

Grands constats issus du séminaire sur l'organisation et l'avenir des soins et services de première ligne dans le contexte de la Loi 1 modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux

Québec, 22 avril 2015

Alami, H,¹ Ghandour E-K,¹ Hamelin A-M,² Fortin J-P,¹ Maranda M-A¹

¹ Centre de recherche sur les soins et les services de première ligne (CERSSPL), Axe Organisation, Informatisation et Évaluation (OIE). Université Laval.

² Département d'Epidémiologie, Biostatistique et Santé au travail. Université McGill.

Les changements provoqués par la *Loi 1 modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*¹ (en vigueur depuis le 1^{er} avril 2015) ont éveillé, et continuent d'éveiller, bien des questionnements. C'est dans ce contexte que l'organisation et l'avenir des soins et services de première ligne ont été discutés lors d'un séminaire [voir annexe] organisé par le « Programme stratégique de formation en recherche transdisciplinaire sur les interventions de santé publique : Promotion, Prévention, Politiques Publiques » (4P) en collaboration avec le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale, sa Direction de santé publique et son nouvel Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux. Le séminaire avait pour objectifs de : 1) se familiariser avec la nouvelle organisation du réseau et des soins et services de première ligne au Québec dans le contexte de la Loi 1, 2) réfléchir aux impacts de la réforme sur l'organisation des soins et services de première ligne et l'organisation de la santé publique, sur les liens entre ceux-ci ainsi que sur les stratégies de rapprochement possibles, et de 3) discuter des priorités et des opportunités pour la recherche et l'innovation en première ligne au Québec.

Une quarantaine de personnes (doctorants, chercheurs, universitaires, gestionnaires, décideurs) provenant de différents milieux de santé et services sociaux (MSSS; INSPQ; CIUSSS Capitale-Nationale (IUPLSSS et DSP); CISSS Abitibi-Témiscamingue; CISSS Montérégie-Centre; Association médicale du Québec) et de recherche ont participé à ce séminaire. Ils ont identifié des questions de fond soulevées par la réforme, et discuté des répercussions pour l'organisation des soins et services de première ligne, la santé publique, et la recherche.

¹ L.Q. 2015, c. 1 (RLRQ, c. O-7.2)

Le séminaire prenait place dans le cadre des activités du Programme de formation 4P [voir encadré à la fin de document] qui vise à accroître le développement des connaissances sur les interventions complexes (incluant les politiques) pouvant améliorer la santé à l'échelle des populations, à créer des réseaux entre chercheurs, intervenants et décideurs, à explorer des systèmes de valeurs ainsi qu'à développer des compétences appliquées en recherche et en partage et traduction des connaissances. C'est ainsi que le Programme promeut la recherche interventionnelle en santé des populations auprès de ses boursiers. La recherche interventionnelle vise à la fois l'amélioration de la santé des populations et l'équité en santé et est menée en collaboration étroite avec les différents partenaires concernés dans une logique d'application des connaissances [1].

Ce document se veut une synthèse des présentations et des échanges ayant eu lieu lors du séminaire du 22 avril 2015. Il comprend trois parties, puis se clôt sur une conclusion avec des recommandations. La première partie présente les lectures de la réforme du point de vue organisationnel et du point de vue des acteurs du terrain ayant participé au séminaire, et met en relief les enjeux particuliers entourant la responsabilité populationnelle. La deuxième partie se consacre aux répercussions anticipées qu'aura la réforme sur la santé publique et sur les soins et services de première ligne, puis dégage des principes à ne pas perdre de vue dans l'exercice des fonctions de gestion. La troisième partie appelle au développement en réseau de l'expertise et de la recherche, y compris l'évaluation, pour mieux faire face aux défis que pose la réalisation de la réforme.

1. La réforme du réseau de la santé et des services sociaux

1.1 Du point de vue organisationnel

Selon le ministère, le projet de loi 10, devenue la Loi 1 après adoption, s'inscrit dans la continuité des réformes antérieures axées sur l'accès et les trajectoires de services et sur la responsabilité populationnelle. L'une de ses caractéristiques majeures est qu'elle marque un passage à deux niveaux de gestion du réseau de la santé et des services sociaux (niveau central et niveau territorial) afin de rapprocher la décision près du « patient ». On invite d'ailleurs à ne plus parler de lignes (en référence à la première ligne), mais à parler de personnes avec des besoins dans le but d'améliorer les trajectoires de services. En effet, le ministère perçoit l'organisation par « ligne » comme une approche en silo qui créerait des frontières organisationnelles entre la première et les deuxième et troisième lignes. La réforme tente de créer des organisations bien ancrées sur leur territoire, qui impliquent le milieu et qui

s'impliquent dans ce milieu, ainsi que des trajectoires plus fluides entre les services généraux et spécialisés.

