

# Évaluation

## de l'implantation des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux

ÉVALUATION

SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX



# Évaluation

## de l'implantation des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux

### ÉVALUATION

### SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX

Ministère de la Santé et des Services sociaux  
Direction de l'évaluation

Mai 2010

**Rédaction**

Ginette Côté et Christine Lanctôt  
en collaboration avec Sylvie Rheault

**Coordination de l'évaluation**

Sylvie Rheault

**Personnes ayant participé à l'évaluation**

Dans le cadre des travaux qui se sont déroulés pendant cinq années, plusieurs personnes ont collaboré à cette démarche d'évaluation ou nous ont quittées depuis. Pour le personnel professionnel : Annie Boivin, Karine Bourque, Pauline Brosseau, Lisette Dumas, Maxime Doran-Plante, Joanie Gingras, William Murray et Bruno Théorêt. Pour le personnel technique : Sandra Blier, Martin Gariépy, Christine Garneau, Catherine Hallé, Annie Labrecque et Suzanne Lévesque.

Lysette Trahan et Marie Demers ont aussi participé à la rédaction de la première proposition d'évaluation.

**Éditique**

Martine Turcotte

**Révision linguistique**

Anne Dauphinais

**Édition**

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Le présent document a été publié en quantité limitée et n'est maintenant disponible qu'en version électronique à l'adresse : [www.msss.gouv.qc.ca](http://www.msss.gouv.qc.ca)

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

**Dépôt légal**

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2010

Bibliothèque et Archives Canada, 2010

ISBN : 978-2-550-58877-1 (version imprimée)

ISBN : 978-2-550-58878-8 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion du présent document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction partielle ou complète du document à des fins personnelles et non commerciales est permise, uniquement sur le territoire du Québec et à condition d'en mentionner la source.

## **Collaboration et commentaires**

### **Membres du comité de suivi**

Sylvie Berthiaume (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec), Dr Marc Billard (Collège des médecins du Québec), Ghyslaine Brosseau (Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec), Jacques Couillard (Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux), Nicole Desgagnés (Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue), Robert Granger (Conseil québécois d'agrément), Richard Grignon (Agence de la santé et des services sociaux de Laval), Gilles Patry (Ministère de la Santé et des Services sociaux), Pierre Riley (Fédération des centres d'action bénévole du Québec).

### **Autres membres ayant participé au comité de suivi**

Dr Laurent Boisvert (Association des hôpitaux du Québec\*), Mireille Dumont-Lemasson (Association des CLSC et des CHSLD du Québec\*), Dre Joëlle Lescop (Association des hôpitaux du Québec\*), Jacinthe Normand (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec), Noël Neveu (Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue), Louise Petit (Ordre des pharmaciens du Québec), Louise Rousseau (Agence de la santé et des services sociaux de Laval), Gyslaine Samson Saulnier (Ministère de la Santé et des Services sociaux), Michel Tassé (Ordre des pharmaciens du Québec).

\*L'Association des hôpitaux du Québec et l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec se sont fusionnées en 2005 pour devenir l'Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux.

### **Membres du comité « aviseur »**

Louis Demers (École nationale d'administration publique), Jean-Louis Denis (Université de Montréal), Diane Morin (Université Laval), Daniel Turcotte (Université Laval) et Jean Turgeon (École nationale d'administration publique).

### **Membres du comité de lecture**

Mylaine Breton (Université de Montréal), Louis Demers (École nationale d'administration publique), Marie-Josée Fleury (Université McGill), Anne Gauthier (Ministère de la Santé et des Services sociaux), Andrée Quenneville (Ministère de la Santé et des Services sociaux) et Monique Savoie (Ministère de la Santé et des Services sociaux).



## Remerciements

Nos remerciements vont d'abord à chacune des personnes rencontrées en entrevue individuelle ou en groupe de discussion lors de notre collecte de données dans les huit réseaux locaux de services évalués. Toutes ces personnes nous ont partagé avec enthousiasme leur point de vue sur leurs perceptions de l'implantation des centres de santé et de services sociaux et des réseaux locaux de services. Nos remerciements vont aussi aux membres du personnel ayant répondu aux questionnaires concernant le climat de travail dans leur établissement ainsi qu'à toutes les personnes rencontrées lors de la collecte de données sur les trajectoires de services.

Nous tenons également à remercier toutes les équipes des directions générales pour leur accueil ainsi que les personnes chargées de la logistique de nos visites sur le terrain dans chacun des sites.

Un merci particulier s'adresse aux membres du comité de suivi dont le soutien et les commentaires judicieux ont permis d'éclairer et d'enrichir l'analyse à chacune des étapes de réalisation de l'étude. Enfin, nos remerciements vont aussi aux membres du comité de lecture qui nous ont amenés à préciser et à raffiner notre pensée.



## Sommaire

À la demande du Ministère, une proposition d'évaluation a été conçue afin d'examiner l'impact des RLS sur certains aspects de l'offre et de l'organisation des services de santé et des services sociaux.

**Les objectifs de l'évaluation** se résument en quatre points : 1) comprendre les enjeux, les leviers et les contraintes de la mise en place des RLS dans le cadre de la réorganisation des services; 2) examiner l'implantation des structures et des moyens nécessaires à l'actualisation de l'intégration des services dans le cadre des RLS; 3) mesurer l'influence des RLS sur l'accessibilité des services de première ligne, incluant les services de prévention et médicaux, ainsi que sur le suivi et la prise en charge des personnes ayant eu recours aux services; 4) dégager les conditions qui favorisent ou entravent le fonctionnement et l'efficacité des RLS.

**L'approche retenue** est une étude de cas multiples jumelée à une approche formative qui implique des allers-retours constants sur le terrain afin de valider les résultats. Huit RLS ont été sélectionnés afin de couvrir diverses réalités avec lesquelles doivent composer les RLS au Québec. Trois collectes de données ont été réalisées sur le terrain (automne 2004, printemps 2006 et automne 2007). Diverses techniques de collecte de données qualitatives et quantitatives ont été utilisées et leur combinaison a permis une triangulation des résultats. Ainsi, pour chaque CSSS-RLS, des données ont été recueillies lors des entrevues individuelles effectuées auprès des gestionnaires et administrateurs du CSSS et des groupes de discussion auprès du personnel du CSSS, de médecins et de partenaires. Des trajectoires de services d'utilisateurs, des inventaires de services, des enquêtes sur les cliniques médicales et un sondage auprès des employés ont été réalisés principalement en 2004-2005 et en 2007-2008. L'analyse des données administratives, le suivi des indicateurs de gestion et l'analyse documentaire ont été effectués en continu. De plus, un sondage auprès de la population a été réalisé en début d'évaluation.

**Le présent rapport** vise à documenter le processus d'implantation des CSSS-RLS, notion qui recouvre deux réalités, soit celle de l'instance légale qui devait d'abord se constituer, le CSSS, et celle qui la lie à l'ensemble de ses partenaires, le RLS. De manière plus particulière, le contexte de départ des CSSS-RLS est décrit. Ensuite, les processus d'intégration organisationnelle et clinique et leur potentiel sur l'accessibilité et la continuité des services offerts à la population sont examinés. Enfin, les principaux enjeux soulevés par la réorganisation sont analysés.

**Le contexte de départ** des huit CSSS-RLS à l'automne 2004 relève certaines particularités pouvant influencer l'intégration organisationnelle et clinique. Parmi les huit CSSS-RLS évalués, deux CSSS étaient déjà fusionnés avant 2004; cependant, le processus d'intégration n'était pas achevé. Parmi les six sites nouvellement fusionnés, deux CSSS comptent plus de trois territoires de CLSC alors que les autres en comptent deux. Le volet hospitalier diffère d'un CSSS à l'autre : de taille importante dans un site, de taille moyenne dans quatre autres, de petite taille dans deux cas et absence de CH dans un site. Concernant la rétention de la population par le CH, deux sites affichent un taux de rétention élevé, une faible rétention est observée dans quatre cas et deux autres sites présentent une rétention moyenne.

**Évaluation de l'implantation des réseaux locaux  
de services de santé et de services sociaux  
Rapport final**

---

Les assises territoriales et populationnelles qui définissent les RLS soulevaient, lors de la création des CSSS-RLS, certaines appréhensions. La grande superficie du territoire, la faible densité de population, la cohabitation des milieux ruraux et urbains ainsi que l'accroissement des besoins de la population apparaissaient comme les défis les plus exigeants que devaient relever les CSSS. En contrepartie, un petit territoire avec une communauté qui s'y identifie était considéré comme un élément favorable pour le déploiement du RLS.

Au départ, l'adhésion envers la création des RLS était plutôt mitigée. Quoiqu'un accord plutôt unanime se dégagait quant aux objectifs de la réforme, les craintes, plus vives dans certains sites, étaient manifestement plus importantes relativement à la fusion des établissements et des territoires.

**Le processus d'intégration organisationnelle** des CSSS-RLS est d'abord marqué par les différents projets de loi (n<sup>os</sup> 25, 30, 83 et 90), les balises et les nombreux plans d'action rédigés par le Ministère. À l'échelle régionale et locale, on apprécie le bien-fondé de ces documents. Toutefois, les nombreuses actions qui doivent en découler et les résultats attendus interfèrent dans la planification stratégique des établissements. De plus, le soutien financier du Ministère est qualifié d'insuffisant pour répondre aux multiples « commandes » auxquelles il faut répondre dans des délais jugés trop courts.

Le soutien offert par les agences semble plus positif, mais surtout en début de parcours. En effet, la majorité des agences se sont activement impliquées dans la création de nouveaux mécanismes de concertation et d'information (ex. : table de travail, bulletin d'information, journée de réflexion). Cependant, la qualité des liens entre les CSSS et leur agence demeure variable. De plus, la majorité des CSSS ont déploré, à un moment ou l'autre, le manque de soutien de leur agence en raison d'une absence de leadership ou d'un roulement important de personnel.

En 2006, à la suite de l'adoption du projet de loi n<sup>o</sup> 83 qui vient modifier la composition des conseils d'administration, la représentation par « secteur », c'est-à-dire par sous-territoire ou par mission, semble toujours importante pour certains établissements nouvellement fusionnés. Par contre, dans plusieurs CSSS, on observe le passage d'une approche stricte de protection des acquis par sous-territoire vers une approche propre au CSSS, mais avec des particularités locales. Par ailleurs, les CSSS sont parfois divisés entre les attentes de la population locale et les demandes venues de l'agence ou du Ministère. Pour les équipes de direction, la ligne d'imputabilité n'est donc pas toujours clairement définie.

Une fois les équipes de direction établies, les CSSS ont entrepris des actions visant une meilleure réorganisation à l'interne. Près de quatre ans après le début de la création des CSSS, on constate que la structure d'encadrement, le plan d'organisation et l'intégration des systèmes administratifs sont implantés ou ont relativement progressé partout. Certains travaux, qui varient en importance selon les CSSS, doivent être entrepris, tels que l'harmonisation des pratiques (entre CLSC), la mobilité du personnel, l'application du projet de loi n<sup>o</sup> 30 (ex. : liste de rappel) et autres règles de gestion.

Les différents sites évalués sont considérés comme plus ou moins avancés sur la question de l'intégration organisationnelle. Les stratégies utilisées conduisent à des configurations différentes et déterminent en partie le chemin parcouru par chacun des

**Évaluation de l'implantation des réseaux locaux  
de services de santé et de services sociaux  
Rapport final**

---

CSSS. Ainsi, le style de leadership (directif, participatif ou statu quo) exercé par la direction, l'importance (plus ou moins grande) attribuée aux mécanismes de concertation et de communication déployés pour impliquer et informer le personnel, les liens de confiance (plus ou moins serrés) entre la direction et le CA et l'ampleur du soutien de l'agence conditionnent à la fois la vitesse et la solidité des changements entrepris. Tous ces éléments influencent grandement le climat de travail et le degré d'adhésion du personnel aux changements proposés. En ce sens, la mobilisation des employés autour du projet organisationnel demeure un enjeu important et le sentiment d'appartenance reste à construire dans certains CSSS.

**Le processus d'intégration clinique** et le processus d'intégration organisationnelle se déroulent simultanément. Bien avant la réforme de 2004, certains CSSS pouvaient compter sur une forte tradition de partenariat alors que d'autres avaient manifestement plus d'efforts à déployer. Près de quatre ans plus tard, la structure de concertation s'est intensifiée avec les partenaires, particulièrement dans la foulée des travaux sur le projet clinique.

Le soutien obtenu par les agences pour l'élaboration du projet clinique a été considéré positivement dans l'ensemble des CSSS-RLS, surtout en début de processus. Ainsi, les agences ont implanté divers mécanismes de concertation et d'orientation pour favoriser le bon déploiement des projets cliniques. Toutefois, des insatisfactions ont été soulevées par des CSSS qui se disent, encore en 2007, en attente des travaux régionaux pour poursuivre leurs démarches. Le roulement de personnel, le manque de soutien financier et l'absence de porteur de dossier à l'agence viennent également ternir le portrait.

La plupart des CSSS ont axé leurs travaux sur l'intégration organisationnelle avant d'entreprendre le projet clinique comme tel. La majorité des CSSS ont également choisi d'aborder tous les programmes-services de front plutôt que d'adopter une approche par étape. Dans presque tous les sites, une personne est attirée à la démarche et différents mécanismes encadrent le processus. Certains CSSS ont associé leurs partenaires dès le départ, d'autres ont privilégié une approche plus concentrée à l'interne avant d'interpeller leurs partenaires. La participation et le degré de mobilisation varient selon les sites, mais également selon les groupes d'acteurs qui y participent (personnel, organismes communautaires, médecins omnipraticiens, partenaires institutionnels, partenaires du milieu). Dans l'ensemble, l'exercice soulève de l'enthousiasme et suscite l'adhésion des participants. Par ailleurs, les discussions mettent au jour des enjeux majeurs avec certains partenaires. Ainsi, la faible participation des médecins, le partage éventuel des rôles avec les établissements institutionnels ainsi que la préservation de l'autonomie des organismes communautaires s'élèvent parmi les défis les plus importants à relever pour les CSSS. Mentionnons enfin que tous les participants sont en attente de résultats tangibles pour la population.

Comme il en a été question pour le processus d'intégration organisationnelle, les différents sites présentent un état d'avancement variable quant à leur intégration clinique. Certains facteurs communs aux deux volets (organisationnel et clinique), soit le style de leadership exercé par la direction, l'importance accordée aux mécanismes de concertation et de consultation ainsi que le soutien de l'agence, influencent la rapidité et la solidité du projet.

**Évaluation de l'implantation des réseaux locaux  
de services de santé et de services sociaux  
Rapport final**

---

Enfin, bien que l'intégration clinique ne soit pas tout à fait terminée, certains CSSS-RLS, ont tout de même progressé sur ce volet. Par exemple, le partage de l'information clinique, tant à l'interne qu'avec les partenaires, révèle certaines améliorations, mais demeure un défi de taille pour les CSSS. À cet effet, les attentes à l'égard de l'informatisation clinique sont encore nombreuses puisque dans l'ensemble, peu de changements sont constatés. On note également, dans plusieurs sites, une augmentation des activités de concertation et de la formalisation des ententes.

**L'analyse de l'accessibilité et de la continuité des services** témoigne de l'influence des RLS sur l'accessibilité aux services de première ligne ainsi que sur le suivi et la prise en charge des personnes ayant eu recours aux services. Dans l'ensemble, des efforts ont été réalisés par les CSSS pour harmoniser les services de première ligne entre les territoires de CLSC nouvellement fusionnés ainsi que pour offrir des services de première ligne à proximité. Certaines avancées sont notées relativement au suivi des usagers, notamment grâce à l'implantation de suivis systématiques pour les personnes présentant des maladies chroniques et à l'utilisation plus fréquente des plans d'intervention et des plans de services individualisés. Également, les CSSS interviennent davantage en première ligne pour des clientèles desservies auparavant presque exclusivement par des établissements spécialisés. De plus, de nouvelles stratégies sont déployées pour améliorer le suivi après les séjours hospitaliers.

Par contre, peu de changements sont observés relativement à la disponibilité et à l'utilisation des services offerts par les CSSS. Dans le même sens, peu de réallocations budgétaires sont constatées de la deuxième et de la troisième ligne vers la première, et ce, même si des actions concrètes sont entreprises pour améliorer l'accès. Pour plusieurs services nécessitant des intervenants spécialisés, les délais d'attente en CSSS sont parfois importants. L'insuffisance des ressources humaines pour répondre à la demande, le manque de clarté des rôles entre la première et la deuxième ligne, l'absence de travail conjoint et les bris dans la transmission des informations, notamment pour les clientèles jeunes, expliquent en partie les délais et le manque de fluidité. L'accessibilité aux services médicaux ne s'est guère améliorée, mais l'implication des médecins dans la recherche de solutions mérite d'être soulignée.

**Trois types d'enjeux** sont soulevés par la réorganisation, soit les enjeux systémiques, structurels et organisationnels.

**Les enjeux systémiques** se rapportent d'abord à la gouvernance et au soutien en raison, notamment, des rôles plus ou moins bien définis entre les paliers national, régional et local et en raison de la concomitance de l'application de plusieurs projets de loi (ex. : n<sup>os</sup> 25, 30, 83, 90). Les CSSS doivent de plus répondre aux nombreuses commandes dans de courts délais, mettre en œuvre des plans d'action sans que les implications financières aient été évaluées et tenir compte du cadre serré des ententes de gestion qui ne correspondent pas toujours aux priorités établies par les établissements et leurs partenaires. L'allocation des ressources constitue toujours un enjeu pour le déploiement des CSSS-RLS si on considère le manque de personnel et le budget inadéquat qui ne peuvent ni assurer la transition vers les CSSS, ni soutenir l'implantation. Enfin, les attentes sont encore nombreuses envers le Ministère quant à l'informatisation; à commencer par l'équipement de base qui se révèle insuffisant et souvent désuet.

**Concernant les enjeux structurels**, les données indiquent que les expériences de fusions antérieures n'influencent pas la rapidité du processus d'intégration. Par exemple, dans le cas des établissements fusionnés avant 2004, l'intégration organisationnelle et clinique n'est pas plus avancée que dans les autres CSSS-RLS évalués. La grandeur du territoire et le nombre d'installations fusionnées ne sont pas, en soi, une contrainte à la vitesse de réalisation du processus d'intégration. Par contre, certains enjeux relatifs à l'organisation des services sont particuliers aux très grands territoires de même qu'aux plus petits. La présence ou non d'un CH parmi l'instance est un facteur qui peut, en partie, influencer la vitesse de réalisation du projet clinique et organisationnel. À cet égard, le CSSS n'ayant pas de CH se démarque des autres (avec CH) quant à sa progression plus rapide sur plusieurs volets. La fusion de CLSC se révèle par ailleurs difficile à réaliser. L'harmonisation des pratiques constitue un défi dans certains CSSS en raison, notamment, des façons de faire fort différentes entre les CLSC et des tensions qui en découlent. En revanche, le discours autour de la « peur d'être avalé par le CH » s'est sensiblement atténué, cédant le pas dans certains sites à une « contamination positive » entre les missions.

**Parmi les enjeux organisationnels**, la mobilisation des acteurs constitue un ingrédient indispensable au déploiement des CSSS-RLS. Dans les six CSSS plus avancés relativement à l'intégration organisationnelle et clinique, un accent important est mis sur la présence d'un grand leadership, sur la transparence dans la communication et sur l'intensification des mécanismes de concertation intra-CSSS et intra-RLS. À l'inverse, dans les deux sites où la mise en œuvre du CSSS-RLS tarde à venir, tous ces facteurs ont une plus faible portée. Toutefois, la collaboration soutenue des acteurs tant à l'intérieur du CSSS qu'entre les partenaires du RLS demeure un défi dans tous les territoires (partage des rôles de première et de deuxième ligne et faible disponibilité des médecins). Le climat de travail et l'adhésion au projet clinique et organisationnel constituent également des enjeux centraux. Malgré l'enthousiasme des gestionnaires, un essoufflement se fait sentir chez plusieurs d'entre eux. Pour le personnel, plusieurs changements organisationnels se conjuguent à un climat de travail déjà jugé difficile. En retour, le climat de travail teinte la rapidité des changements proposés. En effet, tous les CSSS composent avec un personnel peu enthousiaste face aux résultats probables de la fusion, déplorant une hiérarchisation et une bureaucratisation accrues : « trop de marches à l'escalier ». Le personnel déplore également l'éloignement du processus décisionnel et la communication lacunaire, et encore le peu d'effets remarquables sur le travail en équipe et sur l'amélioration des services.

**Enfin**, mentionnons que l'intégration organisationnelle et clinique n'est terminée dans aucun site. Toutefois, des avancées importantes sont à souligner si l'on considère le peu de temps écoulé depuis 2004 pour une réorganisation de cette ampleur. Il va sans dire que dans le but de compléter les travaux, les efforts doivent se conjuguer tant aux paliers national, régional que local.



## **Table des matières**

<b>Liste des tableaux et des figures.....</b>	<b>14</b>
<b>Liste des sigles et des acronymes .....</b>	<b>15</b>
<b>Introduction .....</b>	<b>17</b>
<b>Section 1 : Le contexte de départ.....</b>	<b>33</b>
1.1 L'histoire organisationnelle et la composition des CSSS .....	33
1.2 Les assises territoriales et populationnelles .....	36
1.3 L'adhésion à la proposition régionale (avant l'été 2004) .....	38
Résumé .....	40
<b>Section 2 : Le processus d'intégration organisationnelle .....</b>	<b>41</b>
2.1 La mise en place et l'évolution de la gouvernance.....	41
2.2 Les stratégies pour la mise en place des CSSS .....	44
2.3 La mise en place de la structure.....	47
2.4 La réorganisation administrative.....	51
Bilan du processus d'intégration organisationnelle .....	55
<b>Section 3 : Le processus d'intégration clinique .....</b>	<b>59</b>
3.1 La concertation et les activités conjointes .....	59
3.2 Le projet clinique .....	60
3.3 Les mécanismes pour assurer la continuité des services .....	65
Bilan du processus d'intégration clinique .....	69
<b>Section 4 : L'apport des RLS à l'accessibilité et à la continuité des services .....</b>	<b>73</b>
4.1 La perception de la population à l'égard des RLS.....	73
4.2 L'accessibilité aux services de première ligne.....	74
4.3 La continuité et la coordination des services.....	80
Résumé .....	85
<b>Section 5 : Discussion.....</b>	<b>87</b>
5.1 Retour sur les enjeux.....	87
5.2 Forces et limites de l'évaluation .....	94
<b>Conclusion.....</b>	<b>97</b>
<b>Bibliographie .....</b>	<b>99</b>
<b>Annexe 1 Rapports d'évaluation transversaux .....</b>	<b>103</b>
<b>Annexe 2 Références historiques .....</b>	<b>105</b>

## Liste des tableaux et des figures

Tableau 1	Sources de données selon les questions d'évaluation
Tableau 2	Principales caractéristiques de départ
Figure 1	Les acteurs dans le réseau local de services
Figure 2	Schéma d'analyse pour l'étude de cas

**Évaluation de l'implantation des réseaux locaux  
de services de santé et de services sociaux  
Rapport final**

---

## Liste des sigles et des acronymes

Agence	Agence de la santé et des services sociaux
AQESSS	Association québécoise des établissements de la santé et services sociaux
CA	Conseil d'administration
CH	Centre hospitalier
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins longue durée
CII	Conseil des infirmières et des infirmiers
CLSC	Centre local de services communautaires
CM	Conseil multidisciplinaire
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CSST	Commission de la santé et de la sécurité du travail
DCI	Dossier clinique informatisé
DI-TED	Déficience intellectuelle et trouble envahissant du développement
DP	Déficience physique
DPE	Dossier patient électronique
DRMG	Département régional de médecine générale
GMF	Groupe de médecine de famille
IPM	Index patient maître
Projet de loi n° 25	Loi sur les Agences de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux
Projet de loi n° 30	Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales et modifiant la Loi sur le régime de négociation des conventions collectives dans les secteurs public et parapublic
Projet de loi n° 83	Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives
Projet de loi n° 90	Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé
Projet de loi n° 125	Loi modifiant la Loi sur la protection de la jeunesse et d'autres dispositions législatives
Projet de loi n° 142	Loi concernant les conditions de travail dans le secteur public
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
Ministère	Ministère de la Santé et des Services sociaux
MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
PI	Plan d'intervention
PPALV	Personne en perte d'autonomie liée au vieillissement
PSI	Plan de services individualisés
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RLS	Réseau local de services (de santé et de services sociaux)



## **Introduction**

Plusieurs transformations ont été entreprises dans le réseau de la santé et des services sociaux au Québec au cours des années 2000. Ces changements s'inscrivent dans une perspective d'amélioration des services offerts à la population et pour lesquels un accent particulier est mis sur les services de première ligne tout en s'assurant de l'accès aux autres services plus spécialisés<sup>1</sup>. La mise en place des groupes de médecine de famille (GMF)<sup>2</sup> et des cliniques-réseau, dans le domaine de la santé, ou des plus récentes dispositions entourant la protection de la jeunesse<sup>3</sup> dans le cadre des services sociaux en sont de bons exemples. Cependant, la réforme la plus importante est sans doute la création des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (RLS), incluant des centres de santé et de services sociaux (CSSS), puisqu'elle allie des modifications structurelles, organisationnelles et cliniques qui touchent l'ensemble du système de même que tous les acteurs qui y sont impliqués (gestionnaires, personnel et partenaires).

Dans le but d'encadrer cette grande réforme, plusieurs documents d'orientation et des balises ont été diffusés et différents projets de loi ont été adoptés. Nous en reprenons ici l'essentiel.

## **Le contexte juridico-administratif**

En décembre 2003, l'Assemblée nationale du Québec adopte le projet de loi n° 25 intitulé *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*. Cette loi confie à chaque agence de la santé et des services sociaux (agence) la responsabilité de mettre en place, dans sa région, un nouveau mode d'organisation des services basé sur des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. À l'été 2004, 95 de ces réseaux locaux sont ainsi créés à travers le Québec. L'objectif principal de cette mise en réseau est l'amélioration de l'accessibilité, de la continuité, de l'intégration et de la qualité des services pour la population d'un territoire donné<sup>4</sup>, et ce, grâce à l'élaboration de projets cliniques et organisationnels. Soulignons qu'un accent particulier est mis sur l'implication et la collaboration de chaque

---

<sup>1</sup> Les services de première ligne (de base) s'appuient sur une infrastructure légère et regroupent les services généraux qui s'adressent à l'ensemble de la population et les services spécifiques pour des problématiques particulières (ex. : jeunes en difficulté, dépendances, maladies chroniques). Les services de deuxième ligne (spécialisés) nécessitent généralement une infrastructure importante et permettent de résoudre des problèmes sociaux ou de santé plus complexes. Les services de troisième ligne (surspécialisés) s'appuient sur des technologies sophistiquées et s'adressent à des personnes ayant des problèmes très complexes, dont la prévalence est faible. (MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *L'architecture des services de santé et de services sociaux : Les programmes-services et les programmes-soutien*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004a : 6).

<sup>2</sup> GAUTHIER, A. *Évaluation de l'implantation et des effets des premiers groupes de médecine de famille au Québec*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de l'évaluation, 2009.

<sup>3</sup> Projet de loi n° 125 modifiant la Loi sur la protection de la jeunesse et d'autres dispositions législatives.

<sup>4</sup> La notion de territoire utilisée dans ce document fait référence au territoire du réseau local qui peut inclure un ou plusieurs territoires de CLSC.

**Évaluation de l'implantation des réseaux locaux  
de services de santé et de services sociaux  
Rapport final**

---

intervenant ayant un impact sur les services de santé et les services sociaux du territoire.

Au cœur de chacun de ces RLS, on retrouve une nouvelle entité appelée « centre de santé et de services sociaux » (CSSS) issue de la fusion d'un ou de plusieurs centres locaux de services communautaires (CLSC), d'un ou de plusieurs centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et, pour environ les deux tiers d'entre eux<sup>5</sup>, d'un centre hospitalier de soins généraux communément appelé CH<sup>6</sup>. Certains CSSS incluent également un centre de réadaptation (CR). Les CSSS peuvent ainsi chapeauter plusieurs missions (CH<sup>7</sup>, CLSC, CHSLD et parfois CR) et de multiples installations, c'est-à-dire des lieux physiques où sont dispensés les services<sup>8</sup>. Environ le tiers des établissements qui constitueront les CSSS étaient déjà fusionnés en avril 2004, soit avant le déploiement officiel des CSSS.

Si le CSSS constitue le centre du RLS, des partenaires gravitent autour de ce noyau et participent activement à l'offre de services. Ces partenaires peuvent être institutionnels (les centres de réadaptation en déficience intellectuelle, en déficience physique et en toxicomanie, les centres jeunesse, les centres hospitaliers à mission régionale ou universitaire), privés (pharmacies, maisons privées d'hébergement, médecins omnipraticiens) ou communautaires (groupes communautaires, entreprises d'économie sociale). Chacun des CSSS compose également avec d'autres partenaires issus d'autres réseaux ou secteurs d'activité (ex. : commissions scolaires, municipalités, centres de la petite enfance).

Le document ministériel intitulé *L'intégration des services de santé et de services sociaux*, paru en février 2004, mentionne que le CSSS devient l'assise de cette nouvelle façon d'organiser les services et qu'il joue un rôle de coordination de la collaboration entre les acteurs du RLS. Le document précise également que le modèle proposé, soit le RLS, repose notamment sur une large gamme de services de première ligne offerts par l'ensemble des acteurs à proximité du milieu de vie, et sur la complémentarité de ces services. Cette complémentarité est basée sur des ententes formelles ou autres mécanismes qui assurent la prise en charge des personnes et facilitent leur cheminement dans l'ensemble du réseau<sup>9</sup>.

Deux principes servent également de fondement à la mise en œuvre du RLS : la responsabilité populationnelle et la hiérarchisation des services.

---

<sup>5</sup> Source : Fichier des établissements de santé et de services sociaux du Québec, Système M02, ministère de la Santé et des Services sociaux (SDI, mai 2006).

<sup>6</sup> Les CSSS ne comprenant pas de CH, doivent tout de même établir des ententes avec un ou des CH partenaires afin de rendre accessibles l'ensemble des services à la population de leur territoire.

<sup>7</sup> Au départ, les CH spécialisés ou ayant une affiliation universitaire, situés principalement en milieu urbanisé, ont été exclus des fusions. Toutefois, un CSSS compte maintenant un volet hospitalier ayant un statut universitaire.

<sup>8</sup> ST-PIERRE, M. A. Regards sur le système de santé et de services sociaux du Québec, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2009.

<sup>9</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *L'intégration des services de santé et de services sociaux. Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale des services sociaux, 2004b : 12.

**Évaluation de l'implantation des réseaux locaux  
de services de santé et de services sociaux  
Rapport final**

---

La responsabilité populationnelle peut être résumée de la manière suivante<sup>10</sup>:

La notion de responsabilité populationnelle implique que les intervenants qui offrent des services à la population d'un territoire local seront amenés à partager collectivement une responsabilité à son endroit, en rendant accessible un ensemble de services le plus complet possible et en assurant la prise en charge et l'accompagnement des personnes dans le système de santé et de services sociaux, tout en favorisant la convergence des efforts pour maintenir et améliorer la santé et le bien-être de la population.

Afin d'offrir des services mieux intégrés à la population, l'accent est mis sur une meilleure « hiérarchisation des services » en améliorant, entre autres, les mécanismes touchant les références entre la première et la deuxième ligne et entre la deuxième ligne et les services surspécialisés de la troisième ligne.

Le projet de loi n° 83 modifiant la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS) est adopté en novembre 2005. Cette loi vient, entre autres, clarifier la gouvernance du système en précisant les responsabilités à la fois pour le ministre de la Santé et des Services sociaux (Ministère), les agences et les CSSS. Sans reprendre l'ensemble des responsabilités qui incombent à chacun, mentionnons que les actions du Ministère sont surtout centrées sur la planification, le financement, le suivi et l'évaluation dans un but d'amélioration de la santé et du bien-être de la population et de qualité des services. Les agences exercent plus spécifiquement des fonctions de coordination en matière de financement, d'allocation de ressources humaines et de services spécialisés. Elles doivent également faciliter le déploiement et la gestion des réseaux locaux de services. Pour leur part, les CSSS sont « de manière exclusive, responsables de la définition d'un projet clinique et organisationnel pour le territoire qu'elles desservent ».

Soulignons toutefois que l'élaboration du projet clinique et organisationnel doit être le produit d'une étroite collaboration entre les CSSS et leurs partenaires du RLS. Dans le cadre de référence servant de guide à la réalisation du projet clinique, on définit le projet clinique selon trois axes : 1) la connaissance de l'état de santé et de bien-être et des besoins de la population locale; 2) les objectifs poursuivis concernant l'amélioration de l'état de santé et de bien-être ainsi que l'offre de services requise; 3) les modes d'organisation et les contributions convenues entre le CSSS et ses partenaires<sup>11</sup>. On indique que le projet clinique « intègre les dimensions sociales et de santé et tient compte de la diversité des interventions à offrir à une population définie ». On ajoute également que la démarche entreprise viendra lier en quelque sorte le volet organisationnel et les neuf programmes-services suivants : santé publique, services généraux (activités cliniques et d'aide), personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (PPALV), déficience physique (DP), déficience intellectuelle et trouble envahissant du développement (DI-TED), jeunes en difficulté, dépendances, santé

---

<sup>10</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Projet clinique - Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux – Résumé*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004c :5.

