

***POUR ÉTABLIR UNE ASSISE PLUS SOLIDE :
CADRE DE RÉFÉRENCE POUR LA PLANIFICATION
ET L'ÉVALUATION DES SERVICES DE SANTÉ
COMMUNAUTAIRES AU CANADA***

Document d'accompagnement :

**RAPPORT SOMMAIRE DES VISITES EFFECTUÉES
AUPRÈS DE CERTAINES ORGANISATIONS CHOISIES
DISPENSANT DES SERVICES DE SANTÉ
COMMUNAUTAIRES AU CANADA**

**Margaret I. Wanke¹
L. Duncan Saunders¹
R. Pong²
W. John B. Church¹
Paul Cappon²**

¹Healthcare Quality and Outcomes Research Centre
Department of Public Health Sciences
Université de l'Alberta
Edmonton (Alberta)

²Northern Health Human Resources Research Unit
Université Laurentienne
Sudbury (Ontario)

On peut se procurer d'autres exemplaires de ce document auprès du :

Publications
Direction des communications
Santé Canada
Ottawa (Ontario)
K1A 0K9

La reproduction non commerciale du présent document à des fins éducatives ou de planification est autorisée.
Prière de mentionner la source.

Publié par
La Direction générale de la promotion et
des programmes de santé
Santé Canada

Also available in English under the title:
*A Summary Report of Site Visits to Selected Community-based
Health Organizations in Canada*

N° de cat. H39-351/4-1996F
ISBN 0-662-80993-9

REMERCIEMENTS

Ce rapport a été préparé pour la Conférence fédérale-provinciale-territoriale des sous-ministres de la Santé par le Comité consultatif des ressources humaines en santé (CCRHS). Les opinions exprimées dans la présente publication sont celles de les auteurs et ne reflètent pas nécessairement celles de Santé Canada, ou le Comité consultatif des ressources humaines en santé.

TABLE DES MATIÈRES

1	INTRODUCTION	1
2	MÉTHODOLOGIE	1
3	RÉSULTATS.	2
	3.1 Activités d'évaluation dans les centres	2
	3.2 Facteurs clés pour la réussite globale des SSC	3
	3.3 Les facteurs clés de la réussite pour certains résultats en particulier	4
	3.4 Gestion des ressources humaines de santé	6
	3.5 Questions organisationnelles	13
4	DISCUSSION	23
	ANNEXE A : Liste des centres visités	
	25	
	ANNEXE B : Questions posées lors de l'interview	26

1 INTRODUCTION

Certaines organisations choisies ont fait l'objet de visites, dans le cadre d'une initiative plus globale d'élaboration d'un cadre de planification et d'évaluation des services de santé communautaires (SSC) au Canada. Ce projet d'élaboration de cadre, mandaté par le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur les ressources humaines de santé et approuvé par les sous-ministres de la Santé, vise à appuyer les activités de réforme des soins en santé communautaire dans les provinces et les territoires canadiens à différents stades de la réforme et selon différentes priorités en matière de santé. L'axe principal de cette initiative est la gestion des ressources humaines de santé.

Les visites sur le terrain ont été entreprises afin de compléter les conclusions de deux recherches complémentaires systématiques sur la gestion des ressources humaines de santé et sur les modèles organisationnels applicables aux services de santé communautaires. Dès le début du projet, on s'attendait à ce que les publications existantes sur ces deux questions présentent des lacunes et des limitations significatives. On a par conséquent jugé important de compléter les éléments de preuve empiriques disponibles en y intégrant les informations et les recommandations émanant des individus qui disposent d'une expérience de première main dans la prestation des services de santé communautaires au Canada.

L'objet principal des visites sur le terrain était d'obtenir des informations sur les caractéristiques organisationnelles et les stratégies de gestion des ressources humaines qui ont fait les preuves de leur efficacité sur le plan de l'obtention des résultats souhaités pour les services de santé communautaires. Les résultats considérés étaient les suivants : qualité des soins, efficience économique, équité, habilitation du consommateur et de la communauté et qualité de la vie professionnelle.

2 MÉTHODOLOGIE

On a interviewé des individus représentant 22 organisations de services de santé communautaires dans six provinces canadiennes et un territoire (se reporter à l'annexe A pour la liste des centres visités). La sélection des centres s'est opérée en fonction des critères suivants :

- obtention d'un ou de plusieurs des résultats visés;
- prestation d'un large spectre de services (c.-à-d. promotion de la santé, prévention des maladies, services curatifs, réadaptation);
- prestation de services pluridisciplinaires;
- prestation de services visant spécifiquement certains groupes, y compris les personnes âgées fragiles, les personnes défavorisées, la santé de la mère et de l'enfant et la santé mentale;
- démonstration d'un esprit novateur en matière de gestion des ressources humaines de santé ou d'organisation des services;
- représentation géographique de toutes les régions du Canada;

- combinaison de centres urbains et ruraux;
- représentation d'organisations « restructurées » (p. ex., autorités régionales ou de district, hôpitaux convertis).

Les types suivants d'organisations étaient représentés dans les centres choisis : centres de santé communautaires (incluant une association de centres de santé), soins à domicile, santé publique, petits hôpitaux convertis, autorités sanitaires régionales et de district et gouvernements provinciaux et territoriaux. Onze des centres desservent une population uniquement urbaine, trois sont implantés en milieu rural, tandis que les huit derniers desservent une population mixte, urbaine et rurale.

Les visites sur le terrain ont eu lieu en mai et juin 1995. Deux membres de l'équipe d'étude au moins participaient à chaque interview, dont la durée variait approximativement de deux à huit heures. Afin d'assurer un certain degré de continuité, un enquêteur était présent lors de toutes les visites. Quelque 80 personnes ont participé aux visites sur le terrain. Les questions posées concernaient notamment la disponibilité et la teneur des informations évaluatives et la détermination des caractéristiques organisationnelles et des ressources humaines qui contribuent, de l'avis des répondants, au succès de leur organisation (se reporter à l'annexe B). L'importance accordée à chaque question variait selon les caractéristiques du centre.

3 RÉSULTATS

3.1 Activités d'évaluation dans les centres

On a posé aux répondants des questions sur la disponibilité d'évaluations formelles entreprises pour déterminer l'impact des modalités organisationnelles et des ressources humaines envisageables pour atteindre les résultats souhaités des SSC. On a constaté d'importantes variations sur le plan des activités d'évaluation, allant de l'absence totale d'évaluation à la conduite systématique d'évaluations formelles intégrées à un cadre de gestion stratégique. Un répondant d'une organisation menant des évaluations systématiques note que la mise en place de ce processus a pris plusieurs années. En Ontario, on déploie des efforts concertés afin de renforcer les activités d'évaluation auprès des centres de santé communautaires locaux dans toute la province.

La forme la plus répandue d'évaluation est l'enquête sur la satisfaction de la clientèle. Plusieurs répondants indiquent avoir fréquemment recours à une évaluation informelle, ajoutant que la meilleure rétroaction qu'ils reçoivent provient des clients, par le biais du personnel.

De l'avis des répondants, les problèmes posés par la conduite d'évaluations formelles sur les résultats des services, au-delà de la satisfaction de la clientèle, sont les suivants :

- il n'existe pas de systèmes rapidement et facilement utilisables pour le suivi des données évaluatives;
- l'évaluation des résultats est complexe, en raison de leur nature préventive et à longue échéance;

- on manque de ressources pour la conduite d'évaluations satisfaisantes.

Ainsi, les informations figurant dans le présent document représentent pour l'essentiel les perceptions subjectives des personnes interrogées.

3.2 Facteurs clés pour la réussite globale des SSC

Selon les répondants, les facteurs jugés importants pour la réussite globale de la prestation des SSC sont les suivants :

- une **vision** claire (évidente au sein du conseil d'administration, de la haute direction et du personnel clé);
- des **pratiques et une culture positives en matière de gestion**, y compris :
 - proactivité dans la planification et la prestation des services;
 - flexibilité;
 - embauche du personnel approprié;
 - structure organisationnelle plane;
- des **partenariats** solides, qui favorisent la confiance du public; ces partenariats existent avec :
 - la communauté;
 - les clients internes;
 - les intervenants (p. ex., prestataires de services connexes);
- la prestation de **services souhaités et de premier plan** (p. ex., soins à domicile), qui :
 - s'appuient sur des approches non agressives et à faible teneur technologique, qui tiennent compte des valeurs familiales et communautaires et peuvent être facilement comprises par la collectivité;
 - reposent sur une bonne compréhension des mesures à long terme et sur une politique publique saine;
- la **gamme de prestataires de services** employés;
- les **énergies ciblées** (en d'autres termes, choisir certains enjeux et les défendre).

