprennent chantiers cliniques et réseaux locaux. Ces premiers rendez-vous ont surtout servi à une rencontre de tous les gens travaillant dans le CSSS. Apprivoisement. Et ils ont réalisé certains inventaires de nos réalisations et activités (Notes d'observation, 20 septembre 2006). »

Au fil de l'évolution des différents chantiers cliniques, le comité de coordination du projet clinique a révisé le découpage des chantiers cliniques, passant de cinq à sept chantiers. Le chantier services généraux et santé mentale adulte n'a pas été actif au sein d'un comité formel. Malgré le rassemblement de ces deux clientèles au sein d'un même

chantier clinique, il n'y a pas eu de réflexion conjointe. En conséquence, le chantier « services généraux et santé mentale » a été séparé en trois chantiers cliniques distincts, afin de développer une réflexion plus spécifique et adaptée aux différentes clientèles, soit les services généraux, la santé mentale jeune et la santé mentale adulte. Pour le continuum personnes âgées, deux chantiers cliniques distincts sont demeurés, soit le chantier des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement et le chantier hébergement. Ces chantiers étaient séparés, compte tenu des défis différents liés à l'harmonisation des soins et des services cliniques au sein du CSSS.

Nous discutons, dans la section portant sur les modalités organisationnelles, de l'évolution de certains de ces chantiers cliniques.

Aussi, afin d'échanger entre les directeurs responsables du projet clinique, un comité régional a été créé. Ce comité permettait de connaître les stratégies implantées dans les autres CSSS et de développer des stratégies communes. Ce comité permettait de connaître les visions et les croyances de leurs collègues. Au fil des rencontres, plusieurs directeurs adhéraient aux mêmes propositions. Graduellement, ils définissaient des normes en regard des stratégies à mettre en place.

« Ils ont aussi une table des gestionnaires, qui s'occupent du projet clinique, qui se réunit peut-être aux quatre ou six mois, et ils font une espèce de relevé d'où est-ce que c'en est rendu, les différents CSSS. Ces lieux-là sont très importants je trouve quand tu fais du changement. C'est qu'il se crée une espèce d'émulation entre les CSSS, c'est pas pour ça en premier lieu, mais la première chose, c'est que c'était le bon lieu pour donner les orientations, pour faire une intégration des actions, pour que tous aillent dans le sens qui était prévu. Puis en même temps, ça crée une émulation entre les CSSS, ah il y en a un qui est rendu à telle place. »

À travers les échanges, cette tribune exerçait des pressions cognitives et normatives en proposant des visions et des stratégies à implanter.

## **Nombreuses activités parallèles**

Au début du processus, de nombreuses activités ont contribué à ralentir le rythme de développement du projet clinique. La période que nous avons observée était très dynamique. Les directeurs participaient en parallèle aux impératifs de fusion, aux activités de l'agrément québécois et à l'élaboration d'un plan local contre une pandémie d'influenza.

« Trois organisations dont y faut faire une grande. On a toutes sortes de gens, toutes sortes de cultures, toutes sortes de façons de faire. Il y a des pratiques différentes qu'il faut harmoniser. On a des gens, des cadres qui ne jouent plus le même rôle, qui jouent un rôle élargi. »

« Je ne suis pas capable de sortir, je ne suis pas capable de sortir, je ne suis pas capable de sortir. Je ne suis pas capable d'aller à l'extérieur – j'ai trop d'affaires à faire à l'interne. Et c'est là le grand défi. Si on ne fait que ça, on va avoir peut-être une bonne organisation à l'interne, mais qui ne remplira pas, je pense, une partie de sa grande responsabilité populationnelle. Peut-être qu'il va y avoir plus d'accès à des services, peut-être qu'il va y avoir un peu plus en continuité. Mais la responsabilité populationnelle ne sera pas plus avancée. Et ce n'est pas évident de voir apparaître. »

Au début du processus, étant donné la fusion des établissements, l'élaboration du plan de pandémie et l'agrément, les dirigeants disposaient de moins de temps pour s'investir dans le développement de stratégies liées à la responsabilité populationnelle.

« C'est qu'on est comme gestionnaires, on gère des opérations, on gère des services, on gère un quotidien d'une équipe d'intervenants qui voient à offrir des services en particulier, mais en même temps, on se doit de développer notre côté visionnaire, innovateur, et toute cette remise en question constante de ce qu'on fait, de comment on doit mieux l'adapter, le faire évoluer. Donc c'est toujours deux choses en même temps, on opère et on innove. Alors l'apprentissage de ce double rôle-là, c'est là d'après moi le plus grand défi des gestionnaires du réseau dans ce nouveau contexte. »

## **Production d'information et activités de transfert des connaissances**

Le nouveau mandat des CSSS demandait de développer des outils d'information, afin de connaître les caractéristiques de la population et d'adapter les services en conséquence. Or, le CAU s'est donné le mandat de produire de l'information sur la

population et d'accompagner les gestionnaires dans le processus de développement du projet clinique.

« Je te dirais qu'en fait le CAU a décidé de jouer un rôle dans la réforme. Parce que, quand je regarde dans le fond d'autres CAU, ils ne sont pas nécessairement impliqués dans la réforme. Nous on a décidé de jouer un rôle actif dans l'intégration de certains concepts, entre autres données populationnelles et tout le volet de l'observatoire et les portraits populationnels. On est rendus à notre huitième portrait de population qui ont été faits pour les gestionnaires. Aînés, santé mentale, santé publique, jeunes de 0-5 ans, diabète, MPOC et utilisation des urgences. Donc, c'est comme ça que nous, on a décidé de nourrir, de soutenir la réflexion organisationnelle en lien avec la transformation. »

Des agents de projets du CAU accompagnaient les directeurs chargés du développement des programmes cliniques.

« On a aussi été impliqués (CAU) dans toutes les étapes en lien avec le projet clinique, les agentes de projets. Il y en a une attachée à chacune des directions. »

« C'est sûr que moi, je vais être très proche aussi de la direction de la qualité et innovation parce que eux autres vont me nourrir en connaissances continues sur l'état de santé de la population. »

Cette manière de procéder permettait aux gestionnaires de disposer de connaissances spécifiques sur les clientèles auxquelles ils s'adressaient. Les agents de projets étaient spécialisés dans le forage des banques de données et permettaient de dresser des portraits de population plus précis.

« En connaissance, c'est très favorable, parce qu'ils peuvent outiller justement ce que les gestionnaires n'ont pas le temps de faire pour aller chercher les données de base et tout ça et d'amener une autre perception de la situation. Moi, je trouve que c'est favorable. »

En plus, les agents de projets qui accompagnaient les directeurs les aidaient à s'approprier les données portant sur leurs clientèles. Selon plusieurs directeurs, cette activité d'analyse des données populationnelles était nouvelle.

« On le voit, on le vit souvent, si je rencontre des gestionnaires, je passe des heures avec eux pour leur décrire la population de leur territoire, la clientèle de leur territoire, que font les diabétiques sur le territoire, mais qu'est-ce que ça implique, comment tu prends ça et comment ça influence le processus de décision. Comment tu prends une décision autrement avec ce genre de connaissances-là. »

« Plus qu'avant parce que c'est un peu plus systématique maintenant. Avant, on reçoit des données, on reçoit des études, des choses comme ça, c'était je dirais relativement peu pris en compte. Alors qu'aujourd'hui, on doit être plus solides qu'avant par rapport aux caractéristiques de notre population, à tout ce qui se présente comme population, quels sont les besoins, une meilleure connaissance, plus fine des besoins et non pas juste basée sur notre pratique à nous. Donc une ouverture beaucoup plus grande, il y a des yeux plus grands qu'avant, il y a des oreilles plus grandes pour faire en sorte de mieux répondre aux besoins, ça fait que là, il y a quelque chose de plus systématique qu'avant, toujours par rapport à connaître l'état, les besoins, etc. Des études qu'on reçoit de Santé Publique et autres, toutes les données de l'enquête canadienne ça donne différents éléments que ça va davantage nous faire lire alors qu'avant, c'était pas tellement pris en compte, je trouve. »

Par ailleurs, déterminer quelle était l'information pertinente pour soutenir le processus de planification était un questionnement complexe. Les agents de projets aidaient à définir qu'elles étaient les informations dont les gestionnaires avaient besoin.

« Dans ton changement d'offre de services, les données populationnelles? X nombre de personnes vivent seules. Et c'est à quelles données qu'il faut que tu réfères? Laquelle va être pertinente dans le processus de prise de décision? C'est ça qui n'est pas simple. Et c'est pour ça qu'on essaie d'associer des courtières ou des agentes de projets à une direction, pour arriver à ce qu'il y ait une connaissance assez fine des enjeux, pour qu'on puisse nourrir la décision ou nourrir la réflexion autour de la décision, avec des éléments de contenu très précis. Quand par exemple on se met à faire des portraits de population, on pourrait faire un portrait qui durerait trois ans. Il y a de tout. Mais c'est quoi l'enjeu? C'est quoi le problème? D'abord le gestionnaire n'a pas ce réflexe-là et nous, il faut qu'on soit plus compétents dans notre façon d'intervenir, parce qu'on peut bien produire des portraits et les produire et les produire, ils vont rester sur leur disque dur, ils ne sortiront pas et ils ne seront pas utilisés. Donc il y a toute une question à développer. Ça c'est des changements importants. »

Aussi, le CSSS a développé, en partenariat avec un autre CSSS possédant la désignation de CAU, une *Alliance interrégionale de courtage de connaissances sur les services de première ligne*. Par l'entremise de l'Alliance, ces organisations travaillaient de concert pour développer des activités et des stratégies qui mettaient en lien des gestionnaires et des chercheurs autour d'enjeux découlant de préoccupations de gestion ou de planification. Fondée en 2005, l'Alliance était un site de démonstration de courtage de connaissances, subventionnée par la Fondation canadienne de recherche sur les services de santé. La mission de l'Alliance était de favoriser l'arrimage entre les décideurs et les chercheurs, afin de répondre de manière optimale aux défis que doivent relever les gestionnaires. L'Alliance facilitait l'utilisation des données produites par la recherche, afin d'améliorer la planification et la gestion des services, tout en tenant compte des contingences de la pratique. Des activités ont été organisées dans le but de faciliter la collaboration et le partage mutuel d'informations entre gestionnaires et chercheurs, afin de contribuer à l'amélioration continue des soins de santé et des services sociaux. Par exemple, des ateliers de discussion ont été organisés sur le thème de la responsabilité populationnelle.

Également, le CSSS1 a choisi de se doter d'un *Observatoire de l'évolution des besoins de la population en soutien à l'intégration de la responsabilité populationnelle*, dont le mandat était spécifiquement d'analyser la population et ses besoins. Cet observatoire était un nouveau programme de bourses, piloté par le CSSS. Créé en 2005, sa mission est d'encourager des étudiants universitaires de cycles supérieurs à répondre à des besoins d'information sur la population du territoire en provenance des membres de leur organisation. Selon un gestionnaire, « ce qui a été offert jusqu'à présent par l'équipe du service de soutien aux programmes nous a permis de faire un bout de chemin intéressant, mais l'Observatoire permettra d'aller plus loin, de forcer la réflexion et d'affiner les compétences, non seulement des étudiants mis à contribution, mais aussi des gestionnaires qui apprendront à voir les choses différemment. » L'Observatoire permettait de répondre de manière plus approfondie aux interrogations soulevées par les gestionnaires. Par exemple, l'un des projets analysait les données relatives au suivi des patients hospitalisés du territoire

suite à une tentative de suicide et un autre dressait un portrait de santé des immigrants du territoire. Par contre, les résultats de ces recherches n'étaient pas disponibles avant 2008. En conséquence, cet outil d'information n'a pas influencé les stratégies mises en place pendant notre période d'observation. Néanmoins, cet instrument avait le potentiel de nourrir les gestionnaires, afin de mieux adapter l'offre de services aux besoins locaux.

Étant donné que la population immigrante représentait près de la moitié des résidents du territoire (47% ci-haut), le CSSS1 avait une préoccupation à l'effet de mieux documenter leurs besoins. Dans ce sens, l'une des cibles d'amélioration du CSSS1 était liée au développement d'une meilleure connaissance des besoins des clientèles immigrantes.

« Définir et mettre en œuvre les stratégies les plus appropriées pour améliorer l'adéquation des services aux particularités de la population immigrante. Les actions suivantes devraient être réalisées : documenter les besoins de la clientèle immigrante et les services utilisés, identifier des stratégies d'adéquation des services et mettre en place des activités (formation et autres) visant une meilleure adaptation des services aux spécificités des clientèles immigrantes. (Cible 11.1, janvier 2007). »

Par ailleurs, pendant notre période d'observation, les dirigeants étaient davantage préoccupés à l'effet d'adapter davantage les services à la clientèle multiethnique.

« Et il y a un élément, nous autres, qui est particulier, dans notre CSSS, c'est que notre population est très multiethnique. Fait que ça, on est conscients de ça. Qu'est-ce qu'il faut faire pour en tenir compte. Je pense que la clientèle multiethnique, on essaie de renforcer nos liens avec les organismes communautaires... tout ça. Mais, je ne peux pas dire encore que notre offre de services nous distingue par rapport à notre clientèle. Ça va être le gros morceau de la responsabilité populationnelle. »

### **Mécanismes de reddition de comptes et d'évaluation de la performance organisationnelle**

La réforme a été un moment privilégié par le MSSS et l'Agence pour introduire les ententes de gestion comme outil de reddition de comptes et de négociation.



« Je pense qu'il y a une préoccupation qui est plus grande, liée à la reddition de comptes. C'est très clair. Les ententes de gestion ! »

Ces ententes avaient été conçues, afin que les gestionnaires négocient avec le palier de gouverne supérieur les objectifs qu'ils comptaient réaliser au cours de la prochaine année. Par ailleurs, au début du processus, plusieurs directeurs ont déploré que ce mécanisme était autoritaire et qu'ils avaient peu de marge de manœuvre.

« De toutes façons, c'est pas une entente, c'est un ordre qu'on reçoit. Il faut signer et pis faut rencontrer ce qui est là. »

« Puis toute la reddition de comptes actuellement, est une reddition de comptes policière. On va te taper sur les doigts si tu ne fais pas X nombre de visites à domicile. Ou X nombre de visites ici aux services sociaux courants. On est encore dans cette logique-là de reddition de comptes sur du volume, du volume, du volume. Donc le gestionnaire, la seule chose qu'il veut, c'est de ne pas se faire taper sur la gueule. Il n'est pas dans une logique de reddition de comptes dans une optique d'amélioration de services. C'est la logique rapport de force avec l'Agence; tapage sur les doigts. Mais ça c'est un problème. Si on n'arrive pas à modifier ça, la reddition de comptes, ça va rester, on n'est pas capables d'inscrire ça dans une logique d'efficacité, d'efficience. »

Malgré que les gestionnaires percevaient que les ententes de gestion structuraient grandement les objectifs et les activités mis en place, certains croyaient également qu'ils disposaient d'une certaine marge de manœuvre, parce que l'Agence n'était pas en mesure d'évaluer l'évolution du projet clinique.

« L'Agence et le Ministère, avec toute la réforme, ça c'est parti et ça c'est une grosse affaire, puis je pense que personne ne sait vraiment qu'est-ce que c'est, où est-ce que c'est rendu, comment ça marche. Je l'ai demandé, moi, à des gens parce que je voulais savoir, comment on se situe par rapport aux autres. Avez-vous un relevé provincial? On ne peut pas, ah non, non, il y a quelques Agences qui le font et tout ça mais... Coudonc toi, c'est un gros processus, c'est supposé être un gros processus de changement, c'est quelque chose sur laquelle tu mets une équipe; tu mets une équipe centralisée, et là avec les données et tout ça, puis tu pousses, c'est à partir du Ministère. Et là, ça n'existe pas ça, ça fait qu'il me semble **qu'on a beaucoup plus de marge de manœuvre donc dans un CSSS qu'on pense qu'on en a**. Et on contrôle des points de processus, mais je ne suis pas convaincu qu'on est capables et

qu'on cherche à contrôler est-ce que les vrais changements sont en train de se faire. »

Néanmoins, il y avait un consensus au sein de l'équipe de direction à l'effet qu'ils avaient une plus grande préoccupation d'introduire une gestion axée sur la reddition de compte et la négociation. Graduellement, les dirigeants argumentaient davantage et cherchaient à expliquer les écarts avec les normes prescrites dans l'entente de gestion. Au fil de l'expérimentation, les dirigeants ont ajouté une annexe aux ententes de gestion, afin de justifier les écarts anticipés aux cibles prescrites. Cet outil, initialement utilisé de manière plus coercitive, a évolué davantage vers une négociation, avec les paliers supérieurs, quant aux objectifs à atteindre. Graduellement, les dirigeants du CSSS influençaient davantage les objectifs fixés par l'Agence en négociant davantage avec elle. L'introduction des ententes de gestion ont amené les gestionnaires à se préoccuper davantage de leurs performances liées à la reddition de compte.

« Jusqu'à maintenant, notre organisation, on y a accordé une importance et une crédibilité moyennes. Mais puisque l'Agence intervient de plus en plus pour demander des explicatifs en regard des écarts, on sent cette nécessité de mieux suivre de plus près et d'amener aussi nos directeurs et nos gestionnaires à suivre l'évolution de leur propre performance. Je ne peux pas dire, à ce moment-ci, que c'est généralisé, je ne suis pas certaine que tous nos gestionnaires ou tous nos directeurs sont bien au fait de tous les indicateurs qui les concernent dans l'entente de gestion. Ce n'était pas une préoccupation très présente, mais ça le devient tranquillement. »

En complémentarité avec les ententes de gestion, la direction de la qualité et de la mission universitaire a développé des indicateurs de gestion pour guider les dirigeants à évaluer leur performance organisationnelle.

« Bien le tableau de bord, dans le fond on a présentement deux tableaux de bord émergents. Il y en a un qui est interne dans l'organisation, qui s'adresse au conseil d'administration et qui veut mettre de l'avant des indicateurs qui sont à la fois opérationnels, à la fois stratégiques, mais des indicateurs locaux qui permettent de suivre certains des engagements qui sont pris dans notre plan d'affaires. »

Le tableau de bord interne se voulait un outil d'amélioration continue, qui facilitait le suivi des dossiers prioritaires et orientait les décisions. En 2006, 12 indicateurs ont été choisis pour suivre l'évolution du CSSS1. Au fil du temps, le tableau de bord comportait davantage d'indicateurs. En 2007, plus de vingt indicateurs avaient été créés, notamment les erreurs médicamenteuses, le nombre de chutes et le nombre d'embauches et de départs.

Selon plusieurs directeurs, le désir d'intégrer davantage d'indicateurs de gestion est influencé non seulement par les ententes de gestion, mais également par la taille de l'organisation.

« Tu sais, il y a des milieux à Montréal et depuis plusieurs années qu'ils font de l'évaluation, qu'ils font, regarde les milieux hospitaliers, ils sont capables de te dire c'est quoi leur performance dans plusieurs secteurs. Ils ont des données pour le faire, et ça fait plusieurs années qu'ils ont développé ça. Moi je dis que ça vient avec le volume. Plus tu es gros, plus pour gérer ton affaire tu as besoin de données quantitatives. Plus t'es petit, t'as pas besoin de ça parce que tu vas voir un tel. En tout cas, tu penses que tu n'en as pas besoin, parce que tu vas voir untel et il te dit comment ça marche. »

### Réflexions portant sur la sémantique

Malgré l'apparence de consensus au niveau de la compréhension de la responsabilité populationnelle au début du processus (cf. vision), l'expérimentation a mis en évidence des différences au niveau de la compréhension.

Au début, les gestionnaires partageaient les grandes orientations générales de la réforme, mais dans la pratique, il demeurait des ambiguïtés.

« Moi, je dirais dans le fond, quand le conseil a été nommé après la fusion, on s'est **retrouvés du jour au lendemain avec une panoplie de nouveaux termes qui venaient de sortir de cette réforme** là, auxquels on avait beaucoup de difficulté à comprendre les concepts. Ils ont tous lu la même documentation que nous autres, parce qu'on avait des piles de documents qui venaient du ministère. Mais dans le concret, là, il n'y avait pas grand monde qui savait c'était quoi. »

Beaucoup de discussions entre les directeurs ont porté sur le développement d'une meilleure compréhension de la réforme. Lors des premières rencontres entre les directeurs, plusieurs discussions portaient sur la définition des concepts, tels que la responsabilité

populationnelle, le projet clinique, les chantiers cliniques, les réseaux locaux de services et l'harmonisation des services.

« Bien soyons honnêtes, la première étape ça été une mise à niveau de tous les directeurs dans la compréhension de ce qu'est le projet clinique. Je dirais qu'on a même paralysé notre élan de la phase 1; on voulait entamer la phase 2, mais on a vite réalisé qu'il y avait des malaises importants dans la compréhension de ce qu'était le projet clinique, de ce qu'étaient les concepts associés à ça. Donc on a arrêté la démarche de réflexion liée à l'offre de services, on l'a arrêtée temporairement, le temps de permettre aux cadres supérieurs de mieux, dans le fond **d'approfondir la compréhension de ces concepts-là**. ».

Après plus d'un an de discussion au sein du comité de coordination du projet clinique, les directeurs ont senti le besoin de définir à nouveau les différents concepts, étant donné l'absence de consensus. Par exemple, la notion de « projet clinique » ne signifiait pas la même chose pour chaque directeur. Des interrogations persistaient à savoir si les projets de développement de RLS étaient nécessairement inclus dans le projet clinique. Certains directeurs considéraient le développement des RLS distinctement du projet clinique : « Moi, je mets en place un RLS, pas un projet clinique (Note d'observation, 18 octobre 2006) ». De plus, les directeurs n'accordaient pas la même valeur aux mots. Par exemple, le mot projet clinique (Notes d'observation, 18 octobre 2006) :

Dir. A « Le mot le plus important, c'est le projet. »

Dir. B « Pour moi c'est le clinique. »

Dir. C « C'est le projet organisationnel qu'on se donne. Quand on réfléchit en termes de RLS, c'est un moyen. »

Dir. D « Pour moi, le mot projet, c'est un exercice de projection qu'il faut incorporer dans notre pratique. »

Aussi, dans les chantiers cliniques, les mêmes interrogations étaient soulevées par les intervenants (Notes d'observation, 19 septembre 2006). Selon une infirmière : « je me sens dans le brouillard. Je ne me trouve pas assez intégrée dans le concret. Pour nous,

comme intervenant sur la ligne de front, c'est le brouillard. » Pour un organisateur communautaire : « on parle de RLS, mais il y a rien qui se passe présentement, ça reste théorique. » Selon un ergothérapeute, « c'est au niveau de l'opérationnel, le comment, avec qui? Là encore dans les airs, ça fait environ un an qu'on est supposé faire des rencontres par discipline, on n'a pas encore eu de rencontres. » Plusieurs professionnels percevaient que les initiatives demeuraient au niveau des représentations et que peu d'actions avaient été implantées sur le terrain.

À l'automne 2006, plusieurs directeurs jugeaient avoir peu cheminé depuis la création du CSSS1. Selon un directeur : « on a toujours l'impression de revenir à zéro pour les connaissances (Note d'observation, 18 octobre 2006). » Un autre directeur affirmait : « on est resté à la sémantique (Notes d'observation, 18 octobre 2006). » Malgré les avancements au niveau de la compréhension, un gestionnaire critiquait le peu d'action mis en place : « après 1 an qu'on se rencontre et qu'on n'ait pas la même définition et vision, il faut faire un saut pour qu'il y ait une trace (Notes d'observation, 18 octobre 2006). » Par contre, certains directeurs estimaient que le processus avait évolué : « regarder l'ordre du jour v'là un an. Un point projet clinique et des points différents RLS. Maintenant projet clinique qui revient plus englobant (Notes d'observation 18 octobre 2006). »

Les directeurs du CSSS1 ont accordé plusieurs moments, au sein de leurs réunions, pour développer une compréhension de la responsabilité populationnelle. Ainsi, beaucoup de temps a été consacré à donner un sens à la réforme. À mesure que le CSSS1 progressait vers des stratégies plus cliniques, le discours devenait plus consensuel.

### **Appel à des leaders d'expertise**

Les directeurs participant au comité de coordination des chantiers cliniques ont senti le besoin d'être soutenus par un expert externe, afin de les guider dans le développement du projet clinique. Selon un directeur : « ça fait qu'il y a eu comme je dirais un petit flottement d'un an qu'on peut observer. Et je pense que c'est pour ça qu'ils sont allés chercher quelqu'un de l'extérieur. Ils avaient l'impression qu'ils avaient besoin de relancer quelque

chose pour le projet clinique. » La personne engagée avait une longue expérience de gestion à la Régie régionale de Montréal et avait réalisé un projet de consultation dans un autre CSSS. Le CSSS1 misait sur un leadership d'expertise.

Au début de son mandat, l'agent de projet a rencontré tous les directeurs cliniques et conseils, afin de déterminer les étapes franchies relativement au projet clinique. Selon lui, plusieurs démarches ont été entreprises par le CSSS1, mais plusieurs d'entre elles n'étaient pas associées au projet clinique. Il a permis de clarifier ce propos, en montrant que toutes les stratégies mises en place par le CSSS sont incluses dans le projet clinique. Il a aidé à construire la cohérence et l'intégration entre les différents chantiers cliniques. Il a également proposé un processus pour structurer l'élaboration du projet clinique. Selon lui, « il faut y aller par étape mais il faut minimalement avoir un plan d'ensemble. Il faut revoir chaque programme service, cibler les actions prioritaires (Notes d'observation, 18 octobre 2006). »

Dans la prochaine section, portant sur les modalités organisationnelles, nous présentons plusieurs autres exemples dans lesquels le CSSS1 a fait appel à des leaders d'expertise, dont notamment dans le développement des cliniques réseaux, le RLS santé mentale et le RLS PPALV.

### **Plan d'action 2007-2009**

À l'hiver 2007, le consultant et la direction de la qualité et la mission universitaire ont proposé une planification plus opérationnelle pour le développement des programmes cliniques. À la suite d'une consultation auprès des directeurs programmes et des directeurs conseils, ils ont rédigé un document de travail présentant des cibles d'amélioration pour les prochaines années. Ensuite, pour bonifier les propositions, plusieurs rencontres ont eu lieu au sein du comité de coordination des chantiers cliniques, en plus d'un forum avec les partenaires, auquel nous référerons dans la section portant sur les activités de réseautage. Suite à ces nombreuses consultations, un « plan de mise en œuvre du plan d'action 2007-2009 du projet clinique » a été produit (CSSS1, 2007). Il était le fruit d'une réflexion

collective des acteurs locaux. Le plan d'action « décrit l'ensemble des cibles d'amélioration de l'offre de services considérées comme prioritaires et des principales stratégies prévues pour leur mise en œuvre, y compris les modes de concertation avec les partenaires concernés (CSSS1, 2007). » Ce plan d'action interpelle à la fois le CSSS et ses partenaires. Selon un directeur : « les cibles d'amélioration du projet clinique, c'est une valeur ajoutée. C'est ce qu'il faut changer comme pratique pour s'assurer qu'on répond bien à nos nouveaux mandats (Notes d'observation, 8 mai 2007) ». Selon un autre directeur; « ce qui est le plus intégrateur actuellement, c'est le plan d'action (Notes d'observation, 8 mai 2007) ». Ce plan d'action présentait 33 cibles d'amélioration de l'offre de services, regroupées en 14 catégories. Le tableau 9 présente une synthèse de ce plan d'action.

Tableau 9 : Liste des catégories présentées dans le plan d'action 2007-2009

1. Personnes âgées en perte d'autonomie liée au vieillissement (9 cibles)	2. Services post-hospitaliers de réadaptation (1 cible)
3. Services aux clientèles vulnérables (MPOC, Diabète, Oncologie, Insuffisants cardiaques) (1 cible)	4. Services en déficience physique (1 cible)
5. Services médicaux de première ligne (1 cible)	6. Santé mentale Adultes (4 cibles)
7. Dépendances Adultes (1 cible)	8. Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement (1cible)
9. Les tout-petits et leur famille (3 cibles)	10. Santé publique et développement local (4 cibles)
11. Les jeunes et leur famille (3 cibles)	12. Clientèle immigrante (1 cible)
13. La qualité des activités cliniques (2 cibles)	14. mission universitaire (1 cible)

Le plan d'action 2007-2009 présentait l'ensemble de l'offre de services du CSSS1. Certaines catégories réfèrent à des sous-groupes de population (ex, tout-petits et famille), d'autres à des pathologies (ex, santé mentale adulte) et d'autres à des secteurs d'activités

(ex, mission universitaire). De plus, certaines catégories avaient des portées transversales, tandis que d'autres ciblaient un secteur spécifique de l'organisation. Les différentes cibles étaient variables. D'ailleurs, selon le plan d'action 2007-2009 : « certains engagements en sont encore au stade de la planification. Plusieurs sont tributaires de l'élaboration d'un cadre régional qui vient à peine d'être adopté ou qui ne l'a pas été encore. D'autres comportent un préalable important : la mise en place d'une organisation mieux intégrée entre les composantes récemment regroupées du CSSS (CSSS1, 2007). » Selon un directeur, « on a des exemples où l'on a déjà travaillé étroitement avec nos partenaires, dont PPALV, soins palliatifs. On n'a pas attendu de finir l'exercice théorique avant de commencer à travailler avec nos partenaires (Notes d'observation, 14 mars 2007). »

Au cours des trois premières années, les dirigeants ont investi considérablement d'énergie à réaliser un exercice de projection de la nouvelle offre de services, afin qu'ils soient mieux adaptés aux besoins locaux. Depuis le début de la réforme, au fil de l'appropriation de leur nouveau mandat et de l'adaptation locale aux suggestions gouvernementales, les dirigeants ont développé davantage leur propre programmation, en fixant eux-mêmes certains de leurs échéanciers. Plusieurs dirigeants conceptualisaient qu'ils étaient rendus à l'étape des réalisations concrètes, adaptée aux besoins et enjeux locaux.

« On a beaucoup plus travaillé dans ce trois ans-là, à la planification de la modification de l'offre de service. Quand on regarde au niveau du projet clinique, ce trois ans-là a été plus un trois ans d'apprivoisement entre nous, apprivoisement de ce qu'est la réalité de notre territoire. On s'est donné le temps de faire le diagnostic de ce qu'on offre, versus les besoins qu'on identifie au niveau des populations et on a travaillé, on a fait un exercice de projection. Alors on est plus à l'étape actuelle dans la projection, on a défini un plan, on s'est défini des priorités pour faire évoluer l'offre de service, ça serait malhonnête de dire qu'il n'y a pas certains éléments qui ont avancé depuis, mais ce n'est pas la majorité de nos ambitions qui se traduisent à ce moment-ci concrètement sur le terrain, mais on y arrive. »



Nous discutons de l'évolution du développement des services pour certains sous-groupes de population dans la section portant sur les modalités organisationnelles.

Cet exercice de planification a permis au CSSS1 de présenter un projet organisationnel local intégrant l'ensemble de l'offre de services du CSSS1.

« Nous avons la même préoccupation depuis un an. Nous avons changé de paradigme de gestion. Ça amène à proposer un projet organisationnel, pas gérer nos services comme avant. Maintenant, avec un projet, nous avons à réaliser une projection d'un projet clinique intégré. On est parti d'une gestion de services vers un projet organisationnel. Tu dois te poser des questions, vers où je m'en vais, quels sont les besoins de ma clientèle? (Notes d'observation, 8 mai 2007). »

Selon plusieurs directeurs, la planification des services était complexifiée par l'absence de CH au sein de l'organisation. Sans cette ressource, les dirigeants avaient plus de difficulté à développer des stratégies pour faciliter la continuité des services.

« Oui, c'est du bon monde, mais le vrai défi c'est d'asseoir les gens qui sont impliqués dans les services, dans tels services et là de les faire se parler et se rencontrer et là définir les choses. C'est plus compliqué parce que l'hôpital n'est pas parti du CSSS. C'est différent. Un CSSS que l'hôpital est dedans et qu'il y a une base populationnelle, ça ne se fait pas de la même manière; je suis pas mal sûr. J'en n'ai pas vu énormément, mais j'entends parler de gens à l'extérieur de Montréal et ça se produit très souvent. Juste à côté, t'as l'hôpital Fleury qui fait partie de ça. C'est sûr que t'as une jonction à faire avec le milieu, ils le font, mais la jonction interne, elle est interne entre l'hôpital et le CSLC; c'est la même autorité. Ça fait que ça ne se présente pas pareil. C'est deux services qui se rencontrent, qui se parlent. Quand tu veux faire des changements comme ça, il y a des opérations qui sont d'ordre cognitif, tu véhicules ton message et l'autre est de l'ordre de régler quelques affaires. Alors je pense que pour les intervenants, même pour faire le projet clinique, à la base, le cognitif ce n'est pas suffisant. Il faut qu'il y ait un gestionnaire qui dise à quelque part, bon bien vous allez vous asseoir, vous qui êtes en première ligne, vous allez vous asseoir avec l'hôpital pour telle affaire et vous allez convenir de comment vous allez faire pour tel type de client et je voudrais avoir un rapport là-dessus dans deux semaines. »

Dans l'ensemble, les changements étaient liés à la formalisation des réseaux locaux de services qui s'adressaient à différentes clientèles vulnérables sur le territoire.

« Pour plusieurs; articuler, formaliser, de la façon dont on le fait maintenant, pour une grande majorité, c'est nouveau. C'est encore un exercice pour certains à apprivoiser. Juste la définition d'un plan d'action qui vient de l'ensemble des priorités qui atterrissent sur nous à ce moment-ci, c'est encore un défi pour plusieurs. Formaliser comme on le fait, là c'est l'aspect qui est le plus nouveau. On avait, pour la plupart des cadres supérieurs, on avait appris à définir sur une base annuelle des objectifs qui étaient prioritaires. Là où l'exercice s'est un peu plus complexifié, c'est qu'on a, quand on arrive pour définir ces plans-là, on a à faire des liens avec le projet clinique, des orientations régionales qui se précisent et reprécisent assez souvent, donc l'intégration de l'ensemble de ces orientations-là, c'est ça qui a été plus lourd. »

### **Plan de communication lié au projet clinique**

Les directeurs ont consacré plusieurs discussions afin de développer des stratégies de communication facilitant l'appropriation du projet clinique par le personnel cadre. Une édition du journal CAU a été consacrée à cette thématique, en plus d'organiser plusieurs présentations lors des rencontres avec les cadres. Selon un directeur : « on a fait des présentations lors des rencontres des cadres. On a fait des présentations. C'était quoi le projet clinique. On a présenté très souvent. Mais là, il reste aux cadres à se l'approprier. » Le CSSS cherchait à « utiliser les cadres intermédiaires pour présenter le plan d'action à leur équipe (Notes d'observation, 28 mars 2007). »

Malgré ces nombreux investissements, plusieurs directeurs soulignaient; « nous avons de la difficulté à faire descendre l'information. Comment soutenir nos gens? (Notes d'observation, 9 mai 2007). » D'ailleurs, selon un directeur « c'est beau dire qu'ils sont des relayeurs d'information mais la réalité, réunion 15 minutes pour faire ce rapport. Ils cherchent le moyen efficace mais ils sont à bout de souffle (Notes d'observation, 9 mai 2007). » Cette problématique était plus ciblée dans des directions cliniques : « essaie de faire comprendre à l'infirmière, au gestionnaire, et à l'infirmière qui est assistante et qui travaille de 7h30 à 3h30 et qui n'a pratiquement même pas une demi-heure pour dîner et qui court, aller lui expliquer c'est quoi le projet clinique. » De même, selon un directeur de soutien : « le plan d'action avec les 33 cibles. Je perds rapidement mon équipe, ça fait trop

d'information (Notes d'observation, 9 mai 2007). » Néanmoins, un consensus se dégageait à l'effet que le message général à diffuser était que l'offre de services se transforme. D'ailleurs, selon un directeur : « il faut moduler notre message. Le projet clinique veut dire revoir notre offre de services, revoir notre façon de faire (Notes d'observation, 9 mai 2007). »

Les objectifs liés au plan de communication étaient « de faire connaître les services, d'augmenter la notoriété du CSSS auprès de la clientèle et des partenaires et de sensibiliser davantage les employés et médecins à la nouvelle offre de services (Notes d'observation, 6 juin 2007). » Plusieurs stratégies ont été élaborées pour atteindre ces objectifs à l'externe, notamment faire paraître des publicités dans les hebdomadaires locaux, mettre des dépliants présentant les services dans les cliniques médicales et publier des articles dans le journal des employés. Selon un directeur : « c'est plus une question de notoriété, on veut se faire connaître. C'est sûr que ça questionne. On en a parlé au Lac-à-l'Épaule à l'Agence. Les DGs sont peu favorables à la diffusion des services des CSSS. Mais, on a la responsabilité d'informer notre population sur les services existants (Notes d'observation, 6 juin 2007). » Le CSSS misait sur son offre de services comme levier de notoriété dans la communauté locale.

En résumé, le processus de planification des services de santé s'est transformé. La direction de la qualité et la mission universitaire a joué un rôle central, tant par la coordination du processus de planification du projet clinique que par la production d'information pour soutenir les gestionnaires. Cette direction, responsable du CAU, a organisé de nombreuses activités de formation, afin que les gestionnaires se familiarisent avec la réforme. Pour ce faire, le CSSS1 mobilisait des « courtiers de connaissance » à l'interne, des chercheurs et des personnes ayant une riche expérience de gestion dans le système de santé.

La transformation du processus de planification a fait émerger de nombreux défis de gestion. Au début, l'un des défis des dirigeants était de fusionner les établissements, tout en développant une offre de services adaptée aux besoins de la population. Aussi, l'un des

défis dans le développement d'une offre de services adaptée était de concilier à la fois les orientations régionales et les besoins locaux. Dans un contexte de ressources limitées, les directeurs devaient prioriser des clientèles. Au début, les dirigeants étaient davantage influencés par les niveaux de gouverne supérieure dans le choix des priorités. Au fil du temps, les directeurs avaient une meilleure compréhension des besoins de leur population, nourris à la fois par des données populationnelles fournies par le CAU et par les besoins exprimés par les professionnels et les partenaires. Le plan d'action 2007-2009 reflétait cette préoccupation d'être orienté sur les besoins de leur population et fixait davantage leur échéancier en lien avec la programmation qu'ils avaient développée.

Le comité de coordination du projet clinique a été un catalyseur dans le développement d'une nouvelle offre de services adaptée aux enjeux locaux. Cette tribune a facilité le développement d'une programmation de services du CSSS1 cohérente et intégrée entre les différents programmes cliniques. Également, afin de suivre l'évolution du projet clinique, la direction de la qualité et la mission universitaire a développé un tableau de bord interne. Les dirigeants introduisaient davantage d'indicateurs liés à la prise en charge de la population et à des processus de gestion.

La dimension « planification » est étroitement liée aux autres dimensions du processus de changement. Dans la prochaine section, nous présentons la dimension « modalités organisationnelles » qui réfèrent à l'action. Cette dimension est intimement liée à la dimension « planification » qui précède l'action.

### **6.1.3 Les modalités organisationnelles**

Dans cette section, nous discutons des modalités organisationnelles utilisées par le CSSS1 pour mieux adapter l'offre de services aux besoins de la population. Nous présentons tout d'abord la structure organisationnelle mise en place pour orienter les représentations et les stratégies d'action. Ensuite, nous analysons les stratégies transversales et verticales implantées. Les stratégies transversales touchent l'ensemble de l'organisation, tandis que les stratégies verticales réfèrent à des clientèles spécifiques.

## Structure organisationnelle

L'une des premières stratégies mises en place par le CSSS1 pour incorporer la responsabilité populationnelle a été d'adapter la structure organisationnelle à la nouvelle situation. La fusion des établissements, bien qu'exigeante, représentait également une opportunité, en permettant de redessiner les structures et les modes de fonctionnement selon une perspective de responsabilité populationnelle. Le CSSS1 a rapidement implanté une structure matricielle, articulant des directions par programme et des directions de support, tels que la direction de la qualité et la mission universitaire et l'adjoint à la direction générale (développement organisationnel). Cette configuration permettait l'émergence d'une dynamique d'apprentissage. Les directions de support généraient de l'information pour alimenter les réflexions des directions de programme, tout en ayant à l'esprit une vision transversale.

À la demande du CA, la majorité des directeurs nommés ont été sélectionnés au sein des établissements fusionnés. Le CSSS1 a nommé rapidement les cadres supérieurs. Ainsi, en réponse à l'obligation de se structurer selon un modèle par programme, le CSSS1 a adapté sa structure aux enjeux locaux et organisationnels et a fixé lui-même son rythme d'implantation.

« Il voulait rapidement définir une structure organisationnelle; créer un comité de régie, nommer des directeurs. Et la stratégie qu'il allait prendre pour faire ça, c'était de voir tout le monde qui avait le statut de directeur dans nos trois organisations. »

Le DG est entré en fonction en janvier 2005. Antérieurement, il était DG d'un CLSC-CHSLD voisin.

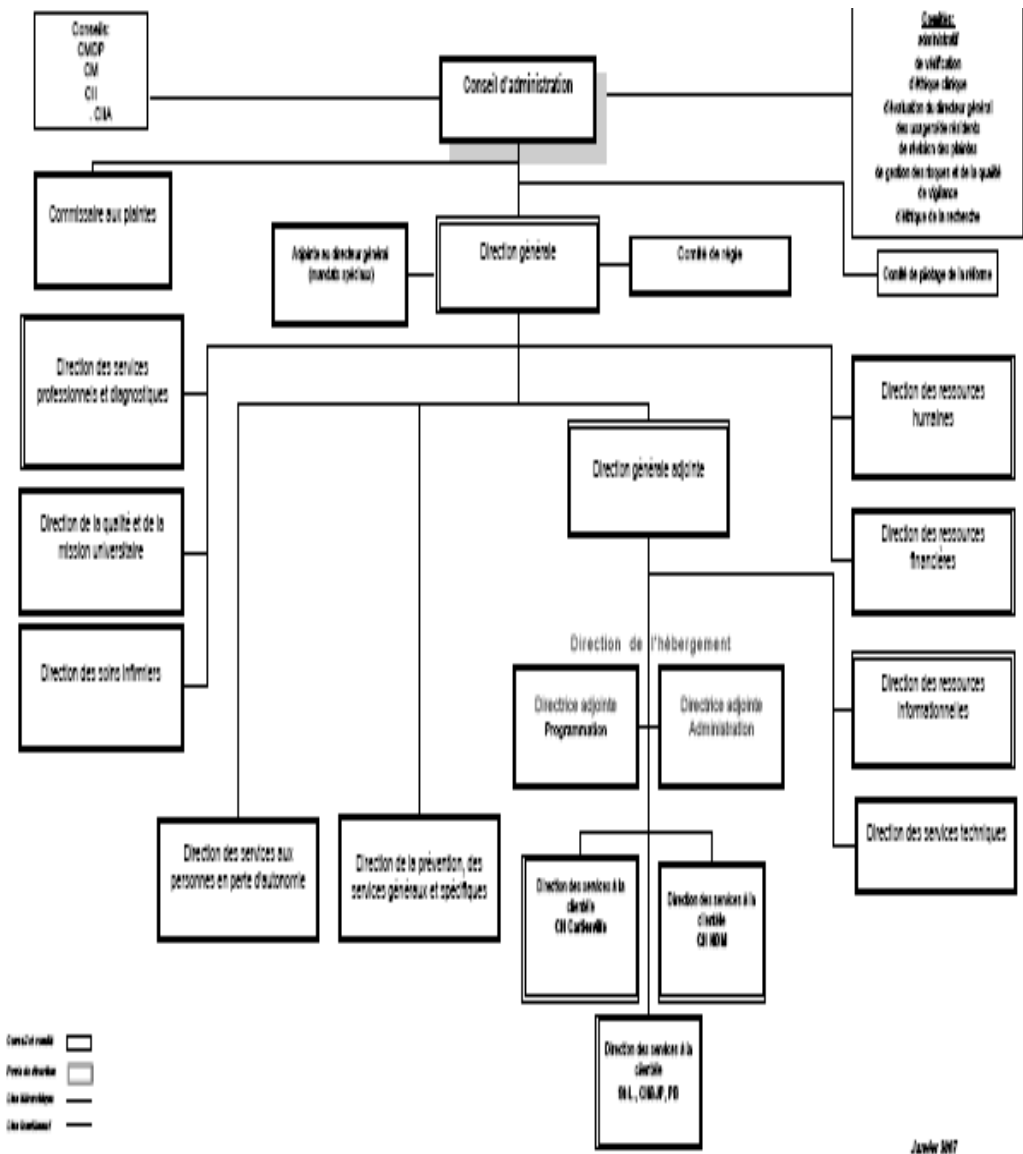
La première structure organisationnelle du CSSS1 comprenait trois directions programme, soit la direction des services généraux et des services enfance famille jeunesse en difficulté, la direction de la prévention, des services en santé mentale, déficience intellectuelle et dépendance et la direction des services aux personnes en perte d'autonomie. Les deux premières directions ont été fusionnées au printemps 2006, à la suite

du départ à la retraite d'un directeur, pour créer la direction de la prévention, des services généraux et spécifiques. Cette restructuration a ainsi créé deux directions programme clinique au sein du CSSS1, soit l'une dédiée au développement de l'offre de services destinée aux PPALV et l'autre, au développement des autres services, soit les services généraux, la santé publique et à toutes les autres clientèles spécifiques. En plus de deux directions par programme, une direction par mission, pour le secteur de l'hébergement, a été créée, compte tenu de l'historique et de l'importance de ce centre d'activités dans l'organisation (près de 1000 lits d'hébergement). Six directeurs ont été nommés, afin de représenter la direction de l'hébergement, sur un total de dix-huit directeurs.

Par ailleurs, certains directeurs ont soulevé le fait qu'ils considéraient qu'il y avait une asymétrie dans la structure de gouverne entre la direction PPALV et l'hébergement.

« L'hébergement, il y a 40M\$, oui, c'est beaucoup 40M\$, mais ils sont 6 à 40M\$. Il y a un directeur avec 20M\$ et elle est toute seule».

Figure 7 : La structure organisationnelle du CSSS1 (2007)



## Stratégies transversales

Plusieurs stratégies transversales ont été implantées, afin de guider le développement d'une offre de services intégrée et cohérente. Dans cette section, nous présentons quelques-unes de ces stratégies.

### *Comité de régie*

L'une de ces stratégies était la création d'un comité de régie, afin d'informer et d'échanger entre les dix-huit directeurs des enjeux stratégiques de l'organisation. Elle permettait une intégration des différentes initiatives conçues par chaque direction et le développement d'une vision commune dans la prise en charge de la population. Cette tribune permettait également de discuter des stratégies de planification et d'action. À plusieurs reprises, des personnes étaient invitées au comité de régie, afin de faire une présentation sur les dossiers stratégiques touchant l'organisation. La fréquence des comités, soit une journée aux deux semaines, permettait aux directeurs d'être continuellement informés de l'évolution du projet clinique et des stratégies envisagées. Ils étaient tous consultés sur les démarches initiées dans le cadre du projet clinique. Collectivement, ils décidaient des orientations stratégiques de l'organisation. Aussi, ces rencontres permettaient au DG de transmettre l'information reçue de l'Agence lors des comités de gestion des réseaux.

### *Comité de coordination du projet clinique*

Tel que discuté dans la section portant sur la planification, un comité de coordination du projet clinique a été implanté. Cette modalité organisationnelle permettait le développement d'une offre de services cohérente. Par ailleurs, la composition, la fréquence des rencontres et le mandat ont été modifiés à l'automne 2007. Cette table avait le mandat de suivre l'évolution des différentes tables de travail. Les gestionnaires, responsables de ces tables, se sont joints à ce comité et les rencontres avaient lieu aux deux mois.

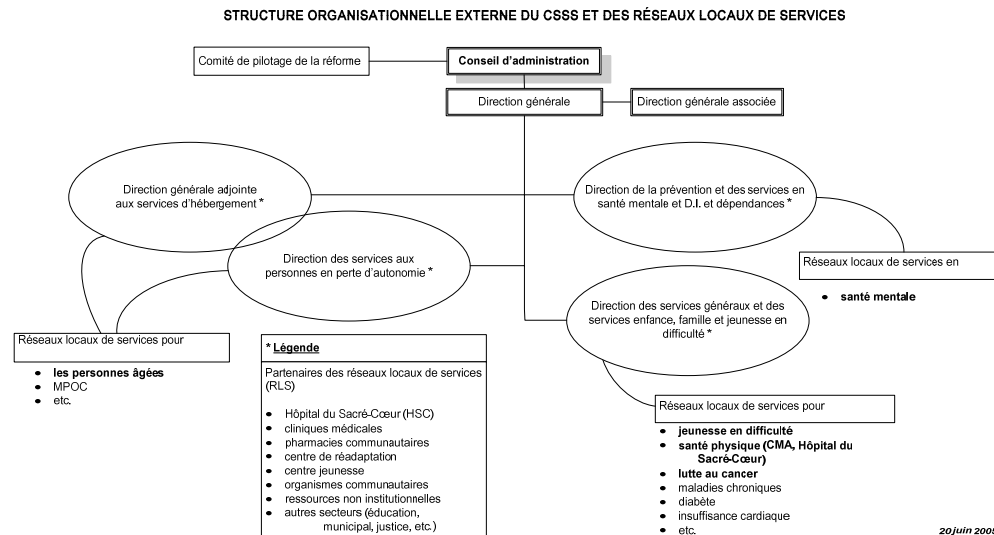
### *Organigramme externe*

Les dirigeants du CSSS1 ont rapidement élaboré un organigramme externe, en mettant l'accent sur les multiples partenaires dans la création de RLS sur le territoire. Cet outil présentait explicitement l'une des orientations initiales du CSSS1, à savoir, le développement de relations de partenariat avec les différentes organisations du territoire.



«**Beaucoup à l'externe**, ça c'est notre modèle un peu, ça ne sera pas juste un plan d'organisation. La différence en disant on va être original, on va mettre un endos à notre plan d'organisation et on veut mettre sur pied nos réseaux locaux avec nos partenaires, ça a autant d'importance. Je peux toujours dire moi, à mon CA, regardez, il y a deux côtés. On peut garder notre gestion à l'interne, mais regardez l'autre bord, l'autre bord, oups, et là j'essaie toujours au niveau des réunions de conseil, d'amener les personnes sur le projet clinique, sur l'état de participation avec nos partenaires. »

Figure 8 : Organigramme externe du CSSS1



## Stratégies verticales

Dans cette section, nous présentons des initiatives verticales développées pour adapter l'offre de services de différentes clientèles : les personnes âgées en perte d'autonomie, la santé mentale adulte, les services généraux et la santé publique.

### *Personnes âgées en perte d'autonomie*

L'un des premiers chantiers cliniques mis en place a été le chantier clinique PPALV. Il était formé par plus de trente-cinq personnes, soit des gestionnaires et des professionnels (des infirmières, des travailleurs sociaux, des pharmaciens, des organisateurs

communautaires, des ergothérapeutes et des physiothérapeutes). Les rencontres se tenaient en alternance sur les différents sites.

« C'est que là, l'idée de départ, comment ça avait été lancé, c'est qu'il fallait que tous les gens qui voulaient, qui manifestaient un intérêt pour le chantier personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement pouvaient s'inscrire, manifester leur intention et on retenait tout le monde. Donc, je me suis retrouvée avec 35-40 personnes à peu près autour de la table, et ça regroupait des intervenants des deux CLSC, les trois centres de jour, unités d'évaluation, réadaptation, soins palliatifs et tous les cadres qui étaient à ce moment-là dans la direction. »

Le premier mandat que s'est donné le chantier clinique PPALV a été de dresser le profil organisationnel des ressources et des services offerts. Cet exercice de planification a permis aux différents intervenants et gestionnaires de s'approprier en documentant les différents secteurs, soit le soutien à domicile court et long terme, les centres de jour, les ressources intermédiaires, l'hébergement temporaire, l'hôpital de jour, l'unité d'évaluation, l'unité d'évaluation de réadaptation intensive, les soins intensifs, le programme MPOC et la brancarderie. Cette réflexion portait sur une analyse interne de l'organisation en regard des différents services.

« Puis au départ, le premier objectif de ces rencontres-là était de dresser le portrait de nos services et s'approprier. Les gens, exemple de A, bien eux, c'était une nouvelle réalité, faire partie de ce genre de chantier-là, puis il y en avait qui n'avait pas réalisé qu'on avait un hôpital de jour et c'était quoi la clientèle de l'hôpital de jour. Bon. Quand on a parlé de gestion de cas, ça été un sujet, donc comment on travaillait à A, comment on travaillait à B. C'est tous ces items-là. Le soutien à domicile. Ça fait qu'on a tout révisé, ce qu'on faisait en soutien à domicile court terme, ce qu'on faisait en soutien à domicile long terme, les trois centres de jour, c'était quoi les trois centres de jour. Ensuite l'hôpital de jour, l'unité d'évaluation, les soins palliatifs et tout ça. Dans chacune des séances, on remplissait un formulaire, les services, les heures d'ouverture, puis on essayait de voir également le personnel qui travaillait là. Les médecins qui travaillaient. Et ça, ça été long parce qu'il fallait donner le temps aux gens de parler et donner le temps à chacun des services d'exprimer ce qu'il faisait et puis ça, je les ai les premiers documents de base, je m'en sers encore. »

Les premières préoccupations étaient liées à la fusion, soit harmoniser et consolider les processus à l'interne. Le discours portait sur la standardisation des services. La stratégie adoptée par le CSSS était d'offrir des services uniformes entre les différents établissements du CSSS. D'ailleurs, l'une des cibles d'amélioration définies par le CSSS était d'« assurer à la population du territoire, un accès et une offre de services à domicile interdisciplinaires uniformes, quel que soit son lieu de résidence et peu importe le CLSC auquel elle s'adresse (CSSS1, 2006). »

« Il faut s'harmoniser aussi, parce qu'il y a un grand principe d'équité également à la base de tout ça, c'est que la personne âgée qui est à domicile à B, il faut qu'elle ait les mêmes services que la personne âgée qui est à domicile à A. Ça fait qu'il fallait regarder pour harmoniser également notre panier de services et la hauteur des services qu'on donne pour être capables d'arriver face à nos partenaires privés et avoir un produit qui se tient. Donc c'est ce qui a commencé, c'est ce qui nous a orientés au départ pour commencer les premiers travaux. »

Le chantier clinique PPALV a été très dynamique. Les gestionnaires et intervenants participaient en grand nombre au comité et la fréquence des rencontres était élevée. Trois comités internes ont été créés à l'été 2005, soit un comité regroupant les membres des programmes soutien à domicile, un comité regroupant les programmes centre de jour et un dernier regroupant évaluation, réadaptation et hôpital de jour. Nous abordons cette thématique liée à des enjeux de planification dans cette section, puisque le CSSS1 a créé plusieurs modalités organisationnelles dont ces trois comités, regroupant exclusivement des gestionnaires et intervenants du CSSS1. Les travaux ont permis de réaliser une analyse globale de l'ensemble des services offerts par le CSSS1 et d'identifier les différents fonctionnements, clientèles et problématiques.

Pour accompagner le développement des services PPALV, un agent de projet a été embauché. Il avait une longue expérience de travail dans l'organisation des services destinés aux personnes âgées à la Régie régionale de Montréal. Le CSSS1 a fait appel à un leader d'expertise pour nourrir les dirigeants dans le développement des projets pour cette clientèle.

« Et pour le réseau local service personnes âgées, j'ai engagé un contractuel pour m'aider à travailler ce dossier là. Et lui, c'est monsieur X qui est à l'Agence avant, c'est lui qui a monté sur papier, tous les documents, tous ces documents là du réseau local, c'est lui qui les a faits à l'Agence. Il était à sa retraite. Je suis allée le chercher. »

L'agent de projet avait le mandat de documenter trois composantes du RLS PPALV recommandées par le MSSS et l'Agence, soit 1) le guichet d'accès unique, 2) la gestion de cas et 3) le soutien à domicile. Il a rédigé trois documents en lien avec ces thématiques. L'objectif recherché par le guichet unique d'accès était « de faciliter l'accès à tous les services requis par les clientèles visées, assurer les liens avec les partenaires et contribuer au cheminement rapide, efficace et continu des demandes vers les bons intervenants (Notes d'observation, 14 février 2007). » L'objectif des gestionnaires de cas était « d'assurer l'évaluation, planifier les services et coordonner les services entre les différentes organisations (notes d'observation, 14 février 2007). » Enfin, en lien avec les services à domicile, le CSSS1 cherchait à harmoniser ses services. Pour bonifier les propositions et pour préciser les stratégies à mettre en place, trois comités de travail ont été implantés, où participaient des gestionnaires et des professionnels du CSSS1. En conséquence, les travaux portaient exclusivement sur des composantes cliniques, afin de faciliter l'intégration des services aux personnes âgées de leur territoire. Les travaux portaient sur des préoccupations liées au champ traditionnel de la production de soins et services.

Également, les douze directeurs PPALV des CSSS de la région de Montréal désiraient entreprendre une démarche commune de développement. Pour ce faire, ils ont demandé à l'Agence un agent de projet pour les accompagner dans ce processus. L'Agence a accepté cette demande.

« On a eu de l'aide à ce moment-là, nous on a demandé à l'Agence que si on voulait mettre à Montréal des réseaux et qu'ils soient pratiquement identiques, qu'on ait quelqu'un qui nous accompagne dans notre démarche. Ça fait que là ils nous ont fourni une aide, c'est vrai. Et puis donc oui, il faut fonctionner en réseau, il faut que nos réseaux, sans qu'ils soient semblables, il faut au moins qu'ils se ressemblent et il faut que l'utilisateur qui est X qu'il reçoive pratiquement les mêmes services. »

Cet agent de projet accompagnait les CSSS de la région pour l'implantation des composantes recommandées par les niveaux de gouverne supérieure.

Aussi, la direction PPALV a développé un projet d'infirmière de liaison au CH de proximité. Ce projet pilote était financé par le CH de proximité, par le CSSS1 et par l'Agence. Cette stratégie visait une meilleure articulation entre les services du CSSS1 et le CH pour les résidents du territoire, en plus de désengorger l'urgence. Elle permettait une meilleure continuité des services à la population de laquelle le CSSS1 était responsable. Par contre, le CSSS1 n'avait pas le pouvoir d'admettre en hébergement une personne de son territoire sans une autorisation préalable de l'Agence.