<sup>11</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Projet clinique – Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux – Résumé*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004c.

**Évaluation de l'implantation des réseaux locaux  
de services de santé et de services sociaux  
Rapport final**

---

mentale et santé physique. Mentionnons ici que, depuis l'année 2004-2005, un nouveau mode d'allocation budgétaire par programme-service a été instauré. Celui-ci tient compte des besoins de la population et des particularités régionales.

Outre l'adoption des projets de loi n<sup>os</sup> 25 et 83, deux autres lois contribuent également à la modification de certaines pratiques dans le réseau, soit les projets de loi n<sup>os</sup> 90 et 30.

Le projet de loi n<sup>o</sup> 90 intitulé *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé* a été adopté en juin 2002. Le préambule de cette loi prévoit un nouveau partage des champs d'exercices professionnels dans le domaine de la santé et voit à ce que certaines activités soient désormais réservées à différents professionnels (médecins, pharmaciens, infirmiers et infirmières, technologues en radiologie, diététistes, orthophonistes et audiologistes, physiothérapeutes, ergothérapeutes, infirmiers et infirmières auxiliaires, technologues médicaux et inhalothérapeutes).

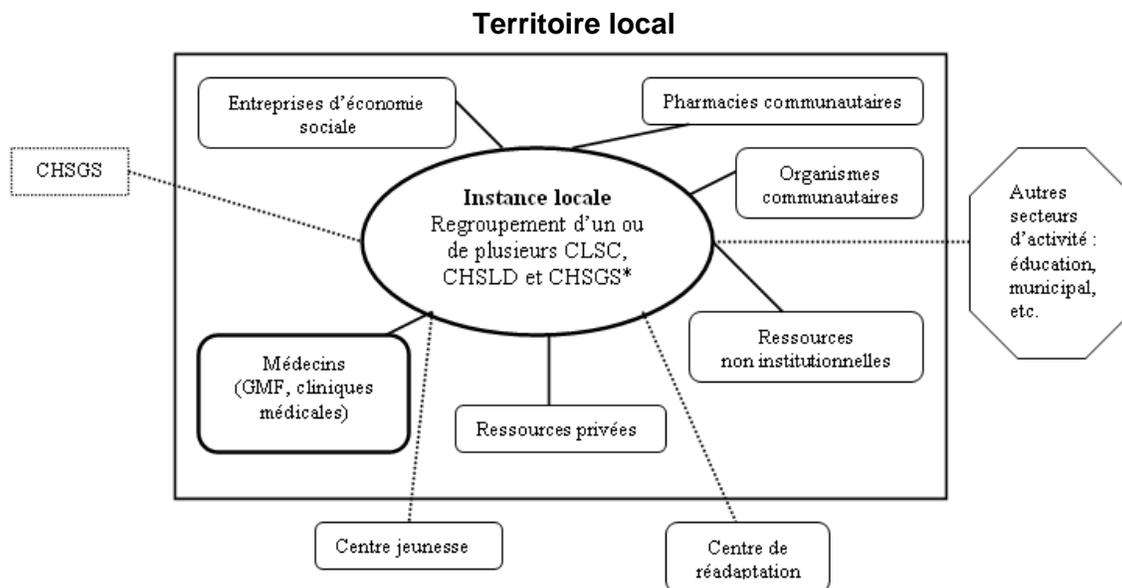
En décembre 2003, le gouvernement du Québec sanctionne également le projet de loi n<sup>o</sup> 30, soit la *Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales et modifiant la Loi sur le régime de négociation des conventions collectives dans les secteurs public et parapublic* qui vise à assouplir l'organisation du travail. Ce projet de loi établit les unités de négociation des établissements de santé et de services sociaux en fonction des quatre catégories de personnel suivantes : 1) le personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires; 2) le personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers; 3) le personnel de bureau et les techniciens et professionnels de l'administration; 4) les techniciens et les professionnels de la santé et des services sociaux.

Cette réorganisation et ces nouvelles responsabilités impliquent des changements majeurs et c'est afin de mesurer l'impact de la mise en place des RLS sur l'accessibilité, la continuité, la collaboration et l'implication des acteurs ainsi que sur l'organisation des services de santé et de services sociaux qu'une évaluation a été entreprise, dès 2004, par une équipe du Ministère.

**Évaluation de l'implantation des réseaux locaux  
de services de santé et de services sociaux  
Rapport final**

**Figure 1**

**Les acteurs dans le réseau local de services**



\*Une instance locale pourrait ne pas inclure un centre hospitalier en raison de l'absence d'une telle structure de services sur son territoire ou de la complexité d'intégrer ou de regrouper les services offerts par ce type d'établissements.

Source : MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *L'intégration des services de santé et des services sociaux. Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004c.

## Le mandat de l'évaluation

À la demande du Ministère, la Direction de l'évaluation a conçu une proposition d'évaluation afin d'examiner l'impact des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux sur certains aspects de l'offre de service ainsi que de l'organisation des services de santé et de services sociaux. Cette proposition a été entérinée par les autorités ministérielles le 14 juin 2004<sup>12</sup>.

<sup>12</sup> RHEULT, S. et COLL. *Implantation des réseaux locaux de services de santé et des services sociaux. Devis d'évaluation*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de l'évaluation, 2005 et Addenda, 2006 (voir annexe 1).

**Évaluation de l'implantation des réseaux locaux  
de services de santé et de services sociaux  
Rapport final**

---

Les objectifs de l'évaluation se résument en quatre points :

1. Comprendre les enjeux, les leviers et les contraintes de la mise en place des RLS dans le cadre de la réorganisation des services.
2. Examiner l'implantation des structures et des moyens nécessaires à l'actualisation de l'intégration des services dans le cadre des RLS.
3. Mesurer l'influence des RLS sur l'accessibilité des services de première ligne, incluant les services de prévention et médicaux, ainsi que sur le suivi et la prise en charge des personnes ayant eu recours aux services.
4. Dégager les conditions qui favorisent ou entravent le fonctionnement et l'efficacité des RLS.

Pour préciser les attentes ministérielles, six questions d'évaluation ont été élaborées :

1. Y a-t-il adéquation entre les structures, leviers et contraintes et les moyens mis en place pour assurer l'intégration des services et l'atteinte des objectifs?
2. Dans quelle mesure les RLS permettent-ils d'offrir une gamme complète de services de santé et de services sociaux à la population locale?
3. De quelle façon les RLS ont-ils fait évoluer l'accessibilité aux services de première ligne sur les territoires locaux?
4. Quel est l'apport des RLS à la continuité et à la coordination des soins et des services?
5. Quel impact ont eu les RLS sur la mobilisation et l'implication des prestataires de soins et de services dans l'organisation des services?
6. Comment les RLS sont-ils perçus par la population?

Afin de répondre à ces questions, divers outils conceptuels et méthodologiques ont été utilisés. Ces derniers sont résumés ci-après, mais les détails sont présentés dans les rapports de l'équipe d'évaluation regroupés à l'annexe 1.

### **La démarche d'évaluation**

L'étude de cas multiples a été retenue comme méthode d'évaluation. Les études de cas sont particulièrement appropriées lorsqu'il est difficile de dissocier un objet d'étude de son contexte ou lorsque l'accent est mis sur la compréhension d'un phénomène. De plus, ce type d'étude convient bien quand il s'agit d'analyser des événements en cours ou des situations où on a peu ou pas de pouvoir sur un grand nombre de variables<sup>13</sup>. Cette méthode permet également de mieux répondre à une préoccupation ministérielle, soit de cerner un éventail de situations observées dans les divers RLS.

---

<sup>13</sup> YIN, R. K. « Enhancing the Quality of Case Studies in Health Services Research », *Health Services Research*, vol. 34, n° 5, 2<sup>e</sup> partie (décembre 1999), p. 1209-1224.

**Évaluation de l'implantation des réseaux locaux  
de services de santé et de services sociaux  
Rapport final**

---

**La sélection des cas**

Huit RLS ont ainsi été retenus et se situent dans autant de régions différentes. Le choix de ces sites s'est fait par saturation des critères suivants :

Critères d'inclusion :

- Présence d'expériences de fusion sur le territoire local
- Fusion administrative complétée ou non, avant avril 2004
- Présence d'un centre hospitalier dans l'instance locale (CSSS)
- Présence d'un centre hospitalier ayant une mission régionale dans l'instance locale (CSSS)
- Présence d'un centre hospitalier universitaire (ou associé) sur le territoire local
- Présence de GMF sur le territoire
- Région centrale, périphérique ou éloignée des centres universitaires
- CSSS situé en milieu rural ou urbain
- Taille de la population (nombre d'habitants sur le territoire)
- Rétention faible ou élevée des populations sur le territoire
- Consensus faible ou élevé des partenaires sur le territoire concernant la proposition régionale à l'égard des fusions
- Autres éléments considérés, mais non déterminants dans le choix : existence d'ententes interrégionales, interprovinciales; présence d'une communauté anglophone ou autochtone; pénurie importante de médecins

Critères d'exclusion :

- Situation unique au Québec (ex. : CSSS de Laval ou de CLSC de Naskapi)
- Territoire faisant l'objet de projets de recherche ou d'évaluation, surtout si ces derniers impliquaient des mesures répétées

**Les sources de données**

L'évaluation des RLS a fait appel à une méthodologie mixte conjuguant des données qualitatives et quantitatives provenant de différentes sources. Ainsi, l'analyse présentée ici puise à même des entrevues individuelles et des groupes de discussion, des trajectoires de services, des enquêtes auprès de cliniques médicales, des sondages auprès du personnel, des indicateurs de gestion du personnel, des données administratives, de la documentation écrite et d'un sondage effectué auprès de la population. Trois collectes de données ont été réalisées. La première s'est déroulée essentiellement au cours de l'année 2004-2005 (Temps 0), la seconde a eu lieu au

**Évaluation de l'implantation des réseaux locaux  
de services de santé et de services sociaux  
Rapport final**

---

printemps 2006 (Temps 1) et la troisième s'est déroulée en 2007-2008 (Temps 2)<sup>14</sup>. Au total, la période d'évaluation couvre près de quatre ans.

**Les entrevues et les groupes de discussion**

Dans chacun des CSSS évalués, des entrevues individuelles ont été réalisées. À l'issue des trois collectes de données, les acteurs exerçant les fonctions suivantes ont été rencontrés : 1) présidence ou vice-présidence du conseil d'administration; 2) direction générale (ou l'intérim); 3) gestionnaires responsables d'un programme de première ligne (cadre supérieur ou intermédiaire); 4) gestionnaire responsable du projet clinique; 5) gestionnaire responsable à la Direction des ressources humaines (cadre supérieur ou intermédiaire) et gestionnaire de l'agence responsable des consultations menées à l'échelle régionale pour la création des RLS.

À chacun des temps de mesure, des groupes de discussion ont été menés avec des partenaires de chaque CSSS à l'étude. Ces groupes étaient constitués de représentants des milieux suivants : partenaires régionaux (centre jeunesse, centre de réadaptation, CH régional ou universitaire), organismes communautaires, ressource d'hébergement privée, clinique médicale ou pharmacie communautaire, entreprise d'économie sociale, partenaires du milieu (municipalité, centre de la petite enfance, commission scolaire, corps policier).

Des groupes de discussion ont également été tenus avec du personnel non cadre de chacun des établissements, et ce, aux trois temps de mesure. Les groupes étaient composés de personnel infirmier, de préposés aux bénéficiaires, de techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux ainsi que de préposés à l'accueil. Tous devaient offrir des services directs à la population. Dans chacun des sites, la répartition a tenu compte des diverses installations de l'établissement afin d'obtenir le point de vue du personnel provenant des anciens établissements fusionnés.

Selon les acteurs rencontrés, un accent était mis sur l'un ou l'autre des thèmes abordés en entrevue ou en groupe de discussion. Les thèmes portaient sur le processus d'implantation du modèle organisationnel (plan d'organisation, nomination du CA, des comités et des cadres, affectation des ressources humaines, matérielles et financières, etc.), le degré d'implantation du projet clinique (démarches réalisées, stratégies de concertation, etc.), les modes de collaboration intra-CSSS et intra-RLS (gouvernance, finalisation, connaissance et confiance et formalisation), le climat de travail (incluant l'implantation du projet de loi n° 30) et les leviers et contraintes pour le déploiement du CSSS-RLS.

Les entrevues et les groupes de discussion ont été réalisés à trois moments précis, soit à l'automne 2004 (Temps 0), au printemps 2006 (Temps 1) et à l'automne 2007

---

<sup>14</sup> Au départ, seulement deux collectes de données étaient prévues. Toutefois, deux modifications au devis initial ont été apportées. La première concerne l'ajout de groupes de discussion avec des médecins omnipraticiens et la seconde modifie l'échéancier en ajoutant une autre étape (Temps 2) à la collecte afin de mieux mesurer les changements qu'aura produits l'implantation des RLS (RHEAULT, S. et COLL. *Implantation des réseaux locaux de services de santé et des services sociaux. Devis d'évaluation*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de l'évaluation, 2005 et Addenda, 2006 (voir annexe 1).

**Évaluation de l'implantation des réseaux locaux  
de services de santé et de services sociaux  
Rapport final**

---

(Temps 2). Au terme de ces trois collectes de données, 462 personnes différentes ont été rencontrées. De ce nombre, 250 ont été rencontrées à deux reprises et 18 l'ont été à trois reprises.

**Les trajectoires de services<sup>15</sup>**

Six problématiques ont été retenues pour suivre les trajectoires de services des usagers à l'intérieur du réseau de la santé et des services sociaux : personnes âgées en perte d'autonomie ayant un diagnostic de prédominance, personnes âgées ayant un diagnostic de maladie pulmonaire obstructive chronique, adultes alcooliques ou toxicomanes, adultes diabétiques, jeunes ayant un trouble de comportement et jeunes déficients intellectuels de moins de 14 ans. Deux usagers par problématique pour chacun des sites ont été sélectionnés selon différents critères (ex. : nouvelle demande au CSSS, cas complexe, présence d'un intervenant principal).

Les données recueillies comprennent les résumés de dossiers du CSSS et des partenaires institutionnels selon le cas (ex. : centre jeunesse), un questionnaire auprès de l'intervenant principal ainsi qu'une entrevue auprès de l'utilisateur. L'ensemble des services reçus ont été considérés.

L'analyse des trajectoires de services a été effectuée à deux reprises. La première collecte de données rend compte des services reçus entre le 1<sup>er</sup> avril 2004 et le 31 mars 2005 (Temps 0) par 96 usagers. Une autre collecte de données a été réalisée pour des services fournis à 80 usagers entre le 1<sup>er</sup> avril 2007 et le 31 mars 2008 (Temps 2)<sup>16</sup>.

**Les inventaires de services**

En janvier 2005 (Temps 0), les CSSS ont complété une grille décrivant l'accessibilité géographique (lieux), l'accessibilité temporelle (heures d'ouverture) et l'accessibilité professionnelle (composante délai) pour chacune des activités cliniques et d'aide identifiées dans le document ministériel intitulé *Les services généraux offerts par les centres de santé et de services sociaux*<sup>17</sup>. La grille devait être complétée pour chacune des installations des CSSS, incluant les centres hospitaliers et les CHSLD.

Le même exercice a été repris trois ans plus tard (Temps 2).

---

<sup>15</sup> L'analyse des trajectoires de services s'appuie sur le modèle développé par HAGGERTY, J., et coll. *Continuité et accessibilité des soins de première ligne au Québec : barrières et facteurs facilitants. Rapport final*, Montréal, CHUM, mars 2004. Projet subventionné par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.

<sup>16</sup> Au Temps 2, dans un site, les trajectoires de services n'ont pu être complétées et pour certaines problématiques dans d'autres sites. Pour de plus amples explications, voir annexe 1 : RHEAULT, S. *Évaluation de l'implantation des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Continuité, coordination et intégration des services : Volet trajectoires de services*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de l'évaluation, 2009a.

<sup>17</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Les services généraux offerts par les centres de santé et de services sociaux*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale des services sociaux, 2004d.

**Évaluation de l'implantation des réseaux locaux  
de services de santé et de services sociaux  
Rapport final**

---

***Les enquêtes auprès des cliniques médicales***

Entre décembre 2004 et janvier 2005 (Temps 0), une enquête téléphonique a été réalisée auprès de toutes les cliniques médicales privées en omnipratique des territoires évalués. Les informations demandées comprenaient le nombre de médecins pratiquant dans la clinique, les heures d'ouverture avec ou sans rendez-vous, les spécialités de la clinique (si elles en ont) et le type de spécialités accessibles à l'intérieur des locaux de la clinique. Par ailleurs, les données ministérielles nous permettaient d'identifier les cliniques organisées en GMF de celles qui ne l'étaient pas.

Une nouvelle enquête a été effectuée trois ans plus tard (Temps 2).

***Les sondages auprès du personnel***

Des sondages sur le climat organisationnel ont été réalisés dans chacun des CSSS évalués. Six thèmes ont été généralement couverts par le sondage : la réalisation, l'implication, la collaboration, le soutien, le leadership, la communication et l'information. De plus, six énoncés, préparés par l'équipe d'évaluation, ont été ajoutés afin d'évaluer la perception du personnel quant à la mise en place des RLS.

Pour six CSSS, deux sondages ont été effectués, l'un au Temps 0 et l'autre au Temps 2. Pour les deux autres CSSS, un seul sondage a été accompli, dans un cas au Temps 0 et dans l'autre au Temps 1.

***Les indicateurs de gestion du personnel et les données administratives***

Un suivi d'indicateurs de gestion à partir de la banque de données R-25 du MSSS (rémunération des effectifs du réseau) a été effectué pour les huit sites évalués pour toutes les catégories de personnel. Les indicateurs retenus sont les suivants : nombre d'heures par emploi, répartition des emplois selon le statut (temps plein, partiel ou occasionnel), nombre moyen d'heures travaillées (régulières et supplémentaires) par statut d'emploi, proportion des heures de maladie utilisées, assurance salaire et Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST), pourcentage des départs durant l'année et taux de roulement.

Pour évaluer l'accessibilité aux services de première ligne, de nombreuses données administratives ont été exploitées. Les données proviennent de : 1) la RAMQ (nombre de médecins omnipraticiens, indice d'autosuffisance des médecins, taux de rétention des services en omnipratique en cabinet privé, distance parcourue lors d'une hospitalisation de courte durée, du recours à l'urgence ou lors d'une consultation en clinique privée, proportion de la population inscrite auprès d'un GMF, taux d'utilisation des services médicaux); 2) I-CLSC (services refusés en CLSC, utilisation des services de santé parentale et infantile, utilisation des services de santé scolaire, utilisation des services infirmiers généraux, utilisation des services psychosociaux, soutien à domicile posthospitalier); 3) Med-Écho (taux de rétention des hospitalisations de premier niveau); 4) M-30 (coûts pour certains services de première ligne et dépenses de première ligne, soit santé publique, services généraux et clientèles spécifiques); 5) Statevo (M02) (ressources en lits de courte durée).

**Évaluation de l'implantation des réseaux locaux  
de services de santé et de services sociaux  
Rapport final**

---

Le suivi des indicateurs de gestion et des données administratives a été réalisé en continu à partir de 2003-2004 jusqu'en 2007-2008.

***La documentation écrite***

Plusieurs types de documents ont été consultés pour compléter le portrait du processus d'implantation du projet clinique et organisationnel, notamment les procès-verbaux, les rapports annuels, les journaux internes et les communiqués de presse des CSSS, les protocoles d'entente entre les CSSS et leurs partenaires, les comptes rendus des tables de travail (projet clinique), les plans d'action issus des projets cliniques, les rapports annuels des agences et tout autre document pertinent.

La collecte de la documentation écrite s'est effectuée en continu à partir de 2003-2004 jusqu'en 2007-2008.

***Le sondage auprès de la population***

À l'automne 2004, un sondage auprès de la population adulte du Québec concernant l'utilisation et la connaissance des services de santé et des services sociaux et la satisfaction à leur égard a été réalisé. Le sondage a été conçu afin de distinguer les utilisateurs de services des non-utilisateurs.

La collecte des données s'est déroulée du 20 octobre au 6 décembre 2004. Les entrevues ont été faites par voie téléphonique, assistée par ordinateur. Au total, 3 501 entrevues ont été menées.

Signalons que le devis initial de l'évaluation prévoyait un second temps de mesure afin de dresser un portrait de l'évolution de la perception de la population après l'instauration des CSSS-RLS. À la suite des résultats obtenus en 2005, la décision de ne pas procéder à un nouveau sondage a été prise avec les autorités ministérielles. D'abord, peu de changements dans les perceptions de la population générale étaient anticipés à court terme considérant que la réorganisation ne remettait pas en cause les services connus. La population continuerait, en effet, à consulter son médecin, à se rendre à son CLSC ou à son CH, même si ces services étaient regroupés dans une même entité juridique. De plus, les données recueillies en 2005 ont montré que le recours à un sondage pour mesurer l'évolution de la perception de la population, au regard d'une réforme fondée sur un meilleur réseautage des acteurs de la santé et des services sociaux, ne constituait pas l'option la plus efficiente.

**L'analyse des données**

Toutes ces sources de données ont été utilisées et leur triangulation a permis de répondre à l'ensemble des questions d'évaluation tout en contribuant à une meilleure compréhension de la complexité de l'implantation des CSSS-RLS.

Précisons dès maintenant l'emploi de la notion de CSSS-RLS puisque dans les faits l'implantation des RLS recouvre deux réalités, soit celle de l'instance légale qui devait d'abord se constituer, le CSSS, et celle qui la lie à l'ensemble de ses partenaires, le

**Évaluation de l'implantation des réseaux locaux  
de services de santé et de services sociaux  
Rapport final**

RLS. Le tableau suivant fait le lien entre les questions d'évaluation et les principales sources de données auxquelles nous avons eu recours.

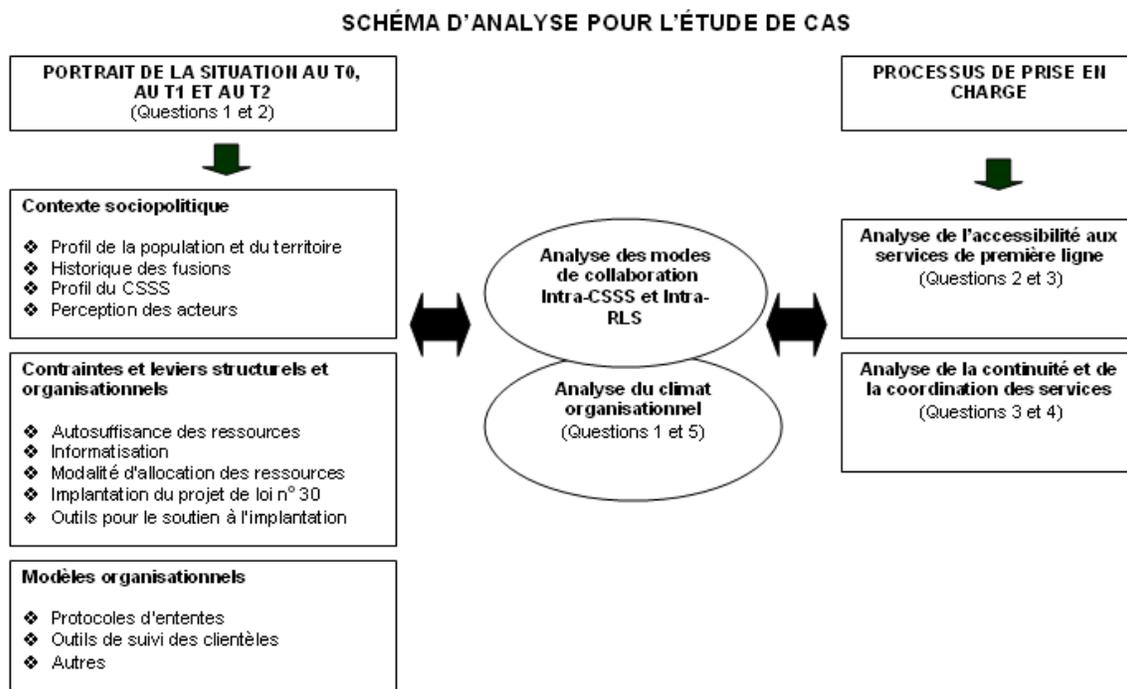
**Tableau 1  
Sources de données selon les questions d'évaluation**

<b>Questions de l'évaluation</b>	<b>Principales sources de données</b>
Y a-t-il adéquation entre les structures, leviers et contraintes et les moyens mis en place pour assurer l'intégration des services et l'atteinte des objectifs?	Entrevues individuelles, groupes de discussion, analyse documentaire, analyse de données administratives, sondage auprès du personnel.
Dans quelle mesure les RLS permettent-ils d'offrir une gamme complète de services de santé et de services sociaux à la population locale?	Entrevues individuelles, analyse documentaire, analyse de données administratives, inventaires de services, enquêtes cliniques médicales.
De quelle façon les RLS ont-ils fait évoluer l'accessibilité aux services de première ligne sur les territoires locaux?	Entrevues individuelles, analyse documentaire, analyse de données administratives, inventaires de services, enquêtes cliniques médicales, trajectoires de services.
Quel est l'apport des RLS à la continuité et à la coordination des soins et des services?	Entrevues individuelles, groupe de discussion, analyse documentaire, trajectoires de services.
Quel impact ont eu les RLS sur la mobilisation et l'implication des prestataires de soins et de services dans l'organisation des services?	Entrevues individuelles, groupes de discussion, sondage auprès du personnel, analyse de données administratives.
Comment les RLS sont-ils perçus par la population?	Sondage auprès de la population.

Une analyse de l'ensemble des données a été effectuée pour chacun des sites évalués, et ce, aux trois temps de mesure. Le rapport du Temps 0 fait état de la situation au moment la mise en œuvre des CSSS-RLS, le rapport du Temps 1 rend compte de l'évolution entre les deux temps de mesure et le rapport du Temps 2 trace l'évolution du CSSS-RLS depuis 2004. Le schéma suivant a permis d'organiser la somme des informations recueillies en vue d'une analyse des diverses composantes du CSSS (intra-CSSS) et de la dynamique de collaboration à l'intérieur du RLS (intra-RLS).

**Évaluation de l'implantation des réseaux locaux  
de services de santé et de services sociaux  
Rapport final**

**Figure 2**



Outre les rapports par site, des analyses transversales<sup>18</sup>, c'est-à-dire qui rendent compte des données des huit sites et les synthétisent, ont également été effectuées sur certains volets plus précis, soit le processus d'implantation, la collaboration des médecins, le climat de travail, l'accessibilité aux services de première ligne, les trajectoires de services et la collaboration intra-CSSS et intra-RLS<sup>19</sup>.

### La mise à profit des résultats

Une démarche formative s'est aussi imposée dès le départ. En effet, dans la mesure où l'évaluation s'inscrit dans un processus de mise en œuvre de nouveaux modèles organisationnels et que les facteurs facilitant ou entravant les démarches ont pu être décelés en cours d'évaluation, des résultats ont été communiqués à l'équipe de direction et au conseil d'administration (CA) de chacun des CSSS évalués. Ainsi, un rapport détaillé ou une synthèse ont été présentés dans tous les sites après l'analyse des données suivant chacune des collectes. De plus, d'autres documents concernant les

<sup>18</sup> Voir annexe 1.

<sup>19</sup> L'analyse de la collaboration intra-CSSS et intra-RLS s'appuie plus particulièrement sur le modèle développé par D'AMOUR et COLL., 1999 et 2003. Ce modèle repose sur dix variables regroupées en quatre dimensions : 1) la gestion (centralité, leadership, partage des ressources, connectivité et concertation); 2) la finalisation (finalités, allégeances du personnel ou des partenaires); 3) l'intériorisation (connaissance mutuelle et confiance); 4) la formalisation (existence de protocoles ou ententes et infrastructure d'information).

**Évaluation de l'implantation des réseaux locaux  
de services de santé et de services sociaux  
Rapport final**

---

résultats du sondage effectué auprès du personnel, les trajectoires de services, les indicateurs de gestion, etc., ont aussi été partagés avec eux. Certaines données ont ainsi pu être validées en cours de route et cette rétroaction a bonifié les documents déposés aux établissements. Ces rapports sont confidentiels et demeurent la propriété des établissements.

Une synthèse d'environ deux pages a également été acheminée à chacune des personnes rencontrées en entrevue individuelle et en groupe de discussion à chacun des trois temps d'observation.

Afin de respecter les engagements de confidentialité que la Direction de l'évaluation a pris envers les CSSS-RLS évalués, les sites ne sont pas identifiés et des efforts particuliers ont été déployés pour éviter qu'ils le soient. Les données présentées sont donc anonymisées et traitées de manière globale plutôt que par site.

## **Le contenu du rapport**

Le présent rapport vise à documenter le processus d'implantation des CSSS-RLS. De manière plus particulière, les CSSS-RLS sont examinés sous l'angle des processus d'intégration organisationnelle et clinique et selon leur potentiel relatif à l'accessibilité et à la continuité des services offerts à la population.

Ce rapport comporte cinq sections. La première section présente le contexte de départ des différents CSSS-RLS; conséquemment, les données présentées couvrent uniquement la période 2004-2005 (Temps 0). Sous la forme d'un portrait descriptif, l'histoire organisationnelle des CSSS, les assises territoriales et populationnelles et le point de vue des acteurs lors des premières consultations sur l'implantation du projet de loi n° 25 sont présentés. Les principaux atouts et contraintes envisagés au départ par les divers acteurs locaux sont également exposés.

La deuxième section aborde l'évolution du processus d'intégration organisationnelle des CSSS et l'analyse s'appuie sur les données recueillies aux trois temps de mesure et en continu. Dans un premier temps, la mise en place et l'évolution de la gouvernance (Ministère, agence, CA, direction générale) sont abordées. Par la suite, les différentes stratégies (ex. : leadership, concertation, communication) déployées par les directions générales dans la construction des CSSS sont exposées. De plus, la mise en place de la structure organisationnelle (ex. : encadrement, comités, plan d'organisation) suivie de la réorganisation administrative sont décrites. Un bilan du processus organisationnel menant à une catégorisation des sites clôt cette section.

La troisième section est axée sur l'intégration clinique. L'analyse se base également sur les données recueillies aux trois temps de mesure et en continu. Cette section rend compte des activités conjointes élaborées par les différents CSSS-RLS et des mécanismes mis en place pour favoriser l'intégration clinique. Une attention particulière est portée au projet clinique en raison de l'importante mobilisation du personnel et des partenaires impliqués, ainsi que des enjeux qu'il soulève. Des conditions préalables à l'optimisation de l'intégration clinique, telles que le partage des informations cliniques, l'informatisation de même que la formalisation d'ententes entre partenaires, sont aussi

**Évaluation de l'implantation des réseaux locaux  
de services de santé et de services sociaux  
Rapport final**

---

présentées. Un bilan du processus d'intégration clinique menant à une catégorisation des sites termine également cette section.

La quatrième section dresse un portrait évolutif de l'accessibilité aux services de première ligne et de leur continuité. Ce portrait est basé sur des données recueillies au Temps 0 et au Temps 2. Une brève description d'un sondage effectué auprès de la population québécoise à l'égard des RLS débute cette section. Ensuite, l'accessibilité aux services de première ligne (ex. : en CLSC, services médicaux) est exposée. Enfin, la continuité et la coordination des services sont illustrées par l'analyse de trajectoires de services.

La dernière section ouvre sur une discussion qui met au jour les principaux enjeux systémiques (ex. : gouvernance, soutien), structurels (ex. : expérience de fusion, volet hospitalier) et organisationnels (ex. : mobilisation des acteurs, climat de travail). C'est dans cette section que sont examinés les principaux leviers et contraintes en lien avec les expériences observées dans les différents CSSS-RLS évalués. En conclusion, les actions à compléter afin d'optimiser la réforme sont également énoncées.



## **Section 1 : Le contexte de départ**

Cette section vise à retracer le contexte organisationnel dans lequel s'inscrit le processus d'implantation des huit CSSS-RLS à l'automne 2004. Il s'agit ici d'un portrait essentiellement descriptif où sont présentés les principaux atouts et contraintes envisagés par les divers acteurs locaux lors de la mise en place des CSSS-RLS ainsi que certaines particularités pouvant influencer les démarches d'intégration. D'abord, l'histoire organisationnelle des CSSS est exposée sous l'angle des réorganisations qui précèdent leur création. Les assises territoriales et populationnelles ayant un impact possible sur la mise en œuvre des RLS sont ensuite examinées. Enfin, l'adhésion et le point de vue des acteurs lors des premières consultations sur l'implantation du projet de loi n° 25 sont présentés. Pour faciliter la compréhension du texte qui suit, un tableau synthèse illustre les principales caractéristiques des huit CSSS-RLS évalués (voir tableau 2).

