

Mot du président

Oyé, Oyé,

Déjà cinq ans depuis nos dernières retrouvailles et pourtant c'était hier.

Pourquoi ne pas se retrouver à nouveau dans le cadre d'une soirée où les échanges seront favorisés et agrémentés d'un spectacle *hommage à Jacques Brel*.

Certains d'entre nous sommes retraités, d'autres assument des fonctions de gestionnaires depuis plusieurs années, enfin un nombre grandissant d'entre nous représentent la relève de la gestion.

Cependant, nous avons tous profité des enseignements du Département d'administration de la santé de l'Université de Montréal (DASUM). Nous sommes tous des anciens de cette école et nous devons être fiers des connaissances acquises, mais aussi des liens de camaraderie et d'amitié que nous avons développés au cours de cette période de formation.

Ce rendez-vous, auquel tous sont invités, représente l'occasion de fraterniser avec ceux que nous avons côtoyés de plus près ainsi que de favoriser quelques échanges avec ceux que nous connaissons moins, mais qui ont tous des expériences plus riches les unes que les autres.

Nous profiterons de cette soirée pour rendre hommage à quelques diplômés.

Ce sera un immense plaisir de vous accueillir

au Club Saint-Denis

257, rue Sherbrooke Est, Montréal

mercredi, le 17 avril 2002 à 18 h 00

Vin, fromages, pâtés..., amitié ... , sur un air de Brel, le tout pour 60,00 dollars (canadiens).

Tenue de ville (veston et cravate)

À bientôt,

Votre président **Raymond Carignan, md**

Actualité

GMF dans Un réseau de services intégrés de première ligne

Hung Nguyen, Christiane Morin Blanchet et
Linda Cazale¹

Le projet de capitation dans la MRC du Haut Saint-Laurent s'est déroulé, dans un premier temps, de l'automne 1998 au printemps 2001. Ce projet a été financé par le Fonds pour l'Adaptation des Services de Santé (FASS). Ce projet visait notamment l'expérimentation de la capitation en deux phases (une simulation en première phase suivie d'une expérimentation) et l'intégration de services jugés prioritaires, dans un territoire situé au sud de Montréal, près de la frontière américaine. Le public visé par le projet est l'ensemble de la population de la MRC du Haut Saint-Laurent, soit environ 25 000 personnes.

Les problèmes majeurs du territoire identifiés au début du projet étaient :

- Le manque de médecins (20 %);
- La fragmentation de l'offre de service;
- L'accessibilité et la continuité des services à la population.

¹ Ce texte constitue une opinion des auteurs. Une copie des rapports peut être obtenue en communiquant avec h.nguyen@rrss16.gouv.qc.ca

Agenda

Séminaire d'intégration des finissants à la maîtrise en administration de la santé : 15 mars et 5 avril 2002 (voir plus loin)

Retrouvailles des diplômées de la maîtrise en administration de la santé : le 17 avril 2002 à 18h au Club Saint-Denis.

Actualité (suite)

Ces problèmes sont aggravés par la rigidité dans les règles d'allocation des ressources entre les programmes. Dans la première phase, le projet visait la mise en place d'un réseau *territorial* de services intégrés de première ligne selon une approche populationnelle. Il misait également sur une intégration dite multidimensionnelle : administrative, informationnelle, clinique et financière. L'ensemble des établissements de santé et des centres médicaux ont participé au projet, lequel s'inscrit dans les réformes suggérées par plusieurs experts, notamment dans la réorganisation des services de première ligne, afin d'améliorer les services à la population. De par les mesures mises en place, on s'attend à ce que la coordination et la continuité des soins s'améliore. En cela, le projet du Haut Saint Laurent constitue une expérimentation des types de réformes vers lesquelles semblent s'orienter le Canada et le Québec en particulier.

L'intérêt pour le projet a suscité la participation de plusieurs acteurs : les conseils d'administration des établissements du territoire et leurs gestionnaires, les médecins des centres médicaux, des professionnels de la santé, des chercheurs du Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS) de l'Université de Montréal et la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie.