« Donnez-nous une liberté. Je ne suis pas capable de déplacer quelqu'un actuellement du Pavillon X pour le mettre au pavillon Y sans l'autorisation de l'Agence. C'est impensable. Après je vais aller dire – Je suis boss de quoi? Je suis boss de la norme régionale **J'ai une responsabilité populationnelle, mais les mains liées sans rien faire.** On peut tu avoir des conditions de réalisation pour assumer ça. »

Par ailleurs, le projet d'infirmière a été modifié en cours de route, étant donné des difficultés d'implantation.

« Le programme d'infirmières réseau qu'on a parti il y a deux ans, qu'on a tenu, qu'on a essayé nous-mêmes de travailler avec eux, ça n'a pas fonctionné. On a essayé pendant un an de le faire travailler, on a essayé pendant un an de faire en sorte qu'on ait une infirmière du soutien à domicile à l'urgence dans les locaux de l'urgence et puis eux n'étaient pas ouverts, on a essayé, on a fait toutes sortes de démarches, toutes sortes de stratégies et ce modèle-là n'a pas fonctionné. Le modèle qui fonctionne présentement, c'est celui que eux ont imposé. Donc l'infirmière réseau elle n'est pas dans les locaux de l'urgence, elle est dans la salle d'urgence, donc ils ont mis comme l'infirmière en dehors de l'urgence. »

Nous discuterons plus en profondeur de cette modification en traitant des services généraux.

Également, dans le cadre des mesures de désengorgement des urgences, l'Agence de Montréal a développé un budget, afin de développer des ressources intermédiaires. Le

CSSS1 avait l'obligation de créer des ressources intermédiaires sur son territoire.

Certains directeurs ont critiqué le peu de marge de manœuvre dont ils disposaient dans ce dossier.

« Ça a pris une semaine pour tout monter physiquement, mais tout monter, opérationnel en trois semaines. Et là on nous a dit même que ça avait pris trop de temps. Ça fait que trois semaines, imagine, tu montes une unité de soins, il n'y a rien, il faut que tu montes avec les lits et tout, t'as rien. Et moi ce que je leur ai dit à l'Agence, j'ai dit vous, regardez, dans le dossier des services post-hospitaliers de réadaptation, ça fait deux ans qu'il traîne à l'Agence ce dossier-là. Et puis on commence, il va être réglé probablement à l'automne. Ça fait que je leur ai dit regardez, un dossier comme ça vous autres ça fait deux ans et vous venez me dire que moi, un délai de trois semaines c'est trop? Ça fait que les échéanciers, la pression ils nous la mettent également. Ils nous la mettent. »

Aussi, afin de développer un continuum de santé pour les personnes âgées, le CSSS1 a créé un comité directeur. Par le biais de ce comité, les directeurs responsables du chantier PPALV et du chantier hébergement s'informaient mutuellement des travaux en cours. Le comité était formé du directeur PPALV et de son adjoint, de même que du directeur général adjoint aux services d'hébergement. Au début, les discussions portaient principalement sur des enjeux liés à l'intégration des services. Les travaux de ces deux chantiers cliniques étaient centrés sur l'harmonisation des services entre les différents sites. Ils travaillaient en parallèle dans les démarches d'harmonisation, puisque les processus à unifier étaient différents au sein des CLSC et des CHSLD. Néanmoins, à long terme, la vision du CSSS1 était de mettre en place un réseau de services intégrés PPALV en collaboration avec les partenaires. Pour initier cette orientation, le comité directeur a organisé, à l'hiver 2006, une rencontre d'information avec les différents acteurs du territoire. L'invitation a été lancée à plusieurs partenaires et près d'une quarantaine de personnes répondaient à l'invitation, notamment des entreprises d'économie sociale, des groupes d'entraide, des résidences privées, des centres d'hébergement privés conventionnés, des ressources intermédiaires, des pharmacies, des médecins, des organismes communautaires, le centre hospitalier de proximité et des instances municipales.

« J'ai fait une première rencontre le 16 mars dernier (2006), une invitation at large, pour rejoindre tous les partenaires, pour leur dire qu'on voulait mettre en place un réseau qui s'inscrivait dans la responsabilité, dans le projet clinique à responsabilité populationnelle, je pense qu'il y avait de 50 à 60 personnes présentes. Et puis j'ai expliqué grosso modo le projet clinique, la nouvelle mission des CSSS avec l'approche populationnelle, et la prise en charge des personnes âgées, et j'ai expliqué comment on devait construire le réseau, j'ai expliqué à partir d'un exemple. Donc une personne âgée à domicile, et là on la suivait, partout dans son cheminement, et puis comment on pouvait avoir besoin et j'ai mis beaucoup l'accent sur le besoin qu'on avait des partenaires pour nous aider à soutenir le réseau. Et l'atmosphère était très bien, les gens étaient très très très intéressés et puis très intéressés à travailler avec nous, effectivement. »

Cette rencontre invitait un ensemble d'acteurs locaux à participer au développement d'un RLS PPALV sur le territoire. Le premier contact organisé par le CSSS1 a permis d'initier un échange avec des acteurs externes de l'organisation. De même, la majorité des organisations privées travaillant auprès de la clientèle PPALV du CSSS1 ont été rencontrées par un représentant du CSSS1.

« Moi, j'en ai moins, et mes partenaires, la plupart ce sont des partenaires de pratique privée. Donc exemple les pharmaciens du territoire et les résidences privées. Donc ce sont des entreprises privées. Des résidences privées on en a 17. Ce qui a changé dans mon rôle, c'est que je ne suis pas allée moi-même, je ne suis pas allée moi-même mais j'ai envoyé quelqu'un. Oui, j'ai envoyé quelqu'un les rencontrer, toutes les 17 résidences, personnellement. »

En continuité avec cette vision de création de RLS, le CSSS1 a mis sur pied une table de concertation des aînés.

« Et aussi j'ai mis sur pied une première table de concertation des aînés, une première table de concertation suite au travail des trois tables de travail que j'avais mises en place ici. Donc la table de concertation pour le réseau local personnes âgées liées au vieillissement et à cette table-là, donc ont participé pour la première réunion trois représentants de l'hôpital de Montréal et elles ont très bien compris le travail en collaboration. Et aussi, il faut le faire du un à un. Puis il faut établir le lien de confiance avec nos partenaires. Et ce qui est novateur, c'est qu'avant, souvent ces tables-là partaient soit de l'Agence, ou partaient de l'hôpital. Là non, **c'est nous le CSSS qui avons comme mandat de mettre en place le réseau local personnes âgées.** Et à

l'intérieur de cette table-là, il y a beaucoup de représentants de notre CSSS, parce que dans notre CSSS, moi, j'ai tout le réseau. J'ai tout le réseau dans le CSSS; j'ai la PP de la santé, j'ai tous les programmes dans ma direction. »

La première rencontre de la table des aînées a eu lieu en mai 2007. Peu de représentants des organismes externes étaient présents. Selon un directeur : « on est pas mal entre nous mais on a presque tous les secteurs du réseau local dont on a besoin qui sont réunis au CSSS. On n'a pas beaucoup d'organismes externes car on a pas mal tous les services à l'interne (Notes d'observation, 24 mai 2007). » En effet, la majorité des producteurs de services de santé destinés aux personnes âgées du territoire était sous la gouverne du CSSS1, notamment le soutien à domicile, les centres de jour, un hôpital de jour, des lits en hébergement, une unité d'évaluation de réadaptation intensive et une unité de soins palliatifs. Étant donné cette situation, le CSSS1 a peu interagi avec les partenaires dans le but de réfléchir à une meilleure intégration des services.

« Donc, il fallait faire ça, parce que le réseau local personnes âgées, contrairement au réseau de santé mentale, où une grande partie des services sont donnés par les organismes communautaires et où le noyau en CLSC est très petit au niveau de l'équipe santé mentale. Si je calcule ici, il y avait trois personnes qui faisaient le noyau de l'équipe en santé mentale. La plupart des services sont donnés par les partenaires extérieurs. Alors qu'en soutien à domicile, la plupart des services sont donnés en institution, sont donnés par nous, sont donnés par des organismes publics et nos partenaires, on n'en a pas beaucoup. Puis, contrairement aussi au réseau santé mentale, la plupart de nos partenaires – la plupart de nos partenaires – en réseau local personnes en perte d'autonomie sont des entreprises privées: pharmaciens qui travaillent dans des entreprises privées, médecins qui sont en cabinet privé, les résidences privées, donc les résidences, c'est des entrepreneurs privés, c'est pas des organismes. On a Remue-Ménage qui est un organisme, mais on ne lui donne pas, nous, de subvention, contrairement à un autre réseau. Soit le réseau de santé mentale ou autres organismes communautaires dans la réalité enfance/famille et autres. Donc la plupart de nos organismes sont autonomes. La plupart de nos partenaires sont autonomes et en plus ce sont des gens qui travaillent, ce sont des entrepreneurs privés. »

Néanmoins, suite à cette première rencontre, les participants ont convenu d'inviter davantage de partenaires.



Au cours de l'été 2007, le directeur PPALV et le directeur représentant la mission de l'hébergement, qui siégeaient au comité aviseur, ont quitté leur fonction. Leur départ ralentira probablement les démarches, qui se développaient dans un contexte déjà fragilisé.

« Personnes âgées, il y a eu certains bénéfiques, l'effort qui est consenti à développer des ressources dans la communauté. En même temps, je dirais que c'est le secteur d'activité, dans ma lecture à moi, qui est le plus fragilisé à ce moment-ci. Sur certains aspects, je dirais même en détresse. Une demande de service qui est immense, des ressources essoufflées et aussi une pénurie de ressources majeures. Quand plus de la moitié des infirmières d'un programme de soutien à domicile sont des infirmières d'agences, ça va mal. »

### *Santé mentale adulte*

Des démarches de création d'un réseau de services intégrés en santé mentale avaient été initiées en 2003, soit avant la réforme. Le CLSC A, le CLSC B, le centre hospitalier psychiatrique du territoire et un CLSC voisin ont initié ce projet.

« Au niveau de la santé mentale, je dirais que cette volonté de développer un réseau local existe depuis je dirais quasiment trois ans. Et ça unissait à ce moment-là le territoire (A-B- voisin). Donc il y a eu vraiment une volonté locale de faire naître ce réseau local-là, avant même qu'on officialise les grandes orientations de la présente réforme. »

Les quatre établissements avaient embauché conjointement un agent de projet. Cette tactique permettait de nommer un leader pour structurer le processus de création de RLS en santé mentale. De plus, afin de guider la planification, un comité de coordination clinique a été créé, formé des gestionnaires et des cliniciens issus des quatre établissements. Au départ, les partenaires communautaires n'étaient pas invités au comité. Mais rapidement, ils ont été impliqués dans le processus, ce qui a donné lieu à l'émergence du comité clinique réseau en santé mentale. Plus de trente-cinq personnes assistaient régulièrement au comité, dont vingt représentants d'organisations communautaires.

« Parce qu'au point de départ, on était peut-être un petit peu plus institutionnels, le communautaire, c'est comme on le voyait, ok, dans un deuxième temps, mais finalement oups, on a vite je pense été à l'écoute du fait que si on veut faire un véritable réseau, je pense qu'il fallait réunir aussi les partenaires communautaires, et les autres, en réadaptation aussi, en toxicomanie et dépendances, comme Dollard Cormier et tout ça. »

Ce comité a permis aux différents acteurs du « continuum de la santé » de mieux se coordonner et d'apprécier la contribution de chacun. Les fréquentes rencontres entre les organisations institutionnelles et communautaires facilitaient la création d'interfaces entre les différentes activités du continuum.

Le RLS en santé mentale a été lancé officiellement en février 2006. L'aboutissement des démarches entreprises dans ce dossier depuis 2003 a résulté par la signature d'une entente de collaboration formelle entre les différents partenaires institutionnels et communautaires. Plus de cinquante personnes étaient présentes à cette activité de signature.

Des actions ont été mises en place pour améliorer les services aux personnes ayant une problématique de santé mentale sur le territoire. Suite aux recommandations du comité clinique réseau en santé mentale, des personnes ressources de chaque organisation ont été identifiées, afin de faciliter les communications. Également, un comité clinique de soutien de liaison a été créé, afin de discuter des cas cliniques complexes et à chercher conjointement des éléments de solutions à l'intérieur du réseau. Ce comité était formé d'agents de liaison représentant les quatre institutions, deux cadres représentant les deux CSSS et des représentants des organismes communautaires. Les rencontres avaient lieu mensuellement. Le CSSS1 a formalisé des mécanismes de liaison, entre les différents intervenants, pour les personnes suicidaires, par le biais d'une signature au protocole MARCO, à l'automne 2006. Ainsi, selon plusieurs directeurs, la réforme a permis de formaliser les liens entre les différentes organisations.

« Il y avait une quinzaine d'organismes pour les jeunes, au niveau des adultes, qui donnent des services en santé mentale, c'était pas coordonné, ça fait que les gens pouvaient se voir, mais il n'y avait pas de lien, il n'y avait

pas de liaison, il n'y avait pas de discussion clinique comme il se fait actuellement. Donc là, on a un réseau de services intégrés, les gens sont assis ensemble, tant que toute l'accessibilité et la continuité soient mis en place, il y a des discussions d'ordre clinique, ils ont des clients, par exemple, qui sont mieux servis aujourd'hui qu'avant. »

L'équipe en santé mentale du CSSS1 était de cinq intervenants et le CSSS1 projetait agrandir significativement cette équipe, dans le cadre de transfert de ressources en provenance d'un CH psychiatrique. Cette stratégie était d'ailleurs pilotée par l'Agence. Dans cette optique, les travaux portaient sur l'opérationnalisation de ce dossier de transfert des ressources, soit vingt-trois intervenants. Plusieurs rencontres entre les dirigeants du CSSS1 et les dirigeants du CH psychiatrique ont eu lieu, afin de préparer la transition et l'actualisation de ce projet. Initialement, le transfert des ressources était planifié pour l'hiver 2006. Toutefois, l'Agence a fréquemment reporté l'échéancier. Malgré ces incertitudes, les dirigeants du CSSS1 croyaient que le transfert se réaliserait au cours de l'année 2008. En ce sens, les travaux portaient sur le transfert des ressources au niveau de la première ligne.

### *Services généraux*

En ce qui concerne la clientèle des services généraux, il n'y a pas eu de rencontre formelle au sein d'un comité gestionnaires/professionnels. Toutefois, plusieurs stratégies ont été développées. Elles étaient grandement portées par la direction générale et la direction des services professionnels. Selon un directeur :

« Ce que j'ai remarqué par ailleurs, c'est que la question du médical c'est porté au niveau de la direction générale. Dans les autres aussi, c'est souvent porté par le DG, cette dimension-là de lien avec les médecins. **Parce que c'est novateur.** C'est porteur aussi, parce que les gens sentent tous que c'est ça qu'il faut qui arrive; c'est un des éléments majeurs de la réforme. C'est pas une petite affaire. »

Le développement de cet axe était au cœur des réflexions des transformations. Les dirigeants cherchaient à améliorer l'accessibilité médicale et la prise en charge par un médecin de famille de leur territoire.

« Je trouve que le niveau médical, c'est le coeur où sont les grands aspects de la réforme. Et c'est pas réglé, on sait qu'il y a environ 38% de notre territoire, de gens qui n'ont pas de médecin, bien ça en fait des choses à faire, ça fait qu'il faut mettre en place des mécanismes. »

Au départ, le CSSS1 a embauché un consultant, afin d'aider les cliniques médicales du territoire désirant être accréditées cliniques réseau (CR). L'investissement de ressources témoignait de l'intérêt du CSSS1 à encourager l'implantation de ce modèle sur son territoire. De plus, cette stratégie permettait au CSSS de choisir les cliniques médicales avec lesquelles il désirait s'associer.

« La chargée de projet qu'on a embauchée, c'était une directrice de soins en courte durée, qui avait travaillé au CH proximité déjà. Qui connaissait bien les rouages, parce que pour aller négocier, pour aller voir comment on peut organiser les choses, ça prend quelqu'un qui sait comment ça marche. Donc, on avait quelqu'un qui avait une connaissance intime du fonctionnement de courte durée et qui était capable d'aller s'asseoir – quels étaient les besoins. »

Le développement de relations d'affaires entre le CSSS1 et les cliniques médicales privées étaient une nouvelle activité de gestion.

« Je pense qu'à la base, c'est de faire le lien entre les médecins de pratique privée et le réseau de la santé et services sociaux. Je travaillais avec les CLSC au point de départ, j'étais responsable et je savais toujours que c'était ça qui fitait pas. Ça m'a intéressé d'aller travailler à essayer de faire arriver cette jonction-là, et je trouve que de passer par les CSSS, de le faire avec les CSSS en confiant, ce que la réforme fait, c'est qu'elle confie la mission aux CSSS de le faire, il **faut qu'elle fasse des liens avec les cliniques.** »

« Écoute, il y a 4-5 ans, j'ai l'impression que ça ne se parlait pas, et le réseau et à toute fin pratique et les cliniques privées. **C'est un grand pas.** »

Le CSSS1 a négocié un accès privilégié aux plateaux techniques du CH de proximité pour les trois cliniques réseaux et le GMF de son territoire. D'ailleurs, l'une des cibles d'amélioration visées par le CSSS1 était « d'assurer une meilleure application de l'entente existant entre les cliniques réseau, le CSSS et l'hôpital, pour améliorer le respect des heures d'ouverture convenues, pour assurer un meilleur accès aux plateaux techniques

hospitaliers et pour opérationnaliser des modalités de référence inter établissements plus efficaces (CSSL1, 2006). » Afin d'échanger avec les acteurs concernés sur les enjeux liés aux références inter établissements, le CSSS1 a créé la table cliniques-réseau-GMF. Cette table était animée par le directeur général du CSSS1. Plusieurs partenaires médicaux étaient présents à la table, notamment le DSP de l'hôpital de proximité, un représentant GMF, un représentant cabinet/clinique privée, un représentant clinique réseau, un représentant CLSC, un représentant centre d'hébergement, un représentant salle d'urgence de l'hôpital, un répondant du CSSS1 pour le développement de la première ligne médicale et le DSP du CSSS1. Ces rencontres permettaient un lieu d'échange entre les médecins de cabinets privés et les médecins travaillant en mission hospitalière. Ces initiatives ont permis de mettre en place graduellement un réseau médical.

« Quand on regarde la table locale du DRMG, ces liens de collaboration-là, qui émergent entre les médecins des institutions et des cliniques. Alors on est dans un réseau médical pour le territoire. On est plus dans cette logique-là. »

Graduellement, le CSSS1 essayait de faire comprendre à ses partenaires médicaux sa responsabilité envers la population de son territoire.

« Le discours populationnel, après quoi, maintenant? trois ans? Commence à porter avec les médecins du territoire. Parce que les médecins du territoire, comme probablement l'hôpital de première instance, reçoivent une partie de leur clientèle qui ne vient pas du territoire. Mais déjà, ils comprennent mieux quand on dit on va mettre ça sur pied, prioritairement pour desservir la clientèle, les besoins de notre territoire. Alors qu'il y a quatre ou cinq, ans, ils auraient dit "non, non, c'est pas de même que ça marche, c'est ma clientèle, prenez soin de ma clientèle, si vous n'en prenez pas soin, je ne travaille pas avec vous autres" de façon caricaturale. ».

L'un des cadres intermédiaires avait le mandat de développer des liens avec la première ligne et a travaillé activement à la réalisation de cet objectif. L'un des projets, auquel il a consacré de nombreuses heures de travail, était le développement d'un projet d'expérimentation d'un nouveau modèle organisationnel de première ligne. Le CSSS1 était à l'affût des opportunités du contexte et il a développé un projet de première ligne dans ce sens. La vision de l'Agence était de développer « des équipes multidisciplinaires

regroupant des omnipraticiens et des professionnels ayant la responsabilité de clientèles inscrites et prenant en charge les Montréalais (Agence, octobre 2006). » L'environnement suggérait que ce nouveau modèle était le modèle de l'avenir. L'Agence portait grandement ce projet. En lien avec cette vision régionale, le CSSS1 cherchait à positionner son organisation comme chef de file dans l'expérimentation d'une « clinique réseau intégré » (CRI). Le CSSS1 projetait financer une partie de ce projet à même les ressources de son organisation, soit environ 300 000 \$ par année, de manière récurrente. Ce projet d'expérimentation était la priorité organisationnelle du CSSS1 et il investissait considérablement d'énergie à sa réalisation.

Le directeur général du CSSS1 et le médecin responsable de la clinique ciblée pour l'expérimentation, qui était également le président de la table locale DRMG, ont rencontré à plusieurs reprises les dirigeants de l'Agence, afin d'obtenir l'approbation pour ce projet. De plus, ces deux personnes ont siégé au comité de travail régional pour l'implantation du modèle montréalais de prise en charge. Le mandat de ce comité était d'élaborer un guide pour le modèle montréalais de prise en charge. Cette participation à ce groupe de travail permettait d'influencer les balises de ce modèle, en lien avec leur projet pilote. Par ailleurs, le projet d'expérimentation d'une CRI n'avait pas commencé à la fin de nos observations.

En mai 2006, le CSSS1 a participé à l'organisation d'une première rencontre des médecins omnipraticiens du territoire en collaboration avec la table locale du DRMG. Plus de quarante médecins et dix infirmières de liaison du territoire ont participé. Le CSSS1 a participé à l'organisation de cette activité, afin de se positionner comme un leader sur le territoire. De plus, cette tribune était une belle fenêtre d'opportunité pour promouvoir le CSSS1 auprès des médecins du territoire. Une activité similaire a été répétée en mai 2007, où plus de 40 médecins du territoire ont assisté à cet événement.

« Il y avait probablement 75 personnes, peut-être je dirais entre 40 et 50 médecins du territoire. Donc on a récidivé cette année, on a fait un deuxième colloque, qu'on appelle l'omnipratique renouvelée #2, puis on veut que ça devienne une tradition pour réunir l'ensemble des médecins du territoire. Donc avec des sujets, justement, qui reflètent la préoccupation populationnelle. L'an dernier, ça avait été beaucoup sur la pandémie et les

responsabilités du CSSS et la volonté ministérielle de s'organiser. Cette année, les sujets qui ont été abordés, c'est l'implantation du CES justement, parce que là on a vraiment expliqué aux médecins qu'est-ce qui retournait et comment on démarrait l'ouverture, puis l'autre gros sujet qui a été cette année, c'est la réforme en santé mentale. Donc ce colloque-là, ces deux colloques-là, ont vraiment les objectifs de faire connaître à la population des omnipraticiens du territoire le mandat du CSSS et la volonté de mieux les desservir aussi, pour que ça soit plus satisfaisant leur pratique, et de les responsabiliser face à la population aussi. »

Aussi, le CSSS1 a initié des formations médicales destinées aux médecins du territoire.

« CHSLD X faisait les jeudis de la formation continue, surtout en gériatrie et avec la création du CSSS, ça s'est élargi un peu. Les médecins du CSSS étaient invités et ils ont essayé de faire pas juste de la gériatrie cette année, ils ont élargi. Je viens de faire partir un sondage auprès de tous les médecins du territoire pour connaître leurs besoins de formation et puis l'objectif c'est que justement ce soit **un plan de formation continue qui réponde aux besoins de l'ensemble des médecins du territoire** et on voudrait qu'il y ait comme quatre rencontres de formation continue et un colloque annuel et que ce programme-là soit un moyen de réunir les médecins du territoire pour se parler, pour connaître qui fait quoi, pour que les médecins du territoire connaissent mieux les services du CSSS. »

« Des petites affaires ponctuelles, ici, il y en avait depuis plusieurs années, quatre fois par année, les rencontres scientifiques, les jeudis. Et là on est en train, avec la table locale, ils ont nommé quelqu'un pour venir travailler avec nous, d'essayer de faire des activités scientifiques trois ou quatre fois par année, non seulement pour l'interne, mais pour les médecins du territoire, en choisissant des thèmes évidemment près de la pratique de première ligne, mais aussi en se disant on profiterait de ces rencontres-là pour inciter ou mettre de l'emphase sur l'aide possible sur le territoire, sur les liens qui peuvent se développer sur le territoire pour les aider à répondre à cette clientèle-là. Quand tu penses approche populationnelle, ça va se faire, je pense, avec des petits pas comme ça. »

Tel que discuté dans la section portant sur les personnes âgées, le projet d'infirmière de liaison au CH de proximité a été modifié. Le nouveau projet développait de réorienter les clientèles présentant de faibles niveaux de gravité vers des cliniques de leur territoire, en plus de réaliser des activités de prévention.

« Donc à un moment donné, un directeur s'est fait approcher, est-ce qu'on ne pourrait pas, pour ne pas perdre l'argent de ce projet-là, faire de la prévention et tout ça. Et donc, je dirais en catastrophe, à un mois d'avis, bon bien là, fondez un projet et « pitchez » une infirmière là. Donc on a conçu le projet sous deux facettes. On aborde uniquement la clientèle ambulante, donc c'est moins celle qui était priorisée par l'autre type de projet pour leur faire connaître les ressources de première ligne du territoire, et leur dire bien vous voyez, pour votre problème, une prochaine fois, il y a des cliniques sur le territoire où vous auriez pu aller, plutôt que de venir à l'urgence. Et l'autre aspect du projet, c'est que comme ils s'installent des fois pour attendre une heure, deux heures, trois heures, on les invite, auriez-vous le goût de réfléchir sur vos habitudes de vie? On peut vous faire un petit bilan avec vous. Donc on leur offre l'intervention du centre d'éducation à la santé, la même démarche qu'ils pourraient vivre ici, on peut la faire sur place là-bas. »

Le gestionnaire responsable de la première ligne s'est vu attribuer un mandat spécifique, pour une durée de deux ans, afin de coordonner l'organisation médicale du territoire. Il a été dégagé des autres fonctions de gestion liées aux services généraux. Pour réaliser cette stratégie, le CSSS1 a utilisé le financement de 100 000 \$ de l'Agence, lié au développement du projet clinique. Cette stratégie mettait au premier plan la priorité d'action du CSSS1 en regard de sa nouvelle responsabilité.

« Subvention projet clinique, **100% utilisé pour première** ligne parce que là, ça va aller plus dans la réorganisation des services de première ligne. Bon. Quand l'Agence en décembre a offert à chaque CSSS une subvention pour contribuer à l'avancement du projet clinique, le DG, comme il a beaucoup d'espoir avec la réorganisation des services de première ligne, pour lui c'était ça qui était sa priorité pour l'utilisation de cette subvention. »

« Mais c'est sûr aussi qu'on a un DG qui y croit beaucoup et qui tient la barre aussi très solide dans le sens qu'il veut, il veut ça, il y croit beaucoup, ça fait qu'il maintient son cap là-dessus et comme il joue de son charisme par rapport à ça, et tu sais comment il peut influencer, il use de ses stratégies. À l'Agence, il essaie d'aller un peu dans le même sens parce qu'il faut que tu joues avec ceux qui ont du pouvoir dans le territoire. Ça fait qu'il va un peu dans ce sens-là tout en essayant de maintenir la vision quand même. Puis il reste qu'on a aussi soumis un projet à l'Agence, parce qu'ils pouvaient nous subventionner pour un montant de 100 000 \$; c'est pas exorbitant, mais c'est pas non plus mince mince, qui fait qu'on a pu dégager aussi X pour qu'elle investisse. »



Le gestionnaire dédié à l'organisation des services de première ligne a effectué un portrait des ressources médicales sur le territoire. À l'été 2007, un bottin des ressources médicales a été diffusé aux partenaires. Il décrivait les services offerts par les différents types d'organisation offrant des services médicaux sur le territoire (CLSC, CH, cliniques médicale, etc.), en précisant les heures de disponibilités et les coordonnées des différents points de services. De plus, les coordonnées des infirmières de liaison étaient diffusées, en plus de décrire l'accès aux corridors de services du CH et les services du CSSS1.

Également, le MSSS a demandé aux CSSS de se doter de modalités pour guider les citoyens dans leur recherche d'accès à un médecin de famille. En lien avec la responsabilité populationnelle, le CSSS1 a réfléchi à développer plusieurs stratégies pour les clientèles orphelines médicales, notamment à maintenir à jour l'inventaire des cliniques médicales et les disponibilités des médecins, à informer la population sur les accès à un médecin disponible sur le territoire, à obtenir la collaboration des médecins pour établir les modalités de référence et à désigner une infirmière qui procédait à l'évaluation du besoin d'accès à un médecin de famille. « Il y a toute la préoccupation autour de la clientèle vulnérable orpheline. Ça, c'est pas encore mais il y a des petits progrès ici et là. »

### *Santé publique*

Les actions de santé publique implantées au CSSS1 s'inscrivaient dans les orientations des paliers de gouverne supérieure. Les stratégies mises en place étaient guidées par la table régionale de santé publique, animée par la Direction de santé publique de Montréal, à laquelle participait le directeur du programme prévention, des services généraux et spécifiques. En ce sens, la majorité des actions locales mises en place s'inscrivaient dans une programmation régionale. En conséquence, les initiatives de santé publique au niveau local étaient grandement encadrées par les orientations et les enveloppes budgétaires « fermées » de la Direction de santé publique. Peu d'initiatives de santé publique, en dehors du cadre régional, ont été mises en place, à l'exception d'une stratégie de diffusion de capsules de santé dans les salles d'attente des CLSC. Cette stratégie était financée par une entente de partenariat avec une fondation.

« On a un récent partenariat - le CLSC avec la Fondation - Je les ai sollicités pour recevoir des sous, afin d'avoir des écrans sur chaque étage du CLSC, pour pouvoir passer des capsules de prévention, présenter les organismes communautaires dans notre territoire. Passer des messages à la fois de prévention promotion et je dirais de la santé. »

Dans un contexte de ressources limitées, le CSSS1 a peu alloué de ressources supplémentaires dans des projets de santé publique locaux. Néanmoins, le CSSS1 désirait soutenir les initiatives des citoyens et des organismes du milieu, qui contribuaient au développement des communautés et au renforcement du filet de sécurité sociale pour les plus démunis. Le CSSS1 priorisait les interventions dans trois champs, soit la sécurité alimentaire (ex, épicerie communautaire), le logement social et communautaire (ex : ressources habitation de l'ouest) et l'aménagement des quartiers appauvris (ex, projets RUI).

Le CSSS1 a entrepris des démarches pour actualiser des innovations proposées par l'Agence de Montréal, notamment le centre d'éducation à la santé et le programme de promotion de la santé aux employés. L'Agence participait financièrement (à environ 50%) à la mise en place de ces programmes.

La création d'un centre d'éducation à la santé misait sur l'empowerment des individus. Le CSSS1 a été le premier CSSS de la région de Montréal à souhaiter implanter ce projet.

« Le système de prévention clinique, les pratiques cliniques préventives, quand j'ai débuté, quand j'ai été engagée en novembre 2005, on devait être le milieu pilote, donc on était en étroite collaboration avec la DSP pour créer le concept. Donc pendant je dirais jusqu'en juin l'an dernier, on avait beaucoup de réunions avec la Santé Publique, et on était l'équipe terrain qui, je dirais, pensait de créer le projet. Mais au printemps 2006, David Levine a souhaité qu'il y ait un centre d'éducation à la santé dans les 12 CSSS et donc ça a ralenti le processus, parce que là la DSP devait contacter tous les autres CSSS et leur faire connaître le projet, qu'ils engagent une infirmière en prévention clinique. »

L'un des objectifs des CES était de soutenir les pratiques cliniques préventives des omnipraticiens du territoire.

« Le système de prévention clinique, son objectif ultime, c'est que dans la première ligne, il y ait plus de prévention. Et le premier objectif choisi, c'est le counselling sur les habitudes de vie, à cause de la situation de la population et les objectifs du plan régional de Santé Publique et national aussi. Donc, le système de prévention clinique investit en première étape à la création du centre d'éducation à la santé, qui est une ressource pour aider la première ligne médicale au counselling des habitudes de vie. Donc, on demande aux médecins d'amorcer l'échange avec les clients pour les habitudes de vie et de nous référer au centre d'éducation à la santé. »

Le CES a ouvert à l'été 2007.

Le CSSS1 avait décidé d'offrir le programme, « ma santé, je m'en occupe! » à tout les employés du CSSS1. Le programme s'articulait autour de conférences et de bilans thématiques, notamment un bilan de santé global, un bilan stress, un bilan santé du coeur, un bilan alimentaire et un bilan activité physique. Le CSSS1 utilisait cette stratégie, afin de démontrer aux employés leur croyance en matière de responsabilité populationnelle, en regard de l'incorporation de saines habitudes de vie. Aussi, les directeurs poursuivaient un autre objectif, soit la diminution des primes d'assurances salaires, qui étaient énormément élevées.

En lien avec les orientations de l'Agence, le CSSS1 a entrepris des démarches afin d'être accrédité *CSSS promoteur de santé*. Selon un directeur : « on avait un engagement commun pour tous les directeurs, à l'effet de mettre en oeuvre des efforts pour devenir un CSSS promoteur de la santé, je pense qu'on ne voit pas ça ailleurs ». Le CSSS1 a également entrepris des démarches, afin d'être accrédité « *CSSS vert et en santé* »: CSSS vert, ça va dans la même logique. Ça, on a le soutien de l'Agence là-dedans, de la DSP. »

Également, étant donné leur responsabilité populationnelle, les dirigeants du CSSS1 se sont sentis concernés à la suite de certains événements touchant leur population. Par

exemple, le CSSS1 a grandement participé à l'opération Liban<sup>4</sup>, étant donné les caractéristiques multiethniques de leur population. Aussi, le CSSS1 a développé des services en soutien aux étudiants ayant des problématiques d'anxiété, suite à l'événement d'armes à feu au collège Dawson<sup>5</sup>. Selon le directeur responsable de ce service : « nous avons mis des mesures pour contribuer dans le sens d'une étendue de la couverture sociale (Notes d'observation, 27 septembre 2006). » Le mandat de responsabilité populationnelle a entraîné que les dirigeants se sentaient dans l'obligation de se mobiliser, à la suite des événements qui touchaient leur population. Dans ce sens, le CSSS1 s'est grandement investi à la rédaction d'un plan local contre une pandémie. Selon l'équipe de direction, le CSSS1 était le leader sur le territoire, afin de s'assurer que la population soit préparée face aux situations d'urgence. D'ailleurs, l'une des cibles d'amélioration du CSSS était de « s'assurer que la population, puisse, au moment approprié, faire face aux situations majeures et mineures (pandémie d'influenza, chaleur accablante) (CSSS1, 2007). »

Il y avait quatre organisateurs communautaires au sein du CSSS, soit deux par arrondissement. En lien avec la responsabilité populationnelle, les organisateurs communautaires ont organisé des « tournées du quartier ». Cette visite guidée était offerte au personnel et membres du CA désirant approfondir leur connaissance du quartier, tant au niveau des différentes caractéristiques de la population que des ressources communautaires.

En somme, l'intégration de la responsabilité populationnelle a amené les gestionnaires à s'investir dans davantage de domaines d'activités. Le passage d'une gestion axée sur les services vers le développement d'un projet organisationnel territorial a entraîné l'émergence de stratégies différentes.

La fusion des établissements, bien qu'exigeante en terme de processus à harmoniser, a permis aux dirigeants de structurer l'organisation, selon une matrice basée sur une logique par programme. Cette opportunité a permis de développer les services dans une perspective de prise en charge de sous-groupes de la population. Afin de prendre en charge la

---

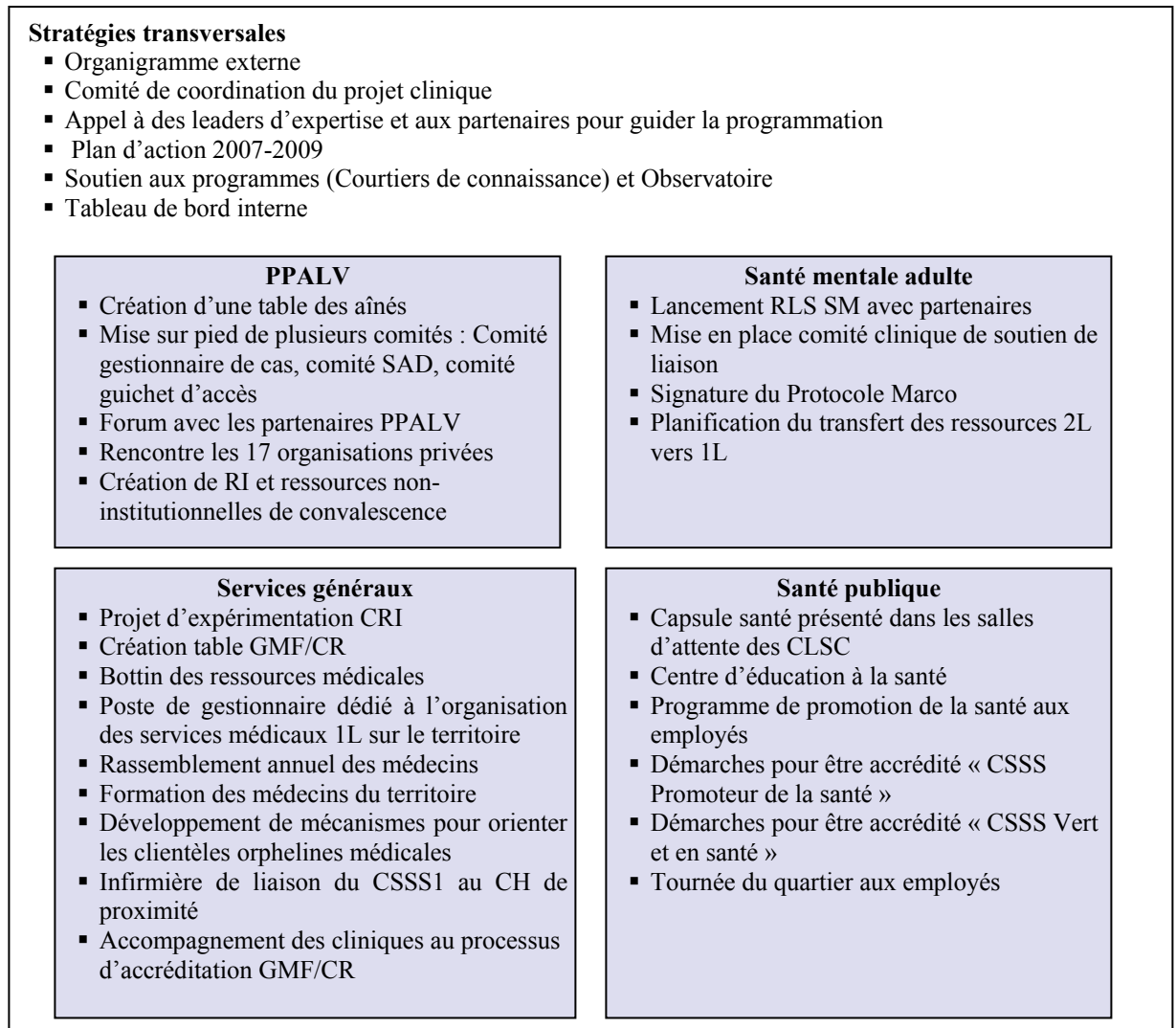
<sup>4</sup> Guerre au Liban à l'été 2006. Plusieurs Libanais ont immigré à Montréal.

population, le CSSS1 a développé une programmation d'activités locales. Cette activité de projection était amplifiée par la responsabilité populationnelle. Au départ, le développement de l'offre de services du CSSS était grandement encadré par l'Agence. Plusieurs directives de l'Agence et du MSSS dictaient le rythme de développement du projet clinique. Au fil du temps, les gestionnaires ont acquis une meilleure connaissance des besoins de la population et ils ont ajouté des priorités à leur propre programmation. Nous avons discuté de plusieurs stratégies mises en place dans les différents RLS. afin d'améliorer les services à la population. La figure 9 présente un résumé non exhaustif des stratégies implantées par le CSSS1.

---

<sup>5</sup> Drame impliquant un homme armé tirant des projectiles sur des étudiants dans un collège de Montréal. Septembre 2006.

Figure 9 : Résumé non exhaustif des stratégies développées par le CSSS1 au cours des premières années



#### 6.1.4 Les activités de réseautage

Le processus d'appropriation de la responsabilité populationnelle nécessite que le CSSS s'implique dans sa communauté et développe des relations avec ses partenaires. En conséquence, cet exercice demande au CSSS de réaliser des activités de réseautage. Ces

stratégies relationnelles nécessitent le passage d'activités de réseautage entre établissements facilitant l'intégration des services à des activités de réseautage étendue à l'ensemble des acteurs collaborant à la réalisation d'un projet collectif de santé et de bien-être.

L'une des stratégies utilisée par le CSSS1 a été de se positionner comme interlocuteur légitime pour répondre à son mandat de responsabilité populationnelle. Le CSSS1 était l'organisation qui convoquait les partenaires et agissait à titre de leader. D'ailleurs, selon un directeur : « pour moi, le CSSS est le leader du réseau. On doit prendre un leadership d'expertise. On doit avancer là-dedans (Notes d'observation, 20 septembre 2006). »

Le CSSS1 a mis en place un comité de pilotage pour permettre des échanges formels avec ses partenaires. Cette modalité organisationnelle, planifiée à l'automne 2004 dans le plan d'affaires, a commencé ses activités en janvier 2006. Il regroupait trois membres du CA, trois représentants des partenaires institutionnels (centre hospitalier, université de Montréal, Centres Jeunesse), trois représentants des conseils (CMDP, CII, CM), quatre représentants des organismes communautaires (deux par territoire), un organisateur communautaire et quatre représentants du CSSS1 (directeur général, DSP, DO, directeur de la qualité et la recherche). Ainsi, les membres du CSSS1 étaient en majorité. Le comité de pilotage était une tribune utilisée pour informer les partenaires sur les projets du CSSS1. Ce mécanisme permettait aux partenaires de connaître les projets auxquels le CSSS s'investissait.

En février 2006, le CSSS1 a organisé une soirée pour souligner le lancement de son plan d'affaires, sous le thème « une nouvelle façon d'agir ». Ce lancement a rassemblé plus d'une centaine de partenaires, institutionnels et communautaires du territoire. Il était symbolique, où les partenaires échangeaient dans une ambiance agréable de *vin et fromage*. Quelques personnes ont été invitées à présenter brièvement un mot, dont le directeur général de l'Agence, le directeur de la Direction de santé publique de Montréal, de même que les deux députés des arrondissements. Cette rencontre permettait au CSSS de se

positionner comme étant un leader légitime sur le territoire. Plus de cent personnes assistaient à cet événement.

Également, le CSSS1 a organisé un premier forum des partenaires en juin 2006. Il a invité les partenaires du territoire à prendre connaissance de « son projet clinique ». Plus de cent cinquante personnes ont participé au premier forum. Les participants provenaient de milieux diversifiés tels les organismes communautaires, les deux municipalités, les entrepreneurs privés et les partenaires institutionnels.

« Mais déjà il faut faire la distinction entre le 20 juin, c'est la réflexion, c'est la planification stratégique liée au projet clinique. Pour moi, c'est différent du réseau local, qui est une table permanente de concertation et de partenariat. Ça, c'est déjà en place au niveau de la santé mentale, on est assis ensemble, on a commencé à travailler ensemble et au niveau des personnes âgées, c'est mis en place, mais c'est plus à l'étape de on s'informe, on s'apprivoise. »

Les objectifs de ce premier forum des partenaires étaient 1) d'informer sur le projet clinique, soit la démarche, ses finalités et ses principes directeurs, 2) de présenter aux partenaires les travaux menés jusqu'à ce jour, de même que les constats qui en découlent et 3) d'échanger sur les écarts observés et les aspects de programmation. Pour cet événement, trois domaines ont été ciblés : la santé mentale, les personnes âgées et la promotion et la prévention. Ces thématiques étaient en lien avec les priorités gouvernementales et la programmation du CSSS1.

Quatre ateliers ont été organisés, dont deux portaient sur la promotion et la prévention. Les participants de ces deux ateliers étaient réunis selon les deux arrondissements du territoire. Selon un directeur, il était prématuré de développer une réflexion commune avec les deux tables de concertations.

« Je pense que ce serait beaucoup prématuré que de dire, il faut réunir ces deux concertations là. Je pense qu'il faut quand même respecter, il y a une histoire en termes d'évolution des communautés et même des partenaires. Moi je pense que ce serait vraiment prématuré, pis qu'on se taperait dans le



pied. Je pense qu'il y faut y aller avec beaucoup de doigté et je vois ça comme assez loin. C'est pas l'année prochaine que je remanierais. »

Par ailleurs, cette séparation territoriale permettait aux participants de réfléchir aux enjeux plus locaux de ces deux territoires. Cette stratégie permettait de mieux répondre à leur mandat populationnel en s'adaptant aux besoins locaux.

« Lors des ateliers, un portrait portant sur les caractéristiques et les besoins de santé de la population locale était présenté par un agent de recherche. Les ateliers étaient animés par un gestionnaire clinique du CSSS1 et co-animé par un responsable communautaire. »

Ce premier rendez-vous a permis d'établir un premier contact en vue de bâtir un réseau d'acteurs à la réalisation de projets collectifs. En janvier 2007, le CSSS1 a organisé un deuxième rendez-vous du projet clinique. Ce deuxième forum avait pour objectif de présenter et de valider avec les partenaires les actions qui semblaient les plus importantes dans les trois domaines présentés au premier rendez-vous et d'identifier dans les autres domaines les principales problématiques et pistes d'améliorations souhaitables. Selon un directeur : « ce forum permet un exercice de validation auprès de nos partenaires et de déterminer les cibles (Notes d'observation, 6 décembre 2007) ». Ce deuxième rendez-vous a permis d'aborder tous les secteurs de l'offre de services de santé sur le territoire. Le tableau 10 présente la liste des thématiques discutées lors de ce rendez-vous.

Plus de cent quatre-vingt personnes ont répondu à l'invitation. D'ailleurs, étant donné le grand nombre de répondants, le CSSS a refusé des participants. L'ensemble de l'équipe de direction était présente en plus de plusieurs gestionnaires et intervenants du CSSS1. Les participants étaient répartis en sous-groupes, afin de discuter de l'offre de services. Les ateliers rassemblaient des acteurs partageant des intérêts communs aux thématiques abordées.

Tableau 10 : Liste des thématiques discutées lors du deuxième rendez-vous du projet clinique

Atelier 1	Personnes en perte d'autonomie
Atelier 2	Services post-hospitaliers de réadaptation Services aux clientèles vulnérables (maladie chroniques) Services en déficience physique Services médicaux de première ligne
Atelier 3	Santé mentale (Adultes et jeunes) Dépendances Déficience intellectuelle
Atelier 4	Services aux jeunes (0-5 ans, 5-18 ans et 14-25 ans)
Atelier 5	Santé publique et développement local

Étant donné la forte participation des partenaires à certains ateliers, l'atelier portant sur les personnes en perte d'autonomie et l'atelier portant sur la santé publique et le développement local ont été scindés en deux. Chaque atelier était animé par un animateur et soutenu par des informateurs-clé et une secrétaire du CSSS1. Cette stratégie permettait d'informer les participants avec des éléments de contenu et simultanément, de dégager les éléments de synthèse décidés par les participants.

Le deuxième rendez-vous était articulé autour des intérêts du CSSS1. La stratégie était d'orienter les services selon les priorités du CSSS1. D'ailleurs, l'événement se nommait : « le deuxième rendez-vous du projet clinique ». Cette appellation met au premier plan les intérêts du CSSS1. Par ailleurs, selon un directeur, les directeurs ont porté une attention particulière, afin de ne pas centrer la rencontre sur l'offre de services du CSSS1. « J'aimerais que vous voyez les versions antérieures au projet, car on a beaucoup cheminé pour ouvrir et pas être centré sur l'interne (Notes d'observation, 17 janvier 2007) ». Cet événement permettait de mobiliser les représentants des différentes organisations du territoire. Aucune invitation à la population n'a été lancée. Seuls les producteurs de services

ont été invités à ce rassemblement, afin de participer à définir l'offre de services du territoire.

Selon plusieurs directeurs, les échanges avec les partenaires étaient plus formalisés à travers l'organisation de ces forums.

« Il y en avait déjà, mais là on vient formaliser, on vient mettre une importance accrue au développement ou à la consolidation de nos partenariats. Et les forums en lien avec le projet clinique, c'est important, ce qui se dit pendant ces journées-là, ce qu'on donne comme information, mais il y a **tout l'informel qui est autour de ça qui est 50% de l'objectif souhaité**, c'est de vraiment resserrer des liens entre les individus et créer un contexte, un climat de confiance, ce qui fait qu'ensemble on va être capables de s'asseoir et un peu comme je l'ai dit tout à l'heure, re-questionner ce qu'on fait de part et d'autre et ensemble convenir de ce qui devrait se développer peut-être. Donc un forum, ça met la table pour la suite des choses. »

Suite à ce deuxième forum, le CSSS1 planifiait mettre en place différentes tables de travail, regroupant à la fois des personnes provenant du CSSS et des personnes représentant des partenaires spécifiques, concernés par la problématique. Le CSSS1 avait le désir que « toutes les cibles soient approfondies dans le cadre de tables de travail, ou autres modalités de concertation, dont le mandat sera d'en préciser le plan de réalisation, d'en identifier les conditions de mise en œuvre et d'en suivre l'implantation (CSSS1, 2006). » De plus, à la fin de nos observations, le CSSS planifiait organiser un troisième forum à l'automne 2008.

Le CSSS1 a initié plusieurs projets de partenariat. Selon plusieurs directeurs, le rôle de l'organisation s'est transformé avec la réforme. Le CSSS avait à développer davantage de relations avec l'extérieur de l'organisation et les gestionnaires étaient davantage impliqués dans la sphère politique.

« C'est certain que le DG, c'est devenu son quotidien que d'être associé étroitement au monde politique et de savoir aussi tirer les ficelles qu'il faut pour arriver à réaliser nos projets. Ça déteint aussi sur les fonctions d'encadrement supérieur. En tout cas, une fonction de direction il y a 5 ans, dans le réseau de la santé, c'était des fonctions qui étaient encore pour la plupart beaucoup centrées sur des activités de gestion à l'interne. Alors que

maintenant, les gestionnaires ne sont pas juste dans une logique de leur quotidien, ils sont aussi très étroitement associés aux partenaires et ça, ça fait un quotidien bien différent, et ça donne la nécessité de faire, de tisser des liens et de faire des représentations politiques, qui n'est plus juste associé aux directions générales, mais ça fait partie du rôle des fonctions d'encadrement supérieur. Peut-être pas toutes, mais pour plusieurs. »

Aussi, le CSSS1 a initié l'organisation d'un colloque sur le développement durable, « mieux vivre entre voisins ».

« Un colloque comme celui du développement durable ou la qualité de vie, c'est quelque chose de collectif, où on a initié, on a été un allumeur d'idées et après ça on s'est assis alentour de la table avec des partenaires importants, les deux arrondissements, des tables de quartier, la Santé Publique, la principale commission scolaire de notre territoire, on s'est assis ensemble et on a dit bon, qu'est-ce qui peut améliorer l'état de santé, mais avant de dire ça, il faut qu'on sache les initiatives qui ont eu lieu, de se comparer avec d'autres quartiers qui ont fait des belles initiatives pour qu'il y ait une mobilisation du quartier à essayer de répondre à leurs propres besoins. Et de ça, il va y avoir toutes sortes d'idées, toutes sortes de projets, toutes sortes de coordinations, de concertations qui vont aussi partir ou être encore plus consolidées, ça fait que tant mieux, à ce moment-là, je pense qu'on remplit notre rôle. Ça été le CSSS qui a parti ça. »

« L'important là-dedans, c'est pas les relations publiques, pour les relations publiques, l'important c'est pourquoi on fait ça? C'est pour que ça devienne un projet collectif, et ça, ça se fait sur 10 ans, c'est à force de répéter ces affaires-là et de créer une espèce de dynamique où les gens se connaissent et où il se crée une habitude de faire les choses ensemble. »

Ce colloque s'inscrivait dans un désir de coordonner les différents plans d'intervention des partenaires du territoire.

« Dans le quartier, les tables de concertation ont le mandat de faire un forum de quartier à l'amélioration. C'est dans cette optique qu'il serait peut-être le fun d'organiser un événement qui réunit tout le monde autour, d'améliorer de la qualité, puisque même objectif que la table de concertation (Notes d'observation, 20 septembre 2006). »

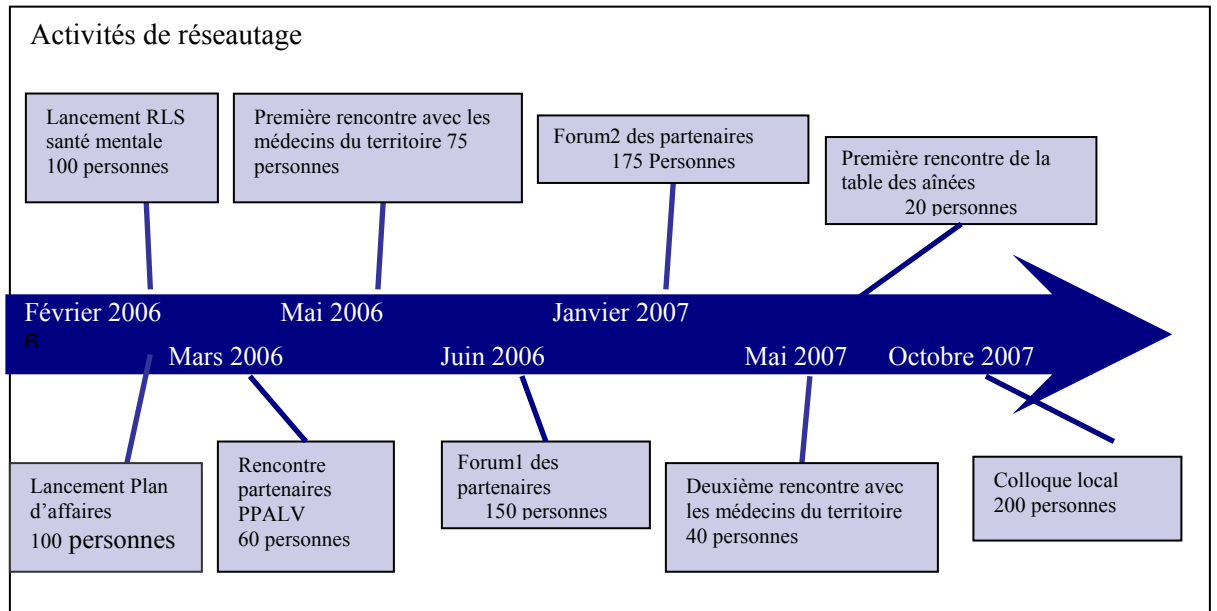
L'organisation de ce colloque visait une plus grande intégration des deux arrondissements. Selon le directeur général : « l'idée principale est de lier l'arrondissement

X et l'arrondissement Y pour travailler plus ensemble. On est parti de cette idée (Notes d'observation, 6 juin 2007). »

Les thèmes retenus étaient rassembleurs et diversifiés, notamment le logement, les écoles et communauté, la santé et l'alimentation, la santé et l'activité physique, le transport et l'aménagement urbain, la revitalisation urbaine et sociale et l'employabilité. L'objectif était de trouver des pistes de solution collectivement, pour la population du CSSS1.

En somme, l'ajout de la responsabilité populationnelle a entraîné que le CSSS se sentait responsable d'animer des projets collectifs sur le territoire. D'ailleurs, le CSSS1 a grandement investi, afin d'être une organisation visible, tant au niveau politique que communautaire. Il misait sur la diffusion de ses services cliniques comme levier de reconnaissance au sein de sa communauté. L'un des changements apporté par l'introduction de la responsabilité populationnelle est l'intensification du dialogue avec les partenaires (voir figure 10 portant sur les activités de réseautage). Il y avait une plus grande volonté des dirigeants du CSSS1 d'impliquer plus formellement les partenaires au processus de développement du projet clinique. Le CSSS1 a grandement investi dans l'organisation de « forums des partenaires » afin de connaître l'opinion des partenaires sur le développement d'une nouvelle offre de services. Cet exercice de réflexion collective permettait aux partenaires d'influencer les objectifs stratégiques du CSSS1, de même que les moyens à privilégier. Aussi, plusieurs activités de réseautage étaient initiées dans le cadre des développements de programmes. Ces activités étaient plus ciblées et opérationnelles, telles que les rencontres PPALV et la santé mentale adulte. Plusieurs tables de concertation permanentes sont planifiées par le CSSS1, où des représentants des partenaires externes seront invités à participer. Ces événements avec les partenaires étaient plus formalisés. Par sa taille, il avait l'aptitude à solliciter les organisations de son territoire. La figure10 présente un résumé des activités de réseautage que le CSSS1 a réalisé pendant notre période d'observation.

Figure 10 : Séquence des rencontres avec les partenaires du territoire



Ultérieurement, nous extrapolons que la fréquence et le nombre de rencontres avec les partenaires va s'amplifier. Ce mode de fonctionnement ouvre la voie vers une structure de gestion en mode réseau plus participative.

## 6.2 Discussion cas 1

La réforme a amené les gestionnaires à intégrer une nouvelle responsabilité aux mandats très larges, soit l'amélioration de la santé et du bien-être d'une population définie géographiquement. En réponse à cette responsabilité englobante, les dirigeants du CSSS1 ont construit leur propre interprétation de la responsabilité populationnelle à travers le temps. Suite à l'analyse des transformations du CSSS sur une période de plus de deux ans (2005-2007), nous avons dégagé cinq représentations que les dirigeants ont de la responsabilité populationnelle : responsabilité de services médicaux de première ligne, responsabilité de services spécialisés, responsabilité à l'égard des clientèles vulnérables, responsabilité sociale et responsabilité de promotion de la santé. Nous présentons succinctement les représentations synthétiques des dirigeants selon ces cinq composantes.

