



Groupe de recherche
interdisciplinaire en santé
Secteur santé publique
Faculté de médecine

*Analyse de l'implantation d'un réseau
interhospitalier de soins pédiatriques :
Le Réseau Mère-Enfant*

*Claude Sicotte
Pascale Lehoux
François Champagne
Martin Gamache*

*Dans le cadre de :
Évaluation du Réseau mère-enfant
supra-régional : synthèse des résultats*

*François Champagne
André-Pierre Contandriopoulos*

*Henriette Bilodeau
Régis Blais
Danielle D'Amour
Jean-Louis Denis
Lambert Farand
Marc-André Fournier
Lise Goulet
Claudine Laurier
Nicole Leduc
Pascale Lehoux
Raynald Pineault
Michèle Rivard
Claude Sicotte*

R01-08A

Mai 2001

Dépôt légal – 2^e trimestre 2001
Bibliothèque nationale du Québec
ISBN 2-921954-59-1

**Analyse de l'implantation
d'un réseau interhospitalier de soins pédiatriques :
Le Réseau Mère-Enfant**

**Claude Sicotte, PhD
Pascale Lehoux, PhD
François Champagne, PhD
Martin Gamache, MSc**

**Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (Gris)
et
Département d'administration de la santé
Université de Montréal
C.P. 6128, Succursale Centre ville
Montréal, Québec
H3C 3J7**

Mars 2001

Table des matières

Table des matières	i
1- Introduction.....	1
2- Le projet planifié : Description de la logique de fonctionnement du Réseau Mère-Enfant.....	2
3- Méthodes	7
4- Les résultats.....	9
4.1- Premier niveau de mise en œuvre : l'intégration fonctionnelle	9
4.1.1 Gestion stratégique et gouverne du réseau et de ses composantes.....	10
4.1.2 Développement d'un réseau informationnel et communicationnel.....	16
4.1.3 Ressources humaines, techniques et financières	20
4.2- Second niveau de mise en œuvre : l'intégration Médecins-Réseau	23
4.2.1 Implication du corps médical	23
4.2.2 Standardisation et formalisation des procédures encadrant la gestion des trajectoires de soins des patients au sein du réseau	25
4.2.3 Changement du mode de rémunération des médecins du CHU.....	27
4.3- Troisième niveau de mise en œuvre : l'intégration clinique.....	28
4.3.1 Création d'offres de soins sur mesure	29
4.3.2 Amélioration de la rétention locale	36
5 Sommaire récapitulatif des principaux résultats de l'analyse de l'implantation	39
RÉFÉRENCES	42

Analyse de l'implantation d'un réseau interhospitalier de soins pédiatriques : Le Réseau Mère-Enfant

1- Introduction

Toutes les provinces canadiennes ainsi que la plupart des pays développés luttent depuis plusieurs années pour maintenir un meilleur contrôle de leurs dépenses de santé. Malgré des succès relatifs, ces efforts demeurent confrontés à l'évolution rapide des besoins de santé de populations en mutation démographique profonde. Et même si les avancées rapides de la technologie médicale et pharmaceutique proposent des solutions nouvelles aptes à surmonter ces défis, elles représentent, en même temps, des pressions énormes à la hausse sur les coûts (Contandriopoulos et coll., 2000). La capacité de nos systèmes de soins à adopter ces nouvelles technologies, tout en maîtrisant la hausse des dépenses de santé, se heurte aux modèles traditionnels d'organisation des soins. Ce dilemme est connu et suscite plusieurs expériences novatrices qui visent à concevoir, expérimenter et évaluer de nouveaux modèles organisationnels adaptés aux défis présents et futurs.

Le concept de réseaux intégrés de soins fait partie de ces nouveaux modèles offrant un potentiel prometteur (Leatt et coll., 1995). Un réseau intégré de soins est un ensemble circonscrit, persévérant et structuré d'organisations autonomes impliquées dans la production commune de soins. Ces organisations interagissent sur la base de relations négociées afin d'offrir à leur clientèle un continuum de soins offrant des soins complets et continus (Leatt et coll., 1995; Shortell, et al., 1994, 1995). L'implantation d'un tel modèle d'intégration interorganisationnelle et clinique représente toutefois une réorganisation profonde et innovatrice du système actuel de soins. Il est donc important de bien en comprendre les tenants et les aboutissants de tels modèles, si nous voulons en tirer le meilleur bénéfice.

Ce rapport porte sur l'analyse du processus de l'implantation d'un projet d'expérimentation d'un réseau intégré de soins pédiatriques entrepris en 1997 par un groupe d'hôpitaux québécois. Cette analyse du processus d'implantation vise, d'une part, à établir jusqu'à quel point le déploiement du réseau a été réalisé à la lumière des objectifs qui avaient été fixés au départ; et, d'autre part, à circonscrire et comprendre les facteurs professionnels, organisationnels et systémiques qui ont favorisé et nuit à l'instauration du réseau. Ce type d'analyse vise, notamment, à vérifier dans quelle mesure la logique de fonctionnement du réseau – en fait, la théorie à la base du changement organisationnel proposé – est empiriquement viable. C'est d'ailleurs cette conception logique initiale ou la théorie du réseau que nous décrivons dans la section qui suit. Les résultats, décrits à la section 4, sont présentés en fonction de ce modèle logique. Mais avant, nous présentons rapidement les questions d'évaluation et les étapes de la recherche à la section 3. Le rapport se termine sur la section 5 qui présente une synthèse de nos résultats.

2- Le projet planifié : Description de la logique de fonctionnement du Réseau Mère-Enfant

Le projet d'un réseau intégré de soins impliquant plusieurs partenaires hospitaliers a été mis de l'avant par l'Hôpital Sainte-Justine dès le milieu des années 90. À l'époque, la planification stratégique adoptée par cet hôpital faisait de ce projet l'axe principal de sa stratégie organisationnelle des cinq prochaines années à savoir la période 1996-2000 (HSJ, 1996). Cette orientation stratégique marque l'intention de l'Hôpital Sainte-Justine, qui venait d'être reconnu par le Ministère de la santé et des services sociaux comme Centre Hospitalier Universitaire (CHU), de faire évoluer rapidement son rôle traditionnel d'hôpital « vers celui d'une composante importante d'un réseau pédiatrique provincial et d'un réseau obstétrical supra-régional » (HSJ, 1996).

Le Réseau Mère-Enfant (RME), nom donné à ce réseau intégré, représente un changement fondamental de l'organisation traditionnelle des soins pédiatriques tels qu'ils ont été développés jusqu'ici au Québec. Le réseau vise à renverser la tendance de la hausse de la consommation des soins pédiatriques au sein des hôpitaux universitaires. En effet, depuis plusieurs années, le rôle de ces hôpitaux s'est élargi considérablement. Au-delà de leur mission tertiaire, ces hôpitaux offrent une forte proportion de l'ensemble des soins pédiatriques primaires et secondaires. Le nouveau réseau RME vise une réorientation majeure de la consommation usuelle de ces soins de manière à favoriser un recentrage de l'hôpital universitaire vers sa mission tertiaire. Pour se faire, l'essentiel du projet d'intégration clinique poursuivie au sein du RME vise à diminuer de façon importante les activités de 1^{ère} et 2^e ligne du CHU Ste-Justine, un hôpital tertiaire exclusivement pédiatrique, en déplaçant une portion substantielle de la consommation de soins pédiatriques primaires et secondaires vers des hôpitaux régionaux situés à proximité du lieu de résidence des patients.

Le RME vise à devenir une nouvelle entité organisationnelle regroupant un ensemble de partenaires hospitaliers en un réseau d'organisations interdépendantes et coordonnées sur les plans fonctionnels et cliniques qui opère un continuum de soins adaptés aux besoins de la population pédiatrique et obstétricale. Les patients admis au sein de ce réseau intégré verront donc leurs épisodes de soins coordonnés par divers mécanismes mis en place par le réseau de manière à ce que les diverses ressources humaines et techniques du réseau assument des fonctions et activités interdépendantes comme les différentes unités opérationnelles d'un même système.

Du point de vue du CHU, l'adoption de cette nouvelle orientation stratégique repose sur le diagnostic organisationnel suivant. Le volume de la clientèle nécessitant des soins primaires et secondaires est devenu tellement élevé que ces activités menacent la réalisation de la mission fondamentale de l'institution à savoir les soins tertiaires, l'enseignement et la recherche. Nous sommes en fait face à une organisation victime de son propre succès. L'excellente réputation du CHU en matière de soins pédiatriques lui attire une large clientèle qui vient principalement pour des soins généraux; ce qui mine sa capacité à atteindre ses objectifs premiers.

Le concept du Réseau-Mère Enfant

Quatre buts:

- « Rendre les soins accessibles le plus près possible de la résidence du client, avec la bonne technologie, de la façon la plus économique et par les professionnels dont la formation est la plus appropriée ».
- « Rendre plus accessible l'expertise de l'HSJ aux intervenants des régions ».
- « Assurer une masse critique d'experts et de patients dans chacun des secteurs tertiaires ».
- « Créer une synergie des ressources québécoises pour soutenir la concurrence internationale. »

Quatre axes:

- « Amélioration de l'efficacité du système de référence des cas les plus complexes ».
- « Transmission d'information plus rapide au référant ».
- « Retour plus précoce des patients en régions ».
- « Augmentation des services ambulatoires ».

Divers moyens:

- « Mettre en place d'un nouveau plan d'affaires avec les médecins afin de valoriser les tâches essentielles à la viabilité du réseau ».
- « Revaloriser les fonctions académiques par une rémunération conséquente ».
- « Se donner des mécanismes conjoints pour gérer le réseau ».
- « Limiter les activités de première et deuxième lignes aux demandes de la clientèle locale et aux besoins de l'enseignement ».
- « S'engager dans une structure par clientèle pouvant faciliter les échanges à l'intérieur du réseau ».
- « Investir dans les technologies de télécommunication pour soutenir concrètement les partenaires ».

Tiré d'un document de planification stratégique (HSJ, 1996)

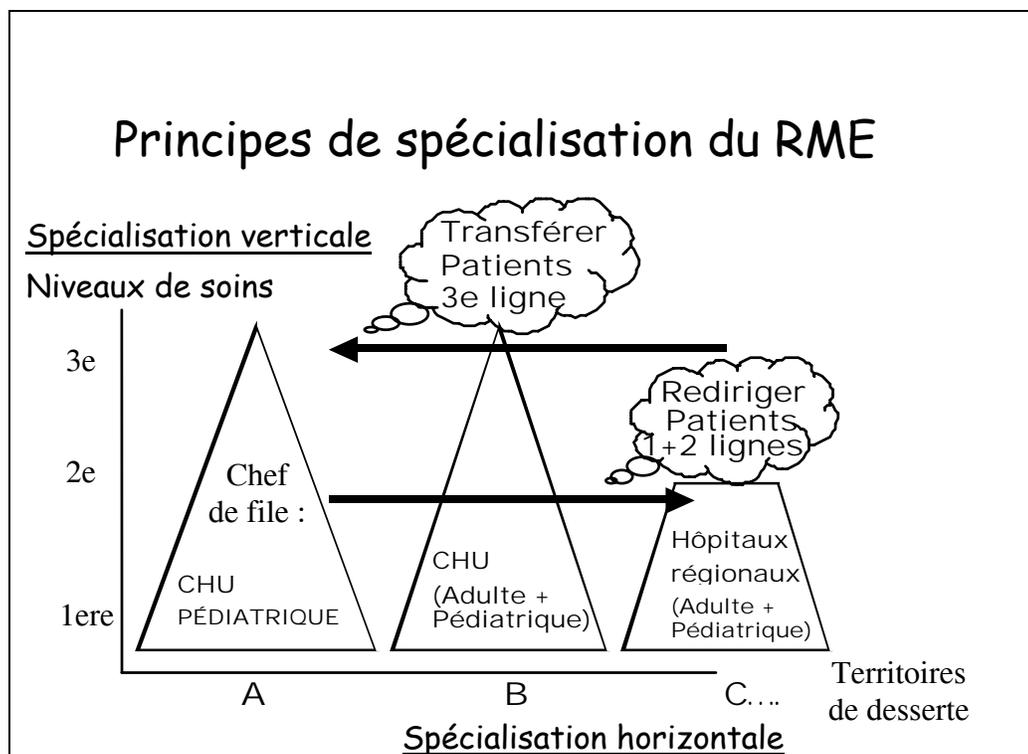
Tout en voulant recentrer ses activités vers les soins tertiaires, le CHU Ste-Justine ne veut pas abandonner sa clientèle actuelle. Le réseau peut donc être également compris comme une stratégie qui vise à maintenir la responsabilité du CHU envers une clientèle qu'il a su desservir au cours des années. Un autre objectif du RME, et du CHU Ste-Justine, est donc de conserver cette clientèle en lui offrant des soins primaires et secondaires disponibles dans les hôpitaux régionaux partenaires du réseau et un transfert assuré vers le CHU lorsque les besoins en soins sont de niveau tertiaire.

Par ailleurs, il faut garder en mémoire le fait que la poursuite de ces objectifs se fait dans un contexte particulier. Le CHU Ste-Justine ne bénéficie pas d'un monopole des soins pédiatriques dans son environnement immédiat. Deux autres CHU offrent également la gamme complète de

soins pédiatriques : l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont dont le territoire naturel est l'est de l'île de Montréal et l'Hôpital de Montréal pour enfants dont la clientèle traditionnelle est majoritairement anglophone et allophone. Le réseau peut donc être perçu comme une stratégie visant à préserver la fidélité d'une clientèle qui pourrait décider d'aller requérir ses soins ailleurs. Le RME vise à conserver la part acquise de clientèle en offrant un réseau d'organisations aptes à offrir une gamme complète de soins : des soins primaires et secondaires principalement offerts par les hôpitaux régionaux et des soins tertiaires disponibles dans deux établissements associés au réseau, Ste-Justine et Maisonneuve-Rosemont.