L'expérience a mis à l'épreuve un modèle d'organisation de services ayant deux niveaux d'intervention :

- Une intervention au niveau populationnel;
- Des interventions spécifiques par clientèles principalement en santé mentale, pour les personnes âgées en perte d'autonomie, les maladies cardiovasculaires et la clientèle dite ambulatoire.

L'intervention au niveau populationnel se veut une tentative d'intégration des services de santé en s'appuyant fortement sur le rôle de la première ligne et sur l'organisation médicale. Toute la population, peu importe le problème de santé, bénéficie de la nouvelle organisation des services médicaux, à savoir :

- des médecins de famille jouant le rôle de gestionnaires de soins ;
- des médecins de famille travaillant en interdisciplinarité avec des infirmières. Ces dernières jouent un rôle au niveau du suivi systématique de la clientèle, de l'enseignement, et de la coordination entre programmes.
- des médecins de famille accédant au dossier du client, grâce à un système d'informations reliant notamment les établissements du territoire et les cabinets médicaux. Dans un premier temps, les données de l'urgence et les résultats d'analyse ont été ciblés pour le développement du SI.

L'intervention au niveau des clientèles spécifiques visait à accentuer la prise en charge et le suivi des clientèles ciblées selon les besoins de la population du territoire. Ce sont les intervenants qui ont défini les clientèles cibles et les interventions à faire et ce, après l'étude des besoins de la population. Le but de ces interventions consistait à :

- faire la prévention et la promotion des bonnes habitudes de vie selon les facteurs de risques ;
- encourager autant que possible l'utilisation de ressources légères ;
- améliorer la continuité des services d'une part en privilégiant la gamme de services externes dans le territoire et d'autre part en intervenant sur les mécanismes de coordination ;
- assurer un suivi systématique des patients par les infirmières;
- maintenir dans le milieu naturel les personnes en vue notamment d'une amélioration de leur qualité de vie.

Voici les principaux résultats observés lors de la première phase du projet¹:

- L'intégration et l'amélioration de la continuité des services par la mise en œuvre d'une vingtaine de programmes cliniques;
- Une uniformisation des processus de soins et un changement des pratiques grâce notamment à la révision et au développement de vingt protocoles cliniques;
- Une complémentarité accrue entre les établissements et les cabinets dans l'offre de services;
- Un recours accru au suivi systématique pour certaines clientèles : diabète, MPOC, santé mentale;
- L'intégration des médecins omnipraticiens du territoire à l'organisation des soins et des services;
- Le développement du travail interdisciplinaire à l'égard de clientèles cibles;
- L'intégration d'infirmières dans les centres médicaux;
- L'instauration d'un réseau d'échange d'information reliant les centres médicaux et les établissements du territoire;
- Un gain d'efficacité grâce au partage des informations concernant les clients et à un accès rapide aux résultats de laboratoire;
- La création d'un entrepôt de données incluant la plupart des données sur l'utilisation des services des résidents de la MRC du Haut Saint-Laurent et de quatre CLSC témoins.

L'évaluation du projet a été confiée à des chercheurs du GRIS². L'évaluation visait à comprendre les enjeux liés à la mise en œuvre d'une organisation intégrée de soins et de services sur une base territoriale dans un contexte de système public de santé. L'évaluation aborde différents aspects dont l'analyse de l'implantation du modèle planifié pour la phase 1 du projet (i.d. intégration clinique et informationnelle) et une évaluation des effets suivants : une analyse de la satisfaction des usagers à l'égard des soins reçus et de leur perception de la qualité des soins primaires et, pour la clientèle diabétique, une analyse de l'impact de l'intervention sur la satisfaction, sur la qualité de vie et sur les coûts privés assumés par ces clients.