Également, nous discutons de leur caractère continu ou novateur par rapport à l'offre de production de soins et services. Certaines composantes sont en continuité avec la logique prédominante traditionnelle des soins et services, mais les redéfinissent en s'inspirant de la logique de santé publique. D'autres composantes innovent en s'inspirant d'une logique peu associée à une organisation sanitaire, soit la logique santé publique. Le caractère novateur fait référence à l'intégration de la logique de santé publique au sein d'une organisation centrée sur la production de soins et services.

### *Responsabilité de services médicaux de première ligne*

Pour le CSSS1, intégrer la responsabilité populationnelle se manifestait par une meilleure prise en charge de la population au niveau de la première ligne. Le CSSS1 cherchait à ce que les 135 000 habitants de son territoire soient enregistrés et pris en charge par des cliniques médicales de son territoire. Longtemps délaissé par les institutions publiques, le CSSS cherchait à développer des relations de partenariat avec les cliniques médicales privées de son territoire. La logique qui guidait ces démarches était d'améliorer la production globale de soins et services produits sur leur territoire, indépendamment qu'elle soit réalisée au sein du CSSS1 ou à l'extérieur de ses frontières organisationnelles. L'une des visions stratégiques du CSSS1 était de créer des alliances stratégiques avec plusieurs organisations de première ligne situées sur son territoire. Les préoccupations étaient centrées sur l'amélioration de la prestation de services directs offerts à leur population. Le caractère novateur fait référence à un désir d'investir dans les organisations privées de leur territoire. Cette pratique avait été peu développée avant la réforme. Le CSSS1 se sentait leader afin d'améliorer l'offre et l'intégration des services de première ligne sur le territoire.

### *Responsabilité de services spécialisés*

La responsabilité populationnelle s'est également traduite par une responsabilité de services spécialisés. Le CSSS1 cherchait à améliorer l'accès et la continuité des services entre la première et la deuxième ligne. Selon les dirigeants, prendre en charge la santé de la

population demandait de développer de meilleurs corridors de services avec le CH de proximité et d'autres établissements spécialisés. Le CSSS cherchait à ce que sa population ait des accès privilégiés à des services du CH de proximité. Pour ce faire, le CSSS s'est attribué un nouveau rôle, soit celui de leader pour négocier l'accès aux plateaux techniques et aux services de deuxième ligne pour les organisations de son territoire desservant sa population. Cette vision était novatrice. Les dirigeants négociaient non seulement des privilèges pour leur organisation, mais également pour les organisations situées sur leur territoire.

#### *Responsabilité à l'égard des clientèles vulnérables*

La responsabilité populationnelle s'est également traduite par une volonté d'améliorer la prise en charge des différentes clientèles vulnérables de leur territoire. Afin de prendre en charge leur population, les dirigeants se sont représenté différents sous-groupes de population. Ce découpage virtuel permettait de développer les services selon différents continuums clientèles qui composaient la population. Ils cherchaient à développer une offre de service adaptée aux différents sous-groupes de la population. Cette vision était en continuité avec les représentations des gestionnaires avant la réforme. Toutefois, les dirigeants cherchaient à élargir davantage leurs interventions aux clientèles potentielles. Les gestionnaires s'intéressaient non seulement aux clientèles qui requéraient des soins aigus, mais ils désiraient également rejoindre les clientèles à risque par des interventions plus préventives. Ils cherchaient à développer des RLS adaptés aux besoins des différentes clientèles vulnérables de leur territoire. Cette vision n'était pas nouvelle, mais les dirigeants cherchaient à formaliser davantage les RLS selon différents continuums de santé.

#### *Responsabilité sociale*

Plusieurs directeurs traduisaient la responsabilité populationnelle par un plus grand investissement dans les différents déterminants de la santé. Pour assumer sa nouvelle responsabilité, le CSSS cherchait à s'investir davantage dans le développement local de sa



communauté. Il souhaitait initier et animer des rencontres avec les partenaires. De même, certains directeurs ont traduit la responsabilité populationnelle comme étant celle de promouvoir un environnement sain et écologique. Selon cette vision, le CSSS1 avait le mandat de poser des gestes pour préserver l'environnement et de participer à des projets de développement durable.

Au départ, plusieurs directeurs décrivaient que l'intégration de la responsabilité populationnelle les amenait à développer des relations avec tous les acteurs du territoire, que ce soit le garagiste, le dépanneur ou le coiffeur du coin. Pendant notre période d'observation, cette vision macroscopique ne s'est pas matérialisée. Les partenaires sollicités étaient tous impliqués de près dans l'offre de services. Par ailleurs, la réforme a amené les dirigeants à concevoir qu'ils avaient un grand rôle à jouer dans la communauté, en s'inspirant davantage de la logique santé publique.

#### *Responsabilité de promotion de la santé*

La responsabilité populationnelle s'est traduite pour plusieurs gestionnaires comme étant une responsabilité de promotion de la santé, par le biais d'actions visant un plus grand empowerment des individus en rapport avec leur santé. Selon cette représentation, le CSSS1 avait la responsabilité de s'investir davantage dans des activités de promotion de la santé. Par exemple, ces activités permettaient aux individus d'acquérir des connaissances et des stratégies d'action à l'égard de saines habitudes de vie. Cette vision à l'égard des interventions préventives s'inspirait davantage de la logique santé publique.

Ces différentes visions représentaient toutes, à des degrés variables, un élargissement du champ de la production des soins et services et un plus grand investissement dans le champ santé publique afin d'intégrer davantage la responsabilité populationnelle. En conséquence, les différentes visions des dirigeants suggèrent une plus grande intégration de la responsabilité populationnelle dans les pratiques. Ces représentations ont donné un sens aux activités entreprises par les dirigeants. Elles ont évolué au niveau de la rhétorique et elles se sont matérialisées dans les actions. Elles ont été

influencées à la fois par les pressions environnementales présentes dans le champ organisationnel et les pressions exercées par le CSSS dans ce processus de transformation.

Tous les gestionnaires rencontrés au temps 2 sont d'avis que les pratiques de l'organisation ont changé depuis l'introduction de la responsabilité populationnelle. La description du cas 1 nous amène à conclure que le CSSS1 s'est transformé au cours du temps et qu'il a mis en place **différentes stratégies** pour actualiser son nouveau mandat. Au départ, le CSSS était plus démuné sur le plan des moyens pour répondre à la responsabilité populationnelle. Il a d'abord investi à l'harmonisation des services entre les différents établissements fusionnés. Au fil du temps, le CSSS1 a graduellement développé des moyens pour intégrer plus activement le changement dans ses pratiques. À travers les moyens informationnels qu'il a développés, il avait une meilleure connaissance de leur population et de leurs partenaires. À travers les moyens relationnels, il sollicitait davantage les partenaires communautaires et intersectoriels à collaborer à un projet collectif local. Le CSSS1 a facilité le rapprochement des acteurs intersectoriels avec les acteurs sanitaires du territoire. Il initiait progressivement des projets locaux pour répondre aux besoins de leur communauté. Le CSSS1 se positionnait davantage comme un leader sur le territoire et ce, au niveau de différentes composantes. Par exemple, le CSSS1 a grandement investi de l'énergie afin d'être reconnu comme un leader au niveau de l'organisation des services médicaux de première ligne sur le territoire. Aussi, il a assumé un grand rôle de représentant des organisations de première ligne dans les négociations d'accès aux services spécialisés. Il a animé et coordonné des tables de travail local pour formaliser différents RLS sur le territoire. Il a aussi organisé des forums des partenaires. En résumé, la réforme mandate les CSSS d'assumer un plus grand rôle de leader à l'égard de la santé sur leur territoire. Les différentes stratégies observées témoignent de cette volonté d'assumer un plus grand leadership territorial. Les cinq composantes de la responsabilité populationnelle qui ont émergé illustrent les différents domaines d'activités investis par les gestionnaires du CSSS1 pour répondre à leur mandat.

Bien que la réforme ait été décrétée par le gouvernement, le CSSS1 a mis en place plusieurs stratégies pour s'appropriier le changement, l'expérimenter voir même

l'influencer. Le changement a été mandaté mais son implantation a été réalisé de manière incrémentielle, permettant une certaine marge de manœuvre au CSSS1 d'adapter les stratégies. Graduellement, le CSSS1 a adapté, développé et proposé des stratégies afin d'intégrer davantage la responsabilité populationnelle. Ces stratégies résultent d'un jeu d'influence dynamique entre les pressions environnementales et les initiatives du CSSS1. Le champ organisationnel dans lequel le CSSS1 a évolué a influencé ses stratégies à des degrés variables. L'environnement présentait les opportunités et les contraintes en établissant le degré de liberté du CSSS1. De même, les pressions environnementales s'ajustaient suite aux pressions du CSSS1. Le CSSS1 évoluait dans ce contexte en étant actif sur le développement de certaines innovations et réactif en réponse aux propositions de l'environnement. Nous discutons plus en profondeur du processus de transformation du CSSS1 à travers des jeux dynamiques d'influence entre les pressions environnementales et ses initiatives dans le chapitre portant sur l'analyse transversale. L'analyse des similitudes et des variations entre les deux cas nous permettra de mieux comprendre comment les nouvelles pratiques se sont développées au cours du temps et comment les pressions environnementales ont influencé leur développement.

## Chapitre 7 - Analyse interne du CSSS2

Dans ce chapitre, nous utilisons la même structure que celle utilisée lors de l'analyse interne du CSSS1. Nous présentons tout d'abord notre matériel empirique, afin de décrire le processus d'évolution du CSSS2 à l'égard de leur nouveau mandat. Ensuite, nous présentons une brève synthèse du cas 2, en discutant des représentations de la responsabilité populationnelle.

### 7.1 Description cas 2

Dans cette première section, nous présentons le récit de la transformation du CSSS2, afin d'intégrer la responsabilité populationnelle. Tout d'abord, nous décrivons succinctement les attributs organisationnels du CSSS2. Par la suite, nous présentons notre matériel empirique selon un modèle logique de quatre dimensions, soit 1) la vision des dirigeants au début du processus, 2) la planification, 3) les modalités organisationnelles et 4) les activités de réseautage. La première dimension présente la **vision** de la responsabilité populationnelle qu'avaient les dirigeants du CSSS au début du processus. Nous décrivons comment les gestionnaires conçoivent les changements de mandat. La deuxième dimension fait référence aux enjeux liés au processus de **planification**, passant d'un exercice basé sur la demande des services vers une planification qui intègre également une planification basée sur les besoins de la population. Nous analysons les mécanismes mis en place pour nourrir leurs réflexions et leurs décisions. La troisième dimension traite des **modalités organisationnelles**, en discutant des actions mises en place par le CSSS pour implanter la responsabilité populationnelle. Enfin, la dernière dimension réfère aux activités de **réseautage**. Nous nous intéressons aux stratégies relationnelles développées par le CSSS avec les acteurs du territoire. Bien que nous présentions les dimensions de manière linéaire, elles s'influencent mutuellement dans un processus dynamique de rétroaction. Cette première section nous permet de présenter notre matériel empirique selon une structure ordonnée.

## Attributs organisationnels

Le CSSS2 est composé de trois CLSC, sept CHSLD et **d'un centre hospitalier**. Il regroupe 3800 employés, distribués sur onze sites. Plus de 250 médecins travaillent au sein de cette organisation et plus de 1200 personnes sont hébergées dans ces installations. Le CSSS2 gère un budget annuel d'environ 170 millions \$ (exercice financier 2005-2006). Voir le tableau 3 au chapitre 4 qui présente les caractéristiques des deux CSSS à l'étude.

Au dire de plusieurs dirigeants, la présence d'un CH au sein du CSSS a facilité la création de liens avec les médecins du territoire. Plusieurs omnipraticiens travaillaient à la fois au CH et dans un cabinet privé du territoire.

« Ce qui nous aidait un petit peu à avoir des liens avec des cabinets privés, c'est qu'on a quand même une équipe assez solide en omnipratique et on a l'unité de médecine familiale. Alors ça, ça créait des liens quand même au niveau des omnipraticiens, qui travaillaient soit au CH, soit à l'unité de médecine familiale, mais également dans les cabinets privés. D'ailleurs, ça été un avantage à la mise en place de notre CSSS, parce que les médecins de notre territoire, plusieurs se connaissent, travaillent au CLSC, à l'unité de médecine familiale. »

Tous les directeurs considéraient que la présence du CH facilitait la continuité des services entre les différents points de services à l'interne et avec les organisations sur le territoire.

« Quand on pense à développer des mécanismes - par exemple pour supporter toutes les équipes médicales à promouvoir ou à planifier des congés, en lien avec les équipes de SAD, en lien avec l'URFI, bien là, on est la même organisation, on ne se chicane pas avec un CHUM ou un McGill, ou un autre hôpital. »

« Ah mon Dieu, ça a tellement facilité les choses. Vraiment! Et c'est extrêmement aidant et ça l'est quotidiennement aidant pour les liens entre tout ce qui est première ligne. Ça été très facilitant et ça été aussi facilitant beaucoup pour la mise en place de la table DRMG, des liens avec les cabinets privés parce que tous les problèmes et les irritants qui étaient mentionnés par les médecins, bien moi c'était mes plateaux techniques et c'est moi qui le gère. Alors ça, ça été très très facilitant. Toutes sortes

d'affaires très pratico-pratiques, il fallait que le patient vienne porter son papier ici, plutôt qu'envoyé par fax, ça fait que ça tu réglais ça dans le temps de le dire. Toutes sortes d'irritants, alors ça, ça été très aidant. Mais le fait **qu'on ait un hôpital, écoute, c'est tellement plus facile, ça permet justement de faire tous les continuums, de faciliter les continuums.** Par exemple, je suis dans les liens entre l'accueil clinique centralisé et les différents programmes, même de l'hôpital, par exemple le lien avec les soins palliatifs, alors c'est facile parce que c'est un cadre qui est dans l'hôpital et gère aussi les CLSC, alors ça facilite les liens. Donc ça, ça été très très aidant. »

De plus, plusieurs directeurs considéraient qu'avoir un CH sous la gouverne du CSSS2 facilitait grandement les négociations pour des services de deuxième ligne.

« Je pense que ça facilite parce que sinon on aurait été obligés de faire les ententes de services avec un hôpital pour être capables de suivre la côte au niveau de la responsabilité populationnelle. Donc le fait qu'on ait ces trois missions-là dans notre organisation, au contraire c'est important parce que c'est très facilitant, parce qu'au lieu d'être obligés de négocier, on peut le faire nous autres mêmes et on a les ressources et tout ça. Parce que les ententes entre le CSSS et les hôpitaux, on a toujours une certaine limite. Alors que nous autres on peut le faire. Je pense que c'est très facilitant. »

« C'est un gros plus qu'on ait un hôpital dans notre CSSS, parce qu'on est à plusieurs égards autonomes en matière de services spécialisés. Alors pour la clientèle, c'est un avantage incontestable. »

Selon un directeur : « le CH, c'est à la fois le plus petit des grands hôpitaux et le plus grand des petits hôpitaux de Montréal, ce qui lui confère une taille idéale, assez grande pour offrir un milieu chaleureux et humain (journal interne, avril 2005). »

Au départ, la fusion des CLSC avec le CH a entraîné des résistances de la part de certains dirigeants. Les dirigeants des CLSC craignaient de perdre leurs ressources et leur identité au profit du CH. Néanmoins, ces craintes se sont vite dissipées.

« Les premiers mois, ça été beaucoup beaucoup de craintes par rapport au CLSC en regard de l'hôpital. Ça débuté même au niveau du CMDP. Le CMDP a été le premier conseil clinique à se fusionner de façon transitoire. C'était le gros CMDP de l'hôpital qui veut manger nos petites équipes médicales. On a eu la chance d'avoir quelques personnes, entre autres j'ai en

tête une ou deux personnes qui se sont impliquées au niveau du CMDP, qui proviennent du CLSC et des CHSLD, ce qui a fait que ça un petit peu atténué les craintes. »

Certains dirigeants entrevoyaient la fusion des CLSC comme une opportunité, puisque le regroupement permettait d'avoir une masse critique plus importante, afin d'offrir les meilleurs services à la population.

« Donc au lieu d'avoir deux territoires différents, là on va avoir un seul territoire. Donc on revient encore avec **une masse critique**, ça revient tout le temps. La masse critique, c'est qu'on vient d'augmenter le CLSC de X, qui était un des plus petits CLSC de Montréal et devient peut-être dans l'organisation du CSSS un gros CLSC, qui va être capable d'aller chercher les ressources nécessaires et l'expertise nécessaire pour répondre à sa population. »

Près de 137 000 personnes résident sur ce territoire. La proportion de personnes âgées est moins élevée sur le territoire du CSSS2 (13,8%) comparativement à Montréal (15,10%). Par contre, tant pour les hommes que pour les femmes, l'espérance de vie à la naissance est plus faible que celui de Montréal. Les hommes vivent 2,5 ans de moins et les femmes 2,1 ans. La population est en grande partie de langue française, avec un taux de 71%<sup>6</sup>, ce qui surpasse la moyenne de l'île de Montréal (65%). Sur ce territoire, la proportion d'immigrants (18%) est très inférieure à la moyenne régionale (26%). Sur le plan des indices de développement de l'état social, la population est plus défavorisée que la moyenne montréalaise. La population vivant sous le seuil de la pauvreté représente 36% (Montréal 29%), 42% des familles sont monoparentales (Montréal 33%) et 33% des personnes de 20 ans et plus n'ont pas de diplôme d'études secondaires (Montréal 27%). En conséquence, la population du CSSS2 est plus défavorisée sur le plan socioéconomique que celle de l'ensemble de l'île de Montréal. Dans une optique visant à intégrer la responsabilité populationnelle, nous émettons l'hypothèse que ces caractéristiques vont influencer les stratégies implantées. De même, le territoire du CSSS2 est reconnu pour avoir un historique de développement communautaire; « une forte tradition communautaire, qui est reconnue d'ailleurs. »

### 7.1.1 La vision

La responsabilité populationnelle (responsabilité de santé et de bien-être de la population) s'ajoute à une responsabilité de production de soins et services. L'incorporation de la responsabilité populationnelle amène à modifier la vision des dirigeants, passant d'une logique principalement axée sur les soins et les services vers une perspective plus large se préoccupant de l'ensemble des déterminants de la santé. Tel que présenté dans le chapitre précédent, nous interprétons la vision de la responsabilité populationnelle des dirigeants au début du processus. Cette description initiale nous permettra de mieux comprendre l'évolution des représentations des dirigeants à travers le temps.

« Ça nous re-questionne et nous revisite dans notre façon de faire. Je pense qu'on est aux balbutiements; si on va loin dans cette vision-là, ça voudrait dire vraiment **qu'on prend en charge l'état de santé des gens en travaillant avec l'ensemble des déterminants de la santé, et non pas juste les déterminants et l'organisation des soins.** »

« Moi je suis issu de la culture hospitalière, donc moi, mes yeux comme gestionnaire, étaient centrés, par exemple, quand la personne entrait dans la porte de l'urgence. On disait, on a quelqu'un qui rentre, on la prend en charge jusqu'à temps qu'elle quitte la porte, elle entre et elle sort. Maintenant, c'est l'ensemble de la population, donc autant on doit s'ouvrir les yeux à qu'est-ce qui se passe et **non pas seulement dans les murs de notre établissement**, vraiment voir ce qui se passe. **Donc regarder ce qui se passe au niveau social, économique et tout ça.** Même dire, bon regarde, il commence à y avoir beaucoup de restaurants fast food, il faudrait peut-être faire de la promotion pour qu'il y ait d'autres sortes de restaurants. Il faut avoir une vision vraiment beaucoup plus large, penser différemment. Donc c'est vraiment très différent comme mode de pensée, pas juste dire ah bien là il faut mettre de l'argent pour acheter une nouvelle technologie, **peut-être qu'on peut vivre avec la plus vieille technologie et mettre de l'argent plus en prévention de la santé.** Donc c'est vraiment une différence importante dans le minding. »

Ces définitions mettent l'accent sur une vision élargie des actions de santé, en ne se limitant pas seulement aux frontières du CSSS. Elle mentionne l'importance de l'ensemble des déterminants de la santé pour améliorer la santé et le bien-être d'une population.

---

<sup>6</sup> Données provenant des troupes d'information sociosanitaires, produites par l'Agence de Montréal en 2004.



« La responsabilité populationnelle, c'est **d'être mandaté pour s'occuper de la santé de l'ensemble de la population d'un territoire, et non seulement de celle qui se présente à nous.** Ça veut dire avoir une **préoccupation de connaître l'état de santé de cette population-là**, de ce qui la menace, **de s'organiser un système de vigie** qui fait en sorte qu'en plus d'une organisation de services fluide pour ceux qui se présentent à toi, t'as une veille, **tu t'assures de capter des choses qui pourraient survenir et te donner un système pour y répondre.** C'est d'avoir la conception que tu connais le monde pour qui tu travailles, ils vivent dans un territoire dans lequel tu deviens habile, et partie prenante de, tu travailles avec d'autres, et **ton engagement est à l'endroit du monde qui vit dans ce territoire-là et non du monde qui se présentent à l'urgence un matin.** »

« Ce qui est fondamentalement changé, c'est que là, ça dépasse la clientèle qui se présente chez eux; c'est toute la clientèle du territoire. Il ne faut pas réfléchir **seulement à ceux qui viennent cogner aux portes, mais à ceux qui n'osent pas venir cogner aux portes ou qui ne savent pas qu'ils ont une porte à laquelle aller cogner.** Et c'est ça notre responsabilité populationnelle. Donc, il faut élargir même notre façon de voir les choses et notre mandat est même d'améliorer le mieux être et le bien-être de la population, alors il ne faut pas s'arrêter uniquement à ceux qui viennent cogner aux portes. »

Ces définitions rappellent que la responsabilité populationnelle demande de se préoccuper non seulement des personnes qui se présentent dans les établissements, mais également de celles qui ne se présentent pas. De plus, plusieurs dirigeants considèrent que cette responsabilité nécessite de développer des outils permettant une « veille populationnelle » et que ces informations permettront d'adapter les services en conséquence.

Aussi, selon plusieurs directeurs, la responsabilité populationnelle demande de développer une vision élargie des interventions, en intégrant davantage d'actions de santé publique, afin de prévenir plusieurs maladies. L'une des stratégies envisagées est l'*empowerment*.

« Capacité à voir une problématique, mais dans une perspective très globale, **capacité aussi à intégrer beaucoup la notion de promotion et prévention dans nos actions plus curatives.** On parle beaucoup de suivi des **maladies chroniques**, je pense qu'on va avoir des gains considérables, parce

que 60-65%, 70% des cas qu'on traite, ont une problématique de maladie chronique. Donc je pense que si on a à aller chercher des gains, c'est là également. »

« Les professionnels en général, c'était moins vrai en CLSC, mais sinon ailleurs, n'avaient pas beaucoup une approche pour faire de la prévention/promotion. On faisait du curatif. On traitait la clientèle qui se présentait à nos portes, si elle ne se présentait pas, on ne s'en occupait pas. Donc, on a à revoir les pratiques en fonction de ne pas juste guérir ou traiter quelqu'un mais plutôt **les outiller pour qu'ils apprennent à s'en occuper eux-mêmes.** »

Également, plusieurs directeurs affirmaient que la responsabilité populationnelle demande d'adapter les méthodes de travail, afin de mieux répondre aux besoins de la population.

« C'est que ce n'est pas seulement des clients qu'on connaît, c'est tous les clients qui ne sont pas encore là et qu'on est responsables d'eux autres, de leur offrir une gamme de services. Quand on parle de prévention, promotion, dépistage, alors qu'on a souvent eu, c'était structurel, on desservait les clients qu'on connaissait. Mais dans la responsabilité populationnelle, c'est ceux qu'on ne connaît pas mais aussi ceux qui vont venir. Être capables d'avoir une vision, bon l'exemple le plus naïf que je peux donner, c'est que si dans notre perspective, dans 5 ans il n'y a plus d'enfants dans le territoire, il y a rien que des personnes âgées, il va falloir se poser la question, est-ce qu'on garde tout le monde dans les programmes enfance famille si les gens migrent? **C'est l'obligation de remettre en question les services qu'on donne.** »

« Et de **remettre aussi en question toute notre philosophie d'intervention et d'offre de services.** Je vais te donner un exemple, hier on parlait du répit-gardiennage et je disais est-ce que ça arrive qu'on n'en donne pas? Le monde disait non, non, non. Là j'ai posé une autre question, j'ai dit je vais vous reposer une autre question: est-ce que ça se peut que vous fassiez l'évaluation et ce qui est donné à un client c'est parce qu'on l'offre et non pas ce qu'ils ont besoin? Bien là ils ont dit je ne pense pas. Bon, je vais reposer une autre question: comment ça se fait qu'en soins je n'ai jamais de demande de gardiennage-répit. Tout le monde m'a regardé, parce que c'était ça que je voulais amener. Donc l'intervenant ne l'offre pas aux gens. C'était à ça que je voulais en venir, sur le besoin. À chaque fois que t'arrives avec des concepts de **besoins populationnels, il faut que tu remettes en question**

**l'offre de services et les règles du jeu, syndicales ou autres, puis ça amène un petit peu de turbulence. »**

Selon un directeur, cette nouvelle responsabilité amène à revisiter la clientèle desservie par les intervenants, afin de s'assurer de la pertinence populationnelle.

« Je dirais avant, on ne nous demandait pas beaucoup de comptes dans les CLSC; on ne te demandait pas c'est tu as la bonne population, pourquoi ça augmenté tant que ça. Mais comment on va arriver avec les intervenants, il faut sensibiliser les gens dans leurs interventions qu'ils sont imputables. Parce que je regardais l'infirmière que son monsieur est fin, fin, fin, puis il est guéri, mais elle est tellement fine la madame, **moi je vais la garder dans mon case load. Il faut qu'ils soient conscients que ce type de pratique-là va faire que quelqu'un qui aurait besoin d'entrer n'a pas sa place.** Et cette imputabilité-là, il faut que tout le monde l'ait ou finisse par l'avoir. »

De l'avis de plusieurs dirigeants, la responsabilité populationnelle va se matérialiser par une meilleure prise en charge médicale dans la communauté.

« Il faut donner le message que le CSSS c'est un virage dans la santé, c'est que tous **les citoyens soient inscrits à un médecin de famille** et que tout le monde puisse avoir accès aux médecins, mais aussi à une équipe, une équipe multidisciplinaire. **On a deux GMF, on a une magnifique unité de médecine familiale et ça, c'est de l'or en barre pour notre population** parce que nous, on a une population qui malheureusement a des problèmes de santé importants, plus élevés que la moyenne, et on a donc des efforts encore plus grands à faire, dans ce sens-là d'impliquer les citoyens là-dedans, mais on a d'autres atouts qui vont faire en sorte qu'à mon avis, on va être probablement en avant dans une culture de santé. »

« Mais toute cette question de la prise en charge de la population et de l'approche populationnelle, c'est ça la vraie réforme dans le fond. Je ne parlerai pas de la structure, **ils veulent qu'on parle des médecins.** C'est de ça qu'on parle et aussi comment les citoyens sont bien capables de prendre en charge leur santé, d'ailleurs ils le font de plus en plus. »

Aussi, plusieurs directeurs ont mentionné l'importance de travailler davantage avec les partenaires.

« Là c'est beau, mais on pourrait travailler le centre de santé tout seul puis ça c'est l'erreur qu'il ne faut pas faire. Il faut qu'on travaille avec vraiment... ça fait phrase clé, mais c'est vrai qu'il faut qu'on travaille avec nos partenaires. Il **faut qu'on travaille avec l'arrondissement, il faut qu'on travaille avec le privé**, et il y en a sur le territoire, et bon, on a dans La Presse ce matin, les belles nouvelles, partenariat public/privé, mais ça nous concerne nous autres aussi. »

Tous les directeurs sont d'avis que la présente réforme demande des changements importants;

« L'approche populationnelle, c'est beaucoup des changements de pratique et le plus intéressant, c'est un changement de culture de management et c'est des changements de pratique au niveau des intervenants, on a souvent dit ça, mais là on va le faire; on le fait déjà. Ils ont déjà commencé à changer. »

D'ailleurs, le premier document déposé par le CSSS2 soulignait que la réforme : « c'est un changement qui impose de nouvelles façons de faire et invite les acteurs du système à être proactifs au regard de leur santé et leur bien-être, et non uniquement réactifs face à la maladie. L'adaptation en cours dans le réseau de la santé est importante, nécessaire- voire même urgente- pour mieux répondre aux besoins qui ont évolué et qui soulèvent de nouveaux défis (CSSS2, 2005). »

Au dire des dirigeants au début du processus, ce qui se dégage des changements à apporter : 1) le développement de connaissances populationnelles, afin d'adapter les services en conséquence, 2) la réalisation d'activités davantage préventives, 3) une vision élargie du continuum de la santé et 4) des réseaux d'acteurs à mobiliser dans la poursuite d'un projet collectif 5) le questionnement des pratiques selon une perspective populationnelle et 6) la modification des méthodes de travail. La figure 11 présente la vision des dirigeants du CSSS2 de la responsabilité populationnelle.

Figure 11 : La vision des dirigeants du CSSS2 de la responsabilité populationnelle au début du processus (verbatim T0)

<b>Vision de la responsabilité populationnelle au temps 0</b>	
<p style="text-align: center;"><b>Vision</b></p> <p>«qu'on prend en charge l'état de santé des gens en travaillant avec l'ensemble des déterminants de la santé, et non pas juste le déterminant l'organisation des soins »            « d'être mandaté pour s'occuper de la santé de l'ensemble de la population d'un territoire, et non seulement de celle qui se présente à nous »            «ton engagement est à l'endroit du monde qui vivent dans ce territoire-là et non du monde qui se présentent à l'urgence un matin »            «non seulement à ceux qui viennent cogner aux portes, mais à ceux qui n'osent pas venir cogner aux portes ou qui ne savent pas qu'ils ont une porte à laquelle aller cogner»  <b>Conceptualisation d'une prise en charge d'une population délimitée géographiquement</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>Planification</b></p> <p>« préoccupation de connaître l'état de santé de cette population-là, de s'organiser un système de vigie, tu t'assures de capter des choses qui pourraient survenir et te donner un système pour y répondre.            «peut-être qu'on peut vivre avec la plus vieille technologie et mettre de l'argent plus en prévention de la santé»            «capacité aussi à intégrer beaucoup la notion de promotion et prévention dans nos actions plus curatives ou... on parle beaucoup de suivi des maladies chroniques»  <b>Implanter un système de vigie pour connaître les besoins de la population</b>  <b>Planifier des interventions préventives</b></p>
<p style="text-align: center;"><b>Modalités organisationnelles</b></p> <p>«c'est l'obligation de remettre en question les services qu'on donne »            «remettre aussi en question toute notre philosophie d'intervention et d'offre de services.. besoins populationnels, il faut que tu remettes en question l'offre de services et les règles du jeu, syndicales ou autres, puis... ça amène un petit peu de turbulence»            «moi je vais la garder dans mon case load. Il faut qu'ils soient conscients que ce type de pratique-là va faire que quelqu'un qui aurait besoin d'entrer n'a pas sa place»  <b>interventions dans une perspective d'efficacité populationnelle</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>Activités de réseautage</b></p> <p>«non pas seulement dans les murs de notre établissement... de nos établissements plutôt, mais vraiment voir ce qui se passe. Donc regarder ce qui se passe au niveau social, économique et tout ça»            «On a deux GMF, on a une magnifique unité de médecine familiale et ça, c'est de l'or en barre pour notre population»            « ils veulent qu'on parle des médecins »            «faut qu'on travaille avec l'arrondissement, il faut qu'on travaille avec... et qu'on travaille avec le privé, »  <b>Mobilisation intersectorielle et cliniques médicales du territoire</b></p>

L'un des consensus qui se dégage au sein de l'équipe de direction est que la réforme amène à développer une vision davantage axée sur la prise en charge d'une population délimitée géographiquement. La réforme amène à transformer les rôles de l'organisation. L'exercice de planification des services se transforme, en cherchant davantage à documenter les besoins de la population et à intégrer des actions préventives dans les continuums de services. Les modalités organisationnelles sont amenées à se transformer, afin de mettre en place des interventions selon une perspective d'efficacité populationnelle et de développer un regard plus critique sur les interventions. Enfin, plusieurs directeurs ont mentionné l'importance de se tourner davantage vers la communauté, en sollicitant une plus grande mobilisation des cliniques médicales du territoire, de même que des milieux intersectoriels. Dans les prochaines sections, nous montrons comment ces différentes visions initiales se matérialisent au fil de l'évolution du CSSS2.

### **7.1.2 La planification**

L'ajout de la responsabilité populationnelle vient modifier le processus de planification, passant d'une méthode basée en réponse à la demande de soins et services vers une planification également axée sur les besoins de la population. Nous présentons dans cette section différents éléments du processus de planification permettant d'apprécier les transformations de l'organisation.

#### **Documenter les caractéristiques de la population**

Au début du processus de planification, il y avait un consensus à l'effet de mieux documenter les besoins de la population. Pour plusieurs directeurs, cette activité était amplifiée par la responsabilité populationnelle.

« Je dirais qu'il faut déjà commencer par savoir c'est qui notre population et de quoi elle a l'air. On ne s'était jamais questionné sur ça avant, c'est qui la population et elle a quoi comme état de santé? Je ne pense pas que ça préoccupait beaucoup de gens avant. Ce qu'on voulait savoir, c'est ceux qui consultaient, c'était quoi leur état de santé, et les autres, tant qu'ils ne

consultaient pas, ça ne nous préoccupait pas. Ça fait qu'on a à avoir une stratégie aussi, je pense plus large par rapport à l'offre de services, à regarder comment on pourrait faire pour moins en traiter, si on investissait au début, peut-être qu'on aurait moins besoin d'investir dans le reste du cheminement, parce qu'on en aurait — mais sauver quelques-uns avant et ça serait des cas moins lourds. »

Ainsi, l'une des premières étapes dans laquelle le CSSS2 s'est investi a été de décrire les caractéristiques de sa population et ses besoins. Cet exercice a été nourri par la trousse d'information sociosanitaire produite par l'Agence en 2004.

« On a lu la trousse d'information, on l'a sauvegardée, on a regardé tous les problèmes qui émergeaient et par rapport à ça, on a identifié des continuums prioritaires. »

« Je pense que la trousse a fait que les établissements ont pu partir avec un réservoir plein. Ils ne sont pas partis avec le réservoir vide et avec une analyse de la population. Je pense qu'on n'a sauvé pas loin de 12 mois pour la connaissance de la population. Parce qu'on ne peut pas monter des programmes en y allant seulement sur le pif. »

Ensuite, des données populationnelles ont été répertoriées par la direction responsable du développement des programmes cliniques et des partenariats pour documenter plusieurs clientèles.

« Dans le projet clinique comme vous l'avez vu, il y a des sections sur l'état de santé et le bien-être de la population qui sont parties, eut égard à nos grandes dimensions qui ont été retenues. Donc, on a fait l'état de santé des patients en cancer, c'est quoi l'incidence, c'est quoi la prévalence, c'est quoi les principaux cancers dans nos territoires. Même chose pour les maladies chroniques, même chose pour les personnes âgées. Il y a, outre tout ça, il y a plein d'autres programmes. Ce qu'il va falloir développer, c'est des portraits de santé sur tout le monde. »

Ces informations sur la population ont permis au CSSS2 de connaître les pathologies les plus importantes, pour éventuellement développer des services mieux adaptés à ces problématiques.

« C'est en connaissant notre population qu'on a vu, bon, les maladies chroniques, il faut s'en occuper. On a un problème par rapport à beaucoup de choses qui concernent le cancer, par rapport au tabagisme. Si notre population était différente, je pense qu'on aurait choisi des priorités différentes dans le projet clinique. Alors que là on s'est dit bien on va travailler ce sur quoi? Ça adonne bien parce qu'on a à peu près les mêmes problématiques que les priorités provinciales ont identifiées. Mais bon, s'il y avait des priorités par rapport à la natalité, je ne suis pas sûre qu'on les aurait appliquées en priorité ici, parce qu'on n'a pas un hôpital non plus qui fait des accouchements. On a des problèmes plus par rapport à la grossesse en bas âge et à la santé des mères, donc je pense qu'en la connaissant bien, on a plus collé le projet clinique sur c'est quoi les réalités? »

Les directeurs rappelaient que les échanges avec les médecins étaient une source d'information riche.

« Pour élaborer sur des bases de continuums, je me suis assise avec un chef médical, je trouve ça essentiel. Bien ce médecin-là sait nos problèmes. En même temps, ils sont collés à la population que l'on dessert. »

Malgré que le CSSS2 se situe à Montréal, peu de discussions ont porté sur la complexité de planifier les services dans un contexte où il est difficile de circonscrire la population et de connaître ses besoins. Les enjeux liés à la mobilisation de la clientèle préoccupaient moins les dirigeants, puisque, par la présence d'un CH, leur mandat dépassait largement les frontières du CSSS2. En plus, les directeurs décrivaient le CSSS2 comme étant autosuffisant et où il y avait une bonne rétention de la population au niveau de la consommation de services.

« On est capables de vraiment appliquer une approche populationnelle nous autres, puisqu'on a certains leviers additionnels. Le 50% dont je parlais (médecins omni), le taux de rétention de la population et on a un hôpital qui est sur les rails, où on a un plateau technique complet, où même je dirais les médecins, spécialistes et généralistes, il y a des leaders là-dedans qui ont des orientations, une conscience sociale développée, très développée. C'est ça que ça prend. Et en même temps, on a des secteurs de pointe qui sont très forts dans certaines spécialités: néphrologie, c'est absolument extraordinaire, orthopédie, c'est extraordinaire. »



« On peut faire vraiment des parallèles, particulièrement avec notre CSSS et avec d'autres en région. Nous on a la chance d'être moins morcelés, écartelés que d'autres CSSS à Montréal. Parce que nous, par exemple, 50% des activités de nos médecins de famille, c'est la population. Et ça, je pense qu'on est à peu près le seul. Les médecins se connaissent beaucoup, c'est tissé serré, la communauté est tissée serré, on a des leaders dans la communauté. »

« J'avais toujours eu l'impression un peu que c'est un hôpital un petit peu comme un hôpital de région. Il y a une grande stabilité du personnel, les gens habitent ici, viennent travailler à ici, ont été soignés ici, ils sont venus au monde ici. Ça, c'est très particulier. »

### **Premier plan d'affaires : rapport d'étape du projet clinique phase 1**

En réponse à une demande de l'Agence, les premiers travaux sur le projet clinique s'amorçaient en mars 2005. Cette démarche était animée par un chargé de projet. Le CSSS2 a fait appel à une personne ayant travaillé plus de 30 ans dans le réseau de la santé et dont il a assumé la direction générale intérimaire d'un CSSS voisin. L'exercice qu'il réalisait avait pour objectif de dresser un premier diagnostic organisationnel à partir d'analyses de l'écart entre l'offre de services et les besoins de la population. Selon le consultant « différents comités de travail ont été formés et doivent, dans une première étape, faire une bonne lecture des caractéristiques du milieu, des besoins de notre population et des écarts existant entre l'offre actuelle de services sur le territoire et ce qui serait nécessaire pour répondre aux besoins de la population (journal interne, mai 2005). » Le fruit de ce travail s'est matérialisé par la rédaction du premier plan d'affaires du CSSS : « un projet pour la santé et le bien-être. » Selon ce premier plan : « le projet clinique dans sa première version devient, à toutes fins pratiques, le premier plan stratégique de l'établissement (CSSS2, 2005). »

En introduction, le premier plan d'affaires rappelait que la réforme modifie les rôles de l'organisation: « la création d'une instance locale découlant de la Loi 25 se veut une réforme dans le sens d'une transformation majeure, tant au chapitre des responsabilités que de l'organisation des services (CSSS2, 2005). » Le premier plan d'affaires présentait les caractéristiques du CSSS2, de la population et des deux arrondissements. En plus, il

mentionnait leurs valeurs et leurs engagements à venir. Dès le départ, le CSSS2 désirait impliquer la population dans l'amélioration de sa santé et de son bien-être (empowerment), agir sur les déterminants de la santé (particulièrement la pauvreté), chercher à se coordonner avec les médecins du territoire et s'inscrire dans le développement des communautés. Cet exercice a permis d'identifier les principaux enjeux, notamment « l'offre de services médicaux sur le territoire doit être consolidée et soutenue par la CSSS, l'offre de services en santé mentale ne répond pas à certaines clientèles particulières, une faiblesse des activités de dépistage de certaines clientèles, manque de ressources dans la communauté pour les personnes qui demandent moins d'heures soins, etc.(CSSS2, 2005). »

Selon un document officiel du CSSS2, « cette première étape a permis aux gens des trois missions d'origine du CSSS de mettre en commun leurs connaissances et leur expérience, d'identifier des enjeux, des priorités et des projets réalisables à court terme pour chacun des programmes-clientèle (CSSS2, 2006a). » Ainsi, cette étape a permis d'identifier les premières priorités organisationnelles.

Les premiers programmes priorisés étaient appuyés sur les analyses populationnelles et en continuité avec les choix des paliers de gouverne supérieure, soit la santé mentale adulte, les personnes âgées en perte d'autonomie et les services oncologiques. De plus, en lien avec les besoins populationnels, le CSSS2 a ajouté une priorité, les maladies chroniques. Ces orientations répondaient à un besoin d'un grand nombre de résidents du territoire. Graduellement, les dirigeants adaptaient ces orientations aux enjeux locaux.

« Les trois grands projets cliniques ou les grands programmes qui ont été développés majeurs, c'est à la fois santé mentale, à la fois personnes âgées et à la fois oncologie. On en a rajouté un récemment qui est maladies chroniques. Donc, ces trois grandes orientations d'établissement sont fixées par l'Agence, donc top down de l'Agence à chez nous. Nous, on est en train de leur donner cette couleur-là. Donc, c'est la priorité temps 1 et temps 2 dans laquelle on travaille actuellement, pour s'assurer que ces quatre grands programmes-là aillent de l'avant. »

## Arrimage entre les niveaux de gouverne

La nouvelle situation de gestion demandait de réaliser une programmation davantage basée sur les besoins de la population. Au départ, plusieurs directeurs percevaient que les commandes de l'Agence structuraient les orientations et le rythme de déploiement du projet clinique. Les orientations prioritaires des paliers de gouverne étaient perçues par les dirigeants du CSSS2 comme des obligations.

« Bien en fait, les grandes priorités étaient fixées. Développement de la première ligne, accès aux services, continuité, prise en charge, il fallait qu'on s'enlignè là-dedans; accès aux services chirurgicaux, prévention des infections, mais c'est sûr que ça été utile. C'est des beaux documents de référence. »

« Moi je ne suis pas certaine qu'on avait beaucoup le choix. C'est sûr qu'il y a des priorités qu'on peut adapter, des objectifs qu'on peut adapter ou se créer des sous-objectifs un peu plus précis au niveau local. Mais je pense que c'était assez clair là où on devait s'en aller. »

Certaines priorités répondaient davantage à des enjeux politiques, tels le plan de pandémie et les urgences.

« Des objectifs organisationnels aussi, ce sont les objectifs qui parfois ne sont pas priorisés par nous-mêmes et qui nous viennent de l'Agence ou qui nous viennent du Ministère. Donc je pense à la pandémie, je pense aux urgences. On aura beau être en soins à domicile ou en hébergement, **l'urgence demeure une priorité**. Alors, c'est pas nécessairement des objectifs ou des priorités qu'on se dote nous-mêmes, ils nous sont parfois imposés, je ne dirais pas souvent, mais je dirais régulièrement et surtout les échéanciers. Donc il faut que les directeurs programme travaillent là-dessus et acceptent qu'on ait ce genre d'impératifs. »

« Mais il y en a certaines obligations, notamment je vais vous dire l'urgence, la prévention des infections, la chirurgie, c'est très clair, ça nous oriente. »

« L'Agence veut savoir combien de cas seront faits d'ici octobre. On fait rien que ça calculer. **Chirurgie, urgence et accès, c'est les trois** priorités de l'Agence, parce que le Ministère pense qu'il a perdu ses élections pour ça et ils veulent régler avant les prochaines élections. Ils veulent être sûrs de pouvoir faire les quotas (Notes d'observation, 17 mai 2007). »

Au début de la réforme, plusieurs directeurs percevaient que les démarches organisatrices de l'Agence étaient trop nombreuses et précises.

« Mais le niveau régional, c'est beaucoup, beaucoup dans le contenu à Montréal. Ça crée un questionnement je te dirais, sur la place, l'espace qu'on peut occuper, comment le faire, le rôle du local. Moi le rôle du local, des bouts je viens complètement mêlée. Et la loi nous le donne. »

« Moi, je passe la moitié de ma vie à l'Agence. Il y a des tables sur tous les sujets. Ça fait que je peux y aller une fois par semaine, sur ça, ça et ça, et ce n'est pas la façon dont je voyais les choses. J'ai à m'y adapter. Parce que la façon dont je voyais les choses, c'est des orientations ministérielles, le sens, un cap, une Agence qui donne le ton pour dire on fait des priorités, je suis encore à l'aise avec ça, on va répartir les ressources et le financement, on vous donne des critères de résultats, je suis toujours à l'aise avec ça. On va se revoir sur les résultats, puis arrangez-vous avec ça. Ramassez-le et faites-la, la première ligne en santé mentale. Je vais vous regarder aller par exemple, puis si elle n'est pas faite, je vais en reparler, mais faites-la. Ce n'est pas du tout ça qui se passe. Il y a tout un modèle de hiérarchisation avec la description du guichet unique, la description du rôle de l'infirmière au guichet unique, la description de, etc. »

« Voici les résultats auxquels je m'attends (Agence) et en passant, je te suggère fortement tel moyen, tel moyen, tel moyen. Ça fait que ça, c'est le côté qui me déplaît jusqu'à maintenant et que je vois s'accélérer. Il y a certains moments, il faut le faire comme ça. Quand je pense à un plan d'urgence par rapport à la grippe aviaire, regarde, ce n'est pas une affaire de créativité. Ça part de là et c'est top down et il n'y a pas de niaisage. Maintenant, moi je trouve que c'est dangereux de limiter la créativité des gens et de faire en sorte que c'est le principe à la base de cette réforme-là qui était d'ajuster les moyens en fonction des populations particulières, etc. C'est dangereux de vider le bain et d'envoyer le bébé avec. »

« Ce que je trouve par ailleurs difficile, c'est qu'on a beaucoup de mandats qui viennent à la fois du régional et du Ministère, et je trouve **qu'ils ne nous donnent pas le temps de créer**. C'est comme demander à un arbuste, avant que la fleur sorte, il faut toujours bien que les branches sortent et qu'il y ait une couple de feuilles après, avant que la fleur sorte, mais là il faudrait que la fleur sorte tout de suite, mais les feuilles ne sont pas là. C'est ça qui est difficile et c'est ça que les gens, de façon générale, trouvent difficile, c'est au-delà de on a à créer cette organisation-là, on a des objectifs de résultats

très serrés, très cliniques à atteindre, c'est difficile de concilier les deux en même temps. »

Pendant les premières années de la réforme, plusieurs directeurs percevaient qu'ils avaient peu de liberté dans le choix des orientations stratégiques. Selon un directeur : « les commandes débarquent. Les DG's ne sont pas respectés par le MSSS et l'Agence. Il y a un double discours : en même temps qu'il y a une décentralisation avec la responsabilité populationnelle, on n'a jamais été aussi encadré avec les équilibres budgétaires et les ententes de gestion. Les CSSS sont comme des mini succursales du MSSS. Alors tu gères quoi? Les applications du MSSS? (Notes d'observation, 23 novembre 2006). » Selon un autre directeur : « ce n'est pas la première fois que je reçois des demandes de l'Agence qui n'ont pas de bon sens, sur quelle planète ils vivent? (Notes d'observation, 23 novembre 2006). » Il y avait un consensus des directeurs que les demandes des paliers de gouverne supérieure étaient nombreuses et qu'elles étaient parachutées. En conséquence, « chaque niveau hiérarchique ne se sent pas respecté par ses supérieurs (Notes d'observation, 25 mars 2007). » Plusieurs directeurs ont affirmé observer de l'essoufflement au niveau de leurs collègues et gestionnaires.

« L'agrément s'en vient, il faut mettre en place les mesures d'urgence, la première ligne, il faut la développer, prévention des infections c'est majeur, désengorgement de l'urgence c'est majeur, service d'accessibilité en chirurgie c'est majeur, ils sont tous prioritaires, développement du milieu de vie c'est majeur, c'est continuellement comme ça et en même temps qu'on fait ça, bien on structure des choses et le plan de mobilisation des ressources humaines, alors c'est très demandant, autant pour les directeurs que pour les cadres, c'est une grosse organisation, donc les systèmes informatiques sont beaucoup épuisés, ça sollicite énormément de temps à nos gestionnaires qui pour une grande partie n'ont jamais utilisé, n'ont jamais eu une pratique de gestion supportée par des systèmes. Mais quand c'est en hébergement et en CLSC, c'est tellement de changement pour eux. Ah ils sont essoufflés!»

En conséquence, les dirigeants du CSSS2 considéraient que plusieurs décisions étaient centralisées aux niveaux supérieurs. En même temps qu'ils définissaient l'Agence comme étant autorité, ils la qualifiaient de prolongement du MSSS, limitant ainsi sa

capacité de gouvernance. Cette contradiction démontre bien les tensions qui existent entre les niveaux de gouverne pour définir leur niveau d'autorité dans le processus décisionnel.

« L'Agence c'est presque des sous-ministères dans le fond. Ils sont la courroie de transmission. C'est comme si le Ministère envoyait les commandes à l'Agence et qu'ils nous envoyaient les commandes. Mais j'ai l'impression que l'Agence et le Ministère, c'est proche, proche, proche, plus que jamais. »

« J'ai un peu de misère avec l'Agence. Je pense qu'ils sont ni plus ni moins des intermédiaires au moment où on se parle. Je pense que les calls arrivent souvent du Ministère. De plus en plus d'ailleurs. Ce sont des intermédiaires, ça ne veut pas dire que c'est pas bon en soi, mais je pense qu'ils ont de moins en moins d'autonomie. »

Toutefois, à la fin de nos observations, nous avons moins observé ces critiques par rapport aux niveaux de gouverne supérieure.

L'Agence a proposé des ententes de gestion qui structuraient le processus de développement de programmes en termes de ressources et de résultats à atteindre. Les dirigeants portaient une grande attention aux ententes de gestion et elles structuraient leurs comportements.

« Et la direction générale, c'est vraiment l'entente de gestion - c'est quelque chose qu'elle tient mordicus à respecter et il y a une ligne autoritaire. »

« L'entente de gestion, l'atteinte de cibles, c'est un incontournable, donc actuellement on est en train de revoir les pratiques psychosociales, parce que compte tenu que l'entente de gestion nous dit qu'on doit avoir tant de patients et qu'on doit diminuer par exemple l'intensité des services qui était trop grande, mais augmenter notre volume de clients, bien à ce moment-là il faut revoir comment on travaille. »

Selon plusieurs directeurs, cet outil de gestion n'était pas bien adapté à la situation actuelle, puisqu'il se basait sur une analyse historique des interventions.

« Ils ont dit, on va prendre votre volume de l'année d'avant, puis on va vous la reconduire. C'est quoi la logique qu'il y a en arrière de ça? Je pense que tout le monde est d'accord avec la réforme. Mais nos résultats ne peuvent pas être juste quantitatifs. Il faut qu'il y ait une réflexion qui se fasse en premier. Puis ça ne peut pas être juste sur un chiffre. Exemple, nous autres on nous demande de reconduire le même volume, puis quand tu commences à te comparer avec les autres CSSS, il y a des disparités. D'où elle vient la logique de nous dire 25 interventions par année, c'est une bonne moyenne? Elle vient d'où la logique de ça? Donnez-moi des consignes de même, faites-vous en pas, je vais arriver à la fin de l'année, vous allez les avoir vos chiffres. Mais il n'y a pas une logique en arrière de dire ce qu'on vise en arrière de ça. Qu'est-ce qu'on veut changer autour de ça. Est-ce qu'on veut avoir une clientèle vulnérable, avec une telle offre de services pour tel type de client. Alors que moi, je peux bien décider chez nous, je vais faire de la surveillance de médicaments une fois par jour, ça va me donner une intervention pour chaque affaire que je vais faire, puis je vais arriver avec une moyenne de 25, puis je vais être complètement dans le champ, pour me donner des résultats au niveau du nombre de clients. »

De plus, certains directeurs trouvaient que les ententes de gestion perdaient de leur sens par la présence d'un trop grand nombre d'indicateurs.

« Je pense qu'elles sont beaucoup trop énormes (entente de gestion). Je pense que ça finit par être ridicule à un moment donné; suivre 95 indicateurs, il ne faut pas devenir fou. J'ai tendance à te répondre quand la question est innocente, la réponse l'est et là la question est en train de devenir innocente, ça fait que la réponse va l'être aussi. Moi je ne prendrai pas des semaines pour répondre à des questions niaiseuses, ce n'est pas vrai. **Les ententes de gestion ne sont pas adaptées à une vision par territoire.** Les ententes de gestion partent du Ministère, elles sont faites par programme clientèle et chacun des programme clientèle est un peu mis en compétition avec le suivant. Tu n'as pas du tout de vision à ce moment-là, quand t'es dans le Ministère d'un territoire local. Puis ils t'arrivent avec 64 indicateurs. Je ne trouve pas que ça a du bon sens. C'est sûr qu'il va y avoir une structure sur les ententes de gestion... alléluia !!! »

« Et il faut que les indicateurs, il n'y en ait pas 126 comme on en a actuellement, il faudrait qu'il y en ait beaucoup moins. Et il faudrait que ça soit complètement lié à des changements qu'on doit faire. »

Aussi, plusieurs directeurs proposaient une décentralisation des ressources des niveaux de gouverne supérieure, afin d'être en mesure d'assumer davantage de responsabilités au niveau local.

« Et il y a des affaires qui sont très curieuses dans le système actuellement. Il y a 450 postes en santé publique à plein temps à la Direction de Santé Publique de l'Île de Montréal, plus au moins 50 contractuels. Ils sont 500 pour s'occuper de 12 CSSS, où il n'y a pas un chat en santé publique. »

« La santé publique demeure concentrée à la Direction de la Santé Publique plutôt qu'être déconcentrée dans les CSSS. Le plus gros problème avec cette décentralisation-là à mon avis, c'est la position des CSSS montréalais qui ne le réclament pas. Elle ne pourrait pas exister si 12 CSSS la réclament. »

En conséquence, l'un des défis de gestion était d'assumer localement un élargissement de leur mandat, sans toutefois s'accompagner d'une décentralisation de ressources et d'expertise.

Plusieurs directeurs considéraient que l'Agence accélérât le développement de certains projets. Par ailleurs, dans d'autres situations, elle reportait fréquemment les échéanciers qu'elle avait fixés. Par exemple, la mise en œuvre des services posthospitaliers a été reportée à avril 2007. Selon un directeur : « la mise en œuvre devait se faire en janvier, mais j'ai reçu une petite note cette semaine pour m'aviser que c'était reporté en avril (Notes d'observation, 6 novembre 2006). » De même, le transfert des ressources, de deuxième ligne vers la première ligne en santé mentale, a constamment été reporté. Au fil de l'expérimentation, des pressions coercitives se sont transformées. Suite aux rétroactions des CSSS, l'Agence ajustait ses demandes. Également, les dirigeants percevaient que l'Agence de Montréal avait un fort leadership et qu'elle était aidante.

« On a quand même une bonne Agence. L'Agence est forte, l'Agence est douée, l'Agence a de la vision, plus que beaucoup de CSSS. Ça fait que le problème n'est pas l'Agence, mais d'avoir des CSSS qui ne prennent pas de décisions et qui ne disent pas woe. Ceci étant dit, avec l'Agence qu'il y a là, dire woe ce n'est pas facile. Mais il y a un déséquilibre dans le système. »



« Je perçois que c'est des gens qui peuvent nous faciliter la vie, par exemple, quand il y a eu l'implantation des CSSS, ils nous ont fourni des troupes d'information, des données qui concernaient notre population de façon plus particulière. Ils peuvent nous donner un coup de main pour organiser les services suprarégionaux, par exemple, tout l'aspect tertiaire des services surspécialisés, ils peuvent nous donner un coup de main là-dedans. Ils peuvent nous donner une vision plus globale des choses et me donner une idée de où je m'en vais. »

Selon un directeur, le peu de levier financier au niveau local renforçait le leadership régional.

« Il y a quelque chose qui va se passer autour du leadership des CSSS, j'ai un problème quand la Direction de la Santé Publique de Montréal envoie une lettre et un financement directement à mon directeur de table de concertation à X, que je suis en copie conforme, puis que le DG du CSSS ne le sait même pas. C'est un financement qui vient du Fonds de Lutte Contre la Pauvreté de Montréal, qui s'appelle un financement pour le développement local. Le financement s'appelle le Fonds de Développement Local. Les directions de Santé Publique sont en lien, partout, avec les villes pour l'administration du Fonds de Lutte Contre la Pauvreté. Nous on a un territoire local qui est admissible au Fonds de Lutte Contre la Pauvreté. C'est correct que je reçoive l'argent pour X parce que c'est mon territoire, que je fasse entente avec la table de concertation de X pour dire vous avez droit à 30 000\$ pour le Fonds de Lutte Contre la Pauvreté, vous voyez ça comment? La Direction de la Santé Publique a envoyé un chèque à la table de concertation de X, m'a mis en copie conforme et leur demande une évaluation. **Ça fait que là, mon pouvoir local là-dessus c'est quoi?** Ce n'est pas moi qui ai l'agent et ce n'est pas moi qui ai les ressources, qui le gère comme ça. **Ou bien ça, ça arrête et je fais un réseau local** ou bien ça continue et on va faire un gros CSSS à Montréal ».

Le CSSS2 disposait de peu de marge de manœuvre financière.

« Bien je pense qu'elle n'a pas tant de marge de manœuvre que ça. Parce que toutes les ressources financières qu'on a, bien elles **servent à atteindre ce qui nous est demandé de minimal**. Alors il n'y a pas beaucoup de latitude pour être créatif et partir d'autre chose. Sinon des projets, bien un peu comme le centre de référence sur le diabète. Le budget de développement est toujours à des choses bien particulières. »

« C'est difficile, on a 200M\$, mais je pense qu'on arrive, je ne sais pas moi, avec 10 ou 20 000\$ de plus, on arrive, comme un budget, de façon très très serré. Par contre, on a des budgets additionnels, on fait de la représentation auprès de l'Agence pour avoir des budgets de développement. »

Les dirigeants avaient à gérer les tensions entre une recherche d'autonomie plus grande au palier local et des démarches d'uniformité régionale. Graduellement, les dirigeants du CSSS2 négociaient davantage avec l'Agence, afin de disposer de plus de marge de manœuvre au palier local.