### **1.1 L'histoire organisationnelle et la composition des CSSS**

L'histoire organisationnelle des CSSS lève le voile sur certains aspects liés, notamment, aux expériences acquises antérieurement qui ne peuvent se dissocier du contexte entourant la mise en place des CSSS-RLS. Ainsi, la vitesse à laquelle se déroulera le processus d'implantation de même que le degré d'adhésion des divers acteurs à la réforme peuvent être pressentis à la lumière des réorganisations qui caractérisent les installations du CSSS.

#### **L'histoire organisationnelle**

Parmi les huit RLS évalués, deux CSSS étaient déjà fusionnés avant l'adoption du projet de loi n° 25, leur procurant une longueur d'avance pour le déploiement du RLS. Dans un cas, le CSSS avait convenu, bien avant la loi, d'instaurer une approche par programme ainsi qu'une gestion financière par programme. Dans l'autre cas, toutes les missions du CSSS sont regroupées sous un même toit. Ainsi, bien que ces deux établissements aient déjà franchi la première étape, tout laisse croire que la fusion précédant la réforme de 2004 n'était pas beaucoup plus qu'une fusion administrative. « Notre fusion, elle est faite sur papier. Dans la culture, dans notre approche, dans nos philosophies de gestion on n'est pas tout à fait fusionné. »

La plupart des autres sites ont une histoire organisationnelle relativement stable qui révèle peu de changements structurels significatifs, soit un ou deux épisodes de fusions au cours des dix dernières années<sup>20</sup>. Trois CSSS témoignent par ailleurs d'une plus grande expérience en la matière, procurant certains acquis pour l'éventuel déploiement du CSSS-RLS. Alors que certaines de ces démarches ont été plutôt positives et malgré les fusions volontaires de certains établissements, « ça a pris quand même entre 7 à 10 ans avant que ça tourne bien ». Par contre, certains changements structurels survenus avant la réorganisation de 2004 ont généré, dans certains cas, des conflits qui

---

<sup>20</sup> L'expérience de fusions fait référence aux regroupements effectués avant 2004, soit dans les anciens établissements composant le nouveau CSSS. Les expériences de fusions regroupent celles de CLSC avec des CHSLD et/ou celles de plusieurs CHSLD.

**Évaluation de l'implantation des réseaux locaux  
de services de santé et de services sociaux  
Rapport final**

ont laissé des traces significatives au sein des nouveaux CSSS ou avec certains partenaires.

**Tableau 2  
Principales caractéristiques de départ**

	<b>Caractéristiques de la fusion</b>	<b>Taille du CSSS-RLS</b>	<b>Volet hospitalier</b>	<b>Rétention de la population par le CH et les cliniques médicales</b>	<b>Caractéristiques des populations selon les territoires de CLSC</b>	<b>Adhésion à la proposition régionale</b>
<b>Cas 1</b>	Peu d'expérience de fusions antérieures	2 territoires de CLSC  Petit territoire	CH de taille moyenne	Faible rétention par le CH et les cliniques	Profil semblable  Milieu urbain	Faible consensus
<b>Cas 2</b>	Expérience de fusions antérieures	2 territoires de CLSC  Grand territoire	CH de taille moyenne	Rétention élevée par le CH et les cliniques	Profil semblable  Milieu rural	Favorable
<b>Cas 3</b>	Expérience de fusions antérieures	Plus de 3 territoires de CLSC  Grand territoire	CH de taille importante	Rétention moyenne par le CH et les cliniques	Profil différent  Cohabitation rural/urbain	Mitigée
<b>Cas 4</b>	Aucune expérience de fusion antérieure	2 territoires de CLSC  Taille moyenne	CH de taille moyenne	Rétention élevée par le CH et les cliniques	Profil différent  Cohabitation rural/urbain	Mitigée
<b>Cas 5</b>	CSSS fusionné avant 2004	1 territoire de CLSC  Taille moyenne	Petit CH	Faible rétention par le CH et rétention moyenne par les cliniques	Un territoire de CLSC  Milieu urbain	Favorable
<b>Cas 6</b>	Expérience de fusions antérieures	Plus de 3 territoires de CLSC  Grand territoire	Pas de CH	Rétention moyenne par le CH et forte rétention par les cliniques	Profil différent  Cohabitation rural/urbain	Mitigée
<b>Cas 7</b>	Expérience de fusions antérieures	2 territoires de CLSC  Taille moyenne	CH de taille moyenne	Faible rétention par le CH et rétention moyenne par les cliniques	Profil différent  Cohabitation rural/urbain	Forte opposition à la fusion
<b>Cas 8</b>	CSSS fusionné avant 2004	1 territoire de CLSC  Petite taille	Petit CH	Faible rétention par le CH et rétention moyenne par les cliniques	Un territoire de CLSC  Milieu urbain	Favorable

**Évaluation de l'implantation des réseaux locaux  
de services de santé et de services sociaux  
Rapport final**

---

Le type de relations développées entre les établissements ainsi que les habitudes de collaboration antérieures jouent non seulement sur le degré de concertation des RLS, mais, plus encore, marquent le point de départ du projet clinique et organisationnel. Alors que certains sites peuvent compter sur une tradition bien ancrée de partenariat, d'autres ont manifestement davantage à construire. L'historique de collaboration entre les diverses installations et avec les partenaires démontre, dans certains cas, une culture de concertation développée (le plus souvent entre CLSC et avec des organismes communautaires). À l'inverse, d'autres sites témoignent de relations tendues issues de conflits antérieurs entre installations ou avec des partenaires qui parfois viennent entacher les liens de confiance. Par exemple, dans un site, des tensions animaient la dynamique CLSC-CH bien avant la fusion. Dans deux autres cas, le CH du CSSS vivait des désaccords importants avec un autre CH. Dans un cas, la rétention de la clientèle était au cœur des résistances compte tenu de la proximité des deux CH. Dans l'autre, l'enjeu se situait autour du partage des responsabilités entre le CH du CSSS et un CH partenaire desservant une partie de la population en raison de l'étendue du territoire.

Des enjeux se dessinent également entre les CSSS et leur agence au moment de la mise en place des RLS. Dans trois sites, les relations entre le CSSS à l'étude et l'agence paraissaient plutôt harmonieuses et le partage des rôles semblait satisfaire les deux parties. Par contre, dans deux cas, la dynamique relationnelle était quelque peu ambiguë. Un dédoublement des rôles compliquait les relations dans un territoire, et dans l'autre, le CSSS se remettait d'une situation difficile vécue avec son agence. Dans les trois autres sites, les relations entre le CSSS et leur agence étaient marquées par des tensions à peine voilées.

### **La composition des CSSS**

Parmi les autres caractéristiques inhérentes à la composition structurelle des CSSS qui peuvent influencer le processus d'intégration, retenons que le nombre d'établissements fusionnés varie considérablement d'un site à l'autre, soit de trois à cinq, et ces derniers sont répartis dans un nombre très variable d'installations, allant de cinq à vingt-six. Parmi les six sites nouvellement fusionnés, deux CSSS comptent plus de trois territoires de CLSC alors que les autres en comptent deux. Le volet hospitalier diffère également d'un CSSS à l'autre; il est de taille importante dans un site, de taille moyenne dans quatre autres et de petite taille dans deux cas<sup>21</sup>. Un seul site n'inclut pas de centre hospitalier, mais le CSSS doit tout de même établir des ententes avec un CH partenaire afin de rendre l'ensemble des services accessibles à la population de son territoire. Enfin, un CSSS comprend deux missions régionales et un autre inclut un CH régional.

La rétention de la population par le CH<sup>22</sup>, qui comptait parmi les critères de sélection des sites, constitue un facteur qui joue sur l'accessibilité et teinte les dynamiques organisationnelles. En fait, certaines difficultés de rétention soulèvent des enjeux

---

<sup>21</sup> La taille des CH est qualifiée à partir de plusieurs variables : nombre de lits de courte durée, importance relative de la mission hospitalière dans le CSSS, nombre de lits par rapport à la population à desservir et les spécialités offertes en CH.

<sup>22</sup> La rétention de la population par le CH local mesure la proportion des hospitalisations (interventions de premier niveau ou spécialités locales) des résidents du territoire qui a eu lieu au centre hospitalier du CSSS ou au CH associé. Les taux de rétention sont classés en trois catégories : faible (moins de 50 %), moyen (entre 50 et 85 %) et élevé (plus de 85 %).

importants pour plusieurs sites. Seulement deux sites dénotent un taux de rétention élevé et l'un d'eux dessert un grand territoire. À l'inverse, une faible rétention de la population par le CH est observée dans quatre cas. Les deux autres sites présentent plutôt une rétention moyenne. Pour quatre CSSS, le fait d'être fusionné avec un CH qui ne permet pas de répondre à la demande de la population du territoire constitue une contrainte. En effet, dans ces sites, ce ne sont pas toutes les spécialités médicales locales (ou de premier niveau) qui sont offertes au CH (ex. : obstétrique). Enfin, trois CSSS témoignent d'une dépendance plus ou moins importante à l'égard d'un CH régional situé à proximité.

En ce qui a trait à la rétention de la population à l'égard des consultations médicales en cliniques privées<sup>23</sup>, la situation est sensiblement plus favorable pour la majorité des sites. Les CSSS-RLS avec un taux de rétention élevé de l'hôpital de référence connaissent également une bonne rétention de la population par les cliniques médicales de leur territoire. À l'opposé, le site qui présente le plus faible taux de rétention par les cliniques médicales est celui dont le taux de rétention par le CH est aussi le plus faible. Deux sites présentent des taux de rétention élevés, autant pour les consultations médicales que pour les hospitalisations.

Enfin, s'ajoutent aux autres difficultés de rétention la forte pénurie de médecins dans un site et la combinaison du contexte urbain/forte densité de population qui limite la fidélisation de la population dans un autre cas. Soulignons également qu'avant la fusion, trois CSSS ne comptaient aucun GMF ou aucune clinique-réseau au sein de leur territoire et qu'un seul CSSS-RLS se démarquait par sa forte proportion de GMF.

## **1.2 Les assises territoriales et populationnelles**

Plusieurs éléments reliés à la composition des CSSS-RLS ont été perçus au départ comme des entraves ou, au contraire, comme des leviers pour leur déploiement. La configuration territoriale et le profil de la population constituent des facteurs qui peuvent influencer les stratégies mises de l'avant par les établissements en lien avec la responsabilité populationnelle que le CSSS partage avec ses partenaires.

### **Le profil du territoire**

La superficie du territoire des huit RLS diffère considérablement, passant de 10 km<sup>2</sup> à 12 849 km<sup>2</sup>. Deux CSSS-RLS couvrent un petit territoire, trois sont de taille moyenne et trois sites desservent un grand territoire<sup>24</sup>. Conséquemment, le nombre de résidents sur le territoire ainsi que la densité de la population présentent des écarts importants d'un site à l'autre<sup>25</sup>. La population la plus élevée est d'environ 220 000 personnes tandis que

---

<sup>23</sup> Rétention de la population en clinique privée : proportion des services médicaux consommés auprès de médecins omnipraticiens situés sur le territoire de RLS. Les taux de rétention sont classés en trois catégories : faible (moins de 50 %), moyen (entre 50 et 85 %) et élevé (plus de 85 %).

<sup>24</sup> La taille des territoires de CSSS-RLS comprend trois catégories : petit (moins de 1 500 km<sup>2</sup>), moyen (entre 1 500 et 4 500 km<sup>2</sup>) et grand (plus de 4 500 km<sup>2</sup>).

<sup>25</sup> La distinction entre les milieux urbains et ruraux se fonde principalement sur la densité de la population dans les territoires de CLSC (variation allant de 4,5 à 10 500 habitants au km<sup>2</sup>) ainsi que sur la présence d'agglomérations urbaines.

**Évaluation de l'implantation des réseaux locaux  
de services de santé et de services sociaux  
Rapport final**

---

la plus petite compte autour de 33 000 résidents et la densité de la population varie de 4,2 à 10 454 personnes au km<sup>2</sup>. Entre ces deux extrêmes se situent les six autres CSSS-RLS qui affichent une densité moyenne (de 12,8 à 29,2). Par ailleurs, dans quatre sites, il existe de grandes différences sur le plan de la dispersion de la population entre les secteurs fusionnés, et ce, en raison de la cohabitation de milieux urbains et ruraux. Dans ces sites, la délimitation du territoire était source de mécontentement puisque cela risquait, selon plusieurs propos, d'entraîner une répartition inégale des services et des expertises, un regroupement qui aurait tendance à privilégier les grands centres au détriment des secteurs plus éloignés.

La grande superficie du territoire était perçue tantôt comme un avantage, mais le plus souvent comme un frein à l'intégration. D'une part, la forte densité de la population associée à un grand territoire suppose un plus grand bassin d'expertise et un bon déploiement des services locaux. En revanche, des difficultés de gestion liées à la faible densité de la population sur un grand territoire constituent une tout autre réalité; ceci implique de longues distances à parcourir pour couvrir les nombreuses installations ainsi que des temps de déplacement importants et parfois problématiques. De plus, une population plus fortement dispersée complexifie aussi l'organisation des services en ce qui a trait à l'accessibilité locale et à la continuité des soins et des services. D'ailleurs, les distances à parcourir pour une hospitalisation de courte durée ou pour se rendre à l'urgence ou dans une clinique privée diffèrent grandement d'un RLS à l'autre. Deux sites se distinguent sensiblement des autres affichant des distances extrêmes directement liées à la densité de la population du territoire<sup>26</sup>.

À l'opposé, la faible étendue du territoire était considérée dans la majorité des cas comme un élément favorable pour l'organisation des services. La délimitation du RLS qui correspond à un seul territoire administratif ou politique (ex. : municipalité régionale de comté, commission scolaire) était majoritairement perçue comme une force pour le processus d'implantation. Cette configuration est d'autant plus avantageuse lorsqu'elle représente un « territoire naturel » avec une communauté qui s'y identifie. Par contre, une absence de correspondance territoriale du RLS avec les autres territoires administratifs ou politiques s'inscrivait comme un facteur contraignant qui, selon plusieurs propos, risquait de rendre difficile l'action intersectorielle et de créer des enjeux sociopolitiques importants (compétition, rapports de force).

### **Le profil de la population**

En ce qui concerne le profil sociodémographique de la population des RLS évalués, bien qu'il soit très variable d'un site à l'autre<sup>27</sup>, plusieurs aspects communs peuvent influencer l'offre de services et soulèvent plusieurs enjeux. Pour la majorité des territoires, l'accroissement des besoins de la clientèle, associée notamment au vieillissement de la population, constitue une préoccupation majeure pour les CSSS.

---

<sup>26</sup> Les moyennes de ces distances pour les 20 % des trajets les plus longs sont de 5 km pour le RLS avec une forte densité et de 78,8 km pour le territoire faiblement peuplé.

<sup>27</sup> Les caractéristiques socioéconomiques des populations des territoires de CLSC qui ont été fusionnés ont été comparées. Lorsque des écarts notables sont observés, notamment pour l'une ou l'autre des variables suivantes : proportion de la population âgée, scolarisation, revenu moyen, pourcentage de parents seuls, etc., il est précisé dans le tableau 2 que le profil de la population diffère selon les territoires de CLSC.

**Évaluation de l'implantation des réseaux locaux  
de services de santé et de services sociaux  
Rapport final**

---

Parmi les autres caractéristiques de la population qui confrontent le RLS à des défis concernant la demande et l'organisation des services, soulignons le taux de pauvreté élevé, l'augmentation de la proportion de personnes immigrantes, les communautés autochtones, la forte proportion de vacanciers, la diversité culturelle et linguistique, le nombre élevé de personnes vivant seules, la forte proportion de problèmes sociaux chez les jeunes et les réalités sociales et communautaires divergentes d'un milieu à l'autre. Dans les quatre sites où existe une cohabitation rurale/urbaine, le profil de la population diffère entre ces milieux et se pose comme une difficulté supplémentaire au regard de la responsabilité populationnelle. En effet, des différences notables en termes de besoins de santé et de services sociaux selon les secteurs (rural/urbain) complexifient l'organisation de l'offre de services sur l'ensemble du territoire.

Par ailleurs, certains éléments favorables reliés au profil de la population ont été identifiés par les établissements, tels qu'une population plutôt homogène sur le plan des caractéristiques sociodémographiques et des besoins de services, un tissu communautaire robuste et impliqué auprès de la population, un sentiment d'appartenance de la population à l'égard de son milieu et un dynamisme de la population locale engagée socialement et politiquement.

### **1.3 L'adhésion à la proposition régionale (avant l'été 2004)**

Rappelons qu'après une large consultation et dans le respect des balises qui leur ont été fixées, les agences devaient soumettre au ministre leur proposition de découpage territorial et institutionnel pour les RLS. Les diverses réactions quant à cette proposition régionale permettent de saisir, dans un premier temps, l'accueil reçu par les acteurs locaux face à la réforme et à la fusion des établissements.

À la suite de l'adoption du projet de loi n° 25, les différentes démarches entreprises par les agences ont donné lieu à des séances publiques, des présentations de mémoires et autres documents, des interventions directes et des avis. Pour un site, un comité consultatif regroupant des participants provenant de tous les milieux a été formé et mis en place par l'agence. Les stratégies de consultation déployées par les agences, fort différentes selon les régions, ont été critiquées par certains groupes d'acteurs, et ce, dans la moitié des sites. On déplorait alors la rapidité avec laquelle s'est déroulé le processus et, dans deux cas, on était très sceptique quant à l'intégrité de la démarche; dans un de ces sites, on parlait de consultation « bidon ».

#### **L'adhésion à la réforme**

Les réactions des divers groupes sur la proposition gouvernementale lors des démarches de consultation concernant l'implantation du projet de loi n° 25 étaient multiples et en majorité favorables aux objectifs de la réforme. Selon les commentaires recueillis, cette réorganisation devrait accroître l'efficacité du système en éliminant le fonctionnement des établissements par silo et en améliorant, par conséquent, l'accessibilité, la continuité et la réponse aux besoins de la population. Certaines réserves étaient néanmoins soulevées puisque « le réseau a besoin de crédits additionnels et davantage de personnel soignant et non pas d'une réforme de structures ». On craignait qu'une augmentation de la lourdeur administrative vienne

**Évaluation de l'implantation des réseaux locaux  
de services de santé et de services sociaux  
Rapport final**

---

affaiblir les services offerts à la clientèle. Des appréhensions ont également été manifestées quant aux conséquences possibles de cette réforme, telles qu'une fragilisation du réseau, des impacts considérables sur l'organisation du travail et une tendance dissimulée vers la privatisation des services.

Dans plusieurs cas, les conseils d'administration des anciens établissements ont été très actifs dans le processus de consultation et ont tenté d'agir sur la proposition en usant de stratégies diverses (ex. : proposition commune, formation d'un comité de vigilance, refus de procéder à la formation d'un CA commun). Soulignons enfin que certains groupes semblaient plus réfractaires lors des consultations publiques, particulièrement les groupes syndicaux et les organismes communautaires et, dans une moindre mesure, les médecins et certains comités formés de cliniciens, soit le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP), le conseil des infirmières et infirmiers (CII) et le conseil multidisciplinaire (CM).

### **L'adhésion à la fusion des établissements**

Bien qu'un consensus se dégage quant aux objectifs que sous-tend la réorganisation, les principales réserves et, dans certains cas, les oppositions étaient nettement plus palpables quant aux fusions d'établissements et de territoires. Les craintes les plus vives, provenant principalement des CLSC, concernaient la diminution des services en première ligne ainsi que la difficulté de préserver les volets de prévention et de promotion lorsque la fusion inclut un centre hospitalier. La perspective d'harmonisation des pratiques et la peur de perdre ses acquis ou « sa couleur locale » constituaient également un frein à l'adhésion lors de la fusion de plusieurs CLSC. Dans la même foulée, l'équilibre budgétaire et la réallocation de ressources par programme comptaient parmi les préoccupations des établissements.

Pour les deux sites fusionnés avant l'adoption du projet de loi n° 25, la fusion liée à une question de survie de l'hôpital a été vécue assez difficilement par le personnel. L'écart entre les volets social et hospitalier s'est fait ressentir de façon importante et a amené le personnel à vivre plusieurs inconvénients liés à l'organisation des services. À l'aube de la nouvelle réforme, soit cinq et sept ans plus tard, le choc des cultures organisationnelles est toujours d'actualité dans ces deux CSSS.

Parmi les sites nouvellement fusionnés, un seul était plutôt favorable au découpage territorial préconisé ainsi qu'à la fusion des établissements incluant le centre hospitalier. Dans trois sites, les inquiétudes étaient plus marquées et se sont traduites par des manifestations d'opposition à la fusion en raison du découpage préconisé ou par un refus de fusionner avec un CH. Devant la proposition territoriale et institutionnelle, les « secteurs résistants » se sont alliés à des comités de vigilance en se positionnant activement contre la fusion afin de « défendre leur territoire » ou « leur mission », d'effectuer des pressions sur l'agence, de mobiliser des groupes d'acteurs et, possiblement, d'influencer les perceptions du personnel et de la population sur certains enjeux entraînés par la fusion. Pour un site en particulier, cette farouche opposition s'est traduite par un refus net à la fusion.

## **Résumé**

Les expériences acquises avant l'adoption de la loi menant à la création des RLS, telles que les fusions d'établissements effectuées avant 2004 et autres changements structurels significatifs, peuvent teinter la façon dont cette nouvelle réorganisation sera vécue. Alors qu'une plus vaste expérience procure aux CSSS certains acquis pour mener à bien le déploiement du RLS, de longs processus d'intégration et des conflits liés à l'histoire organisationnelle ont laissé, dans certains cas, des séquelles qui influencent la vitesse à laquelle se déroule l'intégration organisationnelle et clinique ainsi que l'adhésion au projet. La composition des CSSS (volet hospitalier, nombre de CLSC), la taille des divers territoires et établissements qui forment le CSSS ainsi que la rétention de la population par le CH peuvent également jouer sur les stratégies mises de l'avant pour le déploiement du CSSS-RLS.

Tous les CSSS ont également à composer avec des assises territoriales et populationnelles qui définissent leur RLS. À ce chapitre, les principales appréhensions touchaient les territoires de grande superficie associés à une faible densité de population. L'absence de correspondance du RLS avec les autres territoires administratifs ou politiques constituait également un défi pour les nouveaux établissements autant que la cohabitation des milieux ruraux et urbains. En contrepartie, un petit territoire ou un « territoire naturel » avec une communauté qui s'y identifie était considéré comme un élément favorable pour le déploiement du RLS. Concernant le profil de la population du territoire, l'accroissement des besoins de la population vieillissante apparaissait comme un des défis les plus exigeants que devaient relever les CSSS quant à leur responsabilité populationnelle.

Enfin, au départ, l'adhésion envers la réforme et la création des RLS était plutôt mitigée. Même si un accord plutôt unanime se dégageait relativement aux objectifs de la réforme, les appréhensions, plus vives dans certains sites, étaient manifestement plus importantes quant à la fusion institutionnelle et territoriale.

## **Section 2 : Le processus d'intégration organisationnelle**

Dans la section précédente, nous avons vu dans quel contexte les CSSS-RLS se sont implantés. Dans cette section sont abordés les principaux éléments qui concourent, depuis 2004, à la formation des CSSS comme nouvelle entité organisationnelle. L'approche est évolutive et rend compte des avancées, mais aussi des freins que connaissent les établissements dans l'intégration de leur volet organisationnel. D'abord, la mise en place et l'évolution de la gouvernance (Ministère, agence, CA et directions générales) sont présentées. Par la suite, les différentes stratégies de concertation et de communication élaborées par les équipes de direction permettant la mise en œuvre des CSSS sont décrites. L'évolution du processus de réorganisation à l'interne (ex. : structure d'encadrement, plan d'organisation) et les changements administratifs qui en découlent sont également détaillés. Enfin, un bilan du processus d'intégration organisationnelle permettant une catégorisation des CSSS, selon leur degré d'avancement, termine la section.

### **2.1 La mise en place et l'évolution de la gouvernance**

Les divers paliers décisionnels jouent un rôle d'avant-plan dans la façon dont se construit le projet organisationnel des CSSS. Ainsi, les responsabilités du Ministère, des agences, des conseils d'administration et des équipes de direction des CSSS témoignent d'une nouvelle forme de gouvernance qui se module différemment selon les territoires et soulèvent plusieurs enjeux.

#### **Le Ministère**

Les balises associées au projet clinique et organisationnel ont été lancées en février 2004, selon lesquelles le Ministère devrait recentrer ses actions autour de ses fonctions premières, soit la planification (politiques et standards d'accès et de qualité), le financement, l'allocation des ressources financières, le suivi et l'évaluation. Le Ministère a ainsi ciblé des clientèles prioritaires et produit des plans d'action pour orienter les travaux aux niveaux régional et local. L'allocation par programme au niveau régional et, par la suite, actualisée progressivement au niveau local, est introduite pour favoriser l'intégration des diverses missions (CH-CLSC-CHSLD)<sup>28</sup>.

Tout au long de la période à l'étude, la pertinence des différentes orientations ou plans d'action ministériels (ex. : plan d'action en santé mentale) n'est pas remise en cause; d'ailleurs, on souligne depuis le début, l'importance et l'aide que ces orientations apportent au niveau local. Toutefois, pour les CSSS qui doivent mettre en œuvre ces attentes, les calendriers d'implantation ministériels ne respectent pas nécessairement leur propre planification et ne tiennent pas compte de leurs propres avancées. Par exemple, certains plans d'action ou cadres de référence ministériels sont rendus publics, alors que les établissements ont déjà établi leur propre planification stratégique

---

<sup>28</sup> Depuis l'année financière 2004-2005, un nouveau mode de budgétisation est entré en vigueur. L'allocation des ressources financières du Ministère vers les agences se fait dorénavant par programme plutôt que par établissement. Les agences tentent progressivement d'appliquer la même règle.

**Évaluation de l'implantation des réseaux locaux  
de services de santé et de services sociaux  
Rapport final**

---

concernant la clientèle concernée; ils doivent alors s'adapter. Par ailleurs, les scénarios de réalisation proposés par le Ministère ne sont pas toujours considérés comme réalistes. Le réseau semble avoir atteint un point de saturation à l'égard des changements et des multiples « commandes venues d'en haut », tant chez les cadres que chez le personnel. Il a été mentionné également que le Ministère continue pour sa part à fonctionner par mission (ex. : Direction des services sociaux et Direction des affaires médicales), alors que les orientations ministérielles pour le réseau ne vont pas dans ce sens.

Depuis 2004 et dans la majorité des cas, les différents acteurs jugent que le Ministère n'est pas très présent dans le cadre de la mise en œuvre des CSSS-RLS et qu'il se situe plutôt dans la sphère politique sans toutefois apporter d'appui concret aux paliers régional et local. Lorsque manifestée, la contribution du Ministère se limite à des collaborations en matière de formation et d'information (projets de loi n<sup>os</sup> 25, 30, projet clinique) et prend généralement la forme de documents ministériels (bulletins d'information, cadres de référence). Le soutien financier de la part du Ministère est qualifié d'insuffisant par les CSSS depuis le début du processus de fusion. Ainsi, les organisations ont dû puiser à même leur budget et leur personnel afin de réaliser la mise en place des CSSS-RLS. Le manque de suivi à l'implantation est également questionné puisque rien ne laisse croire que l'intégration du CSSS-RLS constitue encore, quatre ans plus tard, une priorité ministérielle. Plutôt, les nombreuses commandes et les délais qui les accompagnent prennent le pas sur le déploiement du projet clinique et organisationnel. On s'inquiète que le processus stagne et n'aboutisse pas en raison de nombreuses contraintes et du peu de moyens requis pour faciliter les démarches.

### **Les agences**

En ce qui concerne le soutien apporté par les agences depuis 2004, les établissements mentionnent en général qu'un appui actif et aidant a été apporté lors de la mise en place des CSSS-RLS. Cet appui se traduit, entre autres, par l'implantation du projet de loi n<sup>o</sup> 30 et le processus de négociation locale, des formations et de l'information sur le déploiement des projets cliniques, des balises relevant de certains programmes, la révision de certains mécanismes de concertation et de coordination (particulièrement concernant les ressources humaines) et la création de nouveaux mécanismes en fonction des programmes-services. On note par la suite un certain ralentissement des activités de coordination directement liées au volet structurel des CSSS. Par contre, les actions ont été plus en lien avec les établissements régionaux, notamment dans le cadre du projet clinique, à partir de 2006 (voir section 3.2).

Tout juste après la création des CSSS, les activités d'information et de communication organisées par les agences ont également connu un certain ralentissement en dehors des mécanismes formels (ex. : table des directeurs généraux, porteur de dossier RLS). Elles se sont ensuite révélées plus nombreuses dans tous les sites, à l'exception d'un seul pour lequel aucune action en ce sens n'a été entreprise. Pour les sept autres sites, les agences ont employé différents mécanismes d'information comme des bulletins, des feuillets, des journées de réflexion, des séances d'information ou des tables de travail. Au moins deux agences ont élaboré un plan de communication destiné aux CSSS. Dans plusieurs cas, les gestionnaires et, particulièrement ceux affectés aux ressources humaines, de même que les responsables de projets cliniques sont mieux informés des

**Évaluation de l'implantation des réseaux locaux  
de services de santé et de services sociaux  
Rapport final**

---

enjeux et partagent leur expertise grâce à des tables de travail qui les regroupent à l'échelle régionale.

Dans trois sites, les relations entre le CSSS à l'étude et l'agence étaient plutôt harmonieuses au point de départ et le partage des rôles semblait satisfaire les deux parties. Cette dynamique ne s'est maintenue que dans un cas, tandis que les deux autres CSSS se sont montrés insatisfaits du soutien apporté par leur agence, soit en raison d'un manque de leadership et du rôle d'arbitrage non assumé, soit en raison d'un roulement important de personnel occasionnant des failles dans la coordination et dans le suivi des dossiers. Mentionnons toutefois que depuis la création des CSSS-RLS, la majorité des sites ont déploré à un moment ou l'autre l'absence de leur agence en matière de soutien obtenu, et ce, pour ces mêmes raisons. Les relations avec l'agence qui étaient marquées par des tensions à peine voilées dans trois sites ne se sont guère améliorées au fil du temps. Dans un autre cas, on en était à l'étape de l'approvisionnement après avoir connu une période plutôt trouble et un autre CSSS était toujours dans une dynamique ambiguë quant aux rôles et responsabilités de chacun; un dédoublement était observé.

### **Les conseils d'administration des CSSS**

À l'automne 2004, pour la moitié des six établissements nouvellement fusionnés, le processus de nomination des conseils d'administration s'est bien déroulé et la représentativité des membres élus a été estimée adéquate. Par contre, dans les trois autres sites, des réactions plus ou moins vives se sont fait sentir de la part de certains groupes en raison d'une représentation jugée inéquitable des membres choisis, et ce, en fonction de leur sous-territoire ou de leur mission. La création des CA temporaires reflétant les anciens territoires de CLSC et établissements fusionnés ainsi que la présence de certains regroupements politiques qui y sont représentés (comités de vigilance ou de citoyens) ne conduisaient pas, dans certains sites, à une vision commune partagée par l'équipe de direction et le CA.

À la suite de l'adoption du projet de loi n° 83 qui vient modifier la composition des conseils d'administration, la représentation par « secteur », c'est-à-dire par sous-territoire ou par mission, semble toujours aussi importante pour ces établissements. Cependant, bien que les nouveaux conseils d'administration formés à l'automne 2006 soient dans plusieurs cas toujours en période d'apprentissage, on constate dans certains établissements le passage d'une approche stricte de protection des acquis par sous-territoire vers celle d'un CSSS, mais avec des particularités locales. Dans deux cas, ce changement a facilité le travail de l'équipe de direction en place; la situation antérieure ayant été paralysante. Depuis la composition des nouveaux CA, la dynamique existant entre le CA et l'équipe de direction s'est améliorée dans plus de la moitié des cas; les bons rapports se sont maintenus dans les autres cas. Dans l'ensemble, on remarque que les rôles et les mandats du CA et de la direction générale sont dorénavant bien campés, ce qui contribue à solidifier la vision du CSSS.

Par ailleurs, certains membres des conseils d'administration seraient quelque peu désillusionnés en ce qui a trait à leur rôle et à leur contribution. La prépondérance de la mission hospitalière dans les discussions, le grand nombre de sujets à l'ordre du jour, le peu de temps pour les approfondir et le peu de pouvoir réel sur les décisions viennent

**Évaluation de l'implantation des réseaux locaux  
de services de santé et de services sociaux  
Rapport final**

---

ternir le portrait quant au nouveau mode de fonctionnement des conseils d'administration. De plus, le CSSS est divisé entre les attentes de la population locale et les « commandes » venues de l'agence ou du Ministère. Il en résulte parfois de problèmes entre les divers paliers de la gouvernance ou de « double gouverne » (CA et agence). Pour l'équipe de direction, la ligne d'imputabilité n'est donc pas toujours clairement définie, ce qui cause des irritants et pose de sérieux défis, dans au moins un CSSS évalué.