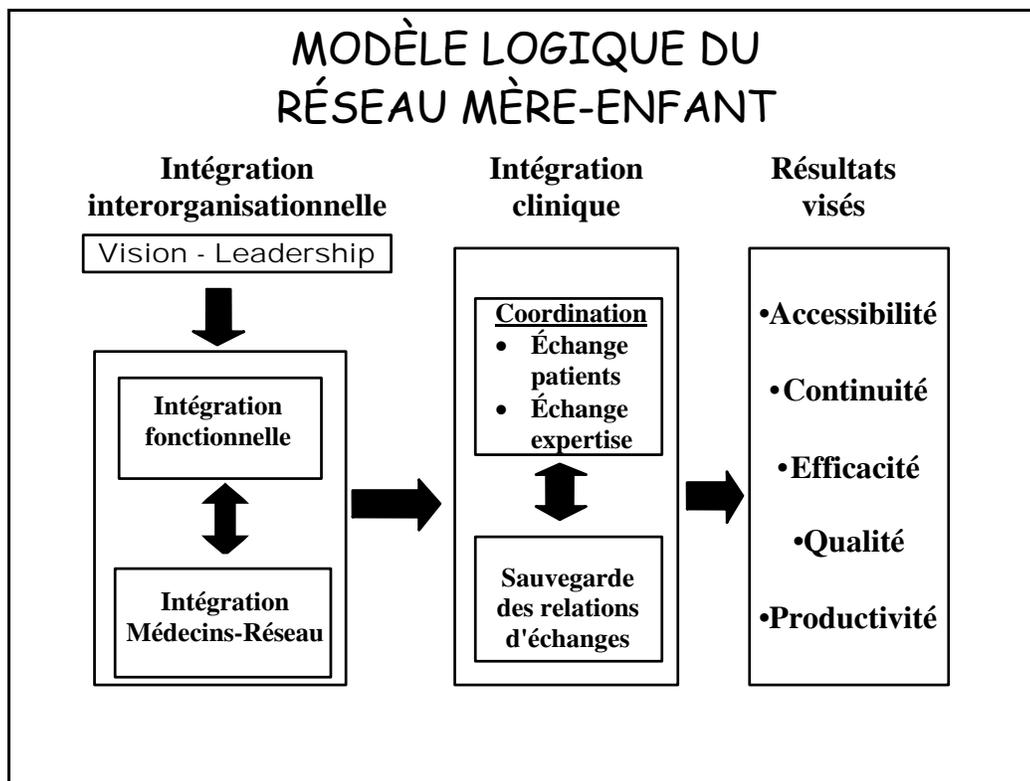
Le concept de réseau interorganisationnel est une stratégie populaire pour faire face à un environnement complexe. Plusieurs industries y ont recours (Alter & Hage, 1993; Jones et coll., 1997). Ce modèle organisationnel se démarque des modèles usuels par la manière dont il tente de résoudre un problème fondamental auquel sont confrontées les organisations : la coordination interne et externe de leurs activités. Dans la suite de cette section, nous allons décrire le modèle logique du RME pour rendre explicite les mécanismes par lesquels le réseau veut offrir un continuum de soins complets et continus.

L'objectif central du RME est de modifier les habitudes de consommation de soins des patients en leur proposant de nouvelles trajectoires de soins mieux adaptées à leurs besoins. Ces nouvelles trajectoires reposent sur une spécialisation des organisations partenaires du réseau. Ainsi, le réseau vise à créer, entre les organisations partenaires, une interdépendance qui valorise leur complémentarité et favorise les relations d'échange de patients au sein du réseau. La complémentarité ou spécificité des rôles assumés au sein du RME repose sur deux mécanismes de différenciation : une spécialisation verticale et une spécialisation horizontale. La spécialisation verticale, identifiée sous le vocable « hiérarchisation des soins », vise à organiser et structurer l'offre de soins entre les organisations partenaires de manière à ce que les patients puissent être pris en charge au sein d'un continuum de soins offerts par des organisations différentes allant du niveau primaire au tertiaire : 1^{ère} ligne (CLSC, Cabinets privés), 2^e ligne (Hôpitaux régionaux) et 3^e ligne (CHU) (HSJ, 1998). La spécialisation horizontale, identifiée sous le vocable de « principe de subsidiarité », correspond à une spécialisation selon le territoire de desserte. Sous ce principe de spécialisation, les patients utilisent la ressource la plus légère possible, située le plus près de leur domicile. Selon ce dernier principe, chaque hôpital du réseau doit augmenter son niveau de rétention locale. Soulignons que les CHU du RME sont également soumis à ce principe. En effet, selon le modèle retenu, les CHU maintiennent leur offre de soins primaires et secondaires afin d'assumer leurs responsabilités d'enseignement et communautaire (ie., desservir la population résidant à proximité).



Somme toute, le modèle logique proposé par le RME implique les nouvelles trajectoires de soins suivantes. Tous épisodes de soins devraient d'abord être initiés le plus près possible du domicile du patient (principe de spécialisation horizontale). L'hôpital régional de proximité ou les ressources de première ligne de son territoire, CLSC et cliniques médicales, assument l'offre de soins requis sous leur compétence en première et seconde ligne (principe de spécialisation verticale). Lorsque les soins requis se complexifient et deviennent de niveau tertiaire, les mécanismes de coordination du réseau prennent le relais pour transférer le patient à un CHU (principe de spécialisation verticale). Ce modèle implique également que les patients admis au CHU dont l'état s'améliore sont transférés à rebours vers leur médecin traitant et leur hôpital régional de proximité pour recevoir leurs soins primaires et secondaires (principe de spécialisation horizontale).

Afin d'atteindre un niveau performant de coordination des soins, les partenaires organisationnels d'un réseau intégré de soins doivent maîtriser trois types d'intégration : l'intégration clinique, l'intégration médecin-réseau et l'intégration fonctionnelle (Gillies et coll., 1993). L'**intégration clinique** correspond au continuum de soins. Elle est définie par le degré selon lequel les soins au patient sont coordonnés entre divers personnels, fonctions, activités et unités opérationnelles composant le réseau. L'intégration clinique est rendue possible grâce aux deux autres types d'intégration. L'**intégration fonctionnelle** est définie par le degré selon lequel les fonctions et les activités de support (gestion stratégique, leadership et gouverne, systèmes d'information, financement) sont coordonnées entre les unités opérationnelles des organisations partenaires de manière à fonctionner comme un seul système. Par ailleurs, les médecins, à titre de médecin traitant et consultant, occupent un rôle central dans les décisions d'orientation des patients et, à ce titre, tout modèle organisationnel de soins intégrés doit prendre en compte cette dimension.



L'intégration fonctionnelle ne peut donc fonctionner que dans la mesure où les médecins adhèrent aux objectifs du réseau et agissent selon les mécanismes de coordination mis en place pour guider les patients dans les nouvelles trajectoires de soins. L'**intégration médecins-réseau** est définie par le degré selon lequel les médecins souscrivent et mettent en pratique les nouveaux mécanismes de coordination valorisés par le réseau. Les facteurs généralement associés à ce type d'intégration sont la participation active des médecins à la planification et la gestion du réseau ainsi que les incitatifs économiques propres au réseau (Gillies et coll., 1993; Shortell et coll., 1993).

La figure ci-dessus présente sous forme de schéma le modèle d'intégration que vise à implanter le RME. Les dimensions de ce schéma offrent le cadre selon lequel les résultats de l'analyse du processus d'implantation sont présentés à la section 4. Mais auparavant, nous décrivons dans la prochaine section la démarche qui a guidé notre évaluation.

3- Méthodes

Le devis de recherche retenu pour l'analyse de l'implantation est l'analyse de cas (Yin, 1989). Cette stratégie est appropriée pour les recherches cherchant à comprendre et modéliser des phénomènes complexes. En cette matière, le déploiement d'un réseau interorganisationnel mettant en présence des organisations professionnelles complexes comme les hôpitaux se prêtent bien à l'utilisation d'un tel devis. Le cas correspond au Réseau Mère-Enfant vu comme un système mettant en réseau d'échanges interorganisationnels des organisations partenaires : les hôpitaux. L'analyse du cas a été menée selon une différents angles d'analyse de manière à capturer l'ensemble des dynamiques du réseau. Les angles d'analyse retenus sont les suivants :

- l'organisation (cinq hôpitaux partenaires)
- le groupe professionnel (trois groupes : les infirmières, les médecins et les gestionnaires)
- la clientèle (divers recouvrements définis par le réseau : par exemple, la néonatalogie, la pédopsychiatrie, l'urgence, l'asthme, ...)

La période d'analyse de l'implantation s'est étendue sur deux ans : de l'automne 1998 à l'automne 2000.

Le choix des cas organisationnels

Nous avons choisi d'étudier tous les hôpitaux qui s'étaient associés dans le cadre d'une subvention obtenue auprès du Fonds d'adaptation des services de santé (FASS) – Santé Canada. Ces hôpitaux au nombre de cinq sont :

- Centre hospitalier régional du Suroît (Hôpital régional de soins généraux et spécialisés pour adultes et enfants)
- Cité de la santé (Hôpital de soins généraux et spécialisés pour adultes et enfants)
- Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme (Hôpital de soins généraux et spécialisés pour adultes et enfants)
- Hôpital Maisonneuve-Rosemont (Hôpital de soins généraux, spécialisés et ultra spécialisés pour adultes et enfants)
- Hôpital Sainte-Justine (Centre hospitalier universitaire (CHU) pédiatrique)

Pendant la période d'expérimentation d'autres hôpitaux se sont associés au RME qui compte maintenant plus d'une quinzaine d'hôpitaux.

Les sources de données

Les sources de données utilisées sont multiples. Les données proviennent donc de plusieurs sources et ont été colligées selon des techniques différentes. Cette variété contribue à la richesse et à la profondeur de l'analyse. Les sources de données ont été les suivantes :

- L'entrevue semi-structurée face-à-face
- L'entrevue semi-structurée téléphonique
- Analyse de la documentation administrative produite par le réseau
- Observation non participante de diverses réunions administratives et cliniques (15 réunions ont fait l'objet de collecte de données entre octobre 1998 et juin 2000)

Le tableau suivant donne la répartition de toutes les personnes interrogées lors des entrevues semi structurées menées par l'équipe de recherche en face-à-face ou par téléphone pendant la durée totale du projet.

Hôpital	Fonctions	Nombre d'entrevues
CH du Suroît	Gestionnaires (DG, DSP, DSI,...)	3
	Médecins (Chefs dépt. et cliniciens)	4
	Infirmières	1
Cité de la santé	Gestionnaires (DG, DSP, DSI,...)	3
	Médecins	7
	Infirmières	1
St-Jérôme	Gestionnaires (DG, DSP, DSI,...)	4
	Médecins	6
	Infirmières	1
Maisonneuve-Rosemont	Gestionnaires (DG, DSP, DSI,...)	4
	Médecins	8
	Infirmières	0
CHU Ste-Justine	Gestionnaires (DG, DSP, DSI,...)	16
	Médecins	14
	Infirmières	8
		Total : 80

4- Les résultats

Dans cette section, nous présentons les résultats de l'analyse du processus d'implantation du Réseau Mère-Enfant (RME). Nous y dressons un bilan du niveau de mise en œuvre des mesures implantées pour réaliser le continuum de soins. Nous discutons des facteurs positifs et négatifs qui ont pu favoriser et limiter le niveau de mise en œuvre observé et l'efficacité de ces mesures à produire les effets recherchés. Simultanément nous menons une analyse de la logique du projet. Cette analyse complémentaire vise à étudier la robustesse du modèle logique initial qui forme le concept du RME. Cette partie de l'analyse permet d'approfondir notre compréhension de la capacité des mécanismes logiques à produire les effets anticipés lorsque le projet est implanté en contexte réel. La présentation de tous ces résultats correspond au modèle logique d'intégration du RME que nous avons décrit dans la section 2.

Afin de faciliter la compréhension de ce chapitre, nous avons recours à une nomenclature distinguant la nature différente des résultats observés lors de l'expérimentation. Les **facteurs positifs** et **limitatifs** représentent les observations probantes quant aux facteurs favorisant et défavorisant l'implantation d'un réseau intégré de soins. Les **enjeux** sont des facteurs importants à la mise en œuvre du réseau. Leur influence peut jouer positivement ou négativement; tout dépend de la manière dont les acteurs sur le terrain sauront négocier ces enjeux. L'expérimentation en cours n'a pas encore permis de trancher définitivement sur leur impact. Finalement les **enseignements pratiques** permettent de préciser des dimensions importantes à prendre en compte dans la mise en place et la gestion d'un réseau intégré de soins.

4.1- Premier niveau de mise en œuvre : l'intégration fonctionnelle

Les efforts d'implantation ont porté principalement sur l'intégration fonctionnelle. Cette stratégie est pleinement justifiée dans la mesure où l'instauration d'une meilleure coordination fonctionnelle entre les organisations partenaires est l'action initiale qui devrait permettre et favoriser une coordination clinique améliorée : l'essence même du continuum de soins. En cette matière, plusieurs actions ont été initiées. Ces actions ont permis d'intervenir à plusieurs niveaux et de manière synergique.

Les leviers de l'intégration fonctionnelle
<p>Gestion stratégique et gouverne du réseau et de ses composantes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Qualité de la vision stratégique • Choix des partenaires organisationnels • Gouverne et leadership
<p>Développement d'un réseau informationnel et communicationnel au sein du réseau</p> <ul style="list-style-type: none"> • Systèmes d'information et de communication • Télémedecine
<p>Ressources humaines, techniques et financières</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité et mobilité limitées aux plans humains et techniques • Compétences professionnelles • Financement des hôpitaux : le budget global • Financement régional : le budget territorial des régies régionales

4.1.1 Gestion stratégique et gouverne du réseau et de ses composantes

Qualité de la vision stratégique

La vision qui définit les objectifs et le mode de fonctionnement du RME a fait l'objet d'un travail préliminaire intensif de conception et de négociation. Ce travail a été essentiellement initié et mené au sein du CHU pédiatrique Ste-Justine. Ces efforts, initiés au milieu des années 90s et menés par l'équipe de la haute direction de Ste-Justine, se sont accompagnés d'échanges soutenus avec le corps médical du CHU. La qualité de ces travaux ont permis d'établir la crédibilité du projet et ont favorisé une compréhension commune de la nouvelle vision proposée. L'opération s'est conclue par l'adoption et la publication d'un plan stratégique 1996-2000 du CHU Ste-Justine qui contient l'essentiel du projet tel que nous le connaissons aujourd'hui (HSJ, 1996).

Les entrevues que nous avons menées auprès d'acteurs-clés, tant à l'interne qu'à l'externe de Ste-Justine, ont permis de vérifier la qualité exemplaire de cette vision stratégique. Le concept de réseau intégré de soins retenu par le RME est bien compris. Les raisons qui ont mené à ce choix ainsi que la logique sous-jacente au modèle organisationnel et fonctionnel proposés sont bien comprises. Nous pouvons également dire que les acteurs impliqués conçoivent bien les bénéfices d'un réseau intégré de soins pédiatriques. Le concept du RME a su se gagner une large adhésion tant au CHU Ste-Justine que chez ses partenaires organisationnels et tant chez les gestionnaires de ces organisations que chez les équipes médicales qu'infirmières. L'adhésion n'est toutefois pas

unanime chez les médecins. Un secteur de soins sur-spécialisés du CHU Ste-Justine a questionné la pertinence de retourner vers des structures hospitalières moins spécialisées des cas complexes. La qualité de la vision stratégique se reflète également dans sa stabilité. À ce stade-ci de l'évolution du projet, nous constatons que la vision initiale est demeurée robuste. Les principaux principes proposés par le modèle organisationnel initial sont encore de mise.

Toutefois, il faut reconnaître que l'adhésion au concept de réseau est plus mitigée au sein des hôpitaux partenaires. Ces derniers sont des organisations responsables d'une clientèle mixte : adulte et pédiatrique. Leur secteur pédiatrique demeure un secteur secondaire à la poursuite de leur mission. Ce contexte n'est pas sans avoir d'effets sur le niveau de priorité accordée à la pédiatrie lors des choix budgétaires et organisationnels.