« Et là, notre Ministre a des impératifs, et aussi une forme de reddition de compte aux citoyens, et notre Agence a une reddition de compte sur les ententes de gestion, et nous on a une reddition de compte. Mais il ne faut pas que ça prenne tout l'espace et on a commencé **à échanger un peu avec l'Agence** et je pense qu'à peu près partout dans la province pour dire il faut probablement remoduler ça et il y a une ouverture. **Je pense que le local va de plus en plus prendre sa place dans le futur**, tout en gardant certaines orientations, je dirais même provinciales. »

Le CSSS2 ajoutait une annexe à l'entente de gestion, afin de nuancer/ expliquer les cibles demandées.

« Nous autres on avait toujours une feuille à l'entente de gestion. À la première entente de gestion, **on a exigé que cette feuille-là fasse partie de l'entente de gestion**. On a consulté un avocat et tout ça pour dire ce qu'on peut faire. Il y a des choses qu'on ne peut pas faire dans ça et il y a des choses qu'on peut faire et que cette feuille-là soit annexée. »

Graduellement, le CSSS2 négociait davantage avec l'Agence.

### **L'urgence et le positionnement du CH**

Pendant notre période d'observation, plusieurs énergies ont été monopolisées, afin d'améliorer les indicateurs de l'urgence, puisque ce service nécessitait des ressources considérables du CSSS. Selon des directeurs :

« On est à la période six, nous sommes sur la clôture. C'est bien évident que je ne veux pas vous dire d'autres choses que l'urgence demeure importante dans les dépassements. Au niveau de la main d'œuvre, nous n'avons pas réussi à fermer 12 lits cet été, ça nous coûte un bras, 10 000 heures en temps supplémentaires, minimalement 500 000\$ qui a fondu (Notes d'observation, 26 octobre 2006). »

« Maintenir l'unité de débordement c'est 700 000\$/ année. Calculé, c'est des milliers de \$ chaque semaine. C'est la priorité « urgence » pour l'aspect financier. Au niveau de la pratique médicale, ça va se faire avec le DSP et le CMDP, car on ne peut se permettre de jouer là-dedans, ça prend quelqu'un qui pousse tous les jours. En entrant le matin, la première chose que je fais, je regarde SI-URG (Notes d'observation, 6 novembre 2006). »

Ainsi, « c'est la priorité, l'urgence, pour l'aspect financier. Le message que je transmets, l'urgence, c'est ma priorité pour les prochaines semaines. La DG suit ça presque au jour le jour. Tous ceux qui peuvent faire quelque chose, on va les interpeller (Notes d'observation, 6 novembre 2006). » Chaque matin, il y avait un comité tactique sur l'urgence, pour développer des solutions, afin d'améliorer ce service (20 minutes). Le directeur général assistait régulièrement aux comités tactiques portant sur l'urgence.

« Et la DG est présente de façon régulière au comité stratégique sur les urgences. Elle n'est pas à toutes les fois, mais elle y est de façon régulière. Quand elle n'y est pas, c'est la DGA qui la remplace. Mais ce rôle-là est important et les gens savent que la DG y porte une attention particulière. »

De même, quotidiennement, tous les directeurs étaient informés de l'achalandage de l'urgence et de ses statistiques descriptives; « vous recevrez quotidiennement le bilan des urgences. C'est important, comme directeur programme et que vos cadres le reçoivent. C'est une méthode pour les cadres de se renseigner (Notes d'observation, 23 novembre 2006). » Étant donné que le dossier des urgences était grandement médiatisé et que l'Agence encadrait de près ce dossier, les dirigeants y investissaient beaucoup d'énergie. La gestion de l'urgence était une priorité gouvernementale: « tout ce qui peut aider à désengorger l'urgence. Parce que ça, c'est une directive provinciale; qu'on le veuille ou non. » Selon un directeur : « on a demande par-dessus demande, en lien avec les urgences. Vous l'avez vu lors des élections, c'est un aspect important. Les salles d'urgences sont un

enjeu critique majeur, mais avant tout un enjeu de service à la clientèle (Notes d'observation, 29 mars 2007). » Plusieurs stratégies ont été développées, afin d'améliorer la situation dans l'urgence, notamment la formation d'un comité stratégique piloté par le DG, ainsi qu'un comité tactique sur l'urgence, afin de réviser systématiquement les processus, autant internes qu'externes. Suite à ces tables, des projets locaux ont été développés, notamment la présence d'un travailleur social des soins à domicile à l'urgence.

Aussi, en lien avec la priorité de l'urgence, le programme PPALV avait comme priorité de sortir les personnes âgées de l'urgence. Pour réaliser cet objectif, le CSSS2 devait développer des actions en aval et en amont de l'urgence, en ayant une vision élargie sur le continuum de la santé.

« Il y avait une grande préoccupation, c'était tout autour de l'urgence. C'était d'expliquer aussi que ce n'est pas en agissant juste à l'urgence, au moment où les clients sont là, que ça va faire un impact à long terme sur l'urgence. C'est vraiment un changement de pratique. Puis pour que les gens le voient bien, j'ai travaillé beaucoup en amont et en aval de l'urgence, mais l'urgence n'est qu'une étape. Puis quand on regarde les chiffres de consommation de l'urgence, c'est rien qu'un épisode. Il a fallu faire comprendre aux gens et c'est ça qu'on a expliqué en comité, c'est que traiter des clients en perte d'autonomie, ce n'est pas pareil que quand tu traites un épisode aigu. Tu ne décides pas un matin en te levant que t'es rendu une personne en perte d'autonomie. Puis ça, c'est toute une pratique dans la vision qui est différente et qu'il va falloir qu'on travaille beaucoup. Mais c'est ça, à partir de l'urgence, prendre des données, voir un petit peu l'impact de différents programmes. »

Aussi, le CSSS2 a investi plusieurs ressources et énergies, afin de mettre en place des stratégies pour prévenir les infections. Le dossier des mesures de prévention des infections, dans la pratique quotidienne, était une priorité de la direction générale. Selon un directeur : « on a investi probablement près de 1M\$, depuis la création du CSSS, en prévention des infections, en additionnel. C'est de l'argent. »

Également, les dirigeants du CSSS2 cherchaient à positionner stratégiquement le CH, afin d'offrir à leur population les meilleurs services. Ils désiraient offrir le meilleur

accès aux services spécialisés à leur population. Développer les services au CH permettait également une meilleure rétention du personnel médical sur le territoire.

« De positionner le CSSS pour donner les meilleurs services. Et ça, il faut avoir des médecins et il faut faire le recrutement de nos médecins, On n'est pas très actifs là-dedans, mais on a des médecins qui sont très actifs, il faut les garder à part ça, il ne faut pas les laisser aller. Alors disons qu'on essaie de travailler main dans la main pour tout ça, et plus on va avoir de chirurgie, plus on va avoir d'argent, plus on va être capables de faire du développement. »

Aussi, de nombreuses réflexions et discussions ont porté sur l'accès aux services tertiaires et le positionnement du CH dans la reconfiguration des RUIS.

« Tout le volet vétusté, la conformité des unités de soins aux normes... et c'est pourquoi on a intégré ce volet-là des RUIS, c'est du délestage là-dedans. C'est que si on regardait nos activités actuelles à l'hôpital et en mettant nos chambres aux normes, on devrait réduire de X nombre de chambres. Là on ne réduit pas parce qu'on a évalué à plus ou moins Y. Par exemple, je pense que c'est 27 lits qui vont être utilisés par de la clientèle qui était jadis traitée à McGill ou au CHUM à cause du délestage et il faut promouvoir ça, on est un hôpital communautaire et on sait que le RUIS, les RUIS et les hôpitaux universitaires devraient de moins en moins faire de la première et deuxième lignes. »

Le CSSS2 cherchait à accroître plusieurs volumes de production dans ses réflexions de réorganisation.. D'ailleurs, « en moins d'un an, le nombre de personnes qui ont été opérées à l'hôpital, pour une prothèse de la hanche ou du genou, est passé de 346 à 404, soit une augmentation de 17% (journal interne, avril 2007). » Les directeurs du CSSS2 avaient des échanges fréquents avec les dirigeants des RUIS. La direction générale était impliquée sur les tables régionales des RUIS :

« Le DG participe aux rencontres des RUIS, je sais que le DSP est aussi très impliqué. On a certaines difficultés dans les spécialités, donc on essaye de faire des ententes avec le RUIS McGill, ils sont venus nous rencontrer, on les a rencontrés, je pense qu'ils sont venus à plus d'une fois d'ailleurs. Le DG a des liens, quand même assez je vous dirais réguliers, avec McGill. Bien formellement, nous on est avec Mc Gill, mais on est un peu bicéphale, parce qu'on a des liens avec le CHUM et l'université de Montréal pour notre

affiliation au niveau de la médecine familiale. Il y a beaucoup de médecins et de spécialistes qui ont plus de liens avec le CHUM. Donc on travaille sur les deux plans et on essaie d'avoir le meilleur des deux mondes. »

Selon un directeur, le CSSS2 « a une position assez unique car ils viennent (RUIS) dans notre cour. Ils vont être nos voisins importants. Nous avons des ententes pour la chirurgie cardiaque avec eux. Actuellement, nous n'avons pas d'autres relations avec eux. On va voir s'ils ont quelque chose à nous livrer. » En ce sens, l'une des visions du CSSS2 était de « consolider et de développer les services de deuxième ligne à l'intérieur de notre CSSS, en lien avec le développement de la première ligne et la mise en place des RUIS (CSSS2, 2006a). »

En plus, l'une des orientations stratégiques du CSSS2 était de positionner les laboratoires du CSSS2 dans les réflexions de l'Agence, au niveau de la réorganisation de ce service. Il cherchait à recevoir un statut régional pour les laboratoires. Les dirigeants s'investissaient dans ce projet, afin d'assurer une rétention médicale sur le territoire.

« C'est que si on perd ce dossier labo, ces responsabilités régionales labo, on perd des ressources humaines importantes, on perd des médecins, alors on perd des microbiologistes, on perd du personnel de laboratoire et puis ça va faire un impact à d'autres niveaux pour notre hôpital. »

« C'est un dossier extrêmement préoccupant pour nous. Parce qu'on a un excellent service de laboratoire. LaSalle est très satisfait. Et nous, la vision qu'on en a, elle s'apparente à l'Association des Médecin Microbiologistes du Québec, c'est qu'il y a certaines analyses qu'il serait important de conserver dans l'hôpital, qui sont liées, entre autres, à la prévention des infections. Et d'autres aussi qui figurent dans la liste de l'Association et on va certainement travailler le dossier de façon importante, pour arriver à quelque chose qui tient compte quand même des préoccupations du Ministère et de l'Agence là-dessus, qu'il faut garder des laboratoires à Montréal et en même temps de ne pas perdre de vue les besoins qu'on a dans un CSSS à vocation populationnelle et aussi les besoins de rétention d'effectifs médicaux. Alors, ce dossier est très préoccupant et on va devoir travailler fort pour, j'espère, arriver à une solution. »

« Je vais vous donner l'exemple des laboratoires. Nous autres, on a un laboratoire qui fonctionne extrêmement bien. Mais des médecins nous ont alertés, parce qu'ils nous ont dit nous, si on ne garde pas notre titre régional, on va perdre nos médecins qui sont excellents dans l'analyse de laboratoire. Alors on a rencontré Monsieur le Député et le Ministre à ce moment-là, Monsieur X et on lui a parlé de ça. Ce n'est pas encore totalement finalisé, mais on soutient nos médecins. Je pense que c'est le rôle du conseil et de la direction. On veut rester un laboratoire régional. »

D'ailleurs, l'équipe de direction a retenu les services d'une firme pour analyser le rapport régional et émettre des propositions, afin de conserver ce service au sein du CSSS2. Le CSSS cherchait à se positionner comme centre régional.

### **Activités parallèles**

Pendant les premières années d'implantation de la réforme, en plus des activités liées à l'urgence et au positionnement du CH et des laboratoires, de nombreuses activités se sont déroulées simultanément à la réflexion du projet clinique.

Le contexte de fusion du CSSS2 était extrêmement complexe, où en plus de fusionner 7 établissements, les dirigeants avaient à compléter le processus de défusion entre deux CH et à défusionner un CHSLD au profit d'un CSSS voisin.

« C'est exigeant ça, c'est exigeant! Écoute, en même temps, moi je vais faire venir mon directeur de finances, en même temps qu'il prend tout avec son équipe, qu'il bâtit son équipe, ça c'est incroyable, quand tu penses à ça, puis qu'il bâtit à 3800 employés, 185M\$ de budget et 3 missions d'origine et en même temps, il défusionne X, un autre hôpital; ce n'est pas des farces. Alors ça, ça été un énorme travail. »

En plus, cette période était caractérisée par la rédaction d'un plan local contre une pandémie d'influenza. En conséquence, l'enjeu temporel était fondamental dans le processus de transformation de l'organisation, puisqu'il y avait de nombreuses activités à réaliser simultanément au départ.

## Horizon 2007 et Horizon 2010

Rapidement, le CSSS2 a rédigé son premier plan d'affaires, qui présentait ses premières priorités organisationnelles. En continuité avec ces orientations, l'équipe de direction a confié le développement de l'offre de service à un directeur ayant un leadership d'expertise pour la planification. Ce directeur avait le mandat de planifier la nouvelle offre de services du CSSS2, avant d'entreprendre une vaste consultation sur le projet clinique. Le directeur au développement des programmes cliniques et aux partenariats a rédigé la première ébauche du document « Horizons 2007 ». Ce document était la deuxième version du projet clinique et organisationnel (plan d'affaires) du CSSS2. Ce document, rédigé en 2005, présentait le CSSS2 et ses orientations pour les deux prochaines années. Pour l'équipe de direction, « la phase deux permettra de marier les orientations régionales avec les spécificités de notre territoire et d'actualiser les projets élaborés dans le cadre de la phase un (procès verbal, 5 octobre 2005). » Cinq chantiers de travail ont été priorisés; la santé publique, l'organisation des services généraux de première ligne, les personnes âgées en perte d'autonomie liée au vieillissement, les personnes atteintes de cancer et celles ayant des problèmes de santé mentale. Ces priorités s'inscrivaient en continuité avec les orientations gouvernementales.

« C'est pas vraiment moi qui coordonne le projet clinique, c'est la directrice au développement des programmes. Et elle a débuté son travail à l'automne passé (2005). Bon d'abord, avec le portrait de notre clientèle, un petit peu établir le portrait de notre clientèle, les services qu'on dessert et l'écart peut-être entre les besoins et les services qu'on offre. Alors, il y a eu un exercice à ce niveau-là, qui avait été fait. Évidemment, elle a tenu compte des priorités ministérielles et régionales. On ne peut pas contourner ça. Et elle a mis un petit peu en lumière, en tout cas des propositions de priorités, qui pourraient être adressées. C'est sûr que dans le projet clinique, comme je dis, il y a des priorités qui sont déjà enlignées d'en haut, qui font même partie de l'entente de gestion. »

Le CSSS2 a choisi d'orienter la planification des services vers des résultats concrets (28 résultats) et de sélectionner des indicateurs pour suivre l'évolution. Cette gestion axée sur des indicateurs était novatrice pour certains secteurs du CSSS2.



Suite à la rédaction initiale de « horizon 2007 », le CSSS2 a mis beaucoup d'emphase sur le processus de consultation de ce document. « Amorcée le 12 décembre 2005, la consultation menée dans le cadre de l'élaboration du projet clinique, a permis aux employés, cliniciens, cadres et partenaires du CSSS, d'exprimer leur point de vue et ainsi offrir un éclairage précieux sur le choix des grandes priorités au cours des années à venir (journal interne, février 2006). ». Plus de 1000 personnes ont été consultées pour bonifier la planification des services.

« Sur le projet clinique, à partir du moment où il y a eu un premier jet de fait par Madame X, là elle est partie en consultation, alors tous les cadres ont été consultés, les directeurs, les médecins, chefs de départements, le personnel, les syndicats, groupes de travail, les tables de concertation, bref, c'est plus de 1000 personnes qui ont été consultées. »

Suite aux commentaires recueillis lors des activités de consultation, un troisième document a été rédigé, soit *Horizon 2010*. Il était le fruit des commentaires formulés par les interlocuteurs de la deuxième version. Encore une fois, le CSSS2 misait sur le leadership d'expertise du directeur du développement de programme clinique et des partenariats, pour planifier un processus cohérent et uniforme. Par ailleurs, les directeurs programme étaient fréquemment consultés pour la rédaction de ce document. De plus, « cette nouvelle version du projet va un peu plus avant, en faisant une place plus importante aux partenaires du réseau local (CSSS2, 2007b). » Les 28 résultats présentés dans le document *Horizon 2007* sont repris, modifiés et d'autres sont ajoutés. Ainsi, le document *Horizon 2010* présentait plus de 43 objectifs à réaliser d'ici la fin 2010. Des secteurs de l'offre de services, qui n'étaient pas couverts dans la version précédente, ont été ajoutés à ce document, notamment la planification des services de réadaptation et les services aux jeunes en difficulté.

Le projet clinique a été développé selon huit axes stratégiques (cinq cliniques). Ces axes sont en cohérence avec les orientations des niveaux de gouverne supérieure et les besoins de la population et de l'organisation. Le tableau 11 présente les axes stratégiques du document *Horizon 2010*.

Tableau 11 : Axes stratégiques du document *Horizon 2010*

<b>Axes cliniques stratégiques</b>
1. La santé publique sur le territoire
2. Des services médicaux et interdisciplinaires accessibles en première ligne
3. L'accès à des services spécialisés et surspécialisés, le développement du rôle central du CH
4. L'organisation des services posthospitaliers
<p>5. La production et l'implantation d'offre de services continus pour les clientèles vulnérables</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Les personnes atteintes de maladies chroniques</li> <li>▪ Les personnes âgées en perte d'autonomie</li> <li>▪ Les personnes atteintes de problèmes de santé mentale</li> <li>▪ Les jeunes et les familles en difficulté</li> <li>▪ Les personnes atteintes de déficience intellectuelle, de troubles envahissants du développement et de dépendances</li> </ul>

Chaque axe stratégique était rédigé de manière à présenter la population ciblée, l'offre actuelle de services et les améliorations à apporter en priorité. Les résultats visés étaient détaillés, en lien avec les indicateurs utilisés. Le CSSS2 consacrait beaucoup de temps à la planification de l'amélioration de l'offre de services. Plusieurs directeurs qualifiaient leur style de minutieux.

« Je trouve que c'est un atout de mieux mûrir les projets, ils sont implantés peut-être six mois plus tard, mais ils sont bien ficelés et ils ne vont pas capoter après quelques mois. Donc, ils sont sans doute mieux réfléchis, mieux ficelés et ils vont être plus viables. C'est mon impression. »

Parmi l'ensemble de l'offre de services, la direction générale a priorisé huit dossiers stratégiques, soit : 1) le déploiement et l'organisation des services de première ligne dans le

territoire de CSSS, 2) le développement des services spécialisé, 3) l'intégration des mesures de prévention dans la pratique quotidienne, 4) la mise en œuvre du plan d'action de l'urgence, 5) la mise en œuvre d'un RLS aux personnes âgées, 6) la gestion des maladies chroniques, 7) la santé mentale et 8) la révision du plan immobilier. Ces dossiers stratégiques étaient portés par la direction générale et développés par une direction conseil. Le directeur général était impliqué dans les dossiers cliniques à l'interne. Selon un directeur : « c'est que moi dans ma vision du rôle de DG, il demeure un pan important à l'interne et c'est fondamental, parce qu'on est une organisation en transformation. Mais moi ma vision, c'est qu'étant dans une organisation en transformation, la DG doit rester à l'interne autant que possible, mais substantiellement, toujours en travaillant avec son équipe, bien entendu. » La stratégie que le CSSS2 a utilisé a été de nommer une direction conseil pour développer les projets de développement.

« Je suis porteur du changement (gestionnaire clinique). Planter un réseau de services personnes âgées en perte d'autonomie, je travaille très très étroitement avec les gestionnaires du soutien à domicile, mais de faire une intégration de ça, d'identifier les meilleurs modèles qui marchent et de travailler de façon très, très jointe avec eux, c'est pas mon rôle. Ma DG m'a passé un article sur la gestion du changement, où on est vraiment dans une approche, où il propose vraiment une approche de gestion par projet, où il y a quelqu'un d'identifié qui porte le projet et le gestionnaire des opérations, il peut continuer à bien à gérer ses ressources et à gérer le changement. Ça a deux, trois effets, c'est que le gestionnaire de projet prend plus les coups, le ressac du changement et le gestionnaire des opérations, la gestion de personnel, pour faire la gestion courante. »

« L'idée d'avoir quelqu'un en retrait de la mêlée, c'est de dégager quelqu'un et j'essaie de le faire comme ça. Je suis dégagée, mais le centre vous l'avez et vous savez quoi faire et vous allez m'alimenter. »

Cette stratégie de gestion permettait de centraliser les projets, afin de permettre une meilleure intégration.

« Elle est très centralisatrice et de plus en plus centralisatrice. On a vu le virage de cette année (2007). Alors en même temps, ça permet d'intégrer davantage, il y a beaucoup beaucoup de dossiers qui sont inter-directions,

alors le fait qu'elle centralise favorise cette intégration. Elle s'assure que l'arrimage entre les directions se fasse. »

### **Réflexion sur les rôles des gestionnaires**

Les deux premières années ont été davantage consacrées à une vaste opération de restructuration de l'organisation.

« Je me disais, une fusion comme ça pour tous les 6 établissements d'origine, parce que disons que c'est 3 établissements regroupés, ça prend deux ans. Ça prend deux ans ça, et c'est deux ans au niveau de toute la base, une base importante. Après ça sera du figlage et des politiques et procédures et toutes ces choses-là dans l'organisation d'infrastructures. Mais juste de mettre la structure en place, c'est deux ans. Alors on va avoir fini à l'automne prochain (2006). Il y a tellement à faire, que nos énergies sont prises là-dedans et qu'il faut bien le faire. On a beau dire là, il ne faut pas faire de la structurite, il faut bien le faire et il y a du monde là-dedans. Moi j'ai 180 gestionnaires, 11 directeurs, plus une vingtaine de cadres supérieurs, avec les directeurs évidemment, c'est du monde et nous avons 250 médecins. Il faut qu'on ait nos gens en arrière, à tirer avec nous, parce que sinon ça ne marchera pas. Ça fait que toute cette, apparemment structurite, qui n'en n'est pas à mon avis, où on est en train de toucher des carrières aussi là, et je dis ça dans un sens positif. Alors on est content parce que ça, ça nous donne les reins solides pour passer à autre chose. »

D'ailleurs, selon un document officiel : « la première étape de la mise en place du CSSS a été de se doter d'un plan d'organisation qui, tout en assurant la spécificité de chacun des établissements, a permis de mieux organiser nos services autour des clientèles que nous avons à desservir et de mobiliser plus de 3800 employés, 250 médecins et près de 300 bénévoles (CSSS2, 2006b). » Les plans d'actions initiaux visaient deux objectifs : « d'abord, définir une structure organisationnelle pour le CSSS; ensuite, élaborer un projet clinique (journal interne, avril 2005). »

Après cette étape, les dirigeants se sont questionnés davantage sur les changements de rôle des gestionnaires apportés par la réforme. À partir de novembre 2006, des discussions étaient consacrées, afin de mieux définir et comprendre l'évolution de leurs rôles. Plusieurs rencontres ont été tenues, afin de réfléchir collectivement aux impacts de

cette transformation. Il y avait un consensus au sein de l'équipe de direction, que les rôles des gestionnaires s'étaient transformés. Selon un directeur; « c'est complexe, on ne peut plus gérer en silo. Il faut que ce soit différent (Notes d'observation, 23 novembre 2006). » Selon un autre directeur : « l'arrimage programme-fonctionnel, j'avais pas vu, au départ, à quel point un gestionnaire doit modifier sa façon de gérer dans une structure matricielle (Notes d'observation, 29 mars 2007). »

Le CSSS2 a entrepris des démarches auprès d'une firme, afin d'accompagner les gestionnaires dans leur nouveau rôle. Selon un directeur : « je perçois vraiment un besoin et je perçois même ce besoin à l'intérieur du comité de direction (Notes d'observation, 23 avril 2007). » Une première rencontre, avec un consultant et l'équipe de direction, a eu lieu en mai 2007. Les discussions ont porté sur les enjeux de la gestion matricielle, les rôles de chacun à l'intérieur de l'organisation et la gestion multi-sites. Plusieurs questionnements ont été soulevés, par exemple : « je ne comprends toujours pas la différence entre une autorité hiérarchique et fonctionnelle (Notes d'observation, 22 mai 2007). »

La formule qui a été retenue pour la formation des cadres intermédiaires était des groupes d'auto-développement de quatre à huit personnes, provenant de différentes directions; « là il faut mêler les gens, c'est du co-développement, c'est de l'outillage des gestionnaires dans une démarche à moyen terme (Notes d'observation, 7 mai 2007). » La firme de consultation a proposé de réunir les participants une demi-journée par mois. Selon le consultant : « les gens vont à tour de rôle agir comme client et présenter un problème lié à leur rôle. Les autres membres et l'animateur agissent comme consultants, pour aider le client à clarifier son rôle (Notes d'observation, 22 mai 2007). » Les directeurs étaient tous emballés par ces propositions. Selon un directeur : « c'est là qu'on va aller chercher la mobilisation de nos équipes. Ils vont sortir de là encore plus engagés. Je pense que ça va être très mobilisateur pour les gestionnaires. » Un autre directeur : « je pense que cet exercice va aider à la compréhension de la perspective/situation des autres directeurs. Ça va aider la gestion matricielle. » Selon le directeur général, cette formation était une opportunité à saisir; « on cherche toujours un espace pour réfléchir et ça, ça en est un. Il faut le saisir. »

## Réflexion sur les rôles des organismes communautaires

La gestion en structure matricielle faisait en sorte que les organisateurs communautaires œuvraient souvent simultanément dans des dossiers liés aux programmes spécifiques et dans des dossiers liés à la santé publique. Cette situation créait des inconforts, puisque les directeurs percevaient qu'ils leur était difficile d'avoir une vue d'ensemble des priorités. De leur côté, les organisateurs communautaires avaient des difficultés à identifier le directeur à qui se référer et décidaient seuls, parfois, des dossiers auxquels ils devaient répondre. À l'hiver 2007, à la demande des organisateurs communautaires, des réflexions ont eu lieu, afin de clarifier les liens hiérarchiques et les liens fonctionnels entre les directions programme et la direction du développement des programmes cliniques et des partenariats responsables des dossiers de santé publique. À la lumière de leurs analyses, certaines actions investies par les organisateurs communautaires ne représentaient pas une priorité organisationnelle. Selon un directeur : « il y a des mandats, mon dieu, c'est quoi? Est-ce vraiment pertinent? C'est pas la mission CSSS, mais c'est des choses qu'on peut pas arrêter, il y a des impacts politiques (Notes d'observation, 25 janvier 2007). » Par exemple, un organisateur communautaire consacrait 25% de son temps à soutenir la mise en place du réseau de développement et de prévention afro-canadien. Or, peu de cette clientèle habitait sur le territoire du CSSS. Les dirigeants ont entrepris une réflexion portant sur le rôle des organismes communautaires au sein du CSSS<sup>2</sup>, afin qu'ils soient davantage en adéquation avec les besoins les plus criants de leur population.

« Comment le rôle des organisateurs communautaires, qui est fondamental, ils continuent évidemment dans la foulée de ce que beaucoup on fait auparavant, mais comment se positionnent-ils ou comment positionne-t-on l'organisation communautaire dans un CSSS. C'est différent que dans un CLSC. C'est plus la même. »

Suite à deux rencontres de discussion entre les directeurs concernés, un consensus émergeait de conserver à la fois l'approche programme et l'approche territoriale. Selon un directeur : « c'est important d'avoir une programmation CSSS et une programmation

programme (Notes d'observation, 25 janvier 2007). » De plus, tous étaient d'accord que les organisateurs communautaires soient rattachés hiérarchiquement aux directions programme et fonctionnellement à la direction du développement de programmes cliniques et des partenariats. L'implication des organisateurs communautaires dans les territoires locaux et la participation aux tables de concertation locales constituaient un mode d'organisation à conserver.

Plusieurs stratégies ont été mises en place pour assurer une cohérence entre les dossiers verticaux et transversaux. D'une part, un comité de coordination a été créé. Ce comité, qui se rencontrait trois fois par année, avait le mandat de développer une vision de l'organisation communautaire dans le CSSS et de baliser les développements. Il était composé des directeurs programme concernés, des adjoints, du directeur du développement des programmes, de la santé publique et des partenariats, du responsable des organisateurs communautaires dans cette direction, des chefs d'administration des programmes concernés et des organisateurs communautaires. Aussi, un comité guichet d'accès a été créé. Il était composé des chefs d'administration de programme et du responsable de l'organisateur communautaire à la direction de santé publique. Il avait le mandat de recevoir les demandes, de consulter les directeurs concernés et de convenir d'une orientation. Également, un comité d'harmonisation a été mis en place, afin que les directeurs concernés partagent leurs préoccupations et les difficultés vécues ou appréhendées, afin d'harmoniser le fonctionnement. Dans une perspective de minimiser le nombre de réunions, cette table d'harmonisation précédait le comité d'orientation du programme de santé publique. Enfin, la table des organisateurs communautaires a poursuivi ses activités. Les réflexions ont permis de réviser les dossiers stratégiques des organisateurs communautaires et de réorienter certaines tâches vers des objectifs prioritaires par l'organisation, pour répondre aux besoins de la communauté locale.

### **Plan de diffusion du projet clinique aux employés**

Au printemps 2007, l'équipe de direction a commencé à entreprendre une réflexion, afin d'informer et de consulter davantage les cadres et les professionnels du développement

des RLS planifiés, dans le cadre du projet clinique. « Une tournée de mobilisation et d’implantation des axes stratégiques du projet clinique pour chaque continuum clientèle. » La première étape planifiée était une rencontre avec les directeurs impliqués et la direction générale adjointe, dans le but de se donner une compréhension dans chacun des continuums. La deuxième étape était des rencontres avec les gestionnaires. Elles ont été préparées conjointement avec les directeurs programme concernés et le directeur au développement de programme clinique et des partenariats.

« On a regardé aussi, avec les cadres, au printemps dernier (2007), comment on va faire pour diffuser l'information pour que les gens s'approprient tous les défis qu'on a. Et on s'est entendus que deux fois par année, je ferais une rencontre avec tout le personnel, pour leur partager les grands dossiers. La première rencontre, c'est la semaine prochaine. Et une fois aux six semaines, après les CA, il va aussi y avoir une rencontre de personnel avec chaque cadre, avec leurs cadres respectifs pour aussi leur partager les orientations et on va parler beaucoup de personnes âgées. Donc on a mis des mécanismes en place pour que les gens puissent avoir l'information. »

Étant donné que plusieurs cadres travaillent sur plus d’un réseau de service clientèle et par souci de temps, des chantiers cliniques ont été regroupés. Ainsi, cinq rencontres ont été organisées. Le tableau 12 présente le regroupement des clientèles selon les rencontres organisées.

Tableau 12 : Clientèles regroupées selon les cinq rencontres organisées pour diffuser le projet clinique

Clientèles
1. Première ligne, maladies chroniques (MPOC, diabète, insuffisance cardiaque)
2. Services spécialisés (Cancer, néphro, chirurgies), posthospitalier
3. PPALV
4. Santé mentale
5. Famille-jeunes



Ensuite, les directeurs planifiaient impliquer des leaders cliniques pour participer aux réflexions. Le directeur du développement de programme et des partenariats prévoyait assister de façon statutaire aux différents comités de gestion des équipes programmes. Cette présence permettait de garder un contact étroit avec le terrain, afin de suivre l'évolution des travaux de planification et les alimenter dans une perspective transversale de développement organisationnel.

En résumé, le processus de planification des services s'est transformé. La direction du développement de programme clinique et des partenariats a joué un rôle central dans cette réflexion. Elle a rédigé la première ébauche du document *Horizon2007* et coordonné le processus de consultation et par la suite, elle a intégré les commentaires dans *Horizon 2010*. Cette direction conceptualisait le développement des programmes, en collaboration avec les directeurs cliniques et ceux-ci les actualisaient.

L'exercice de planification au CSSS2 s'est réalisé avec beaucoup de rigueur et de minutie. La programmation était réalisée selon une analyse systématique de l'offre actuelle de services et les améliorations à apporter. Pour chacune des clientèles, le plan stratégique comportait une liste d'indicateurs, afin d'être en mesure de suivre leur évolution.

Le contexte dans lequel le CSSS2 se transformait était extrêmement complexe. Plus de onze sites à fusionner, dont un CH, en plus de la défusion d'un CH et d'un CHSLD. L'équipe de direction a été prudente dans la mise en place de sa nouvelle structure organisationnelle, en s'investissant d'abord à la réalisation de cette première étape. La nomination de l'ensemble des gestionnaires s'est terminée à l'hiver 2006. Ensuite, davantage d'activités liées à la compréhension de la réforme et aux réflexions des nouveaux rôles des gestionnaires ont eu lieu. Graduellement, des activités de formation, portant sur les nouveaux rôles des gestionnaires et des activités d'information sur le projet cliniques, ont été organisées.

### 7.1.3 Les modalités organisationnelles

L'ajout de la responsabilité populationnelle a amené un mouvement de changement au sein du CSSS. Dans cette section, nous présentons tout d'abord la structure organisationnelle mise en place pour orienter les réflexions et les actions à mettre en place. Ensuite, nous analysons les stratégies transversales et les stratégies verticales implantées. Les stratégies transversales touchent l'ensemble de l'organisation, tandis que les stratégies verticales réfèrent à des clientèles spécifiques.

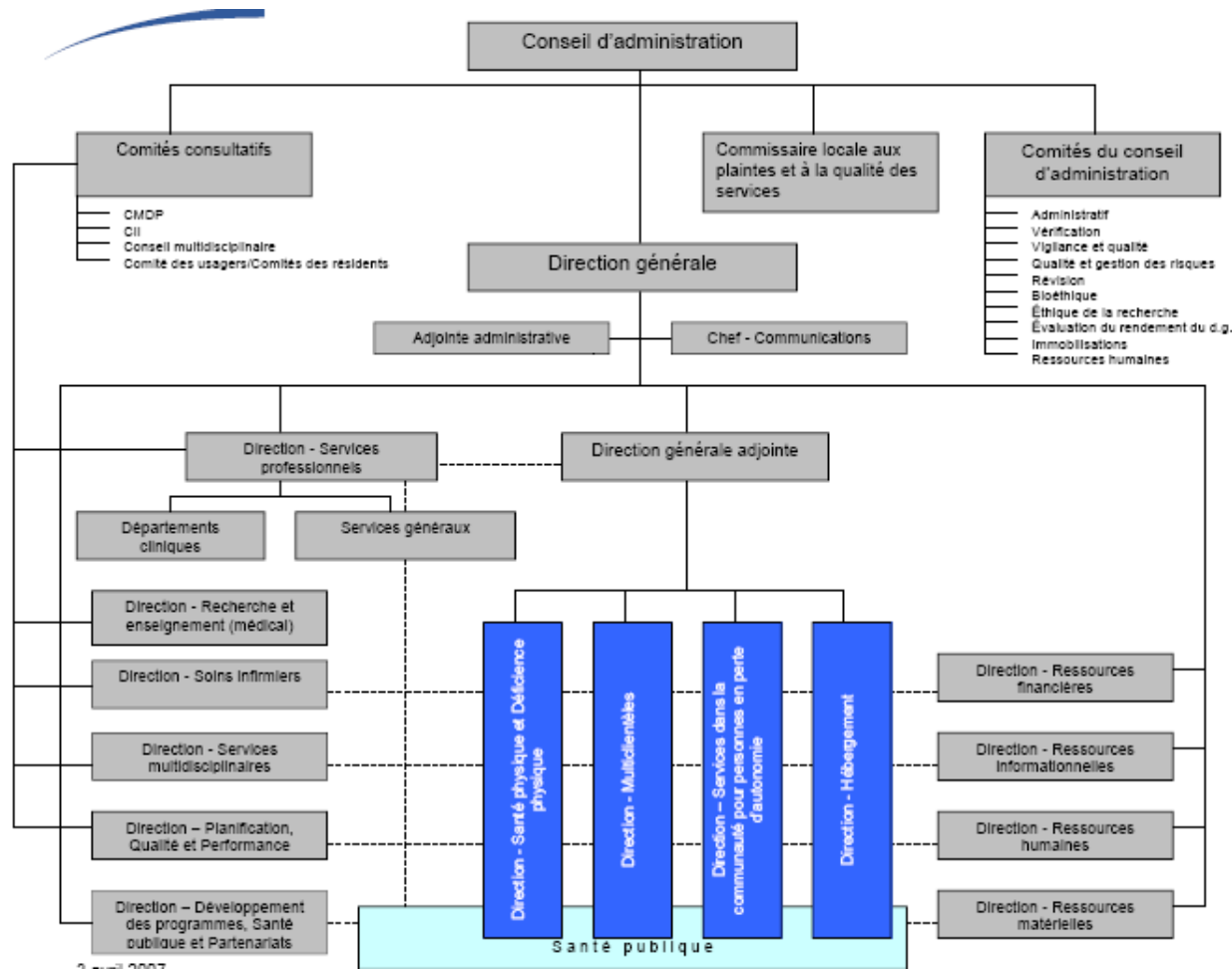
#### Structure organisationnelle

L'une des premières stratégies mises en place par le CSSS2 a été de redessiner sa structure organisationnelle, en intégrant les trois missions fusionnées (voir figure 12). Conformément aux orientations privilégiées par le MSSS, la structure élaborée était une structure basée sur un fonctionnement par programme-clientèle. Selon un directeur, le CSSS2 était obligé d'implanter une structure par programme :

« Est-ce qu'on avait le choix ? Je ne suis pas sûre. Dans le cadre ministériel de la mise en place des Centres de Santé, ils avaient défini l'ensemble des programmes et où devraient se retrouver les clientèles. Je ne pense pas qu'il y ait un CSSS au Québec qui ait remis ça en question. Et on avait aussi une logique, on n'était pas contre cette logique-là, au contraire. »

Cette restructuration a permis d'adapter la structure à une perspective populationnelle. Selon le premier journal interne : « (...) permet d'entrer de plain-pied dans le processus de transformation, en ce sens qu'elle marque le passage d'une organisation par mission à une gestion par programmes/services. Concrètement, cela signifie que la responsabilité des sites (CLSC, CHSLD, et CH) sera dorénavant intégrée à l'intérieur de trois programmes, ce qui impliquera une révision significative de l'organisation des services (journal interne, avril 2005). »

Figure 12 : Organigramme CSSS2



Trois directions programme ont été créées, afin de regrouper l'ensemble de l'offre à la population, soit la direction santé physique et déficience physique, la direction programme multiclientèle et la direction des services dans la communauté pour les personnes en perte d'autonomie. Selon un document officiel : « Ces directions intègrent les différentes activités qui relevaient des trois missions d'origine, de manière à établir une continuité et à favoriser une meilleure accessibilité. Ces directions ont pour principal défi, de concert avec les partenaires du territoire, de développer et orchestrer un réseau local intégré (CSSS2, 2007a). » En plus des directions programme, une direction par mission pour le secteur de l'hébergement a été créée, afin de représenter les 1200 lits de longue durée. Les directions cliniques étaient soutenues par les directions des services

administratifs et les directions conseils, notamment la direction de la planification, qualité et performance et la direction développement des programmes cliniques et partenariats.

« Il y a des fonctions stratégiques que j'ai identifiées dans le plan d'organisation et qui sont fondamentales. Il y a un poste de développement des programmes, que vous avez vu probablement, santé publique et partenariats, et il est fondamental ce poste-là, on l'a développé comme ça, une fonction conseil, c'est sûr que c'est la personne qui s'occupe du projet clinique. C'est la personne aussi qui est responsable des programmes en santé publique et d'ailleurs, elle est le cadre conseiller en santé publique, elle s'occupe carrément de ce dossier et du partenariat. Et on a cette fonction-là, qui travaille évidemment toujours de pair avec les directeurs programme et les autres composantes de l'organisation, mais on est capables, là on est en lien avec les arrondissements, moi je le suis, mais je ne peux pas tout faire ça toute seule, évidemment il y a bien du monde qui vont faire ça, mais entre autres cette personne-là, qui travaille beaucoup aussi avec les organisateurs communautaires. Là aussi il y a des orientations à prendre, ce sont des acteurs extrêmement importants dans cette approche populationnelle aussi. Alors cette fonction-là, elle est fondamentale. »

La direction développement des programmes, santé publique et des partenariats était une direction unique à Montréal.

« C'est un poste unique. Les autres CSSS ne fonctionnent pas comme ça. La santé publique est souvent dans d'autres directions, rattachée à une autre direction, puis partenariat aussi c'est souvent les partenariats, c'est pas quelqu'un qui porte les partenariats; les partenariats sont faits par les différentes directions avec leurs partenaires. Ils établissent des liens avec leurs partenaires. »

« Et la direction partenariat qui relève de la DG, c'est très important aussi, parce qu'on ne peut pas se multiplier. Et ça prend quelqu'un qui est plus proche de ces concertations-là. Alors c'est un rôle fondamental, mais il ne faut pas négliger le local et le rôle avec les partenaires, mais quoiqu'il y a une partie de moi qui est déléguée, bon quelques personnes, mais notamment la directrice partenariats qui a un rôle, ça c'est nouveau. D'ailleurs je ne sais pas si ça existe ailleurs, dans d'autres CSSS, mais moi je trouve que j'ai pris la bonne décision et le conseil a pris la bonne décision d'appuyer une direction telle que celle-là. »

Sous la gouverne de la DSP se retrouve la direction des services généraux, représentés par le directeur adjoint, non médical, à la DSP. La direction des services généraux avait le mandat de gérer l'accueil clinique centralisé, les services de santé courants, les services psychosociaux, de même que les services de première ligne. De plus, cette direction avait le mandat de créer des équipes multidisciplinaires, en lien avec les CR, les GMF et les cliniques privées.

« Alors moi je vous dirais que ça été des éléments cruciaux dans le plan d'organisation pour traduire des plans d'approche populationnelle. Je souhaitais qu'il y ait vraiment un mariage explicite dans le plan d'organisation, de nos missions et au niveau de l'approche populationnelle, c'était important de traduire ça, à mon avis, dans quelque chose de précis dans le plan d'organisation et j'ai proposé que les services généraux, qui sont en fait, l'accueil CLSC, et les services courants, psychosociaux, relèvent du DSP, de la direction des services professionnels. Parce qu'on a une unité de médecine familiale qui relève et on a tous nos liens avec les GMF et avec la clinique réseau qui sont là. Et ça force à quelque part le travail conjoint médecins et professionnels. »

La mise en place de la nouvelle structure organisationnelle s'est implantée doucement et graduellement. Tel que discuté dans la section précédente, le CSSS2 misait sur une stratégie « étapiste » en s'investissant davantage à l'implantation de la structure organisationnelle au départ.

« On ne peut pas prédire l'avenir, mais on le voyait venir que les deux premières années c'était la structure, on n'avait pas le choix, il fallait donner une structure forte, gérer le courant, gérer les activités courantes, ça c'est important qu'il n'y ait pas de bouleversement dans les services à la clientèle. Mais on savait qu'à **l'an trois on commencerait davantage à voir des vrais changements pour la clientèle et c'est exactement ce qui s'est passé**. On a mis sur pied le centre de référence du diabète, qui est aussi quelque chose de novateur, parce qu'on n'est pas nombreux à faire ça non plus et ça, nous on dit que c'est important que nous on le fasse, parce qu'on a beaucoup de population qui souffre de diabète. Ça c'est l'approche populationnelle. Le Centre d'Éducation à la Santé à travers Montréal, et en plus des cliniques médicales interdisciplinaires, on vient d'avoir l'autorisation de deux nouvelles cliniques réseau dans notre territoire, et on a deux projets CRI. »

Selon un journal interne : « un redéploiement organisationnel est une opération complexe qui nécessite une minutieuse planification, ne devant rien laisser au hasard. Il faut prendre le temps nécessaire, afin de mener une démarche ordonnée et méthodique. Cela est nécessaire pour permettre d'intégrer, de manière progressives et en douceur, les différentes activités qui relevaient de trois missions d'origine et ainsi éviter tout inconvénient pour nos clients (Journal interne, septembre 2005). »

Pour le poste de directeur général, il y a eu 22 candidatures. À l'automne 2004, le candidat sélectionné est entré en fonction. Avant ce poste, il était directeur général d'un CLSC-CHSLD dans une autre région. En ce qui concerne le processus de nomination des cadres supérieurs, il s'est échelonné sur une période de quelques mois. Les services d'une firme externe ont été retenus pour « accompagner le CSSS à sélectionner les candidats, selon une évaluation très rigoureuse, incluant entrevues, prises de références et tests psychométriques (journal interne, mai 2005). » En mai 2005, tous les directeurs étaient nommés. Dix directeurs sur treize proviennent de l'extérieur de l'organisation. Enfin, le processus de nomination des 180 cadres intermédiaires s'est terminé à l'automne 2006.

### **Stratégies transversales**

Plusieurs stratégies transversales ont été implantées, afin de guider le développement d'une offre de services intégrée et cohérente. Dans cette section, nous présentons quelques-unes de ces stratégies.

#### *Comité de régie*

Une stratégie mise en place au début du processus, pour discuter des enjeux stratégiques de l'organisation, a été la création d'un comité régie. Cette tribune permettait aux directeurs d'échanger de l'information sur les dossiers les plus importants. Ces rencontres avaient lieu toutes les deux semaines, pendant trois heures. Étant donné le nombre de dossiers à discuter et le peu de temps dont ils disposaient, il y avait une gestion serrée du temps. Dans un esprit de rigueur et de synthèse, les dossiers présentés étaient

presque tous sous un format de moins de 2 pages. Les dossiers statutaires portaient sur les défis des ressources humaines dans un contexte de pénurie, le suivi budgétaire et le projet clinique. Les directeurs étaient tous informés de l'évolution de projet clinique.

### *Table des directeurs programmes*

Afin de discuter de manière plus approfondie des enjeux cliniques, une table des directeurs programme a été mise en place. Cette table était animée par le directeur général adjoint. Les rencontres avaient lieu deux fois par mois. Les discussions portaient sur des enjeux d'arrimages entre les directions cliniques et étaient plus orientées sur l'opérationnel.

« Les directions programmes, qui est un parallèle au comité de direction, et les discussions de nature un petit peu plus opérationnelles ou terrain, malgré qu'à ce niveau-là, parfois on peut trouver le terrain loin, mais quand même, c'est un petit peu plus opérationnel qu'au comité de direction. Bien on discute justement des dossiers, des problématique et je ramène toujours ça aux objectifs organisationnels, où est-ce que telle direction se situe par rapport aux objectifs organisationnels, ç'a peut-être disons, qu'il y a un directeur qui a un projet, c'est quoi l'impact ailleurs. Et est-ce que ç'a des impacts dans les autres directions. Et également de les conscientiser, et ça, ça s'en vient de plus en plus, mais au début ce n'était vraiment pas un réflexe pour eux, de tenir compte de nos directions cliniques et conseils. »

« C'est un espace où les directeurs programme peuvent réfléchir sur les différentes problématiques qui leur sont particulières. Un comité de direction est énormément centré sur l'information. Alors un comité de programmes, il y a plus de discussions et de problématiques particulières aux directions programme. Parce que si, dans le fond, un comité de direction, ce sont toutes les autres directions, mais t'entends jamais parler des directions programme, ou par adon ou par accident, parce qu'une affaire à régler là, mais il n'y a aucune discussion qui se fait autour. »

À l'automne 2007, les dirigeants du CSSS2 ont aboli la table des directeurs de programmes. Cette table a été remplacée par deux comités : le comité de planification des opérations et le comité de coordination.

« J'avais une table programmes, ça disparaît et c'est remplacé par une semaine, c'est comité de planification et le mois d'après, c'est qu'on alterne

avec le comité de direction, comité de coordination et alors on s'est donné comme outil que le volet planification, je vais dire stratégique, mais développement de programmes aussi, parce que des fois tu peux développer un programme, c'est pas nécessairement au niveau stratégique, mais c'est vraiment nouveau, un développement basé sur les meilleures pratiques et tout ça, alors c'est ce volet-là, planification est piloté par X. Évidemment en collaboration avec le directeur concerné. »

« Il y en a deux en dessous du comité de direction. Il y en a deux. Il y a un **comité de planification qui est plus on développe** et un **comité de coordination qui est on gère la réalité**, gestion de problèmes, dépassements financiers, plan de redressement, beaucoup plus opérationnel. »

### *Comités régionaux*

En plus des comités internes, plusieurs dirigeants participaient à des tables régionales. Par exemple, le directeur général participait au comité de gestion des réseaux à l'Agence toutes les deux semaines. Cette tribune permettait d'échanger avec leurs pairs et de connaître les orientations de l'Agence.

« Puis écoutez, Monsieur Levine a des liens avec les DG, toutes les deux semaines. Alors imaginez comme c'est structuré. Ça ne peut pas être plus structuré que ça. »

De même, les dirigeants participaient à plusieurs comités régionaux formels, notamment en regard de l'urgence et de la santé mentale. En plus, plusieurs directeurs désiraient mettre en place des tables, afin d'échanger avec leurs collègues. Par exemple, les présidents de CA ont mis en place une table régionale. Ils désiraient avoir une tribune pour échanger avec leurs pairs.

« C'est qu'au début, quand on a commencé, au tout, tout, tout début, vous savez il fallait innover. On n'avait rien, on n'avait pas de canevas. Et **on a senti le besoin, les 12 présidents, de se rencontrer**. Et ça a commencé dès le début. Alors là, on a commencé à se réunir et on se rendait compte qu'on avait besoin de parler avec Monsieur Levine pour être au courant des grandes orientations de l'Agence. »



Le comité régional des présidents de CA était coordonné par l'AQESSS. Cette association permettait de faciliter les influences entre les pairs.

« Bien l'AQESSS, nous autres, c'est même pas un comité, on a accepté de relier à l'AQESSS alors c'est l'AQESSS qui fait les téléphones pour les 12, qui est capable de nous, des fois il y a un représentant de l'AQESSS, des fois il n'y en a pas. Mais disons qu'on est un comité de l'AQESSS, il faut le dire, c'est officiel, c'est un comité de l'AQESSS, mais on est un petit peu indépendants aussi, de ça, parce que ça vient de notre initiative. »

Aussi, les directeurs PPALV souhaitaient être coordonnés régionalement dans la mise en place de leur réseau. Ils ont d'ailleurs demandé à l'Agence un agent de projet pour les accompagner dans ce processus.

« Elle est en train de travailler sur le cadre de référence pour le continuum, le réseau intégré de services. Son mandat, c'est son premier mandat et son deuxième mandat, c'est harmoniser l'offre de services pour les personnes âgées de Montréal. Donc, il y a des choses qu'elle fait que moi je ne fais pas à ce moment-ci, parce qu'elle le fait. Ça va être une vision régionale, mais il y a d'autres choses qui n'ont pas un impact sur ces travaux, mais qu'on fait à l'intérieur de notre propre CSSS. C'est quoi le profil d'un bon gestionnaire de cas, qui devrait bénéficier d'un gestionnaire de cas dans le cadre d'un réseau intégré de services. Donc, vu qu'elle fait ça au niveau régional, moi, au CSSS, X et moi au comité de planification, on ne va pas se pencher sur ces thèmes-là, parce que c'est fait de façon régionale. »

« Donc c'est elle qui chapeaute tout ça pour **s'assurer qu'on s'en va tous dans la même direction** et avoir vu l'Agence dans les années dernières, je pense que c'est la première fois que tout est concerté et que c'est une personne qui en est responsable, pour s'assurer que les liens se fassent et qu'on s'en va dans la même direction. C'est extraordinaire. »

Le désir de développer des stratégies similaires à celles de leurs collègues était très présent. Les dirigeants souhaitaient participer à des comités avec leurs pairs, afin de connaître leurs stratégies respectives et de développer des pratiques communes. Ces échanges renforçaient les pressions cognitives et normatives communes, qui influençaient les comportements des CSSS de la région.

## Stratégies verticales

Dans cette section, nous présentons les processus de développement des projets relatifs à quelques clientèles, telles les PPALV, la santé mentale adulte, les services généraux et la santé publique.

### *Personnes âgées en perte d'autonomie*

Au printemps 2005, dans le cadre de l'élaboration du premier plan d'affaires, plusieurs rencontres touchant l'organisation des services aux personnes âgées ont eu lieu. Ce comité était formé de gestionnaires et de professionnels.

« L'un des premiers comités importants, ça été le comité pour l'élaboration du projet clinique, au printemps passé et entre autres dans ce qui touche le PPALV, la personne en perte d'autonomie liée au vieillissement, le premier grand comité était vraiment composé des soins à domicile, l'hébergement, la gériatrie active et ça été beaucoup de personnes, comme probablement à peu près 25 personnes, qui se sont vraiment mobilisées autour d'une table; grand comité, sous-comités, où est-ce qu'on regarde l'approche milieu de vie et tout le continuum de la personne en perte d'autonomie, du domicile à l'hébergement et comment est-ce qu'on peut répondre à leurs besoins. Donc, les gens ont commencé à se connaître, ils ont commencé à comprendre c'est quoi la pratique en soutien à domicile. Bien on s'est réunis assez souvent, parce que le premier dépôt de la phase 1 du projet clinique, si je me rappelle, était en juin (2005). Et je dirais qu'on a dû travailler activement pendant à peu près un mois et demi, deux mois. Donc, le comité complet s'est réuni à plusieurs reprises durant cette période-là et il y a eu aussi au moins trois sous-comités de ce comité-là. Il y en avait un, c'était le milieu de vie, l'autre c'était les services plus dans la communauté et l'autre vraiment l'hébergement. »

Le premier comité PPALV a permis aux intervenants et aux gestionnaires d'apprendre à se connaître, de même qu'à mieux connaître les différents services offerts par le CSSS2.

« Bien d'abord une connaissance des intervenants. Une connaissance de ce qui se passe à domicile, de ce qui se passe en gériatrie active, de ce qui se passe en hébergement. »

Tel que discuté dans la section précédente, des rencontres entre les 12 directeurs PPALV de Montréal avaient lieu, afin de développer une démarche commune.

« Bien je dirais le comité le plus formel, c'est la table des directeurs PPA de Montréal, où là on fait vraiment un exercice **d'harmonisation montréalais** avec une démarche approuvée au niveau des directeurs généraux. Parce qu'on a des préalables à s'assurer, ne serait-ce que des affaires très terre à terre, la codification pour les indicateurs, tout ça, systématisé et compris de la même façon. L'autre chose, c'est tous les formulaires, parce qu'on va avoir tous les mêmes formulaires à un moment donné et ça ne donne rien de réinventer le bouton à quatre trous, on va essayer d'unifier. »

Les démarches harmonisées proposaient plusieurs stratégies à mettre en place pour le RLS PPALV, soit notamment un guichet d'accès et des gestionnaires de cas. Le CSSS2 cherchait à développer un RLS avec ses composantes.

« Puis on sait que ce qu'on appelle la gestion de cas, le réseau intégré, c'est ce qui permet de bien utiliser tes ressources, au bon endroit, de la bonne façon. Mais pour ça, il y a des concepts importants qui doivent être mis en place. Dont le guichet d'accès pour personnes âgées qui doit être bien identifié. Guichet d'accès ne veut pas dire guichet privilégié, mais ça veut dire que c'est référé à la bonne place. Il y en a souvent qui vont penser qu'un guichet d'accès c'est un numéro que j'appelle et demain matin on est rendu. L'autre chose, c'est vraiment toutes les fonctions autour d'un gestionnaire de cas reconnu dans le réseau. Présentement, je dirais qu'on fait plus, les gens ici sont plus pivots. Ils sont intervenants pivot à l'intérieur du CLSC, à l'intérieur du centre de jour, mais si on a besoin d'une autre composante du réseau personnes âgées, là il faut cogner à la porte, alors que dans un modèle gestionnaire de cas intégré, le gestionnaire de cas accompagne son client partout dans le réseau. C'est lui qui est en charge, c'est le courtier de services, c'est lui qui magasine, qui accompagne la personne âgée. »

Aussi, le comité PPALV cherchait à mieux documenter les services offerts dans la communauté.

« Dans le réseau local personnes âgées, ce qu'on a fait le plus, c'est de documenter mieux ce qu'on offre en soutien à domicile. Ce n'est pas si pire que ça d'ailleurs. On sert 21% de la population en soutien à domicile pour un territoire de CSSS. Comment on les sert, à quel rythme on les sert, quelle intensité de services qu'on donne? On est différents sur un territoire et l'autre de CLSC. C'est quoi l'espace entre les deux? Comment on peut harmoniser

mieux les choses et dans les choses à développer en priorité pour harmoniser mieux, pour donner plus, ça serait quoi? Ça c'est ce qui a été le plus et le mieux fait. »

« On a développé une compréhension de l'offre de services en soutien à domicile et des avenues de développement à faire; on a initié des liens très soutenus avec l'urgence. Il y a une infirmière du soutien à domicile qui va à l'urgence, qui évalue la perte d'autonomie. »

Cet exercice de documentation était complexe, puisque près de 3000 personnes étaient suivies à domicile annuellement.

« Après ça, le fait de voir qu'on dessert à peu près, annuellement, toutes clientèles confondues, quand ils rentrent, ils ne sortent pas, il n'y a pas un turnover comme du post-opérateur, mais une personne qui entre en perte d'autonomie dans notre programme, elle reste quelques années un peu comme l'hébergement, et on en a l'année passée quasiment 3000 qu'on a desservis. Bien 3000, c'est un gros parc d'hébergement. Ça fait que d'avoir cette vision-là et là les gens ont été sensibilisés que le CLSC, il y avait quand même un volume qui était là. Un volume qui était important et qu'on est dépendants de ce qu'on nous envoie. »

Par ailleurs, le CSSS2 disposait de plusieurs ressources sous sa gouverne pour initier le développement d'un RLS PPALV.