Inspiré en partie du système «*Kaiser Permanente*» [2], la nouvelle structure administrative est une composante d'un ensemble de changements majeurs incluant d'autres projets de loi (ex. PL20² et PL28³) et de transformations concernant la pertinence, la performance et le financement à l'activité, le cadre des groupements de médecins de famille (GMF), le rôle des infirmières, le rôle des pharmaciens, etc. Ce sont des changements de culture majeurs pour les professionnels de la santé et les gestionnaires.

La réforme a été décrite comme une stratégie de changement radical, tant sur le plan des cultures que des structures, où serait intégrée les trois dimensions suivantes :

- a) La dimension organisationnelle (Loi 1) :* programmes clientèles comme base de l'organisation des services; accès et trajectoires de services continues; simplification des processus et des composantes administratives; cohérence.
- b) Le contexte budgétaire* (efforts de réduction des dépenses et optimisation) : génération des économies notamment par la diminution de la structure administrative; regroupement des services permettant le maintien d'un même niveau de services à un moindre coût; pertinence et efficience.
- c) L'environnement politique :* cohérence à l'intérieur d'un ensemble de mesures de changement (incluant la Loi 1, les projets de loi 20 et 28 ainsi que la Loi 30 sur la fusion des accréditations syndicales); négociations dans la fonction publique; perception de la population; une organisation ancrée dans son territoire.

1.2 Du point de vue des acteurs du terrain

Dans une perspective locale et régionale, des participants ont fait ressortir l'énorme défi que représente la transformation en cours du réseau, surtout si on tient compte des régions et de leurs territoires. Plusieurs inquiétudes sont soulevées autour de l'importance et de la complexité de la réforme alors que plusieurs acteurs ne sont pas au clair sur les orientations stratégiques visées.

² Loi édictant la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée.

³ Loi concernant principalement la mise en œuvre de certaines dispositions du discours sur le budget du 4 juin 2014 et visant le retour à l'équilibre budgétaire en 2015-2016.

Il existe des inquiétudes relatives à une centralisation importante, impliquant des processus décisionnels «*top down*», et une chaîne de commandement que le ministère va uniformiser. On craint alors beaucoup de micro-gestion et de gestion à distance de la part du niveau central pour de nombreuses demandes d'approbation qui seront adressées au ministère alors qu'elles pourraient être réglées plus près du terrain⁴. D'où le risque de ne plus répondre aux réalités locales. L'exemple de l'Alberta est explicite à ce chapitre. Alors qu'elle disposait d'un système extrêmement centralisé où les hauts dirigeants étaient assez souvent pris dans un mode de gestion de crises qui prend beaucoup d'espace, cette province a été amenée à revenir vers une organisation plus décentralisée [3, 4]. Par ailleurs, le parallèle avec le système de santé suédois, reconnu pour sa performance et la qualité des services, offre un bel exemple de décentralisation alors que même les conventions sont négociées unité par unité [5].

Les défis de gestion sont immenses : difficulté d'apprivoiser le mode de gestion matricielle, dispersion des unités administratives, instabilité au niveau de l'encadrement, perte d'expertise suite aux nombreux départs à la retraite. En ce sens, beaucoup d'inconnus persistent autour de la réforme, ce qui génère un sentiment d'insécurité de la part des différents acteurs sur le terrain, notamment en ce qui a trait à leur capacité à gérer le changement, et à maintenir la vitalité des partenariats tant au sein du réseau de la santé et des services sociaux, qu'avec les organisations de la communauté œuvrant à un niveau local ou régional.

1.3 Enjeux particuliers entourant la responsabilité populationnelle

La responsabilité populationnelle fut un thème omniprésent tout au long de la journée.

D'après l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la responsabilité populationnelle doit être opérationnalisée par le ciblage d'« *une population de référence de taille raisonnable, dans un territoire donné, en utilisant un modèle favorisant l'intégration dans la dispensation des services et en évaluant ses performances grâce à un système global d'information sur la santé (...) (p.19)* » [6]. L'OMS est aussi d'avis que les « *modèles organisationnels de dispensation des services devraient être conçus pour faciliter l'intégration, au profit des individus, des familles et des communautés, des principaux intrants de santé, qu'ils concernent la prévention, la promotion, les soins curatifs ou la réadaptation (p. 19)* » [6].

⁴ Un participant rapporte qu'un PDG d'une Direction de santé publique donnait, dans sa région, environ 200 entrevues/année aux médias; qu'en sera-t-il avec une centralisation systématique où les PDG des CISSS et des CIUSSS devront intervenir constamment ? Une situation qui pourrait les placer régulièrement en mode de gestion de crise comme ce fût le cas en Alberta.