3.3 Les facteurs clés de la réussite pour certains résultats en particulier

On trouvera ci-dessous les facteurs qui, selon les répondants, contribuent à l'atteinte des résultats souhaités des services de santé communautaires (c.-à-d. qualité, efficience économique, équité et habilitation du consommateur et de la communauté).

Qualité des soins

Les facteurs qui suivent sont ceux qui, de l'avis des répondants, contribuent à la prestation de services de haute qualité :

- mécanismes qui encouragent les **soins exhaustifs et axés sur le client** (p. ex., modèle de gestion de programme, formules d'évaluation exhaustives, procédures de suivi complet, prestation de services « avant la naissance jusqu'après la mort », dossiers de clients communs, politiques décourageant le cumul d'ordonnances médicales);
- travail d'équipe** (incluant la nomination d'un gestionnaire de cas/coordonnateur chargé d'assurer l'intégration des services et le recours, si besoin est, à des dispensateurs de soins bénévoles.
- proactivité** (c.-à-d. recherche active des besoins de la communauté);
- augmentation du temps** consacré à chaque client;
- perspective holistique**, où l'on va au-delà du besoin immédiat de l'individu et où l'on considère le contexte plus large de la famille et de la communauté, avant de tenter de mettre en relation les besoins et les prestataires de soins appropriés dans la communauté;
- volonté d'offrir des **services à l'extérieur**, p. ex., pour l'organisation de cliniques de vaccination contre la grippe, pour le suivi des personnes difficiles à joindre et la prestation de services à domicile (dans un des centres participants, on consacre aux services à l'extérieur 70 à 75 p. 100 du temps de travail);
- parité salariale** avec le personnel du secteur institutionnel (afin de permettre aux organisations de SSC d'être compétitives pour l'embauche des meilleurs candidats);
- sentiment de **responsabilité du personnel devant la communauté**.

Dans une province, en raison d'un climat conflictuel de relations de travail, on ne peut intervenir comme on pourrait le souhaiter pour répondre aux besoins des clients.

Efficiences économique

Ici encore, au chapitre de l'efficiences économique, on a reçu peu de documents évaluatifs formels. Les responsables interrogés ont fourni plusieurs exemples de la manière dont ils faisaient, à leur sens, l'utilisation la plus efficiente des ressources disponibles, notamment les suivants :

- recours aux **infirmières de première ligne et aux sages-femmes**;
- rentabilisation maximale des autres espaces communautaires**.

De l'avis d'un répondant, le fait de ne disposer que d'un budget très limité, voire inexistant, pour l'acquisition de biens d'équipement contraint les membres du personnel à évaluer ce qui est vraiment essentiel, puis à trouver des manières créatives d'obtenir du financement pour l'acquisition de ces articles. Dans le centre représenté par ce répondant, la communauté semble participer activement à l'obtention d'un tel financement pour les biens d'équipement. À certaines occasions, on s'adresse au gouvernement pour obtenir un financement de contrepartie.

Équité

Parmi les moyens pris par les organisations de SSC pour assurer l'accès équitable aux services, notons les suivants :

- la **sensibilité aux barrières culturelles et linguistiques** (p. ex., l'adaptation du degré d'information fournie, l'embauche de membres du personnel représentatifs des minorités);
- l'**évaluation des besoins de la communauté**;
- l'**absence de frais d'utilisation**;
- une **politique de services sans rendez-vous et le même jour** (on remarque que bon nombre de clients difficiles à rejoindre et appartenant aux couches socio-économiques inférieures ne planifient pas leurs visites);
- une **approche de gestion des cas**, où l'on facilite l'accès aux services.

De l'avis de nombreux répondants, l'un des principaux problèmes posés par la garantie de l'équité est le fait que ce sont ceux qui ont le plus besoin de ces services qui ne connaissent pas leur existence ou ne savent pas comment y accéder. On estime que cet aspect nécessite un certain investissement au chapitre de la sensibilisation du public. Parmi les autres obstacles à l'accès mentionnés figurent les attitudes professionnelles incorrectes, les barrières propres au système telles que les structures hiérarchiques qui engendrent l'immobilisation, et la résistance professionnelle au travail en dehors des heures de service.

Habilitation du consommateur et de la communauté

Lorsqu'on demande aux répondants ce qui confère aux services leur nature communautaire, leurs réponses se rangent en général dans l'une ou l'autre des catégories thématiques suivantes :

- le **partenariat avec la communauté et l'attention à ses besoins**, se produisant notamment par la démonstration d'une volonté de travailler avec plutôt que pour les clients et les communautés et de rester à l'écoute des besoins et des désirs de la communauté, assortie d'une flexibilité permettant d'intervenir de manière appropriée au moment opportun;
- la **participation de la communauté** à la mise sur pied du centre de santé communautaire ainsi qu'aux opérations courantes de planification, de mise en oeuvre et d'évaluation des services (démarche ascendante plutôt que descendante);
- des **structures de direction** où la communauté est fortement représentée, par exemple un conseil d'administration élu;
- le transfert du **contrôle et du pouvoir à la communauté ou au client**, plutôt que leur maintien au sein de l'établissement ou du système de santé.

Selon certains répondants, les types de décisions auxquelles les individus souhaitent participer ont directement rapport avec la mesure dans laquelle la décision les touche directement. Par conséquent, le désir d'être partie prenante au processus décisionnel manifesté par l'individu à titre de client recevant un service en particulier est primordial. Lorsque les décisions touchent la prestation de services de santé par le biais d'un quartier ou d'une communauté auquel l'individu s'identifie fortement, son désir de participer au processus sera plus vif que si les décisions sont prises à des paliers régionaux ou centraux moins proches.

3.4 Gestion des ressources humaines de santé

Dans cette section sont présentées les questions et les recommandations concernant la bonne gestion des ressources humaines de santé.

Le continuum des ressources humaines de santé (RHS)

Par continuum de RHS, on entend toute la diversité des prestataires de services de santé sur lesquels on peut s'appuyer pour améliorer la santé des individus et des communautés. Sont inclus dans ce continuum les auto-soins, les prestataires informels (c.-à-d. non rémunérés) et les prestataires de services formels.

Comme les critères de sélection pour la participation aux visites sur le terrain incluaient l'adoption d'une approche pluridisciplinaire, on ne s'étonne pas de ce que la majorité des centres visités fassent appel à un large éventail de travailleurs, et accordent notamment une place importante aux prestataires de services informels. Dans la plupart des programmes, on a largement recours aux bénévoles : dans une des cliniques, le ratio bénévoles/professionnels est d'approximativement 4 pour 1. Dans ce centre urbain, la répartition par groupe d'âge des bénévoles est la suivante : 40 à 50 p. 100 ont l'âge d'aller à l'université, 30 p. 100 sont des adultes d'âge moyen et 10 p. 100 des personnes âgées. De plus, d'après les données fournies, les bénévoles sont représentatifs du visage

culturel de la communauté desservie. Certaines organisations indiquent ne pas faire appel à des bénévoles autant qu'elles le souhaiteraient en raison de l'opposition des syndicats.

Dans les centres dont le mandat est large, c'est le programme de soins à domicile qui fait le plus appel aux bénévoles. On note que l'essentiel des services est assuré par les conjoints, les enfants et les autres membres de la famille; le voisinage participe rarement directement aux soins, mais offre un soutien affectif et social. Selon les estimations, environ 80 p. 100 des soins à domicile sont assurés par des membres de la famille.

Plusieurs répondants ont formulé des commentaires sur le recours aux groupes d'entraide. Certains estiment que la poursuite du développement de ce concept pourrait procurer certains avantages si le choix du client était respecté. Plusieurs intervenants ont évoqué le risque d'abus et la possibilité que l'on perçoive les auto-soins comme une manière de décharger le système de santé de ses responsabilités. De l'avis d'un administrateur, il y aurait lieu de surveiller les activités des groupes d'entraide lorsqu'elles sont entreprises dans les locaux des organisations de SSC. Si le groupe (ou un individu au sein du groupe) milite en faveur d'un traitement dont la valeur est douteuse, on pourrait être porté à croire que l'organisation elle-même s'est prononcée pour ce traitement.