Facteur limitatif : Renversement d'une stratégie dominante

La stratégie qui est à la base du RME, marque un virage à 180 degrés en regard de la stratégie poursuivie jusqu'ici par l'hôpital Ste-Justine et la plupart des CHU pédiatriques au Québec. Ces dernières années, les CHU pédiatriques ont effectivement poursuivi une stratégie qui visait à desservir le maximum de clientèles et donc d'offrir toute la gamme des soins : des soins primaires et secondaires aux soins tertiaires. La nouvelle stratégie sous-jacente au concept de réseau représente un virage majeur. Le nouveau modèle implique que le CHU se spécialise et se recentre vers le tertiaire tout en diminuant fortement son activité en soins primaires et secondaires. Le changement de cap est d'autant plus difficile à prendre que la proportion des soins pédiatriques dispensés en centres universitaires a pris une part qui n'a cessé de croître au cours des dernières années. Cette tendance a été favorisée par le retrait des hôpitaux adultes qui ont délaissé le secteur pédiatrique d'autant plus facilement que les contraintes financières imposées par le gouvernement ont été vives. Ce contexte a favorisé une concentration de la dispensation des soins pédiatriques au sein de trois CHU dans la région montréalaise : Ste-Justine, l'Hôpital de Montréal pour enfants et Maisonneuve-Rosemont. Ainsi, les hôpitaux qui deviennent partenaires au sein du RME ont plus ou moins développé leur offre de soins pédiatriques au cours des dernières années. La place importante occupée dans ce marché par les CHU leur a permis de concentrer leurs compétences et leurs ressources vers l'adulte. Ils ont donc une compétence et un niveau de ressources limités freinant leur capacité à réaliser un rehaussement rapide de leur offre de soins pédiatriques. Un revirement stratégique vers l'enfant, tel que proposé par le concept du réseau Mère-Enfant, est donc difficile pour les hôpitaux partenaires qui doivent rehausser leur capacité de soins et trouver les ressources conséquentes. Finalement la difficulté de ce virage l'est tout autant pour le CHU Ste-Justine qui doit lui aussi renverser une stratégie fondamentale en délaissant les soins primaires et secondaires.

Choix des partenaires

Une fois l'orientation stratégique arrêtée, la deuxième phase a consisté à rechercher des partenaires hospitaliers prêts à participer au projet de réseau Mère-Enfant. En cette matière, il faut reconnaître les qualités de la conception initiale qui a su susciter la participation des partenaires ciblés.

Le choix des partenaires dans la constitution d'un réseau interorganisationnel demeure un choix crucial. Le CHU Ste-Justine a choisi de bâtir son réseau auprès des hôpitaux avec lesquels il entretenait déjà des liens réguliers de références de patients. Ce choix logique est un atout dans la mesure où il permet de consolider un réseau d'échanges déjà existant plutôt que de devoir en bâtir un de toutes pièces. Les nouvelles relations interorganisationnelles envisagées se concluent donc dans un contexte où les équipes managériales et cliniques se connaissent et peuvent compter sur des habitudes acquises. Un capital de confiance mutuelle est donc disponible. De surcroît l'existence de transferts de patients confirme qu'il existe déjà un certain niveau d'interdépendance entre les organisations. La complémentarité nécessaire au maintien de relations interorganisationnelles existe donc déjà en partie.

En cette matière, les promoteurs du RME ont su mener à terme une négociation délicate dans la mesure où le réflexe premier des hôpitaux sollicités fut de s'interroger sur les intentions réelles d'un CHU qui a déjà su prendre une place importante dans l'offre de soins pédiatriques. Il y avait donc au départ un climat de méfiance que l'équipe de Ste-Justine a su dissiper. Il est significatif de noter que tous les hôpitaux ciblés ont accepté de signer des ententes avec Ste-Justine. Les relations entreprises, suite à la signature de ces ententes, ont même réussi à établir un climat de confiance qui a favorisé l'implantation du RME. En somme, nous observons que le climat des relations entre les partenaires s'est amélioré pendant les deux années étudiées.

Il faut souligner que la question de la confiance entre les partenaires est un enjeu primordial. Nous avons pu observer le cas du choix d'un hôpital régional devenu problématique car la qualité de l'organisation des soins pédiatriques, telle que perçue par les professionnels du CHU, était jugée déficiente. Une réorganisation satisfaisante est alors devenue une condition préalable à la participation de cet hôpital au sein du réseau.

Facteur limitatif : Cohésion stratégique du réseau

L'importance stratégique que représente le réseau intégré pour chacun des partenaires organisationnels est variable. Pour le CHU pédiatrique, le réseau est une pièce maîtresse de sa stratégie organisationnelle. Par contre, chez les autres hôpitaux partenaires qui assument une mission principale de soins adultes associée à une mission secondaire en soins pédiatriques, la participation à un réseau intégré de soins pédiatriques demeure une stratégie secondaire. L'essentiel de leur mission et des ressources dont ils disposent est irrémédiablement centré sur la clientèle adulte. Pour ces hôpitaux, le secteur des soins pédiatriques demeure un secteur qui se retrouvent inévitablement en concurrence défavorable avec la clientèle adulte lorsque vient le moment de prioriser l'utilisation des ressources disponibles. Par conséquent, les partenaires organisationnels incluant le CHU à vocation adulte et pédiatrique, *a priori* favorables, parviennent difficilement à modifier leur stratégie fondamentale pour dégager des ressources supplémentaires leur permettant d'hausser leur capacité d'accueil. Or, le rehaussement de la capacité au niveau des soins primaires et secondaires représente un des virages stratégiques importants requis selon la logique de réorientation des clientèles visée par le RME. La synchronisation des actions stratégiques et des investissements conséquents des partenaires régionaux demeure par conséquent un écueil important.

Facteur positif : Perméabilité des frontières organisationnelles classiques et cohésion interinstitutionnelle des équipes pédiatriques

Le CHU Ste-Justine ainsi que les partenaires hospitaliers doivent créer des échanges interinstitutionnels, ce qui remet en question l'étanchéité naturelle des frontières organisationnelles entre ces organisations. En cette matière, les valeurs professionnelles sont un atout. Les équipes de soins sont généralement très dédiées aux clientèles qu'elles desservent. Il faut souligner que le secteur pédiatrique présente une spécificité forte. Même lorsqu'il est situé dans un hôpital pour adultes, ce secteur est organisé au sein d'un département spécifique. Ce département compte sur des équipes médicales et infirmières spécialisées. Cette préoccupation quotidienne à devoir répondre aux besoins d'une clientèle spécifique favorise une vision commune des priorités et des moyens d'action. Cette situation offre un contexte favorable au développement de relations étroites et harmonieuses entre les équipes de soins pédiatriques même si elles appartiennent à des organisations différentes. Ainsi les valeurs, les normes et les préoccupations des professionnels oeuvrant en pédiatrie, même s'ils appartiennent à des organisations différentes, sont généralement plus proches de ce qu'elle peuvent l'être avec des professionnels intervenant auprès des adultes même si ces derniers pratiquent dans le même établissement. Ce contexte favorise la confiance et la collaboration nécessaire au bon fonctionnement d'un réseau intégré. La convergence des intérêts offre donc un terreau favorable à l'éclosion d'un ensemble de valeurs positives de collaboration entre le CHU pédiatrique et les départements de pédiatrie « isolés » au sein d'hôpitaux adultes.

Facteur limitatif : Concurrence sur le marché local

Il existe à Montréal, trois hôpitaux tertiaires pouvant offrir des soins pédiatriques tertiaires. Dans ce contexte, le réseau RME fait face au défi d'implanter plusieurs réseaux spécialisés correspondant aux diverses spécialités (cardiologie, psychiatrie, ...). Cette diversité démultiplie la complexité de l'émergence des relations de collaboration recherchées. Cette difficulté est accrue par la perception entretenue par les hôpitaux partenaires que l'augmentation des échanges vers un seul CHU accroît leur dépendance vis-à-vis ce dernier. Le réseau implique effectivement une plus grande exclusivité des relations d'échanges. Cette conséquence est perçue avec réticence par plusieurs médecins qui y voient une diminution de leur capacité à référer leurs patients dans un contexte d'accessibilité limitée aux ressources.

Enjeu : Taille optimale d'un réseau intégré

La définition des frontières organisationnelles d'un réseau demeure un enjeu délicat. D'un point de vue théorique, un réseau a intérêt à limiter le nombre de partenaires de façon à ce que les échanges soient fréquents pour permettre aux relations interpersonnelles de produire la confiance réciproque et la coopération entre partenaires (Jones et coll., 1997). Cet enjeu est d'autant plus délicat que le réseau RME fonctionne dans un système public de soins. En cette matière, il faut retenir qu'une partie des vertus associées aux réseaux intégrés découlent de l'expérience américaine (Shortell et coll., 1996). Or, ces réseaux américains pratiquent souvent un « Managed care » qui leur permet de contrôler l'offre de soins en sélectionnant la clientèle et en limitant l'accès aux soins par des contrats d'assurance. Dans un contexte de système public, la question est de savoir : Comment un réseau, et principalement les hôpitaux universitaires qui le constituent, peuvent-ils offrir des services de façon exclusive : des services qu'ils n'offriraient pas aux autres patients des hôpitaux non partenaires du réseau?

Enjeu : Normes élevées de qualité des soins

Un CHU possède généralement une culture forte fondée sur des normes élevées définissant une conception exigeante de la nature et de la qualité des soins offerts à sa clientèle. Un hôpital tertiaire qui assume une mission universitaire de soins, d'enseignement et de recherche voit sa réputation mise à risque lorsqu'il décide de s'associer à d'autres hôpitaux au sein d'un réseau intégré de soins. Une association avec des hôpitaux partenaires implique que cette conception des soins soit présente chez tous les membres du réseau. D'autant plus que, dans le cas présent, l'hôpital Ste-Justine œuvre depuis fort longtemps auprès de «sa» clientèle pédiatrique. Un fort sentiment de responsabilisation vis-à-vis cette clientèle s'est donc développée au cours des années. Cet élément représente un défi important pour la constitution du réseau. Le niveau des exigences à rencontrer est élevé pour les équipes cliniques des hôpitaux régionaux. Il est en effet difficile aux équipes cliniques du CHU d'accorder facilement et rapidement leur confiance. Par ailleurs, cette exigence vers l'excellence peut contribuer à créer une macro culture au sein du réseau qui peut en renforcer la cohésion et l'efficacité.

Gouverne et leadership

La participation des organisations partenaires au sein du RME se fait sur une base volontaire. La gouverne du réseau est fortement décentralisée. Il n'existe pas de liens d'autorité ni de règles coercitives qui permettent à un des établissements de dicter aux autres leur ligne de conduite. L'adhésion au réseau repose sur la signature d'ententes contractuelles bi-partites entre le CHU Ste-Justine et les hôpitaux partenaires. Ces ententes énoncent des objectifs et des principes à caractère général. La signature des ententes permet en fait d'officialiser le désir de collaborer des parties et ils légitiment l'initiation et la mise en branle d'autres mécanismes qui, eux, sont les véritables moyens visant la mise en place des relations interorganisationnelles. Ces contrats ouverts et peu explicites ont effectivement pour effet de décentraliser, vers les niveaux plus opérationnels, la concrétisation des relations d'échanges entre les partenaires. Ces ententes ne définissent pas explicitement, par exemple la nature, ni le volume des patients qui pourraient être transférés entre les organisations. Elles ne précisent pas non plus les mécanismes de coordination. Les ententes contiennent même des clauses de réserve qui précisent que les hôpitaux partenaires n'augmenteront leur capacité d'accueil de nouvelles clientèles qu'en fonction de leur disponibilité de ressources. La mise en oeuvre des moyens d'action est en fait déléguée vers des comités bilatéraux et multilatéraux qui sont chargés d'opérationnaliser, par la négociation et le compromis, ces ententes.

Dans la foulée de ces ententes, le réseau a également entrepris des efforts de planification. Des analyses organisationnelles ont été menées afin d'évaluer la capacité humaine et technique des organisations partenaires à rehausser leur capacité de soins primaires et secondaires pour pouvoir accepter les clientèles susceptibles d'être référées par le CHU. Ces activités marquent la présence d'efforts stratégiques notables qui ont permis de préciser les trajectoires de soins mises en place par le réseau (Voir section 4.3 : Intégration clinique) et d'offrir de la formation pour aider les organisations partenaires à mieux combler leurs nouveaux rôles au sein du réseau.

Enseignement pratique : La nature du réseau

Le RME correspond à une forme particulière de réseau interorganisationnel. Ce réseau fonctionne sur la base d'un ensemble défini d'organisations **autonomes** qui interagissent sur la base de contrats **implicites** et **ouverts**. Ces contrats sont socialement –non pas légalement– contraignants. On parle ici de **contrats relationnels** (Granovetter, 1985; Jones et coll, 1997; Uzzi, 1997; Williamson, 1985). Le RME représente une forme organisationnelle très décentralisée qui se distingue de réseaux plus centralisés, comme les réseaux propriétaires au sein desquels les organisations partenaires sont subordonnées à un contrôle hiérarchique et financier qui assure la coordination. Un réseau comme le RME repose sur d'autres mécanismes pour assurer la coordination de ses activités.

Le fonctionnement d'un réseau comme le RME repose principalement sur des relations de confiance pour assurer son bon fonctionnement. Au sein d'un tel réseau collaboratif, les liens interorganisationnels négociés et mis en place entre diverses organisations composant le réseau sont conçues comme des relations d'échanges. La coordination de ces relations repose sur un mécanisme central : des relations sociales informelles. Selon cette perspective, trois conditions vont favoriser ou non le bon fonctionnement du réseau : l'incertitude environnementale, la complémentarité entre les organisations et la fréquence des échanges (Jones et coll., 1997).

- L'**incertitude environnementale** est le facteur qui génère le besoin de changement organisationnel : l'adaptation. En cette matière, la vulnérabilité d'une organisation aux changements de la consommation de ses services, ici les soins pédiatriques, détermine en grande partie sa propension à réagir. Un CHU pédiatrique sera donc plus sensible et prêt à entreprendre des changements organisationnels comme ceux nécessités par la mise en place du RME que ne le sont des hôpitaux adultes et pédiatriques par exemple.
- La **complémentarité interorganisationnelle** correspond à la spécificité des capacités et des habiletés des différents partenaires organisationnels en termes de main d'œuvre spécialisée, d'équipement sophistiqué, de la maîtrise de techniques de production de soins. Cette spécificité variable entre les organisations partenaires est le facteur qui détermine chez ceux-ci l'utilité et la nécessité de développer et de maintenir des échanges au sein du réseau. La combinaison de ces deux premiers facteurs permet de comprendre dans quelle mesure chacune des organisations partenaires consacre des efforts à la constitution du réseau et à son bon fonctionnement.
- Le troisième facteur, la **fréquence des échanges** entre les partenaires, est important pour trois raisons : (a) le volume des échanges facilite le transfert de connaissances tacites dans les échanges personnalisés (apprendre en faisant); (b) la fréquence des interactions forge les conditions de l'émergence et du maintien des contrats relationnels entre les individus qui, en retour, fournissent les bases pour le développement des liens de confiance et de collaboration institutionnalisés qui permettent une adaptation, une coordination et une préservation efficaces des échanges en les institutionnalisant au niveau des structures organisationnelles. À ce titre, la fréquence permet l'émergence et le maintien de la confiance, de la collaboration et de la coopération entre partenaires. Du point de vue théorique, les mécanismes recherchés sont les suivants. La répétition des échanges qui reposent sur des contacts individuels et personnels entre des organisations différentes entraîne un minimum de courtoisie et de respect entre les parties; ce qui décourage la recherche d'avantages étroits (Williamson, 1975 : 107). La réciprocité transforme une

relation unilatérale en une relation bilatérale.; (c) la fréquence des interactions permet d'obtenir une efficacité économique qui justifie le recours à une telle structure de gouverne (Uzzi, 1996). Ce dernier facteur est important car il fournit la légitimité économique justifiant le recours à ce type de structure organisationnelle qui est fondamentalement une forme complexe d'organisation. Une structure de gouverne en réseau est en effet une forme de coordination coûteuse. Normalement le recours à cette forme organisationnelle se justifie seulement dans un contexte d'échanges récurrents (Williamson, 1986). En fait les échanges fréquents non seulement justifient, mais surtout rendent possibles le recours à la gouverne en réseau.