La responsabilité populationnelle implique que les autorités ont une responsabilité vis-à-vis de la santé des individus et des populations sur leur territoire, particulièrement en ce qui a trait à l'accessibilité aux services appropriés en fonction de leurs caractéristiques et besoins et à l'efficacité des interventions et actions dans les milieux de vie. Cette responsabilité sous-entend une approche qui agit sur les nombreux facteurs (déterminants) qui influencent la santé de leurs populations et communautés dans le but ultime d'améliorer et de maintenir la santé et le bien-être de celles-ci.

La responsabilité populationnelle sous-entend aussi un partage des responsabilités entre les différents acteurs et secteurs qui influencent –directement ou indirectement- la santé et le bien-être. Cette responsabilité implique aussi que les médecins, professionnels et autres intervenants et gestionnaires qui organisent et offrent les soins et services à la population d'un territoire local partagent cette responsabilité, notamment au sein d'un véritable réseau local de services intégrés. Ils doivent s'assurer (en fonction des besoins et non seulement de la demande) : 1) de la prise en charge des services, ou de la référence; 2) de l'accompagnement des personnes dans le système de santé et de services sociaux; 3) de la convergence des efforts pour maintenir et améliorer la santé et le bien-être de la population.

Les nombreux parallèles entre la responsabilité populationnelle et l'importance des transformations en cours conduisent les participants au séminaire à s'interroger sur au moins cinq points: 1) le déploiement, par les organisations, de services à proximité des patients, des personnes et des communautés tout en reconnaissant leurs besoins spécifiques; 2) le territoire de référence pour favoriser l'émergence de projets significatifs à caractère local et régional (territorial); 3) la standardisation des processus et le degré d'autonomie des acteurs du terrain; 4) l'adoption et la promotion des pratiques exemplaires⁵ et, 5) l'imputabilité et la reddition de comptes dans un système centralisé.

Avec la réforme, les participants ont particulièrement noté l'ambiguïté qui entoure désormais le caractère et le rôle des réseaux locaux de services (RLS), lesquels sont pourtant la traduction de la dimension territoriale et communautaire de la responsabilité populationnelle, notion au centre des enjeux opérationnels du réseau de la santé et des services sociaux ces dix dernières années. Qu'en est-il maintenant de cette notion de *réseau local* alors que la taille des populations, la grandeur du territoire et le nombre de groupes et d'acteurs concernés et en

⁵ Voir les travaux de l'Initiative sur le Partage des Connaissances et le Développement des Compétences (IPCDC): <http://www.ipcdc.qc.ca/decouvrez-lipcdc>

interaction entre eux font maintenant référence à un espace beaucoup plus imposant que celui qui avait été en vigueur jusqu'ici ?⁶

2. La santé publique et la première ligne

Les participants ont perçu la réforme comme une occasion de réaliser une compression budgétaire majeure dans le réseau de la santé publique. Le désinvestissement en santé publique est assez évident au regard des réductions budgétaires de près 30% sabrant majoritairement dans les ressources régionales. Ces coupes se traduisent par des pertes importantes d'emplois et d'expertises, la réduction de la position de la santé publique dans la structure organisationnelle des CISSS et des CIUSSS, l'élimination du déterminant « organisation des services » (et de son évaluation) du mandat de la santé publique, la prévention ramenée à un programme parmi d'autres en allocation des ressources. L'éventualité de la diminution de la portée de l'article 54 qui constitue un levier majeur pour l'élaboration et l'adoption de politiques publiques et des actions favorables à la santé préoccupe également [7, 8].

Par ailleurs, un des enjeux principaux soulevés par la réforme est celui de ne pas perdre les acquis du terrain et ses réseaux dynamiques. C'est en effet des milieux, plus près des communautés, qu'émergent des initiatives porteuses de transformations profondes dans les rapports entre les différents acteurs, dont au premier chef, les personnes et les groupes auxquelles elles appartiennent. C'est dans ces mêmes milieux que se précise le rôle que chacun aura à jouer dans le réseau de la santé et des services sociaux et c'est là que se définissent les conditions de réussite d'un développement établi en fonction d'objectifs communs aux acteurs du milieu. Ainsi, des participants ont souligné l'importance de continuer à capitaliser sur les réalisations innovantes en matière de développement des communautés et d'organisation des soins et services de première ligne. Des participants invitent à innover, à expérimenter, à adopter et à adapter les actions aux réalités des milieux et des contextes, et à travailler en partenariat avec les acteurs du terrain, au lieu des seules actions spécialisées et verticales qui caractérisent les commandes « silo » de haut en bas (*top down*). L'importance que l'on accorde maintenant aux programmes centrés sur les clientèles et leur caractère fort structurant en