Les problèmes que soulève le recours aux prestataires de soins informels sont notamment les suivants :

- le risque de transférer le fardeau des soins aux prestataires informels (par exemple, imposer le travail bénévole aux femmes qui ont traditionnellement assumé ce rôle de prestataires de soins);
- la « professionnalisation » des bénévoles : avec le dévouement au travail vient un désir croissant d'acquérir des qualifications officielles;
- dans plusieurs centres en milieu rural, on considère que le recours aux prestataires de soins informels pose des problèmes de confidentialité (p. ex., certains clients hésitent à profiter de services dispensés par d'autres membres de la communauté qu'ils connaissent bien).

Les suggestions formulées quant au recours aux prestataires de soins informels incluent les suivantes :

- la nécessité d'un **programme de formation** judicieux (p. ex., le responsable d'un programme de soins à domicile indique que son organisation dispense aux bénévoles six semaines de formation);
- la nécessité de traiter les prestataires de soins informels sur un pied d'égalité avec le personnel rémunéré et de leur manifester **la reconnaissance et l'appréciation** auxquelles ils ont droit afin de revaloriser leur rôle;
- une préférence vis-à-vis **de l'embauche et de la formation de prestataires de soins informels sur une base interne** (plutôt que de faire appel à des bénévoles d'une autre organisation communautaire), car cela permet de développer une plus grande adaptabilité et un plus grand sentiment d'appartenance à l'organisation;
- la nécessité d'une **communication constante**, de mécanismes de rétroaction et de la mise à contribution des prestataires informels dans la détermination et l'atteinte des buts communs à tous les prestataires de services.

Le rôle des prestataires de services de santé

La présente section traite de la substitution, de l'élargissement et de la diversification des rôles des prestataires de services de santé formels (c.-à-d. rémunérés).

La majorité des répondants indiquent confier aux infirmières des rôles élargis, incluant une plus grande participation à l'évaluation et l'information du client et à la coordination des soins. Dans les communautés du nord où les médecins sont plus rares, ce sont d'ordinaire les infirmières de première ligne qui constituent les principaux prestataires de services de diagnostic, de traitement, d'éducation, de counseling et d'obstétrique. Certains répondants de centres du nord et du sud se demandent pourquoi certains des services régulièrement assurés par les infirmières de première ligne dans les régions éloignées ne pourraient pas être offerts par le même type de personnel dans d'autres régions du Canada.

Dans la plupart des centres offrant des services primaires (avec des équipes de médecins et d'infirmières de première ligne), on perçoit le rôle des infirmières de première ligne comme un complément de celui du médecin (et non pas comme une solution de remplacement ou de rehaussement du rôle médical). Toutefois, dans les centres hospitaliers ayant fait l'objet d'une conversion, on observe que les infirmières assument fondamentalement leur rôle traditionnel.

De l'avis de plusieurs gestionnaires de centre, le succès de l'intégration d'équipes médecins-infirmières de première ligne passe par la définition claire des rôles de chacun. Selon certains, cette définition se fait également pour les fins de la protection juridique des professionnels en cause.

La mesure dans laquelle les organisations font appel à des travailleurs polyvalents (c.-à-d. qui offrent des services dans plus d'une sphère de compétences) varie considérablement d'un centre à l'autre. Dans les régions du nord mal desservies, on observe que les infirmières et les autres prestataires de services assument des fonctions de soutien pour le travail en laboratoire, l'imagerie diagnostique et la pharmacie. Dans de tels cas, on tente de lier la pratique polyvalente à la formation et au perfectionnement continu. Dans un centre en milieu rural, on considère que le recours à des assistants polyvalents en réadaptation (thérapie sur les plans physique, professionnel et orthophonique) constitue une manière beaucoup plus économique d'offrir des services au sein d'une communauté que de faire appel à plusieurs individus dans chaque catégorie, qui se déplaceraient d'une localité à l'autre. On estime également que cette approche est davantage axée sur le client, car ce dernier se voit imposer un nombre moindre de prestataires et de visites.

On note un recours aux travailleurs autochtones dans les centres ruraux et du nord ainsi que dans les centres urbains desservant d'importants groupes de population multiculturels. On observe une nette préférence pour le repérage et la formation des membres de la communauté locale. On estime que ces représentants en santé communautaire pourraient assumer la plus grande partie du travail social pour aider les professionnels, car ils sont généralement mieux acceptés dans la communauté que ne le sont les professionnels de l'« extérieur ».

L'administrateur d'un centre de santé communautaire établit une nette distinction entre les fonctions professionnelles et techniques de base assumées par chaque prestataire de services et les fonctions qui sont communes au centre. Selon la philosophie du centre, « si quelque chose doit être fait, il faut le faire ». Ainsi, s'il existe des descriptions de poste explicites, les professionnels doivent cependant être prêts à assumer des fonctions de nature non technique (p. ex., un coordonnateur de programme peut aider un membre du personnel à donner son repas à un client du centre de jour, le président peut répondre au téléphone si la réceptionniste est occupée). Il est jugé inapproprié pour un professionnel de refuser une tâche pour le motif qu'elle ne rentre pas dans les fonctions de l'infirmière ou du physiothérapeute, par exemple.

Plusieurs répondants ont soulevé la question de l'importance du rôle « généraliste », par opposition au rôle « spécialiste », dans la prestation de SSC. Un responsable indique que son centre de santé communautaire n'a pas une dimension suffisante pour permettre un degré élevé de spécialisation. Plusieurs interviewés évoquent la nécessité de pouvoir considérer les individus dans leur intégralité ou de manière holistique pour traiter efficacement leurs problèmes de santé. On estime également que le client individuel et la collectivité dans son ensemble font plus facilement confiance à des généralistes qui peuvent voir globalement les besoins des clients et de la communauté.

Les questions soulevées au chapitre de l'élargissement et de la substitution des rôles incluaient les suivantes :

- conflits de territoire et attitudes professionnelles (un administrateur explique qu'il a fallu cinq ans avant de gagner l'appui de son personnel infirmier vis-à-vis du concept du rôle généraliste);
- les barrières professionnelles sont évidentes dans les attentes et les attitudes vis-à-vis des lignes hiérarchiques (p. ex., « Je suis infirmière et je ne veux pas avoir pour supérieur un travailleur social »);
- les restrictions d'ordre légal concernant la portée de la pratique professionnelle; on estime que ces restrictions limitent les possibilités d'embaucher du personnel ou de lui affecter des rôles élargis dans certaines provinces.

Les répondants offrent notamment les suggestions de mise en oeuvre suivantes :

- la nécessité d'une **définition non ambiguë des rôles**, le plus souvent mentionnée en regard de la délimitation des champs de pratique respectifs du médecin et de l'infirmière de première ligne;
- plusieurs répondants jugent nécessaire de faire preuve de **prudence dans l'utilisation des travailleurs polyvalents** (p. ex., « en poussant ce concept à l'extrême, on peut produire des personnes dangereuses ») et la nécessité d'assurer une formation continue « suit » la tendance à la polyvalence;
- en ce qui concerne la polyvalence, il faut considérer les **regroupements naturels** de professionnels (p. ex., dans le cas des assistants en réadaptation, utiliser des travailleurs polyvalents à l'intérieur d'un même programme plutôt que pour plusieurs programmes différents);

- ❑ le recours aux médecins pour **orienter ou conseiller les nouveaux membres du personnel** en ce qui concerne les modalités de coordination du rôle de l'infirmière de première ligne et de celui du médecin dans le cadre d'un partenariat concerté;
- ❑ **modifier la structure organisationnelle** afin de faciliter l'adoption d'une approche de prestation de services pluridisciplinaires et non spécialisés, puis adhérer à ce changement organisationnel, en dépit de la résistance opposée par les professionnels (aux dires d'un administrateur, « cela ne servait à rien de parler, le changement organisationnel était nécessaire »).

Acquisition de compétences

Afin de compenser l'insuffisance de la formation formelle dans les modèles de prestation de SSC, plusieurs centres ont mis sur pied des programmes intensifs d'orientation sur place (incluant une introduction à l'organisation et à la philosophie, à la mission et aux approches uniques propres à la prestation de SSC). Un administrateur indique que tous les membres de son personnel suivent une session intensive d'orientation de 80 heures. Dans les régions du nord et en milieu rural, où le recrutement de professionnels ayant la formation voulue est difficile, on a conçu des programmes de formation modulaires pour l'acquisition et le perfectionnement de certaines compétences (et surtout pour la formation de représentants et de travailleurs en santé communautaire).