Le financement du FASS a pris fin le 31 mars 2001. Le processus de l'institutionnalisation des changements est en cours pour assurer la pérennisation de l'intervention; « La pérennisation est la dernière étape du développement de l'innovation; elle dépend de décisions impliquant des acteurs politiques au sein de l'organisation et devrait découler des résultats d'évaluation des effets. »³ La problématique qui se posait aux acteurs est la suivante :

- Il y a eu des aspects positifs dans l'évaluation de l'implantation, mais l'évaluation des effets est parcellaire et devrait se poursuivre;
- Il y a eu de la mobilisation des cliniciens et médecins dans la territoire pour la poursuite du projet ;
- Il y a eu des ouvertures des conseils d'administration pour un regroupement des établissements afin de favoriser l'intégration administrative et financière laquelle est nécessaire pour soutenir la pratique clinique en réseau;

¹ Rho, G, Nguyen, H, Tourigny, G, Cazale, L, Morin-Blanchet, C, Franco, A, « Projet de capitation : un réseau de soins et de services intégrés », Régie Régionale de la santé et des services sociaux Montérégie, Mars 2001.

² Contandriopoulos, AP, Denis, JL, Sicotte, C, Touati, N, Rodriguez, R, Nguyen, H, «Projet de capitation : Rapport d'évaluation », RRSSMontérégie, Mars 2001.

³ Pluye, P, Potvin, L, Denis, JL, « La pérennisation organisationnelle des projets pilotes en promotion de la santé » Ruptures, vol. 7, no1, 2000, pp : 99-113.

- La perspective du projet va dans le sens souhaité d'orientations et de recommandations formulées lors de la commission Clair dont la mise en place de réseau intégré de services de première ligne et les groupes de médecine de famille (GMF).

Devant ce problème, la Régie a accepté de co-financer les opérations du réseau d'avril 2001 à septembre 2001. Depuis octobre, les coûts des services sont pris en charge par les établissements. Le projet se poursuit actuellement avec l'implantation d'un GMF dans le territoire. Durant cette période de transition, le rôle des acteurs est important à savoir :

- Le MSSS finance la partie du projet portant sur le GMF;
- La Régie joue un rôle important pour soutenir le réseau local grâce à un financement transitoire et dans l'accompagnement dans les intégrations administratives;
- Les acteurs locaux ont soutenu la motivation des intervenants, cliniciens et médecins. Ils ont aussi dégagé des marges de manœuvres pour soutenir le financement des services cliniques complémentaires aux activités du GMF.

Au printemps 2002, les grands paramètres du réseau intégré dans la MRC sont :

- L'organisation médicale se trouve consolidée avec l'implantation d'un GMF, lequel comprend des pratiques multidisciplinaires avec les infirmières et des échanges d'information de laboratoire;
- Les établissements se sont regroupés et un seul DG est nommé pour gouverner le regroupement. Il y a aussi des mouvements du personnel d'encadrement et des resserrements budgétaires afin de dégager les marges de manœuvre pour financer les services cliniques;
- Au plan clinique, des rapprochements entre les programmes sont faits afin d'améliorer l'efficacité et l'efficacités. Des cliniciens accentuent aussi leurs connaissances en approches de prévention et d'interventions multidisciplinaires.
- Au plan de valeurs, on observe le développement d'une appartenance réseau locale.

Les observations découlant de ce projet sont importantes. En effet, grâce aux efforts des intervenants, médecins, professionnels de la santé et gestionnaires, il a été possible de mettre sur pied une organisation locale de services intégrés renforçant et s'appuyant sur une organisation médicale et sur une première ligne performantes. À ce propos, l'intégration des médecins dans l'organisation du réseau local, le recours à des infirmières en centre médical, l'accès aux résultats de laboratoire et l'acceptation de tous les intervenants locaux de partager la responsabilité d'une couverture 24/7 représentent des facteurs de succès dans l'implantation du réseau des services intégrés.