### **Les directions générales des CSSS**

Rappelons que sur les huit sites évalués, deux étaient déjà fusionnés. Conséquemment, les équipes de direction ainsi que les conseils d'administration possédaient déjà certains acquis dans leur mode de fonctionnement. Pour un des CSSS, l'équipe de direction, relativement nouvelle en 2004, était considérée dynamique et motivée, ayant les qualités nécessaires pour amorcer une vision CSSS plutôt que par « mission ». Dans l'autre établissement fusionné, l'équipe de direction et le conseil d'administration avaient déjà réalisé beaucoup d'interventions pour réunir le nouvel établissement autour d'une même vision. Toutefois, l'orientation à prendre n'était pas partagée par l'ensemble du personnel. La volonté d'intégration s'est heurtée aux fortes susceptibilités relatives aux décisions prises dans les affectations budgétaires.

Pour les six autres CSSS, la nomination des directions générales s'est faite au cours de l'automne 2004. Dans deux cas, le processus de nomination a été retardé par le choix d'un concours ouvert à toutes candidatures (non réservé aux gestionnaires provenant des établissements fusionnés). La période d'incertitude a donc été plus longue pour le personnel et les gestionnaires en place. De plus, dans ces deux cas, la direction générale intérimaire ne faisait pas consensus; le leadership contesté ajoutait ainsi à l'instabilité. Les nouveaux conseils d'administration ont d'ailleurs commencé à fonctionner dans un climat de méfiance en raison des oppositions présentes au moment des consultations régionales pour la formation des CSSS. Dans les quatre CSSS où les directions générales ont été nommées plus rapidement (concours fermés), le personnel, les gestionnaires et les administrateurs se sont apprivoisés dans un climat de relative confiance. Dans ce contexte, la latitude que possédaient les directions générales pour amorcer les réflexions autour de la mission de l'établissement a été plus grande.

Au cours de la période observée, des changements ont eu lieu dans la direction générale de trois sites. Cette situation a été particulièrement déstabilisante pour un établissement qui a connu la succession de trois directions générales en l'espace de deux ans, ce qui entraîne des changements d'orientation et de style de gestion.

## **2.2 Les stratégies pour la mise en place des CSSS**

Pour établir les bases de la nouvelle organisation, différentes stratégies ont été déployées par les CSSS. La vitesse de réalisation ainsi que le contexte dans lequel se déroule le processus d'intégration du CSSS sont étroitement liés aux stratégies exercées par les directions générales.

## **Le leadership interne**

Une fois les équipes de directions établies, les CSSS entreprennent des actions visant une meilleure intégration organisationnelle. Trois CSSS développent une approche plus directive pour aller de l'avant. Dans un cas, en raison du changement de la direction générale, cette approche doit s'ajuster en cours de route. Le leadership de ce CSSS évolue par la suite vers une formule plus participative, déjà privilégiée dans trois autres sites. Pour des raisons différentes, deux sites maintiennent une forme de statu quo sur les façons de faire déjà en vigueur. Pour l'un, le manque de vision et d'adhésion de la direction quant à la réforme n'est guère porteur de changements; pour l'autre, le recours à la prudence et le contrôle de l'information paralysent l'organisation et mettent en péril la confiance des employés et des partenaires envers l'établissement. Dans les deux cas, le projet organisationnel est encore loin d'être un moteur à la mobilisation du personnel et à la construction du sentiment d'appartenance.

L'inévitable alourdissement de la structure hiérarchique qu'entraîne la fusion des établissements est un facteur de démobilisation important qui, selon le personnel, joue à plusieurs niveaux (perte de proximité avec ses supérieurs, affaiblissement des modes de communication, effritement de l'autonomie professionnelle, transformation du mode de gestion davantage *top-Down*). En effet, tous les CSSS composent avec un personnel qui perçoit encore peu de changements positifs à la fusion, qui déplore une hiérarchisation et une bureaucratisation accrues, « trop de marches à l'escalier » et peu d'effets sur le travail d'équipe et sur l'amélioration des services. Dans la plupart des sites, plusieurs moyens ont été exploités (reconnaissance, communication, transparence, consultations) pour désamorcer les craintes et les irritants vécus par le personnel. Mais force est de constater que les diverses stratégies manquent de continuité ou ne rejoignent pas le personnel puisque le climat organisationnel ne s'est guère amélioré depuis la fusion, comme le démontrent également les données de sondage<sup>29</sup>. Pour au moins la moitié des CSSS, les directions générales et des ressources humaines font une fine lecture de la réalité vécue sur le terrain, ce qui laisse croire que les actions entreprises seront centrées sur les besoins réels du personnel. Dans les autres CSSS, un décalage semble séparer la perception des gestionnaires de celle du personnel relativement au climat de travail, les premiers étant nettement plus positifs que les seconds.

## **La concertation**

Au début de la fusion, le personnel témoignait d'une carence importante quant aux mécanismes de concertation les impliquant dans la réorganisation, alors que la suite révèle davantage d'efforts consentis en ce sens. Tous les CSSS ont déployé des activités à l'interne et avec leurs partenaires (consultations, comités de travail, séances d'appropriation, audits, questionnaire, forum, etc.) concernant le plan d'organisation structurel, l'énoncé de la mission, la vision et les valeurs, la structure d'encadrement et/ou les orientations stratégiques de l'établissement à différentes étapes du processus. Tous les sites ont également bénéficié de formations communes et d'activités de reconnaissance qui favorisent, dans certains cas, l'interconnaissance. Dans six cas, la

---

<sup>29</sup> Un sondage sur le climat organisationnel auprès du personnel a été soumis à deux reprises, dans la plupart des sites, et une comparaison a été effectuée pour ceux qui ont réalisé cet exercice.

**Évaluation de l'implantation des réseaux locaux  
de services de santé et de services sociaux  
Rapport final**

---

poursuite ou l'intensification des mécanismes de consultation et de concertation est observée alors que les deux autres établissements, moins proactifs en la matière, offrent peu d'espaces de concertation. Par ailleurs, la diminution des espaces pour des rencontres informelles (ex. : cafétéria, aires de repos) favorisant les échanges est soulignée dans certains établissements.

Les stratégies de concertation déployées par les CSSS varient grandement et la capacité de mobilisation est en partie influencée par le type de leadership exercé. Les différentes approches utilisées par les directions suscitent des réactions diverses à l'interne. D'une part, on apprécie les démarches de consultation déployées par les directions pour la mise en place de la nouvelle organisation ainsi que l'approche transparente du CSSS. En revanche, la lenteur du processus et/ou le nombre élevé de consultations sont perçus négativement par certaines personnes qui indiquent que des décisions s'imposent, que « la période de flottement a assez duré ». D'autre part, le manque de consultation et/ou la rapidité avec laquelle sont prises les décisions constituent des irritants majeurs pour le personnel qui se sent floué. Les employés remettent en question les façons de faire de la direction alors que des décisions sont prises sans qu'ils soient consultés et informés uniquement une fois les faits accomplis.

### **La communication et l'information**

Tous les CSSS ont aussi déployé beaucoup d'efforts depuis la fusion pour mieux communiquer aux membres du personnel les changements entrepris afin, notamment, de réduire le sentiment d'insécurité et les tensions présentes dans l'organisation. Dans plusieurs établissements, la communication a même été élevée parmi les priorités d'action afin de susciter une meilleure adhésion à la réforme et, dans certains cas, d'en contrer l'effritement. En ce sens, pour tous les sites, à l'exception d'un seul, on note la présence d'une personne responsable des communications, tant à l'interne qu'à l'externe, et des relations avec les médias. Dans la perspective d'améliorer les communications et la transmission de l'information à l'interne, les directeurs généraux ont entrepris une tournée de chacune des installations de leur CSSS. Ces rencontres ont suscité partout une forte participation des membres du personnel qui pouvaient trouver réponse à certaines de leurs questions. Tous les CSSS ont élaboré un plan ou une politique de communication, ou sont en voie de le faire, et seulement deux CSSS ne disposent pas encore d'un site Internet et/ou Intranet. Dans la même veine, tous les CSSS diffusent maintenant un journal ou un bulletin d'information interne sous forme papier et, dans la majorité des cas, la forme électronique est aussi disponible. Pour trois sites, les décisions prises lors des réunions du conseil d'administration sont accessibles à l'ensemble du personnel et aux médecins de l'établissement sous la forme de comptes rendus ou de notes.

Toutefois, en dépit de la conscientisation des directions générales quant à l'impératif de mieux communiquer les changements qui ont cours dans les organisations et de mettre en place des moyens pour y arriver, les difficultés liées à la communication sont toujours aussi présentes qu'au début de la fusion. D'ailleurs, la communication demeure l'indicateur le plus faible dans les sondages effectués auprès du personnel (moyenne de 60,6 sur 100). Ainsi, malgré toutes les informations écrites disponibles, la lecture du journal interne ou des différents communiqués et missives ne semble pas faire partie des habitudes de la grande majorité du personnel qui estime manquer de temps

**Évaluation de l'implantation des réseaux locaux  
de services de santé et de services sociaux  
Rapport final**

---

(surcharge de travail) ou d'intérêt pour ces moyens de communication privilégiés par les directions générales. En fait, dans la plupart des cas, ce n'est pas tant le manque d'information qui serait en cause, puisque le personnel considère en avoir suffisamment et même trop, mais plutôt la facture de celle-ci (pas assez transparente, concrète et ciblée) et le moyen de la communiquer. La communication verbale par les supérieurs immédiats demeure sans doute le moyen le plus apprécié des employés.

Malgré tout, de manière générale et pour l'ensemble des sites, les employés se sentent peu informés de ce qui se passe dans leur CSSS et ont parfois l'impression que « les corridors » et les partenaires en savent plus qu'eux. Au mieux, le personnel directement impliqué dans les travaux entourant soit le projet clinique ou l'agrément bénéficie d'informations sur des enjeux particuliers. Pour au moins trois sites, les employés qui œuvraient au sein d'organisations où l'information circulait aisément avant la fusion estiment que la communication a perdu en transparence et en efficacité. Pour l'un de ces établissements, la situation est plus problématique; le personnel a l'impression qu'une forme de censure de l'information est exercée et la plupart des gens en savent peu sur les démarches entreprises par le CSSS. Dans ce contexte de méconnaissance, il devient difficile d'obtenir l'adhésion et d'attiser la confiance.

Pour la population, les stratégies d'information développées par les CSSS s'avèrent plutôt timides et se limitent très souvent à la publication de communiqués de presse dans les journaux locaux. Enfin, pour un seul site, une campagne d'information visant le grand public a été élaborée au niveau régional. La population de cette région a maintenant accès à un bottin des services généraux de santé et de services sociaux offerts par chacun des CSSS. Un autre site se distingue par la mise en place d'un mécanisme permanent de consultation auprès de la population, par la réalisation d'un sondage ayant pour but de cerner le niveau de connaissance des services offerts et par la production d'un bottin de ressources. Ce dernier mécanisme a d'ailleurs été discuté dans l'ensemble des sites comme étant un dispositif utile tant pour la population que pour les partenaires, incluant les médecins. Sa concrétisation est vivement souhaitée dans l'ensemble. Enfin, trois CSSS ont tenu au moins une assemblée publique d'information sur les changements en cours et un autre établissement a intensifié ses stratégies d'information visant le grand public. Pour l'un de ces sites, des dépliants présentant la mission, les valeurs et la vision ainsi que le code d'éthique de l'établissement sont disponibles dans les présentoirs des diverses installations. Toutefois, il semble que toutes ces tentatives d'information n'atteignent pas leur cible puisque les acteurs rencontrés estiment que la population n'est tout simplement pas au courant des changements.

### **2.3 La mise en place de la structure**

Les démarches réalisées pour la réorganisation à l'interne, telles que la structure d'encadrement, la formation des comités, le plan d'organisation, suscitent diverses réactions selon les stratégies développées par les CSSS.

## **La structure d'encadrement**

Depuis la fusion, la structure organisationnelle des nouveaux CSSS a connu plusieurs changements. Ainsi, les directions générales ont été nommées, les équipes de direction ont été formées et les cadres intermédiaires ont pris place graduellement dans l'organisation. Dans trois sites, une nouvelle personne a été assignée à la direction des ressources humaines en cours de route. Trois CSSS ont nommé de nouveaux cadres et des remaniements dans certaines directions ont été réalisés dans deux CSSS. À l'automne 2007, dans au moins trois sites, certains postes de cadres supérieurs restaient toujours à combler ou demeuraient intérimaires.

Pour trois établissements, la structure d'encadrement a été particulièrement longue à s'installer. Toutefois, que ce soit plus tôt ou plus tard, les mêmes expériences ont été vécues avec plus ou moins d'acuité selon les milieux. La nomination des cadres résulte d'un processus de sélection le plus souvent perçu comme insécurisant, tant par les employés que par les gestionnaires, même dans les sites où tout s'est déroulé plus rapidement. Les nombreux « changements de chaises », les fonctions assumées de façon intérimaire, mais surtout la faible disponibilité des gestionnaires ont soulevé et soulèvent toujours un vent d'inquiétude. Ainsi, depuis 2004 les cadres sont considérés par le personnel comme « absents », « que de passage » ou « toujours en réunion » et tellement surchargés « qu'on n'ose pas les déranger »; les contacts en personne avec les gestionnaires se raréfient et le rythme des réunions d'équipe s'en trouve également perturbé.

Dans la gestion du quotidien, cette situation est aussi difficile à vivre. Par exemple, les cadres doivent assumer des intérim, quelquefois dans des secteurs peu connus, et continuer à remplir les fonctions qu'ils exerçaient auparavant. Ils doivent participer activement à la mise en place du projet clinique et organisationnel et plusieurs suivent des formations sur la gestion du changement<sup>30</sup>. La surcharge de travail observée chez les gestionnaires dès le début de la fusion est toujours aussi importante près de quatre ans plus tard, sinon plus qu'avant. Un essoufflement est tangible. La distance entre les installations demeure, pour la moitié des sites, un facteur qui complexifie la gestion. Pour le personnel, cela peut aussi vouloir dire avoir plus d'un supérieur puisque la structure organisationnelle n'est pas encore totalement stabilisée. De plus, les membres du personnel évoquent toujours une perte de contact avec leurs supérieurs, ils se sentent isolés et peu soutenus. Dans plusieurs CSSS, la stabilité de l'organisation n'est pas encore gagnée et il règne toujours un sentiment de confusion à savoir « qui relève de qui et qui fait quoi ».

## **La formation des comités**

Dans l'ensemble, les démarches d'unification des comités professionnels (CM, CMDP et CII) se sont déroulées sans heurts. Dans plusieurs sites, une attention particulière a été portée à la représentativité des différentes missions dans les divers conseils.

---

<sup>30</sup> Presque tous les sites ont eu recours à des consultants ou à des firmes extérieures pour certains dossiers tel le soutien des cadres intermédiaires dans la gestion du changement ou la rédaction de documents stratégiques.

**Évaluation de l'implantation des réseaux locaux  
de services de santé et de services sociaux  
Rapport final**

---

La fusion des CMDP est perçue de façon généralement positive par les médecins, mais quelques bémols sont apportés<sup>31</sup>. D'une part, une meilleure connaissance des services offerts est constatée et certains y voient une occasion de progresser sur le plan de la valorisation de la première ligne et de l'organisation de certains services. Dans deux sites, où une situation conflictuelle était vécue avant la fusion, les médecins et l'organisation se disent très satisfaits du regroupement qui encourage la consolidation des liens et le développement d'un sentiment d'appartenance. D'autre part, plusieurs médecins déplorent la forte taille de la structure qui complexifie les processus de décision, d'autant plus que les pratiques représentées ne sont pas uniformes et regroupent des intérêts très diversifiés. Comme dans bien des instances nouvellement créées, ce sont les préoccupations du milieu hospitalier qui sont le plus souvent abordées, ce qui laisse peu de place pour la prise de décision concernant les CHSLD ou même les CLSC. On mentionne d'ailleurs que la fusion du CMDP aurait contribué à un désengagement chez certains médecins anciennement impliqués activement au sein du comité.

La formation des autres comités prescrits par la loi a également été effectuée par les CSSS dont le comité des usagers et des résidents, le comité de vigilance et de la qualité, le comité d'éthique clinique et le comité de gestion des risques. Certains sites ont également innové avec d'autres comités visant une optimisation de certains volets organisationnels et cliniques (comité des communications, comité des ressources humaines, comité des directions clientèles, comité du personnel non clinique, etc.). Pour des raisons stratégiques, les fondations qui, au départ, n'avaient pas l'intention de se fusionner ne le sont toujours pas.

### **Le plan d'organisation**

Les travaux d'élaboration des plans d'organisation se sont réalisés avec plus ou moins de rapidité et de concertation à l'interne. La plupart des établissements ont élaboré leur organigramme, dont certains de façon provisoire, dès la fusion des établissements. Pour les deux sites fusionnés antérieurement, le plan d'organisation est demeuré pratiquement inchangé mis à part certains réaménagements apportés en cours de route (ajout de certains comités, création de nouveaux postes, regroupement de certaines directions en fonction des programmes-services). On prévoyait toutefois, dans les deux cas, réviser le plan d'organisation en 2008. Un seul site a procédé à un remaniement important de sa structure interne après deux ans de vie. Cet ajustement visait à soutenir la transformation du CSSS en une gestion plus intégrée de l'ensemble des activités.

La démarche entreprise par les CSSS pour l'élaboration du plan d'organisation est étroitement liée au processus entourant le volet clinique du projet clinique et organisationnel et aux démarches d'agrément qui, selon l'approche adoptée par les établissements, revêt diverses couleurs. Ainsi, la plupart des sites ont adapté leur plan

---

<sup>31</sup> CÔTÉ, G. *Évaluation de l'implantation des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Analyse des groupes de discussion sur la participation des médecins aux réseaux locaux de services*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de l'évaluation, 2007a (voir annexe 1).

**Évaluation de l'implantation des réseaux locaux  
de services de santé et de services sociaux  
Rapport final**

---

d'organisation à la structure par programme<sup>32</sup>. Certains CSSS ont regroupé les divers programmes-services dans une même direction alors que d'autres ont créé une direction par programme-service; le programme santé publique est parfois traité de façon transversale. Dans six CSSS, on conçoit d'abord le plan d'organisation sur lequel vient s'appuyer le volet clinique du projet clinique et organisationnel. Inversement, deux CSSS mènent leurs travaux sur le volet clinique à partir desquels se définit graduellement la structure d'organisation. Dans un cas, cette approche a retardé le processus de nomination des cadres et l'adoption du nouvel organigramme, créant ainsi une période d'incertitude dans l'organisation. Pour la moitié des sites, la démarche d'agrément de l'établissement se fait simultanément aux travaux sur le projet clinique afin d'assurer un arrimage entre les deux exercices. Dans deux cas, la planification stratégique est également élaborée en concomitance avec ces deux démarches. En décembre 2007, la plupart des établissements avaient obtenu leur agrément, d'autres étaient en cours de processus et un seul CSSS n'avait pas entamé ces démarches.

Dans l'ensemble, un consensus se dégage quant au modèle d'organisation qui devrait favoriser une meilleure intégration clinique. Les intervenants sont ainsi regroupés par programme (ex. : santé mentale) et non plus par mission, CH ou CLSC, même s'ils sont situés dans des installations différentes. L'approche par programme n'est pas nouvelle en soi, cependant, ce qui est plus récent, c'est l'accent mis sur le travail conjoint de l'ensemble des intervenants œuvrant dans un même programme. Par ailleurs, certaines craintes sont manifestées quant aux changements apportés au nouveau modèle d'encadrement, notamment l'assurance d'une supervision clinique adéquate et l'émergence de nouveaux silos par la mise en œuvre des programmes-services.

### **L'approche par programme**

L'approche par programme est axée sur la collaboration entre les intervenants provenant de différentes missions (CH-CHSLD-CLSC) et est donc porteuse de plusieurs changements. En effet, si dans trois sites le clivage entre les missions, très manifeste au départ, est toujours évident, cette approche contribue à diminuer certaines craintes présentes en début de processus. Ainsi, dans la majorité des établissements, la peur de perdre les services de première ligne et le volet prévention/promotion lors de la fusion avec un CH, très vive à l'automne 2004, s'amenuise avec le temps et l'appropriation des uns et des autres se poursuit. En fait, bien que l'allégeance à la mission d'origine soit encore présente partout, et malgré le poids du CH dans l'organisation, la « vision » du CSSS en tant que nouvelle entité se forge tranquillement. Ce début d'intégration passe, entre autres, par des changements qui découlent de l'approche par programme. La volonté de mettre l'accent sur la première ligne, la prépondérance des directeurs provenant de CLSC, le travail multi-sites et le partage d'expertise entre le curatif et le préventif comptent parmi les facteurs ayant un effet de « contamination positive » entre le CLSC et le CH. Une meilleure connaissance et une plus grande confiance entre les intervenants directement impliqués en résultent et font le contrepoids au discours,

---

<sup>32</sup> Rappelons que les programmes-services sont : la santé publique, les services généraux (activités cliniques et d'aide), les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement, la déficience physique, la déficience intellectuelle et les troubles envahissants du développement, les jeunes en difficulté, les dépendances, la santé mentale et finalement la santé physique.

largement répandu, du personnel qui considère que tout est maintenant géré « comme à l'hôpital ».

Cependant, même si l'allocation des ressources financières se calque sur l'approche par programme, il n'en demeure pas moins que l'enjeu des budgets par mission plane toujours. Rappelons qu'au moment de la fusion on craignait, dans quatre sites, qu'une partie importante du budget destiné à la première ligne, en l'occurrence aux CLSC, soit dirigée vers le centre hospitalier qui affichait un déficit au moment de la fusion. Dans l'un des cas, cette appréhension touchait également un des CLSC en déficit impliqué dans la fusion. Dans un autre CSSS, l'enjeu à l'égard du partage des budgets entre les missions d'un CSSS s'est concrétisé par une obligation de protéger les budgets par installation. Si dans les autres sites, ces craintes se sont passablement atténuées, elles sont remises à l'ordre du jour dans deux sites où des plans de redressement de la situation budgétaire sont en vigueur.

## **2.4 La réorganisation administrative**

La nouvelle structure organisationnelle des CSSS et l'approche par programme impliquent également plusieurs changements tant sur le volet administratif que dans la configuration des pratiques de gestion et de travail. De plus, la fusion des unités d'accréditations syndicales et ses effets relatifs à l'affectation des ressources humaines constituent des éléments fondamentaux à l'intégration des CSSS.

### **L'intégration des systèmes administratifs**

Dès l'automne 2004, plusieurs CSSS ont commencé à réorganiser les directions des ressources humaines, matérielles et informationnelles en mettant un accent particulier sur l'intégration des systèmes administratifs. D'ailleurs, à la demande du Ministère, les agences ont élaboré une planification stratégique des ressources informationnelles de leur région. Dans cet esprit, plusieurs d'entre elles privilégient la centralisation et le développement d'une architecture technologique régionale plutôt qu'un déploiement de différents systèmes locaux qui ne peuvent communiquer entre eux. Sur un site en particulier, un moratoire sur le développement de logiciels a même été décrété par l'agence, de sorte que seule cette dernière puisse développer des logiciels qui serviront à l'ensemble de la région. Dans ce cas précis, le CSSS, qui déplorait le ralentissement de l'intégration de certaines fonctions administratives (paie, finances, etc.) causé par cette décision, a déployé en parallèle son propre système.

Les sites déjà fusionnés se sont aussi penchés sur la question en optimisant les systèmes administratifs en place ou en implantant de nouveaux logiciels de soutien. Dans la majorité des sites, les systèmes de gestion des ressources humaines et matérielles sont maintenant intégrés ou en voie de l'être. L'un de ces sites semble particulièrement avancé et compte en plus la fusion des bases I-CLSC, des archives et des fonds d'aide à domicile des CLSC qui le composent. Un site fonctionne toujours avec plusieurs systèmes administratifs différents, soit la paie, les listes de rappel d'employés, les finances et les ressources humaines. Dans ce cas, le CSSS est encore en attente des résultats d'une vaste démarche entreprise au niveau régional permettant de se doter d'un système administratif commun.

## **La centralisation et l'harmonisation des règles de gestion**

Soulignons que le personnel administratif a été le premier touché par la réorganisation. Ainsi, les employés affectés à ces tâches ont été rapidement déménagés dans les centres administratifs des CSSS, généralement situés au CH lorsqu'il en fait partie. En fait, la présence d'un centre hospitalier parmi les établissements fusionnés, présence qui a été à l'origine de nombreux désaccords, s'est révélée être un levier important en cours de route pour la mise en commun des règles de gestion des ressources. Ces établissements, en raison de leur ampleur, avaient des procédures de gestion plus formalisées qui pouvaient facilement s'appliquer au CSSS. Toutefois, ces règles ne font pas l'affaire de tous. Si l'effet premier de cette centralisation est de faciliter la communication entre les membres du personnel administratif, leur départ de l'organisation d'origine s'ajoute au départ de la direction générale et au départ des autres directeurs qui, eux aussi, ont dû quitter l'organisation, laissant un vide administratif dans les différentes installations.

En plus de la centralisation des activités, une harmonisation des règles et des politiques de gestion des ressources humaines (ex. : gestion de la présence au travail) ainsi que des ressources matérielles et informationnelles est progressivement instaurée dans chaque CSSS. L'harmonisation des politiques d'achat alourdit considérablement les procédures qui étaient auparavant simples et efficaces dans les petites organisations, ce qui cause plusieurs irritants. De plus, les délais dans les réponses aux problèmes liés notamment à la paie, à l'informatique et aux achats s'allongent puisque les services ne sont plus à proximité et que le personnel « ne sait plus à qui s'adresser », et ce, même près de quatre ans après la réorganisation.

De manière plus particulière, l'harmonisation des règles de gestion des ressources humaines est mal perçue par le personnel. Ainsi, l'uniformisation de certaines conditions de travail implique l'abandon de pratiques locales ou de « pratiques maison » (ex. : remplacements, vacances, congés sans solde, etc.) dans lesquelles certains employés puisaient une partie de leur motivation. Cette harmonisation des règles de gestion des ressources humaines entreprise dans un premier temps a été complétée par la suite avec la mise en application du projet de loi n° 30<sup>33</sup>.

## **La fusion des unités d'accréditation syndicales**

Rappelons que le projet de loi n° 30 fixe à quatre le nombre d'unités d'accréditation syndicales par établissement et que chacune d'elle réunit les membres d'une même catégorie d'emploi. Pour les gestionnaires, cette loi est toujours perçue comme facilitant l'intégration du CSSS. Par contre, pour le personnel, plusieurs des appréhensions présentes dès le départ sont toujours actuelles. Certains regrettent la souplesse de règles négociées de gré à gré au fil des ans « parce qu'on était un petit milieu ». On parle de perte de sentiment d'appartenance dans ces grandes catégories et l'on

---

<sup>33</sup> Concernant le projet de loi n° 30, les CSSS ont bénéficié du soutien de l'Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux (AQESSS) qui été particulièrement proactive en la matière. En fait, presque tous les territoires ont reçu de l'aide concernant la gestion des ressources humaines et le processus des négociations locales qui, selon les propos entendus, a été très utile et appréciée.

**Évaluation de l'implantation des réseaux locaux  
de services de santé et de services sociaux  
Rapport final**

---

s'interroge sur la capacité de représenter adéquatement chacun des groupes présents. L'impression générale qui se dégage va plutôt dans le sens d'un affaiblissement de la force syndicale et d'un nivellement par le bas de l'ensemble des conditions de travail. Ce qui en amène plusieurs à se désintéresser des réunions syndicales : « à quoi bon », disent certains, puisque les décisions sont prises de façon arbitraire et à un niveau supérieur (en référence aux projets de loi n<sup>os</sup> 142<sup>34</sup>, 25 et 30).

Le processus de négociation n'étant pas encore terminé partout, peu d'informations quant aux applications concrètes des conventions sont disponibles. Toutefois, tous les établissements fusionnés avant ou après 2004 sont touchés par ces nouvelles règles et certains CSSS sont passés de plusieurs dizaines d'unités d'accréditation aux quatre prescrites par la loi. Ainsi, à l'automne 2007, les votes d'allégeance syndicale ont été réalisés dans tous les CSSS et toutes les conventions collectives ont été signées dans trois sites. Dans les autres sites, les conditions de travail sont entérinées pour certaines catégories de personnel seulement.

Dans l'ensemble, on considère que la période de maraudage et les négociations se sont déroulées de façon respectueuse, mis à part quelques accrocs vécus à l'interne dans au moins un CSSS et des tensions plus vives qui se sont révélées dans un autre cas lors des négociations. Le recours à la médiation a été nécessaire dans cinq sites, notamment pour le personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires. Outre certaines conditions de travail (congés de maladie et fériés), les principaux enjeux tournent autour de la fusion des listes de rappel, de l'ancienneté globale, mais surtout de la mobilité du personnel.

Dans tous les sites, la fusion des listes de rappel reste à compléter et, dans seulement un cas, le CSSS fonctionne avec une seule liste d'ancienneté. Pour ce site, l'attribution des postes pour lesquels l'ancienneté globale dans l'établissement a préséance sur l'ancienneté par mission est source de tensions; la compétence de certains postulants est mise en doute. Ceci laisse présager les mêmes difficultés pour les autres sites. Toutefois, c'est la mobilité du personnel d'une installation à l'autre, surtout dans les cas impliquant de grandes distances à parcourir, ou entre les équipes qui suscite encore les plus vives appréhensions.

### **La mobilité du personnel et l'harmonisation des pratiques**

Soulignons que dans le cas des établissements déjà fusionnés, peu de mobilité de la part des employés réguliers entre les missions était effective en 2004. Dans un site, seuls les médecins travaillaient obligatoirement dans au moins deux des trois missions du CSSS (CLSC-CH-CHSLD). Comme nous l'avons vu plus haut, les premiers mouvements concrets de personnel ont débuté dans les directions qui exercent des fonctions administratives. La mise en place des nouveaux plans d'organisation s'est également traduite par des transferts d'effectifs cliniques entre les directions ou par la constitution de nouvelles équipes spécialisées (ex. : nutritionnistes, ergothérapeutes). On rapporte aussi le transfert de ressources humaines en lien avec le déplacement des centres de prélèvements des CH vers les CLSC.

---

<sup>34</sup> Le projet de loi n<sup>o</sup> 142 concernant les conditions de travail dans le secteur public a été adopté en 2005.

**Évaluation de l'implantation des réseaux locaux  
de services de santé et de services sociaux  
Rapport final**

---

On peut dire qu'avant les négociations locales, la véritable mobilité du personnel d'une installation à l'autre était de l'ordre de cas isolés et s'effectuait sur une base volontaire. Ainsi, lorsque les besoins de l'organisation rejoignaient la volonté de mobilité des personnes concernées, de nouvelles affectations étaient réalisées. Un CSSS parmi les six nouveaux établissements fusionnés se démarque par des changements plus importants. Ce dernier a mis rapidement l'accent sur la répartition des ressources en fonction des programmes ou encore sur la constitution d'équipes dédiées qui favorise l'échange d'expertises. Mentionnons qu'au fil du temps, tous les sites ont mené des expériences afin d'améliorer la mobilité du personnel d'une installation à l'autre. Par exemple, on souligne la mise en place d'équipes territoriales non rattachées à une installation, notamment pour les programmes jeunesse et personnes âgées en perte d'autonomie. De plus, on constate une certaine mobilité des médecins entre les missions dans un site nouvellement fusionné. Enfin, la répartition de ressources humaines en fonction des programmes plutôt que par installation est maintenant effective dans la majorité des sites.

Cette redistribution du personnel va de pair avec une harmonisation des pratiques entre CLSC, le cas échéant, et une réorganisation du travail. À l'automne 2007, les travaux en ce sens sont plus avancés dans quatre sites, mais sont loin d'être terminés. Dans un cas en particulier, la vision persistante « par territoire » compromet l'harmonisation des pratiques. Les craintes de départ quant à la possibilité de se faire « avaler » par un autre CLSC et de perdre « sa couleur locale » dans ce processus sont toujours présentes partout. En effet, la rencontre des cultures organisationnelles est au cœur des discussions. La créativité et l'émergence de pratiques innovantes seraient également compromises. Dans certains cas, les employés des CLSC sont en mode de protection des acquis et on remarque parfois même une plus grande concurrence entre CLSC.

De plus, les discussions sur l'harmonisation des pratiques entraînent des résistances qui semblent plus marquées chez les plus anciens dans l'organisation. Pour ces derniers, les façons de faire sont établies depuis longtemps et étaient jusqu'alors reconnues, ce qui vient jouer sur leur sentiment de compétence. L'ensemble du processus met ainsi les pratiques de collaboration à l'épreuve et, même si une amélioration de l'interconnaissance des intervenants est constatée, ils n'en voient généralement pas encore les gains. Afin d'atténuer une partie de ces effets, des comités d'harmonisation, auxquels participent des intervenants des différents CLSC, sont mis en place dans trois sites et les ententes et les protocoles sont revus afin de prendre « le meilleur » de chacun d'eux. Dans ces trois sites, alors que les travaux d'harmonisation se poursuivent, la réorganisation du travail dans certains domaines (ex. : soins infirmiers) est à venir; des changements dans les tâches sont anticipés, ce qui soulève de nouvelles inquiétudes pour le personnel.