Plusieurs répondants soulignent la nécessité de veiller à ce que tous les travailleurs aient d'excellentes qualifications. Certains centres ont élaboré des politiques sur les qualifications minimales en matière de formation (p. ex., infirmières titulaires d'un baccalauréat, médecins spécialisés en médecine familiale, préparation de la maîtrise pour les travailleurs sociaux), avançant comme raison que la complexité des problèmes auxquels font face les prestataires de services nécessite un degré élevé de compétences. D'autres, en revanche, estiment qu'un niveau d'instruction plus élevé peut nuire à l'objectif de la proximité du public et de l'établissement de liens avec ce dernier. Un répondant s'inquiète que l'on encourage des exigences toujours plus élevées en matière de qualifications, et affirme que cette politique a pour effet de chasser les centres de santé communautaires du marché. Dans le même ordre d'idée, certains répondants estiment que le fait de disposer d'un personnel hautement qualifié a pour effet de réduire le nombre de travailleurs qui s'acquittent des tâches dans le centre.

En dépit des divergences de points de vue sur les exigences en matière de qualifications, la majorité des répondants soulignent que les compétences techniques acquises par les voies formelles revêtent souvent moins d'importance que les caractéristiques personnelles des prestataires de services. Ainsi, on accorde une attention primordiale à la reconnaissance de la « bonne personne » lors du processus d'embauche. Un répondant indique rechercher activement et solliciter les personnes qui possèdent les attributs recherchés. Il arrive parfois qu'une personne possédant ces qualités sans avoir de qualification formelle soit néanmoins embauchée, puis encouragée à suivre une formation complémentaire et soutenue dans cette démarche.

Les qualités personnelles recherchées chez un travailleur en SSC, d'après les répondants, sont notamment les suivantes : perspective holistique ou globale, compréhension du fonctionnement d'une communauté, flexibilité, autonomie, bon sens et intuition, proactivité, entregent, capacité de résoudre les problèmes et respect d'autrui. On privilégie également une philosophie selon laquelle la décision revient au client, lequel n'est pas un malade mais un individu sain qui a besoin d'aide. Dans

un centre, on a mis en oeuvre un test à temps fixe pour observer si un candidat à l'embauche démontre une philosophie et une approche de la prestation des services conformes aux attentes.

Plusieurs répondants ont fait part de leurs expériences au chapitre du transfert des professionnels du secteur institutionnel des soins aigus au secteur communautaire. Les opinions sont partagées quant à la réussite de cette approche. Pour plusieurs, il s'agit d'une transition radicale, ce qui rend très difficile l'intégration des professionnels d'un niveau de formation élevé au travail en milieu communautaire. Pour que cette transition fonctionne, il faut déployer des efforts considérables sur le plan de l'orientation et de l'éducation. Pour d'autres, au contraire, certains travailleurs du secteur institutionnel possédant la bonne orientation philosophique peuvent se révéler à long terme plus performants que les travailleurs en services de santé communautaires qui ne possèdent pas les caractéristiques personnelles nécessaires.

D'une manière générale, les répondants estiment que les programmes universitaires ne tiennent pas suffisamment compte du transfert du milieu institutionnel au milieu communautaire de la responsabilité de la prestation des services de santé. Certains voient les établissements universitaires comme un obstacle à cette fin et font remarquer l'extrême lenteur avec laquelle ils changent d'orientation. En ce qui concerne l'embauche de médecins et d'infirmières, quelques administrateurs indiquent favoriser les diplômés de certains programmes universitaires ayant des approches philosophiques compatibles.

De l'avis de plusieurs répondants, en continuant d'offrir des programmes de formation organisés en « tuyau de poêle », les universités perpétuent la protection territoriale de chaque discipline. Il est nécessaire de « mieux mettre en relation ce qu'apprennent les étudiants à l'université et les réalités du milieu où ils vont travailler ». À titre d'exemple, comme les médecins ne sont pas appelés à travailler isolément, leur formation doit insister sur leur rôle au sein d'une équipe. De l'avis d'un administrateur, les étudiants en physiothérapie dont on exige encore qu'ils fassent leur stage de formation de pratique au chevet des patients dans les hôpitaux ne sont d'aucune utilité dans un milieu communautaire.

Certains centres de santé communautaires ont travaillé activement à améliorer la visibilité des SSC dans le milieu universitaire par l'établissement de liens formels avec les programmes de formation et les hôpitaux d'enseignement universitaire et en recevant des étudiants pour qu'ils y effectuent leur stage pratique ou leur résidence.

Les suggestions concrètes formulées par les répondants sont notamment les suivantes :

- la nécessité d'accorder **une plus grande importance à la philosophie et à l'approche des SSC dans les programmes de formation formels** de tous les prestataires de services de santé (en mettant notamment davantage l'accent sur la « santé », y compris son contexte social, environnemental et culturel, l'apprentissage du travail d'équipe, à commencer par des cours interdisciplinaires dès les premiers stades du programme de formation, des cours spécialisés en communications interculturelles et en développement communautaire et davantage de stages pratiques en milieu communautaire;
- recruter des individus présentant les caractéristiques personnelles recherchées** et ayant un intérêt inhérent pour la communauté;
- tracer des **lignes directrices explicites** et assurer une **formation continue** en ce qui concerne l'approche communautaire/holistique, une fois les individus embauchés.

Réglementation professionnelle

Les répondants n'ont que brièvement donné leur point de vue sur la réglementation professionnelle. Dans certaines provinces, on fait remarquer que la législation professionnelle contribue à restreindre le recours à certaines catégories de membres du personnel. Le plus souvent, on associe cette question au recours illimité aux infirmières de première ligne et aux sages-femmes en raison de la protection des territoires professionnels. Dans certaines provinces semblent s'exercer des pressions en vue de modifier la législation restrictive ou de mettre en oeuvre des stratégies qui permettent de la contourner. À titre d'exemple, dans une province, les centres de santé communautaire qui font appel aux services de guérisseurs autochtones offrent des honoraires plutôt qu'un salaire à leurs prestataires de services traditionnels. De cette manière, on parvient en même temps à contourner les restrictions imposées à la pratique professionnelle par voie législative et à satisfaire les guérisseurs autochtones, qui ne souhaitent pas être les employés d'un centre de santé.

Dans le nord du Canada, on prend également des dispositions pour intégrer les prestataires de services non traditionnels. Par exemple, en dépit de l'exclusivité de pratique dont jouit la profession médicale, le ministère de la Santé a élaboré et mis en oeuvre des lignes directrices qui permettent aux infirmières de prescrire des médicaments. Comme l'indique un répondant, « dans le nord, en pratique, les professionnels comme les médecins doivent accepter que la loi régissant leurs activités professionnelles autorise l'accomplissement de fonctions médicales par d'autres, notamment les guérisseurs autochtones et les infirmières de première ligne, s'ils veulent la voir sanctionnée par l'organe législatif » (où les autochtones et les personnes vivant dans les régions éloignées sont fortement représentés).

Rémunération des prestataires

Dans la plupart des centres visités, les médecins sont salariés ou à contrat. On estime qu'il s'agit là d'un aspect important si l'on veut offrir des services de qualité et avoir une approche holistique et pluridisciplinaire. Dans un des centres, on fait appel à des contrats professionnels, car on estime qu'il s'agit d'une solution plus acceptable pour les médecins qui conservent ainsi leur autonomie au chapitre des avantages. Dans un programme de soins à domicile, les médecins sont rémunérés pour leurs services de consultation par le biais d'honoraires spéciaux établis en vertu du régime d'assurance-maladie provincial.

La question des niveaux de salaires du personnel professionnel a été soulevée par les représentants de plusieurs centres. Un répondant d'un centre de santé communautaire indique que les salaires des infirmières de première ligne y sont inférieurs de 20 000 \$ à ceux des infirmières ayant des qualifications similaires ailleurs. De même, on affirme verser aux médecins des salaires inférieurs de 25 000 \$ à ceux des urgentologues. En dépit des disparités salariales, remarquent les répondants, les membres du personnel préfèrent souvent travailler en milieu communautaire, car ils se sentent en accord avec la philosophie de ce milieu et y trouvent une qualité de vie professionnelle supérieure. Une répondante fait savoir que son centre de santé communautaire a pu atteindre la parité avec le secteur institutionnel en établissant des liens formels avec ce secteur (dans ce cas, le centre de santé rend compte au conseil d'administration d'un hôpital).