« Facilitant parce que par exemple, si je regarde l'hébergement, moi j'ai des unités spécifiques de niveau un, j'ai une unité spécifique de niveau deux, j'ai une unité de déficience intellectuelle, j'ai un parc d'hébergement très important, **je vais avoir accès à peu près tous les services nécessaires au niveau des personnes âgées à l'intérieur même de mon organisation.** Je n'ai pas à créer d'autres ententes avec d'autres CSSS pour avoir des ententes. Ça fait que ça c'est quelque chose la taille et je dirais la diversité, on a à peu près tout dans le CSSS. »

« On est plus autoportants qu'en santé mentale, dans le sens où on a une unité de gériatrie active, on a une urgence qui est pleine de personnes âgées, maintenant c'est trois CLSC. Donc trois CLSC qui font du soutien à domicile, tout ça on est dans le CSSS. Et il y a les associations de personnes âgées dans le territoire avec qui on est en lien, on les a encore rencontrées la semaine passée, c'est très gros. L'association de personnes âgées de X, dont j'ai oublié le nom, j'ai oublié de dire qu'on avait 2 hôpitaux de jour. Ça fait

qu'on est un gros, puis 1200 lits de CHSLD. Ce qui est intéressant et pas, c'est que j'ai oublié de dire 1200 lits de CHSLD, ce n'est pas insignifiant. Parce que l'hôpital et le soutien à domicile ne sont pas encore bien enlignés. Quand t'es venue au comité tactique, t'as vu le chef de département de gériatrie qui était là, la présidente du CMDP était là, X du soutien à domicile était là, l'urgence était là, les infirmières de l'urgence étaient là, les CHSLD n'étaient pas là. »

Toutefois, malgré la présence de nombreuses ressources à l'interne, les dirigeants ont eu de la difficulté à initier le projet PPALV.

« On n'est pas rendus très loin. Je te dirais que c'est probablement un des programmes qui a le plus grand pas à faire dans notre CSSS. Il n'y avait pas un historique où on se parlait entre établissements. Mais entre établissements, on ne voyait pas la pertinence qu'on se rencontre. Ok, on ne la voyait pas, même je te dirais avant qu'on soit fusionnés, on a eu plusieurs tentatives au niveau du CLSC, on a initié un comité, une table personnes âgées avec les composantes, ça ne levait pas. Ça ne levait pas. On a déjà essayé d'asseoir les CHSLD avec nous autres; le CH un petit peu plus, mais ils ne voyaient pas qu'est-ce qu'on pouvait amener de plus pour les personnes âgées. »

Néanmoins, les dirigeants commençaient par améliorer la continuité des services entre les différents points de services du CSSS2.

« Ce comité-là va évoluer, de mon point de vue, plus positivement que celui de santé mentale. Ce comité-là va, si on est assez adroits, il est plus interne au CSSS pour le moment, et moins en tension première ligne/deuxième ligne, beaucoup moins. Les enjeux sont beaucoup autour de l'hospitalisation, le soutien à domicile, le maintien à domicile le plus longtemps possible, les services d'accompagnement à domicile, l'entrée rapide à l'unité de gériatrie, l'évaluation, le retour à domicile, et les gens peuvent se rendre service là-dedans et ils le voient. Ils voient qu'ils peuvent collaborer et rendre service. Il n'y en n'a pas un qui a quelque chose à perdre. Sauf les CHSLD qui ont peur qu'on les dilue et qui ne viennent pas. Mais qu'ils ne viennent pas tout de suite, ça ne me dérange pas. Si on fait un passage fluide de l'hôpital, urgence, qu'on évite, on va avoir fait un grand pas dans l'humanité. Et ça, asseoir ces gens-là ensemble, c'est encore utile. »

« Bien on essaie de leur dire qu'il y a plus de liens. Bon, par exemple les CHSLD; avant, parce que je me souviens, ils envoyaient leurs patients à l'hôpital. Mais là, les gens de l'hôpital chicanient, en tout cas ils disaient

c'est ça, ils nous l'ont envoyé trop tard. Puis là, le patient revenait au CHSLD et il disait bien c'est vous autres qui n'avez pas fait votre travail. Tandis que si on se parle... Si la personne qui est au CHSLD appelle l'hôpital et dit écoute, je t'envoie un patient... bon, il faut se parler, et le continuum de soins, pour moi c'est majeur. Mais tout ça va être plus- c'est drôle à dire, plus compris ou mieux fait, quand on va avoir l'informatique. »

Plusieurs stratégies ont été mises en place, telles la présence d'un travailleur social des soins à domicile à l'urgence, un projet PAPA au CH et la création de ressources intermédiaires. Les deux premiers projets étaient des initiatives locales. Le projet « travailleur social des soins à domicile au CH » a été développé dans le cadre des mesures de désengorgement des urgences. Les dirigeants souhaitaient développer une stratégie locale, afin de faciliter la prise en charge des clientèles âgées du territoire.

« Un autre exemple concret c'est tous les mécanismes de désengorgement des urgences, on travaille depuis 6 mois je dirais de façon intensive avec l'équipe de SAD, ce qui n'a jamais été fait dans ce contexte-là. On a même eu un travailleur social des SAD qui est allé à l'hôpital et à partir du 15 octobre, ça va être un chef de l'équipe dans la communauté, c'est un cadre de cette direction-là qui va gérer les TS de l'hôpital. Ça c'est un gain. Si on avait à présenter un cas concret de reconfiguration des services pour mieux les adapter à la clientèle, ça serait un beau cas à présenter. Je ne suis pas certaine qu'il y a beaucoup de CSSS qui sont rendus là, particulièrement à l'hôpital, au niveau du service social, parce qu'ils jouent un rôle quand même important pour tout ce qui est de congés patients, que malgré toute l'expertise que les TS de l'hôpital ont, c'est impossible qu'ils connaissent toutes les modalités en ressources alternatives au niveau des SAD, ils n'ont jamais travaillé là-dedans; et l'inverse aussi. Alors ça a commencé à cheminer comme ça et moi je disais à mon directeur PAPA, il faudrait qu'il y ait un de tes TS qui s'infiltré, si je peux dire, à l'hôpital et on l'a fait dans le projet pilote lié au désengorgement, que l'Agence a accepté de nous financer. »

« Ce qu'on est en train de faire aussi dans les programmes, ouvrir personnes âgées avec l'urgence de l'hôpital, avec les travailleurs sociaux du maintien à domicile qui travaillent sur les étages, là on rentre dans le contenu, mais on rentre dans le continuum. Ça aussi, c'est la réforme. Ça grince, c'est difficile, mais on est dans la réforme. »

« Mais cette stratégie-là d'avoir mis quelqu'un en janvier a fait que les deux programmes se connaissent mieux, ça obligé X et moi et de ses cadres de se parler, et c'est pas toujours évident, parce que c'est deux cultures complètement différents. Moi à l'hôpital je ne connais pas ça, et X le communautaire elle ne connaît pas ça, mais ça nous a permis de mieux connaître nos réalités. On va terminer une proposition que les travailleurs sociaux de l'hôpital vont relever de ma direction. Donc ça donne vraiment un signal aux intervenants que des silos, c'est fini, on parle d'un continuum de services. »

Depuis l'automne 2007, les travailleurs sociaux oeuvrant au sein de la mission hospitalière étaient reliés à la direction PPALV. Selon le procès-verbal du comité de régie: « notre CSSS a intégré l'équipe psychosociale au programme de services dans la communauté pour les personnes en perte d'autonomie, cette pratique est novatrice (Notes d'observation, 11 octobre 2007). »

Aussi, les dirigeants ont développé un projet de prise en charge précoce de la clientèle gériatrique (projet PAPA). Ils ont engagé un consultant externe qui avait déjà implanté ce modèle dans un CSSS d'une autre région.

« Bien la prise en charge, parce que ça prend du temps avant que les clientèles soient vues par les différents professionnels et aussi pour encourager le travail interdisciplinaire, et diminuer la moyenne de séjour, diminuer la durée moyenne de séjour. On développe des projets qu'on sait qu'ils roulent bien déjà ailleurs, on importe une expertise. »

« La durée moyenne de séjour qui diminue dans certains secteurs et les unités de soins qui mobilisent l'approche gériatrique, qui mobilisent parce qu'on le sait que les personnes hospitalisées, c'est beaucoup des personnes du troisième âge maintenant. Et la mobilisation des ces personne-là est importante pour ne pas qu'ils soient, malheureusement, davantage en perte d'autonomie; c'est ça qui se passe quand on est hospitalisé et qu'on n'est pas mobilisé. »

« Sitôt que quelqu'un arrive à l'hôpital, pour éviter, initialement pour éviter le déconditionnement, parce que si vous couchez quelqu'un, si on vous couche pendant deux jours sans bouger votre civière, bien là quand vous allez vous lever, vous allez être raqué pour une heure ou deux. Si vous avez 80 ans, bien vous allez être raqué pendant deux jours ou trois. Alors là, c'est

basic, mais jusqu'à présent, c'est négligé par beaucoup de CH. Alors une fois qu'on a compris ça, bien on va pouvoir le développer. »

Plusieurs stratégies ont été implantées pour la clientèle personnes âgées du territoire. Toutefois, malgré la planification du comité tactique PPALV, il n'y a pas eu beaucoup de rencontres formelles au cours de notre période observation. Le directeur de ce programme a quitté le CSSS2 à l'été 2006 et le directeur qui lui a succédé est entré en fonction à l'hiver 2007, ce qui explique en partie le ralentissement des démarches. Par ailleurs, en mai 2007, les cadres et les leaders cliniques du CSSS, impliqués auprès des PPALV, ont tenu une première rencontre de mise en commun. « Environ 80 cadres et intervenants, provenant des trois missions de l'établissement, ont eu l'occasion de partager une information commune sur la vision des développements en cours au CSSS et d'approfondir les orientations de services pour cette clientèle. » Selon un directeur : « le CSSS propose une gamme complète de services aux personnes âgées. Les offrir de façon continue et sans rupture est un défi constant pour les équipes travaillant auprès de cette clientèle. Ce premier échange commun des cadres et des leaders cliniques aura certes permis de consolider les collaborations existantes et sans doute de développer de nouvelles avenues de travail conjoint, et ce, pour une plus grande continuité des services aux personnes âgées (journal interne, mai 2007). »

Le développement du RLS PPALV a été identifié prioritaire à l'automne 2007. La direction générale portait ce dossier stratégique et il était piloté par la direction du développement des programmes, santé publique et partenariats, pour la planification du développement des projets.

« Mais piloté, ce qui est important, par X, qui n'est pas dans les opérations. Ce que je trouve extraordinaire parce qu'elle va pouvoir recommander à la directrice générale, si jamais il faut qu'elle tranche, quelle orientation prendre. Si Y et moi on ne s'entend pas, c'est X avec DG qui va trancher, ça va être ça. C'est entre moi et Y par rapport à l'accueil centralisé on ne s'entend pas, il y a quelqu'un d'autre qui va trancher. Quelqu'un à l'externe des opérations va, je crois, faciliter les choses pour s'assurer qu'on atteigne notre objectif. »



*Santé mentale*

Dès le départ, le CSSS avait identifié la clientèle en santé mentale comme étant prioritaire dans les orientations. Le CSSS souhaitait que les personnes souffrant de problèmes de santé mentale soient prises en charge par les médecins du territoire. Rapidement, le CSSS a identifié le besoin de soutenir les médecins du territoire dans le suivi des clientèles en santé mentale.

« A priori sur la santé mentale, je te dirais que les données générales de la population, sur le volume de troubles mentaux, nous oriente déjà pour nous dire qu'on est très loin de la cible, de toute façon. Si on avait à dire est-ce qu'il faut faire de la prochaine année un petit peu plus de dépression que de troubles anxieux, je te dirais il faut que je fasse une étude. Mais là on voit en première ligne à peu près 200 personnes et on devrait en voir 2000, ça fait que je suis encore dans le macro, je suis encore dans le rough, je peux encore m'en aller avec une amélioration plus large, sans faire une étude de besoins plus fine et je ne me trompe pas encore, je crois. L'autre affaire qui m'apparaît extrêmement importante, c'est beaucoup plus subjectif qu'une étude de besoins de la clientèle comme telle, c'est que je suis dans l'espace de création de liens, de liens de confiance entre les acteurs, c'est ça le réseau local. Donc, la première étape avec les médecins, c'est qui le monde que vous voyez, qui sont ceux avec qui vous avez le plus de difficulté. Quelle sorte de santé mentale vous faites, où vous sentez-vous dépassés. De quoi vous avez besoin ? »

Plusieurs médecins ont manifesté un intérêt à participer aux travaux. Les premières initiatives de développement d'un RLS ont débuté par la mobilisation des médecins.

« L'intérêt d'un certain nombre de médecins omnipraticiens. L'autre fois on a fait une rencontre, on a invité les médecins omnipraticiens, il en est venu six. Et l'invitation a été faite en leur disant vous les avez de toute façon les clients dans votre bureau, vous avez à peu près 30% de votre temps, plusieurs d'entre vous, qui se passe à côtoyer ces gens-là, est-ce qu'on peut essayer de voir comment on va s'organiser mieux. Et eux sont venus. Donc qu'il y a des embryons, la mobilisation des omnipraticiens c'est fondamental. C'est fondamental. »

Le CSSS2 avait planifié mettre en place des comités tactiques, afin d'améliorer la réponse aux besoins de certaines clientèles prioritaires dans leur projet clinique, notamment

la santé mentale. La première rencontre du comité tactique santé mentale a eu lieu en février 2006. Différents partenaires participaient à cette table, tels des représentants des organismes communautaires, des représentants du CH psychiatrique, des professionnels du CSSS dont deux médecins et des gestionnaires du CSSS. Près de quinze personnes étaient invitées à ce comité. Les rencontres étaient planifiées aux deux mois, de 16h00 à 18h00, afin de faciliter la participation des médecins.

« L'initiative fait suite au document du projet clinique, le document de consultation qu'on a rendu public pour Horizon 2005-2007, et on avait des objectifs là-dedans, de mettre en place une équipe de santé mentale de première ligne pour adultes, une pour enfants, d'avoir un système de référence qui permet de répondre sept jours et pour l'ensemble de la clientèle en dedans de 30 jours. On s'était donné des balises de résultats assez claires et d'avoir un système de référence qui soit le plus fluide possible. Ça fait que dans la foulée de ça, pour atteindre ces objectifs-là, les partager et regarder comment on pourrait faire, on a mis sur pied un comité tactique, qui était à l'origine un comité qui se voulait un comité de décideurs. C'était comme ça qu'il était défini. Un comité de décideurs, un comité de gens qui prennent des décisions et qui orientent l'action, qui font des recommandations au comité qualité programmes du conseil d'administration. Donc une structure où il y a un comité de terrain, des gens qui travaillent ensemble, des organisateurs communautaires, et la petite équipe, qui réagissent à leurs décideurs. Les décideurs ensemble, le DSP de l'hôpital psychiatrique, la table de concertation des organismes communautaires avec deux, trois décideurs d'ici, avec un médecin au moins à la barre. On prend les décisions et on oriente le changement. Dans les faits, ça ne s'est pas passé comme ça. Ça ne s'est pas passé comme ça pour plusieurs raisons. La première, c'est que les organismes communautaires n'ont pas voulu être représentés par le représentant de leur table. Ça ne les représente pas, ça, eux autres. Ils ont une table des organismes communautaires, mais la personne qui est présidente de la table, elle est juste une présidente administrative, elle n'a pas le droit de parler pour les autres. Ça fait qu'il fallait tous qu'ils viennent. Ça, c'est une des lacunes de notre système, je pense que c'est difficile à chaque fois d'avoir un organisme communautaire ou deux maximum, ça en prend six. Là tu te retrouves avec six organismes communautaires. Le X (hôpital psychiatrique) dit bien, ça n'a pas de bon sens qu'on ait juste deux places. Ça fait que une table où t'as des gens en position de décision, mais t'as l'organisme communautaire qui fait tel type d'activités, puis l'autre, puis l'autre qui n'est pas représenté, ça fait que j'aurais dû dire non à ce genre d'affaire-là, puis tenir le cap sur, c'est très dommage, mais on est en comité de décideurs, et ça, pour toutes sortes de raisons, même à l'intérieur du CSSS, ça n'a pas été

possible, mais c'était vraiment un comité d'orientation stratégique; on prend les décisions et on enlène le changement. »

Également, les travaux du comité se voulaient préparatoires aux transferts des ressources. L'équipe en santé mentale adulte comptait quinze intervenants et le plan montréalais projetait ajouter vingt-six intervenants supplémentaires. Selon un document officiel : « dans l'optique où le transfert de ressources des services de la 2<sup>e</sup> ligne vers la première ligne sera effectué prochainement et reconnaissant que cette nouvelle division des ressources aura une influence directe sur le rôle de l'ensemble des acteurs, le comité peut initier des travaux sur l'organisation des services de première ligne. »

« Il y a beaucoup d'organismes communautaires qui sont présents, centres de crise ou des organismes qui touchent l'hébergement auprès de cette clientèle- là entre autres, les familles. Présentement, les travaux ont porté beaucoup plus sur l'organisation des services, et le transfert, comment on va transférer à peu près 25 équivalents temps complet de l'hôpital X (psychiatrique) vers l'équipe de première ligne. Donc ça se situe beaucoup à ce niveau-là, plus que dans le comment. Et c'est toujours la même affaire, c'est toujours bien on va s'occuper de ça après. On n'est pas rendus là. »

Il y avait un consensus que « la première étape à franchir pour bien camper le rôle des acteurs dans une nouvelle dynamique de première ligne en santé mentale, est d'étudier des cas concrets (procès verbal, 1<sup>er</sup> février 2006). » Les premières rencontres du comité tactique visaient à développer un cadre de continuité entre les différentes ressources du territoire, à partir d'histoires de cas. Selon un membre du comité : « on regarde un cadre de fluidité de clientèle et le cheminement optimal. Il ressort des discussions de cas des enjeux importants de liaison (Notes d'observation, 22 mars 2006) ». Selon un autre membre : « le CH n'a pas tendance à référer à l'équipe de première ligne et au centre de crise. On a un gros travail de liaison à faire (Notes d'observation, 22 mars 2006) ». Le comité tactique désirait développer des projets locaux pour améliorer la continuité entre les services.

Le transfert des ressources de deuxième ligne vers la première ligne médicale était le leitmotiv des rencontres au début du processus. Par ailleurs, l'échéancier de ce transfert a été reporté, de manière répétitive, en cours de processus. Selon le procès verbal du comité,

« il est clair désormais que le transfert de ressources ne sera pas effectif avant le mois de janvier 2007 (Notes d'observation, 5 avril 2006). »

« L'autre affaire qui a fait que ça été difficile, c'est que je ne pensais jamais que ça prendrait autant de temps transférer les ressources. Donc, on était mis en place pour organiser un transfert de ressources. Il va s'en venir au CSSS 34 ressources de l'hôpital psychiatrique, on va devoir les accueillir, on va devoir se dire de la première ligne c'est quoi, de la deuxième ligne c'est quoi. Le rôle du communautaire là-dedans, c'est quoi. On va donner des enseignements stratégiques et on va être en lien à la fois avec notre base et à la fois avec le conseil d'administration. Mais les ressources n'arrivent pas. »

« C'est un petit peu décourageant, ce dossier-là. Il y a un an, un an et demi, on a mis en place une structure en se disant éventuellement on aura des transferts de ressources, on pensait même à des gestionnaires, c'est ce pourquoi on a gardé un poste intérimaire dans la direction multi-clientèles. Quand on a discuté avec les gens de la clinique réseau pour justement les soutenir là-dedans, c'est un des volets, et les gens de l'UMF, toute la clientèle en santé mentale, les difficultés d'adaptation et tout ça, c'est la clientèle qui leur demande le plus et ils en ont énormément dans leur clinique, alors on leur a fait valoir que sous peu, ils pourraient être supportés par des équipes au niveau de leur cabinet privé. Un an et demi après, deux ans, il n'y a rien qui se passe. En fait l'orientation est claire, c'est l'actualisation de l'orientation. On a l'impression qu'on ne verra jamais le jour. »

Toutefois, les membres du comité tactique désiraient poursuivre leurs travaux, même si la constitution de l'équipe était reportée. Par ailleurs, il a été convenu de ralentir la fréquence des rencontres. Les membres ont convenu d'organiser des séances de travail portant sur des thématiques prioritaires. En avril 2006, trois thèmes ont été retenus : 1) l'organisation des services d'urgence, 2) la réaction des organismes communautaires au document *Horizon 2007* et 3), l'omnipraticien au sein d'une équipe en santé mentale.

Pour le dossier portant sur l'organisation des services d'urgence, les médecins souhaitaient se rencontrer entre eux. Les discussions ont porté principalement sur des enjeux cliniques. D'ailleurs, selon un directeur du CH psychiatrique : « c'était une dynamique à régler avec les omni du CH psychiatrique et les urgentologues du CH. Ça s'annonçait être une rencontre de bras de fer entre docteurs. La chicane était pognée entre

docteurs (Notes d'observation, 30 août 2006). » L'une des premières retombées de ces échanges a été la rédaction d'un protocole clinique plus formel, pour transférer les patients entre les deux sites. De plus, des travaux ont été réalisés par le chef de l'urgence et les médecins de l'urgence, afin de mieux utiliser les ressources de la communauté.

Les organisateurs communautaires ont émis des commentaires par rapport au document *Horizon 2007*. Par exemple, ils souhaitaient que l'accès aux services ne se limite pas à des usagers du territoire et désiraient qu'ils soient nommés comme partenaires. Les nombreux commentaires qu'ils ont formulés ont été ajoutés au document *Horizon 2010*. Ils étaient satisfaits de la démarche.

Dans le dossier portant sur les omnipraticiens, des rencontres de discussions ont eu lieu, afin de mieux identifier leurs besoins.

« Il y a un comité avec les médecins omnipraticiens, ça été d'abord une prise de contact, qu'on invite les médecins, ils n'ont pas beaucoup de temps. C'est des cliniciens, on les retire. Alors on les voit de cinq à sept ou on les voit sur une heure de lunch. Si on les voit sur une heure de lunch, il y en a que ça fâche, parce que ça les sort de la clinique, si on les voit de cinq à sept, il y en a que ça fâche, parce qu'ils ont des enfants à aller chercher et leur journée est déjà longue et c'est l'été. Ça fait qu'il ne faut pas que les rencontres soient fréquentes, il faut que l'objet soit très précis, très décidé. On a eu une rencontre avec un ensemble de médecins et une avec deux ou trois médecins, clinique réseau et GMF. Et il y a une rencontre de cédulée à la fin août, où on va leur faire une offre de projet pilote pour intégrer des ressources professionnelles dans une des cliniques, l'évaluer et le regarder aller. »

En octobre 2006, les membres du comité ont modifié à nouveau le fonctionnement. Ils ont convenu que le comité serait préparé conjointement par un représentant des organismes communautaires, un représentant du CH psychiatrique et un représentant du CSSS2. Les membres ont choisi de travailler en trois sous-comités : 1) un protocole de crise suicidaire, 2) le portrait des ressources et 3) les pratiques cliniques. Le comité tactique en santé mentale permettait d'informer les membres des différents sous-comités.

Puisque la création d'un portrait des ressources avait déjà été effectuée en 2002 par un comité local portant sur l'arrimage des services, ce sous-comité n'a pas eu lieu. Selon un directeur : « le tableau fait alors correspond très bien à la réalité actuelle et le sous-comité estime qu'il n'est vraiment pas pertinent de refaire le portrait (Notes d'observation, 14 février 2007). » Dans le cadre des travaux sur le protocole de crise suicidaire, des démarches ont été entreprises, afin d'implanter le protocole *Marco-Gabriel*. Plusieurs partenaires se sont engagés à élargir le filet de sécurité par une collaboration intersectorielle. Les travaux portant sur les pratiques cliniques ont identifié deux cibles, soit la gestion autonome des médicaments et l'accueil dans les différents points de services.

Les travaux de réflexion portant sur le transfert des ressources se poursuivaient. Par ailleurs, les échéanciers étaient constamment reportés. À l'hiver 2007, l'échéancier était reporté à l'automne 2007. Par ailleurs, selon un directeur : « l'Agence donne une indication claire, transfert par sous-région, avec un consultant (Notes d'observation, 14 février 2007). » À la fin de nos observations, (hiver 2008), le transfert ne s'était toujours pas réalisé.

### *Services généraux*

L'organisation des services médicaux de première ligne était une priorité organisationnelle du CSSS2. Dès le départ, le CSSS2 cherchait à améliorer l'accès médical pour sa population. D'ailleurs, selon un document officiel : « l'amélioration de l'accès à des services de première ligne médicale interdisciplinaire pour la population est une priorité de ce plan. Le CSSS collabore avec les médecins omnipraticiens et spécialistes du territoire, de même qu'avec les équipes CLSC, les pharmacies de la communauté et toutes autres ressources qui peuvent supporter l'offre de services en première ligne (CSSS2, 2007c). » Le CSSS2 désirait développer des relations de collaborations avec les cliniques privées du territoire. Selon plusieurs dirigeants : « **il y a 5 ans on ne parlait pas de ça, c'était une entité qu'on ne connaissait pas, les cliniques privées, maintenant ce sont vraiment nos partenaires.** » Il y avait un consensus que la réforme se matérialisait par le développement

de relations d'affaires avec les médecins du territoire: « Le partenariat public/privé avec les médecins du territoire, c'est la réforme ! »

Le CSSS2 avait sous sa gouverne de nombreux omnipraticiens, soit près de 38 médecins dans les CLSC et près de 40 médecins et 30 résidents à l'unité de médecine familiale. La création du CSSS2 facilitait la couverture médicale en milieu CHSLD.

« Si on regarde vis-à-vis des CHSLD, par exemple, ils font partie du département de médecine générale et grâce au chef de médecine générale, Dr X, on a pu leur offrir du support pendant des maladies et des absences pour assurer une continuité des soins. Par le fait même, on a développé certains liens entre les médecins du territoire. »

De même, plus de 140 médecins exerçaient leur profession dans les 13 cliniques médicales situées sur leur territoire. Plusieurs des médecins travaillaient à la fois dans une clinique privée et au CH du CSSS.

« Ça ce sont des facteurs locaux et je crois que c'est sans doute plus facile pour un docteur de la clinique, ici au coin, de faire affaire avec l'hôpital, parce qu'il connaît le milieu. C'est quand même relativement petit comme milieu, que le docteur qui est à la clinique du X, vis-à-vis de faire affaire avec la grosse masse du CHUM pour essayer de retrouver son patient dans le dédale des affaires. Donc, dans ce sens-là comme on peut mettre une figure sur la face du Dr Machin ou de la Dr Machin, je trouve que ça, c'est plus facile, on fonctionne à un niveau relativement petit et donc ça, ça fonctionne bien. Et on a en plus **beaucoup de médecins qui travaillent des deux côtés**. Il y a plusieurs médecins qui travaillent là et qui travaillent à l'urgence ou à l'unité. Alors ça facilite les affaires. »

Les premières stratégies développées par le CSSS2 ont été de visiter l'ensemble des cliniques médicales du territoire. À l'automne 2006, le président de la table locale du DRMG et le directeur responsable de la première ligne médicale au CSSS2 ont visité chaque clinique du territoire, afin d'initier des relations de partenariat (Notes d'observation, 7 septembre 2006). Selon un directeur: « il y a eu tout un travail de démarchage qui a été fait l'an passé et ça, il y a beaucoup de choses qui ont émergé. Donc cette première étape, elle est faite. » Les rencontres avec les médecins ont permis aux dirigeants du CSSS2 d'observer l'essoufflement des médecins sur le terrain.

« La première fois qu'on a fait la tournée des cliniques médicales, moi, écoute, c'était évident le niveau d'exaspération, d'épuisement des médecins et il fallait leur proposer un modèle de support. »

Le CSSS2 cherchait à supporter davantage les cliniques médicales du territoire, afin que celles-ci prennent davantage la population en charge.

« On va essayer de dégager nos médecins, pour permettre que tout le monde puisse avoir accès à un médecin de famille. Mon objectif, c'est que dans cinq ans, nos 130 000 personnes, résidents du territoire, puissent être inscrits quelque part et avoir accès à une équipe médicale et une équipe interdisciplinaire, qui va supporter le médecin. Puis quand on va les écouter nos médecins, avec des dossiers à leurs bureaux et qu'on veut leur envoyer et ils vont être sur comme nous autres, on va leur envoyer une petite nouvelle de Madame X qu'on a vue, parce qu'on va avoir un plan d'intervention conjoint, ça va être beaucoup plus facile aussi. Et quand le médecin aura juste à prendre le téléphone et appeler à tel numéro sur pagette, il est sûr qu'il y a un agent de liaison qui va lui répondre et que la référence va se faire facilement comme ça, ça va être beaucoup plus facile aussi. Alors ça, c'est les services généraux qui ont ça comme responsabilité. Parce que dans mon mandat de services généraux, j'ai aussi le lien avec les médecins de la communauté. Avec nos GMF et avec notre clinique réseau, mais moi mon mandat d'abord, c'est d'aider ces gens-là. »

La responsabilité populationnelle a entraîné un changement de vision de l'offre de services. Selon un directeur : « pour moi le CSSS oui, mais c'est CSSS/ réseau. Pour moi, **c'est un tout maintenant**. C'est plus séparé, cliniques réseau, les GMF, le CSSS, **on est vraiment tous ensemble**. » Les dirigeants avaient une vision territoriale de l'offre de services et cherchaient à collaborer davantage à l'amélioration de l'offre disponible sur le territoire.

« Parce qu'on a une responsabilité populationnelle et pas rien que pour les services de santé, pour les services psychosociaux, pour la santé mentale, **c'est là qu'elle est notre clientèle, elle est dans les bureaux privés, majoritairement**. Alors si on n'a pas de médecin en CSLC nous autres, ou à peu près pas, alors c'est là qu'elle est, on a la même clientèle, il faut qu'on travaille ensemble. De la même façon dont le médecin à domicile et l'hôpital vont travailler ensemble, c'est la même clientèle qui est dans les lits d'hôpital, de la même façon, la clientèle qu'on a dans nos services CLSC. Alors il faut qu'on travaille ensemble».



« Ce qu'on fait, c'est qu'on regarde le nombre de citoyens, on regarde le nombre de personnes vulnérables et combien ça va nous prendre de GMF, de cliniques réseau, de CRI pour desservir cette population-là et la prise en charge avec l'inscription. C'est ça qu'on regarde. Et comment on doit organiser ça. Alors ça a émergé du terrain et ça va continuer et en même temps, **on fait une planification territoriale.** »

D'ailleurs, un directeur avait la vision qu'ultimement, le CSSS2 coordonnerait l'organisation d'un système de sans rendez-vous territorial.

« Mais on pense déjà, il y a des discussions avec notre DSP qui vont avoir cours sur **comment organiser le sans rendez-vous territorial.** Le sans rendez-vous territorial. Parce que vous le savez, les médecins ont beaucoup de pression, beaucoup de charge de travail, il faut avec les professionnels les dégager, mais il faut aussi par une organisation efficiente les dégager. »

Selon plusieurs dirigeants, ils avaient le rôle de convaincre les médecins du territoire d'adhérer aux nouveaux modèles organisationnels.

« Informer, essayer de voir c'est quoi leurs besoins, c'était quoi leur vision, les convaincre qu'il faudrait qu'ils travaillent ensemble. Les convaincre que ce nouveau modèle-là est un bon modèle, ça fait qu'on a fait beaucoup de vente, parce qu'il y a beaucoup de médecins qui ne voulaient rien savoir les premières fois et qui étaient bêtes avec nous et qui disaient regarde, on ne veut plus rien savoir du Ministre et du Ministère, ils ne comprennent pas c'est quoi notre réalité. Mais au fur et à mesure des rencontres, je pense que ça a changé. »

« Écoute, on en a rencontré beaucoup beaucoup de médecins, X et moi sur notre territoire depuis un an et plus qu'un an même et puis on leur a vraiment vendu l'importance de travailler ensemble, de sortir les médecins et les cliniques de l'isolement, **alors tout le concept GMF, cliniques réseau, ça on l'a vraiment vendu aux médecins.** Il n'y a pas un médecin sur le territoire qui n'est pas au courant de ça. Nous avons rencontré beaucoup de médecins et plusieurs fois, je suis allée à des cliniques, je suis allée 10 fois je pense. »

Depuis la création du CSSS2, plusieurs cliniques privées du territoire ont reçu une accréditation de GMF ou de CR. Sur le territoire du CSSS2, il y avait un mouvement d'accréditation.

« On a trois GMF et on a l'autorisation d'ailleurs pour deux cliniques réseau de plus, alors on a trois cliniques réseau. Il y en a deux qui vont voir le jour, ça ne sera pas très long et on a deux projets CRI. Mais c'est pas terminé,

parce qu'on a d'autres projets GMF. On a au moins trois autres projets GMF et probablement d'autres projets cliniques réseau. »

Le CSSS2 avait engagé un consultant pour soutenir les cliniques médicales désirant être accréditées comme GMF ou CR.

« On a engagé l'an passé un chargé de projet qui donnait, avec Dr X et Y de la direction des services professionnels, des informations sur tout ce que ça représente, les GMF, les avantages pour les médecins. Ils ont rencontré toutes les cliniques. »

« Si vous avez la volonté d'avoir un GMF, on va vous donner du support clérical pour élaborer ce concept-là. »

« Là, l'objectif, c'est vraiment aider à ce que les cliniques développent l'accréditation clinique réseau. »

Selon plusieurs directeurs, la mise en place de GMF et de CR a amélioré les services de première ligne sur le territoire.

« Au niveau des cliniques privées, grâce à l'élaboration des cliniques GMF et cliniques réseau, on voit quand même certains résultats où il y a une plus grande facilité pour au moins entendre ce dont se plaignent les médecins du territoire. Donc accès aux ressources techniques, accès aux consultations, réception des éléments de laboratoire, retour des patients après une hospitalisation et il reste encore beaucoup de choses à faire, c'est encore loin d'être parfait, mais on sent qu'il y a au moins une acceptation des médecins à demander un peu plus, à espérer un peu plus et il y a quand même un certain optimisme de ce côté-là. »

L'Agence a grandement encouragé l'implantation de modèle CR.

« Et ça, l'Agence s'est organisée pour nous fournir un certain budget. Les GMF, on sait que c'est au Ministère, mais les cliniques réseau, c'est un budget montréalais et ça, c'est important comme levier majeur, on ne peut rien faire si on n'a pas un budget minimum. »

« Bien d'abord ça venait d'une idée de M. Levine, qui disait que les GMF à Montréal c'était peu adapté à notre contexte, donc il a proposé la mise en place de cliniques réseau qui étaient peut-être un petit peu moins

contraignantes pour les cabinets privés et évidemment ma directrice générale m'en a parlé. Nous on voulait bien avancer là-dedans et on tenait à avancer rapidement et honnêtement, on voulait être la première clinique à signer. Donc on a fait avancer le dossier. Je dois dire qu'au niveau médical, j'avais un avantage au niveau de mes liens avec les équipes médicales de l'hôpital. »

La présence d'un CH au sein du CSSS2 a grandement facilité les négociations avec les CR.

« Ça été un gros dossier sur lequel on a travaillé, c'est de donner l'accès aux plateaux techniques à l'ensemble des médecins du territoire, par l'intermédiaire du mandat de notre clinique réseau et d'une infirmière clinique réseau. Évidemment, tout le débat était de dire en échange de quoi vous allez prendre les patients vulnérables orphelins. Alors ça, ça été évidemment tout un débat au sein de la table locale du DRMG, qu'il y en a qui disaient bien là, il ne faut pas que ça soit donnant-donnant, les médecins sont épuisés, on dit il faut juste qu'on mette à leur disposition le plateau technique et des outils. »

« Oui, mais ça c'est de toute beauté. Parce que nous on a un plateau technique intéressant. On a un plateau technique assez complet et on a d'ailleurs un chef du département de radiologie qui est innovateur et qui est très fort. Mais tout le monde a vécu ça. Quand on a parlé, au départ de la première clinique réseau et du contrat et de l'entente, gagnant/gagnant dans le fond, qu'on peut référer des clientèles orphelines et qu'en même temps eux, il faut qu'ils aient l'accès aux plateaux techniques. Nos médecins à l'interne étaient inquiets. Ils pensaient qu'il y aurait foule à la porte, de références et qu'ils ne pourraient pas fournir. Or, quand on regarde les statistiques, c'est un petit volume. »

Les dirigeants du CSSS2 ont adapté le modèle CR localement. Une infirmière était localisée à la CR et l'autre infirmière au CH, afin de mieux coordonner l'accès aux plateaux techniques.

« Et nous, on avait un modèle auquel moi je croyais beaucoup et on était le seul CSSS à Montréal qui a mis ce modèle-là pour la clinique réseau. C'est qu'on a une responsabilité de liaison et d'accès aux corridors en spécialités et moi je disais si on n'a pas personne à l'hôpital, un poteau pour les accès aux spécialistes, ça ne marchera pas. Votre monde ne peut pas commencer à appeler à la clinique externe. Alors il y avait un financement de deux infirmières dans la clinique réseau, il y en a une qui était à leur clinique et l'autre qui était à l'hôpital. Et en même temps qu'on avait cette infirmière-là,

nous on s'en est servi pour le désengorgement de l'urgence, dépistage de clientèles, transfert à des médecins de famille. On l'a utilisée au maximum. »

Également, l'une des stratégies du CSSS2 était d'expérimenter le modèle CRI, proposé par l'Agence. D'ailleurs, l'un des objectifs du CSSS2 était « le 31 janvier 2007, déposer à l'Agence et au DRMG un plan de mise en œuvre des cliniques médicales et interdisciplinaires pour le territoire, prévoyant l'inscription et le suivi de la clientèle. » Selon un directeur : « la CRI sera composée d'un noyau de médecins et des professionnels qui travaillent autour de l'équipe médicale. On ne peut pas le dire comme ça aux autres professionnels. On leur parle de tandem médecin-professionnel. Tandem, car le ratio médecin-professionnel souhaité dans les CRI est 1 pour 1 (Notes d'observation, 15 mars 2007). » Selon un autre directeur : « la logique derrière les CRI est de donner à chaque professionnel toutes les tâches qu'ils peuvent faire pour libérer les médecins, afin d'assurer que chacun ait un médecin de famille. » Deux projets de CRI étaient proposés, dont une développée dans l'UMF. Le CSSS2 soutenait ces projets CRI.

« Notre implication, c'est de présenter, en partenariat avec le partenaire privé et de **promouvoir et de défendre ce dossier-là auprès de l'Agence**. Parce que **l'approche populationnelle est d'augmenter l'accessibilité, la continuité, la prise en charge, ça passe par là**. Ça fait que nous comme CSSS, il faut qu'on soit le défenseur de ce modèle-là et le facilitateur aussi auprès des médecins en cabinet privé ou dans ces cabinets privés-là; pour les soutenir. »

L'Agence encourageait grandement l'expérimentation CRI.

« Mais nous, il faut le dire, il faut parler du leadership de notre PDG là-dedans, qui a poussé beaucoup ce qu'il appelle le modèle de prise en charge montréalais et il le pousse toujours d'ailleurs. »

« C'est clair que le PDG de l'Agence souhaite qu'on s'investisse beaucoup là-dedans. Il a rencontré Dr X, Dr Y je crois qui est responsable du département de médecine générale à l'université, Dr X qui est responsable de l'UMF à l'hôpital. Il veut que ça marche. »

La création de la table locale DRMG a facilité le développement de nombreux projets au niveau de la première ligne. Plusieurs directeurs croyaient qu'elle avait été un élément facilitant : « la création des tables locales de DRMG, ça été un élément catalyseur parce que là c'était tous les omnis du territoire et en plus, il y avait les responsables de GMF, la clinique réseau, ça fait ça été très facilitant. » La table locale DRMG était composée d'environ 10 médecins du territoire. Cette tribune a permis de faciliter les communications et les partenariats entre le CSSS2 et les médecins du territoire. Trois représentants du CSSS2 participaient à ces rencontres; le directeur général, le DSP et le directeur au développement des programmes cliniques et des partenariats. De plus, afin de communiquer avec les médecins du territoire, l'équipe de communication du CSSS2 participait à la conception et la distribution du bulletin trimestriel de la table locale DRMG. Aussi, la table locale DRMG, en collaboration avec le CSSS2, a tenu sa première rencontre avec les médecins du territoire à l'hiver 2007. Près de 30 médecins se sont déplacés pour échanger « sur la nécessité de travailler en groupe, afin d'assurer une pratique médicale plus efficace (bulletin DRMG, mai 2007). » Ils ont échangé sur différents projets communs : « fonctionnement de la clinique réseau, transferts à l'automne de 25 ressources professionnelles de l'hôpital psychiatrique vers le CSSS, relations à établir avec le Centre d'éducation à la santé du CSSS et le projet de suivi pour les diabétiques au sein du CSSS (journal interne, février 2007). » Cette rencontre, ciblant les médecins sur une base territoriale, était une activité nouvelle. Les organisateurs prévoient répéter cette activité annuellement.

« Il y a des rencontres trimestrielles, où l'ensemble des médecins sont invités. Il n'y a pas 200 médecins qui se pointent, mais il y en a 25, 30. Il y a eu un congrès à un moment donné, et on était un des CSSS où il y avait le plus d'omnis, parce qu'il y a des territoires qui ont beaucoup de difficulté, ça fait que dans ce sens-là, je pense que c'est très actif et les gens qui sont autour de la table sont des gens crédibles; ils peuvent contaminer un petit peu leurs milieux respectifs. Puis on a vu des gens autour de la table qu'on n'avait jamais vus depuis, j'oserais dire des dizaines d'années. »

De plus, le CSSS2 a rédigé un bottin des ressources spécialisées sur le territoire, afin de faciliter la référence des patients entre les omnipraticiens du territoire et les

spécialistes du CH. Aussi, le CSSS2 affichait dans la salle d'attente de l'urgence les coordonnés des différents GMF et CR sur son territoire, afin de réorienter la population présentant un état de faible gravité.

« On a commencé à afficher, ça fait quelque temps, à l'urgence, les cliniques médicales qui sont capables de recevoir des gens au lieu que ce soit à l'urgence. À l'urgence même. Les cliniques, GMF, des fois, c'est sûr que des fois c'est essentiel d'aller à l'urgence, mais des fois s'il y a 5 heures d'attente et si on voit qu'il y a une autre clinique, on va peut-être se rendre là. Sensibiliser les médecins aussi. »

Aussi, le MSSS et l'Agence ont obligé le CSSS à développer des mécanismes pour orienter les clientèles.

« C'est une commande de l'Agence. On a eu une commande de l'Agence pour nous dire vous devez, on doit donner, pour une meilleure accessibilité, donner accès à des médecins de famille aux clientèles qui n'en ont pas. Alors vous devez mettre en place un guichet d'accès médecins de famille. Alors ça c'est la commande qu'on a eue. La commande qu'on a eue, c'est vous devez mettre en place un mécanisme d'accès. Alors c'est ce qu'on a préparé, on l'a mis en place rapidement pour les clientèles orphelines médicales. »

Le CSSS2 a planifié implanter un système de guichet d'accès unique pour répondre à cette commande gouvernementale. En réponse à une orientation imposée, le CSSS2 a développé un projet local.

« L'accueil clinique centralisé reçoit les appels, fait un screening à partir d'une grille qu'on avait préparée et la clientèle qu'on juge, qui n'a vraiment pas de médecin de famille, parce que tout le monde va appeler évidemment, le screening est fait. **La clientèle vulnérable orpheline qui n'a pas de médecin de famille est orientée**, il y a une fiche de complétée, elle est orientée vers une secrétaire, une commis qui serait localisée à l'hôpital, qui reçoit ces demandes-là et qui reçoit aussi les demandes d'accès aux plateaux techniques des médecins du territoire. Alors évidemment, quand les médecins appellent pour avoir accès aux plateaux techniques, on leur donne accès aux plateaux techniques, mais en même temps on leur demande de pouvoir prendre des patients vulnérables orphelins. »

*Santé publique*

La majorité des actions de santé publique, planifiées par le CSSS2, étaient structurées par la Direction de santé publique de Montréal. D'ailleurs, l'un des objectifs du CSSS2 était « d'ici juin 2006, en prenant assise sur les travaux existants, Plan local de santé publique et sur ceux en cours au niveau régional, préparer un plan d'action sur les priorités de santé publique pour notre CSSS, pour les deux prochaines années. Les modalités de gestion des urgences de santé publique, d'organisation vaccinale, de même que les activités de promotion et de prévention, qui sont prioritaires pour chacun des sites du CSSS, seront regroupées dans ce plan (CSSS2, 2007a). »

Afin de suivre l'évolution du programme de santé publique, une table d'orientation stratégique de santé publique a été créée. Elle regroupait les directeurs cliniques et le directeur au développement des programmes cliniques, de santé publique et des partenariats. Selon un directeur : « une table d'orientation 3-4 fois par année sera mise sur pied. Aux deux mois, on va faire le bilan où se situent les résultats par rapport aux ressources utilisées (Notes d'observation, 6 novembre 2006). » Selon un autre directeur : « l'Agence, elle débarque avec des mandats. Il faut respecter les cibles et on n'a pas les ressources. On ne peut pas arrêter des activités antérieures pour répondre aux objectifs de santé publique. » Par ailleurs, étant donné qu'il y a eu de nombreux autres projets de développement, il y n'a eu qu'une seule rencontre de cette table pendant notre période d'observation.

En lien avec le plan d'action régional de santé publique, une journée de sensibilisation sur l'approche *Écoles et milieux en santé* a été organisée par le CSSS en mai 2007. Cette approche avait comme objectif d'intervenir auprès des jeunes, afin qu'ils s'épanouissent dans leur vie. Elle visait à accroître l'efficacité des actions de promotion et de prévention à partir des écoles. L'événement a réuni des partenaires des milieux de l'éducation, de la santé, des services sociaux, ainsi que des organismes dans la communauté sur le territoire du CSSS. Plus de 100 participants issus de ces différents milieux ont assisté à l'activité.

De plus, quatre priorités locales ont été retenues par le CSSS; 1) le développement de logement social, 2) la persévérance scolaire, 3) l'alimentation et 4) le soutien parental. Ces priorités ont guidé le développement de stratégies de partenariat par le CSSS dans sa communauté. Les travaux des organisateurs communautaires s'inscrivaient dans ces priorités. Au CSSS2, il y avait une grande implication des organismes communautaires aux différentes tables de quartier : « ça, il en existe et j'en fais beaucoup avec les organisateurs communautaires et on va voir les tables de concertation de quartier. » Le CSSS2 désirait collaborer aux projets liés au développement de la communauté. Par ailleurs, certains directeurs craignaient que la responsabilité populationnelle les amène à gérer des dossiers en dehors de leurs frontières. Selon un directeur : « la semaine passée, tu gérais des problèmes de punaises. Il y a risque d'y avoir des commandes exceptionnelles exagérées avec la responsabilité populationnelle. Les municipalités peuvent voir ça comme des opportunités (Notes d'observation, 6 novembre 2006). »

Également, intégrer les préoccupations de santé publique dans le processus de planification a amené le CSSS à modifier des pratiques établies. Par exemple, l'un des moyens de financement que le CH utilisait était la vente d'aliments rapides. Cette pratique, bien qu'elle apportait des ressources supplémentaires, a été abandonnée par le CSSS2, le confrontant à développer d'autres moyens de financement.

« Sais-tu ce qu'on nous disait? Fais preuve d'imagination pour arriver à l'équilibre budgétaire. Parfait. Donc comment je peux avoir des revenus additionnels? En vendant à la cafétéria des hots dogs, des chips, des pogos et n'importe quoi. C'est un virage complet. Il y a 5-10 ans, on nous demandait des revenus additionnels et par l'intermédiaire de la malbouffe on obtenait des revenus additionnels. Là, on nous dit non, non, non arrête tout ça. Oui ok, parfait, je vais enlever tout ça. Mais je vais faire mes revenus comment? Mon 2-300 000\$ que j'avais, que je vais perdre probablement dans l'ensemble de notre CSSS, parce que les gens vont peut-être aller manger au restaurant à la place de manger les hot dogs de la cafétéria, je vais aller les manger au restaurant. Mais là, c'est des revenus qui me manquent. »

Par ailleurs, plusieurs partenaires du territoire ont développé des projets, afin d'être proactifs face au virage de l'alimentation. Le CSSS2 s'inscrivait comme partenaire dans



cette démarche. Il y avait aussi un programme « cœur en santé » très bien implanté sur ce territoire.

« L'initiative du Dr X, qui est fantastique, qui est quelque chose de très le fun, où la communauté s'est prise en charge sur "Cœur en Santé". Donc ça s'inspire beaucoup des grands projets américains en cardiovasculaire ou, tous ces grands projets-là où la communauté se prend en charge, éliminent les menus trop gras, à faire des zones, des parcs soient disponibles, donc l'accessibilité à l'activité physique. Donc, il existe un embryon avec "Cœur en Santé" et il me semble que c'est intéressant. Il me semble que notre CSSS doit être partie prenante de cet élément-là. On doit surtout être là pour les accompagner, parce qu'il y a tout le temps, tout le temps, tout le temps, plein d'initiatives locales et les gens se brûlent, à un moment donné, ils deviennent à bout de souffle et ils font des choses qui fonctionnent moins bien qu'ils pensaient et surtout, nous, on a l'opportunité d'avoir une vision à la fois théorique et pratique, de lire ce qui se passe ailleurs et de dire "hé, si vous le faisiez juste comme ça, ça pourrait changer votre affaire et vous pourriez avoir plein de monde et ça fonctionnerait" c'est notre expertise, la santé, donc on se doit, nous, de les aider là-dedans. Ils ont fait enlever certaines frites à certains endroits et ils ont remplacé par des produits santé. Donc, ils ont vraiment travaillé, dans une perspective de concertation sectorielle, pour que le milieu se prenne en santé à l'égard de la santé du cœur. Donc, c'est comme une vaste initiative locale pour la santé qui, à mon avis, est fort intéressante. »

Les dirigeants du CSSS2 ont développé une étroite collaboration avec la fondation *cœur en santé*. Ils ont mis en place un *comité consultatif en santé publique*.

« On met sur pied un comité consultatif avec un partenaire du réseau, qui est la Fondation du Cœur avec Dr X. On va faire le lancement de notre comité consultatif le 31 octobre (2007). Le comité consultatif est fait de monde qui ont une grande notoriété dans différents domaines et ils vont réfléchir à des avenues pour aider, soutenir un changement de pratique, soutenir. Une espèce de think tank. »

Ce comité avait pour mandat de réfléchir à des projets en santé publique à développer sur le territoire.

« C'est du développement en Santé Publique, c'est de l'innovation avec quelqu'un qui est très innovateur malgré son âge avancé, qui est le Dr X. On va à des limites et c'est dépasser les limites. Donc on n'est pas dans la

concertation. On est dans l'innovation; carrément. Les nouvelles pratiques en Santé Publique, qu'est-ce qui marche? On a invité Sonia Lupien qui est chercheuse sur le stress. Qu'est-ce qui fait que les gens compensent leur stress en mangeant trop, en faisant ci, en faisant ça ? On est autour de stress, l'alimentation, l'activité physique, les pratiques médicales. »

« Ça fait que c'est un comité vraiment d'expertise pour faire des activités concrètes sur le territoire. »

Aussi, le CSSS2 a participé, en septembre 2006, à la journée *en ville sans ma voiture*. Selon l'équipe de direction, cette journée s'inscrit parfaitement dans la mission de santé publique du CSSS. Le directeur général s'est impliqué dans la promotion de la journée, avec le ministre X et le maire. Selon le directeur général, « pour le CSSS, cette implication va de soi. Nous devons donner l'exemple. Après tout, intégrer quelques minutes d'activités physiques dans son quotidien est une excellente idée pour notre personnel (journal interne, septembre 2006). »

Dans un autre ordre d'idées, l'Agence a demandé aux CSSS intéressés d'élaborer un projet de développement dans le cadre de la gestion optimale des maladies chroniques. À l'hiver 2006, le CSSS2 a entrepris des démarches pour déposer un projet portant sur le diabète. Les dirigeants ont choisi la clientèle diabétique, étant donné la forte prévalence de cette problématique sur le territoire « dans l'objectif d'améliorer l'état de santé et de bien-être de la population, l'état de santé, le problème des diabétiques est majeur sur notre territoire. » Plusieurs directeurs considéraient que cette maladie chronique était une maladie en expansion et en conséquence, les besoins étaient en augmentation.

« Bien on regarde actuellement, dans nos priorités, on sait que l'épidémie actuelle, en attendant la grippe, l'épidémie actuelle, c'est l'épidémie d'obésité et le corollaire de ça, ça va être le diabète. C'est une catastrophe au niveau populationnel sûrement, on regarde qu'on a une population de diabétiques, si on regarde les %, une population de 10 ou 12%, ça fait environ 13 000 ou 14 000 personnes. Il y en a 6 000 qui sont diabétiques, le reste ne le savent pas. On dit que c'est quand même assez catastrophique. »

Le projet soumis a été retenu et à l'été 2007, un centre de référence sur le diabète a été lancé. Il offrait un appui au suivi médical pour les nouveaux patients diabétiques et pour

ceux qui ne présentaient pas de complications. De l'enseignement de groupe et individuel et la possibilité de participer à des activités physiques de groupe étaient également disponibles. Également, pour les cas complexes, ils étaient pris en charge par une équipe spécialisée interdisciplinaire.

« Le médecin qui est seul dans son bureau ne peut pas assurer le suivi des modifications des habitudes de vie, de l'exercice, de l'enseignement de l'insuline, etc., mais on va lui demander et c'est là que l'approche du CSSS est intéressante, on va lui dire bon, on va vous aider pour ces affaires-là qui sont relativement "time consuming", on va prendre en charge vos patients compliqués qui ne veulent pas rien savoir du diabète, vous allez leur dire bon, prenez-vous en main monsieur, je vous envoie au centre de référence, donc le médecin est débarrassé de cette obligation, c'est un support au médecin. Pour la population c'est un gros support aussi, parce que c'est certainement une amélioration, parce que tout médecin, même bien compétent, même bien dévoué, ne peut pas arriver à faire ce que fait une session, même une session de 3 heures ou à plus forte raison une session de 3 jours. Alors ça, c'est des initiatives qui sont pointues. »

De plus, un GMF sur le territoire assurait une prise en charge de patients nouvellement reconnus diabétiques et qui n'avaient pas de médecins de famille. Ce projet permettait d'initier la mise en place d'un RLS pour les clientèles diabétiques.

« C'est un dossier qui démontre bien un vrai changement. Parce que vous savez, on peut mettre un hôpital, des CLSC, l'hébergement ensemble. Mais quand on parle d'un CSSS qui doit vivre, un RLS qui doit vivre, bien là il faut qu'il y ait des vrais changements. Des vrais changements et un des vrais changements, c'est le centre de référence du diabète qui n'existait pas avant et qui lui vraiment est basé sur les « best practices » reconnues, ce qui fait que les médecins spécialistes de notre, les endocrinologues de notre hôpital, les internistes et des gens des CLSC travaillent maintenant ensemble dans un continuum pour voir à cette population. Et ça, ce n'est pas facile à faire au départ. C'est pas facile à faire. »

La participation au projet maladie chronique du groupe de recherche en gestion thérapeutique permettait au CSSS2 de disposer de ressources supplémentaires.

« Puis on a plus d'argent autour de ça. C'est plus ça. Parce qu'on a des ressources, on a reçu du budget, ça fait que ça nous permet d'en faire une publicité, ça nous permet d'avoir des ressources spécifiques à ça, mais la

préoccupation diabète elle était là depuis longtemps. On essayait toujours de ressortir pour le volet diabète, c'était le volet principal des services de santé courants des deux CLSC. C'était le volet principal. Donc, c'était déjà là. Mais là, c'est sûr qu'on a mis ça comme en lumière et on lui a donné une place officielle et on a investi de l'argent. »

Par ailleurs, pour le développement du projet diabète, les dirigeants devaient participer à plusieurs comités et les décisions devaient être approuvées par plusieurs personnes de différentes instances.

« Dans le projet de diabète entre autres, l'Agence est omniprésente. Omniprésente. Moi je trouve ça incroyable. Tous les comités, elle est là, de tous les outils, elle est là, elle reprend les points-virgules, elle est omniprésente. Vraiment, c'est la première fois que je vois ça. Je ne sais pas si ça va être aidant. »

« Ça fait beaucoup de monde conseil dans ce dossier-là, écoute, moi j'ai jamais travaillé comme ça, alors il y a du conseil du CSSS, il y a du conseil pharmaceutique privé et il y a du conseil de l'Agence. Alors il y a plein, plein, plein de conseillers. Alors, quand on décide que le formulaire va être jaune, je pense qu'il y a 8 personnes qui décident ce qui va être jaune pâle ou jaune foncé. C'est très particulier je vais dire. Mais, il ne faudrait pas que l'Agence soit comme ça dans tout, parce que ça alourdit beaucoup, beaucoup, moi je trouve le fonctionnement. L'Agence, évidemment, se sert de ça comme un projet modèle. »

Également, le projet de l'Agence en regard du *centre d'éducation à la santé* a été implanté à l'été 2007. Il s'adressait aux personnes présentant des facteurs de risque, tels que l'obésité, la sédentarité et le tabagisme. Selon plusieurs directeurs, le CSSS2 avait l'obligation de mettre en place cette innovation de l'Agence. « C'était une obligation, selon moi. On ne m'a jamais présenté ça comme un choix. » Toutefois, le CES a été adapté aux besoins locaux.