Soulignons que le projet de loi n° 90 concernant la délégation d'actes est à peine évoqué dans certains sites. Par contre, la réorganisation du travail est considérée essentielle compte tenu de l'insuffisance de personnel et puisqu'une meilleure répartition des expertises est souhaitée. À cet effet, dans tous les sites, les stratégies de recrutement se multiplient tant au niveau régional que local à l'égard des médecins omnipraticiens et spécialistes ainsi que des infirmières. Toutefois, les efforts touchent également d'autres types de professionnels comme les ergothérapeutes, les physiothérapeutes, les inhalothérapeutes, les psychologues et les nutritionnistes. Les

**Évaluation de l'implantation des réseaux locaux  
de services de santé et de services sociaux  
Rapport final**

---

préposés aux bénéficiaires sont aussi visés dans plusieurs sites. Malgré les efforts consentis pour recruter et garder les gens en poste, le personnel a l'impression qu'il travaille toujours avec un personnel réduit ou « dans des structures minimales » et que ça « déborde » continuellement. Le sentiment de surcharge de travail semble s'amplifier avec le temps.

### ***Bilan du processus d'intégration organisationnelle***

À l'automne 2004, l'implantation des CSSS était en voie de réalisation. La mise en place de la structure organisationnelle est au cœur des travaux et crée, par conséquent, une période d'instabilité dans l'organisation. L'état de la situation relative à l'intégration organisationnelle près de quatre ans après la fusion des établissements varie d'un site à l'autre et les stratégies déployées pour y arriver sont nombreuses. Les démarches entreprises par les CSSS sont perçues de façon tantôt positive, tantôt négative, par les divers acteurs du CSSS. On reproche dans certains cas la lenteur du processus ou, au contraire, le manque de consultation et la rapidité des actions posées.

Au terme de l'évaluation, il apparaît que les huit sites sélectionnés au départ se distribuent dans trois grandes catégories quant à l'intégration organisationnelle. La première catégorie regroupe cinq sites considérés avancés dans ce domaine. La deuxième catégorie comprend un seul site jugé très avancé et la troisième catégorie est composée de deux sites estimés peu avancés.

#### **Catégorie 1 : sites avancés**

Pour cinq CSSS, l'intégration organisationnelle, quoique non terminée, est relativement avancée. Dans ces cinq cas et à quelques modalités près, tous les éléments de la structure sont en place, à savoir la direction générale, la structure d'encadrement, les différents comités et l'organigramme. Les conventions collectives sont toutes signées ou en voie de l'être. Le processus d'agrément est complété ou en cours, sauf dans un site. L'intégration des systèmes administratifs est réalisée en grande partie, exception faite d'un CSSS pour lequel on attendait des travaux régionaux. Parmi ces sites, deux étaient déjà fusionnés, mais dans les faits, l'intégration n'était pas complétée. Comme partout ailleurs, le travail en silo entre les missions était prédominant et, pour l'un des CSSS, ces frontières sont encore très présentes. Dans ces deux cas également, le plan d'organisation qui prévalait en 2004 était à revoir en raison, notamment, de la mise en place de l'approche par programme qui est maintenant implantée partout.

Afin d'arriver à une plus grande intégration organisationnelle, le leadership de la direction générale a été important dans les cinq sites. Dans un cas, une direction intérimaire non consensuelle et une structure d'encadrement relativement longue à installer ont fragilisé le CSSS au début de la fusion. Toutefois, la démarche lente, mais soutenue, a permis de progresser tout en s'assurant d'une plus grande adhésion du personnel à l'ensemble du projet. Ce site se compare maintenant aux autres de sa catégorie qui ont entrepris les travaux d'intégration plus rapidement. L'amélioration des liens ou le maintien des bonnes relations avec le CA s'inscrivent au chapitre des éléments qui aident à développer une vision commune à l'égard de l'établissement. Dans ces cinq CSSS, on note également une augmentation des mécanismes de

**Évaluation de l'implantation des réseaux locaux  
de services de santé et de services sociaux  
Rapport final**

---

concertation auprès du personnel. De plus, peu importe le style de leadership exercé (directif ou participatif), toutes les équipes de direction ont opté en faveur de la transparence, de la multiplication et du raffinement dans les stratégies de communication. Les travaux concernant l'harmonisation des pratiques y sont aussi relativement avancés, mais le personnel demeure peu mobile entre les installations et les missions.

### **Catégorie 2 : site très avancé**

Un CSSS semble plus avancé que les autres sur le plan de l'intégration organisationnelle. Ce site se caractérise, notamment, par la rapidité avec laquelle l'ensemble des éléments structurels sont mis en place. La direction générale est nommée rapidement et la structure d'encadrement installée avec tout autant de diligence. L'ensemble du processus d'intégration est mené rondement, la fusion des systèmes administratifs est achevée et comprend même la fusion des archives. La mobilité du personnel d'une installation à l'autre est également plus présente qu'ailleurs. Il faut dire dans ce cas que l'absence d'un CH à l'intérieur du CSSS permet à toute l'organisation de se centrer sur l'intégration organisationnelle. La place prépondérante des préoccupations hospitalières dans la gestion des autres CSSS (urgence, pandémie, effectifs médicaux, etc.) et les enjeux qui en découlent canalisent énormément de temps et d'énergie laissant moins d'espace pour se concentrer sur l'intégration des fonctions. De plus, ce CSSS n'a pas à gérer les tensions entre les missions CH-CLSC qui occupent une place importante dans la gestion quotidienne. Par contre, il est en négociation constante avec le CH partenaire et doit, comme plusieurs, composer avec des résistances entre les CLSC.

### **Catégorie 3 : sites peu avancés**

Deux autres CSSS se démarquent plutôt négativement sur plusieurs points. D'abord, mais pour des raisons différentes, le leadership exercé par la direction générale dans chacun des cas relève plutôt du statu quo. Pour un CSSS, la direction générale adhère peu à la réforme et, pour l'autre, la grande retenue face aux actions à entreprendre entraîne une certaine stagnation dans l'établissement. Il existe dans ces sites peu de mécanismes de concertation incluant le personnel, ces mécanismes sont même réduits. Dans l'un des sites, le manque de transparence et la détérioration de la communication sont critiqués alors que le plan de communication n'est pas encore élaboré dans l'autre site. Les travaux d'harmonisation des pratiques ne sont pas encore commencés dans un cas et débutent à peine dans l'autre. Toutefois, dans les deux sites, les différents éléments de la structure sont en place, tels que le plan d'organisation, l'encadrement et certaines avancées dans l'intégration des systèmes administratifs.

**En résumé**, afin d'assurer le déploiement des CSSS-RLS, le Ministère a fourni des balises, donné des orientations et rédigé de nombreux plans d'action. À l'échelle régionale et locale, on apprécie le bien-fondé de ces documents. Toutefois, les nombreux changements à mettre en place et les résultats escomptés listés dans ces plans ministériels interviennent souvent dans la planification stratégique des établissements puisqu'ils ne tiennent pas compte du travail déjà accompli. De plus, le soutien financier du Ministère est qualifié d'insuffisant pour répondre aux multiples

**Évaluation de l'implantation des réseaux locaux  
de services de santé et de services sociaux  
Rapport final**

---

« commandes » auxquelles les CSSS doivent répondre dans des délais jugés trop courts.

Le soutien offert par les agences semble plus positif, mais surtout en début de parcours. En effet, la majorité des agences ont été actives dans la création de nouveaux mécanismes de concertation et d'information (ex. : tables de travail, bulletins d'information, journées de réflexion). Cependant, la qualité des liens entre les CSSS et leur agence demeure variable. De plus, la majorité des CSSS ont déploré, à un moment ou l'autre, le manque de soutien de leur agence en raison d'une absence de leadership ou d'un roulement important de personnel.

À la suite de l'adoption du projet de loi n° 83 qui vient modifier la composition des conseils d'administration, la représentation par « secteur », c'est-à-dire par sous-territoire ou par mission, semble toujours importante pour certains établissements nouvellement fusionnés. Par contre, dans plusieurs CSSS, on observe le passage d'une approche stricte de protection des acquis par sous-territoire vers celle d'un CSSS, mais avec des particularités locales. Par ailleurs, les CSSS sont parfois divisés entre les attentes de la population locale et les demandes venues de l'agence ou du Ministère. Pour les équipes de direction, la ligne d'imputabilité n'est donc pas toujours aussi claire qu'à première vue.

Concernant l'intégration organisationnelle, mentionnons qu'une fois les équipes de directions établies, les CSSS ont entrepris des actions visant une meilleure réorganisation à l'interne. Près de quatre ans après le début de l'implantation des CSSS, on constate que divers éléments de la structure organisationnelle (ex. : structure d'encadrement, plan d'organisation, avancées dans l'intégration des systèmes administratifs) sont présents partout. Des travaux, qui varient en importance selon les CSSS, demeurent toutefois inachevés, tels que l'harmonisation des pratiques (entre CLSC), la mobilité du personnel, l'application du projet de loi n° 30 (ex. : liste de rappel) et autres règles de gestion.

Les différents sites évalués sont considérés plus ou moins avancés sur la question de l'intégration. Les stratégies utilisées conduisent à des configurations organisationnelles différentes et déterminent en partie leur degré d'avancement. Ainsi, le style de leadership exercé par la direction, l'importance attribuée aux mécanismes de concertation et de communication déployés pour impliquer et informer le personnel, les liens de confiance entre la direction et le CA ainsi que le soutien de l'agence conditionnent à la fois la vitesse et la solidité des changements entrepris. Tous ces éléments influencent grandement le climat de travail et le degré d'adhésion aux changements proposés. En ce sens, la mobilisation des employés autour du projet organisationnel demeure un enjeu important et le sentiment d'appartenance reste à construire pour certains CSSS plus que pour d'autres.



## **Section 3 : Le processus d'intégration clinique**

Cette section dresse un portrait évolutif du processus d'intégration clinique des huit CSSS-RLS évalués qui se déroule de façon concomitante au processus d'intégration organisationnelle. Les démarches entreprises depuis 2004, visant l'amélioration de la continuité et de la coordination des services, mettent en relief les diverses stratégies déployées par les établissements et l'état de leur situation près de quatre ans plus tard. Cette section se penche donc sur l'aspect évolutif des processus plutôt qu'aux effets de la mise en œuvre des CSSS-RLS.

D'abord, les activités de concertation des CSSS-RLS sont dépeintes. Ensuite, le projet clinique est examiné sous l'angle des structures mises en place, des stratégies employées par les divers CSSS ainsi que de la mobilisation des acteurs et des enjeux qu'engendrent toutes ces démarches. Ces différentes illustrations permettent de saisir, dans un deuxième temps, l'état d'avancement des divers projets. Les mécanismes et les conditions préalables à l'optimisation de l'intégration clinique sont ensuite présentés. Il s'agit de l'informatisation, du partage de l'information clinique et des mécanismes d'ententes entre les CSSS et leurs partenaires. Cette section se termine par un bilan qui remet en perspective les particularités des CSSS-RLS et propose une catégorisation de ceux-ci selon leurs avancées à l'égard de l'intégration clinique.

### **3.1 La concertation et les activités conjointes**

Tous les CSSS ne partaient pas du même point quant à leur collaboration avec leurs partenaires du RLS. En effet, les installations des CSSS avaient déjà noué des liens avec des partenaires privilégiés locaux ou régionaux et des mécanismes de concertation (tables, comités, etc.) existaient dans tous les sites. Toutefois, le nombre de partenaires et la qualité des liens de collaboration de même que l'ampleur et l'intensité de la concertation variaient d'un site à l'autre. Ces considérations peuvent jouer de façon importante lorsque, par exemple, deux CLSC maintenant fusionnés entretenaient des liens forts différents avec les mêmes partenaires.

Dès 2004, dans deux RLS, la structure de concertation a entièrement été révisée. Dans un de ces cas, d'autres partenaires ont été inclus à une table territoriale qui existait déjà et, dans l'autre cas, une partie des tables de concertation touchant un même domaine ont été regroupées afin d'éviter le dédoublement. D'ailleurs, le regroupement de certaines tables de concertation était largement discuté un peu partout en raison de leur nombre élevé et de la sursollicitation des personnes qui y participent et qui « ne peuvent plus suivre ». De plus, pour au moins deux sites, on a constaté un ralentissement du rythme des rencontres de plusieurs tables de concertation ou comités existants. Un certain repli sur soi de chacun de ces CSSS était alors évoqué pour expliquer le phénomène; cette retraite visant d'abord une meilleure intégration structurelle.

Par la suite, et dans la foulée des travaux menés dans le cadre des projets cliniques, la concertation a connu un nouveau souffle ou s'est intensifiée avec les partenaires dans tous les sites. Outre les mécanismes créés directement en lien avec ces travaux (ex. : tables de concertation), d'autres actions ont été élaborées. Ainsi, des formations conjointes (ex. : sur les plans de services individualisés [PSI]), des rencontres d'échange

**Évaluation de l'implantation des réseaux locaux  
de services de santé et de services sociaux  
Rapport final**

---

et des consultations entre intervenants du CSSS et leurs partenaires ont été organisées par les CSSS. Cependant, dans deux sites, la concertation locale est encore précaire et les activités se déroulent surtout au niveau régional.

La transmission de l'information concernant les changements entrepris depuis la fusion, loin d'être optimale pour tous les sites, semble être moins l'objet d'inquiétudes pour l'ensemble des partenaires que pour le personnel (réf. section 2.2). De manière générale, les partenaires sont satisfaits des modes de communication et de l'information véhiculée par le CSSS. Dans plus de la moitié des CSSS, les directions générales, accompagnées ou non de membres du CA, ont rencontré leurs partenaires afin de leur faire part des changements en cours et de recueillir leurs commentaires. Une certaine volonté de rayonnement à l'externe se manifeste d'ailleurs dans plusieurs sites. Dans seulement un site, l'ensemble des partenaires témoignent de façon unanime de leur satisfaction quant à l'information véhiculée par le CSSS et des moyens déployés pour y arriver. Dans les autres sites, les commentaires de partenaires se disant bien informés côtoient les propos de ceux qui estiment avoir été oubliés ou négligés; l'information ne serait pas dispensée de manière uniforme et un certain relâchement est observé dans au moins deux CSSS. Deux sites se distinguent par l'absence de mécanismes formels de communication dirigés vers l'externe.

Pour quatre sites, le Département régional de médecine générale (DRMG) s'est montré très actif dans la diffusion de l'information concernant les projets cliniques auprès des médecins. De plus, pour au moins trois sites, les CSSS ont organisé une séance d'information avec les médecins omnipraticiens. Dans un de ces sites, un bulletin d'information sur les services offerts sera éventuellement acheminé aux cliniques médicales du RLS. Pour les médecins, mentionnons que de manière générale, ceux ayant un lien institutionnel ou étant regroupés en GMF sont mieux informés des changements que ceux pratiquant uniquement en cabinet privé. Dans tous les sites, il existe une réelle volonté d'établir des liens plus étroits avec les médecins omnipraticiens. Dans certains cas, la table territoriale médicale devient un interlocuteur privilégié du CSSS. Dans trois sites, l'accès à un médecin de famille devait être facilité par la mise en place d'un mécanisme de liaison entre le CSSS et les médecins omnipraticiens du RLS. Le rapprochement est également souhaité avec les autres partenaires du RLS et l'élaboration du projet clinique a été, dans la majorité des cas, une occasion de discuter de l'amélioration de la collaboration.

### **3.2 Le projet clinique**

C'est par la réalisation d'un projet clinique que les CSSS, en collaboration avec leurs partenaires, sont appelés à planifier et à intégrer leurs services, de la première ligne aux services de deuxième et de troisième ligne, pour répondre aux besoins de la population de leur territoire. Le projet clinique couvre l'ensemble des neuf programmes-services et contribue à l'atteinte de trois objectifs : l'accessibilité, la continuité et la qualité des services. Chaque CSSS est donc responsable d'animer le RLS et de mobiliser les acteurs autour d'un projet commun, appuyé par les agences qui, quant à elles, veillent à développer une vision régionale et à harmoniser les actions de l'ensemble des partenaires.

## **Le soutien pour l'élaboration du projet clinique**

Dans l'ensemble, le soutien obtenu en matière de coordination et de concertation pour l'élaboration du projet clinique varie en intensité selon les structures mises en œuvre par les agences (balises régionales, mécanismes de concertation et de suivi, soutien financier, formations, accompagnement), mais est en général bien reçu par les établissements. Lors de la création des CSSS-RLS, quatre sites ont bénéficié de façon plus importante des orientations et des mécanismes régionaux relatifs aux projets cliniques. Pour un site, un comité consultatif régional mis en place par l'agence lors des consultations était toujours actif pour l'implantation du projet clinique. Pour un autre CSSS, l'agence s'est dotée rapidement de mécanismes de concertation pour chacun des programmes-services. Des comités ont également été formés réunissant les CSSS et les partenaires concernés par le programme. Un établissement a bénéficié d'un grand soutien lors de l'élaboration du projet clinique, notamment dans la définition d'indicateurs et de leur implantation ainsi que de l'arrimage avec les établissements régionaux. Enfin, dans un autre site, il y a eu la création d'un forum régional à l'intention des responsables des projets cliniques. Dans un premier temps, les établissements avaient à établir le portrait des besoins de la population du territoire, notamment à l'aide de profils démographique, socioéconomique, sanitaire et le profil en lien avec l'utilisation des services. Tous les CSSS ont bénéficié du soutien de leur agence sur ce volet. Toutefois, un établissement a dû attendre l'année 2007 pour que ces travaux soient achevés.

Cinq sites rapportent une situation problématique avec leur agence en raison, notamment, d'un roulement important du personnel en place, d'un manque de soutien financier et de l'absence de ressources spécifiques en lien avec l'élaboration du projet clinique. À cet effet, plusieurs CSSS se disent en attente des travaux qui doivent d'abord être réalisés régionalement ainsi que des modalités qui doivent être convenues avec les établissements spécialisés comme les centres de réadaptation et les centres jeunesse. Les établissements seraient de plus paralysés par les multiples commandes régionales et ministérielles qui restreignent le temps consacré à la continuation des travaux. Dans plusieurs sites, on se dit très satisfaits du soutien obtenu de la part de l'AQESSS relativement aux outils d'appropriation et aux formations développés dans le cadre de l'élaboration du projet clinique.

## **Les stratégies pour l'élaboration du projet clinique**

Globalement, les travaux du projet clinique ont débuté en 2006. On comptait d'ailleurs dans plusieurs sites sur une mise en place solide du projet organisationnel avant d'entreprendre le projet clinique. À l'automne 2004, seulement deux sites avaient entrepris des démarches plus importantes sur ce volet. Cependant, un seul CSSS avait interpellé des partenaires. L'autre établissement a choisi d'adopter une stratégie complètement différente des autres CSSS de sa région et a pris l'initiative d'entreprendre les travaux avant de définir l'organigramme et même avant que ne soient déterminés les paramètres régionaux. Dans ce site, la démarche hâtive et concentrée à l'interne s'apparente davantage à une planification stratégique qu'à un projet clinique et ne s'appuie pas sur les balises telles que définies dans les documents ministériels.

Pour l'élaboration de leur projet clinique, trois sites ont privilégié une approche par étape alors que les autres ont abordé tous les programmes-services de front. Le fait de

**Évaluation de l'implantation des réseaux locaux  
de services de santé et de services sociaux  
Rapport final**

---

prioriser certains programmes-services ou, au contraire, d'aborder toutes les clientèles visées dans le document ministériel sur l'intégration des services découle le plus souvent d'une décision régionale qui a toutefois été l'objet de discussion avec les CSSS de la région. De toute évidence, la présence de plans d'action ministériels ou régionaux a influencé le choix des décideurs de prioriser les premiers programmes abordés. Par conséquent, le programme personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement a été l'un des premiers traités dans tous les sites qui procèdent par étape. Les programmes santé mentale, services généraux et certains volets spécifiques des programmes santé publique et santé physique ont été abordés par la suite.

À l'exception d'un site, tous les CSSS ont identifié une personne responsable de la démarche du projet clinique. Un établissement a même engagé une consultante qui agit à titre de conseillère à la direction générale; elle chapeaute les travaux du projet clinique avec la chargée de projet. La plupart des sites comptent un comité d'orientation et de pilotage et certaines structures comportent également un comité consultatif ou un comité d'experts associé à l'une ou l'autre des étapes d'élaboration des travaux.

### **Les stratégies de concertation et la mobilisation des acteurs**

Pour la démarche globale, cinq établissements ont associé dès le départ leurs partenaires de façon plus ou moins ciblée, dont trois sites de manière nettement plus importante. Trois CSSS ont choisi, au contraire, de ne pas impliquer les partenaires à cette étape. Ces derniers l'ont été subséquemment, lors de la création des tables de travail par programme. Deux sites ont procédé à des réajustements dans leur approche en cours de processus. Dans un cas, les partenaires remettaient en question l'ensemble de la démarche du CSSS qui leur semblait alors trop rigide et directive. Dans l'autre site, la démarche centralisée a été très efficace, mais le peu de consultations a été critiqué par les partenaires qui se sont sentis exclus du processus. Par ailleurs, dans les deux cas, on note une amélioration de la confiance envers le CSSS au fil du temps.

Dans tous les RLS, plusieurs intervenants du CSSS participent aux tables de travail, leur nombre varie toutefois d'un site à l'autre et même d'un programme à l'autre. Les programmes qui comptent davantage de partenaires sont sans contredit santé mentale, jeunes et PPALV. Dans tous les cas, plusieurs partenaires du CSSS siègent sur les tables cliniques. Toutefois, les formules participatives divergent considérablement selon les sites et le type de partenaires (organismes communautaires, médecins, partenaires institutionnels et partenaires du milieu).

Les organismes communautaires participent à presque toutes les tables cliniques. Cependant, leur représentativité varie considérablement d'une table à l'autre, et ce, parfois dans un même territoire. On observe ainsi, dans la majorité des cas, un vent de démobilisation dû à leur représentativité précaire ou encore à un essoufflement des

**Évaluation de l'implantation des réseaux locaux  
de services de santé et de services sociaux  
Rapport final**

---

participants<sup>35</sup>. Les groupes communautaires se font généralement plus critiques et sceptiques quant aux résultats escomptés dans l'actualisation du projet clinique et demeurent préoccupés par leurs rôles définis à l'intérieur du RLS. En fait, la crainte entourant la perte de leur autonomie et la perspective d'un financement basé uniquement sur la signature d'ententes avec le CSSS constituent toujours un frein à leur pleine adhésion.

Les médecins éprouvent généralement la même difficulté quant aux véritables avancées pouvant être attribuées au projet clinique. Leur participation aux tables, bien que fortement sollicitée, demeure lacunaire. À cet effet, dans la majorité des sites, plusieurs démarches ont été entreprises, soit au niveau régional ou local, en vue de susciter la collaboration des médecins, notamment, par l'entremise de rencontres réalisées par le DRMG et les CMDP ainsi que par la mise en place de moyens facilitant leur implication (contexte de consultation, comité stratégique de liaison, médecins répondants selon les programmes). Principalement, les médecins qui s'impliquent ont soit un lien institutionnel ou sont organisés en GMF. Dans trois sites, des médecins sont présents à toutes les tables de travail, mais l'assiduité aux rencontres est variable de l'une à l'autre. Dans presque tous les autres sites, on remarque les fréquentes absences des médecins aux tables cliniques. Selon les divers témoignages, ceux-ci se disent peu disponibles à assister aux différentes démarches en raison de la priorité accordée à leur clientèle, ne se sentent pas concernés ou intéressés par le processus souvent jugé trop lourd, peu concret, et demeurent très incrédules quant à toute cette démarche. Pour un CSSS-RLS, on constate l'absence totale de participation des médecins aux tables cliniques.

Les partenaires institutionnels, tels que les centres de réadaptation, les centres jeunesse et les centres hospitaliers régionaux, se révèlent être nombreux et plus présents aux tables de travail qui les concernent. En général, ces derniers participent activement aux travaux et démontrent de l'intérêt aux discussions entourant la formalisation d'ententes, la définition des rôles attribués à chacun et le partage des ressources entre la première et la deuxième ligne. Ceci dit, les appréhensions sont grandes et les attentes élevées à l'égard de ces sujets.

Enfin, la participation des autres partenaires comme les milieux municipal, scolaire et judiciaire est en général de moindre envergure dans plusieurs sites; ils sont néanmoins présents dans certains programmes. La moitié des sites ont également choisi d'inclure un usager dans l'une ou l'autre des tables cliniques.

À la suite des travaux réalisés lors des tables de travail, quatre sites ont usé d'une stratégie de concertation à grand déploiement sous forme de forums afin de consulter un large éventail de personnes, de valider l'exercice pour la rédaction de plans d'action dans les programmes spécifiques ou encore de présenter les résultats aux acteurs du RLS. Deux autres établissements ont plutôt choisi de mener l'exercice de préparation des documents à l'interne avant de consulter leurs partenaires. Pour les deux autres

---

<sup>35</sup> La notion de représentativité fait ici référence au fait que les organismes communautaires ne représentent pas un territoire de RLS ou une mission. Ils desservent une clientèle par rapport à une problématique spécifique. Par exemple, dans un même territoire de RLS, plusieurs organismes communautaires peuvent offrir des services à une clientèle ayant un problème de santé mentale (centre de crise, travail de rue, centre d'hébergement, aide alimentaire, etc.), et ce, sur un territoire couvrant plusieurs RLS ou seulement une partie d'un territoire.

**Évaluation de l'implantation des réseaux locaux  
de services de santé et de services sociaux  
Rapport final**

---

établissements, les travaux n'étaient pas suffisamment avancés et rien ne semblait prévu à cet effet.

Par ailleurs, soulignons que dans tous les sites, pour les personnes n'ayant pas été impliquées dans le processus d'élaboration du projet clinique, le personnel et les partenaires se sentent très peu informés des démarches entreprises. Selon plusieurs propos, on se dit exclus des processus de décision et on connaît généralement peu de choses concernant le projet clinique, et ce, même si plusieurs efforts ont été déployés par les CSSS pour les informer.

### **L'état d'avancement des projets cliniques**

Selon les efforts consentis par les CSSS, les stratégies mises de l'avant et la mobilisation des participants, les projets cliniques se construisent plus ou moins rapidement.

Un site qui aborde tous les programmes-services de front a progressé de façon fulgurante. Les démarches menant au plan d'action ont été réalisées en l'espace d'un an. À la suite de l'adoption du projet clinique, les différentes tables cliniques sont devenues permanentes et assurent le suivi de l'implantation des diverses cibles. Un conseil de partenariat a été implanté et les partenaires y sont conviés. De plus, des comités de direction conjoints (CSSS et centre jeunesse, CSSS et CH partenaire) ont été formés afin de contribuer à une meilleure coordination intersectorielle. Un bilan de la première année d'implantation a été réalisé et les résultats démontrent que le tiers des cibles étaient actualisées et près de la moitié étaient en voie d'implantation. Le choix de ce rythme, critiqué au départ par les partenaires, avait pour objectif d'être rapidement dans l'action afin de produire des résultats à court terme.

Quatre autres sites ont également parcouru un chemin important depuis le début des travaux. Pour deux d'entre eux, des plans d'action dans tous les programmes-services ont été adoptés et des comités de partenariat étaient prévus. Pour les deux autres CSSS, les plans d'action étaient presque tous complétés pour l'ensemble des programmes-services. Tous ces sites ont également mis en place un mécanisme de suivi des plans d'action, soit par la création de nouveaux comités ou par la décision de rendre les tables cliniques permanentes.

Trois sites ont connu un ralentissement important des travaux en cours de route. Pour un de ces sites, des plans d'action ont tout de même été adoptés et plusieurs actions concrètes ont vu le jour directement en lien avec l'actualisation des cibles. Un comité de mobilisation intersectorielle a été formé et des comités d'implantation voient à l'opérationnalisation des objectifs. Bien que certains programmes soient très avancés sur plusieurs volets, il reste cependant plusieurs démarches à mettre en œuvre pour la moitié des programmes-services. Les deux autres établissements ont peu progressé depuis 2004. Pour l'un, on observe une réelle suspension des travaux pour les trois tables cliniques abordées, et ce, dans certains cas, pendant plus d'un an. Peu de rencontres ont ainsi eu lieu et les travaux devant mener à l'élaboration des plans d'action étaient toujours en suspens. Mentionnons toutefois qu'un comité régional a été créé pour un programme-service afin de soutenir les CSSS dans la réalisation de leurs travaux. L'autre site se démarque par l'état d'avancement des travaux qui est dû aux

**Évaluation de l'implantation des réseaux locaux  
de services de santé et de services sociaux  
Rapport final**

---

acquis datant d'avant la réforme, surtout au niveau régional, et non à des structures locales mises en place dans le cadre du projet clinique. Des orientations et/ou cadres de référence ont été réalisés pour trois programmes et des tables de concertation étaient actives pour les autres programmes-services. Dans ce cas précis, on peut difficilement parler d'une réelle démarche de projet clinique.

Les stratégies mises de l'avant pour le déploiement du projet clinique s'avèrent très différentes d'un site à l'autre (ex. : amorce des neuf programmes-services simultanément ou mise en priorité de certaines clientèles, modalités d'implication des partenaires, etc.), reflétant du même coup l'état d'actualisation des travaux ainsi que la mobilisation des acteurs du RLS. De toute évidence, l'actualisation des travaux visant une meilleure intégration clinique n'est pas complétée. Cependant, l'exercice du projet clinique a été l'occasion jusqu'ici de discuter de la révision et de l'amélioration des mécanismes assurant la continuité des services.

### **3.3 Les mécanismes pour assurer la continuité des services**

Un meilleur transfert de l'information clinique entre les intervenants de même qu'une plus grande formalisation des procédures et des ententes sont au cœur de la réflexion tant à l'intérieur du CSSS qu'avec ses partenaires. Des actions menées au niveau régional sont également essentielles pour parfaire l'intégration clinique du RLS.

#### **L'informatisation**

Un meilleur partage de l'information clinique passe, entre autres, par une optimisation de l'informatisation qui, depuis le début de la fusion, a connu peu d'avancées. En fait, son implantation dans le réseau demeure toujours à l'étape de projet, ce qui complexifie la tâche des CSSS et des partenaires en ce qui concerne le suivi des clientèles. Dans les faits, l'informatisation constitue un levier pour favoriser la continuité des soins.

Ainsi, la plupart des CSSS attendent encore avec impatience la venue de l'index patient maître (IPM) qui permettra la mise sur pied du dossier clinique informatisé (DCI). À ce sujet, les agences n'en sont pas toutes au même point dans leurs travaux. Dans deux cas, l'exercice semble plus avancé, mais ailleurs, on attend plutôt les orientations ministérielles avant d'entreprendre ou de poursuivre les actions. Dans un cas en particulier, un projet de dossier patient électronique (DPE), qui devait s'étendre à toute la région, s'est vu rejeté par le CMDP en raison, notamment, de la qualité de la transmission des informations, de la faible vitesse d'accès et de la récurrence des coûts.

La majorité des sites connaissent des avancées variables, entre autres, dans le domaine de l'informatisation des laboratoires, des GMF, de la radiologie, de la pharmacie, de la télémédecine ou de la prise de rendez-vous. Parfois, l'impulsion provient du palier régional, mais les initiatives locales visant une meilleure intégration clinique sont également prises en compte. À ce chapitre, un site semble se démarquer positivement sur les autres (tant à l'égard des outils internes qu'au déploiement de logiciels). Par contre, la désuétude et le manque de matériel informatique constituent encore des irritants majeurs pour tous.

## **Le partage de l'information clinique**

Au moment des fusions, on notait une grande variabilité du niveau de partage de l'information clinique dans un même RLS, entre les missions du CSSS de même qu'entre le CSSS et chacun de ses partenaires, selon les programmes et les intervenants. Le téléphone, le télécopieur, le courrier électronique ou postal constituaient les principaux véhicules de transfert d'informations cliniques. Ces mêmes éléments servent toujours de supports à la transmission de l'information et encore très peu de suivis sont informatisés.

À l'échelle du CSSS, si l'amélioration du partage de l'information clinique demeure vivement souhaitée, des changements positifs sont tout de même rapportés. En premier lieu, notons la diminution des contraintes liées au consentement du patient quant à l'échange d'informations le concernant entre les installations du CSSS. Cependant, la consigne ne semble pas claire dans tous les sites et certains intervenants continuent de faire signer des formulaires de consentement aux usagers. Dans la moitié des CSSS, un meilleur partage de l'information clinique est souligné entre les intervenants du CSSS pour la clientèle en santé mentale. Dans un cas en particulier, il semble que la mise en place d'un agent de liaison jumelé à une nouvelle procédure écrite améliore la continuité des services pour cette clientèle. Dans le même sens, on mentionne, dans un autre site, que depuis l'adoption de l'approche par programme « tout est davantage organisé, l'information circule mieux et de qualité égale ». Ceci s'applique au programme santé mentale, mais d'autres clientèles en bénéficient également.