Au chapitre de la rémunération des prestataires, les répondants font les propositions suivantes :

- dans la mesure du possible, **assurer un traitement égal du personnel** en ce qui concerne le mode de rémunération; on renforce ainsi le sentiment d'appartenance à une équipe, par opposition à l'approche hiérarchique par discipline;
- la capacité de **rémunérer les médecins à un niveau légèrement supérieur à celui qu'ils obtiendraient autrement en pratique privée** facilite le recrutement de médecins en milieu communautaire;
- atteindre la **parité salariale** avec le secteur institutionnel, de telle sorte que les centres puissent être compétitifs pour l'embauche des meilleurs professionnels de la santé.

Gestion des ressources humaines

Parmi les approches de gestion des ressources humaines de santé qui sont, de l'avis des répondants, associées à une qualité de vie professionnelle accrue pour les employés, notons les suivantes :

- le soutien de l'organisation vis-à-vis de la mise sur pied et du fonctionnement d'**équipes pluridisciplinaires**;
- la communication aux membres du personnel d'une **vision** claire;
- la suppression des obstacles à la **communication interne** (p. ex., recours au courrier électronique, tenue de réunions hebdomadaires d'équipes pluridisciplinaires);
- un leadership fort, qui tient compte du changement de paradigme** donnant un rôle plus important à la prestation de services de santé en milieu communautaire;
- une culture organisationnelle basée sur la confiance et le respect** (au sein du conseil d'administration, de la direction, du personnel et des membres de la communauté);
- l'habilitation du personnel et son autonomie en matière de prise de décisions**, dans le respect des paramètres de l'approche des soins par un travail d'équipe;
- une structure organisationnelle et une attitude de la direction qui permettent la **flexibilité et la créativité**.

3.5 Questions organisationnelles

Aire de recrutement des services

Lorsqu'on parle de recrutement des services, on fait référence à la définition de la population ou du territoire administratif desservi, y compris les mécanismes assurant l'accessibilité des services.

De l'avis des répondants, le terme *communauté* peut être défini par des critères géographiques ou par des concepts d'« unité commune ». Tous les centres visités peuvent être définis par une aire de recrutement géographique. Toutefois, on note des différences sur le plan de la mesure dans laquelle, à l'intérieur de ce territoire géographique, les centres disposent d'un mandat large (p. ex., les CLSC

au Québec) ou étroits pour certains sous-groupes particuliers de la population dans son ensemble (p. ex., les femmes, les personnes défavorisées).

Selon les répondants, il est préférable de définir les territoires géographiques en s'appuyant le plus possible sur des repères naturels, par exemple les frontières naturelles (cours d'eau, rues principales, etc.) qui déterminent le parcours naturellement suivi par les individus pour obtenir un service, en tenant compte du sentiment d'appartenance et d'association à une région au sein de la communauté considérée. On estime que la coïncidence des limites organisationnelles des services de santé communautaires et des frontières municipales facilite les liens avec les politiciens et les planificateurs municipaux.

La taille de la population optimale pour les répondants varie de 20 000 à 150 000 et reflète l'expérience de chaque gestionnaire en matière de SSC. Ceux qui donnent au SSC un mandat global, ou qui représente une autorité régionale ou de district donnent en général des chiffres de population plus élevés que ceux pour qui les SSC ont un mandat plus étroitement défini (p. ex., une simple clinique de quartier). Notons que, dans certains centres visités, la base de population (ou le nombre de membres inscrits bénéficiant des SSC) est inférieure à 10 000.

En majorité, les répondants se prononcent en faveur de la prestation d'un large éventail de services par le biais d'entités administratives réduites, afin que la notion de « communauté » conserve tout son sens. On ressent la nécessité d'atteindre un juste équilibre entre masse critique et « adéquation » naturelle ou sentiment d'appartenance, et on note une vive résistance à l'« institutionnalisation » des SSC par le biais de structures bureaucratiques tentaculaires.

La possibilité d'avoir recours à une approche à plusieurs niveaux est jugée critique, compte tenu de la réalité de « l'existence de communautés au sein des communautés » (c.-à-d. une communauté peut être une ville, ou l'un de ses quartiers). Plusieurs répondants ont présenté un modèle viable pour tenir compte des différents paliers de responsabilités. Dans ce modèle, les gouvernements provinciaux et territoriaux sont responsables de l'établissement des buts et des normes, de la définition des services de base et du financement des autorités régionales. Il incombe aux autorités régionales de déterminer les besoins et les priorités en matière de services, de financer les centres ou les organisations de services de moindre importance et de coordonner et d'évaluer le système de prestation. Les centres de moindre importance sont responsables de la prestation créative et flexible des services, dans le respect des paramètres établis aux deux autres paliers. Ces centres de moindre importance peuvent également avoir des sites satellites afin de rapprocher le plus possible les services de chaque quartier.

Plusieurs répondants ont formulé des suggestions pour améliorer l'**accessibilité des services**, notamment les suivantes :

- multiplier le **nombre de points d'accès matériel** (un centre indique compter plus de 20 sites de prestation de services au sein de l'aire de recrutement);
- tenter d'**offrir tous les services de santé communautaires à partir d'un lieu unique** (p. ex., soins à domicile, santé publique, santé mentale, clinique de soins primaires);
- prendre en considération les problèmes matériels** (p. ex., accès des personnes handicapées, boutons d'ascenseur en braille, distance et possibilités de stationnement à proximité de la clinique);

- offrir des **services à l'extérieur** (même si cela n'est pas toujours souhaitable pour les personnes âgées ou les personnes vivant en milieu rural qui sont socialement isolées, le fait de devoir se déplacer jusqu'à un centre pour obtenir des services est bon pour leur santé);
- offrir l'**accès aux services 24 heures sur 24** (p. ex., recours à un système d'appel);
- avoir un **numéro de téléphone unique** pour l'organisation;
- offrir des **heures de service flexibles** et des horaires tenant compte des besoins des usagers (toutefois, on note la nécessité d'un compromis entre la commodité pour les clients et le roulement du personnel);
- adopter une politique de service le même jour ou sans rendez-vous** (ce volet est jugé particulièrement important pour les personnes difficiles à atteindre ou faisant partie de groupes socio-économiques plus défavorisés, qui planifient rarement leurs visites);
- veiller à ce qu'il n'y ait **pas un point de contrôle unique** à l'accès aux différentes disciplines; prévoir de **multiples points d'entrée** dans le système;
- recourir à une **approche de gestion des cas**, où une personne se voit confier la mission de guider le client à l'intérieur du système.

Approches en matière de prestation de services

Les types d'approches en matière de prestation des services associés, d'après les répondants, à une qualité accrue des soins et à une meilleure efficacité économique sont les suivants : une philosophie organisationnelle orientée vers les besoins de la communauté et les déterminants sous-jacents de la santé, l'adoption d'un modèle socio-écologique des soins par opposition à un modèle médical, la prestation de services intégrés et pluridisciplinaires, de services ciblés qui répondent à des besoins critiques, le rôle central du client dans les soins et la diversité des services offerts.

Plusieurs administrateurs de centre ont décrit la philosophie qui sous-tend leur modèle de soins. D'une manière générale, cette philosophie reconnaît la nécessité d'adopter un modèle de soin médical pour le traitement des épisodes de maladie. Cependant, il faut en contrepartie considérer le besoin de cerner les déterminants fondamentaux de la santé et d'en tenir compte. Dans ce dernier modèle de prestation des services, appelé **modèle socio-écologique**, on reconnaît les liens critiques entre les individus et leur environnement social et physique. Ce modèle est axé sur la « santé » plutôt que sur la maladie et, par conséquent, s'étend à d'autres domaines qui ne concernent pas directement les soins. Il est mis en application en collaboration étroite avec d'autres partenaires communautaires dont les mandats sont complémentaires. En vertu de ce modèle, les membres du personnel des SSC assument tour à tour les rôles de porte-parole, d'initiateur et de facilitateur pour déterminer quels sont les problèmes de santé et veiller à ce qu'ils soient pris en compte par la communauté.

L'adoption d'une philosophie axée sur la communauté est également associée à la nécessité d'identifier clairement les priorités et d'offrir des **services ciblés** s'adressant aux sous-groupes de la population dont les besoins en matière de santé sont les plus pressants. L'atteinte d'un juste équilibre entre la prestation de services à la population générale et le ciblage de certains groupes est, de l'avis des répondants, un dilemme permanent. De même, les organisations de SSC se disent confrontées au perpétuel défi d'équilibrer les exigences des groupes d'intérêt et le bien de la population dans son ensemble.