⁶ Paru en juin 2015 : Ministère de la Santé et des Services sociaux. Glossaire - Définition de termes relatifs au réseau de la santé et des services sociaux. Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015. Le RLS y est décrit comme suit : « Le RLS est un réseau qui a été mis en place conformément à un décret du gouvernement et vise à responsabiliser tous les intervenants de ce réseau afin qu'ils assurent de façon continue, à la population du territoire de ce réseau, l'accès à une large gamme de services de santé et de services sociaux généraux, spécialisés et surspécialisés (article 99.3 LSSSS). Le centre intégré est responsable d'assurer le développement et le bon fonctionnement des RLS de son territoire (art. 38 LMRSSS). Ils sont au nombre de 93, répartis sur les 22 territoires de RTS » (réseau territorial de services).

matière d'allocation des ressources et d'organisation de services font craindre l'apparition de nouveaux silos, peu propices à une intégration des services souvent assimilée à une intégration des ressources ou une fusion d'établissements. Dans le contexte où les soins et services de première ligne ne sont pas reconnus comme un programme budgétaire spécifique, la responsabilité populationnelle devient d'autant plus importante à prendre en compte pour assurer la convergence des actions entre la première ligne et la santé publique. C'est d'ailleurs une autre inquiétude que l'organisation de la première ligne, même considérée comme tout à fait prioritaire dans le discours, ne fasse l'objet d'aucune allocation particulière des ressources puisqu'il ne s'agit pas d'un programme budgétaire spécifique. De plus, elle n'apparaîtrait nulle part dans les organigrammes proposés par le ministère ni dans la version de consultation du Plan national de santé publique 2015-2025.

Pour les participants, cette réforme présente aussi certaines opportunités à saisir: le constat clair qu'il est plus efficace de prévenir que de guérir; l'affirmation que la responsabilité populationnelle est centrale pour la réussite de la réforme; la mobilisation promue par l'Association des médecins du Québec (AMQ) pour un nouveau contrat social et le mouvement « Choisir avec soin » qui lutte contre les « surdiagnostics » et qui propose même un questionnement sur les modes de rémunération des médecins [9]. De plus, la réforme pourrait être une opportunité de consolider les pratiques interdisciplinaires et les partenariats intersectoriels déjà développés à une échelle locale, ceux qui permettent une prise en charge globale des personnes de par leurs « parcours de santé [10, 11] », et non plus leurs seules « trajectoires cliniques ».

Il y a donc un intérêt certain à miser davantage sur l'harmonisation des pratiques, et à faire en sorte d'inclure la responsabilité sociale auprès des citoyens dans la reddition des comptes des gestionnaires centraux du réseau. Ces orientations sont en cohérence avec les références majeures en santé publique : de la déclaration d'Alma Ata (1978) à la déclaration de Montevideo (2005) en passant par la Charte d'Ottawa (1986).

Par ailleurs, il a été souligné l'importance de revenir à la nature même de la santé publique, c'est-à-dire en la repositionnant selon sa finalité d'amélioration de la santé des populations, en l'ancrant résolument en fonction de la responsabilité populationnelle et en lui donnant une impulsion nouvelle à partir des interventions sur les déterminants de santé, incluant celui de l'organisation des soins et des services de première ligne. Pour ce faire, la disponibilité des acteurs du réseau de santé dédiés à la surveillance, à la protection, à la promotion et à la prévention est importante. Dans ce contexte de restrictions budgétaires, il faut penser à des stratégies de développement de partenariats où la santé publique peut jouer un rôle de soutien

(p. ex, municipalités, associations, etc.). Il faut de plus renforcer les liens de la santé publique avec les milieux universitaires.

Comment assurer ce repositionnement de façon à ce que la santé publique puisse s'ouvrir davantage aux autres partenaires ? Dans une démarche d'autocritique, on a fait référence au besoin d'optimiser la communication à l'intérieur même de la santé publique, au besoin de se rapprocher davantage des communautés, au besoin d'assurer un déploiement plus efficacement sur les différents territoires. La santé publique a à redéfinir de nouveaux réseaux locaux (non pas nécessairement ceux définis dans la loi) de façon à mettre à profit son expertise, autant celle qui lui est spécifique comme en protection de la santé, que celle partagée avec d'autres acteurs, notamment en prévention, en promotion ou même en soins et services de première ligne.

Dans cette nouvelle réforme, il importe que les nouveaux responsables puissent exercer leurs fonctions de gestion à partir de trois axes majeurs : 1) la création de partenariats impliquant une diversité d'acteurs non plus sur la seule base de catégories institutionnelles ou professionnelles, mais également sur celle de l'appartenance à une communauté; 2) la prise en compte, au sein de cette communauté, d'une diversité de besoins, d'un agencement particulier des ressources, d'une dynamique qui lui est propre et de la disponibilité d'une structure spécifique de gouverne; 3) l'engagement que l'ensemble des directions de l'organisation puisse être associée à la définition d'orientations inspirées de la responsabilité populationnelle et de son contexte d'exercice particulier.