Les discussions de cas ainsi que la présence du dossier clinique informatisé favorisent également le partage d'informations entre les missions du CSSS. Dans les sites où l'on retrouve des réseaux intégrés (ex. : PPALV) ou des suivis systématiques de clientèle (ex. : maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), diabète), les informations cliniques semblent circuler plus aisément (voir section 4.2). Toutefois, les mécanismes existants ne sont pas toujours optimaux et des délais et des bris dans la circulation des informations cliniques continuent d'être constatés dans tous les sites. De plus, il arrive que l'ensemble des informations ne se retrouvent pas nécessairement dans les dossiers. Enfin, le roulement de personnel est perçu comme un frein au transfert d'informations, et ce, dans tous les sites. L'implantation d'un guichet unique ou d'un service d'accueil unifié destiné à l'ensemble de la population ou à des clientèles spécifiques, et la présence d'intervenants pivots, de gestionnaires de cas et d'agents de liaison sont considérés comme facilitant à la fois les références et le transfert d'informations au sein du CSSS et avec les partenaires.

À l'échelle du RLS, des améliorations entre le CSSS et ses partenaires dans le domaine de la santé mentale ou dans les programmes jeunesse sont constatées dans au moins quatre sites. Les liens semblent plus faciles à établir là où l'on retrouve des agents de liaison et où des équipes d'intervention jeunesse sont implantées. Soulignons que dans un site, le CSSS et les organismes communautaires ciblés sont ouverts à l'échange d'informations relatives à un usager commun. De manière générale, cette pratique est peu courante en raison des problèmes de confidentialité souvent évoqués et nécessite un haut niveau de confiance entre les intervenants des organisations respectives.

**Évaluation de l'implantation des réseaux locaux  
de services de santé et de services sociaux  
Rapport final**

---

Des problèmes de rupture dans la transmission des informations cliniques entre les CSSS et leurs partenaires du RLS sont également constatés. De manière plus spécifique, les médecins témoignent abondamment des difficultés liées au transfert d'informations entre les CSSS et les cliniques médicales, surtout après que leurs patients aient séjourné à l'hôpital. Dans les meilleures situations, les informations sont collectées durant l'hospitalisation et transmises au CLSC et au médecin traitant. On signale également quelques exceptions qui résultent de pratiques singulières de CH ou de départements en particulier ou encore pour des clientèles spécifiques (ex. : PPALV, cardiaques). Encore une fois, les liens semblent plus faciles à établir là où l'on retrouve des agents de liaison, là où on a procédé à l'uniformisation d'outils cliniques avec les partenaires et là où des liens de confiance se sont développés entre les intervenants du CSSS et ceux provenant d'autres établissements (CH régional, centre jeunesse, centres de réadaptation, commission scolaire, organismes communautaires, etc.), permettant des échanges et des discussions de cas.

Toutefois, l'élaboration de PSI ne semble pas être une pratique courante, et ce, dans tous les RLS. Pour seulement un site, on note une utilisation accrue des PSI et des plans d'intervention (PI) en raison d'une politique claire qui a été soutenue par des formations communes sur les PSI destinées aux intervenants du CSSS et à ceux des organismes partenaires<sup>36</sup>. Dans deux autres sites, la formation est donnée ou à venir. Toutefois, force est de constater que de manière générale on témoigne plutôt de l'absence de PSI ou de leur utilisation non systématique ou encore de leur élaboration uniquement dans des cas très complexes ou pour des trajectoires de services bien définies. Il en va de même pour l'utilisation des PI, et ce, malgré le caractère obligatoire prescrit par la LSSSS. Enfin, les nouveaux protocoles d'entente comprennent généralement des mécanismes de partage d'informations cliniques et de protection de renseignements personnels.

### **Les mécanismes d'ententes intra-RLS**

On observe des changements importants au chapitre de la formalisation des ententes. On note que dans la moitié des cas les agences ont élaboré des protocoles types ou ont fixé des balises claires sur la collaboration souhaitée entre différents partenaires. À titre d'exemple, pour un site, l'agence a formulé deux protocoles types d'entente de collaboration entre les CSSS et les établissements spécialisés à vocation régionale. Dans un autre site, un comité sur le partenariat, mis en place par l'agence, s'est penché sur l'application du cadre de référence ministériel à propos de la conclusion d'ententes. Ce comité a analysé les outils utilisés par un centre de réadaptation pour signer des ententes de services avec les CSSS de la région portant sur les arrimages entre la première et la deuxième ligne.

---

<sup>36</sup> En vertu de l'article 102 de la LSSSS, un plan d'intervention (PI) est élaboré par un établissement afin d'identifier les besoins, les objectifs poursuivis, les moyens à utiliser et la durée prévisible des services. Le PI vise à coordonner les services dispensés à un usager dans un établissement. Lorsque des services sont aussi dispensés par d'autres intervenants que ceux de l'établissement, un plan de services individualisés (PSI) est alors requis (article 103). Dans les deux cas, chacun des plans doit être rédigé en collaboration avec l'usager.

**Évaluation de l'implantation des réseaux locaux  
de services de santé et de services sociaux  
Rapport final**

---

Dans trois cas, l'agence a posé les balises initiales et veillé à atteindre un consensus sur les grandes lignes d'une collaboration davantage formalisée avec les organismes communautaires. Les autres sites ont également formalisé les liens avec les organismes communautaires, mais sur une base locale. Cette formalisation soulève toujours la crainte que le financement de leurs organisations, qui dépend déjà largement de l'agence, soit lié à la participation aux ententes de services ou à d'autres formes de contrat avec le CSSS; leur « survie » pouvant devenir conditionnelle à leur inscription dans le cadre des contrats correspondant directement aux objectifs des CSSS.

Au moment des fusions, deux sites se distinguaient par le nombre peu élevé d'ententes tant entre les installations qu'avec les partenaires. Dans ces deux cas, les contacts informels et les liens basés sur la connaissance et la confiance entre les intervenants devenaient le canal privilégié de communication pour assurer la continuité des services. Dans un cas, ce sont encore davantage les contacts informels qui déterminent la configuration et les modalités de la trajectoire de services dans le CSSS et dans le RLS en général. Toutefois, certains partenaires de ce CSSS voient de manière positive une formalisation accrue des ententes qui leur permettrait de profiter du plein potentiel des mécanismes d'accès existants et favoriserait un meilleur partage de l'information. L'autre site conserve bien sûr une large part de relations informelles, mais l'accent s'est nettement déplacé sur la formalisation et la signature d'ententes avec les partenaires. Un site qui comptait également peu d'ententes formalisées au début de la fusion n'a connu aucun changement dans ce domaine. Enfin, un autre site était en attente de l'implantation du projet clinique avant de signer de nouvelles ententes.

Pour les autres sites, on compte un nombre variable d'ententes signées dans chacun des programmes-services en fonction de ce qui existait déjà au moment des fusions. Dans au moins trois sites, des efforts sont consentis afin d'établir ou d'optimiser les corridors de services avec un CH partenaire. Toutefois, le peu de formalisation des ententes dans les programmes-services dédiés aux clientèles en dépendances et en déficience intellectuelle et physique est toujours aussi notable qu'au moment de la fusion en raison, notamment, de la priorité accordée aux autres programmes (ex. : santé mentale, PPALV). Dans la plupart des cas, on attendait de terminer entièrement l'exercice du projet clinique avant de s'engager dans la formalisation de nouveaux protocoles. Ceci est particulièrement vrai avec les partenaires régionaux (ex. : centres jeunesse, centres de réadaptation) qui avaient déposé leur offre de services dans le cadre d'une démarche de leur association provinciale respective avant que les projets cliniques soient réalisés.

Dans les faits, même si les discussions sont entamées et que l'on reconnaît la priorité du CSSS dans la prestation des services de première ligne, des zones grises demeurent avec les centres de réadaptation, les centres jeunesse de même qu'avec les centres hospitaliers à vocation régionale, et ce, dans tous les sites. Pour quatre CSSS, on signale des relations plus difficiles et même des tensions avec certains partenaires régionaux. Le partage des rôles et la hiérarchisation des services avec ces partenaires sont encore au cœur de la réflexion dans la majorité des CSSS et soulèvent des enjeux importants dans tous les sites. Une confusion subsiste également entre les rôles et les responsabilités du CSSS et certains organismes communautaires (ex. : en jeunesse ou en santé mentale) dans plusieurs cas. Dans cet esprit, la coresponsabilité de l'ensemble des partenaires vis-à-vis de la population d'un territoire, ou la responsabilité

**Évaluation de l'implantation des réseaux locaux  
de services de santé et de services sociaux  
Rapport final**

---

populationnelle, est loin d'être acquise même si une meilleure compréhension du concept est constatée presque partout et spécialement dans deux sites. Dans un cas en particulier, l'interprétation des fondements de la responsabilité populationnelle et l'absence d'une vision globale de la santé compromettent l'intégration clinique. Un manque de précisions quant à l'imputabilité de cette responsabilité, un portrait de la population qui peut parfois être très sommaire dans certains RLS et surtout, les modes d'allocation et de partage des ressources tant financières qu'humaines jugés inadéquats font partie des éléments avec lesquels doivent composer les CSSS-RLS.

Bien que la réflexion soit en cours en ce qui concerne le partage des ressources entre les partenaires du RLS, certains sites sont néanmoins légèrement plus avancés sur cette question. Dans quatre cas, des transferts d'argent ou d'expertises pour consolider la première ligne sont en cours avec des partenaires dans certains programmes, notamment en santé mentale et hébergement/soutien à domicile. Dans un de ces sites, un transfert de ressources financières en provenance de deux CH vers le CSSS est effectué dans le cadre du programme en santé mentale. Dans un autre site, on souligne le transfert d'une trentaine d'infirmières auxiliaires en provenance du centre de réadaptation en déficience intellectuelle vers le CSSS. Des prêts de services ou de locaux semblent plus importants dans quatre RLS. Deux CSSS optimisent ainsi leur bloc opératoire puisque des chirurgiens du CH régional viennent y effectuer des chirurgies d'un jour sur une base régulière. De plus, on constate un partage des ressources humaines entre certains partenaires du RLS ou entre la première et la deuxième ligne dans au moins trois cas (ex. : ergothérapeute du centre de réadaptation qui travaille aussi au CSSS). Un CSSS est encore en discussion avec certains partenaires pour le partage des ressources et aucune action concrète en ce sens n'est effective.

### ***Bilan du processus d'intégration clinique***

Au chapitre de l'intégration clinique, les CSSS n'en étaient qu'aux premiers balbutiements à l'automne 2004. Essentiellement, les installations fonctionnaient en parallèle. Des mécanismes d'ententes et de concertation existaient, mais étaient plus ou moins formalisés et très disparates. Une fois les démarches entourant l'élaboration du projet clinique amorcées, de nouveaux mécanismes prennent forme, tant au niveau régional que local, et la plupart des acteurs du RLS sont sollicités et mobilisés dans un but commun, soit l'amélioration des services à la population dans une perspective de responsabilité populationnelle.

Le projet clinique, abordé en tant que processus, constitue un indice puissant du degré d'implantation des divers RLS. Bien que la stratégie adoptée pour l'élaboration du projet clinique puisse expliquer en partie l'état d'avancement des travaux, d'autres facteurs contextuels et organisationnels sont également tributaires de la vitesse de réalisation. Par exemple, pour les deux sites fusionnés antérieurement, les démarches entourant le projet clinique ont pu débiter plus rapidement puisque la structure organisationnelle était déjà consolidée. Cela dit, l'intégration clinique de ces CSSS n'est pas plus avancée qu'ailleurs et n'est complétée dans aucun CSSS-RLS. Rappelons que la rapidité du processus n'est pas, en soi, l'unique élément à considérer pour qualifier la réussite du projet clinique. La rédaction d'un plan d'action et sa mise en œuvre constituent deux choses distinctes. De plus, certains CSSS ont réussi plus que d'autres à mobiliser les

**Évaluation de l'implantation des réseaux locaux  
de services de santé et de services sociaux  
Rapport final**

---

acteurs et à consolider les fondements théoriques de la réforme, soit la responsabilité populationnelle et la hiérarchisation des services.

Tout comme pour le bilan du processus d'intégration organisationnelle, les mêmes sites se distribuent dans les mêmes grandes catégories quant à leur progression sur le plan de l'intégration clinique (voir le bilan de la section 2). Ainsi, cinq CSSS-RLS composent la première catégorie dite avancée. Un seul site se retrouve dans la deuxième catégorie qualifiée de très avancée. Enfin, deux sites sont considérés comme peu avancés et constituent la troisième catégorie.

### **Catégorie 1 : sites avancés**

Dans cinq sites, le projet clinique suscite une grande adhésion, car il est porteur de changements pour la population. Les travaux entourant l'élaboration du projet clinique permettent le partage d'une vision commune avec les partenaires impliqués. De la même manière, l'ensemble des acteurs se rallie à l'idée qu'au travail en silo devait se substituer une meilleure conjugaison des efforts de chacun pour offrir des services à l'ensemble de la population du territoire. Les partenaires, le personnel et les gestionnaires qui ont participé au projet clinique s'entendent pour dire que ces démarches sont porteuses de changements dans les pratiques de collaboration et très mobilisatrices.

D'une part, le leadership du CSSS donne le ton au partenariat; la volonté des directions générales de mettre l'accent sur le travail avec les partenaires se révèle être un levier important pour l'optimisation du RLS. D'autre part, par l'implication des divers partenaires et intervenants, le CSSS contribue à cultiver un sentiment de reconnaissance, fort apprécié chez les participants. Cette démarche permet ainsi au personnel et aux partenaires de mieux se connaître, d'être au courant des services offerts, d'échanger sur des problématiques communes, de tisser de nouveaux liens et de favoriser la confiance. Toutefois, les partenaires et le personnel ayant participé aux démarches se sont retrouvés devant un certain vide après une période d'engouement. Maintenir une mobilisation une fois les plans d'action complétés se veut un enjeu important pour les CSSS qui désirent garder le projet vivant. Ces derniers s'inquiètent et craignent que le projet clinique ne s'actualise pas.

### **Catégorie 2 : site très avancé**

Tout comme pour le processus d'intégration organisationnelle, un site a une longueur d'avance sur les autres, tant à l'égard de l'actualisation des cibles associées au projet clinique qu'aux mécanismes favorisant une meilleure intégration clinique. Rappelons qu'il s'agit d'un CSSS qui ne comprend pas de volet hospitalier et qui a usé d'une stratégie axée sur la rapidité des démarches et très concentrée à l'interne dans ses premières phases.

### **Catégorie 3 : sites peu avancés**

Dans les deux sites qui se démarquent négativement des autres quant à leur intégration organisationnelle, peu d'avancées sont également constatées à l'égard du processus d'intégration clinique. Pour l'élaboration de leur projet clinique, les CSSS ne sont pas parvenus à mobiliser le personnel et les partenaires autour d'un projet commun. La concertation locale demeure précaire, peu d'ententes sont formalisées avec leurs partenaires et les mécanismes de communication à l'externe semblent plus déficients qu'ailleurs. Le peu de leadership de l'agence et du CSSS peut expliquer en partie cette situation. Les deux établissements ont effectivement connu des tensions avec leur agence et le soutien obtenu sur ce volet semble moins important qu'ailleurs. D'ailleurs, dans ces deux cas, les notions de responsabilité populationnelle et de hiérarchisation des services demeurent obscures ou mal interprétées par la plupart des acteurs du RLS.

Plus précisément, un de ces établissements a connu certaines difficultés à rallier ses partenaires qui ont participé jusqu'ici en faible nombre aux tables cliniques. De plus, les modalités de communication mises en place par l'établissement ne parviennent toujours pas à tenir le personnel et les partenaires informés des démarches entourant le projet clinique. Dans ce contexte de méconnaissance, il devient difficile d'obtenir la mobilisation et la confiance des acteurs du RLS par rapport aux démarches entreprises par le CSSS. On remarque également peu d'amélioration quant aux mécanismes mis en place pour favoriser la continuité; les actions restent à venir. L'autre cas se distingue par l'absence d'une personne responsable du dossier et des travaux qui ne respectent pas nécessairement la séquence ou encore les orientations ministérielles et régionales. La mise en priorité de certains dossiers névralgiques, tels que l'obligation de l'équilibre budgétaire et la régulation de l'assurance salaire, compte parmi les facteurs qui ont freiné les travaux. Certains membres de la direction ont aussi fait ressortir le paradoxe auquel ils étaient confrontés, soit la responsabilité du CSSS d'élaborer le projet clinique selon les besoins de la population, mais aussi de répondre aux besoins identifiés par le Ministère dans le cadre des ententes de gestion qui divergent parfois des priorités locales. Ceci démontre que l'adhésion à la démarche n'est pas complètement acquise et que les travaux en cours reposent sur des bases fragiles.

**En résumé**, bien avant la réforme de 2004, certains CSSS pouvaient compter sur une forte tradition de partenariat alors que d'autres avaient manifestement davantage à construire. Près de quatre ans plus tard, la structure de concertation s'est intensifiée avec les partenaires, particulièrement dans la foulée des travaux sur le projet clinique.

De façon globale, le soutien obtenu par les agences pour l'élaboration du projet clinique est considéré positivement par l'ensemble des CSSS-RLS, surtout en début de processus. Ainsi, les agences ont implanté divers mécanismes de concertation et d'orientation pour favoriser le bon déploiement des projets cliniques et ont également élaboré des balises visant à mieux délimiter des frontières avec certains partenaires. Toutefois, des insatisfactions ont été soulevées par des CSSS qui se disent, encore en 2007, en attente des travaux régionaux pour poursuivre leurs démarches. Le roulement de personnel, le manque de soutien financier et l'absence de porteur de dossier à l'agence viennent également ternir le portrait.

**Évaluation de l'implantation des réseaux locaux  
de services de santé et de services sociaux  
Rapport final**

---

L'élaboration du projet clinique a donné lieu à diverses stratégies mises sur pied par les CSSS-RLS en collaboration avec leur agence. En fait, la plupart des sites ont axé leurs travaux sur l'intégration organisationnelle avant d'entreprendre le projet clinique, qui a débuté aux alentours de 2006. La majorité des CSSS ont également choisi d'aborder tous les programmes-services de front plutôt qu'une approche par étape. Dans presque tous les sites, une personne est attirée à la démarche du projet clinique et différents mécanismes (ex. : comité de pilotage, comité d'experts, comité consultatif) encadrent le processus.

Les stratégies de concertation pour l'élaboration du projet clinique sont tout aussi diversifiées selon les sites. Alors que certains CSSS ont associé leurs partenaires dès le départ, d'autres ont privilégié une approche plus concentrée à l'interne avant d'interpeller leurs partenaires. La participation et le degré de mobilisation varient selon les sites, mais également selon les groupes d'acteurs qui y participent. Pour le personnel directement impliqué, les démarches soulèvent un vent d'engouement et ouvrent la voie à une plus ferme adhésion à l'égard du projet clinique et organisationnel. En revanche, le personnel n'ayant pas participé aux travaux demeure méfiant et se sent peu interpellé par cette vaste entreprise. Les organismes communautaires collaborent avec les CSSS, malgré leur retenue liée à une question de maintien de leur autonomie. Les médecins, quant à eux, s'impliquent timidement en raison de leur faible disponibilité et de leur intérêt mitigé. Les partenaires institutionnels (CR, CJ, commissions scolaires, CH régionaux) sont présents aux tables cliniques qui les concernent et voient d'un bon œil la réalisation de cet exercice, malgré leurs craintes à l'égard de l'éventuel partage des rôles et des responsabilités entre la première et la deuxième ligne. Enfin, les partenaires du milieu (corps policier, municipalités, CPE, etc.) participent en plus faible nombre, mais sont dans l'ensemble réceptifs quant aux démarches entourant le projet clinique. Mentionnons enfin que tous les participants sont en attente de résultats tangibles pour la population.

Depuis 2004, l'élaboration du projet clinique lève le voile sur plusieurs aspects qui influencent l'intégration clinique. Comme il en a été question pour le processus d'intégration organisationnelle, les différents sites présentent un état d'avancement variable quant à leur intégration clinique. Certains facteurs communs aux deux volets (organisationnel et clinique), soit le style de leadership (directif, participatif ou statu quo) exercé par la direction, l'importance (plus ou moins grande) accordée aux mécanismes de concertation et de consultation ainsi que l'ampleur du soutien de l'agence, influencent la rapidité et la solidité du projet.

Enfin, bien que l'intégration clinique ne soit pas achevée, les CSSS-RLS, dont certains plus que d'autres, ont tout de même avancé sur ce volet, procurant ainsi au RLS davantage d'assises afin d'améliorer la continuité des services offerts à la population. Par exemple, le partage de l'information clinique, tant à l'interne qu'avec les partenaires, révèle certaines améliorations, mais demeure un défi de taille pour les CSSS. À cet effet, les attentes à l'égard de l'informatisation clinique sont encore nombreuses puisque, dans l'ensemble, peu de changements sont constatés. On note également une augmentation, dans plusieurs sites, des activités de concertation et de la formalisation des ententes. Toutefois, le partage des responsabilités et des ressources entre les établissements de première et de deuxième ligne n'en est qu'à ses débuts et demeure un enjeu prioritaire.

## **Section 4 : L'apport des RLS à l'accessibilité et à la continuité des services**

L'influence des RLS sur l'accessibilité aux services de première ligne ainsi que sur le suivi et la prise en charge des personnes ayant eu recours aux services constituent l'essentiel de cette section. Plus précisément, le bilan qui suit fait référence aux questions de l'évaluation concernant la gamme de services offerts en première ligne à la population locale ainsi qu'à l'évolution de la disponibilité et de l'accessibilité à ces services. Également, les principaux constats découlant de l'analyse de trajectoires de services résumant l'apport des RLS à la continuité et à la coordination des services. Pour amorcer cette section les résultats découlant du sondage réalisé auprès de la population sont décrits succinctement

### **4.1 La perception de la population à l'égard des RLS**

À l'automne 2004, un sondage auprès de la population a été réalisé pour dresser un portrait de la satisfaction de la population relativement à l'accessibilité, à la prestation des services ainsi qu'à la connaissance des services offerts sur le territoire<sup>37</sup>.

D'abord, on constate que la majorité de la population adulte sait où s'adresser en cas de besoin pour obtenir des services de base, mais moins de six répondants sur dix savent où s'adresser pour des consultations psychosociales. On observe également que la moitié des personnes s'adressent à une installation située dans leur RLS pour des prélèvements sanguins et pour la vaccination, proportion qui diminue pour les consultations psychosociales. Pour ces mêmes trois services, le CLSC constitue la première référence pour ces répondants. Seulement une personne sur dix mentionne le CLSC pour une consultation médicale, alors que la majorité des répondants s'adressent à une clinique médicale. Parmi les personnes qui ont déclaré avoir utilisé des services, près de la moitié estiment qu'il a été facile ou très facile d'obtenir les services dont elles avaient besoin.

On observe que 72,2 % de la population ayant consulté a déclaré avoir un médecin de famille<sup>38</sup>. Quant aux délais d'attente pour une consultation médicale avec rendez-vous, on apprend que près de 80 % des personnes estiment qu'il a été facile d'obtenir un rendez-vous et qu'elles ont été traitées avec ponctualité une fois sur les lieux du rendez-vous. Le délai d'attente pour obtenir un rendez-vous a été considéré comme raisonnable par les deux tiers des répondants.

Rappelons que le devis initial de l'évaluation prévoyait un second temps de mesure afin de dresser un portrait de l'évolution de la perception de la population à la suite de

---

<sup>37</sup> Pour une description détaillée du sondage : RHEULT, S. *Implantation des réseaux locaux de services de santé et des services sociaux. Sondage auprès de la population québécoise 2004. Rapport détaillé, Québec*, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de l'évaluation, 2005b, voir annexe 1.

<sup>38</sup> Mentionnons, à cet égard, que le sondage réalisé en 2008 par Statistique Canada dans le cadre de l'ESCC montre que la proportion de la population ayant déclaré avoir un médecin de famille au Québec est de 72,7 % : Statistique Canada, Enquête sur la santé des collectivités canadiennes, CANSIM, tableau 105-0501.

l'implantation des CSSS-RLS. Toutefois, le sondage n'a pas été repris compte tenu, entre autres, du peu de changements anticipés quant aux perceptions de la population à l'égard de l'utilisation et de la connaissance des services.

## **4.2 L'accessibilité aux services de première ligne**

Plusieurs dimensions de l'accessibilité aux services de première ligne ont été examinées, notamment la gamme de services offerts, l'accessibilité temporelle (heures d'ouverture), l'accessibilité territoriale (proximité des services), l'intensité des services, les taux de couverture<sup>39</sup> (population rejointe) et les dépenses par personne. Tant les services sociaux que les services de santé ont été pris en compte. Une attention particulière a été par ailleurs apportée aux services médicaux en omnipratique<sup>40</sup>.

### **Les caractéristiques territoriales**

Les trois CSSS qui desservent un grand territoire doivent multiplier les points de services afin d'offrir des services de première ligne à proximité. Ainsi, un choix doit souvent être fait entre élargir la plage horaire lors de laquelle les services sont accessibles (soir et fin de semaine) et diminuer des distances à parcourir pour obtenir les services. Lorsque la densité de la population est faible et répartie sur un vaste territoire, l'arbitrage est encore plus difficile à faire.

La collecte de données réalisée montre clairement que les CSSS ont fait des efforts au cours de la période observée pour dispenser les services de première ligne à proximité. Toutefois, dans les territoires faiblement peuplés, l'accès à des services en dehors des heures habituelles de travail est relativement limité. La population se replie alors sur les urgences, notamment les urgences situées en CLSC, lorsque disponibles. Une autre contrainte importante concerne les problèmes de transport. Certaines données recueillies montrent que ces difficultés limitent l'accès aux services. Les intervenants doivent donc trouver des moyens pour résoudre les situations plus problématiques (ex : se rendre au domicile de l'utilisateur, formation d'un aidant, etc.). Pour ces CSSS-RLS, des projets de transport collectif sont aussi à l'ordre du jour.

Les déplacements des intervenants posent aussi des défis importants à l'organisation. Les dépenses additionnelles qui y sont associées ne seraient pas, selon certaines personnes rencontrées, prises en compte adéquatement dans les mécanismes d'allocation des ressources, défavorisant ainsi ces CSSS. Les établissements situés dans un grand territoire doivent aussi choisir entre une spécialisation des tâches de leurs intervenants dans certaines installations, ayant pour conséquences un plus grand territoire à couvrir, ou une plus grande polyvalence relativement aux tâches effectuées par leur personnel. Pour l'organisation des services, ces choix ont constitué et constituent toujours un enjeu important.

---

<sup>39</sup> L'expression *taux de pénétration* est aussi fréquemment utilisée.

<sup>40</sup> Pour plus de détails : RHEAULT, S., Évaluation de l'implantation des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Analyse de l'accessibilité aux services de première ligne. Rapport final, version détaillée, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de l'évaluation, 2009b, voir annexe 1.

**Évaluation de l'implantation des réseaux locaux  
de services de santé et de services sociaux  
Rapport final**

---

Les données analysées démontrent également que les médecins omnipraticiens sont, toutes proportions gardées, plus nombreux à pratiquer en milieu urbain ou à proximité des grands centres. Ainsi, la population qui réside en milieu rural et de plus, éloignée d'un centre hospitalier, éprouve plus de difficultés à consulter un médecin en pratique privée près de son domicile. Dans ces territoires, on retrouve en contrepartie davantage de médecins pratiquant dans des installations de CLSC. Le bilan effectué met cependant en évidence que cette offre est insuffisante puisque la population de ces territoires ruraux doit souvent se déplacer vers les milieux urbains pour consulter un médecin omnipraticien. Mentionnons par ailleurs que les propos recueillis confirment qu'il est de plus en plus difficile d'attirer des médecins vers les milieux éloignés des centres urbains.

### **L'accès en CLSC**

Les délais d'accès en première ligne (CLSC) pour obtenir des services de santé courants, en périnatalité ou encore pour les jeunes et leurs familles, respectent en grande majorité les attentes ministérielles<sup>41</sup>. Toutefois, pour plusieurs services qui nécessitent des intervenants spécialisés (ergothérapeute, inhalothérapeute, nutritionniste, psychologue), les délais peuvent être plus importants, quoique non systématiques. Des délais importants sont aussi observés à maintes reprises pour l'accès à des services de consultation psychosociale ou psychologique ainsi que pour l'accès à des services de physiothérapie. L'insuffisance de ressources humaines pour répondre à la demande constitue la principale raison évoquée par les CSSS pour expliquer ces délais. Des difficultés de recrutement et de rétention ou encore des congés de maternité et des congés de maladie prolongés sont souvent à l'origine du manque de ressources. Ces difficultés sont encore plus grandes lorsque le bassin de main-d'œuvre spécialisée est petit, laissant ainsi peu de marge de manœuvre au CSSS.

La lecture des délais cache cependant une autre réalité. En effet, ce ne sont pas toutes les demandes qui sont acceptées par les CLSC. Une partie de ces refus découle, notamment, des stratégies déployées par les CSSS pour faire face à l'inadéquation entre l'offre de services et les besoins<sup>42</sup>. Parmi celles qui ont été soulignées, on note l'accès aux consultations psychologiques réservé aux usagers présentant un diagnostic de santé mentale, l'accès aux services de physiothérapie du CLSC réservé aux personnes ayant une perte d'autonomie ou encore l'accès aux services d'une nutritionniste réservé aux personnes inscrites au programme d'enseignement sur le diabète. En d'autres termes, les délais auraient probablement été plus élevés si toutes les demandes avaient été acceptées.

L'inventaire de services réalisé au début de l'année 2005 et trois ans plus tard fait état de peu de changements dans l'offre de services de première ligne en termes

---

<sup>41</sup> En 2004, le MSSS diffusait le document *Les services généraux offerts par les centres de santé et de services sociaux* dans lequel les attentes ministérielles relativement à l'accessibilité géographique, temporelle et professionnelle étaient décrites (MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Les services généraux offerts par les centres de santé et de services sociaux*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale des services sociaux, 2004d).

<sup>42</sup> Les données ne permettent cependant pas de distinguer la proportion des refus qui ont été faits faute de ressources appropriées en première ligne de ceux qui nécessitaient une référence vers des services spécialisés en deuxième et en troisième ligne.

**Évaluation de l'implantation des réseaux locaux  
de services de santé et de services sociaux  
Rapport final**

---

d'accessibilité géographique (lieux), temporelle (plages horaires) et de délais d'accès. Par contre, plusieurs démarches ont été entreprises par les divers CSSS pour améliorer l'organisation des services de première ligne et plus particulièrement dans trois sites. À titre d'exemple, mentionnons l'instauration de guichets uniques, d'équipes dédiées à certaines clientèles (déficience, jeunes, etc.), de cliniques interdisciplinaires (maladie chronique) ou de nouveaux mécanismes d'accès (infirmière de liaison, etc.). On note aussi l'implantation de nouveaux programmes (prévention des chutes, centre d'éducation à la santé, etc.) et la mise en place de réseaux intégrés (ex. : jeunes). Plusieurs de ces actions sont issues des travaux réalisés par les CSSS et leurs partenaires du RLS dans le cadre des projets cliniques. Rappelons cependant que ces travaux n'étaient pas terminés dans tous les sites évalués à la fin de l'année 2007.

### **L'harmonisation des services**

Sur les six CSSS fusionnés en 2004, quatre ont réalisé des actions pour harmoniser l'offre de services entre les CLSC. Dans un cas, les travaux d'harmonisation avaient débuté avant les fusions; ces derniers ont été initiés par l'agence. Soulignons toutefois que les travaux d'harmonisation étaient loin d'être terminés à la fin de l'année 2007. En effet, si les heures d'ouverture et le type de services offerts ont fait l'objet d'harmonisation, les travaux sur les façons de faire débutaient et étaient source d'appréhensions (voir la section 2.4). Dans ces sites, les craintes de départ concernant la perte de services pour les populations vivant dans les territoires de CLSC plus éloignés ou en région rurale ne se sont pas concrétisées. Des efforts ont clairement été faits par les CSSS pour améliorer l'accès aux services dans ces territoires moins bien pourvus.

Dans les deux autres CSSS, les travaux étaient peu avancés. Dans un site cependant, des actions ont été réalisées pour améliorer l'accès, du moins, dans un sous-territoire moins bien nanti en services. De plus, pour certains programmes, une certaine standardisation des services était amorcée (santé mentale, soutien à domicile et périnatalité). Cependant, dans sa volonté d'harmoniser, le CSSS se heurte à la grande dispersion de sa population, ce qui compliquerait ses efforts. Dans l'autre site, le statu quo est plutôt constaté. Les craintes sont encore vives entre les deux territoires de CLSC concernant toutes démarches d'harmonisation. Or, dans ce dernier cas, les différences entre les deux territoires de CLSC sont très importantes, que ce soit pour les services offerts, les heures d'ouverture ou les délais.

### **L'utilisation et la disponibilité des services de première ligne**

L'analyse de l'accessibilité des services de première ligne a été réalisée à partir de divers indicateurs d'utilisation et de disponibilité des services de première ligne (incluant services médicaux) de 2003-2004 à 2007-2008. L'analyse démontre des écarts

## **Évaluation de l'implantation des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux Rapport final**

---

importants par indicateur<sup>43</sup> entre les huit sites. Elle met en lumière les choix effectués par les diverses organisations, notamment entre un meilleur taux de couverture et une plus grande intensité de services aux personnes desservies, ou encore entre une priorisation des services pour certaines clientèles et une plus grande universalité des services. Également, les résultats reflètent les priorités des CSSS entre les services de première ligne et les services plus spécialisés.