Facteur limitatif : Temps disponible à la gestion du réseau

Il faut reconnaître que, malgré la souplesse offerte, la signature d'ententes ouvertes fait reposer sur les gestionnaires et les professionnels en poste un poids important dans l'implantation et le maintien des mécanismes de coordination de la nouvelle structure de réseau. Ces personnes doivent assumer, en plus de leurs tâches usuelles dans leur organisation respective, les efforts supplémentaires requis pour mettre en place un changement organisationnel majeur. Dans le contexte récent des coupures budgétaires et des départs anticipés à la retraite subis par le système de soins québécois, il faut se demander si les efforts exigés par la mise en place d'une structure réseau sont raisonnables. Sur ce plan, il faut par ailleurs reconnaître le caractère central et névralgique des gestionnaires et des cliniciens-gestionnaires à pouvoir agir, d'une part, comme des courroies de transmission entre la vision stratégique et l'intention énoncées dans des ententes parapluies; et, d'autre part, comme des facilitateurs encourageant les changements de pratique requis au niveau des unités cliniques de production de soins.

Facteur limitatif : Instabilité du leadership

Tout projet est soumis aux aléas de circonstances qui peuvent faciliter ou handicaper sa mise en œuvre. À cet égard, le RME a joué de malchance au plan de la gestion stratégique du projet. Les ententes ouvertes du type adopté par le RME ont l'avantage d'offrir aux organisations et leurs membres une vision. Ce sont des ententes qui laissent place à l'initiative et l'innovation. Cependant, pour produire des retombées positives, ces visions doivent être activement soutenues par les directions générales des organisations partenaires. Or, en cette matière, les circonstances ont grandement défavorisé l'implantation du réseau. Les directeurs généraux de trois des cinq hôpitaux participant au projet d'expérimentation, incluant le directeur général du CHU Ste-Justine, ont quitté leur fonction en phase de lancement du RME. Également un des hôpitaux régionaux a subi le départ de son directeur des services professionnels. Malgré que ces départs demeurent étrangers à la mise en place du RME, ils ne sont pas sans avoir des effets importants.

4.1.2 Développement d'un réseau informationnel et communicationnel

Un réseau intégré de soins nécessite des mécanismes d'échanges informationnels évolués et adaptés. Les équipes de soins qui doivent assurer la poursuite d'un épisode de soins initié dans un autre établissement ou qui doivent prendre en charge un nouvel épisode d'un patient du réseau ne peuvent bien le faire que dans la mesure où elles ont accès à une information clinique de qualité, pertinente et maintenue à jour. Un réseau intégré doit donc développer une infrastructure qui permet à l'information clinique d'être communiquée et accessible aux différents partenaires du

réseau. Cet aspect est central. Il est au fondement même de l'efficacité d'un réseau intégré de soins.

De surcroît, en plus d'être essentiel à l'efficacité, le réseau informationnel et communicationnel a également un impact économique. La transmission rapide de l'information peut permettre de réduire la duplication de visites et de tests demandés par les médecins intervenant auprès d'un même patient. Les systèmes d'information et de communication visent donc à améliorer la continuité des soins, accélérer les interventions et sécuriser les patients dans la mesure où ceux-ci seront conscients d'une prise en charge plus intégrée et subiront moins d'inconforts et de risques à leur santé attribuables aux répétitions inutiles des analyses et examens diagnostiques.

Systemes d'information et de communication

La communication des données cliniques en support à la coordination des soins

Le constat que nous faisons est que les acteurs du réseau comprennent bien le rôle névralgique des technologies de l'information et de la communication dans l'implantation du RME. Cette dimension était déjà bien décrite et étayée dans les documents préliminaires décrivant le concept du RME (HSJ, 1996; 1998a; 1998b). En ligne directe avec sa stratégie initiale, le RME a consenti des efforts importants afin d'améliorer la qualité de l'information et sa vitesse de circulation entre les partenaires du réseau. En cette matière, le réseau se place à l'avant-garde dans ces projets de développement et d'application des Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication (NTIC) à la mise en place d'un continuum de soins. Parmi les mesures intéressantes en cette matière, citons la participation du RME au RQTE (Réseau Québécois de Télésanté de l'Enfant), un réseau de télé médecine permettant la consultation à distance dans le domaine de la cardiologie pédiatrique. Le RME a également obtenu un financement dans le cadre d'un projet vitrine du Ministère de l'Industrie et Commerce en collaboration avec la compagnie IBM pour développer et expérimenter un dépôt de données cliniques. Ce projet offre des perspectives intéressantes pour la coordination des soins entre des établissements différents grâce à son potentiel en matière de partage de l'information clinique.

Par contre, il faut reconnaître que la possibilité de pouvoir utiliser de façon routinière ces moyens technologiques au sein du RME n'est pas encore réalisée. Nous en sommes à la phase initiale. Le déploiement de ces NTIC est lent compte tenu de leurs coûts financiers importants et du temps requis à leur conception et déploiement.

L'encadré qui suit décrit la logique et le niveau de mise en œuvre des principales initiatives qui ont été initiées en ce domaine dans le cadre du projet de réseau RME.

Survol des mesures entreprises en matière de systèmes d'information et de communication

1- Transmission d'informations aux médecins traitants exerçant dans les hôpitaux partenaires : Accusé de réception

Objectifs : Favoriser le maintien des liens entre le médecin traitant référant et son patient et ainsi favoriser la rétention régionale.

Moyen : Accusé de réception expédié lors de l'arrivée d'un patient transféré vers le CHU. Suite à la prise en charge du transfert, de l'information est transmise au médecin traitant sur l'état du patient et la nature des interventions diagnostiques et thérapeutiques entreprises.

Principe : En maintenant informé le médecin traitant, on désire favoriser la poursuite de la relation clinique lorsque le patient obtiendra son congé de traitement du CHU.

Mise en œuvre : Ce sont des infirmières du CHU qui élaborent ces accusés de réception et communiquent avec le médecin traitant (relance téléphonique) à l'admission des cas transférés.

2- Transmission d'informations au médecins traitants exerçant dans les hôpitaux partenaires : Note de congé.

Objectifs : Accélérer la transmission vers le médecin traitant qui a initié un transfert vers le CHU de la note de congé écrite par le médecin du CHU.

Mise en œuvre : Cette mesure a bénéficié du rehaussement des systèmes d'information existants et de priorisation des tâches au service des archives. En cette matière, la dictée numérique a été implantée; ce qui devrait accélérer le processus de traitement de l'information. Le service des archives a également embauché des secrétaires médicales supplémentaires pour permettre une expédition plus rapide des résumés de dossiers. Cette mesure concerne les patients hospitalisés. Les patients référés, vus en clinique externe, n'ont pas bénéficié de mesures de priorisation mais la procédure normale est maintenue : le résultat de la consultation est également expédié au médecin traitant. Une difficulté est d'identifier les patients associés au RME et devant faire l'objet de relance plus rapide.

3- Suivi systématique de clientèles cibles

Objectifs : Atteindre une meilleure continuité des soins en permettant la consultation du cheminement thérapeutiques des patients et favoriser une diminution possible des interventions inutilement répétées.

Mise en œuvre : Développement en cours de systèmes permettant le suivi des clientèles. L'intention est d'uniformiser les données recueillies et partager des fichiers entre partenaires. Un exemple d'application est le registre des asthmatiques pour lequel des efforts importants ont été investis.

4- Applications diverses en télé-médecine

Objectifs : Améliorer l'accessibilité à des soins spécialisés en offrant l'expertise des médecins spécialistes du CHU aux hôpitaux partenaires grâce aux télécommunications

Mise en œuvre : Le RQTE (Réseau Québécois de Télésanté de l'Enfant) et le RTSS (Réseau de télécommunications socio-sanitaire) sont deux réseaux de télécommunications qui couvrent l'ensemble des hôpitaux du Québec. Ce réseau de télécommunications représente l'ossature grâce à laquelle le RME peut échanger avec ses partenaires organisationnels au sein de son propre réseau. Le CHU Ste-Justine a investi des efforts importants en cette matière. Ces efforts sont déployés sectoriellement dans plusieurs spécialités notamment la cardiologie, l'orthophonie, la psychiatrie.

5- Site WEB développé par le CHU Ste-Justine

Objectifs : Développer un site internet contenant tous les protocoles de soins en usage au CHU et rendre accessible aux partenaires du réseau cette banque de connaissances.

Mise en œuvre : Tous les protocoles de soins infirmiers ont été placés sur un serveur dans un environnement de technologies internet. L'information peut donc être consultée à l'aide d'un fureteur et peut être interrogée à partir des moteurs de recherche que l'on retrouve dans un environnement internet (ex. Explorer, Netscape).

Il s'agit d'un exemple intéressant de création d'une banque de connaissances. En cette matière, un CHU possède un attrait spécifique et puissant : le maintien à jour des toutes dernières «bonnes pratiques». L'Hôpital Ste-Justine, grâce à sa spécialisation exclusive en pédiatrie et son statut d'hôpital universitaire, représente un partenaire recherché par les hôpitaux généraux et spécialisés qui, compte tenu de la diversité de leur clientèle, peuvent difficilement se maintenir à jour au plan des connaissances en pédiatrie.

6- Dossier patient informatisé partageable/Dépôt de données cliniques

Objectifs : Développer un système d'information numérisée permettant la saisie et le partage d'informations cliniques entre les partenaires du réseau.

Mise en œuvre : La vision et le concept d'un tel système sont acquis. La solution technique est choisie. Après de nombreuses et longues démarches, la mise en œuvre de ce projet a débuté en février 2001 suite à l'obtention d'un financement dans le cadre d'un projet de vitrine technologique. Le montage financier a pu être réalisé grâce à la contribution du Ministère québécois de l'industrie et commerce, la compagnie IBM et le RME.

Enjeu : Réseau de télécommunications et taille d'un réseau intégré

Concomitamment au déploiement du réseau RME, s'est mis en place un réseau provincial de communication : le RTSS. Cette innovation technologique représente un moyen technique important qui peut appuyer la mise en place du réseau RME en aidant à résoudre un épineux problème, celui de la communication de données cliniques entre les partenaires.

Toutefois, cette nouvelle technologie, qui a pour propriété d'abolir les distances géographiques vient remettre en question le territoire naturel du RME. Normalement le territoire naturel de desserte d'un hôpital tertiaire est limité par la distance géographique qu'acceptent de franchir les patients. Jusqu'à maintenant, la distance géographique et la présence d'autres hôpitaux tertiaires avaient défini des territoires «naturels» qui deviennent caduques. Le RTSS en éliminant la barrière de la distance géographique a pour effet de modifier les règles du jeu en cette matière. Grâce au fort potentiel communicationnel d'un réseau de télé-médecine, il est concevable d'imaginer un nouvel environnement où un hôpital tertiaire voit ses services sollicités par des clientèles de patients et des partenaires hospitaliers qui étaient traditionnellement hors de sa portée. Ce nouveau contexte a pour effet de démultiplier les opportunités de transferts de patients et représente une pression à la hausse sur la taille du réseau en terme du nombre de partenaires institutionnels et sur les ressources spécialisées des CHU.

4.1.3 Ressources humaines, techniques et financières

Le financement/L'incitation économique

Le RME vise une modification profonde de la distribution de la consommation des soins pédiatriques parmi les partenaires hospitaliers. L'objectif central est de diminuer le volume de la clientèle requérant des soins primaires et secondaires auprès du CHU en réorientant cette consommation vers les hôpitaux régionaux. L'ampleur des mouvements de clientèle recherchés ne sont pas sans représenter un impact financier important chez les différentes organisations impliquées. Sur ce plan, le système de financement actuel représente un frein naturel à la constitution d'un réseau de soins intégrés comme le RME. En effet, le système de financement actuel repose sur une logique historique de budget global, fermé et alloué par établissement. Il n'existe pas de mécanismes financiers prévoyant des budgets de réseaux. Le RME ne peut donc pas réallouer ces ressources parmi les différentes organisations le composant en fonction de la demande de soins et des mouvements de clientèles.

Un phénomène similaire se produit au niveau régional. Les régions régionales reçoivent des enveloppes budgétaires territoriales qui sont l'équivalent des budgets globaux et fermés des hôpitaux. Les régions ont le mandat d'utiliser ces enveloppes budgétaires de manière à satisfaire les besoins socio-sanitaires de la population de leur territoire. La logique d'un réseau intégré de soins clientèle comme le RME qui doit desservir une clientèle particulière, ici la clientèle pédiatrique, ne répond pas à la même rationalité. L'échange des patients au sein de ce type de réseau clientèle implique inévitablement des sommes financières qui passent d'un établissement à l'autre et d'un territoire à un autre. Le RME, un réseau clientèle, a donc un impact potentiel important sur l'équilibre budgétaire des réseaux régionaux sous la responsabilité financière de Régions régionales. Ce problème s'est manifesté lors de la constitution du réseau RME d'autant plus que le réseau recoupe les territoires de cinq Régions : Montréal-centre, Laval, Laurentides, Lanaudière et la Montérégie. Certaines régions ont manifesté une réticence importante face à la participation des établissements de leur territoire au RME.

Afin de ne pas se trouver paralysé par ce problème d'incompatibilité financière entre les logiques clientèle, établissement et territoriale, l'attitude du CHU Ste-Justine a été jusqu'ici de privilégier

une approche étapiste. La stratégie est donc de (1) tenter d'abord de modifier les trajectoires de soins en fonction du concept avancé par le RME pour pouvoir (2) négocier par la suite, *a posteriori*, les ajustements budgétaires nécessaires avec les régions et le ministère. C'est cette stratégie qui est offerte aux partenaires hospitaliers qui sont également confrontés à la même incertitude. Dans ces circonstances, il faut reconnaître, qu'en l'absence de mécanismes de transferts financiers interétablissements et interrégionaux qui permettent de pouvoir espérer soutenir les mouvements de clientèles recherchés par le réseau RME, les échanges de patients entrepris se sont butés à un obstacle sérieux. En cette matière, il faut constater que le CHU Ste-Justine est prêt à tolérer un niveau plus élevé d'incertitude car le RME est central à sa stratégie organisationnelle alors que c'est loin d'être le cas chez les autres organisations partenaires. Cette observation rejoint un commentaire précédent fait sur la cohésion stratégique du réseau.