Les personnes interrogées lors des visites sur le terrain se prononcent fortement en faveur de la création d'alliances avec les **partenaires naturels de la communauté** présentant une identité de problèmes et de fonctions. Dans un des centres, on indique avoir des associations en cours avec 60 groupes de l'extérieur. En vue de créer et de maintenir des **relations de travail concerté avec des partenaires extérieurs**, on a fait notamment les suggestions suivantes :

- ne pas créer de nouvelles structures; dans la mesure du possible, s'appuyer sur les ressources communautaires existantes;
- intégrer et coordonner dans tous les cas de chevauchement des questions et des fonctions naturelles entre les organisations, et travailler de manière mutuellement complémentaire;
- construire des partenariats pendant les périodes où tout va bien, afin de pouvoir offrir soutien et appui mutuels dans les temps difficiles; ne pas attendre qu'une crise se déclare pour tisser des liens, car il ne s'agit pas là d'un environnement idéal pour la construction de relations;
- viser l'intégration tant sociale que professionnelle;
- il est utile de travailler en étroite collaboration;
- se réunir avec les autres pour aborder certaines préoccupations communes (et non pas dans le seul but de se réunir);
- reconnaître que l'établissement de la crédibilité prend du temps et que la collaboration externe joue dans les deux sens : les prestataires de SSC doivent être aussi désireux de donner que de demander de l'aide.

Le fait d'offrir un **large éventail de services** et de fournir ces services **le plus près possible de l'endroit où vivent les gens** et mènent à bien leurs activités quotidiennes est considéré comme un volet important de l'approche de prestation de services communautaires. Les répondants de la plupart des provinces constatent une fragmentation évidente entre centre de santé communautaire, santé publique, santé mentale, soins à domicile et services sociaux. Un vif désir de voir s'opérer une plus grande **intégration de ces SSC** a été exprimé. Dans les cas où une plus grande proximité physique du personnel (prestation de ces services à partir du même lieu) résulte de la restructuration du système de santé, on considère l'accès accru aux professionnels de SSC d'autres organisations comme un aspect très positif.

Les responsables du Québec interrogés estiment que l'intégration des services de santé et des services sociaux constitue l'une des meilleures décisions du Québec en matière de santé. Ils indiquent qu'environ un tiers des personnes qui se rendent dans un centre de santé pour obtenir des services médicaux ont des problèmes physiques mal définis ou indéterminés. Ils estiment que l'on réalise ainsi dans le système de santé des économies considérables en chargeant les travailleurs sociaux plutôt que les médecins de résoudre les problèmes sociaux. Selon l'estimation faite par un administrateur d'un centre du nord, il existait un chevauchement de 90 p. 100 des fonctions entre les travailleurs en services sociaux et les travailleurs de la santé oeuvrant sous des mandats différents dans certaines communautés.

Alors que l'on accorde une grande importance à l'intégration des services de santé et des services sociaux, de la santé publique, de la santé mentale, des soins à domicile et des soins médicaux primaires au sein du système communautaire, on juge généralement nuisible l'intégration des SSC au secteur institutionnel du système de santé. En ce qui concerne cette dernière éventualité, la principale préoccupation exprimée est le risque pour les SSC d'être absorbés par un paradigme « institutionnel » et, partant, de voir abandonnés les volets de promotion de la santé et l'approche holistique et flexible nécessaires pour s'attaquer aux questions de la santé par leurs racines sociales et environnementales. Néanmoins, on prône l'établissement de liens étroits et de passerelles efficaces entre les secteurs communautaire et institutionnel.

D'un point de vue pratique, les répondants trouvent que l'intégration des services au sein d'une organisation n'est pas chose facile. Plusieurs administrateurs reconnaissent que, s'ils sont néanmoins utiles, leurs services pluridisciplinaires existants ne sont pas nécessairement intégrés. Il faut du temps pour développer des valeurs communes et pour créer et comprendre la même langue. De l'avis des répondants, l'intégration interne est facilitée par un **leadership fort, où l'on accorde une place prépondérante au travail d'équipe interdisciplinaire, au contact régulier et à la proximité des lieux de travail, aux structures organisationnelles axées sur les programmes plutôt que sur les fonctions, aux dossiers de clients communs, à la résolution conjointe de problèmes** et à la **participation de tous les prestataires** aux réunions du personnel.

Le concept de prestation de services axée sur le client est défini de plusieurs manières : offrir des **services en fonction des besoins des clients**, plutôt que d'autres considérations (telles que la réduction de la durée de séjour), veiller à intégrer au processus de prestation de services le droit du patient au choix et continuer de **suivre les individus** desservis (par opposition à l'approche de la rencontre unique généralement adoptée dans les hôpitaux). De même, on estime que la **gestion des cas**, qui inclut l'élaboration d'objectifs communs pour les clients, permet d'offrir des soins de haute qualité axés sur les besoins du client, en particulier dans le cas des individus et des familles ayant des besoins aigus. Le gestionnaire de cas peut être une infirmière ou tout autre professionnel de la santé avec qui les contacts avec le client sont les plus nombreux.

Au chapitre de la prestation de services aux clients immigrants, un administrateur de centre en milieu urbain se demande dans quelle mesure il est approprié et réaliste d'offrir des services dans la langue du client. Si la société a l'obligation de rendre les services accessibles, les individus ont également la responsabilité de s'adapter à la culture du pays de leur choix. En vertu de la politique adoptée dans le centre de santé de cet administrateur, on tente d'atteindre un juste équilibre entre ces deux considérations. Les membres du personnel font tout leur possible pour les Canadiens de première génération, mais s'attendent à ce que ceux de la seconde génération se soient adaptés à la culture canadienne. D'après les indications données, approximativement un tiers des membres du personnel de ce centre possèdent (collectivement) le large éventail de capacités nécessaire pour répondre aux besoins des immigrants.

Direction

Par ce terme, on entend la structure et les mécanismes par lesquels les communautés ou les individus participent aux décisions sur l'organisation et la prestation des services de santé.

On note certaines divergences d'opinions quant à savoir si les membres du conseil d'administration doivent être élus ou nommés pour garantir les intérêts de la communauté. Dans une province, le ministre de la Santé a demandé aux communautés d'indiquer leur préférence en ce qui concerne la nomination ou l'élection des membres des conseils d'administration des autorités sanitaires régionales et de district. On a constaté que, dans les régions rurales, on souhaitait des conseils d'administration uniquement élus, tandis que dans les régions urbaines, on optait pour la solution diamétralement opposée, c'est-à-dire un conseil d'administration complètement nommé. Par la suite, le ministre de la Santé de cette province a ordonné que les membres soient en partie élus et en partie nommés.

Pour certains répondants, le processus d'élection va de pair avec le concept de prestation de services axés sur la communauté. D'autres se déclarent plutôt hostiles à l'idée d'un conseil d'administration qui serait complètement élu. À leur sens, un conseil d'administration élu ouvre la porte au jeu d'influences des groupes d'intérêt, au détriment de la population générale. De même, on estime qu'un conseil d'administration élu n'est pas garant d'une réelle représentation de la communauté, car il est probable que le taux de participation sera plus important dans la catégorie des individus ayant un niveau d'étude plus élevé ou appartenant aux couches socio-économiques supérieures. On souligne que, dans les centres où un processus électoral est en place, le nombre réel de participants aux élections ne représente souvent qu'une infime proportion de la communauté.

De l'avis de plusieurs répondants, le processus de sélection des membres du conseil d'administration est loin de revêtir autant d'importance que les qualités de l'individu, en regard de la nature sophistiquée des types de décisions prises autour de la table du conseil. Plusieurs administrateurs indiquent que, dans leur centre de santé communautaire, on a abandonné l'idée que soient représentées au conseil les populations défavorisées, car ces dernières démontrent semble-t-il peu d'intérêt pour les tâches ordinaires du conseil et n'ont pas les capacités requises pour les mener à bien. On indique qu'il existe des méthodes plus appropriées pour faire participer ces individus aux décisions sur les services qui les touchent directement.

Parmi les **compétences** recherchées chez les membres des conseils d'administration figurent le leadership, les capacités en matière d'affaires et de finances, l'ouverture au point de vue des praticiens et des professionnels de la santé et la compréhension de la gestion des ressources humaines. On suggère qu'il serait utile de développer des compétences propres aux membres du conseil d'administration afin d'assurer une participation satisfaisante. Un administrateur préconise l'emploi du modèle de Carver¹.