Il reste néanmoins qu'un GMF ne peut pas survivre seul; il doit s'appuyer sur les autres éléments du réseau local pour former un système intégré. Pour que ce réseau local puisse fonctionner de façon fluide, il faudrait notamment modifier le mode de financement pour favoriser des pratiques «de réseau».

À l'origine, le projet visait d'ailleurs à expérimenter un nouveau mode de financement qui, de l'avis de plusieurs, est important pour modifier la dynamique actuelle du système de soins. Le projet de capitation a proposé une démarche expérimentale de réalisation d'un réseau local de services intégrés en deux étapes : la première nous a permis de favoriser l'intégration clinique et informationnelle du réseau. La seconde phase devrait s'attaquer à l'intégration administrative et financière. Maintenant que l'intégration administrative est en voie de réalisation, le feu vert est attendu pour formuler une expérience dans la perspective d'intégration financière du réseau!

Hung Nguyen, Institut national de santé publique du Québec et Régie régionale de Montérégie
Christiane Morin Blanchet, Régie régionale de Montérégie
Linda Cazale, Centre de recherche Hôpital Charles LeMoine

Nouvelles du DASUM

Le département accueille depuis le 1er janvier une nouvelle chercheure postdoctorale. Ann-Lise Guisset a défendu en novembre 2001 sa thèse de doctorat en santé publique à l'université de Louvain sur le thème de «Performance des institutions de soins : efficacité, qualité, et coût de la (non) qualité».

Son mentor au DASUM est le professeur Claude Sicotte avec lequel elle travaillera sur le projet «Performance organisationnelle et services publics de santé». Les principaux intérêts de Ann-Lise sont la conceptualisation et l'évaluation de la performance, la mesure de l'efficacité productive, le financement et les mesures incitatives, l'organisation des services de santé, l'évaluation des clientèles et de la qualité en institutions de long séjour, les méthodes quantitatives dont le Data Envelopment Analysis.

Elle peut être contactée au 343-6029 ou par mail à guisset@hosp.ucl.ac.be

CRÉATION D'UN DIPLÔME ET D'UN DOCTORAT PROFESSIONNELS EN SANTÉ PUBLIQUE

Les trois départements du secteur de la santé publique de l'Université de Montréal ont récemment déposé une demande pour la création d'un diplôme d'études professionnelles approfondies (DEPA) et d'un doctorat professionnel en santé publique (DPSP). Ces programmes de troisième cycle sont destinés aux professionnels de la santé publique, aux gestionnaires et conseillers d'établissements de santé et d'organismes associés au domaine tels les ONG, les organisations communautaires et les organisations internationales. Les premiers étudiants sont attendus pour janvier 2003.

DEPA et DPSP?

Le DEPA peut être obtenu après avoir complété une scolarité de trente (30) crédits de niveau troisième cycle. Cette scolarité correspond à la première étape du doctorat professionnel. En effet, le doctorat peut être complété par la réalisation d'une thèse de nature appliquée (solution de problèmes concrets) qui doit apporter une contribution au développement de la pratique professionnelle, soit en développant et expérimentant un nouveau modèle d'intervention inspiré de modèles théoriques existants, soit en évaluant et en élaborant une réflexion critique sur un modèle existant. Les problématiques sur lesquelles les étudiants sont appelés à intervenir sont choisies dans les milieux de pratique; les étudiants peuvent ainsi construire sur leurs expériences de travail antérieures.

OBJECTIFS

- Former des praticiens capables d'œuvrer dans les réseaux de santé et de services sociaux en y apportant une capacité d'analyse des systèmes de santé, mais aussi une vision synthétique;
- Former des personnes capables d'innover au plan de leurs interventions dans l'environnement de la santé;
- Permettre aux candidats de développer des capacités de compréhension, de transfert et d'adaptation des modèles théoriques aux problématiques vécues dans l'environnement de la santé tout en construisant sur leurs expériences de travail antérieures.