L'analyse montre que l'on ne peut cependant pas attribuer à certaines particularités les écarts relatifs à l'accessibilité globale aux services, par exemple, au milieu rural ou urbain. Ainsi, lorsque certains facteurs influencent positivement, comme la densité de la population sur la distance à parcourir pour obtenir des services, les faibles taux de rétention par les centres hospitaliers ou les cliniques médicales peuvent annuler cet avantage.

Quant à l'évolution du nombre de services rendus entre l'année 2003-2004 et l'année 2007-2008, on note peu de changements positifs. Ainsi, pour l'intensité des services, des gains sont constatés dans quatre sites, mais des pertes sont observées dans les quatre autres sites. Quant au taux de couverture, une amélioration est constatée dans un site uniquement. Par ailleurs, des gains sont notés dans trois sites au regard de l'accessibilité territoriale, mais des pertes sont observées dans quatre sites. Un CSSS ressort avec une situation relativement plus avantageuse que les autres. Les résultats pour les trois indices synthèses (couverture, intensité et accessibilité territoriale) ainsi que pour les dépenses en première ligne sont plus élevés que la moyenne québécoise. À l'inverse, un site se démarque par ses résultats plus négatifs.

### **Le « virage » vers la première ligne**

En 2003-2004, la part des dépenses de première ligne sur l'ensemble des dépenses du CSSS (excluant administration et services et gestion des bâtiments) oscillaient entre 19,1 % et 49,5 % selon les sites évalués<sup>44</sup>. La proportion la plus faible se situait dans un CSSS comprenant un CH avec une mission régionale alors que la proportion la plus élevée se retrouvait dans un CSSS ne possédant pas de mission hospitalière.

Cinq ans plus tard, ces proportions se sont accrues dans deux CSSS, ce qui indique que les dépenses de première ligne ont augmenté davantage comparativement à celles

---

<sup>43</sup> Pour évaluer l'intensité des services, les indicateurs suivants sont utilisés : nombre de médecins omnipraticiens, indice d'autosuffisance des médecins omnipraticiens, nombre d'emplois occupés par le personnel soignant et le personnel en services sociaux, ainsi que le nombre moyen d'heures travaillées, le nombre d'interventions par personne dans le cadre des services infirmiers en CLSC et en services psychosociaux. Les indicateurs utilisés pour mesurer le taux de couverture sont le nombre de personnes desservies par les services infirmiers généraux et les services psychosociaux, le nombre d'usagers desservis à domicile après une intervention chirurgicale, la proportion de demandes refusées en CLSC, le taux d'utilisation des services de santé parentale et infantile, le taux d'utilisation des services de santé scolaire, le taux d'utilisation des services médicaux en omnipratique et la proportion de la population inscrite auprès d'un GMF. Enfin, l'accessibilité territoriale est mesurée par le nombre de lits dressés en soins généraux, le taux de rétention des hospitalisations de premier niveau, le taux de rétention des services médicaux en cabinet privé et les distances parcourues pour obtenir des services médicaux et hospitaliers.

<sup>44</sup> Les données excluent les services médicaux en omnipratique, les crédits pour les organismes communautaires et les dépenses de santé publique, volet régional.

**Évaluation de l'implantation des réseaux locaux  
de services de santé et de services sociaux  
Rapport final**

---

de deuxième et de troisième ligne. Par contre, des diminutions sont constatées dans deux autres CSSS. Pour les autres CSSS, les variations sont minimales.

Ces résultats n'appuient pas le discours tenu par la majorité des CSSS évalués quant aux efforts réalisés pour réallouer les dépenses vers la première ligne. Pour certains d'entre eux, des démarches ont effectivement été entreprises dans l'organisation pour accroître les dépenses de première ligne. Pensons, notamment, à l'instauration d'équipes dédiées en première ligne, aux centres d'enseignement pour les maladies chroniques ou à l'augmentation des ressources en première ligne pour les jeunes en difficulté ou les personnes dépendantes. Également, certains ont clairement fait le choix de privilégier la première ligne en réallouant, entre autres, des ressources à l'intérieur de l'organisation, ce qui se concrétise dans certains programmes-services.

En somme, on peut faire l'hypothèse que sans les efforts entrepris par les CSSS pour accroître la présence de la première ligne, l'écart entre les dépenses de première ligne et celles de deuxième et de troisième ligne aurait été plus important.

### **L'accessibilité aux services médicaux**

Les écarts d'un RLS à l'autre concernant l'accessibilité médicale sont importants<sup>45</sup>. Ainsi, certains sont mieux pourvus que d'autres. Un cas offre une situation relativement plus avantageuse quant à l'accessibilité et la disponibilité médicales. À l'inverse, un cas se démarque par la négative sur plusieurs aspects. Les autres sites se distribuent entre ces extrêmes. Dans tous les cas, des difficultés d'accès sont tout de même présentes. Soulignons aussi que l'analyse par RLS dissimule de grands écarts entre les zones urbaines et rurales.

De plus, il n'y a pas de liens systématiques entre le nombre de médecins (en équivalent temps plein) et l'accès aux services pour la population. Ce sont plutôt des aspects organisationnels qui semblent influencer l'accès. Par exemple, la présence de tables territoriales de médecins ou d'un représentant médical par territoire de RLS permet, dans certains cas, d'améliorer la répartition des ressources médicales. Par contre, la concentration de la pratique médicale en omnipratique en milieu hospitalier réduit grandement le nombre de médecins disponibles pour assurer le suivi d'usagers dans la communauté. Les modes de rémunération des médecins, tout comme le recours aux activités médicales particulières, influencent également l'accès en première ligne.

En ce qui a trait à l'accessibilité aux services médicaux en CLSC et en cliniques médicales privées, soulignons que quatre territoires n'offraient aucun service les fins de semaine. L'un d'eux se retrouve sans services alternatifs, hormis l'urgence du CH. Dans un autre cas, la présence d'une urgence CLSC permet de combler certains besoins, du moins pour la population d'un sous-territoire (grande étendue du RLS); les autres usagers doivent se déplacer à l'urgence du CH ou dans un autre territoire. Pour un autre RLS, la population inscrite auprès d'un GMF peut compter sur la présence d'infirmières de garde la fin de semaine. Mentionnons cependant que, dans ce cas, une très grande proportion de la population est inscrite auprès d'un GMF. Enfin, dans un RLS, une entente entre le CSSS et un groupe de médecins en cliniques privées permet de fournir

---

<sup>45</sup> Rappelons que les cas choisis reflètent une variété de situations observées au Québec.

**Évaluation de l'implantation des réseaux locaux  
de services de santé et de services sociaux  
Rapport final**

---

des services à domicile à la clientèle vulnérable (soutien à domicile, santé mentale et MPOC).

La lecture des diverses données provenant d'enquêtes et de données administratives conduit à un bilan peu positif de l'évolution de l'accessibilité aux services médicaux depuis 2004. Soulignons que la situation prévalant au début de l'implantation des CSSS-RLS présentait de nombreuses lacunes au regard de la disponibilité et de l'accessibilité aux services médicaux en omnipratique, et ce, malgré les récentes interventions gouvernementales comme, par exemple, l'implantation progressive de groupes de médecine de famille (GMF) depuis 2002.

L'analyse par cas démontre que la situation s'est clairement détériorée dans deux sites depuis 2004. Pour cinq sites, les résultats sont plus nuancés; certains indicateurs se sont améliorés alors que d'autres se sont détériorés. Un seul site a connu une amélioration. Une légère diminution de l'accès aux consultations médicales en CLSC est constatée globalement pour les huit CSSS évalués. Mentionnons cependant que pour l'ensemble du Québec, les données disponibles ne permettent pas de conclure à une diminution de l'accès aux consultations médicales en CLSC. L'accessibilité temporelle (plages horaires) aux services médicaux en cliniques privées n'a guère changé. Quant à l'accessibilité géographique, on note une légère augmentation de la proportion de cliniques offrant des services, notamment pour des services avec rendez-vous les jours de semaine et sans rendez-vous, les jours et les soirs de semaine. Au total, on constate une augmentation d'à peine 2 % du nombre d'heures où des services sont offerts en cliniques privées. Enfin, les divers indicateurs utilisés<sup>46</sup> pour mesurer les changements à l'égard de l'accessibilité et de la disponibilité des services médicaux en omnipratique montrent plus de pertes que de gains.

L'évolution a cependant été plus positive en ce qui a trait à l'implication des médecins. En effet, ils sont plus nombreux qu'en 2004 à collaborer avec les CSSS pour assurer une meilleure continuité des services, entre autres par leur implication dans les projets cliniques. Plusieurs d'entre eux ont aussi recherché des solutions pour améliorer l'accès aux services (regroupement de médecins en GMF, cliniques-réseau, guichet unique pour les patients orphelins, etc.). Sans ces interventions, les difficultés d'accès auraient peut-être été plus nombreuses.

En somme, l'analyse de l'accessibilité démontre peu de changements positifs depuis 2004 et les variations observées dans le temps ne sont pas nécessairement attribuables à l'implantation des CSSS-RLS. Toutefois, la combinaison des efforts et des actions des CSSS en vue d'améliorer l'accessibilité mérite d'être soulignée. De la même manière, la continuité des services pour la population est toujours au cœur des préoccupations.

---

<sup>46</sup> Les indicateurs retenus pour évaluer l'accessibilité médicale sont les suivants : pourcentage de cliniques privées ouvertes les soirs de semaine, avec rendez-vous et heures moyennes d'ouverture, pourcentage de cliniques privées ouvertes les fins de semaine, sans rendez-vous et heures moyennes d'ouverture, présence de médecins en CLSC et services offerts pendant les heures défavorables, distances parcourues pour consulter un médecin, indice d'autosuffisance des médecins omnipraticiens, nombre de médecins omnipraticiens, taux d'utilisation des services médicaux, indice comparatif de consommation des services médicaux, regroupement de médecins, proportion de la population inscrite auprès d'un GMF et accès à un médecin de famille.

### **4.3 La continuité et la coordination des services**

Pour faire état de l'évolution de la continuité et de la coordination des services, une analyse qualitative de trajectoires de services a été réalisée à partir des données recueillies dans les dossiers des usagers ainsi qu'à partir des entrevues auprès des usagers et des intervenants. Deux trajectoires de services pour chacune des six problématiques touchant la population adulte (diabète et toxicomanie-alcoolisme), les personnes âgées (MPOC et perte d'autonomie avec prédéminence) et les jeunes (déficience intellectuelle et troubles de comportement) dans chaque RLS évalué ont été examinées une première fois en 2004-2005 et l'exercice a été repris en 2007-2008. Dans un premier temps, 96 trajectoires de services ont été analysées, alors qu'à la seconde collecte, 80 trajectoires ont été retenues en raison des difficultés importantes reliées à la collecte de données dans l'un des RLS et à la sélection des dossiers pour certaines situations-problèmes (ex. : troubles de comportement et déficience intellectuelle) dans d'autres territoires.

De manière plus précise, l'analyse des trajectoires de services s'appuie sur sept concepts, soit les dimensions chronologique (les délais) et séquentielle (le déroulement), la continuité relationnelle (entre usagers et intervenants), la continuité d'approche (entre les intervenants), la coordination (interdépendance des soins), la continuité informationnelle (entre intervenants et entre les épisodes) et l'intégration clinique (continuum de services optimal)<sup>47</sup>.

#### **L'analyse des trajectoires de services**

D'entrée de jeu, soulignons que dans l'ensemble et pour tous les territoires, plusieurs trajectoires de services sont relativement fluides et bien coordonnées. Des variations sont cependant observées entre les CSSS-RLS à l'égard de la prestation des services, mais également entre les diverses situations-problèmes étudiées<sup>48</sup>.

#### ***Dimension chronologique***

Dans tous les territoires, il y a peu de délais constatés pour les clientèles adultes et personnes âgées. Lorsque les services relèvent tous du CSSS, le suivi infirmier ou d'inhalothérapie du CLSC est généralement mis en place rapidement après une demande du médecin traitant ou une référence du CH. Certaines actions peuvent concourir à ce résultat, notamment la présence d'une infirmière de liaison et le fait que le CLSC soit informé rapidement du départ de l'usager. Certains centres hospitaliers avisent même le CLSC avant la date de sortie.

---

<sup>47</sup> HAGGERTY, J., et COLL. *Continuité et accessibilité des soins de première ligne au Québec : barrières et facteurs facilitants. Rapport final*, Montréal, CHUM, mars 2004. Projet subventionné par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.

<sup>48</sup> Pour une analyse détaillée des trajectoires de services : RHEAULT, S. *Évaluation de l'implantation des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Continuité, coordination et intégration des services : Volet trajectoires de services*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de l'évaluation, 2009a, voir annexe 1.

**Évaluation de l'implantation des réseaux locaux  
de services de santé et de services sociaux  
Rapport final**

---

Par ailleurs, l'accès limité à certaines ressources professionnelles spécialisées, notamment les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, les nutritionnistes et les psychologues, ou l'accès à un médecin de famille, a été à l'origine de plusieurs délais. La rareté de ce type de professionnels dans le réseau public demeure l'explication la plus courante pour décrire cette situation. D'autres délais sont constatés pour certaines clientèles spécifiques ayant recours aux services offerts par le CSSS, tels que l'évaluation gériatrique et l'enseignement traitant du diabète. Toutefois, ce sont pour les clientèles jeunes (déficience intellectuelle et troubles du comportement) que les délais posent le plus de problèmes, et ce, dans la majorité des trajectoires examinées. Les délais sont essentiellement associés au processus d'évaluation, à l'accès aux services spécialisés ainsi qu'à la prise en charge par l'établissement de deuxième ligne (centre de réadaptation ou centre jeunesse).

Malgré tout, la grande majorité des usagers se disent satisfaits des délais. Par ailleurs, dans tous les territoires, certaines personnes mentionnent que le temps d'attente est trop long à l'urgence, pour l'accès à certains professionnels (médecin, spécialiste, psychologue, etc.), mais surtout pour certains services de deuxième ligne (centre de réadaptation en déficience intellectuelle, pédopsychiatrie).

### ***Dimension séquentielle***

Dans tous les territoires, la majorité des trajectoires démontrent que la séquence des services est fluide, quoique ralentie par des délais dans certains cas. De plus, celles-ci se déroulent comme prévu et l'intensité<sup>49</sup> des services est respectée. Certains aspects contribuent tout particulièrement à l'efficacité de la séquence, notamment la planification du suivi lors de l'hospitalisation. Notons également que la rédaction de PI, de PSI ainsi que la mise en place de mécanismes formels ou de suivis systématiques facilitent le bon déroulement des services dans plusieurs cas.

La séquence des services est considérablement ralentie par des délais d'attente liés à certains services tels que mentionnés précédemment. La fluidité des services se trouve parfois altérée par des difficultés de référence et de suivi, et ce, même si des mécanismes pour faciliter la continuité sont implantés. Ces situations demeurent peu fréquentes pour la majorité des territoires évalués. Cependant, on constate davantage d'absences de suivis ou de ruptures de services dans deux CSSS-RLS. Dans deux autres territoires, un dédoublement de l'évaluation des cas de déficience intellectuelle retarde l'accès aux services en centres de réadaptation. Soulignons qu'il arrive parfois que la séquence soit perturbée par des refus provenant de l'utilisateur (particulièrement pour les personnes toxicomanes ou en perte d'autonomie). Dans certains cas, on remarque que les services s'adaptent aux refus de l'utilisateur ou que les services sont assumés par la famille. Toutefois, il peut arriver que le refus soit préjudiciable pour la santé et le bien-être de l'utilisateur.

---

<sup>49</sup> L'intensité fait référence à la fréquence attendue des interventions.

**Évaluation de l'implantation des réseaux locaux  
de services de santé et de services sociaux  
Rapport final**

---

**Continuité relationnelle**

Dans l'ensemble, la continuité relationnelle est très adéquate. Il s'agit là de la dimension la plus positive des trajectoires. La présence d'un intervenant responsable dans toutes les trajectoires assure non seulement la coordination du dossier, mais offre un suivi étroit avec l'utilisateur et sa famille, le cas échéant. On constate également peu de changements d'intervenant principal en cours de route sauf dans un territoire où la situation est plus problématique. Généralement, dans le cas des usagers déjà connus au CLSC, l'intervenant responsable du dossier reste le même. La majorité des usagers estiment que leur intervenant principal leur a facilité les démarches auprès d'autres établissements ou intervenants et les a tenus au courant des démarches les concernant. Ils mentionnent aussi que les intervenants rencontrés ont fait preuve de sympathie à leur endroit. D'ailleurs, on remarque que dans plusieurs trajectoires les intervenants s'impliquent intensivement auprès des usagers ou de leur famille.

Enfin, peu de lacunes sur ce volet sont soulignées par les usagers et, lorsque des manques sont notés, ces derniers constituent des cas de nature circonstancielle ou personnelle. Les insatisfactions mentionnées concernent des divergences d'opinions et/ou des attitudes négatives de la part de certains intervenants provenant principalement du personnel du CH.

**Continuité d'approche**

Dans tous les territoires et pour la majorité des usagers, des PI sont rédigés. Des échanges téléphoniques ou en personne et des discussions de cas entre les intervenants du CSSS sont également réalisés partout et dans la grande majorité des trajectoires. De la même manière, des ententes formelles, des suivis systématiques (dans tous les cas de MPOC), des réseaux intégrés (ex. : PPALV) et des protocoles qui encadrent la collaboration sont à l'œuvre dans plusieurs trajectoires. Dans deux territoires, certains de ces mécanismes ont été mis en place entre les deux temps de mesure, notamment pour la clientèle alcoolique et toxicomane. La formalisation des références en pédopsychiatrie pour le programme DI-TED a également été implantée dans un autre CSSS-RLS. De façon générale, lorsque ces mécanismes sont présents dans les territoires, ils contribuent à améliorer la collaboration entre les partenaires et diminuent globalement les difficultés liées à la continuité des services.

Par contre, dans tous les territoires, on note plusieurs aspects pouvant nuire à la continuité d'approche. Ainsi, quoique souvent compensé par les échanges informels, le recours aux PSI semble peu systématique. Cette situation prévaut surtout dans deux territoires, et ce, sans égard aux situations-problèmes. Toutefois, c'est le véritable travail en silo, autant entre les intervenants d'un même CSSS qu'entre ces derniers et leurs partenaires, et la divergence d'opinions quant aux services nécessaires à l'utilisateur et le désaccord concernant le diagnostic qui compromettent le plus la continuité d'approche et l'intégration des services. Ces freins sont présents pour la clientèle adulte, mais de manière encore plus marquée pour l'ensemble de la clientèle jeune. En effet, pour plusieurs trajectoires de troubles de comportement et de déficience intellectuelle, on note qu'une multitude de discussions cliniques, d'évaluations et même de suivis sont menés en parallèle. Des partenaires importants se retrouvent ainsi en dehors du processus. Par exemple, dans quelques trajectoires de troubles de comportement, on

**Évaluation de l'implantation des réseaux locaux  
de services de santé et de services sociaux  
Rapport final**

---

remarque l'absence de l'intervenant du CLSC ou de l'école dans les discussions ou dans le suivi des usagers avec les centres jeunesse<sup>50</sup>. Dans les trajectoires de déficience intellectuelle, le manque d'échange entre le CSSS et le centre de réadaptation en déficience intellectuelle se traduit dans bien des cas par le cumul d'évaluations retardant l'accès aux services. Le manque de clarté des rôles entre la première et la deuxième ligne explique en partie ces situations.

Enfin, dans deux territoires en particulier, plusieurs usagers insistent sur le fait que leur médecin de famille est disponible et bien impliqué dans le suivi, ce qui n'est pas le cas dans la majorité des trajectoires des autres sites évalués. En effet, il semble que les médecins traitants soient plutôt à l'écart du processus, participant peu aux discussions de cas, à l'élaboration de PSI et n'étant pas toujours informés des différents recours au CH (urgence, hospitalisation) de leurs patients.

### ***Continuité informationnelle***

De manière générale, et dans tous les territoires, les informations cliniques et contextuelles circulent relativement aisément entre les divers intervenants impliqués dans les dossiers. Le transfert des informations contextuelles et cliniques s'effectue habituellement au moyen d'un formulaire officiel (demande de services interétablissements ou autres), soit par télécopieur, soit par courrier interne ou postal pour les partenaires. Les contacts téléphoniques et les rencontres entre les intervenants favorisent également la continuité informationnelle. De la même manière, le dossier partagé, lorsqu'il existe, s'avère très utile pour l'échange d'informations entre les missions de CH-CLSC-CHSLD.

Toutefois, il arrive que des informations ne soient pas échangées entre les installations du CSSS et avec les partenaires. À cet effet, il semble que plusieurs problèmes dans la transmission de l'information soient constatés dans quatre territoires, et ce, malgré la mise en place d'un suivi systématique pour la clientèle MPOC dans tous les sites. Dans ces cas, la communication déficiente entre le CH et le CLSC, les informations incomplètes au dossier ou non consignées (ex. : les visites à l'urgence ou les hospitalisations), le transfert tardif du dossier d'une installation à l'autre et les relations parfois difficiles avec les spécialistes nuisent à la continuité informationnelle. Soulignons que pour ces quatre territoires, les suivis ont eu lieu uniquement entre la mission de CLSC et de CH du même établissement. Encore une fois, on retrouve des failles importantes dans la transmission des informations concernant les clientèles jeunes en raison de l'absence de travail conjoint entre les intervenants.

Par ailleurs, les usagers savent généralement où s'adresser pour obtenir des services et la majorité d'entre eux n'ont pas eu à répéter leur histoire personnelle fréquemment. Cependant, ceux qui ont eu à le faire déplorent généralement cette situation.

---

<sup>50</sup> La situation est plus difficile pour la clientèle des jeunes avec des troubles de comportement depuis la modification de la Loi sur la protection de la jeunesse. Toutefois, un rôle accru de la première ligne est observé pour l'ensemble de cette clientèle.

**Évaluation de l'implantation des réseaux locaux  
de services de santé et de services sociaux  
Rapport final**

---

### ***Coordination***

Les intervenants principaux n'ont éprouvé aucune difficulté dans la coordination des soins et des services dans au moins la moitié des trajectoires, et ce, malgré la complexité des cas et le grand nombre d'intervenants impliqués. Dans un site cependant, des difficultés plus grandes sont évoquées par les intervenants. Dans l'ensemble, la coordination se base principalement sur la présence d'intervenants pivots, d'infirmières de liaison, de PI et de PSI, de discussions de cas et de mécanismes formels de suivi. Lorsque des liens existent, les bonnes relations entre les professionnels, tant à l'intérieur du CSSS qu'entre partenaires, sont soulignées.

En revanche, la coordination est entravée de manière importante par le manque d'accès à certains services spécialisés, le refus de services ou l'annulation de rendez-vous de la part des usagers, le refus de services de la part d'établissements, le manque d'informations ou d'accès aux dossiers et le travail en vase clos de certains intervenants et établissements (ex. : CSSS et centres de réadaptation).

### ***Intégration clinique***

En somme, l'analyse des trajectoires révèle peu de changements quant à leur fluidité entre les deux temps de mesure. Une amélioration est tout de même notée quant à la mise en place de mécanismes de suivi pour certaines clientèles (ex. : diabète, MPOC) dans plusieurs territoires. Une implication accrue de la première ligne pour la clientèle alcoolique et toxicomane est également constatée de même que l'amélioration de l'accès à l'hébergement. Le peu de délais pour l'accès à certains services (infirmiers, inhalothérapie) pour la clientèle personnes âgées et la qualité de la relation entre les intervenants principaux et les usagers (adultes et jeunes) constituent des éléments positifs depuis le début. Toutefois, les difficultés constatées lors de la première collecte de données sont sensiblement les mêmes près de quatre ans plus tard. Les écueils sont particulièrement importants à l'égard de la continuité d'approche, notamment en raison du fonctionnement en silo et la continuité informationnelle, surtout pour les trajectoires concernant les jeunes. Ces deux aspects compromettent grandement la coordination et l'intégration des services. Des problèmes d'intégration sont également toujours constatés dans plusieurs territoires pour les usagers qui présentent à la fois des problèmes relevant du domaine de la santé physique (ex. : diabète) et du domaine social (ex. : suivi psychosocial); l'ensemble des besoins n'étant pas toujours pris en compte. Également, les liens entre les médecins de famille et les intervenants du RLS ne sont pas systématiques. Enfin, un meilleur accès à certains services en première ligne (ergothérapeutes, physiothérapeutes, etc.) et en deuxième ligne (les centres de réadaptation), la clarification des rôles des uns et des autres ainsi qu'une meilleure circulation des informations cliniques permettraient d'optimiser les efforts d'intégration clinique.

## **Résumé**

Dans l'ensemble, des efforts ont été réalisés par les CSSS pour harmoniser les services de première ligne entre les territoires de CLSC nouvellement fusionnés ainsi que pour offrir des services de première ligne à proximité. Certaines avancées sont notées dans le suivi des usagers, notamment des suivis systématiques pour les personnes présentant des maladies chroniques sont davantage implantés et le recours aux PI et aux PSI est aussi un peu plus fréquent. Également, les CSSS interviennent davantage en première ligne pour des clientèles desservies auparavant presque exclusivement par des établissements spécialisés. De plus, de nouvelles stratégies sont déployées pour améliorer le suivi après les séjours hospitaliers.

Par contre, peu de changements sont observés globalement dans la disponibilité et l'utilisation des services offerts par les CSSS. Dans le même sens, aucune réallocation budgétaire majeure n'est constatée de la deuxième et de la troisième ligne vers la première, et ce, même si des actions concrètes sont entreprises dans la majorité des territoires pour améliorer l'accès. Pour plusieurs services requérant des intervenants spécialisés, les délais d'attente en CSSS sont parfois très importants. L'insuffisance des ressources humaines pour répondre à la demande pour certains corps d'emploi, le manque de clarté des rôles entre la première et la deuxième ligne, l'absence de travail conjoint et les bris dans la transmission des informations contextuelles et cliniques, notamment pour les clientèles jeunes, constituent les principales raisons pour expliquer une partie des délais et le manque de fluidité dans la continuité des services. L'accessibilité aux services médicaux ne s'est guère améliorée entre les deux temps de mesure, mais l'implication des médecins dans la recherche de solutions mérite d'être soulignée.

Le fait que l'intégration clinique à l'intérieur des CSSS ne soit pas achevée, que le projet clinique, incluant un meilleur arrimage entre les partenaires, ne soit pas complété et le peu de temps écoulé entre les deux collectes de données expliquent en partie les faibles différences observées autant en ce qui concerne l'accès que la continuité des services. Dans ce contexte, il est trop tôt pour imputer les quelques changements observés à l'impact de l'implantation des CSSS-RLS.



## **Section 5 : Discussion**

Cette section examine les principaux leviers et les contraintes en lien avec les expériences observées dans les différents CSSS-RLS évalués. Soulignons que l'intégration optimale des services constitue un objectif et que l'ampleur d'une telle réforme peut prendre plusieurs années avant de révéler des résultats tangibles pour la population. Les données obtenues dans le cadre de cette évaluation permettent tout de même de cerner différents facteurs qui influencent le degré de réalisation de l'intégration organisationnelle et clinique des CSSS-RLS. La discussion offre donc une lecture cohérente des différents enjeux mis au jour dans les sections précédentes. Une réflexion sur les forces et les limites de la démarche d'évaluation termine cette section.

### **5.1 Retour sur les enjeux**

Puisque l'évaluation porte sur l'ensemble de la réforme, un grand nombre d'enjeux surgissent. Cependant, nous retiendrons ici que ceux qui apparaissent comme prioritaires. Nous les avons regroupés en trois catégories : les enjeux systémiques, les enjeux structurels et les enjeux organisationnels.

#### **Les enjeux systémiques**

Afin d'optimiser les RLS, certaines conditions préalables ne sont toujours pas réunies. Ces modalités relèvent le plus souvent des paliers national et régional et concernent principalement la gouvernance et le soutien, l'allocation des ressources et l'informatisation.

#### **La gouvernance et le soutien**

La pertinence des différentes orientations, balises ou plans d'action ministériels dans le cadre de la mise en œuvre des RLS n'est pas remise en cause par les divers acteurs. Cependant, le manque de soutien et de suivi de la part du Ministère dans l'atteinte des objectifs poursuivis est déploré par les acteurs depuis le début des fusions d'établissements. Ainsi, le besoin en ressources humaines et la nécessité d'obtenir un budget adéquat pour la transition vers les CSSS et pour le soutien de l'implantation sont toujours considérés comme des contraintes majeures à la réforme entreprise. De plus, la concomitance de l'application de plusieurs projets de loi (ex. : n<sup>os</sup> 25, 30, 83, 90), les nombreuses commandes et les courts délais qui les accompagnent, les plans d'action qu'il faut mettre en œuvre sans que les implications financières aient été évaluées, le cadre serré des ententes de gestion qui ne correspond pas toujours aux priorités établies par les établissements et leurs partenaires font également partie des irritants. Ces difficultés ajoutées à l'absence d'une équipe ministérielle de soutien à l'implantation amènent plusieurs acteurs à se demander si la mise en œuvre des RLS constitue toujours une priorité pour le Ministère.

En ce qui concerne le soutien des agences, nous avons noté qu'il peut différer d'une région à l'autre en raison, notamment, de la variabilité des expertises disponibles. Cependant, on constate en général une certaine timidité à exercer le rôle d'arbitrage entre le CSSS et certains partenaires institutionnels. De plus, il appert qu'une certaine

**Évaluation de l'implantation des réseaux locaux  
de services de santé et de services sociaux  
Rapport final**

---

confusion entre le rôle de l'agence et celui du CA du CSSS place parfois les directeurs d'établissements devant des messages contradictoires; les attentes de l'un et de l'autre n'allant pas toujours dans le même sens.

Soulignons également que les partenaires du CSSS rendent aussi des comptes à leur propre conseil d'administration et participent à d'autres réseaux (ex. : éducation, communautaire). En ce sens, même si le CSSS joue un rôle d'animation et de coordination, le RLS n'est pas véritablement imputable au CSSS et les partenaires ne sont aucunement obligés d'y participer. La mobilisation des autres acteurs du RLS relève donc du travail constant de relance de la part des CSSS qui ne tiennent rien pour acquis.

### ***L'allocation des ressources***

D'autres leviers importants pour le déploiement des CSSS-RLS tarderaient également à jouer pleinement leur rôle. Par exemple, si la notion de responsabilité populationnelle commence à faire son chemin dans les CSSS et auprès des partenaires, l'allocation des ressources sur une base populationnelle n'est pas encore effective. C'est ce qui fait dire à plusieurs directeurs de CSSS que « la responsabilité se délègue facilement, mais les budgets difficilement ». En effet, il semble que la maîtrise d'un budget limité uniquement aux activités du CSSS s'accorde mal avec la responsabilité de coordonner l'ensemble des services pour la population du territoire. Notons que ce sont principalement les ententes (protocoles, entente type, corridors de services, etc.), signées ou non, qui constituent la base de cette coordination et qui déterminent le rôle attendu de chacun. Dans ce contexte, rappelons que la rémunération des médecins relève d'une instance différente de celle du CSSS, en l'occurrence la Régie d'assurance maladie du Québec (RAMQ). Or, cette situation semble limiter la capacité des CSSS et de leurs partenaires d'organiser les services de façon efficiente.

Par ailleurs, le réel débat entourant les rôles et les responsabilités entre le CSSS et les organismes régionaux spécialisés comme le centre jeunesse et les centres de réadaptation n'est pas encore terminé et, dans certains cas, n'est pas entamé. De plus, peu de transfert de budget ou de personnel est constaté de la deuxième et de la troisième ligne vers la première au sein du RLS, et ce, même si des actions concrètes sont entreprises dans la majorité des territoires pour améliorer l'accès.

### ***L'informatisation***

Le processus d'informatisation à l'échelle locale est largement tributaire de ce qui se planifie aux niveaux supérieurs, soit dans les agences et au Ministère. Si, de manière générale, l'apport des agences est apprécié, il arrive que la recherche d'uniformisation au plan régional entraîne des retards dans le processus au niveau local. Dans le même sens, les attentes sont nombreuses envers le Ministère quant aux orientations à donner, mais surtout concernant le budget qui devrait soutenir l'ensemble de la démarche, à commencer par l'équipement de base qui se révèle insuffisant et souvent désuet. Cependant, l'enjeu le plus important dans ce domaine concerne la venue de l'index patient maître (IPM) qui permettra l'implantation du dossier clinique informatisé (DCI). En effet, l'analyse des trajectoires de services met en lumière les difficultés quant à la

**Évaluation de l'implantation des réseaux locaux  
de services de santé et de services sociaux  
Rapport final**

---

continuité informationnelle dans le suivi des usagers autant entre les différentes missions du CSSS qu'avec les partenaires du RLS.