Les répondants suggèrent plusieurs méthodes permettant d'assurer la participation de la communauté à la prise de décisions, au-delà de la participation à titre de membre du conseil :

- le recours à des **comités consultatifs** pour aborder certaines questions en particulier (de l'avis de certains répondants, les comités consultatifs ont exercé une influence bien plus

1 Carver, J. (1990) *Boards that Make a Difference*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

grande sur l'orientation de l'organisation des SSC et de ses services que ne l'a fait le conseil d'administration);

- ❑ **rétroaction informelle par le biais du personnel** : on peut notamment obtenir une rétroaction directement par les clients, charger les travailleurs en santé communautaire de « prendre constamment le pouls de la communauté » en se rendant dans les lieux où se réunissent les membres de la collectivité (p. ex., salles de bingo, foyers de personnes âgées), afin de recueillir des idées et des commentaires, et donner suite aux demandes de service (p. ex., une réceptionniste qui avait remarqué que plusieurs personnes appelaient pour demander des services de counseling pour personnes en deuil a alerté le personnel, qui a par la suite organisé des services destinés à répondre à cette demande);
- ❑ **constitution de réseaux** avec d'autres personnes de premier plan dans le milieu communautaire, sur une base formelle ou informelle, par exemple par la tenue de rencontres régulières interorganismes (une administratrice indique qu'elle tente de garder le contact avec quelque 50 dirigeants d'autres organisations communautaires).

Les répondants se montrent peu favorables à l'emploi d'enquêtes formelles ou de forums publics. Parmi les problèmes que posent ces méthodes, on mentionne notamment la résistance du public à être sondé à outrance et l'applicabilité limitée de la méthodologie de l'enquête aux personnes analphabètes, ou encore à celles qui n'ont pas de domicile ou de téléphone. Dans le même ordre d'idées, un administrateur estime que les groupes de discussion revêtent moins d'intérêt dans la pratique qu'en théorie. Le manque de temps et de ressources pour entreprendre des exercices formels de collecte d'informations constitue un autre obstacle souligné par plusieurs administrateurs.

Plusieurs répondants évoquent les problèmes que pose la mise à contribution des membres de la communauté pour l'évaluation des besoins en matière de santé de cette dernière et à la prise de décisions en matière de prestation de services. On insiste sur le fait que « les commentaires sur les besoins formulés par des personnes qui ne sont pas parfaitement au courant ne sont pas d'une grande utilité ». On juge important que le centre de santé communautaire soit capable d'évaluer l'aptitude de la communauté à évaluer ses propres besoins. Chaque communauté est différente sur le plan des questions auxquelles elle est confrontée et de sa capacité de les aborder. Un administrateur explique qu'il lui a fallu deux ans pour faire comprendre aux membres de la communauté siégeant à un comité consultatif de programme les questions à traiter et pour les sensibiliser à ces dernières avant de recevoir d'eux des commentaires judicieux ou utiles.

Financement

Pour les centres visités, la principale source de revenus est le ministère de la Santé provincial (qui finance les centres interrogés à hauteur de 70 à 100 p. 100). Les autres sources de revenus sont les autres ministères provinciaux, les municipalités, les levées de fonds à l'intérieur de chaque communauté, Centraide et les dons privés. D'après les chiffres indiqués, le pourcentage du budget de la santé provincial alloué aux centres de santé communautaire varie de 0,5 à 5 p. 100 dans trois des provinces visitées. Pour trois centres implantés en Alberta, en Ontario et au Québec, le financement par habitant varie entre 44 et 178 \$. Un représentant d'un centre de santé communautaire signale une participation active de la communauté à la levée de fonds pour l'acquisition d'équipement et pour les rénovations des installations. De l'avis des répondants, cette participation de la communauté reflète son sentiment d'appartenance et son attachement au centre.

Au chapitre du financement organisationnel, les principales questions soulevées sont les suivantes :

- le faible niveau de financement des services de santé communautaires;
- comment faire pour s'assurer que les individus fassent une demande de services au sein du territoire administratif bénéficiant du financement, sans toutefois restreindre le choix des clients;
- les limitations imposées par les gouvernements provinciaux (p. ex., réglementation excessive ou financement de programmes qui ne sont pas des priorités locales, nécessité de mettre l'accent sur les services curatifs au détriment des services de promotion de la santé);

De l'avis d'un administrateur, dans le contexte des compressions budgétaires subies par les hôpitaux, la tendance du gouvernement à exiger une participation accrue dans les programmes de soins curatifs au détriment des programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies et des blessures est exacerbée. Cette tendance s'accompagne de la nécessité d'évaluer les services selon des critères d'ordre médical.

Les opinions divergent quant au modèle souhaitable pour le financement des organisations communautaires. Plusieurs administrateurs prônent le financement basé sur les **besoins de santé de chaque population**, en procédant à certains ajustements en fonction des facteurs propres à certaines administrations (p. ex., pour les installations d'enseignement). On souligne qu'un financement global permet une plus grande flexibilité pour répondre aux besoins de chaque communauté. Cette solution est considérée comme étant la plus pratique pour les bons gestionnaires financiers. Toutefois, plusieurs administrateurs reconnaissent la nécessité de lier le financement à la prestation de certains programmes en particulier, afin d'assurer l'imputabilité de l'utilisation des fonds publics. L'imposition de frais d'utilisation n'est pas privilégiée par les répondants, en raison de son effet préjudiciable sur l'objectif de l'équité.

Un administrateur suggère que le type de financement utilisé dépende de l'aptitude de l'organisation à faire la preuve de sa bonne gestion financière; ainsi, il pourrait être approprié d'exiger l'imputabilité vis-à-vis d'un budget détaillé dans le cas des organisations qui n'atteignent pas leurs objectifs budgétaires.

Parmi les autres suggestions formulées pour le financement des organisations de services de santé communautaires figurent les suivantes :

- la nécessité pour le gouvernement provincial de préciser et de financer les **services de base** (en d'autres termes, il est très important de disposer d'une source de financement stable);
- la nécessité de **protéger le financement des programmes de prévention et de promotion de la santé** (on note que cette suggestion se heurte à l'opposition d'au moins une autorité de région ou de district qui assumait la responsabilité de l'affectation des fonds);

- la mise en oeuvre d'un **système incitatif** afin d'encourager les individus à faire appel à des services dans une région donnée (p. ex., imposition d'une surtaxe si un individu bénéficie de services de soins à plus de 20 p. 100 à l'extérieur du territoire dans lequel est situé son domicile);
- le fait de tenter de **récompenser les organisations sur la base des résultats démontrés**.

Structure organisationnelle

Dans les centres visités, la structure organisationnelle la plus répandue est la **structure par programme**. Dans certains cas, on a recours à une structure matricielle modifiée, dans laquelle l'imputabilité directe et les lignes hiérarchiques suivent une structure par programme, tandis que, dans chaque discipline, des coordonnateurs s'occupent des questions propres à celles-ci. On juge important d'avoir une **structure organisationnelle plane**, avec une hiérarchie minimale, où aucune discipline ne joue un rôle dominant, si l'on veut parvenir à intégrer les services, à ne pas entraver la prise de décisions par le personnel et à adopter un modèle de prestation des services socio-écologique plutôt que médical. Un administrateur indique ne pas se sentir gêné par la large étendue de ses responsabilités (p. ex., jusqu'à 50 employés pour un gestionnaire).

Autorités sanitaires de région et de district

Sur les sept provinces et territoires visités, quatre d'entre eux ont mis en oeuvre, au cours des dernières années, un certain degré de transfert des responsabilités. La mesure dans laquelle cette politique a eu des incidences positives ou négatives sur la prestation des services de santé communautaires varie selon la province et le répondant.

- Pour les répondants issus du secteur des soins aigus, les aspects positifs des modèles régionalisés ou de district sont le suivants :
- les membres du personnel et du conseil d'administration en ont appris beaucoup sur le caractère unique des communautés et la manière dont ces communautés prennent des décisions;
- les membres du conseil d'administration sont devenus plus accessibles et davantage à l'écoute de leurs communautés;
- lorsqu'ont eu lieu des fermetures d'hôpitaux, les communautés ont été contraintes de voir la santé de manière plus globale que la simple prestation de services hospitaliers et ont commencé à évoquer des questions plus larges telles que la santé mentale, l'intervention d'urgence, la promotion de la santé, les services à domicile et les cliniques de promotion du mieux-être;
- par le truchement de comités consultatifs communautaires, le conseil de région ou de district reçoit en permanence des informations utiles provenant des communautés;
- la composition du conseil d'administration, où sont représentés les divers secteurs de la santé, garantit que l'on n'ignorera pas certaines questions propres à un secteur donné (p. ex., soins à domicile);

- la nomination de présidents du conseil ayant l'expérience de la prestation de services de santé communautaires (par opposition aux administrateurs d'hôpitaux) facilite le changement de paradigme nécessaire à la base de la réforme du système de santé;
- l'intégration accrue commence à entraîner une réduction du double emploi et de la fragmentation des services;
- compte tenu du plus large éventail de professionnels mis à contribution dans le processus décisionnel, la région ou le district est perçue comme s'appuyant sur les atouts de différentes personnes au sein du système de santé;
- on pense qu'une structure unique de gestion conduira, en bout de ligne, à un système intégré et à un « système de soins de santé » (ce qui était auparavant un oxymoron).