Facteur limitatif : Intersection de logiques divergentes de réseaux

Le système actuel de soins repose sur une logique de financement fondée sur les établissements et les régions. Le territoire géographique demeure le paramètre organisateur de l'allocation et de la répartition financières définissant la base budgétaire des établissements et des programmes de soins. Or un réseau clientèle, tel le réseau RME qui vise la clientèle pédiatrique et qui offre des soins tertiaires, fonde son organisation en fonction de larges bassins de clientèles. La clientèle pédiatrique visée outrepassa donc les frontières des territoires géographiques des régions. La situation actuelle est paradoxale dans la mesure où le CHU ne vise pas à augmenter son volume de clientèle au dépend des régions. Le réseau vise, au contraire, une plus grande rétention des clientèles en régions selon une logique de proximité géographique de la consommation des soins. Or, le réseau RME qui devrait être théoriquement appuyé par les autorités régionales dans la mesure où il favorise la régionalisation est, au contraire, vu avec méfiance. Les régions craignent le déséquilibre financier qui pourrait être engendré suite aux réorientations de clientèles recherchées par le RME. La logique de mise en réseau fondée sur des échanges construits sur une logique de clientèle (la clientèle pédiatrique) entre donc en tension avec une autre logique : la logique du réseau territorial.

Il faut également souligner que la contrainte n'est pas simplement financière. Nous avons noté un problème similaire au niveau des ressources humaines et techniques. Les ressources humaines médicales et infirmières se font rares de même que l'équipement spécialisé. Ces ressources appartiennent à des établissements, et donc, à des régions. Elles ne sont pas facilement mobiles. On ne peut donc pas facilement et rapidement déplacer ces moyens de production pour suivre les mouvements de clientèles qui devraient se produire selon la logique du RME qui vise à mettre en pratique le principe de spécialisation territoriale afin de favoriser une rétention de la clientèle en région.

Facteur limitatif : Disponibilité limitée de ressources

Le financement des hôpitaux repose sur le principe de budget global. La base de calcul de ce budget repose sur une logique historique. Les mécanismes en place ne prévoient pas d'ajustements à la base budgétaire des hôpitaux selon une logique de volume et de gravité des clientèles traitées. Dans ce contexte, une plus forte rétention des clientèles pédiatriques chez les hôpitaux régionaux signifie une pression supplémentaire sur leur budget global fermé. En l'absence de ressources financières supplémentaires, il est difficile pour les hôpitaux régionaux partenaires du réseau d'augmenter le volume et la gravité de la clientèle pédiatrique qu'ils accueillent. Le budget global représente également une incertitude au niveau du CHU. La

diminution de sa clientèle primaire et secondaire liée à un accroissement probable de la sévérité de la clientèle tertiaire peut déstabiliser son équilibre budgétaire. Un volume plus réduit de cas qui, s'ils sont plus complexes, peuvent être plus coûteux à traiter. La disponibilité limitée des ressources chez les partenaires limite donc leur capacité à augmenter leur offre de soins accessibles à une clientèle pédiatrique, et donc leur capacité à augmenter leur rétention de la clientèle. Par ailleurs, cette carence ne sera pas simplement résolue par une augmentation des budgets réguliers. Les besoins en ressources prennent des formes que l'argent seul ne permet pas nécessairement d'obtenir à court terme. La rareté de certaines catégories de personnel ou la nécessité de développer les compétences demeurent des obstacles importants. Sur ce plan, les hôpitaux partenaires font face au défi supplémentaire de devoir, à l'intérieur de leur budget limité, traiter une clientèle pédiatrique qui demeure en concurrence avec la clientèle adulte pour l'obtention de ressources supplémentaires.

Facteur limitatif : Absence de mobilité des ressources humaines et techniques

Comme nous l'avons déjà souligné, le RME est un réseau fortement décentralisé au sein duquel l'autonomie des organisations demeure. Il est difficile de déplacer la main d'œuvre médicale ainsi que les équipements spécialisés entre les organisations partenaires. À l'heure actuelle, le CHU Ste-Justine compte la plus forte capacité de production au plan des soins tertiaires mais également au niveau des soins primaires et secondaires grâce au nombre élevé de pédiatres généraux que cet établissement a su recruter avec les années. Il est donc difficile de parvenir à déplacer la demande de soins exprimée par les patients vers les hôpitaux régionaux dans un contexte où la capacité de production principale du réseau demeure au CHU. Le réseau RME, à l'intérieur des règles actuelles de notre système de soins, a peu de prises pour améliorer sa flexibilité en matière de réallocation de ses ressources de production en fonction des réorientations recherchées de clientèles.

4.2- Second niveau de mise en œuvre : l'intégration Médecins-Réseau

L'adhésion des médecins au réseau demeure un enjeu névralgique. Les promoteurs du RME sont conscients de cette situation et ont prévu une série d'actions aptes à susciter l'adhésion et la participation des médecins aux objectifs poursuivis au sein du RME.

Les leviers de l'intégration Médecins-Réseau
Implication du corps médical <ul style="list-style-type: none">• Implication des DSP (Directeurs des services professionnels) des hôpitaux partenaires• Implication des chefs des départements et services cliniques des hôpitaux partenaires• Création de plusieurs comités sectoriels interétablissements offrant une large représentation aux médecins
Standardisation et formalisation des procédures encadrant la gestion des trajectoires de soins des patients au sein du réseau <ul style="list-style-type: none">• Processus géré selon une structure organisationnelle décentralisée vers les professionnels; donc autonomie donnée aux professionnels sur ces décisions• Création de plusieurs comités sectoriels interétablissements offrant une large représentation aux médecins
Changement du mode de rémunération des médecins du CHU pédiatrique <ul style="list-style-type: none">• Mise en place de la rémunération mixte (rémunération principalement à vacation avec une composante complémentaire reposant sur le paiement à l'acte)• Négociations en cours pour expérimenter un plan de pratique complet en chirurgie

4.2.1 Implication du corps médical

Implication des Directeurs des services professionnels et des chefs de départements et services cliniques

Des efforts importants ont été investis pour informer, consulter et impliquer les médecins dans les décisions entourant la conception et la gestion du RME. À ce niveau, les chefs de départements cliniques ont été fortement impliqués tant au CHU pédiatrique que dans les établissements partenaires. En plus d'être impliqués dans les prises de décisions, ces gestionnaires-médecins ont offert une courroie de transmission efficace apte à bien représenter les intérêts des médecins dans la prise de décision et pour bien informer ces derniers par la suite.

Comités interétablissements

Le recours à ce mécanisme structurel a permis d'opérer en situation de forte décentralisation laissant ainsi une place importante aux médecins dans les prises de décision. Plusieurs comités ont été mis sur pied. La liste des principaux comités ainsi que la description de leurs fonctions et composition sont présentées dans l'encadré qui suit.

Nature et composition des principaux comités établissements et interétablissement mis sur pied dans le cadre de l'implantation du Réseau Mère-Enfant

- **Comité central de coordination.** Composition : les directeurs généraux des hôpitaux partenaires du réseau
- **Comité directeur clinico-administratif.** Composition : les DSP et les DSI des hôpitaux partenaires du réseau, le directeur aux relations avec la communauté de HSJ et un chercheur de l'équipe de recherche évaluative
- **Comité d'implantation clinique.** Composition : le DSP, la DSI et la directrice aux relations avec la communauté du CHU Ste-Justine et les mandataires des hôpitaux partenaires.
- **Comité d'implantation technologique.** Composition : les mandataires des hôpitaux partenaires
- **Comité de communication et relations publiques.** Rôle : Établissement de stratégies de communication et mise en œuvre. Taille : 9 personnes, 3 établissements.
- **Groupes de travail clinique :** Divers comités responsables de dossiers spécifiques : (1) Normes et standards; (2) Transport néonatal; (3) Développement et troubles d'apprentissage; (4) Asthme. Rôle : Établissement de stratégies d'intervention dédiées à cette clientèle. (Taille : 10 personnes (9 médecins + 1 DSP), 7 établissements); (5) Chirurgie générale; (6) Obstétrique; (7) Urologie; (8) Soins infirmiers; (9) Numérisation et télémédecine; (10) Contenu clinique.
- **Évaluation de l'acte médical.** Taille : 11 tous médecins sauf une archiviste, 5 établissements

Il faut noter que, parmi ces comités, plusieurs ont été créés autour de clientèles bien circonscrites (ex., les patients asthmatiques). Cette stratégie a favorisé la capacité du RME à aborder concrètement les problèmes réels de ces clientèles et à produire des solutions concrètes, adaptées aux préoccupations cliniques des médecins. Ces comités peuvent paraître nombreux à prime abord. Leur nombre peut également laisser douter de la facilité à assurer la coordination de toutes les initiatives suscitées par tous ces comités. Par contre, la plupart de ces comités se sont montrés très efficaces à résoudre des problèmes réels et pratiques. Ces comités parviennent ainsi à mobiliser les experts, les médecins et infirmières qui prennent en charge ces clientèles. En ce sens, ces comités sont proches des préoccupations des cliniciens et sont mieux à même de trouver des procédures de fonctionnement qui vont obtenir plus facilement leur adhésion. Il faut souligner en terminant que plusieurs de ces comités sont, de fait, des comités internes à CHU Ste-Justine qui ont élargi leur mandat et leur composition tout en redéfinissant leur mandat de manière à inclure la conception et la mise en place de mesures devant favoriser la mise en place du RME.

Enjeu : Réseau intégré et réseaux naturels propres aux spécialités médicales

Le secteur des soins pédiatriques couvre, même au niveau provincial, un très petit nombre de médecins dans chacune des différentes spécialités médicales. Ainsi, par exemple, la pédocardiologie compte moins de 15 médecins spécialistes en cardiologie pédiatrique au niveau de l'ensemble du Québec. Les médecins de chaque spécialité forment donc déjà des réseaux fondés sur plusieurs relations d'échanges qui répondent à des fins cliniques, d'enseignement et de recherche. Ces médecins ont déjà tissé des liens provinciaux qui font que leur réseau naturel ne coïncide pas complètement avec le RME. L'enjeu pour le réseau RME est de parvenir à s'imbriquer dans ces réseaux.

4.2.2 Standardisation et formalisation des procédures encadrant la gestion des trajectoires de soins des patients au sein du réseau

Les ententes conclues entre les organisations partenaires du RME demeurent des ententes parapluies qui sont larges et peu précises. L'avantage est de laisser au niveau clinique toute la marge de manœuvre nécessaire pour définir le niveau de formalisation des procédures et des pratiques cliniques. Cette opportunité a bien été mise en pratique au sein du RME qui a su mettre sur pied plusieurs comités pour standardiser et formaliser les nouvelles trajectoires des patients.

La standardisation et la formalisation des procédures administratives et cliniques sont les mécanismes permettant de concrétiser le continuum de soins en définissant les trajectoires de soins qui assurent la coordination des soins, et donc la continuité dans la gestion des épisodes de soins. Cette double action permet d'uniformiser les procédures et les règles utilisées pour s'échanger des patients au sein du réseau et de rendre ainsi prévisibles les conditions selon lesquelles les équipes de soins peuvent référer les patients. La standardisation cherche à établir et diffuser des protocoles de soins qui uniformisent les pratiques médicales; ce qui permet aux médecins, lors des échanges de patients, de poursuivre aisément des épisodes de traitement et d'assurer ainsi une continuité de soins. La standardisation permet de produire une connaissance tacite dans le système à propos de ce que chaque professionnel peut faire et doit faire. La formalisation vise à établir par écrit le compendium de ces règles et procédures formelles qui découlent du processus de standardisation. Les standards de pratique peuvent ainsi être diffusés auprès de l'ensemble du personnel.

Cette étape est essentielle pour assurer l'efficacité et l'efficience du réseau. Si chaque patient demeure un cas particulier qui nécessite des négociations incessamment renouvelées entre les organisations partenaires pour maintenir la continuité des soins, le fardeau des coûts de gestion du réseau est énorme. En fait nous observons ici l'extension, à plusieurs organisations, des mécanismes de coordination existants déjà au sein de chacun des hôpitaux participants. Ces mécanismes de coordination doivent donc être étendus au réseau pour que la coordination des soins de ce dernier soit opérationnelle et efficace. Ces mécanismes sont essentiels pour que les professionnels appartenant à des organisations différentes sachent quels patients peuvent être transférés, quand ils peuvent transférer ces patients et dans quelles conditions. Les mécanismes que nous venons d'analyser correspondent à un processus de standardisation des procédés de production (Mintzberg, 1978).

Le RME a également mis en œuvre d'autres mécanismes de standardisation afin de parfaire ses mécanismes de coordination des soins. Nous avons pu observer la mise en œuvre de deux autres types de mécanismes : la standardisation par les qualifications et la standardisation par les résultats. Dans le premier cas, le CHU a offert des formations à ses partenaires principalement en soins infirmiers. Dans le second cas, on a confié à un comité réseau la responsabilité de l'évaluation de l'acte médical.

Il faut souligner également que la standardisation peut permettre la réalisation d'objectifs de rationalisation économique. La standardisation des pratiques cliniques est en effet recherchée car elle représente un potentiel d'économies importantes (Shortell et coll., 1996).

Enjeu : Substitution de relations institutionnelles aux relations individuelles

L'établissement de relations formelles entre les organisations partenaires concrétisé par la signature d'ententes parapluies n'est que le premier niveau de relations interorganisationnelles. Il faut également s'assurer de pouvoir établir des relations au niveau médical. Il s'agit là d'un des enjeux fondamentaux auquel est confronté tout réseau intégré de soins : la nécessité pour le nouveau réseau de se substituer au réseau traditionnel des relations interpersonnelles entre médecins traitants et consultants. Nous avons souligné que le CHU a choisi comme partenaires organisationnels les hôpitaux avec lesquels il entretenait déjà des relations régulières de transferts de patients. Cette stratégie demeure un atout fondamental tout en représentant un défi. Le défi relève de la nécessité de se substituer au réseau naturel pré-existant fondé sur les relations qu'ont développé, au cours des années antérieures, les médecins concernés. Cette opération est d'autant plus difficile qu'il existe en fait une multitude de réseaux interindividuels et interspécialités médicales. Les médecins traitants des hôpitaux partenaires ont développé des façons de faire et comptent sur un réseau de contacts personnels, plus ou moins anciens, qui leur permettent d'obtenir des consultations et de référer leur clientèle complexe. Les médecins des hôpitaux partenaires ont en effet développé au cours des années des relations interpersonnelles avec des médecins spécialistes de différents CHU auprès de qui ils peuvent référer leurs patients. Ces relations correspondent à un réseau informel qui permet d'assurer l'efficacité et la continuité des soins. La venue du RME a pour effet d'introduire un nouveau réseau d'échanges des patients qui correspond de façon plus ou moins parfaite au réseau pré-existant. Le nouveau réseau tente de se substituer aux relations interpersonnelles en offrant des procédures standardisées d'échanges des patients. Pour réussir, les nouvelles procédures d'échanges doivent être plus performantes que le réseau traditionnel. La valeur ajoutée du RME est de suppléer à la coordination informelle assurée par les médecins individuellement des mécanismes uniformisés et automatisés qui déchargent les médecins de devoir eux-mêmes faire ces démarches. La difficulté est accentuée par le fait que le RME n'exerce pas un monopole des soins pédiatriques tertiaires. Le nouveau réseau se trouve donc, dans certains cas, à proposer de nouveaux réseaux de transferts de leurs patients à des médecins qui ont l'habitude d'interagir avec un autre hôpital tertiaire. Pour ces derniers médecins, l'exclusivité recherchée par le réseau peut être d'autant plus contraignante qu'ils entretiennent des liens avec plusieurs hôpitaux tertiaires se conservant ainsi une marge de manœuvre pour surmonter le problème de l'accessibilité aux soins tertiaires.