### **Les enjeux structurels**

Au départ, chaque site a été sélectionné en fonction de plusieurs critères permettant de couvrir l'ensemble des diverses réalités québécoises. Par conséquent, chaque CSSS devait construire son projet clinique et organisationnel sur des bases différentes. Au terme de l'évaluation, près de quatre ans plus tard, certains aspects ne semblent guère influencer le processus d'implantation alors que d'autres s'avèrent être des indices fort révélateurs de l'état d'avancement des travaux. Retenons ici l'expérience des fusions, la présence du volet hospitalier, les assises territoriales et l'adhésion à la proposition de départ.

#### ***L'expérience des fusions***

Le fait d'avoir déjà connu des expériences de fusions, entre CLSC ou entre CLSC-CHSLD avant 2004, ou non ne semble pas influencer le processus d'intégration des CSSS. En fait, les deux sites ayant connu peu ou pas de changements structurels significatifs avant le projet de loi n° 25 n'ont pas éprouvé plus de difficultés ou vécu plus de conflits lors de cette réorganisation.

Par ailleurs, rappelons que deux sites étaient déjà fusionnés avant la réforme, mais qu'il s'agissait davantage d'une fusion administrative puisque les missions (CH-CLSC-CHSLD) fonctionnaient toujours en parallèle. Cela dit, ces établissements n'avaient pas à redéfinir leur structure organisationnelle déjà en place, à savoir le conseil d'administration, les divers comités, l'organigramme, la structure d'encadrement, etc. En fait, ils avaient l'opportunité de se concentrer plus rapidement sur les autres volets visant l'amélioration de l'intégration, dont l'élaboration du projet clinique. Toutefois, bien que ces deux établissements sont partis avec une longueur d'avance sur les autres sites, leur intégration organisationnelle et clinique n'est pas supérieure à celles des autres CSSS-RLS évalués. La fusion des établissements n'est donc pas un facteur à partir duquel on peut qualifier le degré d'intégration. Plutôt, il apparaît que l'approche par programme ainsi que le projet clinique sont davantage porteurs de changements quant à l'intégration des services. D'ailleurs, tout au long du processus d'évaluation, des interrogations ont été soulevées quant à la nécessité de fusionner les établissements pour optimiser la mise en réseau.

À cet effet, la fusion de CLSC se révèle assez difficile à réaliser. Notons que cette question a été sous-estimée par les divers acteurs au moment des discussions entourant la création des CSSS. Les craintes étaient surtout relatives à la perte potentielle des services de première ligne en raison de la fusion des CLSC avec des centres hospitaliers. Or, quoique l'harmonisation des services entre les CLSC constitue une avancée pour la population, cette démarche apporte son lot de défis en raison, notamment, de la révision de certaines pratiques professionnelles. De plus, dans certains territoires, les façons de faire et les cultures organisationnelles étaient fort différentes entre les CLSC, ce qui a donné lieu à des tensions importantes. Par ailleurs, le discours autour de la « peur d'être avalé par le CH » s'est sensiblement atténué, cédant le pas dans certains sites à une « contamination positive » entre les missions.

**Évaluation de l'implantation des réseaux locaux  
de services de santé et de services sociaux  
Rapport final**

---

***Le volet hospitalier***

La fusion incluant un CH a généré plusieurs questionnements et faisait partie des critères de sélection des sites évalués. En fait, la taille du CH a peu influencé le processus de fusion, les enjeux organisationnels ont été les mêmes pour les CH de petite ou de forte taille. Cependant, la présence ou non d'un centre hospitalier parmi l'instance est un facteur qui peut, en partie, influencer la vitesse de réalisation du projet clinique et organisationnel. Parmi les huit CSSS-RLS évalués, le site n'ayant pas de CH se démarque des autres quant à sa progression plus rapide sur plusieurs volets (projet clinique, mécanismes de concertation, informatisation, harmonisation des pratiques). Il est sans doute prématuré de conclure que l'absence de CH dans l'instance constitue un facteur indissociable de cette progression et qu'il en résulte une meilleure intégration dans ce CSSS-RLS. L'information recueillie permet cependant d'envisager que ce CSSS pourrait parvenir à améliorer l'intégration des services entre les missions, sur la base d'ententes, puisqu'il possède un certain rapport de force (taille et budget) avec le centre hospitalier partenaire. Notons que les CSSS incluant un CH de petite taille dépendent très fortement des CH régionaux avec lesquels ils doivent, eux aussi, établir des ententes; ce qui les place dans une position quasi similaire aux CSSS sans CH. Par ailleurs, les données indiquent que certains CSSS, comprenant un centre hospitalier, peu importe la taille, s'orientent vers une intégration réussie des diverses missions alors que d'autres pourraient ne pas y arriver sans changement de cap. Plusieurs facteurs peuvent contribuer à une intégration réussie : dynamique de concertation, leadership, collaboration médicale, etc.

***Les assises territoriales***

La grandeur du territoire et le nombre élevé d'installations fusionnées ne sont pas, en soi, des obstacles à la vitesse de réalisation du processus d'intégration. À titre d'exemple, mentionnons que le CSSS-RLS le plus étendu et qui compte également le plus d'installations a évolué au même rythme que les autres. Par contre, certains enjeux sont particuliers aux grands territoires. D'une part, l'analyse de l'accessibilité démontre que les grands territoires doivent composer avec plusieurs contraintes afin d'offrir des services de première ligne à proximité (plages horaires, points de services, offre de services à domicile, transport). Lorsque la densité de la population est faible et répartie sur un vaste territoire, des difficultés d'arbitrage s'ajoutent au bilan. De plus, dans les territoires où cohabitent des milieux urbains et ruraux, l'analyse effectuée met en évidence que le nombre de médecins en milieu rural est insuffisant pour combler l'écart avec le milieu urbain; la population doit donc se déplacer. D'autre part, les difficultés de gestion appréhendées au départ à cause des longues distances à parcourir pour couvrir l'ensemble des installations sont toujours au cœur des préoccupations des gestionnaires et du personnel. Les gestionnaires doivent consacrer plus d'heures de travail afin de réaliser la gestion quotidienne des sites éloignés les uns des autres. De leur côté, les membres du personnel ont des appréhensions qui perdurent quant à la mobilité, car ils craignent de devoir se déplacer sur de longues distances pour assurer des services aux usagers. Il s'agit d'un enjeu important qui vient même influencer les stratégies des négociations locales. Mentionnons également que ces établissements envisagent certaines initiatives afin de pallier le problème des distances, telles que la mise en place d'infrastructures de communication (téléconférences, visioconférences).

**Évaluation de l'implantation des réseaux locaux  
de services de santé et de services sociaux  
Rapport final**

---

À l'inverse, dans un CSSS de plus petite taille et fortement urbanisé, les défis de l'intégration se posent autrement. En effet, dans ce CSSS-RLS, les habitudes de consommation de la population amènent des difficultés sur le plan de l'organisation des services au regard de la responsabilité populationnelle. Dans cette dynamique urbaine où cohabitent divers établissements, la population peut « magasiner » ses services en dehors du territoire de RLS d'origine. En ce sens, la population n'est pas captive, ni des services médicaux et hospitaliers, ni des services de première ligne. Elle l'est encore moins des services s'adressant à des clientèles spécifiques. Les personnes ont plutôt recours directement aux centres spécialisés. Le CSSS n'ayant pas développé de services de première ligne offerts en centre de réadaptation se voit donc imposer un large mandat de réorganisation à l'interne, mais aussi avec ses partenaires. De plus, étant donné le nombre élevé de partenaires de deuxième ligne sur le territoire, les balises régionales doivent d'abord être posées avant d'entreprendre les travaux localement, ce qui n'était pas encore fait. C'est ce qui explique, en partie, que dans ce site, les démarches entourant les programmes-services dépendances, jeunes en difficulté, déficience physique et intellectuelle n'étaient pas encore enclenchées dans le cadre du projet clinique.

### ***L'adhésion à la fusion des établissements***

Lors de la création des CSSS et des RLS, l'adhésion à la réforme et à la mise en place des CSSS-RLS était plutôt mitigée. Bien qu'un consensus se dégagait alors quant aux objectifs que sous-tend la réorganisation, les principales réserves et, dans certains cas, les oppositions étaient nettement plus palpables quant à la fusion institutionnelle et au découpage territorial. Toutefois, elles s'étaient estompées après l'été 2004 et de façon plus notable chez les membres des conseils d'administration et les gestionnaires. L'adhésion aux objectifs poursuivis par la réforme semble bien acquise, principalement lorsqu'une amélioration des services rendus à la population est envisagée. Néanmoins, certaines appréhensions présentes au départ persistent ou se cristallisent alors que d'autres, au contraire, semblent s'atténuer.

Ainsi, rappelons que l'adhésion à la proposition régionale de départ était plutôt timide pour trois sites et plus problématique pour deux autres territoires. Toutefois, une certaine évolution en faveur de cette proposition est constatée partout et, à l'exception d'un site, les cas sont maintenant plus ou moins au même diapason. Pour tous les sites, la préservation des particularités territoriales et de la couleur locale constitue une préoccupation importante manifestée depuis le début, notamment, par le souci de représentativité au CA ou dans les divers comités. Dans un cas, la forte opposition à la fusion, exacerbée par la présence influente d'un comité de vigilance, a placé le CSSS dans un état de paralysie dont l'établissement peine toujours à se sortir. Dans ce site, les stratégies déployées par le CSSS n'ont pas contribué à aller au-delà de ces difficultés premières ni à susciter l'adhésion.

### **Les enjeux organisationnels**

Comme nous l'avons vu, les CSSS-RLS ne partaient pas tous du même point et devaient s'ajuster en conséquence. Chacun a donc utilisé différents moyens qui ont influé sur le rythme et la solidité du projet clinique et organisationnel. Ces diverses stratégies révèlent des enjeux de mobilisation, de climat de travail et d'adhésion.

**Évaluation de l'implantation des réseaux locaux  
de services de santé et de services sociaux  
Rapport final**

---

***La mobilisation des acteurs et la collaboration***

De manière générale, les CSSS se sont appliqués à la tâche afin d'élaborer un projet clinique et organisationnel, mais tous n'ont pas le même bilan d'implantation. Dans les six CSSS qui sont en bonne position quant à l'intégration organisationnelle et à la progression de l'intégration clinique, un accent important est mis sur certains éléments. Par exemple, nous avons vu que ces CSSS ont bénéficié d'un grand leadership qui s'est manifesté tant à l'intérieur de l'établissement qu'auprès des partenaires. De la même manière, la transparence dans la communication et l'intensification des mécanismes de concertation intra-CSSS et intra-RLS afin d'informer et de mettre en lien les membres du personnel entre eux et avec les partenaires et entre partenaires sont au cœur des stratégies exercées pour la mise en œuvre de ces CSSS-RLS.

Dans ces établissements, les jalons sont aussi posés afin d'arriver à une meilleure collaboration entre les intervenants de même mission et de missions différentes. À commencer par l'approche par programme et les travaux entrepris sur l'harmonisation des pratiques qui sont porteurs de changements positifs quant au travail conjoint et à l'échange d'expertise. Ces CSSS ont également réussi à mobiliser les divers acteurs tant intra-CSSS qu'intra-RLS autour de projets communs, le projet clinique, par exemple. En effet, c'est ce projet qui suscite le plus d'adhésion, mobilise le plus grand nombre d'acteurs et dont les démarches permettent le mieux d'entrevoir certains bénéfices pour la population.

À l'inverse, dans les deux sites où la mise en œuvre du CSSS-RLS tarde à venir, le type de gestion, qui privilégie le statu quo, se pose comme une contrainte et compromet la vitesse et la solidité de l'intégration organisationnelle et clinique. Dans ces deux cas le leadership et le soutien de l'agence semblent inférieurs à ce qui est offert dans les autres territoires. De plus, les mécanismes de communication et de concertation avec le personnel et les partenaires sont déficients. Enfin, les travaux sur le projet clinique qui constituent un important facteur de mobilisation dans les autres territoires sont ralentis, ou encore suspendus.

Toutefois, rappelons qu'une collaboration soutenue entre les partenaires du RLS demeure un défi dans tous les territoires. En effet, si certains RLS plus que d'autres témoignent de la richesse et de la vigueur du partenariat, certains éléments pouvant fragiliser cette collaboration sont présents partout. À titre d'exemple, mentionnons le manque de clarté dans les mandats et en ce qui concerne les rôles entre le CSSS et les organismes communautaires et régionaux (ex. : CR, CJ, CH régionaux) ainsi que la faible disponibilité des médecins omnipraticiens (pénurie, manque de temps, etc.), et ce, même si leur implication s'est grandement accrue depuis quelques années.

***Le climat de travail***

Au cours des dernières années, de nombreux efforts ont été déployés par la plupart des directions d'établissement en vue d'amener le personnel des diverses missions à développer une vision commune et à travailler ensemble. Ainsi, plusieurs conseils d'administration ont adopté un projet d'établissement souvent accompagné de la description du mandat, des principes, des valeurs et des défis à relever, dont une meilleure intégration organisationnelle. À cet effet, on a procédé à une réorganisation

**Évaluation de l'implantation des réseaux locaux  
de services de santé et de services sociaux  
Rapport final**

---

administrative et différentes politiques et procédures ont été rédigées. Les ententes locales concernant la fusion des unités d'accréditations syndicales ont été signées ou sont en voie de l'être. De plus, les secteurs d'activité ont été redéfinis et les listes d'ancienneté et de rappel sont déjà ou seront fusionnées.

Les gestionnaires se sont impliqués de manière très étroite dans tout ce processus de changements et, malgré leur enthousiasme, l'essoufflement se fait sentir chez plusieurs d'entre eux. Cet état est largement attribué à la modification et à l'alourdissement de leurs tâches. En effet, depuis le début de la fusion, le personnel d'encadrement s'approprie un nouveau rôle, constate un surplus de tâches liées à la fusion administrative (révision des processus), entretient des liens plus soutenus avec les partenaires, observe une augmentation des demandes en termes de reddition de comptes et de contrôle de la qualité et s'ajuste aux aléas d'une gestion à distance qui s'accorde difficilement au plus grand soutien exigé de la part du personnel.

Pour le personnel, plusieurs des changements organisationnels se conjuguent à un climat de travail déjà jugé difficile. En retour, le climat de travail teinte la rapidité des changements proposés. Certaines directions de CSSS se sont avérées plus sensibles que d'autres à la capacité d'absorption des changements par leurs employés et ont ajusté leurs stratégies en conséquence. Cependant, la surcharge de travail (ex. : la lourdeur de la clientèle, les listes d'attente, les commandes, le manque de personnel), l'épuisement et le manque de reconnaissance sont constamment évoqués et contribueraient à la « démotivation » de certains. L'alourdissement de la structure hiérarchique « trop de marches à l'escalier », l'éloignement du processus décisionnel et une communication lacunaire pèsent également sur le climat de travail. Dans la plupart des CSSS, des actions sont régulièrement entreprises afin de mieux analyser la situation et d'améliorer le climat de travail. Si certaines de ces actions trouvent un écho favorable auprès du personnel, il semble que le maintien d'un bon climat de travail demeure un défi pour tous.

### ***L'adhésion au projet clinique et organisationnel***

De façon générale, le personnel ne rapporte aucun changement significatif autre qu'une grande réorganisation à l'interne depuis la fusion. On sent par contre que les « choses bougent ». Toutefois, puisque les changements sont davantage d'ordre administratif, et pas nécessairement clairs aux yeux de tous, on perçoit plutôt les effets négatifs de cette réorganisation, beaucoup d'irritants et peu d'avantages à court terme. Ainsi, chaque changement réel ou envisageable dans le quotidien d'un employé est accompagné d'élans de méfiance qui se propagent parfois de façon tentaculaire au sein de l'organisation et, dans certains cas, dans tout le territoire.

Bien qu'un véritable sentiment d'appartenance au CSSS soit encore à construire dans tous les sites, la dynamique est en quelque sorte passée de la résistance à l'incertitude. Les attentes quant aux effets réels sur la population du projet clinique et organisationnel sont grandes pour tous les acteurs du RLS et nettement plus importantes qu'au moment de l'implantation du CSSS-RLS. On comprend que près de quatre ans après la création des CSSS-RLS, l'adhésion au projet clinique et organisationnel demeure fragmentaire et bien que la plupart des acteurs soient convaincus du bienfait possible de la réforme, « tout le monde voit la réalisation comme étant un peu difficile ».

## **5.2 Forces et limites de l'évaluation**

Le mandat de l'évaluation était d'examiner l'impact des RLS sur certains aspects de l'offre et de l'organisation des services de santé et de services sociaux. Afin de préciser le mandat, une série d'objectifs et de questions ont été élaborés et une démarche d'évaluation a été entreprise. Cette démarche s'est inspirée de l'étude de cas multiples et, à la suite de la saturation de divers critères, huit CSSS-RLS ont été sélectionnés. Différentes techniques de collecte de données qualitatives et quantitatives ont été utilisées et leur combinaison a enrichi notre analyse tout au long de l'évaluation.

Les différents outils utilisés ont aussi produit des résultats spécifiques qui ont été communiqués aussi rapidement que possible à l'équipe de direction et au CA de chacun des sites évalués. Par exemple, bien que traitées de manière non particulière dans le présent rapport, les données tirées du sondage sur le climat organisationnel de même que celles de l'analyse de la collaboration intra-CSSS et intra-RLS se sont avérées fort utiles pour les établissements. Dans certains cas, des prises de conscience et des efforts ont été faits afin d'améliorer des situations difficiles, voire même conflictuelles. De la même manière, les informations concernant l'accessibilité, les indicateurs de gestion et les trajectoires de services par territoire ont dévoilé certains résultats inattendus. Soulignons que les bons coups ont aussi été portés à l'attention des établissements de même que les résultats globaux de l'ensemble des sites. Dans ce dernier cas, ceci permettait à chacun de se comparer, même si la comparaison intersite n'était pas prévue au départ. Cette démarche formative impliquant des allers-retours entre les acteurs impliqués dans la construction des CSSS-RLS a aussi été bénéfique pour l'équipe d'évaluation puisqu'elle sous-tend la validation des informations et la bonification de notre analyse.

Une mise à profit des résultats a également été effectuée auprès du Ministère. Après chacune des collectes de données sur le terrain, une synthèse générale rassemblant les faits saillants et les enjeux communs pour les huit sites a été communiquée auprès des autorités ministérielles. Les rapports concernant la comparaison entre le Temps 0 et le Temps 2 pour l'accessibilité aux services de première ligne et pour les trajectoires de services ainsi que l'analyse du climat organisationnel ont aussi fait l'objet de présentations et de discussions auprès des instances officielles.

Dans l'ensemble, la démarche utilisée a permis de tracer un portrait juste du processus d'implantation des CSSS-RLS puisqu'elle a largement couvert l'univers de la réforme, et ce, en raison de la diversité des questions posées. Elle a mis en évidence les particularités locales, mais aussi les enjeux globaux avec lesquels doivent composer tous les CSSS-RLS. À cet égard, sans toutefois généraliser, les huit cas sélectionnés semblent assez révélateurs de l'ensemble des situations observées au Québec.

Par contre, cette évaluation comporte au moins trois limites. La première est liée à la période à laquelle elle a été réalisée. En effet, même si l'évaluation s'échelonne sur près de quatre ans, le processus d'intégration organisationnelle et clinique n'est pas terminé dans aucun site et, conséquemment, il est encore trop tôt pour voir tous les effets sur l'accessibilité et la continuité des services offerts à la population. Selon plusieurs personnes rencontrées ayant vécu des restructurations importantes dans les

**Évaluation de l'implantation des réseaux locaux  
de services de santé et de services sociaux  
Rapport final**

---

organisations, sept, voire dix années, seraient nécessaires pour y parvenir. La deuxième limite est tributaire de l'ampleur des questions d'évaluation qui requièrent une immense quantité d'informations afin de pouvoir y répondre (huit sites, trois temps de mesure, etc.). Si chacune des questions cerne assez bien un domaine précis, l'intégration de toutes les sources de données pose un défi particulier et risque de tracer un portrait qui ne rend pas compte de toute la richesse du matériel recueilli et ne permet pas d'approfondir tous les thèmes. Enfin, la difficulté de répondre adéquatement à la question d'évaluation concernant la perception des RLS par la population (question 6) constitue également une limite pour la présente évaluation. La réponse ne peut être que parcellaire à cette étape-ci et rejoint en partie la première limite.



## **Conclusion**

En décembre 2003, l'Assemblée nationale adopte le projet de loi n° 25 qui vise, par la mise en place d'une organisation de services de santé et de services sociaux intégrés, à rapprocher les services de la population et à faciliter le cheminement de toute personne dans le réseau. Après une période d'observation de près de quatre ans dans la mise en œuvre de cette réforme, les résultats de l'évaluation montrent que l'intégration organisationnelle et clinique n'est pas terminée dans aucun site et que beaucoup de travaux restent à compléter.

Quoique timide au départ, l'adhésion aux objectifs que sous-tend cette réforme a progressé positivement. Ainsi, à la fin 2007, peu de personnes la remettaient en question. Néanmoins, quelques interrogations et réticences demeurent quant à sa mise en œuvre. L'une d'entre elles fait référence à son ampleur. En effet, pour parfaire les changements attendus, notamment dans les façons de faire, de nombreuses adaptations sont requises de la part des intervenants. Dans un tel contexte, le temps doit être un allié. Voilà pourquoi, pour la majorité des acteurs, tout changement de cap à moyen terme dans les orientations gouvernementales viendrait contrecarrer les efforts effectués jusqu'ici, d'autant plus que les résultats pour la population commencent à peine à émerger. Les attentes sont donc manifestes; les travaux visant l'implantation des CSSS-RLS doivent être poursuivis.

L'évaluation a mis en lumière l'importance de la contribution des divers acteurs de la santé et des services sociaux pour la réussite de cette réorganisation. Des orientations et des messages clairs de la part du Ministère, un soutien continu des agences ainsi qu'un leadership mobilisateur du côté des CSSS constituent des conditions essentielles à l'atteinte des objectifs associés à la mise en œuvre des RLS. Les mécanismes de concertation et de communication jouent également un rôle de premier plan. La participation et l'adhésion des organismes communautaires, des partenaires institutionnels, des organismes du milieu ainsi que des médecins aux changements amorcés s'avèrent aussi incontournables. Enfin, la collaboration des gestionnaires et du personnel du réseau de la santé et des services sociaux doit être obtenue. Ainsi, la poursuite des travaux, mais plus encore la pérennité de cette réforme, repose sur la collaboration de nombreux acteurs.

Enfin, puisque les efforts réalisés à ce jour par les nombreux intervenants du réseau de la santé et des services sociaux reposent sur l'espoir que les changements amélioreront l'accessibilité et la continuité des services pour la population, il s'avère important qu'ils soient informés régulièrement des avancées obtenues.



## **Bibliographie**

BOELEN, C. *Vers l'unité pour la santé. Défis et opportunités des partenariats pour le développement de la santé. Document de travail*, Genève, Organisation mondiale de la santé, 2001.

CONTANDRIOPOULOS, A. P., et COLL. « Intégration des soins : dimensions et mise en œuvre », *Ruptures. Revue transdisciplinaire en santé*, vol. 8, n° 2, 2001, p. 38-52.

CONTANDRIOPOULOS, A. P., et COLL. *Projet de capitation dans la municipalité régionale de comté du Haut-Saint-Laurent. Rapport d'évaluation*. Fonds pour l'adaptation des services de santé, 2001.

D'AMOUR, D., C. SICOTTE et R. LÉVY. « L'action collective au sein des équipes interprofessionnelles dans les services de santé », *Sciences sociales et Santé*, 1999, vol : 17, 3 : 67-94.

D'AMOUR, D., et COLL. *Étude comparée de la collaboration interorganisationnelle et de ses effets : le cas des services en périnatalité*, Montréal, GRIS, en collaboration avec le centre FERASI, R03-07, décembre 2003.

DEMERS, L., A. DUPUIS et M. POIRIER. « L'intégration de services passe-t-elle par des fusions d'établissements? », *Santé mentale au Québec*, vol. XXVII, n° 2, 2002.

DEMERS, L., Y. PELCHAT et G. CÔTÉ. « Intégration institutionnelle et intégration des services : l'expérience de la région des Laurentides », *Recherches sociographiques*, (2002), vol. XLIII, n° 3, p. 549-576.

DESBIENS, F., et C. DAGENAI. *De l'innovation au changement. Les leçons tirées des projets québécois financés par le Fonds pour l'adaptation des services de santé (FASS)*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2002.

FLEURY, M. J. « Émergence des réseaux intégrés de services comme modèle d'organisation et de transformation du système sociosanitaire », *Santé mentale au Québec*, vol. XXVII, n° 2, 2002, p. 7-15.

FLEURY, M. J., et Y. OUADAH. « Stratégies d'intégration des services en réseau, régulation et moteurs d'implantation de changement », *Santé mentale au Québec*, vol. XXVII, n° 2, 2002, p. 16-35.

FRIEDBERG, E. « Les quatre dimensions de l'action organisée », *Revue française de sociologie*, vol. 33, 1992, p. 531-557.

FRIEDBERG, E. *Le pouvoir et la règle : dynamique de l'action organisée*, Paris, Éditions du Seuil, 1993.

**Évaluation de l'implantation des réseaux locaux  
de services de santé et de services sociaux  
Rapport final**

---

GAUTHIER, A. *Évaluation de l'implantation et des effets des premiers groupes de médecine de famille au Québec*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de l'évaluation, 2009.

HAGGERTY, J., et COLL. *Continuité et accessibilité des soins de première ligne au Québec : barrières et facteurs facilitants. Rapport final*, Montréal, CHUM, mars 2004. Projet subventionné par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.

LAMARCHE, P. A., et COLL. *Sur la voie du changement : pistes à suivre pour restructurer les services de santé de première ligne au Canada*, Ottawa, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, novembre 2003.

MAYER, R., F. OUELLET, M. C. SAINT-JACQUES, D. TURCOTTE et COLL. *Méthodes de recherche en intervention sociale*, Boucherville, Gaëtan Morin Éditeur, 2000.

MCDONNELL, A., M. LLOYD JONES et S. READ. « Practical Considerations in Case Study Research: the Relationship between Methodology and Process », *Journal of Advances Nursing*, vol. 32, n° 2, 2000, p. 383-390.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *L'architecture des services de santé et de services sociaux : Les programmes-services et les programmes-soutien*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004a.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *L'intégration des services de santé et de services sociaux. Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale des services sociaux, 2004b.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Projet clinique - Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux – Résumé*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004c.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Les services généraux offerts par les centres de santé et de services sociaux*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale des services sociaux, 2004d.

PARENTEAU, J.-L. « Les équipes MRC en santé mentale dans la région Chaudière-Appalaches. Bilan d'une expérience de mise en réseau », *Santé mentale au Québec*, vol. XXVII, n° 2, 2002, p. 37- 52.

PEIRO, R., et COLL. « Rapid appraisal methodology for "health for all" policy formulation analysis », *Health Policy*, n° 62, 2002, p. 309-328.

PELLETIER, J., et J. GIRARD. *Un réseau de services de base intégrés : le développer et en mesurer la perception qu'en ont la population et les intervenants. Rapport de recherche*, Fonds pour l'adaptation des services de santé et Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, mars 2001.

**Évaluation de l'implantation des réseaux locaux  
de services de santé et de services sociaux  
Rapport final**

---

REID, R., J. HAGGERTY et R. MCKENDRY. *Dissiper la confusion : concept et mesures de la continuité des soins. Rapport final*, Ottawa, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, mars 2002.

RONDEAU, A., et S. LALIBERTÉ. *Comprendre la transformation d'établissements du réseau de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre*, Montréal, Rapport présenté à la RRSSS de Montréal-Centre, 1999.

ST-PIERRE, M. A. *Regards sur le système de santé et de services sociaux du Québec*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2009.

TOUATI, N., et COLL. « L'intégration des services sur une base locale : acquis et limites », *Santé mentale au Québec*, vol. XXVII, n° 2, 2002, p. 54-73.

TOURIGNY, A., et COLL. « Évaluation d'implantation d'une expérience novatrice : le réseau intégré de services aux aînés des Bois-Francs », *Santé mentale au Québec*, vol. XXVII, n° 2, 2002, p. 109-135.

YIN, R. K. « Enhancing the Quality of Case Studies in Health Services Research », *Health Services Research*, vol. 34, n° 5, 2<sup>e</sup> partie (décembre 1999), p. 1209-1224.



## **Annexe 1 Rapports d'évaluation transversaux**

CÔTÉ, G. *Évaluation de l'implantation des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Analyse des groupes de discussion sur la participation des médecins aux réseaux locaux de services*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de l'évaluation, 2007a (diffusion restreinte).

CÔTÉ, G. *Évaluation de l'implantation des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Analyse de la collaboration interorganisationnelle (intra-CSSS et intra-RLS) au Temps 0*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de l'évaluation, 2007b (diffusion restreinte).

LANCTÔT, C. *Évaluation de l'implantation des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Processus d'implantation des CSSS-RLS. Rapport d'étape du Temps 0 (2003-2005)*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de l'évaluation, 2007 (diffusion restreinte).

LANCTÔT, C. et G. CÔTÉ. *Évaluation de l'implantation des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Processus d'implantation des CSSS-RLS. Rapport d'étape du Temps 1 (2005-2006)*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de l'évaluation, 2008 (diffusion restreinte).

RHEAULT, S., et COLL. *Implantation des réseaux locaux de services de santé et des services sociaux. Devis d'évaluation*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de l'évaluation, 2005a.

RHEAULT, S. *Implantation des réseaux locaux de services de santé et des services sociaux. Sondage auprès de la population québécoise 2004. Rapport détaillé*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de l'évaluation, 2005b.

RHEAULT, S. et COLL. *Évaluation de l'implantation des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Devis de l'évaluation (Addenda)*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de l'évaluation, 2006.

RHEAULT, S. *Évaluation de l'implantation des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, Analyse de l'accessibilité aux services de première ligne. Rapport d'étape du Temps 0 (2003-2005)*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de l'évaluation, 2007 (diffusion restreinte).

RHEAULT, S. et BÉGIN, P. *Évaluation de l'implantation des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Analyse du climat organisationnel. Rapport d'étape des Temps 0 et Temps 1 (2004 à 2006)*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de l'évaluation, 2008 (diffusion restreinte).

**Évaluation de l'implantation des réseaux locaux  
de services de santé et de services sociaux  
Rapport final**

---

RHEAULT, S. *Évaluation de l'implantation des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Continuité, coordination et intégration des services : Volet trajectoires de services*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de l'évaluation, 2009a (diffusion restreinte).

RHEAULT, S. *Évaluation de l'implantation des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Analyse de l'accessibilité aux services de première ligne. Rapport final, version détaillée*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de l'évaluation, 2009b (diffusion restreinte).

RHEAULT, S. *Évaluation de l'implantation des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Analyse de l'accessibilité aux services de première ligne. Rapport final, Faits saillants*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de l'évaluation, 2009c (diffusion restreinte).

THÉORÉT, B. *Évaluation de l'implantation des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Continuité, coordination et intégration des services. Description analytique des trajectoires de services, Rapport d'étape du Temps 0 (2003-2005)*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de l'évaluation, 2007 (diffusion restreinte).

**Évaluation de l'implantation des réseaux locaux  
de services de santé et de services sociaux  
Rapport final**

## Annexe 2 Références historiques

	<b>MODIFICATIONS LÉGISLATIVES ET LEUR MISE EN ŒUVRE</b>	<b>DÉMARCHE D'ÉVALUATION ET PRINCIPAUX ÉVÈNEMENTS ASSOCIÉS À L'IMPLANTATION DES CSSS-RLS</b>
Juin 2002	<b>Adoption du projet de loi n° 90</b>	
Novembre 2002	Création des premiers GMF	
Décembre 2003	<b>Adoption du projet de loi n° 30</b>	
Décembre 2003	<b>Adoption du projet de loi n° 25</b>	
Février 2004	Publication des balises associées à la mise en œuvre des RLS, par le MSSS	
Février-Avril 2004	Élaboration des propositions régionales Premier arrêté créant les nouvelles accréditations syndicales (15 mars)	
Avril-Juin 2004	Analyse des propositions régionales par le MSSS	
Juin-Août 2004	Création des nouveaux établissements CSSS	
Automne 2004		<b>Collecte-terrain Temps 0</b>
Janvier 2005		Les DG sont nommés dans tous les nouveaux CSSS évalués
Avril 2005	Début des négociations locales pour les établissements visés par le premier arrêté	
Novembre 2005	<b>Adoption du projet de loi n° 83</b>	
Printemps 2006	Dernier arrêté créant les nouvelles accréditations syndicales (30 avril)	<b>Collecte-terrain Temps 1</b>
Automne 2006	Début des négociations locales pour les établissements visés par le dernier arrêté (novembre 2006)	Les cadres intermédiaires sont nommés dans les huit CSSS évalués Formation des nouveaux conseils d'administration
Avril 2007	Fin des négociations collectives (premier arrêté)	
Automne 2007		<b>Collecte-Terrain Temps 2</b>
Décembre 2007		L'élaboration des projets cliniques est terminée dans la moitié des CSSS-RLS évalués L'implantation n'est complétée dans aucun cas
Novembre 2008	Fin des négociations collectives (dernier arrêté)	