« **C'était logique avec notre nouvelle responsabilité.** C'était une très bonne idée, on a par exemple, dans les modalités, on a pu mettre des modalités locales nous, le Centre d'Éducation à la Santé se promène. Et il va même dans les organismes communautaires. Il va à Moisson Montréal. Il va rejoindre les gens sur le terrain. Alors ça, c'est important pour nous, il va dans les cliniques médicales bien entendu, les médecins peuvent faire appel

au Centre d'Éducation à la santé, mais il se promène un peu partout sur le territoire. »

Aussi, l'Agence recommandait au CSSS d'implanter le programme de promotion de la santé destiné aux employés. L'Agence partageait la moitié des coûts de ce programme. D'ailleurs, selon un directeur « c'est toujours ça le financement avec Agence, 50% (Notes d'observation, 6 novembre 2006). » Étant donné les nombreuses priorités de formation, le CSSS2 n'a pas offert ce programme à ses employés.

« Sur les principes du programme, la vision du programme, on a adhéré. C'est sur la réalisation du programme, où là on a dit il va falloir y aller par étape, parce qu'on parlait de plusieurs centaines de milliers de dollars. C'est ça. Et ce qui n'est pas évident, c'est difficile à gérer et à prioriser, c'est qu'on parle au niveau ministériel et au niveau régional, on nous arrive avec soit des orientations ou des programmes qui nécessitent de la formation, même au niveau des ordres, je pense au plan d'intervention pour OIIQ, l'Ordre des Infirmières, on a l'obligation de former nos gens. Bien là, c'est parce qu'on n'a même pas de monde pour les former. Alors moi-même, ayant dû arbitrer les nombreux besoins de formation pour l'ensemble du CSSS, il a fallu que je réduise de façon substantielle les priorités en formation. »

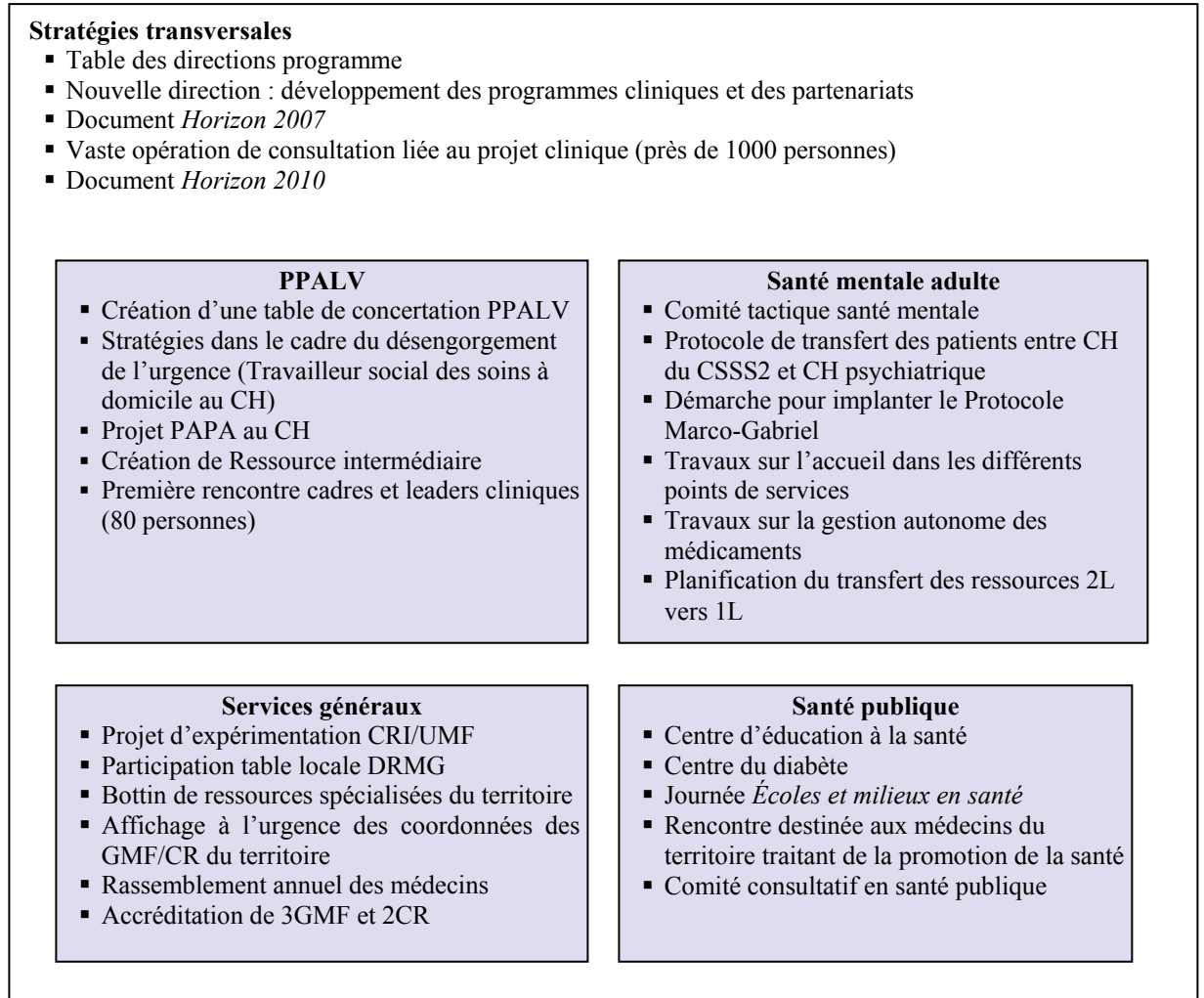
De plus, le CSSS2 a entrepris des démarches, afin d'être reconnu comme un CSSS *promoteur de santé*. Au printemps 2007, ces démarches se sont concrétisées par une reconnaissance de l'Agence à titre d'établissement promoteur de la santé. L'Agence a grandement soutenu le CSSS dans cette démarche d'accréditation. Selon un directeur : « centres promoteurs de la santé, c'est l'Agence qui l'ont développé et ils nous ont soutenus en engageant un contractuel pour qu'on écrive une politique de promotion de la santé. » Afin d'être reconnu CSSS promoteur de la santé, le CSSS devait développer des projets de promotion de la santé. Certains projets s'inscrivaient en continuité avec ceux développés au niveau régional, notamment le centre d'éducation à la santé et le programme écoles et milieux en santé. Toutefois, certains projets ont émergé du niveau local, dont un programme de cessation tabagique destiné aux patients hospitalisés et la mise en place d'un comité consultatif en promotion de la santé. En conséquence, des projets locaux ont commencé à émerger localement, initiés par le CSSS2.

En résumé, l'intégration de la responsabilité populationnelle a entraîné le développement de nouvelles modalités organisationnelles. Le passage d'une gestion centrée sur les services, en réponse à des clientèles utilisatrices de services, vers le développement d'un projet davantage organisationnel territorial, a entraîné plusieurs changements.

Le contexte organisationnel dans lequel le CSSS2 s'est développé était extrêmement complexe. Bien que la mise en place des bases organisationnelle ait pris plus de deux ans, cette étape a permis de mettre en place les assises facilitant une réflexion selon des programmes. Rapidement, un directeur a été nommé, afin de planifier et de coordonner le développement du projet clinique. Malgré que plusieurs orientations étaient définies par le MSSS et l'Agence, le CSSS2 s'est graduellement inspiré des enjeux locaux pour adapter ces priorités.

Plusieurs nouvelles stratégies ont été implantées au CSSS2, afin de répondre à leur mandat de responsabilité populationnelle. La figure 13 présente un résumé des stratégies développées.

Figure 13 : Résumé non exhaustif des stratégies développées par le CSSS2 au cours des premières années



#### 7.1.4 Les activités de réseautage

Le processus d'appropriation de la responsabilité populationnelle demande que le CSSS développe davantage d'activités de réseautage. Ces stratégies relationnelles nécessitent le passage d'activités de réseautage entre établissements, facilitant l'intégration des services vers davantage d'activités de réseautage étendues à l'ensemble des acteurs de la communauté.

L'une des stratégies du CSSS2 a été de se positionner comme un acteur économique sur son territoire. Puisque le CSSS2 employait près de 3800 travailleurs, il avait un rôle important au niveau de l'emploi. Le CSSS2 se qualifiait souvent comme étant « Alcan du territoire ».

« Et nos employés sont des consommateurs sur le territoire aussi. On a un rôle de gros employeur du territoire. On nous a appelé l'Alcan de X quand on est arrivés. Mais effectivement on a un rôle certainement dans ce sens-là. »

L'équipe de direction désirait s'inscrire comme partenaire dans l'achat de produits locaux. Le volume d'achat du CSSS lui conférait un rôle de premier plan.

« Par exemple, on me demande d'aller faire un exposé au Regroupement des Petits Entrepreneurs, pour prioriser, dans le sens qu'il faut prioriser les fournisseurs de notre territoire. Dire qu'il y a un an, un an et demi, on ne faisait pas ça. On va prioriser notre territoire. »

Par contre, étant donné les ententes avec le service d'approvisionnement de l'Agence, l'achat local demeurait difficile à exécuter. Toutefois, à chaque fois que la situation le permettait, le CSSS2 priorisait l'achat sur le territoire.

« Et la pression aussi, que la contrepartie c'est qu'ils nous demandent aussi d'acheter localement, mais on est contraints, on ne peut pas toujours acheter localement à cause des ententes qu'on a avec l'Agence via le service d'approvisionnement Montréal. Donc oui, notre désir serait d'acheter localement, mais on sait très bien que ce n'est pas comme ça que ça marche, à cause que si on fait affaire avec des plus gros fournisseurs, on a des meilleurs prix et on a un équilibre budgétaire à respecter. »

Le CSSS2 s'impliquait sur différentes tribunes économiques et communautaires sur le territoire. Le CSSS2, par sa taille, lui accordait une légitimité sans précédent. Il s'est positionné stratégiquement sur son territoire.

« Par exemple, le forum économique du territoire. On fait beaucoup de liens, parce que ce forum-là est là pour développer, au niveau d'améliorer la qualité de vie, pas la qualité de vie au travail, mais la qualité de vie des gens de X, donc autant en rehaussant le logement, la vie sociale, l'économie. Donc, on a



à travailler avec eux autres, on va travailler avec la Ville dans certains projets, on peut travailler avec les commissions scolaires, puis avec plein d'organismes communautaires qui sont un peu, des fois, les pendants de certains services sociaux qu'on peut donner nous autres. »

« Nous, on s'est positionnés beaucoup, à beaucoup d'endroits, tant avec le communautaire, avec les élus, les élites locaux, on a pris position, on a été dans les forums d'échange le plus qu'on pouvait. À chaque fois qu'on avait une occasion, on y était. Donc ma DG et moi, on est allés partout, et on était invitées aussi. De telle sorte que je te dirais que si je faisais un bilan, moi, des affaires dont je suis contente 2 ans après, ça pour moi c'est une réussite; personnelle. Il n'y a pas grand événement ou forum, que ce soit des lieux économiques, sur les déterminants de la santé, de près ou de loin, où on n'est pas invitées, conviées ou on ne s'attend pas à ce que la DG de CSSS soit là ou moi, ou les deux. Et je pense que c'est pas parce qu'on veut être vus, mais je pense qu'il y a **des zones d'influence là-dedans** et il y a des choses qui changent parce qu'on est là, parce qu'on le vit, parce qu'on met le pied dans la porte pour différentes affaires et ça crée une zone où la santé est considérée différemment. »

« L'innovation de positionnement dans la communauté. Ça c'est clair et je te dis, si jamais t'as la chance d'écouter un organisme communautaire qui parle de notre CSSS, qui était une table hyper CSN, syndicale, la première fois que je suis arrivée là, ils voulaient me manger crue, ils avaient peur de la grosse structure. Maintenant, ils ont compris que de travailler avec la grosse structure, c'est demander un certain nombre de conditions à des projets de développement. C'est avoir un allié puissant pour une garantie de logements sociaux à certains égards. **Ils ont fait wow! et ça, c'est le CSSS. Ça, il n'y a pas un petit CLSC qui pouvait faire ça avant** et ils ne le faisaient pas de la même façon. On le fait comme "major", et ça, on s'est placés comme ça. À un moment donné, le réseau socioéconomique local voulait inviter David Levine, j'ai dit non, non, non. C'est pas David Levine, on est dans notre territoire, c'est DG. Ils ont fait ah oui? ils ne comprenaient pas l'importance du rôle du CSSS, combien on est et ce qu'on a comme budget, ce qu'on gère et le lien qu'on a avec la santé de la population. J'ai fait une présentation là-dessus, ils ont fait wow! Et ils ont invité le DG, ça fait que ça, c'est la réforme. »

Selon les dirigeants du CSSS2, ils avaient la responsabilité de rassembler les partenaires du territoire à la réalisation d'un projet collectif de santé et de bien-être.

« Mais souvent notre rôle un peu comme de rassembler, il faut être rassembleur tout en étant discret parce que nous, on a quand même beaucoup de moyens, CLSC, CHSLD, mais il faut que les gens de la communauté nous aident aussi, il faut qu'on ait un réseau. »

Le CSSS2 a organisé plusieurs événements rassemblant les partenaires du territoire. En mai 2005, le CSSS2 a organisé un événement pour souligner l'inauguration de la nouvelle urgence du CH. Près de 150 invités se sont déplacés pour cet événement. En mai 2007, plus de 100 personnes sont venues assister à une journée sur les *Écoles et milieux en santé*. Aussi, en juin 2007, le centre d'éducation à la santé et le centre du diabète ont été lancés. Près de 40 personnes ont assisté à ce lancement.

Selon l'équipe de direction du CSSS2, il y a trois types de partenariats à développer « les partenaires locaux du domaine de la santé, soit les omnipraticiens (cabinets privés, GMF, CR, CH) et les pharmaciens communautaires, les partenaires sociocommunautaires et économiques, soit les organismes communautaires, du milieu municipal, du milieu scolaire et organismes de développement économique et les partenaires régionaux, les centres de réadaptation, centres jeunesse, Institut universitaire en santé mentale et les hôpitaux des centres universitaires (journal interne, avril 2007). » Le CSSS2 planifiait développer des stratégies pour rejoindre les partenaires de ces trois groupes. D'une part, le CSSS2 entretenait des liens étroits avec la table locale DRMG et développait plusieurs stratégies, afin d'échanger avec les médecins du territoire. Au niveau des partenaires sociocommunautaires et économiques, un premier forum a été organisé en mai 2007. Le CSSS2 cherchait à se positionner comme un leader local.

« Moi, j'ai toujours été d'avis, la mobilisation est importante, la mobilisation des partenaires. Je pense que la loi nous donne un leadership face à la santé de notre population et je pense qu'on doit prendre encore plus place dans ce leadership-là. Mais au début, c'est toujours une question de rythme de changement, on est dans ce rythme de changement-là. Actuellement pour moi, **il y a un leadership qu'on doit prendre dans la communauté**, communauté prise dans son sens large, pour qu'on s'assoit ensemble et qu'on s'assure que le développement social, ou le développement des logements sociaux, qu'on soit une part, partie prenante. Je ne dis pas qu'on ne l'est pas, probablement qu'on l'est déjà, **mais surtout d'officialiser** la chose et que

l'ensemble des gens de notre territoire ou des intervenants voient qu'on a un rôle à la fois d'advocacy, au niveau de la santé. C'est ça qu'on a à faire plus, à mon avis. »

Des élus municipaux, des policiers, des représentants du milieu économique, des tables de concertation communautaires, ainsi que des responsables du secteur de l'éducation se sont réunis au premier forum des partenaires. Les participants ont fait ressortir les besoins sociaux de la population. « Ainsi, le mieux-être des jeunes et la lutte au décrochage scolaire et la délinquance ont été identifiés par la presque totalité des participants. La question du logement social préoccupait la grande majorité des acteurs (journal interne, juin 2007). » Près de cinquante personnes assistaient à ce premier rendez-vous. Les directeurs du CSSS étaient tous invités, mais ils n'avaient pas tous le droit de parole. La moitié des participants étaient des observateurs et les autres avaient un droit de parole.

Dans un deuxième temps, le CSSS avait convenu d'inviter les partenaires régionaux à se rencontrer dans un forum de discussion au printemps 2008.

« On va organiser un forum, probablement au début de 2008, avant l'été et lui aussi il est important, pour parler du CUSM, du CHUM, pour parler des Centres Jeunesse, j'aimerais ça parler des jeunes un peu, mais ça aussi c'est une autre sphère de partenariat, en tout cas c'est la vision qu'on en a, nous, au CSSS. »

De même, la vision du CSSS2 était qu'ultimement, des forums de citoyens seraient réalisés. Selon un directeur : « il y a des virages à prendre, un jour, on fera probablement des forums de citoyens, mais on n'est pas rendu là encore. »

Aussi, le CSSS2 s'est positionné davantage dans la sphère politique. Les dirigeants cherchaient à obtenir des ressources financières additionnelles pour le CSSS. À plusieurs reprises, le président du CA et le directeur général du CSSS2 ont rencontré les députés provinciaux, fédéraux et les maires.

« On doit aller chercher beaucoup de sous. Mais évidemment, bien là Monsieur X n'est plus ministre, mais il était déjà ministre, alors on l'a

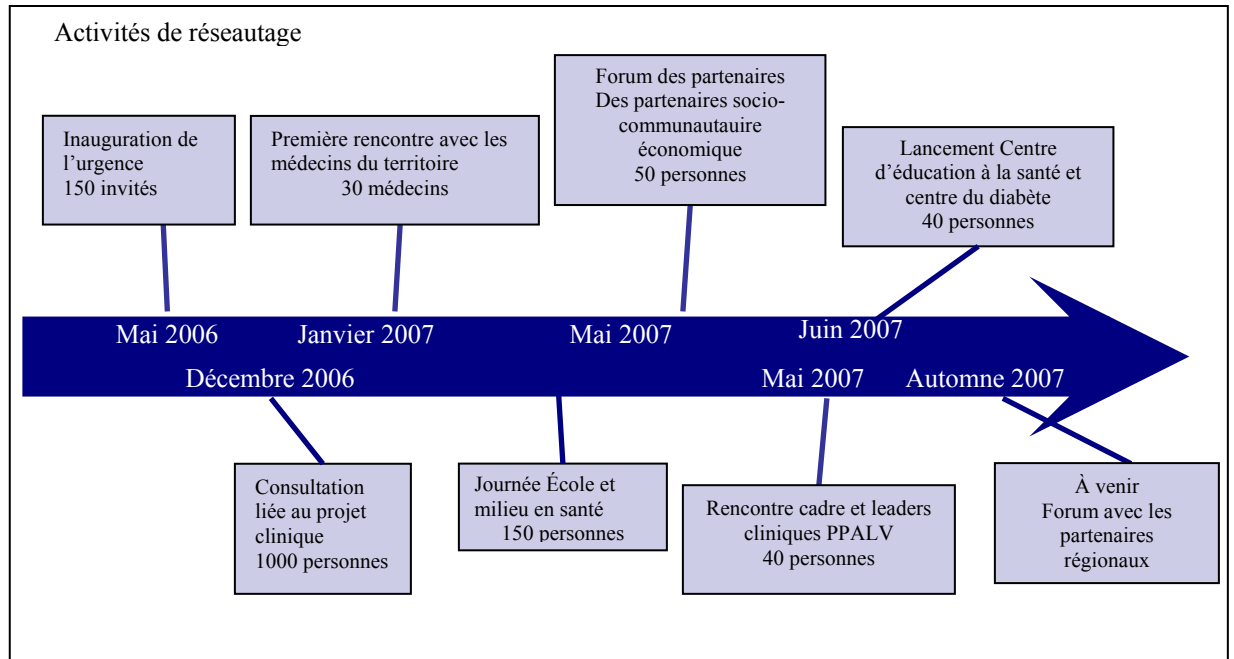
rencontré avec le directeur des ressources financières pour essayer d'avoir le plus de sous possible, pour essayer d'expliquer notre point de vue. C'est important, comme à chaque fois. Comme là on a reçu, je pense que c'est 300 000\$ pour les CHSLD, Monsieur X a donné 100 quelques milles et Madame Y 100 quelques milles. Bien il a fallu que j'aie aux deux endroits pour les remercier. Ça c'est un rôle. »

« Et là évidemment, on a un hôpital qui date de 1932. Alors écoutez comme on en a des choses. On a un plan de développement de deuxième et de troisième. Et on le soumet, **on fait des représentations**, que ce soit à l'Agence et ça, les dossiers sont très bien montés. Il faut que ce soit monté de façon et on avance tranquillement. On en a toujours un petit peu de budget. Comme là on a eu des budgets, bien vous savez le 300 000\$ pour les CHSLD, alors tout l'accueil, tout être fait. On essaie par exemple, nos chambres, on avait des chambres à quatre, on a diminué à deux. Mais ça, c'est toujours, j'aime pas ça utiliser cette expression, mais c'est quémander un peu et c'est correct et il faut être là et il faut aller demander et c'est dans ce sens-là que nos liens avec les politiciens ou les députés ou les ministres sont si importants. Très très très importants. »

De plus, le CSSS a donné des appuis politiques pour le développement de certains projets sur le territoire. Par exemple, le CSSS s'est joint à la coalition qui contestait la décision de Poste Canada de vendre les terrains de son site de traitement postal à un promoteur privé. Le CSSS donnait son appui, afin de développer des logements sociaux.

En somme, l'ajout de la responsabilité populationnelle a entraîné le CSSS à assumer de nouveaux rôles. Il se positionnait comme un leader du territoire et les directeurs étaient appelés à jouer davantage des rôles politiques et économiques. L'un des changements de gestion apportés est la formalisation et la fréquence des échanges avec les partenaires (voir figure 14). Il cherchait à travailler de concert avec les partenaires sur les dossiers sociaux.

Figure 14 Séquence des rencontres avec les partenaires



Ultérieurement, nous extrapolons que des relations de partenariat vont se bâtir graduellement entre les différents acteurs du territoire dans un but d'amélioration et la santé de la population. Le CSSS désire continuer à participer aux nombreuses tables de concertation dans la communauté et à mettre en place des tables pour les différents RLS. Ce mode de fonctionnement nous laisse envisager un plus grand fonctionnement en réseau.

## 7.2 Discussion cas 2

La réforme a amené les dirigeants du CSSS2 à intégrer une nouvelle responsabilité aux mandats très larges, soit l'amélioration de la santé et du bien-être d'une population définie géographiquement. Tel que présenté dans la section portant sur la vision initiale des dirigeants, ils avaient différentes conceptions de la responsabilité populationnelle et ces représentations ont évolué au fil du temps. Suite à l'analyse des données empiriques du cas 2, nous dégagons cinq composantes de la responsabilité populationnelle, soit : une

responsabilité médicale de services de première ligne, une responsabilité de services spécialisés, une responsabilité de clientèles vulnérables, une responsabilité sociale et une responsabilité de promotion de la santé. Nous présentons succinctement les représentations synthétiques des dirigeants selon ces cinq composantes. Également, nous discutons leur caractère continu ou novateur par rapport à l'offre de production des soins et services. Certaines composantes sont en continuité avec la logique des soins et services et adaptent leur vision, en s'inspirant de la logique santé publique. D'autres composantes innovent en créant un nouveau champ de production qui fait référence davantage au secteur de la santé publique. Intégrer la logique santé publique est novateur par rapport à une perspective plus classique des organisations sanitaires centrée sur une logique de production de soins et services.

#### *Responsabilité de services médicaux de première ligne*

Afin de prendre en charge la population du territoire, l'une des orientations du CSSS2 était de développer des liens avec les organisations de première ligne situées sur son territoire. Les dirigeants du CSSS2 considéraient que l'amélioration de l'accessibilité et la continuité aux services étaient les leitmotifs de la réforme et pour y arriver, ils devaient développer des relations avec les cliniques privées de leur territoire. Ils cherchaient à développer plusieurs stratégies afin d'améliorer les systèmes de référence entre le CSSS2 et les organisations de première ligne. Les dirigeants du CSSS2 se représentaient les différents points de services de première ligne de leur territoire comme étant l'offre de service destinée à la population dont ils étaient responsables. Les préoccupations étaient centrées sur l'amélioration de l'offre et l'intégration des services de première ligne sur leur territoire. Le caractère novateur réfère à une vision territoriale de l'offre de service de première ligne et à un désir de créer des relations d'affaires avec les organisations privées. Avant la réforme, peu de liens d'affaires avaient été établis avec des organisations privées.

### *Responsabilité de services spécialisés*

Pour les dirigeants du CSSS2, intégrer la responsabilité populationnelle se traduisait par une meilleure accessibilité aux services spécialisés pour la population de leur territoire. Les dirigeants du CSSS2 cherchaient à améliorer pour leur population les délais de réponse à l'urgence, à développer les services offerts par le CH, à développer leurs services de laboratoire et à améliorer les corridors d'accès aux services tertiaires. Ces préoccupations étaient au cœur des activités du CSSS2 et s'inscrivaient en continuité avec les préoccupations de gestion antérieure. Toutefois, le CSSS cherchait à faciliter l'accès aux services spécialisés non seulement à la clientèle qu'il desservait, mais également aux cliniques médicales qui desservaient sa population. Ces préoccupations étaient étendues en dehors des frontières organisationnelles du CSSS2, dans une perspective d'amélioration du champ de la production des soins et services. Le CSSS2 cherchait aussi à positionner ses activités spécialisées dans le réseau montréalais. Cette vision de positionnement régional était stratégique et nouvelle.

### *Responsabilité à l'égard des clientèles vulnérables*

Pour les dirigeants du CSSS2, assumer la responsabilité populationnelle signifiait prendre en charge les différentes clientèles vulnérables de leur territoire et adapter les services à leurs besoins. Afin de prendre en charge la population, les dirigeants se sont représentés différents sous-groupes de la population. Ce découpage virtuel permettait de mieux conceptualiser les différentes clientèles vulnérables qui composaient leur population. Les dirigeants se préoccupaient davantage à rejoindre les clientèles potentielles. Plus qu'avant la réforme, selon une vision de continuum de santé, ils cherchaient à rejoindre davantage les clientèles présentant des risques élevés de développer des pathologies. Le CSSS2 cherchait à développer des RLS pour répondre aux besoins de différentes clientèles vulnérables de leur territoire. La vision des dirigeants était de mettre sur pied des tables de travail avec leurs partenaires. Cette idée n'était pas nouvelle, mais le CSSS2 cherchait à davantage formaliser les RLS.

*Responsabilité sociale*

Plusieurs directeurs définissaient la responsabilité populationnelle par un plus grand investissement au niveau des différents déterminants de la santé. Pour assumer leur nouvelle responsabilité, ils cherchaient à être un leader sur le territoire dans l'animation d'un projet collectif de santé et de bien-être. Aussi, ils désiraient se positionner comme un partenaire dynamique sur le territoire. Les dirigeants cherchaient à collaborer aux différents projets communautaires initiés par leurs partenaires. Également, ils souhaitaient que le CSSS soit reconnu comme étant un acteur socioéconomique important sur le territoire. À plusieurs reprises, les dirigeants qualifiaient leur organisation « d'Alcan du territoire ». Ils considéraient que le CSSS avait un rôle important au niveau de l'emploi qui influençait positivement la santé et le bien-être de leur population. Ils cherchaient à acheter des produits localement. Ils considéraient que le grand pouvoir d'achat du CSSS était une source de développement économique sur le territoire. Cette vision était très novatrice. Ils cherchaient à contribuer à la santé de leur population en agissant sur l'un des déterminants de la santé en dehors de leurs frontières, par des activités de prospérité économique.

*Responsabilité de promotion de la santé*

Plusieurs directeurs considéraient que la responsabilité populationnelle amenait l'organisation à développer davantage d'activités en promotion de la santé afin d'agir en amont des maladies. Ils souhaitaient développer des actions qui visaient un plus grand empowerment des individus sur leur santé. Aussi, le CSSS2 cherchait à collaborer aux initiatives de promotion de la santé déployées sur le territoire. Cette vision d'interventions en promotion s'inspirait davantage de la logique santé publique.

Ces différentes représentations représentaient toutes, à des degrés variables, une plus grande intégration de la responsabilité populationnelle, soit par un élargissement du champ de la production des soins et services inspiré de la logique santé publique, soit par un investissement plus grand dans le champ de la santé publique. Ainsi, ces visions suggèrent une plus grande intégration de la responsabilité populationnelle. Ces



représentations ont donné un sens aux activités entreprises par l'organisation. Elles ont évolué au niveau de la rhétorique et elles se sont matérialisées dans l'action.

Tous les gestionnaires rencontrés au temps 2 ont souligné que la réforme amenait l'organisation à se transformer. L'analyse de ce cas nous amène à conclure que le CSSS2 a changé au fil du temps afin d'intégrer davantage la responsabilité populationnelle dans ses pratiques. Plusieurs **stratégies** ont été utilisées par le CSSS pour incorporer ce changement dans leurs pratiques de gestion. Au départ, le CSSS2 était plus démuné au niveau des outils pour le guider dans la réalisation de son nouveau mandat. Il a d'abord investi à harmoniser les différents services sous sa gouverne. La fusion avec un centre hospitalier est complexe. Or, la stratégie privilégiée par le CSSS2 a été de s'investir d'abord à la réalisation de cette activité de fusion avant de s'investir davantage dans la communauté. Le CSSS2 a adopté une stratégie séquentielle où il s'investissait davantage à l'interne et une fois les activités mieux consolidées, il cherchait à jouer un rôle plus dynamique avec ses partenaires. Au fil du temps, le CSSS2 s'est approprié son nouveau mandat, a expérimenté des stratégies proposées par le champ organisationnel et a développé des projets locaux pour actualiser son nouveau mandat. Tel que prescrit par la loi, les gestionnaires du CSSS2 ont cherché à développer des moyens relationnels pour se positionner comme des leaders sur le territoire afin de coordonner des projets collectifs locaux.. Le CSSS2 cherchait à être reconnu comme un acteur légitime pour coordonner les initiatives locales susceptibles d'améliorer la santé et le bien-être de la population. En conséquence, la réforme a entraîné plusieurs changements au niveau des actions entreprises par le CSSS2 afin d'intégrer davantage la responsabilité populationnelle dans ses pratiques. À travers ses stratégies, le CSSS2 cherchait à assumer un plus grand leadership territorial. La nouvelle responsabilité amenait les CSSS à non seulement chercher à améliorer leur offre de services mais également celle présente sur son territoire.

La réforme a été mandatée par le gouvernement. Bien qu'imposé, le CSSS2 a cherché à implanter ce changement dans ses pratiques. Progressivement, le CSSS s'est approprié le changement, l'a expérimenté sous différents angles et à innover à l'égard de certaines stratégies. L'exemple du centre du diabète illustre une innovation à laquelle le

CSSS2 a joué un rôle d'entrepreneur institutionnel très proactif. La responsabilité populationnelle s'est incorporée progressivement dans leurs pratiques à travers l'adaptation des stratégies proposées par les acteurs du champ organisationnel de même que des stratégies qui ont émergé localement. Le CSSS2 disposait d'une certaine marge de manœuvre pour influencer le processus d'implantation. Bien que les pressions environnementales structuraient les stratégies du CSSS2, il les influençait également. Le CSSS2 évoluait dans cet environnement en étant actif sur le développement de certaines innovations et réactif en réponse aux pressions environnementales. Dans le chapitre suivant, nous discutons plus en profondeur du processus de transformation des CSSS à travers un jeu dynamique d'influence entre les pressions environnementales et les initiatives développées localement par les CSSS. L'analyse des similitudes et des variations entre les deux cas nous permettra de mieux comprendre comment les pratiques évoluent au cours du temps et comment les pressions environnementales influencent ce processus de changement.

## **Chapitre 8 - Analyse transversale des changements liés à l'incorporation de la responsabilité populationnelle**

Dans le présent chapitre, après avoir réalisé l'analyse interne de chaque cas, nous procédons à l'analyse transversale en comparant les changements liés à l'incorporation de la responsabilité populationnelle au sein de chacun des CSSS à l'étude. Nous discutons de deux formes de changement de pratique, soit ceux liés aux représentations et domaines d'activités investis par les CSSS pour répondre à la responsabilité populationnelle et ceux liés aux transformations des rôles des gestionnaires (Mintzberg H., 1994).

L'incorporation de la responsabilité populationnelle au sein des CSSS se développe progressivement à travers les transformations des pratiques institutionnalisées et l'émergence de nouvelles pratiques. Dans notre recherche, nous analysons les pressions environnementales (coercitives, cognitives et normatives) qui expliquent les contraintes et les opportunités des CSSS de même que les réponses à ces pressions par les CSSS et les initiatives locales qu'ils développent pour répondre à leur mandat. Certains CSSS, à travers les stratégies d'actions qu'ils développent et les pressions qu'ils exercent sur le champ, agissent comme des entrepreneurs institutionnels. Rappelons que nous définissons les entrepreneurs institutionnels comme des acteurs qui modifient volontairement la dynamique d'évolution d'un champ organisationnel. Les entrepreneurs institutionnels influencent les pressions environnementales, exploitent les opportunités et créent de nouvelles manières de faire dans un champ organisationnel donné.

Nous discutons du processus de transformation des deux CSSS observés en présentant trois phases. Ces phases permettent de décrire l'évolution des représentations, des domaines activités et des rôles de gestion à l'égard du processus d'incorporation de la responsabilité populationnelle dans la mission des CSSS. La phase 1 correspond à l'appropriation des politiques dictées par l'État, la phase 2 correspond à l'adaptation aux orientations proposées par le champ organisationnel et la phase 3 fait référence au

développement de certains projets initiés localement. Bien que nous présentions les différentes phases de manière linéaire, elles se matérialisent de manière dynamique. Ce découpage nous apparaît imparfait mais permet de mettre en lumière des séquences différentes dans l'incorporation de la responsabilité populationnelle. Ces trois phases temporelles nous aident à mieux comprendre le processus de changement des CSSS. Elles ont émergé de nos analyses de manière inductive. Elles permettent de mettre en relief les moments charnières dans le processus de transformation des CSSS. Ces trois phases sont différentes des cinq étapes de changement de Hinings et al. (2004) présenté dans notre cadre de référence (chapitre 3). Elles ne correspondent pas aux étapes de Hinings et al. qui décrivent le processus de dé-institutionnalisation et de ré-institutionnalisation des pratiques. Toutefois, nous nous appuyons sur le modèle de Hinings et al. pour analyser le changement à l'étude que nous décrivons selon trois phases temporelles.

Les trois phases temporelles présentées pour caractériser l'évolution des CSSS sont discutées selon trois dimensions, soit 1) les dynamiques d'interaction entre les pressions environnementales exercées par les CSSS et celles exercées par les autres acteurs du champ organisationnel, 2) les apprentissages liés aux domaines d'activités ciblés et 3) les transformations dans les rôles de gestion. Grâce à l'expérimentation faite dans chaque phase, les CSSS ont développé des apprentissages qui leur permettent de passer à une phase subséquente. Chaque phase permet aux CSSS d'acquérir une plus grande capacité à s'approprier la responsabilité populationnelle. Le passage de la phase 1 à la phase 2 se démarque par une plus grande sollicitation des partenaires de leur territoire, à l'extérieur des frontières organisationnelles du CSSS et par un plus grand nombre d'expérimentations de stratégies d'action proposées par les acteurs du champ organisationnel. Le passage de la phase 2 à la phase 3 est caractérisé par un rôle plus actif de leader territorial et à l'initiation de plus de projets locaux. Le tableau 13 présente une synthèse des caractéristiques des différentes phases observées dans les deux organisations à l'étude.

Tableau 13 : Trois phases temporelles caractérisées par trois dimensions pour discuter des changements liés à l’incorporation de la responsabilité populationnelle.

	<b>Phase 1</b>	<b>Phase 2</b>	<b>Phase 3</b>
Dynamique pressions environnementales/ CSSS	<p>-Réforme initiée suite à l’adoption du projet de loi 25 (pression coercitive)</p> <p>- CSSS : plus réceptifs dans un contexte d’ambiguïté.</p> <p>-CSSS : plus centrés à l’interne et investissement dans des activités de sensemaking.</p>	<p>-Davantage de pressions cognitives et normatives pour orienter les stratégies à mettre en place pour répondre à la responsabilité populationnelle.</p> <p>- CSSS : adaptent certaines propositions au contexte local et commencent à développer des alliances entre eux. Ainsi, les CSSS sont plus tournés à l’extérieur au niveau du territoire.</p>	<p>-Pressions environnementales toujours structurantes mais elles se réajustent en lien avec les pressions des CSSS.</p> <p>- CSSS : influencent davantage les pressions environnementales et sont davantage disposés à initier des projets locaux.</p> <p>-CSSS exercent plus de pressions au niveau local et sont influencés par des pressions locales additionnelles qu’ils se sont créées par la sollicitation. Ainsi, les CSSS jouent un rôle plus actif de leader territorial.</p>
Apprentissages liés aux domaines d’activités ciblés par les CSSS	<p>-Familiarisation avec les concepts de la responsabilité populationnelle. (représentations)</p> <p>-Meilleure</p>	<p>-Meilleure connaissance des besoins de la population et des ressources disponibles sur leur</p>	<p>-Meilleure connaissances des partenaires intersectoriels.</p> <p>-Meilleure connaissance des</p>

	<p>connaissance des ressources et des services offerts à l'interne par le CSSS (harmonisation des services).</p> <p>-Meilleure connaissance des prestataires de services médicaux de première ligne et spécialisés situés sur leur territoire.</p>	<p>territoire.</p> <p>-Par l'adaptation de plusieurs orientations au contexte local, notamment à l'égard d'activités de promotion de la santé, investissement dans les modèles GMF/CR et de RLS pour les clientèles vulnérables.</p> <p>-Début d'échanges plus formels avec leurs partenaires en organisant des espaces collectifs d'échange (rhétorique sociale).</p>	<p>besoins exprimés par leurs partenaires.</p> <p>-Par l'expérimentation de développement de projets locaux (ex, CPE, formation médicale aux médecins du territoire).</p> <p>-Par l'influence des orientations stratégiques de leurs partenaires locaux.</p>
Transformation dans les rôles de gestion	-Rôles décisionnels plus formalisés liés à une grande organisation.	<p>-Rôles informationnels étendus; Développement de moyens internes afin d'avoir une meilleure information sur le territoire.</p> <p>-Rôles relationnels accrus dans les échanges avec les partenaires du territoire.</p>	<p>-Rôles relationnels davantage mis en pratique, rôle leader territorial plus actif.</p> <p>-Milite à la défense des intérêts collectifs du territoire.</p>

### **Phase 1 : Appropriation des politiques dictées par l'État**

La phase 1 a commencé lorsque l'État a décrété la présente réforme par voie législative (pressions coercitives). L'État a imposé la création des CSSS en obligeant la fusion d'établissements en plus de leur attribuer le mandat d'être responsables de la santé et

le bien-être de la population résidant sur leur territoire. En réponse à ce nouveau mandat et orientés par le MSSS et l'Agence, les deux CSSS à l'étude ont tous deux choisi de mettre en place une structure organisationnelle par programme. Ce mode d'organisation facilitait les réflexions autour des différentes clientèles de leur territoire, selon des continuums de soins et services.

Pendant cette première phase, les préoccupations étaient très centrées sur les enjeux liés à la mise en place de leurs assises organisationnelles et à la nomination des dirigeants et des gestionnaires. Plusieurs travaux portaient sur la consolidation de l'organisation sur le plan administratif et sur l'harmonisation des services cliniques entre les différents établissements fusionnés. À travers cet exercice de fusion, les dirigeants développaient une meilleure connaissance des différentes composantes de leur nouvelle organisation. La logique dominante qui guidait leurs actions était l'appropriation de leur nouvelle identité organisationnelle.

Aussi, pendant cette première phase, les gestionnaires ont cherché à participer à plusieurs activités afin de donner un sens à leur responsabilité populationnelle. Ils percevaient beaucoup d'ambiguïté autour de leur nouveau mandat défini de manière très générale et large, soit « d'améliorer la santé et le bien-être de leur population ». D'ailleurs, afin d'aider les gestionnaires à mieux comprendre les concepts liés à la responsabilité populationnelle, plusieurs acteurs ont été très dynamiques, notamment l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS), le MSSS et l'Agence. Les interprétations diffusées par ceux-ci (pressions cognitives) ont favorisé le développement d'une conceptualisation convergente de la responsabilité populationnelle par les différents acteurs du réseau sanitaire québécois. Les dirigeants des deux organisations à l'étude partageaient une vision commune à l'effet de développer plus d'actions de promotion de la santé afin d'agir davantage sur les habitudes de vie, en amont des maladies. Également, ils partageaient une vision similaire à l'effet de s'investir davantage au niveau des différents déterminants de la santé afin d'améliorer la santé et le bien-être de leur population. Dès la première phase, les deux CSSS à l'étude référaient davantage aux dimensions « promotion de la santé » et « sociale » dans leur discours.

Toutefois, très peu d'actions étaient enclenchées à cette première phase à l'égard de ces deux composantes. Les réflexions se situaient davantage au niveau de leurs représentations.

Le nouveau mandat attribué aux CSSS élargissait leur responsabilité à une population définie géographiquement. Rapidement suite à l'introduction de la réforme, les gestionnaires des deux CSSS à l'étude ont commencé à s'interroger sur la définition de leur « population ». Ceci fut particulièrement observable au CSSS1. Dans un contexte urbain comme celui de Montréal, le concept de « population » est plus ambigu, étant donné la liberté des usagers de consommer les services à l'endroit de leur choix, des frontières virtuelles qui délimitent les territoires de même que des courtes distances à parcourir pour recevoir des services de santé. Pendant cette première phase, plusieurs discussions ont porté sur les enjeux liés aux frontières géographiques qui délimitaient la population dont le CSSS était responsable. Les gestionnaires cherchaient à mieux comprendre et circonscrire leur nouveau mandat. D'ailleurs, au départ, les dirigeants définissaient une « population de jour » et une « population de nuit » pour mettre en lumière le paradoxe auquel les CSSS de la région métropolitaine faisaient face.

Puisque le concept de responsabilité populationnelle était large, ceci laissait une certaine marge de manœuvre aux différents acteurs de développer diverses interprétations et de proposer de multiples stratégies d'action pour y répondre. Au début de la réforme, le MSSS et l'Agence ont grandement structuré les comportements des CSSS en proposant de nombreuses politiques et orientations pour les guider dans l'incorporation de leur nouvelle responsabilité et ceux-ci étaient plus réceptifs en situation d'apprentissage. En conséquence, au départ, plusieurs stratégies étaient influencées par les pressions environnementales exercées par des acteurs en position d'autorité. Par exemple, l'Agence a défini un séquençage de priorités pour guider les CSSS dans le développement de leur offre de services et les deux CSSS à l'étude prévoyaient développer cette offre selon cette séquence. Ceux-ci rencontraient des défis similaires tels que l'organisation des services aux personnes âgées et en santé mentale.



Dès la première phase, les deux CSSS à l'étude ont entrepris des démarches afin de mieux connaître leurs partenaires médicaux de première ligne et spécialisés situés sur leur territoire. Ils partageaient une vision commune à l'effet de s'investir davantage dans ces composantes. Cette vision a été grandement créée par une croyance diffusée et partagée par plusieurs acteurs du champ organisationnel. La croyance voulait qu'avec la responsabilité populationnelle, les CSSS devaient s'investir davantage au niveau de l'organisation des services de première ligne et à faciliter l'accès et la continuité aux services spécialisés, selon une vision hiérarchique des services. Les dirigeants ont commencé par rencontrer les médecins travaillant au sein des cliniques médicales situées sur leur territoire. La logique qui guidait ces démarches était d'initier des contacts avec ceux-ci. Au niveau des autres partenaires sur le territoire, peu de nouveaux contacts ont été développés à cette première phase. Les premiers contacts initiés permettaient aux CSSS d'apprendre à mieux connaître les prestataires de services médicaux sur leur territoire et d'amorcer un dialogue afin de développer potentiellement des relations d'affaires avec eux.

En résumé, pendant la première phase, les gestionnaires des CSSS se sont investis dans des travaux liés à la création de leur nouvelle organisation. Ils ont également participé à des activités conceptuelles afin de mieux comprendre leur nouveau mandat. L'ambiguïté de leur mandat les a amenés à s'investir dans des activités de « sensemaking » et à être plus réceptifs aux discours véhiculés dans le champ organisationnel pour donner un sens au changement. Dès la première phase, les gestionnaires concevaient qu'ils étaient amenés à s'investir dans cinq domaines d'activités dont notamment, les services médicaux de première ligne, les services spécialisés, les clientèles vulnérables, la promotion de la santé et le domaine social. Leurs premiers apprentissages référaient davantage à « l'appropriation » des concepts liés à la responsabilité populationnelle, de leur nouvelle identité organisationnelle, de leurs ressources internes de même que des partenaires médicaux de première ligne et spécialisés situés sur leur territoire. L'attention des gestionnaires était très centrée à l'interne et ce, afin d'harmoniser les différents continuums de services et de mieux connaître les ressources médicales présentes sur leur territoire.

## **Phase 2 : Adaptation locale aux orientations proposées par le champ organisationnel**

La phase 2 se démarque de la phase 1 par une plus grande attention portée à l'extérieur des frontières de l'organisation en s'intéressant davantage au territoire pour lequel ils sont responsables. À partir de la phase 2, les CSSS échangeaient davantage avec les différents acteurs gravitant dans leur champ organisationnel local. Aussi, les dirigeants expérimentaient un plus grand nombre d'actions proposées par l'environnement pour répondre à leur nouvelle responsabilité. À la phase 1, les discussions demeuraient davantage au niveau conceptuel afin de développer une meilleure compréhension du mandat des CSSS. À la phase 2, les discussions étaient plus axées sur les actions à privilégier pour répondre à la responsabilité populationnelle. En lien avec les orientations dictées par l'État et les opportunités offertes par leur contexte, les CSSS expérimentaient graduellement les stratégies d'actions proposées en les adaptant localement.

À partir de la phase 2, les CSSS cherchaient à développer et à améliorer leur offre de services selon différents continuum de soins et services à l'égard des clientèles vulnérables. En lien avec cette orientation, les deux CSSS à l'étude cherchaient à être guidés et à s'inspirer des initiatives de leurs collègues dans le développement de leur offre de services. Plusieurs acteurs ont influencé leurs stratégies d'action en produisant des documents et en organisant des colloques. Aussi, les idées proposées aux différents comités ont influencé les choix des stratégies à privilégier pour répondre à la responsabilité populationnelle dont notamment, la table liée au projet clinique, le comité régional de santé mentale et le regroupement PPALV. Ces espaces d'échange véhiculaient des visions communes et leur permettaient d'apprendre de leurs expériences respectives. Le désir de se nourrir des expériences de leurs collègues était très présent et plusieurs comités mis en place témoignent de cette volonté. En résumé, différentes pressions cognitives et normatives influençaient les CSSS dans l'élaboration des stratégies d'action à mettre en place pour répondre à leur nouvelle responsabilité populationnelle. Elles permettaient aux CSSS de développer des interprétations et des stratégies dans le même sens. Les

discussions étaient davantage opérationnelles comparativement à la phase 1 qui référait davantage à des échanges conceptuels.

En réponse à la responsabilité populationnelle, les deux CSSS à l'étude souhaitaient améliorer leur offre de services afin qu'elle soit plus en adéquation avec les besoins de leur population. Plusieurs moyens étaient proposés par le champ organisationnel pour soutenir l'adaptation des politiques aux besoins locaux. Par exemple, la majorité des acteurs du champ organisationnel véhiculaient l'idée que la responsabilité populationnelle amenait les CSSS à développer des outils afin qu'ils disposent d'information précise sur les caractéristiques de leur population. Cette activité de recherche d'information a d'abord été proposée par l'Agence lorsqu'elle a préparé des trousseaux d'information pour tous les CSSS de la région et a mis à leur disposition le Carrefour Montréalais d'Information Sociosanitaire (CMIS). Le CSSS1 a confié à son CAU le mandat de produire plusieurs portraits de population. Les ressources spécialisées du CAU dans le forage des banques de données ont permis aux dirigeants d'avoir une information plus détaillée sur leur population. En plus, le personnel du CAU était mis à contribution afin que les dirigeants et leurs gestionnaires s'approprient l'information et qu'ils dégagent des stratégies adaptées aux caractéristiques locales. Au CSSS2, le mandat de colliger différentes informations populationnelles a été confié à la direction du développement des programmes, de santé publique et des partenaires. Toutefois, il ne disposait pas d'une infrastructure aussi spécialisée que celle du CSSS1 pour développer des portraits de population. Par ailleurs, à partir de cette deuxième étape, les deux CSSS à l'étude ont cherché à développer des moyens internes afin non seulement d'être informés sur leur organisation, mais également d'avoir une meilleure connaissance de leur population et des ressources présentes sur leur territoire. Les rôles de gestion au niveau informationnel s'élargissaient progressivement.

L'idée d'investir au niveau de la première ligne comme stratégie pour prendre en charge leur population a été diffusée sur plusieurs tribunes et ceci répondait à une critique souvent formulée à l'égard du système de santé en ce qui concerne l'accès à un médecin de famille. Ce message, véhiculé à travers différentes formations et comités, créait des pressions cognitives sur les CSSS dans le but de s'orienter dans cette direction. Il y avait un

fort consensus dans le réseau montréalais à l'effet que c'était l'une des avenues prometteuses à développer pour intégrer davantage la responsabilité populationnelle. Ainsi, influencés par leur environnement (pressions cognitives et normatives) et un besoin local, les deux CSSS à l'étude ont choisi de s'investir grandement dans la réalisation de ce mandat comme moyen de prendre en charge leur population. À cette période, les deux CSSS ont interpellé davantage les partenaires médicaux situés sur leur territoire.

Ils ont tous les deux encouragé les cliniques médicales de leur territoire à entreprendre des démarches de transformation vers de nouveaux modèles organisationnels de première ligne. Ces modèles étaient perçus par les dirigeants comme ayant un grand potentiel pour améliorer l'accessibilité et la continuité des services de première ligne. Les CSSS proposaient aux cliniques intéressées de les accompagner dans le processus d'accréditation de GMF ou CR. La mobilisation et l'accompagnement des cliniques médicales par le CSSS étaient de nouvelles activités de gestion. Bien que la création des GMF ait commencé en 2002, la responsabilité populationnelle a fait en sorte que les CSSS se sentaient porteurs de ce dossier.

Également, les deux CSSS observés souhaitaient expérimenter sur leur territoire le modèle *clinique réseau intégré (CRI)* proposé par l'Agence comme un modèle d'avenir prometteur. Les CSSS de la région subissaient plusieurs pressions cognitives afin d'adhérer à cette vision et d'envisager de l'expérimenter sur leur territoire. En plus, au fil du temps, cette vision était partagée par un ensemble d'acteurs (pressions normatives), ce qui créait davantage de pressions sur les CSSS. Rapidement, les deux CSSS à l'étude se sont positionnés comme des organisations souhaitant expérimenter ce nouveau modèle organisationnel et ce, en vue d'améliorer la prise en charge de la population en première ligne au niveau local. Ils ont tous deux agi en tant qu'entrepreneurs institutionnels en cherchant à être l'une des premières organisations à soutenir ce projet sur leur territoire.

À partir de cette période, les deux CSSS à l'étude étaient davantage actifs et proactifs en ce qui concerne l'organisation des services médicaux de première ligne, laquelle s'appuie sur une vision territoriale. Ils se sentaient garants d'améliorer ces services

comme moyen pour répondre à leur nouvelle responsabilité. Les gestionnaires utilisaient leur marge de manœuvre pour s'investir davantage dans l'organisation des services sur leur territoire en dehors de leur frontière organisationnelle. Ceci était peu observable avant la réforme. Ils exploitaient leur marge de manœuvre pour faire autrement. Dans les deux cas, les CSSS négociaient des ententes de partenariats avec les cliniques médicales en facilitant des accès privilégiés à des services spécialisés. Le CSSS1 a consacré beaucoup d'énergie à négocier des relations d'affaires avec son CH de proximité afin de formaliser des corridors de services pour les cliniques médicales situées sur son territoire. Au CSSS2, la situation était différente puisqu'il avait un CH sous sa gouverne. Selon plusieurs dirigeants, la présence de cette ressource était un atout privilégié pour développer des relations de partenariat avec les cliniques médicales de leur territoire. Toutefois, la présence de ces services spécialisés a amené l'équipe de direction à consacrer beaucoup d'énergie pour la gestion des enjeux hospitaliers dont notamment, l'urgence, le respect des volumes de chirurgies et les infections nosocomiales.

Également, les dirigeants des deux CSSS à l'étude partageaient une vision commune à l'effet que la responsabilité populationnelle les amenait à s'investir dans davantage d'activités de promotion de la santé. Pour répondre à cette vision, l'Agence de Montréal a été proactive en proposant plusieurs stratégies d'action à l'égard de cette composante. Elle suggérait par exemple aux CSSS d'implanter un *programme de promotion de la santé des employés*, d'initier des démarches afin d'être reconnu *CSSS vert et en santé* et *CSSS promoteur de santé* de même que de développer un *centre d'éducation à la santé*. Ces différentes pressions cognitives ont influencé les actions mises en place par les deux CSSS. Toutefois, l'intensité des pressions subies par les CSSS a évolué au fil du temps. Dans certaines situations, les pressions subies par les CSSS ont progressé au cours du temps, passant de pressions cognitives conjuguées à des pressions normatives auxquelles s'ajoutaient des pressions coercitives. Par exemple, plusieurs CSSS avaient obtenu leur accréditation *de CSSS promoteur de santé* au cours de cette période, ce qui créait des pressions additionnelles (pressions normatives) sur les autres CSSS pour

poursuivre des démarches d'accréditation. Un autre exemple est que les CSSS se sont finalement vu imposer (pressions coercitives) d'implanter un *centre d'éducation à la santé*.

Sous l'influence de pressions exogènes qui ont varié en intensité, les CSSS ont graduellement développé des stratégies à l'égard de la composante promotion de la santé. Selon l'intensité des pressions environnementales, les CSSS disposaient d'une certaine marge de manœuvre pour choisir d'implanter la stratégie proposée. Le CSSS1 a choisi d'implanter toutes les suggestions de l'Agence tandis que le CSSS2 a réalisé des choix différents. Étant donné de nombreuses demandes de formation, il a choisi de ne pas implanter le *programme de promotion de la santé*. Aussi, à ce moment, il a choisi de ne pas entreprendre des démarches pour être reconnu comme un *CSSS vert et en santé*. La variété des réponses des CSSS face à des pressions environnementales communes met en lumière que les CSSS disposent d'une certaine marge de manœuvre pour résister à ces demandes externes. Néanmoins, dans les deux cas, les dirigeants cherchaient davantage à planifier des activités de promotion de la santé qu'antérieurement. Ils exploitaient leur marge de manœuvre afin de développer des stratégies en adéquation avec leur contexte organisationnel (pressions internes).

Graduellement, les deux CSSS se sont appropriés la démarche liée au projet clinique et ils participaient plus activement à adapter les orientations stratégiques définies par l'Agence et le MSSS aux caractéristiques de leur population. Ils disposaient d'une certaine marge de manœuvre au niveau local et ils étaient encouragés à l'exploiter pour développer des stratégies d'action adaptées à leur contexte local. À mesure que les CSSS adaptaient leur programmation aux enjeux locaux, ils développaient des stratégies plus personnalisées. D'ailleurs, les deux CSSS ont employé des stratégies différentes pour développer leur projet clinique. Le contenu de leur programmation locale se distinguait sur plusieurs aspects, reflétant des enjeux locaux différents dont notamment, des caractéristiques distinctes de la population, des historiques de développement de services différents et des attributs organisationnels uniques. La réforme a entraîné des changements au niveau de la gestion des CSSS, en mettant le projet clinique au cœur de leurs réflexions. Le leitmotiv des réflexions de planification des services était davantage centré sur la population résidant

de leur territoire. Les gestionnaires exploitaient davantage leur marge de manœuvre pour planifier leur offre de services différemment et ce, en étant plus centrés sur leur territoire local.

Leur nouvelle responsabilité leur accordait une légitimité pour exercer un rôle accru de leader dans leur communauté. À la phase 1, les deux CSSS à l'étude concevaient qu'ils étaient amenés à développer davantage la composante sociale en s'investissant plus dans leur communauté. À l'égard de ce nouveau rôle, très peu de pressions environnementales orientaient les actions à mettre en place. À partir de cette phase, les deux CSSS à l'étude ont commencé à se positionner davantage sur leur territoire en tant qu'organisation légitime pour la coordination de projets collectifs locaux. Ils cherchaient à socialiser davantage avec les acteurs des différents secteurs d'activités afin de faire émerger l'identification des besoins du territoire de même que des stratégies d'intervention. Bien que les établissements fusionnés échangeaient avec les différents partenaires du territoire avant la réforme, leur nouvelle responsabilité a amené les CSSS à formaliser davantage les échanges avec les acteurs du territoire et ceux-ci étaient plus fréquents. Cette formalisation des échanges intersectoriels était un nouveau moyen utilisé par les CSSS pour répondre à leur responsabilité populationnelle.

Par des moyens différents, les CSSS ont décidé de jouer un rôle de leader accru dans leur communauté. Leurs rôles de gestion relationnels étaient plus sollicités. Toutefois, ils ont utilisé des moyens différents pour interpeller leurs partenaires. Le CSSS1 a organisé à plusieurs reprises des événements d'envergure, où près de cent cinquante personnes étaient invitées à échanger. Les stratégies relationnelles du CSSS2 étaient de développer des liens avec les différentes organisations du territoire, en bâtissant des liens de manière plus individuelle et graduelle. De manière différente, les deux CSSS à l'étude sollicitaient la participation de leurs partenaires locaux à la réalisation d'un projet collectif de santé et de bien-être local. Leur positionnement central dans ces regroupements locaux leur permettait d'influencer les idées et les stratégies d'actions privilégiées (pressions cognitives et normatives au niveau du champ organisationnel local).

Également, les fréquentes interactions que les CSSS avaient entre eux et avec l'Agence les ont amenés à participer davantage à la formulation des pressions cognitives et normatives véhiculées dans le champ organisationnel. Les stratégies d'action développées étaient davantage le fruit d'un leadership collectif partagé où se construisaient progressivement les pressions environnementales. Par exemple, au niveau régional, le comité de gestion des réseaux (CGR) regroupait les 12 directeurs généraux de CSSS et les dirigeants de l'Agence aux deux semaines. Ceci permettait des échanges sur les stratégies d'action à développer et un partage de leurs expériences respectives. Différentes stratégies d'actions étaient alors co-construites à travers leurs discussions. En conséquence, plusieurs stratégies d'action étaient le fruit de réflexions auxquelles participaient plusieurs acteurs dont les CSSS (entrepreneurship collectif).