Facteur positif : La standardisation des pratiques professionnelles

La standardisation des pratiques professionnelles représente généralement un défi important. Les professionnels tiennent à conserver une large autonomie dans l'organisation de leur travail

professionnel qui leur permet de faire face aux nombreuses incertitudes de leur pratique (Mintzberg, 1978). La standardisation des pratiques est donc un enjeu délicat. Le RME a efficacement surmonté cet obstacle en recourant à une structure très décentralisée : des comités composés de professionnels. Ce sont donc les professionnels qui négocient entre eux l'établissement de nouvelles normes. Il faut également souligner la contribution positive d'un autre aspect inattendu. Dans le cas présent, nous constatons que la standardisation ne paraît pas menaçante du point de vue des équipes professionnelles oeuvrant dans les hôpitaux partenaires. Tout au contraire, elle est recherchée. En effet, le CHU Ste-Justine, à titre de centre universitaire, possède une expertise reconnue et recherchée en matière de soins pédiatriques. Il est perçu comme étant à la fine pointe des protocoles de soins. Les équipes des hôpitaux partenaires sont donc intéressées à consulter et à adopter les protocoles développés et maintenus à jour à Ste-Justine. Ce phénomène s'explique par la taille réduite des équipes pédiatriques exerçant au sein d'hôpitaux adultes. Les hôpitaux partenaires et les équipes de ces établissements n'ont pas toutes les ressources que peut consacrer un CHU en matière de développement et à la mise à jour des protocoles de soins. Ce contexte pourrait favoriser l'adoption par les professionnels des hôpitaux régionaux des procédures proposées par le CHU. Dans le même esprit, un autre aspect positif, propre à favoriser l'adhésion des professionnels, est le recours à des consensus externes. Ainsi, le CHU et le RME ont eu recours au Consensus canadien sur le traitement de l'asthme (1999) de manière à standardiser les protocoles d'intervention utilisés auprès de la clientèle asthmatique.

Malgré ce contexte favorable, il faut cependant reconnaître la complexité de négocier ces mécanismes qui, il faut bien le reconnaître, représente une rigidité intrinsèque pour la gestion des épisodes de soins. Il faut donc s'attendre à certaines résistances initiales vis-à-vis une standardisation qui touche les pratiques cliniques et les trajectoires offertes aux patients. Il faut donc laisser le temps aux médecins de développer une confiance vis-à-vis les nouveaux mécanismes. Dans la mesure où les processus formels de coordination du réseau démontreront leur efficacité et leur capacité à sauver du temps aux médecins qui assument en large partie ces contacts, les médecins adopteront les nouveaux mécanismes.

4.2.3 Changement du mode de rémunération des médecins du CHU

Parmi les leviers permettant de favoriser une plus grande adhésion des médecins aux objectifs du réseau, le mode de rémunération joue un rôle important. Le paiement à l'acte a d'ailleurs été identifié, dès la conception du projet du RME, comme représentant un obstacle important (HSJ, 1996). Dans un contexte de paiement à l'acte, les médecins traitants du CHU ont intérêt à maintenir un certain volume de patients nécessitant des soins primaires et secondaires de manière à maintenir leur niveau de revenu. D'autant plus qu'au Québec, les actes médicaux sont rémunérés selon un tarif uniforme qu'ils aient été posés auprès d'un enfant ou d'un adulte. Or le temps requis pour les soins pratiqués auprès de la clientèle pédiatrique sont généralement plus longs. Les négociations entreprises auprès du gouvernement par l'équipe de gestion du CHU, supportée par un appui massif de son corps médical, ont réussi à conclure une nouvelle entente permettant l'instauration d'un nouveau régime de rémunération : la rémunération mixte.

Cette action du réseau RME a permis de lever un obstacle financier important à la possibilité pour les médecins du CHU de modifier leur habitudes de prises en charge des patients. La levée

de cet obstacle est importante pour la réorientation des clientèles vers les hôpitaux régionaux. La portion principale du nouveau mode de rémunération mixte repose en effet sur le temps travaillé; ce qui permet de dissocier le niveau de rémunération du volume et du type de patients traités. Les médecins peuvent donc diminuer leurs volumes de soins primaires et secondaires en conformité avec les objectifs poursuivis par le RME. Il reste à voir si les nouveaux mécanismes de rémunération représentent des incitatifs positifs en regard des visées du réseau. Les entrevues, menées auprès de médecins du CHU, nous ont permis d'identifier deux retombées positives associées au nouveau modèle de rémunération. Le nouveau mode de rémunération a permis de rehausser le revenu annuel moyen, ce qui a entraîné un climat général de satisfaction. De plus, l'augmentation du revenu a permis d'enrayer une hémorragie de départs prévisibles et de permettre le recrutement de nouveaux médecins; ce qui a permis une stabilisation des effectifs médicaux qui demeurent toutefois en nombre restreint.

4.3- Troisième niveau de mise en œuvre : l'intégration clinique

La finalité recherchée par le RME est de parvenir à réorienter les profils de consommation des patients pédiatriques en fonction des deux mécanismes de spécialisation : (1) la hiérarchisation des soins (spécialisation verticale) qui vise à rehausser la qualité et le volume de soins offerts par les hôpitaux régionaux aux niveaux des soins primaires et secondaires et à leur offrir un accès amélioré vers les soins tertiaires offerts par le CHU Ste-Justine; (2) la subsidiarité (spécialisation horizontale) qui vise à hausser la rétention locale de chacun des hôpitaux participants.

Il faut souligner que le RME a investi beaucoup d'efforts au niveau de l'intégration clinique. Nous avons constaté plusieurs initiatives de conception et de déploiement de divers mécanismes qui se sont attaqués à la résolution de problèmes cliniques concrets, proches des préoccupations des médecins et des patients. Il s'agit d'une série de mesures concrètes visant à favoriser les transferts interhospitaliers entre hôpitaux partenaires. Toutefois, il faut reconnaître que le RME est en phase initiale d'implantation et que la période d'évaluation a été courte pour pouvoir pleinement juger de la portée des mécanismes mis en place. On peut tout de même observer certains secteurs où le réseau démontre des résultats positifs alors que, dans d'autres secteurs, la mise en place des nouveaux mécanismes n'est clairement pas suffisamment avancée pour pouvoir espérer des effets tangibles.

D'autre part, l'analyse de la logique des mécanismes mis en place par le réseau permet de dégager des observations concluantes sur la faisabilité des changements entrepris. Sur cette base, nous pouvons conclure que l'intégration clinique présente des résultats mitigés. D'abord, il a été possible d'observer une série d'indices positifs tendant à montrer une amélioration, attribuable au RME, de la coordination au niveau des soins tertiaires. En effet, l'accessibilité aux soins tertiaires pour les patients référés par les hôpitaux régionaux vers le CHU s'améliore. Par contre, les mécanismes de transfert à rebours, du CHU vers les hôpitaux régionaux pour les soins primaires et secondaires, demeurent inopératoires. De même, les mécanismes devant favoriser la rétention locale sont confrontés à des obstacles sérieux qui mettent en doute leur faisabilité à court et moyen terme. Nous pouvons conclure à cet effet que l'inefficacité de ces mesures est attribuable principalement à des facteurs systémiques plutôt qu'à des causes relevant de leur conception logique. En cette matière, certains des facteurs problématiques identifiés au niveau de

l'intégration fonctionnelle – tels que la disponibilité des ressources dans les hôpitaux partenaires et la concentration des ressources médicales au sein du CHU – deviennent des obstacles majeurs au niveau de l'intégration clinique.

Les leviers de l'intégration clinique
<p>Création d'offres de soins sur mesure pour des clientèles ciblées</p> <ul style="list-style-type: none">• Amélioration du transport néonatal (CHU Néonatalogie)• Amélioration de l'accès aux médecins spécialistes de garde – Demandes de transferts (CHU Obstétrique-gynécologie)• Accès privilégié aux cliniques externes en soins tertiaires (CHU – Pneumologie)• Ententes de références vers hôpitaux régionaux (Hémato-Oncologie; Asthme)• Transferts des chirurgies mineures (CHU Ste-Justine vers CHU Maisonneuve-Rosemont)• Pédiopsychiatrie (Pénurie régionale; clinique spécialisée : CEPSU)• Retours précoces en néonatalogie
<p>Amélioration de la rétention locale</p> <ul style="list-style-type: none">• Campagnes d'information visant la modification des habitudes de référence des médecins• Campagnes d'information visant la modification des habitudes de consommation du public• Élargissement du réseau de soins pédiatriques de première ligne des hôpitaux partenaires

Dans les paragraphes qui suivent, nous présentons une analyse détaillée des principaux mécanismes mis en expérimentation. Une série d'encadrés permet de synthétiser nos observations pour chacun des mécanismes énumérés dans l'encadré placé ci-dessus.

4.3.1 Création d'offres de soins sur mesure

Le réseau a mis en place plusieurs mesures visant la résolution de problèmes cliniques spécifiques. Chaque mesure représente une offre particulière de soins destinée à une clientèle cible de manière à canaliser cette demande selon des trajectoires d'épisodes de soins conçues dans l'esprit du RME. À ce niveau, le réseau a donc choisi une stratégie d'intervention personnalisée. Des clientèles particulières ont été ciblées. Pour chacune de celles-ci, le réseau tente de développer une offre de soins particulière visant la réalisation des principes du réseau : hiérarchisation des niveaux de soins et rétention locale.

Les encadrés qui suivent décrivent et analysent chacune des principales mesures mises en place pour influencer directement les profils de la consommation des soins entre les partenaires organisationnels du RME. Suite à cette analyse individuelle de ces mesures, nous présentons les

conclusions que nous en tirons en termes d'enseignement pratique et d'enjeux pour l'instauration de réseaux intégrés de soins.

Amélioration du transport néonatal

Définition de la mesure : Réorganisation complète du transport ambulancier spécialisé réservé aux cas complexes offert par le CHU Ste-Justine. Cette mesure vise à améliorer la qualité du transport dont la qualité a été mise en doute par certains partenaires hospitaliers.

Nature des changements organisationnels : Réduction et stabilisation du personnel impliqué grâce à l'engagement d'une équipe permanente d'infirmières (Spécialisation du personnel). Standardisation des protocoles utilisés pour les patients transférés. Standardisation du processus de transport réorganisé autour de 7 étapes bien précises incluant une relance téléphonique auprès des médecins référants.

Mise en œuvre : Mesure implantée et fonctionnelle.

Transport provenant des hôpitaux partenaires

Hôpital partenaire	1996-1997	1997-1998	1998-1999
Cité de la santé	24	26	12
CH du Suroît	6	6	14
HD St-Jérôme	19	10	14
Maisonneuve-Rosemont	10	11	16
CH St-Eustache	11	12	9
Total	70	65	65

Transport du CHU Ste-Justine vers les hôpitaux partenaires

Hôpital partenaire	1996-1997	1997-1998	1998-1999
Cité de la santé	21	17	15
CH du Suroît	8	13	9
HD St-Jérôme	24	15	16
Maisonneuve-Rosemont	1	3	6
CH St-Eustache	11	7	6
Total	65	55	52

Résultats : Les médecins des hôpitaux partenaires reconnaissent l'amélioration du service.

Amélioration de l'accessibilité - Demandes de transferts

Définition de la mesure : Procédure selon laquelle le médecin spécialiste de garde au CHU répond lui-même au téléphone aux demandes externes de consultation et de transferts exprimées par les médecins des hôpitaux partenaires.

Nature des changements organisationnels : Nouvelle procédure qui remplace le premier contact téléphonique qui était généralement fait auprès du résident de garde.

Mise en œuvre : Mesure adoptée en réponse aux plaintes des hôpitaux partenaires. Mesure spécifique au département d'obstétrique-gynécologie.

Résultats : (1) Réponse plus adéquate et plus rapide aux demandes des médecins des hôpitaux partenaires; (2) accélération et facilitation de la discussion quant à l'acceptation des transferts; (3) amélioration des relations entre les médecins du CHU et des hôpitaux partenaires.

Amélioration de l'accessibilité - Accès privilégié aux cliniques externes offertes au CHU

Définition de la mesure : Mesure donnant une priorité aux patients référés par des pédiatres des hôpitaux partenaires.

Nature des changements organisationnels : Définition de périodes de disponibilités pendant lesquelles le pneumologue de garde au CHU accepte de façon préférentielle les patients référés par des hôpitaux partenaires. Le pédiatre traitant doit faire un contact téléphonique préalable pour assurer l'exclusivité de la mesure aux patients référés par les hôpitaux partenaires.

Mise en œuvre : Mesure implantée par le service de pneumologie.

Logique de fonctionnement : Mesure qui vise à diminuer le recours direct au CHU en épaulant les ressources locales par l'accès prioritaire, au besoin, à des services plus spécialisés. Ce privilège devrait hausser la capacité de rétention locale.

Résultat : Mesure fonctionnelle et appréciée par le médecins des hôpitaux partenaires.

Ententes de référence du CHU vers hôpitaux régionaux

A- Patients cancéreux

Définition de la mesure : Mesure visant à favoriser la dispensation de traitements de chimiothérapie faits en région.

Nature des changements organisationnels : Mécanisme visant à augmenter la capacité du CHU à traiter cette clientèle en référant plus rapidement les patients aux hôpitaux partenaires pour suivi de traitement. Objectif d'augmentation de la rétention locale.

Mise en œuvre : Mesure spécifique à la région de St-Jérôme pour les patients en hématologie-oncologie. Mécanisme prévu à l'entente mais non encore mis en opérations. Mesure encore en processus de négociations.

B- Patients asthmatiques

Définition de la mesure : Mécanisme de référence utilisé par le personnel de l'urgence du CHU afin de favoriser lors d'une visite subséquente le recours vers les ressources régionales.

Nature des changements organisationnels : Mesure spécifique conçue pour les patients venant à l'urgence du CHU pour des crises d'asthme. Deux instruments ont été conçus : (1) une liste des ressources disponibles en région; (2) un formulaire de transfert à remettre au médecin traitant.

Mise en œuvre : Cette mesure a été implantée à l'urgence du CHU.

Résultats : Il s'agit d'une mesure incitative à portée limitée. Un sondage menée à l'urgence de Ste-Justine auprès de patients en attente de soins démontre leur faible propension (29%) à vouloir consommer leurs soins en régions, près de leur domicile, plutôt que de faire le déplacement au CHU. (Gauthier et coll., 2000)

Transferts de chirurgies mineures du CHU vers les hôpitaux partenaires

Définition de la mesure : Transfert de chirurgies du CHU pédiatrique vers un partenaire hospitalier à savoir le CHU adulte et pédiatrique. Application du principe de subsidiarité.