3. Développement de l'expertise et de la recherche en première ligne

Les acteurs en présence ont souligné l'importance que les CIUSSS/CIUSSS puissent développer des communautés de pratique et partager leurs expertises et expériences en organisation de soins et des services de santé intégrés, locaux et territoriaux, et ce, aussi bien dans leur organisation qu'entre ceux-ci.

Il apparaît aussi essentiel que les CIUSSS/CIUSSS puissent devenir experts dans le développement, la réalisation d'expérimentations et d'innovations de pratiques et d'organisations de services adaptées aux caractéristiques et besoins de leurs populations ainsi qu'à leurs contextes. Ceci dit, il est fondamental de pouvoir apprendre, utiliser et partager les enseignements de ces expérimentations qui seront généralement complexes et d'envergure pour répondre aux objectifs de la réforme. En effet, les défis sont énormes. Il y a les enjeux organisationnels pour réaliser des programmes centrés sur les clientèles, assurer le bon fonctionnement des parcours de soins pour des patients devant circuler de la première ligne aux

services spécialisés (visant donc une intégration verticale entre la première et la deuxième ligne), mais aussi des intégrations horizontales pour tenir compte des contextes locaux et régionaux, des services intégrés au niveau des RLS, des responsabilités populationnelles, de programmes plus compréhensifs comme celui du plan de prévention et de gestion des maladies chroniques, décrit par le Commissaire à la santé et au bien-être comme le nouveau paradigme d'organisation de services inspiré, entre autres, du « *Chronic Care Model* » [12].

Pour y arriver, il paraît indispensable de cibler prioritairement les paradigmes de proximité, de responsabilité populationnelle et d'imputabilité sociale, et de développer une programmation de recherche et évaluation qui repose sur une lecture plus intégrée des problématiques et des solutions et qui incorpore des recherches thématiques dans la perspective de la réduction des inégalités sociales de santé et des maladies chroniques.

A cet égard, l'exemple du Centre de recherche sur les soins et les services de première ligne de l'Université Laval (CERSSPL-UL) est intéressant. Il comporte trois axes : un sur les composantes organisationnelles des services, l'informatisation et l'évaluation de projets, le tout vu comme un levier pour contribuer aux transformations des pratiques et des services, un axe sur le transfert des connaissances, et un axe sur la collaboration interprofessionnelle. La convergence de ces différents axes pourrait conduire au développement d'un nouveau concept de concertation, de rapprochement, de collaboration et de partenariat entre la recherche, l'évaluation et l'expérimentation terrain au niveau des établissements et des universités. Pour ce faire, la recherche interventionnelle et l'évaluation, c'est-à-dire celles qui se veulent plus utiles pour la prise de décision, qui se font en relation directe avec le terrain, qui appellent à davantage de méthodes participatives et qui favorisent des maillages interdisciplinaires et interinstitutionnels, sont des activités sur lesquelles il paraît pertinent de capitaliser. Ceci dit, les recherches et évaluations devraient être davantage à finalité évolutive, donc de type accompagnement des transformations, et doivent couvrir aussi bien les conditions d'émergence, d'implantation, d'intégration, de déploiement que les conditions de pérennité des projets innovants complexes requis dans le réseau de la santé.

Les participants réitèrent la nécessité d'instaurer des liens étroits entre chercheurs, experts terrains, intervenants, décideurs et citoyens pour que la recherche puisse aider à éclairer la décision et accompagner les processus de changement de façon efficace. De plus, ils sont d'avis que les secteurs de la recherche, de l'enseignement et des pratiques cliniques puissent s'alimenter mutuellement de façon continue et contribuer à la qualité des services dans un objectif de cohésion et dans une logique de collaboration et de « co-fertilisation ». Il est suggéré que la recherche, que ce soit celle du milieu académique ou celle des établissements, examine

aussi ses façons de faire et accentue ses partenariats avec le terrain et la traduction des connaissances dans l'action pour les décideurs. On reconnaît l'urgence d'effectuer des recherches et des évaluations sur les réformes en cours et leurs impacts sur les services, mais aussi sur l'équité en santé et sur les différents facteurs qui les influencent. On rappelle aussi l'importance de reconnaître la première ligne ou les soins et services de santé primaires comme priorité de recherche, d'évaluation et de développement, et d'en suivre de près l'évolution. Les participants sont convaincus que plusieurs décideurs et milieux peuvent être des leaders à cet égard.