Aussi, ces échanges réguliers ont permis de développer des alliances entre les dirigeants des CSSS et de permettre des échanges de négociation plus fréquents avec l'Agence. Par exemple, les dirigeants des CSSS négociaient ensemble des modifications quant aux objectifs à atteindre dans le cadre du projet clinique auprès de l'Agence. Ces alliances permettaient de nuancer avec plus d'intensité les objectifs demandés et ainsi, de modifier les pressions environnementales qu'ils subissaient. Progressivement, ils influençaient plus activement la construction des pressions environnementales. Ces pressions étaient davantage le fruit de leurs interactions.

En somme, à la phase 2, les gestionnaires ont cherché à opérationnaliser davantage les conceptions qu'ils avaient développées lors de la phase 1. Influencés par les pressions environnementales, ils ont cherché à expérimenter plusieurs actions proposées, notamment au niveau de la composante des services médicaux de première ligne, des services spécialisés, des clientèles vulnérables et de la promotion de la santé. Par la réalisation d'expérimentations concrètes, ils développaient un plus grand contrôle sur les pressions qu'ils subissaient et ils étaient donc mieux positionnés pour influencer ces pressions. Ils possédaient une meilleure connaissance des difficultés d'implantation et pouvaient ainsi plus facilement négocier des ajustements et moduler les pressions environnementales. De même, à travers les rencontres auxquelles ils participaient, ils exerçaient graduellement un



rôle plus actif dans la formulation des pressions cognitives et normatives véhiculées dans le champ organisationnel. Aussi, ils exerçaient un plus grand rôle de leader au niveau de leur territoire local en cherchant à coordonner le développement de projets collectifs locaux. Leurs rôles de gestion se sont graduellement élargis et ce, afin de coordonner un plus grand réseau d'acteurs.

### **Phase 3 : Développement de certains projets initiés localement**

La phase 3 capitalise sur les apprentissages des phases précédentes. Les CSSS étaient plus disposés à initier des projets. À la phase 2, la majorité des projets étaient suggérés par d'autres acteurs du champ et les CSSS les adaptaient en les expérimentant. À la phase 3, quelques projets sont initiés par les CSSS à travers des réflexions interpellant différents acteurs locaux. À la phase 2, les CSSS ont commencé à s'appropriier le rôle de leader territorial et à la phase 3, ils jouaient un rôle plus actif au niveau du territoire afin de coordonner le développement de projets qui émergeaient dans leur communauté. En résumé, le passage de la phase 2 à la phase 3 est caractérisé par un rôle plus actif de leader territorial et à l'initiation de plus de projets locaux.

Afin de générer davantage de projets locaux, les deux CSSS observés se sont réorganisés à l'interne afin de confier certains mandats de développement de projets à des directions spécifiques. Ils se distinguaient toutefois par les axes de développement prioritaires de même que par les directions touchées. Le CSSS1 a confié le mandat d'améliorer l'organisation des services médicaux de première ligne à un gestionnaire de la direction des services généraux. Ce gestionnaire était dégagé de la gestion courante et avait le mandat de développer des projets locaux en lien avec cette priorité organisationnelle. Le CSSS2 a mandaté des directions conseils de la conceptualisation de projets de développement locaux dont notamment, le RLS santé mentale, le RLS personnes âgées, le centre du diabète, les services de laboratoire et le développement des activités spécialisées dans la réorganisation des RUIS, permettant aux directions cliniques de poursuivre la gestion des activités liées aux soins et services. En conséquence, les deux organisations ont mis en place des mécanismes internes afin de faciliter la création de projets.

La responsabilité populationnelle a amené les deux CSSS à revisiter leur offre de services afin qu'elle soit en adéquation avec les besoins de leur population. Le projet clinique était au centre de leurs réflexions pour adapter les services. À partir de la phase 2, un important exercice de prospection a été réalisé au sein des deux CSSS à l'étude afin de déterminer leurs objectifs locaux. En continuité avec ces travaux, à la phase 3, davantage de tables de travail ont été mises en place afin de développer des actions pour répondre aux problématiques ciblées. Les CSSS exerçaient un rôle plus actif sur leur territoire pour coordonner ces projets collectifs. Par exemple, le CSSS1 a créé une table de concertation des aînés à laquelle différents partenaires du territoire participaient et le CSSS2 a créé un comité tactique santé mentale où différentes organisations du territoire étaient représentées. Les deux CSSS cherchaient à développer des continuums de soins et services s'adressant aux différentes clientèles vulnérables de leur territoire. Graduellement, des tables de travail locales étaient créées et des représentants des organisations travaillant auprès des clientèles ciblées étaient invités. Leur rôle de coordonnateur territorial s'exprimait par l'organisation de ces différents espaces de rencontre afin de définir collectivement des actions à mettre en place. À travers les rencontres qu'ils animaient, les deux CSSS influençaient les représentations et les actions planifiées sur le territoire à travers les pressions qu'ils exerçaient.

Graduellement, les deux CSSS observés cherchaient à organiser des espaces de discussion avec différents acteurs afin de faire émerger les besoins communautaires. Par exemple, le CSSS1 a organisé un premier colloque sur « le développement durable ». Ce moyen d'échange avec les partenaires du territoire avait pour objectif de susciter l'émergence de projets dans la communauté. C'était une innovation, du point de vue des organisations sanitaires, de convier des acteurs d'autres secteurs à un rendez-vous commun. Le CSSS2, en réponse à un besoin exprimé par les partenaires, a coordonné des travaux afin d'augmenter l'offre de services du Centre de la petite enfance (CPE) sur son territoire. En résumé, les CSSS jouaient un rôle plus actif dans la communauté afin d'animer et de coordonner des projets qui émergeaient.

La phase 3 est caractérisée par le développement de certains projets qui sont proposés par les CSSS et leurs partenaires locaux pour répondre à des besoins de leur communauté. En lien avec les opportunités que leur offrait leur contexte, les deux CSSS ont commencé à développer quelques projets ayant des objectifs territoriaux. Par exemple, le CSSS1 a organisé des formations médicales destinées aux médecins du territoire dans le but d'améliorer la qualité des services offerts à la population desservie par ceux-ci. Avant la réforme, les séances de formation étaient destinées aux médecins qui travaillaient au sein des CHSLD associés à la mission CAU. Suite à la réforme, le CSSS1 a choisi d'offrir également ces séances aux partenaires médicaux pratiquant sur leur territoire. Également, le CSSS2 a soumis un projet diabète à l'appel d'offre du Groupe de recherche en gestion thérapeutique (GRGT). Cette opportunité a permis au CSSS2 de réfléchir avec des chercheurs et des gestionnaires de l'Agence au développement d'un continuum de services destinés à une clientèle vulnérable. Étant donné la forte prévalence de diabétiques sur le territoire, le CSSS2 a choisi de créer un projet sur cette maladie. À la fin de nos observations, plusieurs CSSS s'intéressaient au projet diabète développé par le CSSS2, créant ainsi des pressions sur les autres CSSS de la région. D'ailleurs, l'Agence commençait à diffuser ce projet local sur plusieurs tribunes comme un modèle prometteur. Ainsi, en développant des projets locaux, les deux CSSS observés ont agi en tant qu'entrepreneurs institutionnels en proposant de nouvelles stratégies d'action. À travers ces projets novateurs, les CSSS construisaient de nouvelles pressions cognitives et normatives qui circulaient dans le champ. Par les projets locaux qu'ils développaient, ils participaient activement à formuler les pressions environnementales véhiculées dans le champ.

En résumé, pendant la phase 3, les CSSS poursuivaient leurs investissements à l'égard des cinq domaines d'activités de la responsabilité populationnelle. Ce qui distingue cette phase des phases précédentes est que les CSSS développaient certains projets pour traduire localement leur compréhension de la responsabilité populationnelle. Les actions mises en place témoignent d'une vision élargie à l'ensemble du territoire. Les CSSS cherchaient à exercer un rôle plus actif dans leur communauté pour susciter l'émergence de projets locaux susceptibles d'améliorer la santé de la population dont ils étaient

responsables. Ils se portaient défenseurs des projets collectifs qui émergeaient des rencontres qu'ils organisaient avec leurs partenaires. Par l'animation et la coordination des projets qu'ils réalisaient, les CSSS influençaient activement les pressions cognitives et normatives qui circulaient au sein de leur champ organisationnel local. Aussi, certains projets novateurs développés au niveau local étaient diffusés aux autres acteurs du champ organisationnel. À travers ces innovations, les CSSS exerçaient des pressions cognitives et normatives à l'intérieur du champ organisationnel et ainsi, ils participaient à la dynamique de structuration du champ.

## **Conclusion**

La réforme a été introduite dans un contexte de changement mandaté. Les gestionnaires de CSSS se sont vus imposer le mandat d'incorporer la responsabilité populationnelle dans leur pratique. Ce changement est défini de manière large et ambiguë, soit d'améliorer la santé et le bien-être d'une population définie géographiquement. Ce contexte offre une grande marge de manœuvre aux acteurs pour se l'approprier selon différentes interprétations. À la lumière de nos observations, nous avons dégagé cinq composantes selon lesquelles ce changement a pris forme au sein des CSSS: les services médicaux de première ligne, les services spécialisés, les clientèles vulnérables, la promotion de la santé et la dimension sociale. Ces composantes reflètent toutes, à des degrés variables, une vision d'organisation des services qui transcende les frontières organisationnelles du CSSS. En effet, les réflexions sont davantage orientées selon une vision territoriale où les gestionnaires cherchent non seulement à améliorer les services produits par leur organisation (CSSS), mais également à améliorer l'offre de services disponible sur leur territoire. Les gestionnaires réfléchissent plus en termes de clientèles et de sous-groupes de la population afin de mieux adapter l'offre de services aux besoins des différentes clientèles de leur territoire.

À travers ces cinq composantes, les gestionnaires se sont appropriés au fil du temps la responsabilité populationnelle. Les pratiques se sont transformées graduellement afin de

refléter une plus grande appropriation de ce nouveau mandat. L'aspect temporel est important car le processus de mise en œuvre de ce changement s'est réalisé progressivement. Chaque composante de la responsabilité populationnelle a évolué à des rythmes différents. Les gestionnaires ont d'abord commencé par s'approprier les domaines d'activités qui leur étaient plus familiers et graduellement, ils se sont investis davantage dans de nouveaux domaines d'activités.

Au fil du temps, en réponse au changement mandaté, les gestionnaires des CSSS ont expérimenté de nouvelles idées et façons de faire localement. Ces expériences les nourrissaient dans l'appropriation de leur nouveau mandat. Elles étaient sources d'apprentissages afin de transformer davantage leurs pratiques. Donc, cette appropriation graduelle leur procurait une plus grande capacité pour agir localement dans le but de répondre à leur nouveau mandat. Progressivement, à travers les pratiques qu'ils mettaient en place à l'égard des différents domaines d'activités, la responsabilité populationnelle prenait forme.

Les gestionnaires des deux cas observés se sont investis dans les mêmes domaines d'activités (ou composantes de la responsabilité populationnelle). Ces domaines étaient grandement structurés par les pressions véhiculées dans le champ organisationnel. Toutefois, le rythme et le niveau d'investissement à l'égard des différents domaines d'activités ont varié au sein des deux CSSS à l'étude. Ceci peut s'expliquer en partie par les différences à l'égard des attributs organisationnels, de leur historique respectif et des contextes locaux. La présence du CH au CSSS2 a amené les gestionnaires de cette organisation à s'investir considérablement dans le développement des services spécialisés, comparativement aux gestionnaires du CSSS1. Ils subissaient plusieurs pressions de l'interne, de l'Agence et du MSSS, au niveau de leur gestion des hospitalisations, de leur bloc opératoire et de l'urgence. Au CSSS1, les gestionnaires ont convié et sollicité plus rapidement des partenaires à l'extérieur de leur organisation que le CSSS2. Les gestionnaires du CSSS2 ont travaillé, sur une période de temps beaucoup plus longue, à l'harmonisation des services cliniques au sein de leur organisation, étant donné le plus grand nombre d'activités cliniques et la complexité des services à coordonner. Par ailleurs,

une fois ces démarches d'harmonisation bien enclenchées, la présence du CH, associée à un historique de développement communautaire, semble faciliter la création d'alliances avec les différents partenaires du territoire, notamment les cliniques médicales, communautaires, politiques, sociales, etc. La grande taille organisationnelle et le pouvoir économique que lui confère la présence du CH au sein de sa gouverne, semble lui donner une position stratégique avantageuse, afin de solliciter la participation des partenaires au développement local de leur communauté.

Bien que les deux CSSS à l'étude se différencient sur plusieurs aspects, ils ont été grandement influencés par des pressions communes. Par exemple, plusieurs idées véhiculées au sein des comités régionaux orientaient les comportements des CSSS vers des pratiques plus homogènes. Ces pressions cognitives et normatives suggéraient des stratégies d'actions à l'égard des différentes composantes de la responsabilité populationnelle. De même, à travers les discussions auxquelles participaient des gestionnaires des CSSS, émergeaient de nouvelles façons de faire et celles-ci influençaient les comportements des CSSS. En conséquence, plusieurs pratiques suggérées étaient davantage le fruit d'un travail d'entrepreneur collectif.

Les deux CSSS ont employé des moyens similaires pour transformer progressivement leurs pratiques. Le projet clinique a été utilisé par les CSSS comme moyen pour rallier différents partenaires au développement d'une offre de services mieux intégrée et adaptée sur le territoire. Plusieurs tables de travail ont été créées afin de réfléchir avec leurs partenaires à l'organisation de différents services de santé. Aussi, des forums des partenaires ont été organisés afin de convier des représentants de divers secteurs d'activités (communautaire, politique, économique) à participer au développement de projets collectifs selon une vision élargie d'amélioration de la santé et du bien-être de la population. Les CSSS cherchaient à susciter l'émergence de projets dans la communauté. Ils agissaient davantage en tant qu'entrepreneurs institutionnels en influençant activement les pressions véhiculées sur leur territoire et en jouant un rôle très actif dans l'animation et la coordination. Par le rôle central qu'ils jouaient, les CSSS influençaient activement l'évolution de leur champ organisationnel local.

Les deux CSSS ont agi en tant qu'entrepreneur institutionnel, à différents moments et à des intensités variables selon les contextes, en influençant les pressions environnementales véhiculées dans le champ organisationnel. En nous appuyant sur la typologie d'Oliver, certaines de leurs stratégies sont similaires tandis que d'autres varient. Les deux CSSS ont cherché à jouer un rôle très actif au sein de leur communauté pour être reconnus comme leaders territoriaux. Tous les deux, ils ont cherché à influencer et coopter leurs partenaires à participer à leur projet clinique. La réforme leur accordait une légitimité sans précédent pour assumer ce rôle. Les deux CSSS ont influencé considérablement les champs organisationnels locaux dans lesquels ils évoluaient. Le CSSS1 a organisé plusieurs événements d'envergure pour influencer les acteurs sur leur territoire. Ils se sont grandement investis dans les activités de représentations de leur organisation sur la scène politique. Le CSSS2 a plutôt privilégié une autre approche en réunissant, de manière moins fréquente, quelques partenaires pour travailler sur des projets de développement.

Aussi, les deux CSSS ont agi en tant qu'entrepreneurs institutionnels en influençant les pressions environnementales à des niveaux de gouverne supérieurs. La présence des DG au comité de gestion des réseaux à l'Agence leur permettaient d'influencer les pressions de l'Agence à travers les idées, les négociations de même que les contestations qu'ils réalisaient. En plus, leur participation à des comités régionaux permettait d'influencer les normes et les balises proposées. Par exemple, les deux représentants des CSSS sur le comité de travail CRI étaient des représentants des deux CSSS à l'étude. Dans les deux cas, ils ont été entreprenants en essayant d'influencer la conceptualisation de ce nouveau modèle. Les deux ont été très proactifs à l'égard de ce projet. Toutefois, récemment, nous avons appris que le projet CRI au CSSS1 n'avait pas été mis en place. Par ailleurs, bien que le projet CRI n'a pas été concrétisé au CSSS1, il a grandement participé à exercer des pressions cognitives et normatives, par le discours qu'il véhiculait.

Plusieurs stratégies étaient utilisées par les CSSS, notamment de défilement, d'évitement, de compromis et d'acquiescement. Ces stratégies réfèrent toutes à des réponses stratégiques que peuvent employer les organisations en réponse aux pressions environnementales (Oliver, 1991). Il est difficile d'identifier lequel des deux CSSS à

l'étude a agi davantage comme un entrepreneur institutionnel. Cette difficulté est liée au fait que plusieurs des pressions sont le fruit d'un jeu dynamique d'interaction entre plusieurs acteurs. Selon les opportunités et les contraintes que leur offre leur contexte, les CSSS exercent, à des moments et des situations différentes, un plus grand rôle d'entrepreneur institutionnel. L'analyse de l'évolution des CSSS pendant près de trois ans nous permet de conclure que les deux CSSS ont agi en tant qu'entrepreneurs institutionnels, en influençant de manière active le processus d'implantation du changement, soit l'incorporation de la responsabilité populationnelle dans leur pratique.

**En résumé**, les deux CSSS ont expérimenté différentes stratégies à l'égard des cinq composantes de la responsabilité populationnelle. Progressivement, ces expérimentations ont entraîné des transformations dans leurs pratiques afin qu'elles reflètent une plus grande incorporation de la responsabilité populationnelle. Les expérimentations ont permis des apprentissages qui ont agi comme des moteurs dans la transformation des pratiques institutionnalisées du champ. Certaines pratiques, développées localement par un CSSS ou collectivement par plusieurs acteurs au sein de comités, ont influencé les comportements des autres acteurs et ont acquis progressivement une plus grande légitimité. La diffusion de certaines de ces pratiques a créé des pressions cognitives et normatives sur les acteurs du champ. À travers ces pressions, certaines de ces pratiques seront adoptées par différentes organisations et seront inscrites progressivement dans les routines que l'on prend pour acquises, soit les pratiques « *taken-for-granted* » dans le champ. Par différentes initiatives locales et collectives, la responsabilité populationnelle s'institutionnalise progressivement dans les pratiques et le champ organisationnel retrouve sa stabilité.



## **Chapitre 9 – Discussion/ conclusion**

Cette thèse a pour objectif de mieux comprendre comment le travail des gestionnaires de CSSS se transforme en réponse au mandat dévolu par la Loi 25, afin d’incorporer la responsabilité populationnelle dans leur responsabilité de gouverner. Sur la base de nos résultats (contribution empirique), nous discutons des leçons tirées de l’incorporation de la responsabilité populationnelle dans une organisation productrice de soins et services. Nous soulevons différents enjeux liés au développement d’une plus grande synergie entre la santé publique et le système de soins, au sein d’une gouverne locale. Aussi, nous discutons de l’évolution des rôles de gestion en lien avec ce projet de changement. Cette recherche permet également de générer une réflexion sur la théorie institutionnelle, en approfondissant certains éléments liés à la mise en œuvre d’un changement mandaté dans un champ fortement institutionnalisé. Nous discutons particulièrement des rôles des entrepreneurs institutionnels en réaction à ce changement. Dans ce dernier chapitre, nous discutons donc de la contribution empirique et théorique de cette recherche. Finalement, nous en abordons les forces et les limites de même que les perspectives de recherche future.

### **9.1 Contribution empirique liée à l’incorporation de la responsabilité populationnelle par les CSSS**

#### **9.1.1 L’objet de changement: la responsabilité populationnelle**

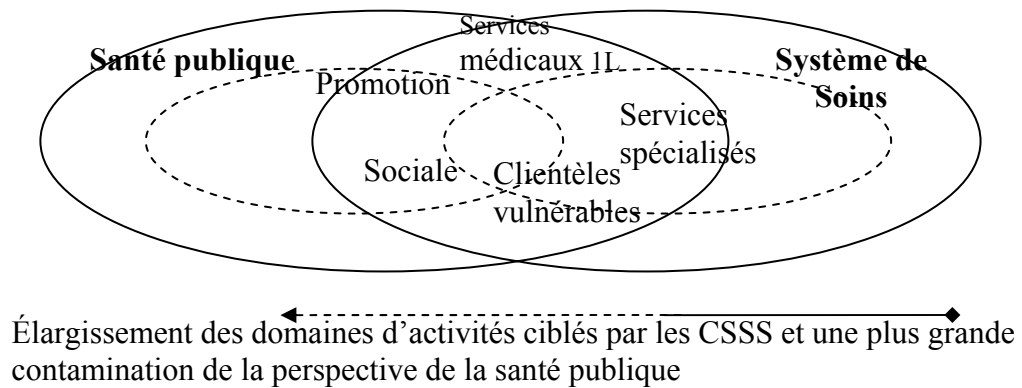
Tel que présenté dans la section portant sur l’état des connaissances, deux domaines de prestation permettent aux systèmes de santé de répondre aux besoins des populations: la prestation de services reliés aux personnes, comprenant un ensemble de services de prévention, de dépistage, de diagnostic, de traitement, de réadaptation, de soins palliatifs, fournis sur une base individuelle, et la prestation de services collectifs, comprenant des activités de promotion de la santé, de prévention de la maladie, fournies sur une base

collective (Murray C.J.L. et al., 2000). Selon cette conceptualisation, la santé publique et le système de soins cohabitent dans le système de santé. Toutefois, la santé publique et le système de soins sont souvent perçus comme opposés, plutôt qu'interreliés (Bergeron P. et al., 2003). Historiquement, les interventions de santé publique ont été peu intégrées aux activités du système de soins.

Par ailleurs, les réformes qui sont entreprises par plusieurs pays tendent graduellement à développer davantage d'interactions fonctionnelles entre ces deux secteurs d'activités. Les transitions épidémiologiques et démographiques, le développement des connaissances et des technologies ont transformé le contexte dans lequel gravitent la santé publique et le système de soins. Le rapprochement entre les deux secteurs se réalise naturellement, chacun ayant besoin de l'expertise et des ressources de l'autre pour résoudre plus efficacement les problèmes de santé complexes, comme les maladies chroniques.

Au Québec, la dernière réforme entreprise amène le réseau de la santé et des services sociaux à intégrer plus formellement ces deux secteurs de prestations de services au sein d'une même gouverne. Les gestionnaires des CSSS se sont vus attribuer le mandat de responsabilité populationnelle, qui demande d'élargir leur offre de services en adoptant une perspective populationnelle et en intégrant la santé publique dans la planification de leurs activités. Nos résultats montrent que le rapprochement de la rhétorique de la santé publique avec la rhétorique des soins, au sein d'une gouverne locale, crée un espace d'échanges et des attitudes différentes pour réfléchir à l'organisation des services de santé. La recherche systématique et déterminée d'un plus grand chevauchement entre les deux secteurs est porteuse d'une plus grande contamination de la perspective de la santé publique au sein des CSSS et d'un élargissement de leurs domaines d'activités sur le plan de l'offre de services (voir figure 15).

Figure 15 : Plus grande synergie des deux secteurs de prestation



À la lumière des différents domaines investis par les CSSS, nous avons dégagé cinq composantes de la responsabilité populationnelle: services médicaux de première ligne, services spécialisés, clientèles vulnérables, composante sociale et promotion de la santé. Ce découpage permet de regrouper des domaines d'activités similaires pour discuter de l'évolution des investissements par les gestionnaires des CSSS. Toutefois, à notre connaissance, il n'y a pas d'ouvrages dans la littérature qui réfèrent directement à ces composantes.

Les cinq composantes présentées permettent d'illustrer un plus grand chevauchement des deux secteurs de prestation et ce, à des degrés variables. Les différentes activités développées témoignent toutes d'une plus grande préoccupation populationnelle (contamination) dans la manière de réfléchir à l'offre de services de santé par des organisations productrices de soins et services. La temporalité est fondamentale dans ce processus de changement car cet élargissement des domaines d'activités ciblées par les CSSS se réalise de manière progressive et cumulative. Les gestionnaires interviennent tout d'abord dans la réalisation d'activités plus traditionnellement associées au système de soins et au fil du temps, ils s'investissent graduellement dans d'autres secteurs d'activités susceptibles d'améliorer la santé et le bien-être de leur population. Des pratiques longtemps institutionnalisées sont amenées à se modifier graduellement et de nouvelles pratiques

émergent, témoignant d'une plus grande zone d'interactions fonctionnelles entre la santé publique et le système de soins.

Au plan de l'offre de services aux personnes, soit les composantes des services médicaux de première ligne, des services spécialisés et des clientèles vulnérables, une vision «organisationnelle» territoriale se développe graduellement. Le leitmotiv qui anime le développement de l'offre de services transcende les frontières organisationnelles des CSSS, pour s'étendre aux frontières géographiques de leur territoire. Les gestionnaires cherchent à intensifier les relations de collaboration avec différents dispensateurs de soins et services situés sur leur territoire afin d'améliorer l'offre et l'intégration des services offerts aux clientèles de leur territoire. Ils tentent de développer des ententes contractuelles et des alliances (intégration virtuelle) avec des médecins en cabinets privés, des hôpitaux spécialisés de même que d'autres partenaires. Plusieurs exemples témoignent de cet investissement dans ces composantes par les gestionnaires, notamment les négociations à des accès privilégiés aux plateaux techniques avec des hôpitaux, la prise en charge de « clientèles vulnérables orphelines médicales », l'accompagnement des cliniques médicales au processus d'accréditation comme les GMF et les travaux liés à la formalisation des RLS personnes âgées et santé mentale.

Les gestionnaires des CSSS développent davantage de stratégies pour soutenir les professionnels travaillant dans des organisations de services de première ligne. Par exemple, les CSSS cherchent à accompagner les cliniques médicales intéressées à modifier certaines pratiques afin d'améliorer l'accès, la continuité et la qualité des services desservis aux résidents de leur territoire. Cet investissement représente un changement important dans les pratiques des gestionnaires puisque historiquement, les organisations de première ligne, publiques et privées, ont évolué en parallèle (Lévesque J.-F. et al., 2007). Plusieurs gestionnaires sont d'avis que les gains les plus significatifs jusqu'à maintenant se trouvent dans l'engagement des CSSS à améliorer l'offre globale de services de première ligne, indépendamment du fait qu'ils soient produits dans des milieux de pratique privée ou publique. Donc, la réforme a des impacts majeurs au niveau des relations qu'entretiennent les CSSS avec les cliniques médicales privées de leur territoire.

Aussi, les gestionnaires des CSSS cherchent à soutenir davantage les professionnels dans la réalisation d'interventions de nature préventives. Par exemple, ils promeuvent le développement de pratiques cliniques préventives, d'activités de dépistage et du counselling en regard aux habitudes de vie. Les gestionnaires cherchent à rejoindre de plus en plus les clientèles vulnérables potentielles afin d'agir plus en amont des maladies et des problèmes psychosociaux. Cette expansion montre un gain graduel et évident d'une plus grande incorporation des préoccupations de la santé publique (contamination) dans des organisations productrices de soins et services. La composante promotion de la santé est investie progressivement. La mise en place des centres d'éducation à la santé illustre une stratégie employée par les CSSS pour étendre leur offre de services préventifs.

Les CSSS s'investissent davantage dans le développement de la composante sociale en cherchant à s'associer aux différents projets locaux qui émergent dans leur communauté. Cette composante prend assise sur un mandat qui existait déjà au sein des CLSC. Cette expérience de réunir le volet social et santé au sein d'une même structure de gouverne a permis aux gestionnaires des CSSS de poursuivre l'investissement dans la communauté en bénéficiant de certains liens déjà établis. Par exemple, des représentants des CLSC étaient déjà impliqués sur plusieurs tables de concertations locales. Donc, les gestionnaires des CLSC s'investissaient déjà dans cette composante et la réforme a amené les gestionnaires à s'y investir davantage. Plus qu'avant, les CSSS expriment qu'ils ont un rôle important à assumer sur leur territoire afin d'animer et coordonner des projets collectifs communautaires susceptibles d'améliorer la santé et le bien-être de leur population. Ils tentent de dynamiser leur émergence, par l'organisation de rencontres collectives, auxquelles ils convient différents partenaires du territoire. Leur plus grande taille organisationnelle leur accorde une légitimité sans précédent pour assumer cette fonction. Les gestionnaires des CSSS apprennent au fil du temps à construire et à assumer davantage ce leadership territorial, qui témoigne d'un plus grand rapprochement entre les préoccupations de santé publique et du système de soins.

Ainsi, les gestionnaires cherchent, plus qu'avant, à formaliser les rassemblements avec des représentants de divers secteurs d'activités afin de susciter et de faciliter le

développement de projets collectifs pour l'amélioration de la santé et le bien-être de leur population. Toutefois, plusieurs de ces interventions, plutôt associées au secteur de la santé publique, ne relèvent pas des compétences du système de soins. La santé publique s'intéresse à des domaines beaucoup plus larges et diversifiés que ceux couverts par le système de soins, soit l'environnement, les infrastructures publiques, la sécurité au travail, etc. Mais, comment et jusqu'où travailler avec d'autres acteurs du réseau et de la communauté pour l'amélioration de la santé de la population? Jusqu'où sont-ils imputables d'une responsabilité collective, partagée avec tous les acteurs contribuant à la santé de la population? En plus, en lien avec des interventions de santé publique, plusieurs actions débordent du palier local et relèvent d'instances de décision supérieures. Alors, jusqu'où doivent aller les CSSS pour développer au maximum une plus grande synergie entre les deux secteurs au niveau local?

Bien que la responsabilité populationnelle facilite une plus grande convergence entre les deux secteurs de prestations, ils demeurent animés par des tensions intrinsèques. Notamment, le système de soins cible plus particulièrement les individus et la santé publique, la collectivité. L'un vise plus particulièrement la restauration d'un état de non-maladie et l'autre à des objectifs davantage de protection et d'amélioration de la santé de la population. Les cibles sont fondamentalement différentes et ceci pose sans conteste des défis de gestion importants. Les gestionnaires doivent simultanément chercher à répondre aux besoins des individus qui se présentent dans leur établissement et développer des services pour répondre aux besoins présents et potentiels des résidents de leur territoire. Au plan opérationnel, l'une des stratégies utilisées par les gestionnaires pour répondre à ce dilemme consiste à cibler d'une part les organisations productrices de soins et services situées sur leur territoire au niveau de la prestation des services plus directs et, d'autre part, de cibler les résidents de leur territoire pour des interventions de nature préventive et de promotion de la santé. L'attention est portée soit sur le lieu de résidence soit sur le lieu de prestation des services, selon que les services s'adressent à des individus qui consultent ou à des groupes de population pour des interventions de promotion de la santé. Les CSSS sont et seront toujours confrontés à fournir des services ponctuels, en réponses à des

problèmes aigus et doivent en même temps être plus proactifs et anticipatifs, afin de mieux agir sur les besoins potentiels d'une population (en termes de promotion et de prévention), et ce, dans un contexte de ressources limitées.

En résumé, notre thèse montre que l'attribution de la responsabilité populationnelle aux CSSS amène à développer progressivement une plus grande synergie entre deux secteurs de prestations, longtemps considérés comme irréconciliables, au sein d'une gouverne locale. La présente réforme offre l'opportunité de tenter de maximiser les gains possibles d'une plus grande convergence entre la santé publique et le système de soins en modifiant l'offre de services pour une population définie. Elle amène les gestionnaires à intégrer la rhétorique populationnelle et les interventions de nature préventive au sein de leurs réflexions (contamination) afin d'élargir « progressivement » leur offre de services.

Quelques expériences internationales ont essayé d'articuler plus formellement les enjeux de santé publique et de soins au sein d'une même structure de gouverne dont notamment, *Kaiser Permanente* et la *Veterans Health Administration*. Dans ces modèles, les gestionnaires cherchent à optimiser la prise en charge de leur population par différentes interventions sur le continuum de services. Ils mettent davantage l'accent sur les composantes touchant l'offre de services directs et ils s'inscrivent dans un contexte assurantiel. D'autres modèles internationaux sont davantage orientés vers une approche communautaire comme les pays scandinaves. Ces modèles mettent l'accent sur une approche globale en développant plusieurs interventions en lien avec les composantes de promotion de la santé et sociale. Nous pensons que l'exemple québécois permet de développer un modèle hybride intéressant. Le modèle québécois mise non seulement sur une meilleure prise en charge de la population selon une vision élargie du continuum de services, mais également selon une perspective plus globale en cherchant à agir sur le développement local de la communauté afin d'agir sur les autres déterminants de la santé.

En somme, la présente réforme initie un important processus de changement afin d'augmenter les interactions fonctionnelles entre les deux champs de prestations de services. L'analyse de deux CSSS, pendant plus de deux ans, nous permet de conclure que

les changements entrepris jusqu'à maintenant reflètent un plus grand chevauchement entre eux. Nos résultats montrent que la réforme entraîne des transformations importantes, notamment, au niveau des pratiques de gestion. Dans la prochaine section, nous discutons succinctement de l'évolution des rôles de gestion qui se réalise de manière concomitante aux nouvelles façons de faire dans l'organisation.

### **9.1.2 Processus de mise en œuvre du changement: évolution des rôles de gestion**

Les gestionnaires des CSSS ont joué un rôle central dans l'implantation de cette réforme en modifiant certaines de leurs façons de faire afin d'incorporer davantage la responsabilité populationnelle. Le processus de mise en œuvre de ce changement s'est également traduit par des transformations de leurs rôles de gestion. Nos résultats montrent que certains rôles de gestion s'élargissent et s'approfondissent par rapport à la situation de gestion antérieure. Étant donné la plus grande taille de leur organisation, les **rôles décisionnels** sont exercés de manière plus formelle. Les gestionnaires voient leurs **rôles relationnels** accrues afin d'initier des liens de collaborations avec différentes organisations de leur territoire. Ils sont encouragés à entretenir un plus grand réseau de contacts afin de mieux répondre à leur nouveau mandat. Les gestionnaires élargissent leurs **rôles informationnels**, passant d'une recherche d'informations centrée sur les utilisateurs de services à la population résidant sur leur territoire, des ressources qu'ils gèrent aux ressources présentes dans leur communauté. En résumé, les gestionnaires sont amenés à gouverner non seulement une organisation de plus grande taille mais également d'assumer un rôle de leader/coordonnateur d'un réseau d'acteurs sur leur territoire. Ils sont donc appelés à élargir et à approfondir certains rôles de gestion afin de refléter l'expansion de leur responsabilité.

La présente réforme demande aux gestionnaires des CSSS d'agir comme des **entrepreneurs institutionnels** afin de défendre non seulement les intérêts de leur organisation mais aussi ceux d'établissements situés sur leur territoire. Leur mandat



d'améliorer la santé et le bien-être de leur population se traduit par la recherche plus déterminée d'améliorer l'offre et l'intégration des services produits sur le territoire. Ainsi, les gestionnaires des CSSS cherchent à représenter un plus grand réseau d'acteurs en défendant les intérêts des organisations situées sur leur territoire.

L'incorporation de la responsabilité populationnelle dans le travail des gestionnaires appelle des transformations dans l'intensité de différents rôles de gestion. Pour discuter de l'évolution de ces rôles, nous nous appuyons sur la classification de Mintzberg (1994) qui décrit les pratiques de gestion selon dix rôles universels (voir tableau 14). Nous nous intéressons aux acteurs stratégiques, les gestionnaires, car ils sont de bons révélateurs du contexte collectif (organisation). Bien que Mintzberg analyse ses rôles au niveau individuel, nous les utilisons pour les inférer au niveau organisationnel. Aussi, nous nous appuyons sur les travaux d'Oliver (1991) qui présente différents comportements stratégiques que peuvent adopter les organisations en réponse aux pressions environnementales. En somme, l'une de nos originalités réside dans le fait que nous nous appuyons sur ces deux ancrages théoriques pour analyser l'évolution des rôles de gestion (management et théorie institutionnelle) des CSSS. Rappelons que notre modèle conceptuel initial s'appuyait sur ces deux courants théoriques (Mintzberg et Oliver) pour analyser les entrepreneurs institutionnels.

Tous les rôles de gestion décrits par Mintzberg contribuent à l'émergence d'un rôle plus actif d'entrepreneur institutionnel (voir tableau 14). Toutefois, certains rôles sont plus en lien avec la notion d'entrepreneur institutionnel, notamment les rôles de **leader, de négociateur et d'entrepreneur**. Nos résultats montrent que les gestionnaires des CSSS agissent davantage comme des entrepreneurs institutionnels au fil du temps en jouant des rôles plus actifs au sein de leur territoire local de même qu'en influençant le champ organisationnel à des niveaux plus macroscopiques à travers les influences qu'ils exercent. Selon la typologie d'Oliver, ils utilisent des rôles de plus en plus actifs. Dans notre analyse, nous discutons de ces trois rôles qui réfèrent à des influences plus actives dans le processus de transformation. Ils sont représentés en jaune dans le tableau 14.

Tableau 14 : Les dix rôles des gestionnaires adaptés à la présente réforme (Mintzberg H., 1994; Oliver C., 1991)

Rôles	Description
<b><i>Les rôles interpersonnels : accentués afin de coordonner un plus grand réseau d'acteurs</i></b>	
Figure de proue	Les gestionnaires sont appelés à se positionner davantage sur les différentes scènes publiques de leur territoire, tant sur les plans politique et économique que communautaire. D'ailleurs, leur taille organisationnelle leur confère une légitimité sans précédent, pour être interpellés par leurs partenaires, pour participer à des activités de représentation.
Leader (influencer, coopter, équilibrer)	Les gestionnaires agissent en tant que leaders du changement, tant à l'interne qu'avec leurs partenaires. Ils tentent de convaincre les partenaires de participer à l'élaboration de projets collectifs locaux. Ils sont leaders de ces démarches de développement, en coordonnant et animant des réseaux d'acteurs.
Agent de liaison	Dans la création des réseaux locaux de services, les gestionnaires sont amenés à entretenir un plus grand réseau de contacts externes.
<b><i>Rôles informationnels: étendus aux résidents et organisations de leur territoire</i></b>	
Observateur actif	La recherche d'informations est étendue à la population résidant sur leur territoire de même qu'aux ressources présentes sur leur territoire.
Diffuseur	Les gestionnaires transmettent de l'information privilégiée non seulement aux membres de leur organisation, mais également à leurs partenaires situés sur leur territoire. Le réseau de diffusion est étendu. Ils cherchent à détecter les opportunités stratégiques susceptibles de bénéficier à une organisation de présente sur leur territoire.
Porte-parole	Les gestionnaires cherchent à défendre les intérêts, non seulement de leur organisation mais aussi de leurs partenaires situés sur leur territoire.
<b><i>Rôles décisionnels: augmentent en intensité pour répondre aux impératifs d'une plus grande organisation et leurs préoccupations sont étendues aux partenaires du territoire</i></b>	
Entrepreneur	Les gestionnaires créent ou maintiennent des conditions propices à

(contrôler)	l'adoption de pratiques novatrices au sein de leur établissement de même qu'au niveau du territoire. Ils jouent un rôle de premier plan afin de repositionner favorablement leur organisation et leurs partenaires, tant au niveau des ressources dont ils disposent que des mandats qu'ils obtiennent.
Régulateur	Les gestionnaires veillent à respecter les mandats, qui leur sont donnés par le MSSS et l'Agence.
Répartiteur des ressources	Les gestionnaires cherchent à planifier non seulement les ressources nécessaires à la production de services par le CSSS mais également à planifier l'offre globale de services du territoire en termes de ressources financières et humaines.
Négociateur (Contester/ négociier)	Les gestionnaires représentent sans cesse l'organisation et leurs partenaires locaux, afin d'obtenir ou de défendre une position plus stratégique et avantageuse. Les gestionnaires doivent argumenter auprès des autorités ministérielles et régionales, afin de mettre de l'avant différents projets. Les ententes de gestion sont un exemple d'outil de négociation.

### **Leader**

Le nouveau mandat de coordonnateur/animateur des projets de réseaux locaux de services intégrés sur leur territoire positionne les CSSS dans une situation favorable pour assumer un rôle accru de leader au sein de leur communauté. Les gestionnaires sont appelés à mobiliser des acteurs de différents secteurs d'activités de façon à susciter leur participation au développement de projets collectifs locaux. Leurs habiletés relationnelles sont davantage sollicitées, en mettant au premier plan leur capacité à établir des liens interpersonnels et à tisser des relations fortes et durables avec les partenaires de leur territoire. Par leur rôle de leader de ces réseaux, ils influencent considérablement les pressions cognitives et normatives diffusées au niveau de leur champ organisationnel local. Ils orientent les représentations et les actions privilégiées. La position centrale qu'ils occupent leur accorde une légitimité sans précédent pour influencer les pressions

véhiculées dans le champ et ainsi, participer activement au processus d'évolution du champ organisationnel local.

### **Entrepreneur**

Les deux CSSS observés ont été entrepreneurs en développant des innovations locales qui ont le potentiel d'influencer les pratiques développées dans les autres organisations du champ et de définir de nouvelles normes à atteindre. Étant donné que les stratégies pour répondre à la responsabilité populationnelle sont vastes et multiples, les gestionnaires disposent d'une certaine marge de manœuvre pour développer des actions pour y répondre. Progressivement, les gestionnaires s'approprient davantage la démarche liée au projet clinique. Ils en « contrôlent » davantage le processus, en adaptant les stratégies à leur contexte local. Cette stratégie s'apparente à la stratégie de manipulation d'Oliver qui constitue l'un des rôles les plus actifs que l'entrepreneur peut utiliser. Certains projets, développés localement, réussissent à influencer les comportements des autres acteurs du réseau, en se diffusant comme un modèle prometteur à mettre en place. Ainsi, certains CSSS jouent des rôles d'entrepreneurs en créant une nouvelle norme à atteindre pour les autres organisations.

### **Négociateur**

Au fil du temps, les CSSS jouent un rôle de plus en plus participatif dans la gouvernance régionale. À travers les alliances que les dirigeants des CSSS développent entre eux et les interactions qu'ils entretiennent avec les dirigeants de l'Agence, les CSSS exercent un rôle de négociation accru. Une nouvelle dynamique régionale se développe, influencée d'une part par le rôle de soutien et d'accompagnement attribué à l'Agence et d'autre part, par l'engagement des CSSS à participer et à influencer les stratégies développées. Au fil de fréquentes interactions, les CSSS influencent de manière plus dynamique les pressions environnementales et participent, à travers le jeu des négociations, à l'émergence de nouvelles. Ils jouent un rôle actif en participant à la négociation des nouvelles pressions normatives et cognitives qui sont véhiculées dans le champ. Les

pressions qui en résultent sont davantage le fruit d'un phénomène collectif et diffus auxquels les gestionnaires de CSSS participent activement. En résumé, à travers un processus de négociation dynamique entre les acteurs émergent de nouvelles idées et façons de faire. Celles-ci sont davantage l'effet d'entrepreneurs collectifs.

En synthèse, les rôles des gestionnaires évoluent au fil du temps afin d'intégrer le changement mandaté dans leurs pratiques. Toutefois, le métier de gestion n'a pas radicalement changé (Maltais D. & Rinfret N., 2008). Les rôles élaborés par Mintzberg il y a plus de vingt ans demeurent d'actualité. Néanmoins, la présente réforme amène les gestionnaires de CSSS à approfondir plusieurs rôles de gestion dont certains sont étroitement liés à la notion d'entrepreneur institutionnel. Les rôles s'élargissent, en se basant non seulement sur une plus grande légitimité organisationnelle en termes de taille, mais également sur une légitimité basée sur la communauté. Les gestionnaires développent progressivement une vision élargie de leurs rôles de gestion en cherchant à assumer à la fois des rôles de gestion de soins et services et des rôles de leaders locaux pour améliorer la santé et le bien-être de leur population (santé publique). Leur double responsabilité amène les gestionnaires à adapter progressivement leurs rôles à cette nouvelle situation de gestion. Leurs rôles sont élargis afin de représenter un plus grand réseau d'acteurs.

## **9.2 Contribution théorique : influence des entrepreneurs institutionnels dans le processus d'implantation d'un changement mandaté dans un champ fortement institutionnalisé**

Les gestionnaires influencent grandement le processus d'implantation d'un changement mandaté. Par les rôles qu'ils exercent et les stratégies d'action qu'ils mettent en place, ils participent activement au processus de désinstitutionnalisation et de réinstitutionnalisation des pratiques du champ organisationnel. Dans la section précédente, nous avons présenté certains rôles de gestion qui étaient étroitement associés à la notion d'entrepreneur institutionnel. En nous inspirant des comportements stratégiques d'Oliver (1991), nous avons mis en relief quelques stratégies utilisées par les gestionnaires pour

influencer le processus d'incorporation de la responsabilité populationnelle. Dans cette section, nous présentons notre contribution théorique en discutant plus précisément des influences des entrepreneurs institutionnels dans le processus d'implantation d'un changement mandaté. Rappelons que nous définissons les entrepreneurs institutionnels comme des acteurs qui modifient volontairement la dynamique d'évolution d'un champ organisationnel à travers leurs actions. Ces acteurs réfèrent soit à des individus, des organisations ou encore des réseaux. Dans notre recherche, nous avons analysé l'évolution des entrepreneurs institutionnels selon une perspective organisationnelle, soit des acteurs collectifs. Nous avons analysé les dirigeants des CSSS afin d'inférer sur les comportements stratégiques des CSSS.

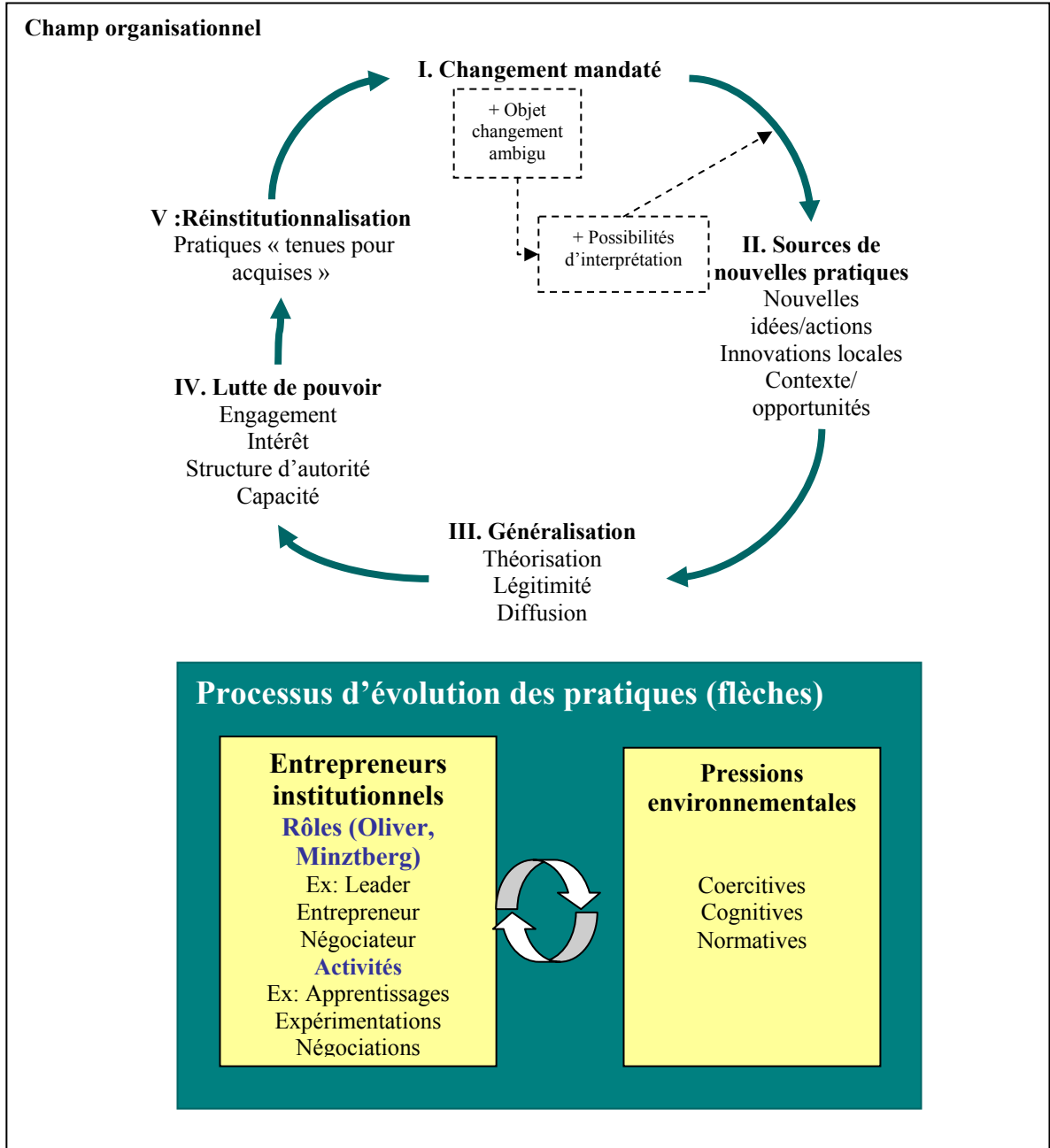
Dans le chapitre précédent portant sur l'analyse transversale, nous avons présenté le processus de changement des CSSS selon trois phases temporelles. Ces phases nous permettent de rendre compte du processus de transformation des organisations en mettant en relief les moments charnières. Ces phases ont émergé de nos analyses de manière inductive. Elles sont différentes des étapes du cycle de changement institutionnel de Hinings et al (voir figure 4) présenté au chapitre 3. Par ailleurs, notre recherche s'appuie sur ce modèle de changement afin de mieux comprendre les rôles des organisations soumises à un changement mandaté. Notre recherche permet d'enrichir la compréhension des transitions entre les phases en mettant davantage l'accent sur l'influence des entrepreneurs institutionnels dans le processus de transformation des pratiques. Peu de travaux en théorie institutionnelle se sont intéressés aux influences des entrepreneurs institutionnels dans le processus d'implantation d'un changement mandaté dans un champ fortement institutionnalisé.

Nous conceptualisons que les entrepreneurs institutionnels participent activement au processus de changement et ce, à toutes les étapes du cycle de changement. Notre compréhension se rapproche de celle de Hardy et Maguire (2008) : « *institutional entrepreneurship requires actors to dislodge existing practices (in the case of mature field), introduce new ones, and then ensure that these become widely adopted and taken for granted by other actors in the field* (p.206) ». Toutefois, elle diffère légèrement de la

conceptualisation de Hinings et al. qui décrivent davantage les entrepreneurs institutionnels lorsqu'ils conçoivent une innovation (étape II de leur modèle de changement).

Notre recherche permet de montrer que les entrepreneurs institutionnels jouent un rôle déterminant dans la progression du changement. Les rôles exercés par les entrepreneurs institutionnels, notamment, de leader, d'entrepreneur et de négociateur de même que les activités qu'ils mettent en œuvre telles que les apprentissages, les expérimentations et les négociations, agissent comme des **moteurs de changement** pour influencer les pressions environnementales qui structurent la transformation et le développement de nouvelles pratiques dans le champ. Les pressions environnementales influencent l'action des entrepreneurs institutionnels en précisant les contraintes et les opportunités qui caractérisent la marge de manœuvre dont ils disposent pour agir. Leur marge de manœuvre varie selon les circonstances. Le processus de désinstitutionnalisation et de réinstitutionnalisation des pratiques évolue à travers l'**action** des entrepreneurs institutionnels qui est structurée par les pressions environnementales. De même, les pressions environnementales se modifient en réaction aux actions des entrepreneurs institutionnels. En résumé, l'action des **entrepreneurs institutionnels** et les **pressions environnementales** véhiculées dans le champ s'influencent mutuellement à travers un jeu dynamique rétroactif. L'encadré de la figure 16 est une représentation schématique de ce phénomène. Dans cette section, nous discutons plus précisément de cette dynamique d'évolution des pratiques.

Figure 16 : Entrepreneur institutionnel : moteur de changement dans un processus de désinstitutionnalisation et de réinstitutionnalisation des pratiques



L'introduction d'un changement d'envergure dans un champ organisationnel fortement institutionnalisé déclenche un important processus de transformation afin de



l'incorporer dans les pratiques institutionnalisées. Cette première étape résulte des actions d'entrepreneurs institutionnels qui souhaitent modifier la dynamique du champ organisationnel. Dans plusieurs situations comme celle que nous avons étudiée, l'État agit comme un entrepreneur institutionnel en initiant, sous l'effet de pressions coercitives, le processus d'implantation d'un changement mandaté. L'État n'est pas un acteur comme les autres dans le champ organisationnel puisqu'il occupe une position centrale et qu'il détient une autorité légitime d'exercer son pouvoir sur les autres organisations (Scott, 2008). Dans des champs organisationnels composés majoritairement d'organisations publiques, l'État détient un pouvoir d'autant plus grand pour structurer les comportements des organisations sous son autorité, puisqu'elles sont davantage en situation de dépendance comparativement au secteur privé (Felman M., 2005; Fernandez-Alles M. et al., 2008; Jaffee D., 2001).

Le changement introduit déstabilise les consensus dominants socialement construits sur les façons de penser et de faire (pratiques) dans le champ organisationnel. Une remise en question des croyances, des valeurs, des normes et des activités du champ est lancée. L'équilibre du champ est donc déstabilisé. Les acteurs soumis au changement cherchent à donner un sens à leur nouvelle situation (Dorado S., 2005). Ils tentent de développer une meilleure compréhension du changement et d'imaginer des stratégies d'actions pour y répondre (ou y résister).

Plus l'objet de changement est ambigu, plus les entrepreneurs institutionnels disposent d'une certaine marge de manœuvre pour traduire le changement en diverses interprétations. Dans ces situations, les entrepreneurs institutionnels disposent de plus de possibilités pour imaginer et créer de multiples pratiques alternatives. L'ambiguïté de l'objet leur procure davantage d'opportunités d'orienter les actions qui traduisent le changement selon différentes orientations. Les entrepreneurs institutionnels disposent de plus de possibilités pour influencer les actions qui reflètent le changement dans une direction qu'ils jugent désirable.

Dès le début du processus de changement, certains entrepreneurs institutionnels proposent des interprétations de l'objet de changement. Ils orientent les compréhensions et

les apprentissages des acteurs du champ à l'égard des possibilités d'actions à mettre en place. Ils les influencent dans le choix des stratégies d'action à privilégier. Certaines idées qu'ils développent sont diffusées dans le champ et celles-ci exercent des pressions cognitives et normatives sur les acteurs du champ organisationnel afin qu'ils les expérimentent.

Certains acteurs agissent en tant qu'entrepreneurs institutionnels en cherchant à expérimenter les propositions diffusées. Ces expérimentations sont possibles grâce aux opportunités offertes dans le champ. Les expérimentations qu'ils réalisent permettent de faire évoluer leurs pratiques. Elles sont sources d'apprentissage qui ébranlent davantage leurs pratiques institutionnalisées et les nourrissent dans la création de nouvelles idées pour intégrer le changement. Plusieurs pratiques existantes sont questionnées et des réflexions sont amorcées afin de les adapter à la nouvelle situation. Ce processus de développement des pratiques est dynamique. Les interprétations initiales évoluent et se transforment lorsqu'elles se transposent en actions. Celles-ci sont sources d'apprentissages qui nourrissent les entrepreneurs institutionnels dans le développement de nouvelles idées pour transformer davantage leurs pratiques.

Le rôle « d'entrepreneur » est davantage sollicité afin de réussir à transposer les idées en expérimentations. Les entrepreneurs institutionnels cherchent à « négocier » davantage de marge de manœuvre pour les adapter au sein de leur organisation. Ils utilisent donc des stratégies de plus en plus actives afin de disposer d'une certaine marge de manœuvre pour expérimenter. Ceci est conforme avec la typologie d'Oliver (1991) qui présente différentes stratégies que peuvent employer les entrepreneurs institutionnels, allant de l'acquiescement à la manipulation. Les entrepreneurs institutionnels ont une certaine liberté dans le choix des stratégies à utiliser. Ceci explique en partie les variations observées dans les expérimentations. Selon les opportunités du contexte, leurs caractéristiques et leurs initiatives, les entrepreneurs institutionnels ne disposent pas des mêmes sensibilités aux pressions environnementales. D'ailleurs, selon Scott (2008) ; *«all organizations within a given institutional field or sector are subject to the effects of*

*institutionnal processes within the context, all do not experience them in the same way or respond in the same manner (p.160).»*

Les pratiques expérimentées influencent les comportements des autres acteurs du champ à des intensités variables. Elles sont diffusées à l'intérieur du champ et elles sont négociées entre les acteurs afin d'étendre leur implantation à d'autres acteurs. Les pratiques qui réussissent à devenir acceptées et reconnues par plusieurs acteurs acquièrent progressivement une plus grande légitimité. Plusieurs entrepreneurs institutionnels encouragent leur adoption. La diffusion concertée de ces pratiques crée des pressions environnementales encore plus grandes pour étendre les pratiques adoptées par certains entrepreneurs institutionnels à l'ensemble des acteurs du champ organisationnel. Les pressions véhiculées dans le champ s'exercent avec plus d'intensité afin que la plupart des organisations adoptent ces pratiques. Elles procurent un grand pouvoir d'influence sur les autres acteurs du champ afin qu'ils incorporent les nouvelles pratiques proposées. D'ailleurs, selon Scott (2008) « *more so than the action of single organizations, concerted responses by multiple organizations have the potential to shape the nature of the demands and even to redefine the rules and logics operating within the field (p.175).*» Plus les pressions environnementales acquièrent de l'intensité, plus il est difficile pour les entrepreneurs institutionnels de résister à ces pressions.

Dans un champ organisationnel majoritairement public, plusieurs entrepreneurs institutionnels exercent des pressions environnementales afin d'assurer une plus grande équité d'offre et d'accès aux mêmes services. Ainsi, au nom d'une imputabilité collective, les pressions à l'isomorphisme sont très présentes dans les contextes publics. Les rétroactions collectives créent des pressions de plus en plus fortes afin que les pratiques soient plus homogènes. Le mouvement de mimétisme enclenché contribue à la nouvelle stabilisation du champ.