CLIENTELE VISÉE

Personnes oeuvrant dans divers établissements et organismes de l'environnement de la santé sur la scène locale et internationale (gestionnaires d'expérience, professionnels de la santé, professionnels-conseils, fonctionnaires de haut niveau, etc.).

Le Bulletin

Journal de l'association des diplômés de la maîtrise en administration de la santé de l'Université de Montréal

CONDITIONS GÉNÉRALES D'ADMISSION

- Détenir un diplôme de maîtrise ou l'équivalent;
- Avoir un minimum de trois années d'expérience;
- Avoir un lien avec un milieu de pratique (existant ou potentiel);

MODALITÉ D'OFFRE DE COURS

L'offre des cours spécifiques au programme sera planifiée de façon à exiger une présence des étudiants par périodes intensives.

DURÉE DES ÉTUDES

DEPA : Minimum de 18 mois (temps complet) ou un maximum de 60 mois (temps partiel).

DPSP : Minimum de 36 mois (temps complet) ou un maximum de 60 mois (temps partiel).

INFORMATION

Pour obtenir plus d'information sur ces programmes, vous pouvez vous adresser à :

Lise Lamothe, professeur

Département d'administration de la santé

Université de Montréal

Tél : (514) 343-6111 (3141)

Lise.Lamothe @umontreal.ca

UNIVERSITÉ D'ÉTÉ EN GESTION DES SERVICES DE SANTÉ AUX PERSONNES ÂGÉES

Offre de cours d'une nouvelle option "*Gestion des services pour les personnes âgées dépendantes*" permettant d'obtenir un DESS (Diplôme d'Études supérieures)

Nous offrirons les cours de cette option aux sessions intensives d'été 2002 et 2003. De cette façon, celles ou ceux qui voudraient obtenir le diplôme d'études supérieures (DESS) dans cette option pourraient le faire sur une période de 14 mois. Ces cours sont par ailleurs aussi ouverts aux candidats qui désirent faire le programme court de 15 crédits en gestion des services aux personnes âgées.

Si vous voulez vous inscrire à un des ces cours ou à un des programmes mentionnés ou pour plus d'information, veuillez vous adresser à : Nicole.Roberge@umontreal.ca ou 514-343-6111 poste 1362

Horaire des cours :

ASA 6302 - Évolution vers des systèmes intégrés (1 cr./15 heures de cours)

Introduction à la notion de système intégré. Paramètres cliniques, organisationnels et financiers d'un système intégré. *Professeurs : Howard Bergman / François Béland*

29, 30 avril, 1^{er}, 2, 3 mai, 8h30 à 11h30

ASA 6301 - La fragilité des personnes âgées (1 cr./15 heures de cours)

Sensibiliser les gestionnaires des services de santé au concept de «personnes âgées fragiles» afin qu'ils développent, implantent et évaluent des services de santé de qualité répondant aux besoins spécifiques de ces clientèles. *Professeure : Paule Lebel.*

27, 28, 29, 30, 31 mai, 8h30 à 11h30

ASA 6305 - Outils d'évaluation (1 cr./15 heures de cours)

Présentation de différents outils d'évaluation des personnes âgées, divers instruments d'évaluation de l'état cognitif. *Professeurs : Ann-Lise Guisset / Charles Tilquin.*
10, 11, 12, 13, 14 juin, 13h00 à 16h00

Affaires étudiantes

Les étudiants de la maîtrise en administration de la santé ont l'occasion à la fin de leur formation de travailler à la réalisation de mandats confiés par des organisations de santé. Ils ont à déployer leadership et créativité pour analyser la problématique qui leur est soumise et proposer des solutions originales et réalistes. Les résultats de leurs efforts sont mis en évidence lors de deux colloques qu'ils organisent : **Le colloque des cadres en exercice** et le **colloque du séminaire d'intégration**. Nous vous invitons à assister à ces événements.