Enfin, les participants ont souligné l'intérêt et l'importance de la formation et des modèles, comme celui du Programme 4P « Prévention, Promotion et Politiques Publiques », qui forgent des liens étroits entre la recherche, les politiques et la pratique. À cet égard, pour réussir à mieux répondre aux défis de la formation de la relève, de la recherche et de la collaboration entre les différents horizons (décideurs, chercheurs, étudiants, citoyens, etc.), on encourage les programmes de formation et de stages en recherche, dans les milieux de pratique et de décision. On souligne aussi l'importance d'en assurer la pérennité. La stratégie d'insertion en milieu de pratique permet de mieux former les futurs chercheurs en les mettant au contact des réalités du terrain de façon à ce qu'ils comprennent et intègrent les spécificités et les enjeux des contextes où ils sont appelés à évoluer. C'est une manière aussi d'inculquer une autre culture de travail où priment l'interdisciplinarité, et l'esprit de la collaboration, de l'intersectorialité et du partenariat essentiels à la capacité et à la fonction de prévention du système de santé.

Conclusion et recommandations

Le séminaire a permis aux experts, intervenants, chercheurs et décideurs en présence de clarifier les enjeux soulevés par la réforme, notamment autour de l'exercice de la responsabilité populationnelle. Leurs préoccupations convergent en plusieurs points: la prise en compte des besoins locaux, la définition du territoire de référence, la configuration des réseaux locaux et des partenariats avec les communautés, l'intégration réelle des services, la crainte d'une standardisation administrative rigide des pratiques, l'allocation de ressources à la première ligne. Ils voient l'urgence que les CISSS et les CIUSSS partagent leurs expertises et expériences en organisation de soins et services intégrés. Ils s'accordent aussi sur le besoin de cohésion de la santé publique et de la première ligne, sur le développement en réseau de l'expertise et de la recherche, et sur l'opportunité de consolider les pratiques interdisciplinaires et les partenariats intersectoriels.

Du point de vue de la santé publique, il se dégage de ce séminaire trois catégories de recommandations : 1) s'assurer que les actions en santé se fassent sur une base populationnelle 2) contribuer de façon proactive aux mandats des établissements de santé et 3) accroître les capacités d'expertise, de recherche et d'évaluation interventionnelles en santé des populations.

Ces recommandations, déclinées ci-dessous, s'adressent à l'ensemble des acteurs concernés par la santé publique : aux autorités ministérielles, aux dirigeants des CISSS et des CIUSSS, aux gestionnaires et praticiens des soins et services de santé, aux intervenants de la santé publique, aux groupes de la société civile, aux chercheurs institutionnels, aux universitaires, aux directions des organismes de financement (e.g., FRQS, FRQSC), aux utilisateurs de services sociaux et de santé, à la population générale et aux élus.

- **S'assurer que les actions en santé se fassent sur une base populationnelle**
 - En contribuant à la valorisation de la responsabilité populationnelle et de l'imputabilité sociale du système de santé et des services sociaux.
 - En contribuant à une plus grande collaboration entre le réseau de santé publique et les autres acteurs actifs pour la santé publique (p. ex., milieu communautaire, milieu académique...).
 - En agissant systématiquement sur l'ensemble des déterminants qui influencent la santé de la population et en soutenant les pratiques fondées sur les données probantes.
 - En contribuant au développement et à la mise en place d'actions et de politiques publiques favorables à la santé (p. ex., article 54).
- **Contribuer de façon proactive aux mandats des établissements de santé**
 - En s'appuyant sur la connaissance de l'état de santé des populations, de ses déterminants et des facteurs qui les influencent, contribuer à :
 - l'identification des caractéristiques des populations de référence et la définition de leurs besoins ainsi que des activités et priorités à privilégier en lien avec la responsabilité populationnelle, et à
 - la sélection des populations de référence et/ou la composition des RLS adaptés, le cas échéant.
 - En reconnaissant l'organisation des soins et services comme un déterminant essentiel de la santé de la population.
 - En favorisant, sur le plan organisationnel, l'intégration des activités de promotion, de prévention, de protection, et des soins et services.
 - En contribuant à assurer une perspective d'équité en termes d'accessibilité, de continuité et de qualité des soins et services, spécialement pour les populations vulnérables.