Dans cette section, nous avons tenté de démontrer que les actions des entrepreneurs institutionnels agissent comme des moteurs de changement dans un modèle d'institutionnalisation des pratiques. Certaines pratiques développées, expérimentées,

diffusées et adoptées par la majorité des organisations amènent à modifier les façons de faire du champ organisationnel. L'évolution des pratiques reflète progressivement une plus grande incorporation du changement dans les pratiques du champ. Le changement prend forme à travers ce processus de transformation des pratiques. Les nouvelles pratiques développées émergent et se développent au fil du temps à travers les interactions entre différents entrepreneurs institutionnels. En conséquence, l'identification d'un acteur ou d'un groupe d'acteurs responsables du développement d'une pratique est ardue puisqu'elle est davantage le résultat des actions de plusieurs entrepreneurs institutionnels (**entrepreneurship collectif**). L'entrepreneuriat institutionnel prend plusieurs formes et impliquent plusieurs acteurs qui participent au processus de transformation des pratiques. Les pratiques évoluent à partir d'une récursivité dynamique entre les actions de plusieurs entrepreneurs institutionnels et les pressions environnementales qui structurent leurs comportements. Elles se modifient à travers un jeu de rétroaction entre ces deux éléments (cadre illustré au bas de la figure 16). Progressivement, le changement s'institutionnalise et le champ retrouve une plus grande stabilité.

Notre recherche permet de tirer des leçons quant au processus de mise en œuvre d'une réforme. Plusieurs chercheurs ont analysé les processus d'implantation des réformes, en montrant l'importance de mobiliser à la fois des stratégies descendantes, plus centralisatrices, visant un réaménagement des principes organisateurs du champ et des stratégies ascendantes, partant des initiatives des organisations touchées par la réforme proposée (Contandriopoulos A.-P., 2003a; Denis J.-L., 2004; Ferlie E. & FitzGerald L., 2002; Touati N., Denis J.-L., Contandriopoulos A.-P., & Béland F., 2005). À la lumière de nos résultats, nous partageons l'avis de ces auteurs. Nous croyons que ce n'est ni des stratégies descendantes ni des stratégies ascendantes qui doivent être choisies mais plutôt des stratégies combinant les deux. Notre contribution se situe davantage au niveau de la dynamique d'interaction entre ces deux types de stratégies complémentaires qui se modulent dans une perspective d'entrepreneurship collectif. Nous avons développé une meilleure compréhension du jeu d'influence entre les différents acteurs qui participent au processus de mise en œuvre d'une réforme. Les acteurs des différents paliers de gouverne

s'influencent au cours du temps et c'est à travers ces dynamiques d'interactions que s'implante la réforme. La temporalité est fondamentale puisque les ajustements mutuels entre les pressions de l'État et les pressions issues des organisations se façonnent à travers leurs échanges qui se déploient au fil du temps. En conséquence, les organisations soumises à une réforme peuvent jouer un rôle très actif dans les négociations et l'élaboration des politiques dictées par les paliers de gouverne supérieure afin d'orienter le processus de mise en œuvre du changement mandaté et de l'adapter à leur contexte organisationnel.

### **9.3 Les forces et les limites de l'étude**

Nous avons adopté une approche holistique pour réaliser cette étude, caractérisée par : 1) l'adoption d'un mode de raisonnement inductif plutôt que déductif, 2) l'adoption d'un processus itératif, où l'analyse des données empiriques alimente les réflexions théoriques et 3) une démarche qui s'appuie sur des comparaisons qualitatives, plutôt que quantitatives (Geneau R., 2004). La présente recherche, réalisée selon une perspective holistique, a permis de mieux comprendre le sujet à l'étude. Nous avons réalisé une étude approfondie en triangulant différentes sources de données, notamment par des observations, des entrevues et des analyses documentaires. Nous avons rencontré à deux reprises certains membres des CA et des gestionnaires afin d'échanger avec eux sur nos analyses préliminaires. Cette rétroaction a enrichi nos analyses et a permis de valider certains constats. Nous avons eu la chance de réaliser notre recherche en « contexte naturel ». Le moment de collecte de données coïncide avec les premières années d'un processus de changement. L'une des forces de cette thèse est sans aucun doute le temps opportun dans lequel elle a été réalisée.

La démarche itérative utilisée dans le cadre de cette recherche illustre notre processus d'analyse basé sur un raisonnement inductif. Nous avons choisi la théorie institutionnelle pour nous guider dans les analyses sans toutefois définir a priori des propositions théoriques. C'est le matériel empirique qui a guidé notre utilisation de la théorie institutionnelle. Les dimensions jugées importantes se sont précisées au fil de nos

analyses. Ces dimensions ont servi à guider les entrevues avec les gestionnaires, ont orienté les observations et ont également structuré la rédaction des cas. Elles proviennent d'une perception de l'importance de ces dimensions pour notre projet de recherche. Étant donné que nos analyses et nos réflexions se sont poursuivies pendant plus d'un an après avoir cessé notre collecte de données, nous aurions peut-être pu porter une plus grande attention, lors des observations et des entrevues, à certains éléments. Inéluctablement, le phénomène à l'étude est « réduit » et nous portons une plus grande attention aux éléments qui nous semblaient les plus importants au moment de la collecte de données.

Dans le chapitre 4 portant sur les méthodes, nous avons expliqué que la plus grande limite des études de cas est liée à la généralisation. Les cas analysés s'inscrivent dans un contexte particulier. Donc, dans quelle mesure sommes-nous en mesure de transférer les résultats obtenus dans d'autres contextes? Dans notre recherche, nous avons ciblé deux études de cas. Bien que notre objectif soit de généraliser nos résultats, une limite demeure intrinsèque au potentiel de généralisation à d'autres contextes. Par exemple, la réforme analysée a été réalisée en contexte de fusion des établissements. En plus d'incorporer une responsabilité populationnelle dans leurs pratiques, les gestionnaires avaient à gérer simultanément un important processus de fusion. Ce contexte influence le potentiel de généralisation à d'autres contextes. Aussi, l'expérience des CSSS à l'égard de la responsabilité populationnelle peut avoir influencé nos résultats. Peut-être que l'incorporation de ce nouveau mandat est plus complexe dans des organisations qui n'ont pas cette expérience. À partir d'une information détaillée, le lecteur sera en mesure de déterminer lui-même jusqu'à quel point les résultats de notre étude peuvent s'appliquer au contexte qui le préoccupe.

Enfin, la phase temporelle sur laquelle nous avons basé nos analyses constitue une limite importante. Notre stratégie de recherche est longitudinale, elle comprend un début et une fin et s'étend sur une période de près de deux ans. Toutefois, le processus de changement est continu et d'autres changements se sont sans doute produits. La période observée a permis d'analyser le début d'un processus de changement institutionnel qui continuera encore plusieurs années après cette étude.

## 9.4 Perspectives de recherches futures

La compréhension de l'incorporation de la responsabilité populationnelle que cette étude apporte génère à son tour de multiples questions, montrant ainsi de nouvelles perspectives de recherches futures et ce, autant sur le plan empirique que théorique. Ainsi, le chemin parcouru dans la présente étude permet de formuler quelques avenues de recherche potentielles.

Tout d'abord, nous avons réalisé ce projet de recherche dans une région urbaine. Il serait très pertinent de refaire la présente étude dans d'autres contextes. Il serait intéressant d'analyser d'autres régions où la dynamique des acteurs est différente. Par exemple, certains enjeux de gestion sont différents en régions éloignées.

Nous avons analysé les premières années de transformation des pratiques des gestionnaires. Bien que l'on constate qu'un processus d'intégration au niveau de la gouverne puisse favoriser un rapprochement entre les organisations, c'est véritablement au niveau de l'équipe clinique que se cristallisent les initiatives d'intégration par la coordination des activités de l'ensemble des professionnels et ultimement, la modification de leurs pratiques (Denis J.-L., Lamothe L., & Langley A., 2001). Il serait intéressant de poursuivre l'analyse de ces organisations afin de mieux comprendre comment ces changements se traduisent au niveau des cadres intermédiaires et des professionnelles. Il serait pertinent de poursuivre cette étude pour y inclure cette fois la lecture des cadres intermédiaires et des professionnels.

De même, nous avons observé que les CSSS commençaient à exercer un plus grand rôle d'animateur et de coordonnateur sur le territoire. Il serait très pertinent d'analyser le processus de développement des différents réseaux locaux de services sur le territoire. Le développement de ces réseaux de manière plus formelle, qui en est présentement à ses premiers balbutiements, représente l'un des véritables enjeux de la réforme. En conséquence, les prochaines années représentent un temps opportun pour analyser le déploiement de ces réseaux locaux de services selon une population définie géographiquement.

Cette étude montre un changement dans les relations entre les organisations publiques et les cliniques médicales privées. Des changements importants sont en cours afin de réfléchir l'organisation des services de première ligne davantage selon une vision territoriale, où les institutions publiques jouent un rôle plus actif dans cette transformation. Une piste de recherche additionnelle consiste à analyser comment ces relations d'affaires vont se traduire en termes d'offre et d'intégration de services pour les utilisateurs et la population. Bien que de nombreuses études aient démontré que la performance du système de santé dépend d'une première ligne forte et bien intégrée avec le reste du système (Macinko J, Starfield B, & Shi L, 2003; Starfield B., 1997), les cliniques médicales ont été peu intégrées à l'ensemble du système de santé au Québec (Lamarche P., 2008; Macinko J et al., 2003). La recherche d'une plus grande intégration des services de première ligne avec le système de santé représente un temps opportun pour analyser les stratégies employées par les différents niveaux de gouverne pour mieux comprendre la transformation de l'organisation des services de première ligne. Ce thème de recherche représente un enjeu important pour les décideurs au cours des prochaines années.

Enfin, nous nous sommes appuyés sur la théorie institutionnelle pour analyser notre projet de recherche. Cette perspective théorique est actuellement l'une des théories les plus utilisées en théorie des organisations (Greenwood R. et al., 2008a). Nous avons analysé le début d'un important processus de changement. Afin de mieux comprendre ce processus qui s'étale sur plusieurs années, des observations devraient être poursuivies à différents niveaux du champ organisationnel afin d'analyser comment certaines pratiques réussissent à devenir institutionnalisées dans le champ. Il serait fort intéressant de prolonger les observations menées afin de mieux comprendre comment se diffusent les nouvelles pratiques et par quels mécanismes elles sont adoptées. Tolbert et Zucker (1983) posent l'hypothèse que les premières organisations à adopter la nouvelle pratique sont motivées par des décisions rationnelles tandis que les organisations qui ont tardé à adopter la pratique sont davantage motivées par un gain de légitimité sociale (Greenwood R. et al., 2008a). La prise en compte du jeu des acteurs, notamment ceux qui engagent le changement, ceux qui le soutiennent comme ceux qui l'imitent, dans une perspective dynamique comme celle que



nous avons mis en œuvre dans cette recherche, permet de comprendre, au-delà de la définition des étapes de changement, les facteurs qui conduisent le champ à évoluer d'une phase à l'autre. Plusieurs travaux restent à réaliser afin de mieux comprendre les mécanismes qui interviennent dans le processus d'implantation d'un changement mandaté. Ils seraient l'occasion de mieux identifier les rôles des entrepreneurs institutionnels dans ce processus de changement.

## Bibliographie

Acheson D. (1998). *Independent inquiry into inequalities in health*. HM Stationery Office, London.

Agence de santé et des services sociaux de Montréal (2004). *L'approche populationnelle: une nouvelle façon de voir et d'agir en santé*. [http://www.santemontreal.qc.ca/pdf/PDF\\_CSSS/approche.pdf](http://www.santemontreal.qc.ca/pdf/PDF_CSSS/approche.pdf)

Agence de santé et des services sociaux de Montréal (2006). *Cadre de référence du comité de travail pour l'implantation du modèle montréalais de prise en charge et relatif à la création de la clinique-réseau intégrée*. <http://www.emis.mtl.rtss.qc.ca/pdf/publications/isbn978-2-89510-511-4.pdf>

Agence de santé et des services sociaux de Montréal (2008). Réseau montréalais des CSSS et des hôpitaux promoteurs de santé. <http://www.santemontreal.qc.ca/fr/hps/reseau.html>

Agence de la santé publique du Canada (2005). La santé, c'est l'affaire de tous. <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/ddsp/collab/index.html>

Aldrich H.E. & Ruef.M. (2006). *Organizations evolving*. In 2nd edition ed., Thousand Oaks: Sage.

AQESSS (2007). AQESSS. <http://www.aqesss.qc.ca/fr/index.aspx?sortcode=1.18.19.22>.

Beaglehole R. & Bonita R. (1998). Public health at the crossroads: which way forward? *The Lancet*, 351, p.590-592.

Beckert J. (1999). Agency, entrepreneurs, and institutional change. The role of strategic choice and institutionalized practices in organizations. *Organization studies*, 20,p.777-799.

Bergeron P, Gagnon F (2003). La prise en charge étatique de la santé au Québec: émergence et transformations. In: Lemieux V., Bergeron P, Bégin C, Bélanger G, eds. *Le système de santé au Québec. Organisation, acteurs et enjeux*. Saint-Nicolas: Les presses de l'Université Laval; p. 7-34.

Bergeron P, Gaumer B (2007). Une participation croissante de la santé publique à la gouverne du système de santé québécois ? In: Fleury MJ, Tremblay M, Nguyen H, Bordeleau L. Le système socio-sanitaire au Québec. Gouvernance, régulation et participation. Montréal: Gaëtan Morin. p. 51-62.

Bernier N. (2006). Quebec's Approach to population Health: An overview of policy content and organization. *Journal of Public Health Policy*, 27, p. 22-37.

Birmingham C., Muller J., Palepu A., & al (1999). The cost of overweight in Canada. *CMAJ*, 160, p. 483-488.

Borgès Da Silva G. & Borgès Da Silva R. (2005). La gestion intégrée des soins: l'expérience de Kaiser permanente et de Veterans health administration, aux USA. *Revue Médicale de l'Assurance maladie*, 36, p. 323-353.

Broemeling A.-M., Watson D., & Black C. (2005). *Chronic conditions and co-morbidity among residents of British Colombia*.

Brulé E. (2007). *Ressources entrepreneuriales et changement institutionnel: quand les stratégies institutionnelles accroissent les opportunités de changement*. In XV<sup>ème</sup> Conférence Internationale de Management Stratégique, Montréal.

Canguilhem G. (1966). *Le normal et le pathologique*. Paris: PUF

Champagne F, Contandriopoulos AP, Denis JL, Gerbier M, Poirier C, Trottier LH (2004). Les enjeux du développement de la médecine académique. Rapport R04-03. Montréal: Groupe de recherche interdisciplinaire en santé. <http://www.gris.umontreal.ca/rapportpdf/R04-03.pdf>

Chronic Disease Prevention Alliance of Canada (2005). Les arguments en faveur du changement. [http://www.cdpac.ca/content/case\\_for\\_change/case\\_for\\_change.asp?lang=FR&](http://www.cdpac.ca/content/case_for_change/case_for_change.asp?lang=FR&).

Clair M. (2000). *Les solutions émergentes : Rapport et recommandations*. Commission d'enquête sur les services de santé et de bien-être Gouvernement du Québec.

Colin C. (2004). La santé publique au Québec à l'aube du XX<sup>ème</sup> siècle. *Santé publique*, 16, p.185-195.

Collins F.S. (1999). Medical and societal consequences of the human genome project. *The New England Journal of Medicine*, p. 28-37.

Contandriopoulos A.-P. (1999). La santé entre les sciences de la vie et les sciences sociales. *Rupture*, 6, p. 174-191.

Contandriopoulos A.-P. (2003a). Inertie et Changement. *Rupture*, 9(2), p. 4-31.

Contandriopoulos A.-P. (2003b). *Les images du système de santé*. Notes de cours.

Contandriopoulos A.-P., Denis J.-L., Potvin L., & Boyle P. (1990). *Savoir préparer une recherche*. Les presses de l'université de Montréal.

Contandriopoulos A.-P., Pouville G., ., Poullier J.-P., & Contandriopoulos D. (2000). À la recherche d'une troisième voie : les systèmes de santé qu XXIe siècle. In Pomey MP, Lejeune B, & Poullier JM (Eds.), *Santé publique - État des lieux, enjeux et perspectives* (). Paris : Éditions Ellipses, p. 637-667.

CSSS1 (2005). *Plan d'affaires - projet organisationnel et clinique - phase 1*.

CSSS1 (2006). *Les cibles d'amélioration de l'offre de services. Document de soutien et d'échange*.

CSSS1 (2007). *Plan de mise en oeuvre du plan d'action 2007-2009 du projet clinique*.

CSSS2 (2005). *Un projet pour la santé et le bien-être de la population de X. Rapport d'étape du projet clinique phase 1*.

CSSS2 (2006a). *Horizon 2007. Projet clinique et organisationnel*.

CSSS2 (2006b). *Rapport Annuel 2005-2006*.

CSSS2 (2007a). *Horizon 2007. Projet clinique et organisationnel*.

CSSS2 (2007b). *Horizon 2010. Projet clinique et organisationnel*.

CSSS2 (2007c). *Projet clinique et organisationnel. Horizon 2010.*

Demil B. & Leca B. (2003). Architecture de marché et régulation dans l'exploitation cinématographique française. *Revue française de gestion*, 1, p. 229-252.

Denis J.-L. (2002). Gouvernance et gestion du changement dans le système de santé au Canada. In *Commission sur l'avenir des soins de santé.*

Denis J.-L. (2003). Le processus de transformation des services de première ligne. In *Sur la voie du changement: Pistes à suivre pour restructurer les services de santé de première ligne au Canada*, Fondation canadienne recherche sur les services de santé.

Denis J.-L. (2004). Governance and management of change in Canada's Health System. In Forest P.G, Marchildon C.P, & McIntosh T (Eds.), *Changing Health Care in Canada* Toronto: University of Toronto press, p. 82-114.

Denis J.-L. & Champagne F. (1990). Pour comprendre le changement dans les organisations. *Gestion*, 15, p. 44-55.

Denis J.-L., Lamothe L., & Langley A. (2001). The dynamics of collective leadership and strategic change in pluralistic organizations. *Academy of management journal*, 44, p. 809-837.

Desreumaux A. & Hafsi T. (2006). Les théories institutionnelles des organisations: une perspective internationale. *Management international*, 10, p.1-18.

DiMaggio P.J & Powell W. (1983). The iron cage revisited: institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields. *American sociological review*, 48, p.147-160.

Donabedian A. (1976). *Aspects of Medical Care Administration: specifying Requirements for health care.* Cambridge: Havard University Press.

Dorado S. (2005). Institutional entrepreneurship, partaking and convening. *Organization studies*, 26, p. 385-414.

- Draelants H. & Moroy C. (2007). *Changement institutionnel et politique publique : Revue de littérature*. Knowledge and Policy in education and health sectors. [http://www.knowandpol.eu/fileadmin/KaP/content/Scientific\\_reports/Literature\\_review/Dr\\_aelants\\_Maroy\\_2FR.pdf](http://www.knowandpol.eu/fileadmin/KaP/content/Scientific_reports/Literature_review/Dr_aelants_Maroy_2FR.pdf)
- Dubois C.-A. (2002). *Transformation des systèmes de soins de santé et pratique d'imputabilité*. Thèse Université de Montréal.
- Evans R. (1999). Regard sur l'avenir : Les inégalités sociales en matière de santé. *Horizons, projet de recherche sur les politiques*, 2(3), p. 6-7.
- Evans R., Barer M., & Marmot T. (1996). *Être ou ne pas être en bonne santé*. Biologie et déterminants sociaux de la maladie. Les presses de l'Université de Montréal.
- Evans R. & Stoddart G. (1990). Producing health, consuming health care. *Social science and medicine*, 31, p. 1347-1363.
- Evans, R. G. & Stoddart, G. L. (1996). Produire la santé, consommer les soins. In R.G.Evans, M. L. Barer, & T. R. Marmor (Eds.), *Être ou ne pas être en bonne santé* Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal, p. 37-73.
- Faculty of Public Health Medicine of the Royal Colleges of Physicians of the United Kingdom (1992). *Handbook on training and the examination for membership*. London.
- Feachem R., Sekhri N., & White K. (2002). Getting more for their dollar : a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente. *British Medical Journal*, 324, p.135-143.
- Felman M. (2005). Management and public management. *Academy of management journal*, 48, p.958-960.
- Ferlie E. & FitzGerald L. (2002). Le changement dirigé par la haut au Royaume-Uni : un point de vue politique. *Gestion*, 27, p. 125-135.
- Fernandez-Alles M. & Llamas-Sanchez R. (2008). The neoinstitutional analysis of change in Public sector. *Journal of change Management*, 8, p. 3-20.

Fligstein N. (1991). The structural transformation of American industry: an institutional account of the causes of diversification in the largest firms, 1919-1979. In Powell W & DiMaggio P (Eds.), *The new institutionalism in Organization Analysis*, p. 311-336.

Geneau R. (2004). *Le processus de structuration de la pratique de première ligne des médecins généralistes : une étude qualitative sur le caractère contraignant et habilitant des modes d'organisations*. Thèse Université de Montréal.

Glouberman S. & Millar J. (2003). Evolution of the Determinants of Health, Health Policy, and Health Information Systems in Canada. *American Journal of Public Health*, 93, p.388-392.

Glouberman S. & Minzberg H. (2002). Gérer les soins de santé et le traitement de la maladie. *Gestion*, 27.

Gouvernement du Québec (2003). *Projet loi 25: Loi sur les Agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*. Assemblée nationale.

Gouvernement du Québec (2004). *Projet de loi no 83: Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives*. Assemblée nationale.

Greenwood R., Oliver C., Suddaby R., & Sahlin K. (2008a). *The SAGE handbook of organizational institutionalism*. London: Sage publication.

Greenwood R. & Suddaby R. (2008b). *Institutional entrepreneurship in mature fields : the big fica accounting firms* School of Business, Université of Alberta.

Greenwood R., Suddaby R., & Hinings C.R. (2002). Theorizing change: the role of professional associations in the transformation of institutionalized fields. *Academy of management journal*, 45, p.58-9.

Ham C., York N., Sutch S., & Shaw R. (2003). Hospital bed utilisation in the NHS, Kaiser Permanente, and the US Medicare programme: analysis of routine data. *British Medical Journal*, 327, p.1257-1262.

Hardy C. & Maguire S. (2008). Institutional entrepreneurship. In Greenwood R., Oliver C., Sahlin K., & Suddaby R. (Eds.), *The SAGE Handbook of Organizational Institutionalism*. London: Sage publication, p. 198-217.

Haverman H.A. & David R.J. (2008). Ecologists and Institutionnalists : Friends or Foes? In Greenwood R., Oliver C., Sahlin K., & Suddaby R. (Eds.), *The SAGE Handbook of Organizational Institutionalism*. Los Angeles: Sage publication, p. 573-595.

Hertzman C., Frank J., & Evans R. (1996). L'hétérogénéité de l'état de santé et les déterminants de la santé des populations. In Les presses de l'université de Montréal (Ed.), *Être ou ne pas être en bonne santé*, p. 77-101.

Hinings C.R., Greenwood R., Reay T., & Suddaby R. (2004). Dynamics of Change in Organizational fields. In Poole S & Van de Ven A.H. (Eds.), *Handbook of Organizational Change and Innovation*. New York: Oxford University Press, p. 304-323.

Holan P.M. & Philips N. (2002). Managing in transition : A case study of institutional management and organizational change. *Journal of Management Inquiry*, 11, p.68-83.

Ierfino L. (2005). *Understanding De-Stabilization and Re-Stabilization within Mature Organizational Fields: The Case of Niche Logic Spillover to Mainstream Market* McGill University.

Jaffee D. (2001). *Organisation Theory. Tension and Change*. Boston: Boston: McGraw Hill International Editions.

Katzmarzyk P., Gledhill N., & Shephard R. (2000). The economic burden of physical inactivity in Canada. *CMAJ*, 163, p.1435-1440.

Kirby MJL (2002). The Health of Canadians – The Federal Role. Final Report. Ottawa: The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology. Chair: The Honourable Michael J.L. Kirby; Deputy Chair: The Honourable Marjory LeBreton. Senate of Canada, Editors. Volume Six.

Kizer K., Demakis J., & Feussner J. (2000). Reinventing VA health care: Systematizing Quality improvement and quality innovation. *Medical Care*, 36, p.7-16.



Klein-Geltink J, Choi B, Fry R. (2006) Multiple exposures to smoking, alcohol, physical inactivity and overweight: Prevalences according to the Canadian Community Health Survey Cycle 1.1. *Chronic Diseases in Canada* ;27(1), p.25-33.

Lamarche P. (2008). De la conception à l'action: le point de vue d'un réformateur du système de santé québécois. In Laborier P, Noreau P, Rioux M, & Rocher G (Eds.), *Les réformes en santé et en justice. Le droit et la gouvernance*. Québec: Les presses de l'Université Laval, p. 77-84.

Lamarche P, Beaulieu MD, Pineault R, Contandriopoulos AP, Denis JL, Haggerty J. (2003) Choices for Change: The Path for Restructuring Primary Healthcare Services in Canada. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation.

Lamothe L. (1996). *La structure professionnelle clinique de facto d'un hôpital de soins ultraspécialisés*. Thèse Université McGill.

Langley A. (1997). *Stratégie d'analyse des données processuelles*. Recherches qualitatives, 17, p 206-231.

Leca B., Battilana J., & Boxenbaum E. (2006). Taking stock on institutional entrepreneurship: what do we know? Where do we go? In Academy of Management meeting (Ed.), Atlanta, p. 1-44.

Lévesque J.-F. & Bergeron P. (2003). De l'individuel au collectif: une vision décloisonnée de la santé publique et des soins. *Rupture*, 9 (2), p.73-89.

Lévesque J.-F. & Déry V. (2001). *Vers la santé durable: l'organisation des interventions en santé physique - le modèle de promotion des habitudes de vies saines et prévention des maladies chroniques non transmissibles*. Direction de la santé publique de Montréal Centre.

Lévesque J.-F., Pineault R., & Roberge D. (2007). La première ligne de soins: un témoin distant des réformes institutionnelles et hospitalières au Québec? In M.-J.Fleury, Tremblay M, Nguyen H, & Bordeleau L (Eds.), *Le système sociosanitaire au Québec*, p. 63-78.

Macinko J, Starfield B, & Shi L (2003). The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries. *Health services research*, 38, p.831-865.

Maltais D. & Rinfret N. (2008). L'évolution du métier de gestionnaire public. In Mazouz B. (Ed.), *Le métier de gestionnaire public à l'aube de la gestion par résultats* Québec: Presses de l'Université du Québec, p. 517-537.

Marmot M., Ryff C., Bumpass L., Shipley M., & Marks N. (1997). Social Inequalities in health : next questions and converging evidence. *Social science and medicine*, 44, p.901-910.

McKeown T. (1979). *The role of medicine: dream, Mirage or Nemesis?* Oxford, Basil Blackwell ed.

McMichael A. & Beaglehole R. (2000). The changing global context of public health. *The Lancet*, 356, p. 495-499.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2003). Québec Public Health Program 2003-2012, Québec: MSSS.

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2003/03-216-02A.pdf>

Ministry of Social Affairs and Health Finland (2004). *Healthcare in Finland*. Helsinki: Brochure of the Ministry of Social Affairs and Health; no. 11.

Mintzberg H. (1994). *The rise and fall of strategic planning reconceiving role for planning, plans, planners*. The Free Press ed., New York.

Moyon E. & Lecocq X. (2007). *La dynamique des réponses stratégiques des majors au changement institutionnel dans l'industrie de la musique*. In XVIème Conférence Internationale de Management Stratégique, Montréal.

Murray C.J.L. & Frenk J. (2000). A framework for assessing the performance of health systems. *Bulletin of the World Health Organisation*, 78, p. 717-731.

Ohinmaa A., Schopflocher D., Jacobs P., Demeter S., Chuck A., Golmohammadi K. et al. (2006). Analyse en population des comportements liés à la santé, des maladies chroniques et des coûts connexes. *Maladies chroniques au Canada*, 27(1), p. 18-26.

Oliver C. (1991). Strategic responses to institutional processes. *Academy of management review*, 16, p. 145-179.

Perlin J., Kolodner R., & Roswell R. (2005). The Veterans health administration: quality, value, accountability, and information as transforming strategies for patient-centered care. *Healthcare Papers*, 5(4), p. 10-24.

Pineault R. (1984). The place of prevention in the Quebec health care system. *Canadian Journal of Public Health*, 75, p. 92-97.

Pineault R., Baskerville B., & Letouzé D. (1990). Health promotion activities in Quebec hospitals: A comparison of DSC and non-DSC hospitals. *Canadian Journal of Public Health*, 81, p. 199-203.

Pineault R., Champagne F., & Trottier L.-H. (1986). The integration of public health in hospitals: the case of community health departments in Quebec. *Journal of Public Health Policy*, 7, p. 458-462.

Pineault R. & Daveluy C. (1995). *La planification de la santé*. Éditions Nouvelles.

Pineault R. & Lessard R. (1984). Le système de santé du Québec: objectifs de soins ou objectifs de santé? *L'union médicale du Canada*, 113, p. 750-755.

Reay T. & Hining C.R. (2005). The Recomposition of an Organizational Field: Health care in Alberta. *Organization studies*, 26, p. 351-384.

Remili N. (2006). Pour une vision holistique du changement : conceptualisation théorique. In XVIème Conférence Internationale de Management Stratégique, Annecy.

Richard L., Breton É., Lehoux P., Martin C., & Roy D. (1999). La perception des professionnels de santé publique face à deux dimensions de la promotion de la santé: approche écologique et participation. *Canadian Journal of Public Health*, 90 (2), p. 99-103.

Rodriguez R. (2000). *Réorientation de l'offre de soins vers l'intégration dans la région métropolitaine de Montréal*. Thèse Université de Montréal.

Romanow R.J. (2002) Building on values: The Future of Health care in Canada – Final Report. Saskatoon: Commission on the Future of Health care in Canada;

[www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt\\_formats/hpb-dgps/pdf/hhr/romanow-eng.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/hhr/romanow-eng.pdf).

- Rose G. (1985). Sick individuals and sick populations. *International Journal of Epidemiology*, 30, p. 32-39.
- Rouleau L. (2007). *Théorie des organisations. Approches classiques, contemporaines et de l'avant-garde*. Presse de l'université du Québec, Québec.
- Roy D.A. (2006). *Un système de gouvernance régionale axé sur l'amélioration continue de la performance : le projet de santé et de bien-être de la Montérégie*.
- Scott R.W. (1995). *Institutions and Organizations*. A sage Publication Series ed. Fondation for organization science.
- Scott R.W. (2008). *Third Edition Institutions and organizations. Ideas and Interests*. Los Angeles: Sage publications.
- Sicard D. (2004). Réflexion sur le progrès de la médecine. *Médecine & Hygiène*, 2401, p. 1535-1538.
- Starfield B. (1997). The future of primary care un a managed care era. *International Journal Health Services*, 27, p. 687-696.
- Starfield B., Lemke K., Bernhardt T., Foldes S., Forrest C., & Weiner J. (2003). Comorbidity: Implications for the importance of Primary Care in Case Management. *Annals of family medicine*, 1(1), p. 8-14.
- Thornton P.H. (2002). The rise of the Corporation in a Craft Industry: Conflict and Conformity in Institutional Logics. *Academy of management journal*, 45, p. 81-101.
- Touati N., Denis J.-L., Contandriopoulos A.-P., & Béland F. (2005). Introduire le changement dans les systèmes de soins au Québec : comment tirer profit de l'expérimentation sociale? *Sciences Sociales et Santé*, 33, p. 75-102.
- Tousignant P, Beaulne G, Felman D, Gratton J, Hamel M, Houde M et al. (2005). *Plan de monitoring interprétatif de l'impact des transformations des services de première ligne sur la population montréalaise*. Résumé exécutif.

Turgeon J., Hervé A., & Gauthier J. (2003). L'évolution du Ministère et du réseau: continuité ou rupture? In Lemieux V., Bergeron P, Bégin C, & Bélanger G (Eds.), *Le système de santé au Québec. Organisations, Acteurs et enjeux*. Québec: Les presses de l'université Laval, p. 93-118.

Vincent L. (2005). Vers une gestion responsable. *Le Point en administration de la santé et des services sociaux, 1*, p. 6-8.

World Health Organization (WHO) (1986), Regional Office for Europe. The Ottawa Charter for Health Promotion. Ottawa: WHO.

World Health Organization (WHO) (2005). Integrated chronic disease prevention and control. Geneva: WHO;. [http://www.who.int/chp/about/integrated\\_cd/en/](http://www.who.int/chp/about/integrated_cd/en/)

Yin R. (1994). *Case study Research : Design and Methods (2nd edition)*. Sage publication ed, Californie.

**Annexe 1 : Les formulaires de consentement pour les  
entrevues semi-structurées et les observations non-  
participantes**

## **FORMULAIRE DE CONSENTEMENT RELATIF AUX ENTREVUES**

### **Gouverner le changement et changer la gouverne dans les organisations du réseau de la santé**

Chercheur principal: **Jean-Louis Denis**, Professeur titulaire, Département d'administration de la santé (DASUM), Université de Montréal

Co-chercheur: **Ann Langley**, professeur titulaire  
HEC Montréal

Co-chercheur : **Lise Lamothe**, professeur agrégée  
Département d'administration de la santé (DASUM), Université de Montréal

Co-chercheur : **Carl-Ardy Dubois**, professeur adjoint  
Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

Co-chercheur : **Damien Contandriopoulos**, post-doctorant  
Centre d'analyse des politiques publiques, Université Laval

Co-Chercheur : **Dr Naomi Fulop**  
Senior Lecturer  
London school of Hygiene and Tropical Medicine, Royaume-Uni

**Organisme subventionnaire de l'étude:** Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC)

Nous vous invitons à bien lire ce formulaire et à poser des questions avant d'y apposer votre signature

Nous sollicitons votre participation à la recherche que nous menons actuellement sur l'implantation des réseaux intégrés de services de santé.

### **Objectifs de la recherche**

L'objectif principal de la recherche est de comprendre les dynamiques organisationnelles et inter-organisationnelles sous-jacentes à la création et à l'implantation des réseaux intégrés de services de santé. Cinq questions de recherche sont explorées : 1) Quels sont les processus impliqués dans la création de réseaux de services de santé? 2) Quels sont les différents types et formes de réseaux implantés? 3) Comment les réseaux évoluent-ils à travers le temps? 4) Comment les autorités régionales en santé influencent-elles la création et l'évolution de ces réseaux? et 5) En quoi la création de réseaux locaux de services de santé est-elle associée à l'implantation de pratiques novatrices en management et dans les services de santé?

La pertinence scientifique d'une telle recherche repose sur la nécessité de mieux comprendre de quelle manière les facteurs impliqués dans le processus d'implantation des réseaux de services de santé se structurent à travers le temps. Les résultats de la recherche permettront d'éclairer les gestionnaires qui souhaitent intégrer plusieurs organisations dispensant différents niveaux de services de santé. L'étape d'implantation étant critique pour assurer le bon fonctionnement futur des réseaux, nous pensons que notre étude contribuera indirectement à l'amélioration des soins de santé offerts à la population.

### **Méthodologie**

Pour explorer ces questions, nous menons une étude de cas longitudinale. Au total, quatre réseaux locaux de services de santé seront sélectionnés au sein de la région de Montréal et de la Montérégie en fonction de deux critères: 1) présence ou non d'un hôpital de soins généraux; 2) milieu rural ou urbain. Des entrevues semi-structurées et des questionnaires serviront principalement à la collecte de données. Une analyse documentaire (ex. plan stratégique, consultation publique, mémoires) ainsi que des observations non-participantes



au sein de divers comités (ex. conseils d'administration, comités d'implantation) seront également réalisées.

L'échantillon de l'étude sera composé de différents acteurs oeuvrant au sein des réseaux au niveau stratégique<sup>7</sup> (n=30) et opérationnel<sup>8</sup> (n=40)<sup>9</sup>. Nous comptons également rencontrer d'autres personnes du milieu de la santé participant plus indirectement à la gestion des CSSS (n=20), soit des membres des agences de développement, des réseaux universitaires intégrés en santé (RUIS) et du Ministère de la santé. Afin de pouvoir apprécier l'évolution des réseaux, chaque participant sera interviewé à deux reprises à intervalle de 15 mois. 30 mois après le début de l'étude, les membres de l'équipe de direction (niveau stratégique) de même que l'équipe de professionnels associés aux programmes étudiés au sein de chaque réseau et CSSS de notre échantillon seront invités à compléter un bref questionnaire visant à recueillir leurs impressions sur les différents bénéfices perçus d'un fonctionnement en réseau (ex. performance du réseau, accès à de nouvelles ressources, impact du réseau sur ses compétences, niveau collaboration au sein du réseau).

L'analyse de l'ensemble des données visera à : 1) développer une chronologie des dynamiques d'intégration pour chaque réseau, au niveau stratégique et opérationnel; 2) comparer les dynamiques d'implantation des différents types de réseaux sélectionnés; 3) comparer les résultats de notre étude avec ceux d'autres recherches sur les processus de réforme dans des systèmes de santé comparables.

### **Participation**

Nous aimerions obtenir votre consentement afin de vous inclure comme participant à cette étude en tant qu'informateur-clé. Un membre de notre équipe vous téléphonera sous peu afin de connaître votre intérêt à l'égard de l'étude et de répondre à vos questions au besoin. Nous avons joint à ce formulaire la grille d'entrevue.

---

<sup>7</sup> Membres du conseil d'administration, équipe de direction, chefs départements.

<sup>8</sup> Gestionnaires, chefs de services ou programmes, professionnels et employés.

<sup>9</sup> Notons qu'il s'agit ici d'un estimé et que le nombre de participants pourrait être modifié à la marge en fonction de l'évolution de l'étude.

Dans l'éventualité où vous accepteriez d'y participer, sachez que vous n'avez aucune obligation de répondre à toutes les questions et vous bénéficierez de toute la latitude nécessaire pour élaborer sur les éléments vous semblant pertinents de le faire.

Nous vous rappelons que nous souhaitons réaliser auprès de vous **deux entrevues**, la seconde ayant lieu 15 mois après la première. La durée de chaque entrevue est approximativement d'une heure et aura lieu à l'endroit et au moment de votre choix. Avec votre consentement, l'entretien sera enregistré sur cassette audio.

### **Sélection des participants**

Nous souhaitons recruter environ 14 personnes<sup>10</sup> (6 au niveau stratégique et 8 au niveau opérationnel) **au sein de chacun des CSSS** de notre échantillon. Nous avons obtenu vos coordonnées par l'entremise du directeur général de votre réseau.

Sachez toutefois que vous ne serez victime d'aucun préjudice advenant le cas où vous refuseriez de participer à notre recherche.

### **Risques et inconfort**

Excluant le temps que nous vous demandons d'accorder à l'intervieweur, la participation à cette étude ne comporte ni risque ni inconfort.

### **Avantages à participer**

Au terme de l'étude, nous nous engageons à vous faire parvenir un rapport synthèse des résultats, lesquels pourront vous aider à mieux comprendre les processus d'implantation des réseaux intégrés de services en santé. Nous demeurerons disponibles pour répondre à toute question de votre part sur les résultats obtenus.

### **Liberté de participation et retrait de l'étude**

---

<sup>10</sup> Notons qu'il s'agit ici d'un estimé et que le nombre de participants pourrait être changé en fonction de l'évolution de l'étude.

Votre participation est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de l'étude à tout moment et ce, sans aucun préjudice et sans qu'aucune justification ne soit exigée de notre part. Vous n'aurez qu'à communiquer votre décision au chercheur ou à l'un des membres de l'équipe de recherche. Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement de l'étude qui pourrait affecter votre décision de continuer d'y participer vous sera communiquée sans délai.

### **Confidentialité**

Tous les renseignements recueillis à votre sujet au cours de l'étude demeureront strictement confidentiels, dans les limites prévues par la loi. Ces renseignements seront discutés à l'intérieur de l'équipe de recherche mais jamais divulgués à un tiers.

Les enregistrements et verbatims d'entrevue ainsi que les questionnaires seront identifiés à l'aide d'un code assurant la confidentialité des données. De surcroît, l'ordinateur dans lequel les données seront enregistrées sera doté d'un mot de passe. Toute documentation susceptible de divulguer l'identité des participants (ex. liste des participants, formulaires consentement) sera conservée sous clé. Nous vous assurons, par ailleurs, que toute consultation de notre part de documents confidentiels produits par votre organisation devra être autorisée par le directeur général de votre CSSS et que tout renseignement contenu dans ces documents permettant d'identifier une personne sera rayé. Aucun dossier médical ne sera consulté par l'équipe de recherche.

Les résultats de l'étude seront diffusés de manière agrégée afin de ne pas dévoiler l'identité des organisations et des individus ayant participé à l'étude. Cependant, à des fins de contrôle du projet de recherche, les données vous concernant pourraient être consultées par une personne mandatée par le comité d'éthique, laquelle adhère à une politique de stricte confidentialité.

Enfin, les données de la recherche seront conservées 5 ans afin d'optimiser l'exploitation scientifique des résultats de la recherche. Par la suite, les données informatiques et les

enregistrements seront effacés. Les documents papiers associés à l'étude seront, quant à eux, déchiquetés.

**Personnes à contacter**

Pour toute question concernant ce projet, vous pouvez contacter directement le chercheur principal: Jean-Louis Denis au (514) 343-6031. Si vous avez des questions à poser concernant vos droits en tant que sujet de recherche ou si vous avez des plaintes ou commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec Bureau de l'ombudsman au (514) 343-2100.

J'ai lu et compris le contenu du présent formulaire. Je certifie qu'on me l'a expliqué verbalement. J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant ce projet de recherche et on y a répondu à ma satisfaction. Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour réfléchir et prendre ma décision. Je sais que je pourrai me retirer en tout temps. Je soussigné(e) accepte de participer à cette étude.

\_\_\_\_\_  
Nom du participant

\_\_\_\_\_  
Signature du participant

\_\_\_\_\_  
Date

J'accepte également que les entretiens soient enregistrés Oui \_\_\_ Non \_\_\_ (initials)

Je certifie a) avoir expliqué au signataire les termes du présent formulaire de consentement; b) lui avoir clairement indiqué qu'il reste à tout moment libre de mettre un terme à sa participation au présent projet et que je lui remettrai une copie signée du présent formulaire. Je m'engage également à garantir au participant la confidentialité des données qui le concernent.

\_\_\_\_\_  
Nom du  
représentant du chercheur

\_\_\_\_\_  
Signature du représentant

\_\_\_\_\_  
Date



**Faculté de Médecine**  
Département d'administration de la santé

## **FORMULAIRE DE CONSENTEMENT RELATIF AUX OBSERVATIONS NON-PARTICIPANTES**

### **Gouverner le changement et changer la gouverne dans les organisations du réseau de la santé**

- Chercheur principal: **Jean-Louis Denis**, Professeur titulaire  
Département d'administration de la santé (DASUM), Université de  
Montréal
- Co-chercheur: **Ann Langley**, professeur titulaire, HEC Montréal
- Co-chercheur : **Lise Lamothe**, professeur agrégée  
Département d'administration de la santé (DASUM), Université de Montréal
- Co-chercheur : **Carl-Ardy Dubois**, professeur adjoint  
Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal
- Co-chercheur : **Damien Contandriopoulos**, post-doctorant  
Centre d'analyse des politiques publiques, Université Laval
- Co-Chercheur : **Dr Naomi Fulop**  
Senior Lecturer  
London school of Hygiene and Tropical Medicine, Royaume-Uni

**Organisme subventionnaire de l'étude:** Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC)

Nous vous invitons à bien lire ce formulaire et à poser des questions avant d'y apposer  
votre signature

Nous désirons obtenir votre consentement afin de procéder à l'observation non-participante de réunions du \_\_\_\_\_ auquel vous participez. Notre recherche porte sur l'implantation des réseaux intégrés de services de santé.

### **Objectifs de la recherche:**

L'objectif principal de la recherche est de comprendre les dynamiques organisationnelles et inter-organisationnelles sous-jacentes à la création et à l'implantation des réseaux intégrés de services de santé. Cinq questions de recherche sont explorées : 1) Quels sont les processus impliqués dans la création de réseaux de services de santé? 2) Quels sont les différents types et formes de réseaux implantés? 3) Comment les réseaux évoluent-ils à travers le temps? 4) Comment les autorités régionales en santé influencent-elles la création et l'évolution de ces réseaux? et 5) En quoi la création de réseaux locaux de services de santé est-elle associée à l'implantation de pratiques novatrices en management et dans les services de santé?

La pertinence scientifique d'une telle recherche repose sur la nécessité de mieux comprendre de quelle manière les facteurs impliqués dans le processus d'implantation des réseaux de services de santé se structurent à travers le temps. Les résultats de la recherche permettront d'éclairer les gestionnaires qui souhaitent intégrer plusieurs organisations dispensant différents niveaux de services de santé. L'étape d'implantation étant critique pour assurer le bon fonctionnement futur des réseaux, nous pensons que notre étude contribuera indirectement à l'amélioration des soins de santé offerts à la population.

### **Méthodologie**

Pour explorer ces questions, nous menons une étude de cas longitudinale. Au total, quatre réseaux locaux de services de santé seront sélectionnés au sein de la région de Montréal et de la Montérégie en fonction de deux critères: 1) présence ou non d'un hôpital de soins généraux; 2) milieu rural ou urbain. Des entrevues semi-structurées et un questionnaire serviront principalement à la collecte de données. Afin de mieux saisir les interactions entre

les différents acteurs impliqués dans le processus d'implantation de réseaux de même que les stratégies de résolution de problèmes qu'ils déploient, nous comptons également réaliser des **observations non-participantes** au sein de divers comités (ex. conseils d'administration, comités d'implantation). Une analyse documentaire (ex. plan stratégique, consultation publique, mémoires) sera de plus effectuée afin d'enrichir notre collecte. L'échantillon de l'étude sera composé de 90<sup>11</sup> acteurs contribuant plus ou moins directement à la création de réseaux locaux de services<sup>12</sup>.

L'analyse de l'ensemble des données visera à : 1) développer une chronologie des dynamiques d'intégration pour chaque réseau, au niveau stratégique et opérationnel; 2) comparer les dynamiques d'implantation des différents types de réseaux sélectionnés; 3) comparer les résultats de notre étude avec ceux d'autres recherches sur les processus de réforme dans des systèmes de santé comparables.

### **Participation**

Nous aimerions obtenir votre consentement afin de permettre à un des membres de notre équipe d'observer les réunions du comité \_\_\_\_\_ auquel vous participez. Nous communiquerons avec vous sous peu afin de connaître votre intérêt à l'égard de l'étude et de répondre à vos questions au besoin.

### **Risques et inconfort**

La participation à cette étude ne comporte ni risque ni inconfort.

---

<sup>11</sup> Au niveau stratégique, nous souhaitons rencontrer des membres du conseil d'administration, équipe de direction, chefs départements. Des membres des agences de développement, des réseaux universitaires intégrés en santé (RUIS) et du Ministère de la santé seront également rencontrés. Au niveau opérationnel, seront interviewés des gestionnaires, chefs de services ou programmes, professionnels et employés.

<sup>12</sup> Notons qu'il s'agit ici d'un estimé et que le nombre de participants pourrait être modifié à la marge en fonction de l'évolution de l'étude.

### **Avantages à participer**

Au terme de l'étude, nous transmettrons à votre organisation un rapport synthèse des résultats, lesquels pourront aider votre CSSS à mieux comprendre les processus d'implantation des réseaux intégrés de services en santé. Nous demeurerons disponibles pour répondre à toute question de votre part sur les résultats obtenus.

### **Retrait de l'étude**

Votre participation est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser la présence d'un de nos membres au sein du (des) comité(s) au(x)quel(s) vous prenez part. Vous pouvez également retirer votre consentement à tout moment et ce, sans aucun préjudice et sans qu'aucune justification ne soit exigée de notre part. Vous n'aurez qu'à communiquer votre décision au chercheur ou à l'un des membres de l'équipe de recherche. Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement de l'étude qui pourrait affecter votre décision vous sera communiquée sans délai.

### **Confidentialité**

L'observation de réunions de comité devra être autorisée par écrit par le directeur général de votre CSSS ou par le représentant désigné à cet effet par l'établissement. Prenez note que l'ensemble des participants devront avoir donné leur consentement par écrit afin que nous puissions procéder aux observations. Les données recueillies lors des réunions seront analysées de façon agrégée et dénominalisée de sorte qu'aucun propos ne sera attribué à une personne en particulier, incluant les patients faisant l'objet de discussions cliniques.

Enfin, les données de la recherche seront conservées 5 ans afin d'optimiser l'exploitation scientifique des résultats de la recherche. Par la suite, les données informatiques et les enregistrements seront effacés. Les documents papiers associés à l'étude seront, quant à eux, déchiquetés.



**Personnes à contacter**

Pour toute question concernant ce projet, vous pouvez contacter directement le chercheur principal: Jean-Louis Denis au (514) 343-6031. Si vous avez des questions à poser concernant vos droits en tant que sujet de recherche ou si vous avez des plaintes ou commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec le Bureau de l'ombudsman de l'Université de Montréal au (514) 343-2100.

J'ai lu et compris le contenu du présent formulaire. Je certifie qu'on me l'a expliqué verbalement. J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant ce projet de recherche et on y a répondu à ma satisfaction. Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour réfléchir et prendre ma décision. Je sais que je pourrai me retirer en tout temps.

Je soussigné(e) consens à ce qu'un des membres de la présente recherche pratique des observations non-participantes au sein du comité \_\_\_\_\_

Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nom du participant

\_\_\_\_\_  
Signature du participant

\_\_\_\_\_  
Date

Je certifie a) avoir expliqué au signataire les termes du présent formulaire de consentement; b) lui avoir clairement indiqué qu'il reste à tout moment libre de mettre un terme au consentement accordé ci-dessus et que je lui remettrai une copie signée du présent formulaire. Je m'engage également à garantir au participant la confidentialité des données qui le concernent.

\_\_\_\_\_  
Nom de l'observateur

\_\_\_\_\_  
Signature de l'observateur

\_\_\_\_\_  
Date

Date d'approbation de la recherche : 17 juin 2005

## **Annexe 2 : Les guides d'entrevue semie-structurée**

## Guide d'entrevue Temps 1

### 1. Facteurs liés aux individus

- Pouvez-vous me donner un bref aperçu du cheminement de votre carrière jusqu'à aujourd'hui?
- Quelles formations académiques avez-vous réalisées?
- Si vous aviez à expliquer à un groupe de personnes en quoi consiste vos fonctions et vos responsabilités, qu'est-ce que vous leur expliqueriez?

### 2. Changement au niveau de la gestion

#### 2.1 Changement au niveau des représentations

##### Vision/valeurs

- Si vous aviez à expliquer à votre équipe le concept de responsabilité populationnelle, comment vous le définiriez?
- Comment la responsabilité populationnelle modifie votre travail? (comparer avec le contexte de gestion avant)
- Est-ce qu'il y a de nouvelles habiletés ou des nouvelles compétences de gestion à développer dans le contexte d'intégration de responsabilité populationnelle. Avez-vous des exemples?
- Quels sont les principaux défis, selon vous, d'intégrer la responsabilité populationnelle dans votre travail?
- Selon vous, quelle est la valeur ajoutée d'intégrer la responsabilité populationnelle dans votre travail? Quels sont les aspects négatifs?
- Avec les ressources dont vous disposez, quels sont les dilemmes de gestion que vous observer entre la mission production services et la mission d'amélioration de la santé et le bien-être de la population? Avez-vous des exemples?
- La réorganisation s'appuie sur des CSSS et des RLS. C'est quoi pour vous les RLS? C'est quoi le potentiel des RLS?
- Quelle est votre vision du rôle que le CSSS devrait jouer dans le développement des RLS? Quels sont les principaux défis
- Quelles sont vos principales sources d'influence ( modèles, expériences, personnes, ouvrages pour vous aider à développer une penser populationnelle? (univers de référence)

#### 2.2 Changement au niveau de la pratique de gestion

##### Outils

- Quels outils utilisez-vous pour connaître les besoins de la population? (et les caractéristiques de la population?)
- Vous avez une certaine information disponible pour comprendre votre population à desservir, parlez-moi de cette information? Est-ce que la trousse donné par l'Agence

vous a été utiles? De quelle manière vous l'avez utilisé dans votre organisation? Quels informations auriez-vous aimé avoir de plus?

- De quelle manière avez-vous déterminer vos priorités d'action? Quels ont été les influences? Est-ce que vous avez déterminé des clientèles cibles? Quel a été le rôle de Agence dans ce processus de détermination des priorités?
- Pouvez-vous m'expliquer les grandes étapes de votre plan de travail pour développer votre programme (ou projet clinique)?

### **3. Facteurs liés aux interactions (Avant la réforme)**

- Selon vous, quels étaient les éléments déjà en place avant le processus de développement RLS? Pouvez-vous me décrire l'équipe santé mentale adulte (ou PPALV) dans le CSSS? Son mode de fonctionnement? Les mécanismes de liaisons avec les partenaires?
- Aviez-vous des expériences de collaboration avec des partenaires avant la réforme? De quelle nature?
- Pouvez-vous nommer quels étaient vos principaux partenaires? (cliniques médicales, organismes communautaires, municipalités, secteur privé)
- Est-ce que vous disposez d'espace physique commun pour échanger avec vos partenaires?

### **Initiatives**

- Depuis l'attribution de responsabilité populationnelle, quelles initiatives avez développé pour rejoindre vos partenaires?
- Pouvez-vous identifier les principaux forums auxquels votre organisation participe concernant la mise en œuvre du projet clinique phase 2 (PPALV et santé mentale adulte) (Comité clinique de soutien de liaison, comité clinique du réseau local en santé mentale, Comité de suivi). Quelles partenaires avez-vous rencontré? De quelle manière?
- Pouvez-vous décrire ce que vous percevez être les principaux défis que vous avez rencontré, jusqu'à maintenant, dans le développement d'un RLS? Quelles sont les principales difficultés? Quels sont les éléments qui ont facilité le développement d'un RLS?

### **Hypothèses d'action ou Stratégies d'action**

- Actuellement, quels types d'ententes vous avez avec vos partenaires? Par exemple, avez-vous des contrats formels ou des alliances informelles?
- Pouvez-vous m'expliquer les procédures que vous suivez actuellement pour les clientèles PPALV ou santé mentale adulte.
- Comment êtes-vous arrivé à mettre en place ces façons de fonctionner? Comment avez-vous arrivés à des ententes? Est-ce qu'il s'agit d'ententes formelles?
- Quelles sont les problèmes rencontrés? Donner des exemples précis. Comment les avez-vous réglés?
- Quels sont les liens qui existent avec les cliniques médicales, GMF, clinique réseau du territoire?

- Quels sont les moyens que vous avez utilisé pour partager l'information à l'intérieure de votre organisation et à l'extérieure?
- Selon vous, qui sont les personnes qui font figure de leader dans le développement du RLS?
- Selon vous, quelles seraient les actions à développer dans le futur pour développer davantage le RLS et l'améliorer?

#### **5. Facteurs liés au contexte**

- D'après vous, quelles sont les forces de votre organisation? Quelles sont ses faiblesses?
- Quelles sont les ressources de votre territoire liées au RLS?
- Pour réaliser cette transformation, est-ce que vous comptez sur de nouveaux budgets et de nouveaux employés?
- Quel est le rôle de l'ASSS dans le développement RLS? Quel est le support qu'il vous apporte pour faciliter son développement?
- Selon vous, quel est le rôle joué par le Ministère dans le développement de RLS?

## Guide d'entrevue Temps 2

1. Pour commencer, pouvez-vous me décrire brièvement votre parcours professionnel jusqu'à maintenant?
2. Quels ont été vos rôles comme consultant dans l'organisation depuis la réforme?
3. Nous avons beaucoup entendu parlé de changement de paradigme de gestion depuis la création des CSSS. Selon vous, est-ce une vraie réforme?
4. Selon vous, que signifie intégrer la responsabilité populationnelle dans la pratique?
5. Est-ce que la responsabilité populationnelle a modifié l'offre de services du CSSS?
  - a. Médicale
  - b. Personnes âgées
  - c. Santé mentale
  - d. Santé publique
6. Est-ce que vous croyez que le rôle des gestionnaires/dirigeants s'est grandement transformé depuis la réforme?
7. Est-ce que depuis la réforme, vous avez observé des pratiques nouvelles au niveau de la gestion? De nouveaux apprentissages :
  - a. Planification d'une offre de services intégrée et coordonnée, vision transversale
  - b. Organisation événements rassemblant les partenaires
  - c. Développer des relations de partenariats avec les partenaires
  - d. Indicateurs de gestion (souci de performance)
  - e. Utilisation des données populationnelles
  - f. CES
  - g. Programme de promotion de la santé

### Regard sur le passé

8. Quelles ont été les principales étapes de la mise en place de la réforme jusqu'à maintenant?
9. Regardez ce que le CSSS a réalisé depuis 3 ans. Quelles sont les principales retombées que vous observez?
10. À ce jour, quelle est la réalisation dont le CSSS est le plus fier?
11. Selon vous, quels seraient les atouts et barrières de l'organisation ou de son environnement qui ont facilité l'implantation de la réforme?
  - a. Présence CAU
  - b. Table locale DRMG
  - c. Leader pour le projet clinique
  - d. Rôle de l'Agence
12. Qu'est-ce qui distingue le CSSS des autres CSSS de la région de Montréal? Quelles sont ses valeurs particulières?
13. Comment vous décririez le rôle des Agences et du MSSS dans le processus d'implantation des RLS?

### Regard sur l'avenir

14. Quels sont vos objectifs pour les années à venir?
15. Quelles sont vos principales priorités dans l'avenir?
16. Aujourd'hui, comment vous définiriez les principaux défis à venir?
17. Est-ce que vous croyez que vous avez de nouveaux rôles/ de nouvelles habiletés à développer pour continuer?

### Pénétration de la réforme dans l'organisation

18. Pour terminer, quelles sont les conditions qui permettent le passage du stratégique à l'opérationnel? Comment vous nous décririez l'évolution de la compréhension de la réforme à travers l'organisation? Quelles ont été les initiatives que le CSSS a mis en place pour faire comprendre la réforme? Qui a joué un rôle central dans l'animation de cette compréhension?
19. Selon vous, comment la transformation pénètre dans l'organisation?