Nature des changements organisationnels : Initiative visant à augmenter la rétention locale du CHU adulte et pédiatrique tout en diminuant le volume de clientèle pris en charge au CHU pédiatrique. Deux spécialités étaient visées : urologie et ophtalmologie.

Mise en œuvre : Cette entente ne fut pas conclue compte tenu de l'incapacité du CHU adulte et pédiatrique. Deux causes expliquent cette incapacité : (1) la disponibilité limitée des blocs opératoires déjà en partie fermée pour contraintes budgétaires et de personnel; (2) la disponibilité limitée des chirurgiens et des anesthésistes ainsi que leur inexpérience à pratiquer le type de chirurgies visées sur de jeunes enfants (moins de deux ans).

CEPSU - Clinique d'évaluation psychiatrique semi-urgente

Définition de la mesure : Service de consultation sur place Ste-Justine pour les patients acceptant de se déplacer et service de téléconsultation permettant d'offrir à distance en mode téléconférence les services de pédopsychiatres du CHU.

Nature des changements organisationnels : Intervention priorisée à Ste-Justine pour les cas référés par des partenaires du RME et intervention à distance (télémédecine) rendu possible grâce à un réseau provincial de télécommunications, le RTSS. La clinique d'évaluation psychiatrique semi-urgente (CEPSU) permet une évaluation dans les 5 jours suivant la demande et une suggestion d'un plan de traitement à la ressource de proximité qui conserve la responsabilité du cas. Double rôle : réponse plus rapide aux demandes des partenaires (meilleure accessibilité) et conseil aux partenaires qui peuvent entreprendre une intervention avec diagnostic confirmé et suggestion de traitement. Mécanisme intéressant pour augmenter la rétention locale car il y a accélération du service en comparaison des filières normales de consommation.

Mise en œuvre : La clinique est fonctionnelle et dispense des services en régions.

Résultats : Accélération de la prise en charge et donc du pronostic. Réduction délais d'attente.

Pédopsychiatrie

Définition de la mesure : Mesures visant à pallier à la pénurie de pédopsychiatres en régions.

Nature des changements organisationnels : Demande d'un hôpital partenaire pour la tenue de cliniques externes offertes sur place en régions par des psychiatres du CHU. Le CHU préfère une solution d'autonomie locale selon laquelle ces cliniques seraient offertes par des omnipraticiens de la région formés à cet effet et qui auraient accès par téléconférence aux pédopsychiatres du CHU pour les conseiller.

Mise en œuvre : Difficulté de recrutement des omnipraticiens. Les négociations sont toujours en cours pour tenter de déterminer un compromis acceptable.

Mesure en néonatalogie : Retours précoces dans les hôpitaux régionaux

Définition de la mesure : Mécanismes de transferts interhospitaliers permettant de retourner vers leur territoire d'origine les patients stabilisés (bébés de petits poids) afin qu'ils y finalisent leur période d'hospitalisation leur permettant d'atteindre un poids viable pour un retour à domicile.

Nature des changements organisationnels : Analyse de la capacité humaine et technique des hôpitaux partenaires à recevoir des cas plus sévères. Formation offerte au personnel infirmier des hôpitaux régionaux pour mettre à niveau et uniformiser les pratiques infirmières. Augmentation de la capacité technique des hôpitaux de proximité par un prêt d'équipement (incubateurs) en provenance du CHU (Option envisagée mais non opérationnalisée).

Mise en œuvre : Ce mécanisme pré-existait avant la constitution du Réseau Mère-Enfant. Ce mécanisme a fait l'objet d'un litige au sein du CHU. Les néonatalogistes ne voulaient pas augmenter leur volume des transferts vers les hôpitaux régionaux. Ils croyaient que ce mécanisme fonctionnait déjà à sa pleine capacité dans la mesure où les capacités respectives des hôpitaux partenaires étaient exploitées à leur maximum. En moyenne, le nombre total de retours précoces vers tous les hôpitaux, ceux du réseau RME et les autres, s'élève à environ 200 patients annuellement.

Logique de fonctionnement : Le retour précoce est un mécanisme délicat car des cas tertiaires sont transférés vers des établissements régionaux. La question de la confiance des néonatalogistes quant à la capacité des hôpitaux partenaires à traiter adéquatement ces patients est importante.

Enseignement pratique : Deux réseaux, deux logiques, deux types de contraintes

Un premier constat met en lumière la co-existence de deux réseaux très différents, tant au niveau de leurs caractéristiques intrinsèques qu'en matière du niveau de mise en œuvre qu'ils ont respectivement atteint. Un premier réseau, le réseau de soins tertiaires, a su mettre en place des mesures efficaces qui ont amélioré la coordination des patients au sein du RME alors qu'un second réseau, le réseau des soins primaires et secondaires, n'a pas réussi à vraiment modifier les profils de consommation des clientèles visées. D'une part, le CHU n'a pas réussi à hausser le volume de ses transferts vers les hôpitaux partenaires; et d'autre part, le CHU n'a pas réussi à diminuer sa place dans l'offre des soins primaires et secondaires ne parvenant pas à accroître la rétention locale de ses partenaires.

Ce constat différentiel s'explique par les caractéristiques fondamentalement différentes des deux réseaux. Le réseau de soins tertiaires qui a su accroître la qualité du transferts des patients des hôpitaux partenaires vers le CHU possède les caractéristiques suivantes :

- Modèle traditionnel de référence médicale – familiarité des médecins.
- Complémentarité forte entre les organisations partenaires (seuls les CHU offrent des soins tertiaires).
- Volume faible de patients– ce qui minimise l'impact financier et humain pour un CHU qui demeure une organisation de grande taille avec budget correspondant. Le CHU peut donc aisément absorber ce surplus de clientèle.

Le réseau de soins primaires et secondaires offre, quant à lui, une série de caractéristiques qui en ont freiné la mise en œuvre :

- Modèle non-traditionnel de coordination médicale : les références se font du tertiaire vers le secondaire.
- Substitution forte entre les organisations partenaires (les CHU offrent tous les niveaux de soins) : complémentarité inter organisationnelle à construire de toutes pièces.
- Volume élevé de patients – ce qui accentue l'impact financier et humain pour les hôpitaux adultes partenaires qui sont contraints à l'intérieur de budgets globaux fermés. Ces hôpitaux ont donc de la difficulté à pouvoir absorber aisément de tels volumes de nouvelles clientèles.
- Habitudes ancrées des patients à consommer des soins auprès de CHU.

L'encadré qui suit décrit les deux types d'intégration clinique recherchés selon les deux réseaux en présence et les enjeux qui leur sont associés. Il met en lumière les mécanismes du modèle logique qui ont fonctionné et ceux qui demeurent problématiques. Ainsi, la spécialisation verticale représentée par la hiérarchisation des soins fonctionne très bien dans un sens : des hôpitaux régionaux vers le CHU. Par contre, les transferts à rebours entrepris en fonction du principe de spécialisation territoriale et qui vise à favoriser la rétention locale demeurent inopérants. Dans le premier cas, la complémentarité entre les établissements est très forte dans la mesure où les hôpitaux partenaires, ne possédant pas de niveaux de soins tertiaires, ont nécessairement besoin d'un hôpital tertiaire. Dans le second cas, la capacité de rétention locale des hôpitaux régionaux est plus difficile à mettre de l'avant dans la mesure où ce mécanisme joue inadéquatement car le CHU pédiatrique offre encore des soins primaires et secondaires.

Coexistence de deux réseaux au sein du RME

1- Réseau de soins tertiaires

Objectif: Amélioration des mécanismes interhospitaliers assurant le transfert des patients en provenance des hôpitaux régionaux vers le CHU.

Type de coordination : Coordination séquentielle unidirectionnelle (des hôpitaux régionaux vers le CHU) découlant de la hiérarchisation des niveaux de soins (spécialisation verticale).

Nature de la complémentarité : Complémentarité interinstitutionnelle forte

Enjeux :

- Accès à des soins tertiaires
- Amélioration de services traditionnels
- Fréquence des échanges de patients : faible

2- Réseau de soins primaires et secondaires

Objectif A : Amélioration des mécanismes interhospitaliers assurant le transfert à rebours : des patients traités au CHU vers les hôpitaux régionaux.

Type de coordination : Coordination réciproque ou séquentielle à rebours (du CHU vers les hôpitaux régionaux). Application simultanée de deux types de spécialisations : verticale (hiérarchisation des niveaux de soins) et horizontale (rétention géographique)

Nature de la complémentarité : Complémentarité interinstitutionnelle faible car le CHU offre des soins primaires et secondaires tout comme les hôpitaux régionaux (substitution interinstitutionnelle).

Enjeux :

- Capacité hôpitaux régionaux à accueillir des cas sévères.
- Confiance des médecins du CHU envers les médecins des hôpitaux régionaux.
- Acceptation des patients à consommer ces soins chez hôpitaux régionaux.
- Volume important de patients pour les hôpitaux régionaux.

Objectif B : Amélioration de la rétention géographique.

Type de coordination : Absence de coordination interhospitalière. Spécialisation horizontale selon le territoire de résidence du patient

Nature de la complémentarité : Complémentarité interinstitutionnelle faible car le CHU offre des soins primaires et secondaires tout comme les hôpitaux régionaux (substitution interinstitutionnelle). Application du principe de subsidiarité (Spécialisation horizontale)

Enjeux :

- Accès aux niveaux de soins secondaires et primaires.
- Élargir couverture de soins en régions.
- Sectorisation territoriale des soins et libre choix des patients.
- Volume important de patients pour les hôpitaux régionaux.

Enjeu : Complémentarité interorganisationnelle entre les partenaires du réseau

La capacité d'offrir des services spécifiques au sein du réseau est le mécanisme par lequel se crée de la dépendance entre les partenaires. Cette dépendance justifie la nécessité des échanges et alimente ceux-ci. La dépendance accroît le besoin de coordination et renforce la volonté de préserver les relations entre les partenaires. À ce niveau, le CHU Ste-Justine offre des soins ultra-spécialisés qui sont nécessaires au bon fonctionnement des hôpitaux généraux et spécialisés en offrant une solution de référence ou de transfert pour les cas complexes. *A contrario*, ce mécanisme ne joue peu dans la mesure où le CHU maintient une forte capacité à offrir des soins primaires et secondaires.

Enjeu : Complexité d'un réseau multi-centrique et multi-spécialité médicales

La nécessité de déploiement de diverses filières de soins spécifiques développées pour des clientèles ciblées illustre bien la complexité du RME. Au-delà des relations interorganisationnelles entre des hôpitaux différents, des liens de collaboration doivent être établis selon diverses clientèles/spécialités/pathologies; ce qui nécessitent à chaque fois des conditions particulières de mise en réseau.

Enjeu : Renégociation des rôles respectifs entre les spécialités médicales tant au CHU que chez les partenaires

La réorganisation des filières de soins peut remettre en question le partage usuel des responsabilités de soins entre différentes spécialités médicales. Par exemple, nous avons observé que la prise en charge de la clientèle souffrant d'asthme a suscité des tensions nouvelles entre les pédiatres et les pneumologues du CHU. Le système antérieur qui repose sur des réseaux personnels de références des patients tolère plus facilement la présence de plusieurs réseaux de transferts qui co-existent. La mise sur pied d'un réseau intégré de soins nécessite, quant à lui, des solutions d'échanges de patients uniques qui doivent être standardisées et appliquées uniformément d'un patient à l'autre. La standardisation des trajectoires est essentielle pour atteindre l'efficacité et l'efficience.

Enjeu : Accès limité au Réseau

En théorie, un réseau d'organisations doit limiter le nombre des partenaires s'il veut pouvoir compter sur des relations de confiance qui permettent un fonctionnement efficace du réseau. Le CHU Ste-Justine demeure un centre tertiaire. Il lui est donc difficile de pratiquer une exclusivité de services. Les nouveaux programmes offerts correspondants aux nouvelles trajectoires de soins sont à toutes fins pratiques offerts à tous les patients référés ou se déplaçant eux-mêmes. La question est alors de savoir comment crée-t-on un réseau mettant en fonction des relations privilégiées dans un système public de soins?

4.3.2 Amélioration de la rétention locale

Une première stratégie visant à modifier les habitudes de pratique des médecins et les habitudes de consommation des patients a été de développer des offres de soins personnalisées; ce que nous venons d'analyser au thème précédent. Une seconde stratégie a été de tenter de les influencer par l'information. Cette stratégie relève du domaine des stratégies de communication. Premièrement, on a tenté d'influencer directement les médecins en les informant des ressources disponibles dans leur région afin de réduire les références directes au CHU. L'encadré qui suit présente un survol des mesures prises en cette matière.

Modification des pratiques de référence des médecins traitants pratiquant en régions

Définition de la mesure : Mesure visant à modifier les schèmes et le comportement de références des médecins de première ligne afin que ces décisions soient cohérentes avec les mouvements de clientèles recherchées par le réseau RME.

Nature des changements organisationnels : Activités de sensibilisation auprès des médecins de première ligne visant à favoriser les références aux pédiatres et aux ressources spécialisées disponibles dans la région afin d'éviter des références directes au CHU.

Objectif : Augmenter la rétention locale au niveau des soins de 2^e ligne.

Diagnostic : Une portion des patients des régions sont référés par des omnipraticiens directement vers un CHU plutôt que vers les pédiatres de leur territoire.

Liste des mesures entreprises: (Intervention à la source visant à diminuer les transferts directs au CHU)

- Maisonneuve-Rosemont a effectué une campagne postale d'informations auprès des omnipraticiens de son territoire (1997); a révisé son plan de communication visant le public et les médecins de son territoire (1998); a préparé une stratégie ciblée de communication auprès des omnipraticiens de son territoire (2000).
- Cité de la Santé a effectué une démarche personnalisée auprès des omnipraticiens couvrant l'urgence pour hausser les références vers les pédiatres de l'hôpital et diminuer d'autant les références directes vers les CHU (1998).
- St-Jérôme a annulé une campagne d'informations visant son territoire pour cause de coupures budgétaires (1998). Il a par contre effectué une campagne d'informations au sein de l'hôpital (1999).

L'efficacité de ces campagnes a toutefois été limitée compte tenu d'un sentiment général courant chez les médecins généralistes à l'endroit des pédiatres de leur région. La disponibilité des ressources en matière de soins pédiatriques est perçue comme demeurant précaire. Il est donc souvent plus rassurant pour les médecins généralistes de référer directement au CHU qui offre toute la gamme des soins pédiatriques.

Il a également été envisagé d'entreprendre une campagne d'information directement auprès des patients. Cette stratégie a finalement été mise de côté et les plans de communication auprès de la population initialement prévus n'ont pas été diffusés. La raison de l'abandon des campagnes visant le grand public est liée à la crainte des hôpitaux partenaires d'être incapable d'absorber un afflux important et soudain de clientèle. Le succès de ces campagnes d'information aurait pu entraîner des transferts de clientèle importants; ce que les hôpitaux partenaires pouvaient difficilement absorber à court et moyen terme compte tenu leur ressources humaines et financières limitées. En somme, le réseau RME doit d'abord construire une nouvelle offre de soins et hausser la capacité d'accueil en régions pour pouvoir, ensuite, raisonnablement demander à des patients de modifier leurs habitudes de consommation.