- En promouvant les interactions entre les équipes de santé publique et les autres équipes intervenant en première ligne.
 - En privilégiant les collaborations interprofessionnelles et inter-organisationnelles ainsi que les actions intersectorielles.
- **Accroître les capacités d'expertise, de recherche et d'évaluation interventionnelles en santé des populations**
- En contribuant au développement de la capacité des établissements d'expérimenter et d'innover dans le champ des pratiques et de l'organisation de services adaptées aux besoins, aux caractéristiques et aux contextes des populations de référence.
 - En contribuant à l'instauration de liens étroits entre chercheurs, évaluateurs, experts terrain, décideurs, citoyens et communautés.
 - En développant la recherche et l'évaluation interventionnelles participatives et en favorisant le partage, le transfert et la traduction des connaissances dans l'action.
 - En contribuant au développement de réseaux de collaboration entre les CIUSSS et les CISSS, et avec les réseaux universitaires.
 - En contribuant à la mise en place d'une formation transdisciplinaire adéquate en recherche et évaluations interventionnelles en santé des populations.
 - En s'assurant du financement de l'évaluation et de la recherche interventionnelles en santé des populations à des niveaux qui permettent une avancée substantielle dans l'efficacité et l'efficience des interventions de santé publique et de première ligne.

Remerciements

Les auteurs remercient tous les participants, et en particulier madame Mireille Luc, candidate au doctorat en santé communautaire à l'Université de Sherbrooke, pour la prise de notes détaillées au cours du séminaire.

Le Programme stratégique de formation en recherche transdisciplinaire sur les interventions de santé publique : Promotion, Prévention, Politiques Publiques (4P), sous la direction du Dr Gilles Paradis, du département d'Épidémiologie, de Biostatistique et de Santé au travail de l'Université McGill, nourrit l'interaction entre les milieux de la recherche et de l'intervention depuis 2003. Le Programme vise principalement à: 1) inciter les étudiants gradués à entreprendre une carrière de recherche sur les interventions de santé publique, 2) créer une communauté d'intérêt de chercheurs et de décideurs dans ce domaine, 3) offrir aux étudiants des laboratoires de formation dans les milieux de pratique et de décision en santé publique ainsi que dans les milieux des politiques et de l'organisation des services sociaux et de santé, et 4) favoriser l'adoption d'une vision large, transdisciplinaire et éthique dans toutes les étapes de la recherche interventionnelle.

Le Programme comprend trois composantes : 1) l'insertion prolongée (3 ans au doctorat; 2 ans au post-doctorat) des boursiers dans des organisations de santé publique au niveau local, régional ou national sous la supervision d'un mentor de santé publique; 2) un curriculum complémentaire de formation incluant des séminaires mensuels thématiques d'une journée contribuant à la transmission des compétences clés du Programme (concepts fondamentaux de la santé des populations, de la santé publique et des politiques publiques de santé ; éthique de la recherche et de l'intervention en santé publique; concepts de la recherche transdisciplinaire sur les interventions; partage et utilisation efficaces des connaissances; gestion de la carrière de chercheur; création de réseaux et de partenariats); et 3) un plan de formation et un suivi personnalisés.

Soixante-trois boursiers de six universités et de plus d'une vingtaine de disciplines ont bénéficié du Programme de formation depuis sa création.

Références

- [1] Instituts de recherche de Santé du Canada (IRSC). Initiative de recherche interventionnelle en santé des populations du Canada. [Consulté le 06/05/2015. Disponible sur : <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/38731.html>]
- [2] Aucoin L, Jobin M-H. Kaiser Permanente : une inspiration pour le Québec ? *Le Point en Santé et Services Sociaux* 2015, 11(1):6-10. [Disponible sur <http://polesante.hec.ca/wp-content/uploads/2015/06/lepointensante-vol-11-no1-p.6-10-AUCOIN-JOBIN.pdf>]
- [3] Government of Alberta (February, 2013). Working Together to Build a High Performance Health System: *Report of the Health Governance Review Task Force*. [Disponible sur : <http://www.health.alberta.ca/documents/High-Performance-Health-System-2013.pdf>]
- [4] Bouvier-Auclair, R (7 février, 2015). Après la centralisation en santé, l'Alberta veut redonner une voix aux régions. *Radio-Canada*. [Disponible sur <http://ici.radio-canada.ca/regions/alberta/2015/02/07/001-systeme-sante-alberta-centralisation-voix-regions.shtml>]
- [5] Paquin, S et Lévesque, P-L (dir.), Social-démocratie 2.0. Le Québec comparée aux pays scandinaves, Montréal, Presses de l'Université de Montréal. *Les Cahiers de lecture de L'Action nationale*, 2014, 9(1), 7-9, 369p.
- [6] Boelen, C. Vers l'unité pour la santé: défis et opportunités des partenariats pour le développement de la santé. *Genève. Organisation mondiale de la santé*. (Document original publié en 2000), 2002.
- [7] Gouvernement du Québec. Loi sur la santé publique du Québec (LSP), L.R.Q. chapitre S-2.2, 2001. Québec, 2001. [Disponible sur : http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_2_2/S2_2.html]
- [8] Héroux de Sève, J., Druet, C., Pigeon, M. À la frontière des responsabilités des ministères et organismes publics: l'application de l'article 54 de la Loi sur la santé publique. Bilan et perspectives 2002-2007. *Direction des communications du Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec*, 2008. [Disponible sur : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-245-02.pdf>]
- [9] Association médicale du Québec. La profession médicale, vers un nouveau contrat social, 2015. [Disponible sur : https://www.amq.ca/images/stories/documents/amq_document_reflexion_fr_FINAL.pdf]
- [10] Bernard, P. Les dynamiques inter-reliées des processus liés aux variations démographiques et aux parcours de vie. *Horizons: Projet de recherche sur les politiques*, 2007, vol. 9, no 4, p. 13-16.
- [11] Agence régionale de la santé de l'île de France. Parcours de soins, parcours de santé, parcours de vie : pour une prise en charge adaptée des patients et usagers, 2012. [Disponible sur : http://www.ars.sante.fr/uploads/media/Lexique_parcours_def.pdf]
- [12] Commissaire à la santé et au bien du Québec. Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2010: État de situation portant sur les *maladies chroniques* et la réponse du système de. Québec, 2010. [Disponible sur : http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2010/MaladiesChroniques/CSBE_Resume_Tome2_EtatdeSituation.pdf].