COLLOQUE DES CADRES EN EXERCICE

La quatrième cohorte des cadres en exercice composée de 13 étudiants termine son programme intensif de maîtrise de 2 ans par la présentation d'un colloque qui mettra en relief les résultats du bloc d'activités synthèses (activités d'exploration). Les étudiants ont travaillé individuellement ou en équipe sur des sujets variés tels que les réseaux intégrés de services, la télémédecine, l'efficacité des programmes d'agrément, les milieux de vie en CHSLD, l'organisation des services de périnatalité etc...

Nous vous invitons à venir les entendre le **vendredi 15 mars 2002** de 7h30 à 16h45 au Campus Laval de l'Université de Montréal, au 2572 boul. Daniel Johnson, 2^{ème} étage.

Les places sont limitées. Le coût d'inscription est de 25 \$ par personne. Pour plus d'informations, veuillez communiquer avec Nicole Roberge : nicole.roberge@umontreal.ca ou (514)343-6111 poste 1362

COLLOQUE DES ÉTUDIANTS DU SÉMINAIRE D'INTÉGRATION

18 étudiants de la maîtrise régulière en administration de la santé répartis en 5 équipes sont inscrits au séminaire d'intégration. Chaque équipe travaille à la réalisation d'un mandat qui lui a été confié par une organisation de santé. Le mandataire et un professeur du département d'administration de la santé constituent l'équipe d'encadrement. Le séminaire est dirigé par François Champagne et Lambert Farand, tous deux professeurs au département d'administration de la santé ainsi que Claude Desjardins, directeur général de l'ICM et chargé d'enseignement au DASUM.

Le colloque aura lieu le **vendredi 5 avril à l'Institut de réadaptation de Montréal**.

Nous vous invitons à vous inscrire auprès de Madame Nicole Roberge au DASUM : nicole.roberge@umontreal.ca ou par téléphone : (514) 343-6111 poste 1362.

Les projets sont les suivants :

Projet 1 :

Élaboration d'un programme global d'amélioration continue de la qualité à l'Institut de réadaptation de Montréal. Équipe : Nouredine Benani, Monia Boutin, Emmeline Eugène, Josée Rivard, encadrée par Lisette Gagnon, directrice des soins infirmiers, IRM et Lise Lamothe, professeur agrégé, DASUM

Projet 2:

Étude de faisabilité pour la mise sur pieds d'un programme de formation en RCR pour la certification des infirmières à l'Institut de Cardiologie de Montréal. Équipe : Amina Megdade, Stéphane Labrèche, Carolle Toupin, encadrée par Micheline Langlois, directrice des soins infirmiers , ICM et Nicole Dedobbeleer, professeur agrégé, DASUM

Projet 3:

Projet d'analyse stratégique de l'opportunité d'un partenariat entre une Régie régionale et la santé de la Biotechnologie. Équipe : Johanne Bélanger, Zahra Elm'mala, François Éthier, encadrée par Michèle Auclair, directrice générale, RRLaval, Louise Rousseau, conseillère en recherche , RR Laval et Mira Johri, chercheur adjointe, DASUM.

Projet 4:

Réseau intégré de soins et de services en oncologie de la Montérégie, l'hôpital Charles LeMoine. Équipe: Ondina Galiano, Céline Germain, Sandra Lemay, Vary Jacquet, encadrée par Yves Benoit, directeur général, Hôpital Charles LeMoine, Yves Desjardins : conseiller en planification , Hôpital Charles LeMoine, Linda Cazale, co-chercheure, Centre de recherche Hôpital Charles LeMoine et Nicole Leduc, chercheure agrégée, DASUM.

Projet 5:

Développement d'un Plan de développement des ressources humaines au CLSC NDG.

Équipe: Kély Bastien, Marie-Thérèse Dembélé, Christiane St-Jean et Doris St-Laurent, encadrée par Marcel Allaire, directeur des services administratifs , CLSC Notre-Dame-de-Grâce et Régis Blais, professeur agrégé, DASUM.