En cette matière, une troisième stratégie a été tentée : développer la capacité d'accueil des hôpitaux régionaux en accroissant leur propre réseau de première ligne. Des tentatives ont donc été entreprises pour informer les ressources de première ligne, à savoir les CLSC et les omnipraticiens, du modèle organisationnel proposé par le RME et d'ainsi les convaincre d'augmenter leur rôle au niveau des soins pédiatriques. Ces efforts se sont butés au même obstacle qui handicape l'action des hôpitaux régionaux : la capacité des organisations de première ligne à absorber de nouvelles clientèles compte tenu de leurs ressources humaines et financières limitées.

Élargissement du réseau hospitalier vers les ressources de première ligne : CLSC et cliniques médicales

Définition de la mesure : Un effort de sensibilisation a été entrepris de manière à convaincre les ressources de soins de première ligne à hausser leur volume de soins pédiatriques

Nature des changements organisationnels : Activités de recrutement de ressources de première ligne susceptibles d'offrir un débouché – une capacité plus large – aux patients. De la même façon que le RME vise à réorienter une partie de la clientèle qui consomme des soins au CHU vers les hôpitaux régionaux, ces derniers tentent d'élargir leur capacité d'accueil de la clientèle en tentant d'établir des relations interorganisationnelles avec les organisations couvrant la première ligne.

Mise en œuvre : Ce mécanisme est demeuré inopérant. Les CLSC sont débordés et peuvent difficilement prendre en charge de nouvelles clientèles. Le même phénomène se présente chez les médecins généralistes pratiquant en cliniques médicales.

Enjeu : La sectorisation de l'offre de soins

Un des enjeux soulevés par la mise en œuvre du RME a été la question de la sectorisation. Cette idée de sectorisation des soins découle de la volonté du RME de créer une spécialisation horizontale au plan géographique : chaque hôpital devenant responsable de sa population locale. La question posée était donc de savoir jusqu'à quel point peut-on recourir à des mesures coercitives pour convaincre les patients de consommer leurs soins pédiatriques auprès des ressources de leur territoire naturel d'appartenance? La rétention locale peut en effet impliquer des formes plus ou moins coercitives ou incitatives pour amener les patients à fréquenter les ressources disponibles dans leur région respective. Il s'agit d'une question délicate qui remet en question le libre choix des patients. La position dominante adoptée au sein du réseau RME fut le rejet de toutes mesures coercitives. Toutes les ententes de transfert sont volontaires. Ainsi les patients peuvent décider de retourner au CHU malgré les suggestions de recours aux ressources locales qui leur sont faites. La position officielle repose donc sur l'approche incitative plutôt que coercitive. Il faut reconnaître que le libre choix des patients est une des valeurs fortes à la base du système de santé québécois et canadien et qu'il est difficile d'aller à l'encontre.

5 Sommaire récapitulatif des principaux résultats de l'analyse de l'implantation

Un réseau intégré de soins repose sur l'action concertée de plusieurs organisations qui visent à mettre en place un continuum commun de soins de manière à améliorer la coordination et donc la continuité des soins offerts à une population définie. En cette matière, nos résultats montrent que le Réseau Mère-Enfant (RME) a fait porter l'essentiel de ses efforts de déploiement de ce nouveau modèle organisationnel sur l'intégration fonctionnelle. Cette stratégie est pleinement justifiée dans la mesure où l'instauration d'une meilleure coordination fonctionnelle entre les organisations partenaires est l'action initiale qui permet de favoriser une coordination clinique améliorée : l'essence même du continuum de soins. Plusieurs actions ont été initiées à cet effet. D'abord, la vision stratégique initiale du réseau a été bien pensée et a fait l'objet d'un travail de communication efficace auprès de partenaires organisationnels choisis soigneusement. Ensuite, la gouvernance du réseau est bien adaptée au fonctionnement d'un réseau comme le réseau Mère-Enfant qui est une forme particulière de réseau interorganisationnel. Le fonctionnement de ce type de réseau repose sur la mise en place de mécanismes collaboratifs fondés sur des relations de confiance pour assurer son bon fonctionnement. De même, le réseau a su déployer une série de mécanismes efficaces afin d'assurer l'adhésion des médecins à son principe de fonctionnement. Ce dernier élément demeure un enjeu névralgique. Un réseau intégré doit en effet susciter l'adhésion de ces médecins à orienter systématiquement les patients selon des trajectoires de soins standardisées qui permettent de concrétiser le continuum de soins.

Ces efforts investis au niveau de l'intégration fonctionnelle et de l'intégration médecins-réseau a permis d'enclencher une troisième série d'efforts significatifs menés au niveau de l'intégration clinique. Nous avons constaté plusieurs initiatives de conception et de déploiement de divers mécanismes qui se sont attaqués à la résolution de problèmes cliniques concrets, proches des préoccupations des médecins et des patients. À ce niveau, nous constatons que le réseau présente des résultats mitigés. D'abord, il a été possible d'observer une série d'indices positifs tendant à montrer une amélioration, attribuable au RME, de la coordination au niveau des soins tertiaires; ce qui présente déjà un bénéfice marquant contribuant à l'amélioration de la santé de patients sévèrement malades. Par contre, les réorientations de clientèles qui visaient à diminuer le volume de patients consommant des soins primaires et secondaires au CHU Ste-Justine et à augmenter concurrentement chez les hôpitaux partenaires du réseau, la rétention de leur population environnante demeurent inopérantes. Les causes fondamentales de cette incapacité relèvent principalement de facteurs systémiques liés à la disponibilité et la mobilité des ressources humaines et techniques plutôt que de facteurs intrinsèques relevant de la conception logique et de la gestion du réseau.

Cette incapacité se constate en effet à deux niveaux. D'une part, les mécanismes du réseau visant les transferts à rebours des patients du CHU Ste-Justine vers les hôpitaux partenaires sont, jusqu'à maintenant, inopérants à produire des déplacements d'un volume de clientèle suffisant, apte à entraîner une diminution significative de la consommation des soins de seconde et première ligne au CHU. Les hôpitaux partenaires sont incapables, compte tenu de leurs ressources humaines, techniques et financières actuelles, de recevoir des volumes additionnels de clientèles pédiatriques de l'ordre de ce qu'accueille actuellement le CHU pédiatrique. Cette

situation a freiné la motivation et les efforts des partenaires à la mise en place du réseau. Il faut comprendre que le CHU conserve l'ensemble de ces pédiatres généraux et qu'il est difficile aux hôpitaux partenaires qui fonctionnent avec des budgets fermés, sans ajout de pédiatres, de pouvoir absorber des clientèles supplémentaires. Vu sous cet angle, la réallocation des ressources de production au sein du réseau devient une condition essentielle pour pouvoir modifier les profils d'utilisation des soins des patients et pour pouvoir réaliser les modifications des profils de consommation qui sont visées par le RME. Dans le même esprit, les mêmes limites de disponibilité et de mobilité des ressources à empêcher les partenaires du réseau d'entreprendre des campagnes d'information directe à la population pour tenter de réorienter les habitudes de consommation des soins pédiatriques vers les ressources à proximité de leur domicile. Cette absence de publicité directe est justifiée dans la mesure où il faut d'abord que les hôpitaux régionaux soient prêts à répondre aux besoins des nouveaux patients.

Ces observations soulignent l'importance de concevoir le RME comme deux réseaux différents si on veut bien en comprendre les défis et les réalisations. Ces deux réseaux, un réseau de soins tertiaires et un réseau de soins primaires et secondaires, n'ont pas les mêmes caractéristiques organisationnelles et se distinguent en termes de la nature et des volumes de patients touchés. Le réseau de soins tertiaires, qui a su accroître la qualité des transferts des patients des hôpitaux partenaires vers le CHU, est un modèle traditionnel de référence médicale que les médecins maîtrisent bien. La complémentarité entre les organisations partenaires est forte dans la mesure où seuls les CHU offrent des soins tertiaires. Le volume de patients en cause est relativement faible pour une organisation de la taille d'un CHU. Ces patients peuvent donc être accueillis au CHU à l'intérieur des ressources humaines, techniques et financières disponibles. Le second réseau, celui des soins primaires et secondaires, se trouve dans une situation très différente. La complémentarité entre les organisations partenaires est faible dans la mesure où tous les établissements, incluant les CHU, offrent des soins primaires et secondaires. Les patients ont toujours le libre choix et le CHU conserve une capacité importante de production de ces soins grâce à son nombre élevé de pédiatres généraux. Il faut reconnaître ici l'importance du libre choix d'une clientèle qui démontre des habitudes ancrées à consommer ces soins pédiatriques auprès de pédiatres et auprès de CHU. Finalement les hôpitaux partenaires n'ont pas reçu de ressources humaines, techniques et financières supplémentaires qui auraient pu leur permettre d'accueillir plus de patients pédiatriques.

En terminant, il ne faut pas perdre de vue que le RME est en phase initiale d'implantation et que la période d'expérimentation initiée en 1997 est courte en regard de l'ambition et de la complexité des changements organisationnels entrepris. Ainsi, au plan de la mise en place des infrastructures organisationnelles et fonctionnelles visant à permettre la réalisation d'un réseau intégré, le bilan évaluatif est positif. L'intégration interorganisationnelle entre les organisations partenaires du réseau présente des progrès importants pour la période sous analyse. Le bilan que nous tirons de l'ensemble des actions prises au plan de l'intégration fonctionnelle est très positif. Tant au niveau de leur logique interne que de leur cohérence commune, les mesures d'intégration fonctionnelle représentent une série de leviers concrets et *a priori* efficaces au déploiement du réseau. Également il faut reconnaître que ces mesures n'ont pas pu produire encore tous les effets potentiels compte tenu de l'ampleur des changements requis. C'est particulièrement le cas au niveau des systèmes d'information. Il faut retenir également que le premier niveau d'intégration fonctionnelle demeure incomplet si le réseau ne parvient pas à susciter l'intégration des médecins. Il s'agit ici de créer les conditions qui permettront et favoriseront la modification des

pratiques des médecins traitants et des médecins consultants qui gèrent le cheminement des patients dans le sens du continuum de soins visé par le réseau. En cette matière, le RME a su initier une série d'actions marquantes, notamment en matière de standardisation des pratiques professionnelles, qui offrent un enseignement porteur favorisant la création de réseaux intégrés. Finalement, le financement et la question des incitatifs demeure est un facteur crucial qui s'est révélé être un obstacle important. D'une part, le niveau de financement est réduit ce qui limite la capacité des hôpitaux partenaires à faire les investissements requis pour transformer leur offre de soins. D'autre part, les incitatifs actuels demeurent problématiques et contre-productifs. Pour pouvoir créer de véritables réseaux intégrés, il va falloir concevoir et mettre en place des formules financement produisant des incitations à ce que les organisations partenaires soient récompensées à fonctionner de manière systémique, donc en réseau.

RÉFÉRENCES

- Alter C, Hage J (1993) **Organizations working together**. Sage Publications. Newbury Park, California.
- Bradach & Eccles (1989) Price, authority, and trust: From ideal types to plural forms. **Annual Review of Sociology**, 15: 97-118.
- Contandriopoulos AP, Pouvoirville G, Poullier JP, Contandriopoulos D (2000) À la recherche d'une troisième voie : les systèmes de santé au XXI^e siècle. Dans Pomey MP, Poullier JP, Lejeune B (Éds) **Santé publique : États des lieux, enjeux et perspectives**. Paris Ellipses Éditions Marketing, 637-667.
- Gauthier M, Poitras L, Ward L, Bergeron S, Manseau S (2000) **Analyse d'un sondage fait à l'Hôpital Ste-Justine à l'intention des parents**. Document interne. Réseau-Mère Enfant
- Gillies RR, Shortell SM, Anderson DA, Mitchell JB, Morgan KL (1993) Conceptualizing and measuring integration : Findings from the Health Systems Integration Study. **Hospital & Health Services Administration**. 38, 467-489.
- Grandori A (1997) An organizational assessment of interfirm coordination modes. **Organization Science**, 18, 6, 897-925.
- Granovetter, M (1985) Economic action and social structure : The problem of embeddedness. **American Journal of Sociology**, 91 : 481-510.
- HSJ (1996) Planification stratégique 1996-2000 : Tous ensemble..., Hôpital Sainte-Justine.
- HSJ (1998a) Le plan d'affaires du Réseau Mère-Enfant suprarégional , Hôpital Sainte-Justine, janvier.
- HSJ (1998b) Plan d'implantation : Projet d'expérimentation du Réseau Mère-Enfant, Hôpital Sainte-Justine, novembre.
- HSJ (2000) **Une meilleure organisation des soins et services pour la santé des mères et des enfants**, Mémoire présenté à la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (La commission Clair), Hôpital Sainte-Justine, septembre.
- Leatt P, Pink GH, Naylor D (1996) Integrated delivery systems : has their time come in Canada? **Canadian Medical Association Journal**. 154, 6, 803-809.
- Mintzberg H (1978) **The structuring of organizations**. Prentice-Hall.
- Osborn RN, Hagedoorn J (1997) The institutionalization and evolutionary dynamics of interorganizational alliances and networks. **Academy of Management Journal**. 40, 2, 261-278.
- Provan KG, Milward HB (1995) A preliminary theory of Interorganizational Network effectiveness : A comparative study of four community mental health systems. **Administrative Science Quarterly**. 40, 1-33.
- Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA (1994) The new world of managed care : creating organized delivery systems. **Health Affairs**. 13, 5, 46-64.
- Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA et al., (1993) Creating organized delivery systems : the barriers and facilitators. **Hospital & Health Services Administration**. 38, 447-466.
- Shortell SM, Gillies RR, Anderson D, Morgan Erickson K, Mitchell JB. (1996) **Remaking Health Care in America : Building organized delivery systems**. Jossey-Bass Publishers.
- Uzzi, B (1996) The sources and consequences of embeddedness for the economic performance of organizations : The network effect. **American Sociological Review**, 61 : 674-698.
- Uzzi, B (1997) Social structure and competition in interfirm networks : The paradox of embeddedness. **Administrative Science Quarterly**, 42 : 35-67.

Van de Ven AH, Walker G (1984) The dynamics of interorganizational coordination. **Academy of management review**. 12, 3, 486-498.

Williamson, OE (1985) The economic institutions of capitalism : Firms, markets and relational contracting. Free Press.

Adresse de correspondance

Prière d'adresser toute correspondance concernant le contenu de cette publication ou autres rapports déjà publiés à :

Groupe de recherche interdisciplinaire en santé

Secteur santé publique
Faculté de médecine
Université de Montréal
C.P. 6128, Succ. Centre-Ville
Montréal (Québec) H3C 3J7, Canada

Téléphone : (514) 343-6185
Télécopieur : (514) 343-2207

Adresse de notre site Web

<http://www.gris.umontreal.ca/>