Annexe – Programme du séminaire



L'organisation et l'avenir des soins et services de première ligne

Direction de santé publique

CIUSSS de la Capitale-Nationale

2400, avenue D'Estimauville, Québec, salle U 1310

22 avril 2015

8h00	Accueil
8h10	Mot de bienvenue – Dr François Desbiens, directeur de santé publique, CIUSSS de la Capitale-Nationale
8h15	Introduction – <i>Contexte et notions phares</i> - Dr Jean-Paul Fortin, Chercheur/évaluateur, Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux, et Direction de santé publique, CIUSSS de la Capitale-Nationale
8h30	Présentation – <i>La Loi 10 et l'organisation des soins et services de première ligne</i> . - M. Guy Thibodeau, Président-directeur général adjoint, CIUSSS de la Capitale-Nationale
9h00	Période de questions et d'échanges avec l'auditoire
9h15	Présentation et discussion de groupe - <i>Les impacts de la réforme sur l'organisation de la santé publique et des soins et services de première ligne</i> - Dr Réal Lacombe, directeur de santé publique, CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue
	Pause
	Discussion de groupe: <i>La réorganisation des services de santé et l'amélioration de la santé des communautés</i>
11h45	Présentation (en ligne) – <i>Les défis à résoudre dans le déploiement du Programme national de santé publique pour la première ligne et propositions d'amélioration</i> – Marc Lemire, PhD, Chercheur d'établissement, Institut national de santé publique du Québec. <u>Lecture préparatoire :</u> Lemire, M. <i>Rapport d'analyse sur le déploiement du Programme national de santé publique. Perspective socio-historique et d'innovation</i> . INSPQ, Vice-présidence aux affaires scientifiques, 2014.
12h00	Dîner sur place

13h30	Présentation – <i>La réorientation de l'organisation des services et la promotion de la santé : trente ans après la charte d'Ottawa</i> – M. Hassane Alami et Dr El Kebir Ghandour, candidats au doctorat en santé communautaire, Faculté des sciences infirmières, Université Laval
14h00	Période de questions et d'échanges avec l'auditoire
14h15	Table ronde – <i>L'organisation des soins et services de première ligne : quel intérêt pour la santé publique?</i> Animée par Dr Jean-Paul Fortin, Chercheur/évaluateur, Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux et Direction de santé publique CIUSSS de la Capitale-Nationale, avec la participation de Mme Mylaine Breton, PhD, Professeure adjointe, département des Sciences de la Santé communautaire, Université de Sherbrooke; Dre Isabelle Samson, Vice-présidente, Association médicale du Québec; M. Marc-André Maranda, Consultant en politiques publiques et ex-cadre planification et santé publique au ministère de la Santé et des Services sociaux
15h15	Pause
15h30	Conférence – <i>Un nouveau modèle d'organisation de la recherche et de l'innovation en première ligne: l'Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux de la Capitale-Nationale</i> - Serge Dumont, PhD, directeur, Centre de recherche sur les soins et services de première ligne (CERSSPL - U Laval)
16h00	Période de questions et d'échanges avec l'auditoire
16h30	Discussion - <i>La recherche interventionnelle en santé des populations et plus spécifiquement en organisation des soins et services de première ligne dans les prochaines années : quelles sont les priorités et quelles sont les opportunités?</i>
	Évaluation
17h15	Mot de la fin – Dr Jean-Paul Fortin