Pour les intervenants issus du secteur communautaire, les aspects négatifs de la régionalisation sont les suivants :

- la médicalisation des services de promotion de la santé et de prévention des maladies et des blessures; les répondants ont l'impression qu'on leur impose d'adopter un modèle médical ou de soins aigus sans que l'on privilégie la prévention et la promotion de la santé, comme le préconisent les programmes de restructuration des systèmes de santé;
- on note un manque de vision et une compréhension insuffisante des protocoles et des canaux de communication appropriés de la part du conseil d'administration;
- une impression générale de malaise et de méfiance chez les différents intervenants du système de santé; les membres des communautés et les professionnels de la santé, qui avaient établi de bonnes relations de travail l'un avec l'autre ainsi qu'avec le ministère de la Santé, doivent trouver un nouvel équilibre à cet égard;
- un retour au processus décisionnel centralisé au sommet de l'organisation, par opposition à un partage du pouvoir avec le personnel et la communauté; pour la haute administration, il ne s'agit pas de partenaires compétents;
- la hiérarchie organisationnelle accrue a conduit à un ralentissement des processus décisionnels;
- le manque de compréhension du concept de *santé* et des approches en matière de prestation de SSC de la part du conseil et de la haute direction s'est traduit par un contrôle accru et une flexibilité réduite pour répondre aux besoins de la communauté; le personnel doit attendre de recevoir des directives stratégiques émanant des paliers supérieurs;
- la mauvaise compréhension des SSC s'est traduite par l'application de mesures inappropriées pour les évaluer (d'après un administrateur, approximativement 10 p. 100 du temps de travail du personnel est consacré non plus à la prestation de services, mais à la justification de son existence); on s'engage très peu à des mesures à long terme et on privilégie les « moyens » au détriment des « fins »;
- on constate un affaiblissement des liens avec les partenaires communautaires; lorsque les changements surviennent très rapidement, il ne reste pas de temps pour rencontrer les autres intervenants de la communauté et pour travailler avec eux;

- ❑ l'accès aux domiciles et aux écoles a diminué, car l'ancien concept de « santé communautaire » a disparu et la relation de confiance entre les principaux acteurs communautaires et le secteur des soins aigus ne s'est pas encore construite;
- ❑ un conseil de santé communautaire ne fonctionne pas lorsque l'on adopte une approche descendante et lorsqu'une compréhension suffisante de la santé communautaire et du développement communautaire fait défaut;
- ❑ les philosophies et les valeurs différentes des nombreuses cultures ne s'intègrent pas; par conséquent, le personnel a l'impression d'être écartelé dans plusieurs directions;
- ❑ on a l'impression que l'intégration n'est pas toujours souhaitable (p. ex., avec un effectif très nombreux, si des membres du personnel des régions ou des districts ont un problème de dépendance pour lequel ils ont besoin de services de counseling, certains souhaiteront accéder à ce service ailleurs que chez leur employeur; par conséquent, il pourrait être avantageux de sous-traiter certains services);
- ❑ les installations hospitalières donnent une mauvaise « impression » aux individus à la recherche de SSC (p. ex., implantation dans un endroit peu pratique, par exemple à la limite de la ville ou sur une colline, longs couloirs froids, personnel en uniforme et nécessité de payer avant de partir!);
- ❑ les professionnels en soins aigus parlent de développement communautaire et de promotion de la santé; toutefois, ils ne savent pas ce qu'ils disent et ne font que redécouvrir ce que savent déjà depuis plusieurs décennies les professionnels des SSC; parallèlement, dans leur zèle à réformer le système, ils détruisent les services et les réseaux de santé communautaires efficaces déjà en place.

De l'avis d'un des répondants, on procède à une régionalisation afin de se renvoyer la balle plutôt que dans un intérêt véritable pour l'habilitation des communautés locales. Toutefois, le public n'est pas dupe et il contournera facilement l'autorité sanitaire régionale en s'adressant directement au ministre de la Santé pour qu'il intervienne.

4 DISCUSSION

Les interviews lors des visites sur le terrain ont été entreprises afin de déterminer quels indicateurs doivent être intégrés dans un cadre de planification et d'évaluation des services de santé communautaires. Dans l'ensemble du présent document, les éléments en caractères gras sont ceux qui ont été retenus dans l'élaboration du cadre final. Il convient de noter l'existence de certaines limitations en ce qui concerne l'utilisation des résultats de ce processus de visites sur le terrain. En premier lieu, comme les participants ont été spécifiquement sélectionnés selon des critères établis, leurs réponses ne sont pas nécessairement représentatives de la position de toutes les organisations de SSC. Deuxièmement, en raison de la grande rareté des données évaluatives fiables, les informations ne représentent que les points de vue subjectifs des personnes interrogées. Les approches suggérées par les répondants sont mentionnées dans le cadre comme des indicateurs « basés sur l'expérience » ou « proposés » plutôt qu'« empiriques ».

Il importe également de souligner que cet exercice ne visait pas à évaluer et à comparer certains modèles particuliers de prestation de SSC. On a plutôt tenté de faire en sorte de mieux comprendre quels aspects des approches organisationnelles et de la gestion des ressources humaines sont associés aux résultats désirés pour les SSC.

Les chercheurs étaient en particulier intéressés par la grande diversité des points de vue observée d'une province à l'autre et d'un répondant à l'autre. Cet éventail témoigne de la diversité des modèles de prestation de services et de l'évolution historique des SSC dans les différentes administrations canadiennes. De toute évidence, un modèle unique de prestation de SSC n'est ni envisageable ni approprié, au regard de cette diversité. Un cadre de planification et d'évaluation doit être doté d'une flexibilité considérable pour permettre à chaque administration de planifier et d'évaluer les services en fonction de ses propres caractéristiques.

ANNEXE A

LISTE DES CENTRES VISITÉS

1. Boyle McAuley Health Centre, Edmonton (Alberta)
2. CLSC Hochelaga-Maisonneuve, Montréal (Québec)
3. CLSC NDG Montréal-Ouest, Montréal (Québec)
4. CLSC Saint-Hubert, St-Hubert (Québec)
5. CLSC Saint-Louis-du-Parc, Montréal (Québec)
6. Health Action Centre, Winnipeg (Manitoba)
7. KLINIC Health Centre, Winnipeg (Manitoba)
8. Lakeshore Area Multi-Service Project, Toronto (Ontario)
9. Leduc-Strathcona Home Care Program, Sherwood Park (Alberta)
10. MacKenzie Region Health Service (incluant le Rae Community Health Centre), Yellowknife (Territoires du Nord-Ouest)
11. Centre de santé communautaire McAdam, McAdam (Nouveau-Brunswick)
12. Département de santé publique de la Communauté urbaine de Toronto, Toronto (Ontario)
13. Ministère de la Santé et des Services communautaires du Nouveau-Brunswick, Fredericton (Nouveau-Brunswick)
14. Hôpital extra-mural du Nouveau-Brunswick, Fredericton (Nouveau-Brunswick)
15. Ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest, Yellowknife (Territoires du Nord-Ouest).
16. Association des centres de santé de l'Ontario, Toronto (Ontario)
17. Prince Albert Health District, Prince Albert (Saskatchewan)
18. Centre de santé communautaire Sandy Hill, Ottawa (Ontario)
19. Saskatoon Health District (incluant le Borden Health Centre), Saskatoon (Saskatchewan)
20. Centre de service du sud-est d'Ottawa, Ottawa (Ontario)
21. Wetoka Health Unit, Wetaskiwin (Alberta)
22. Centre de santé communautaire Woolwich, St. Jacobs (Ontario)

ANNEXE B

QUESTIONS POSÉES LORS DE L'INTERVIEW

1. Quelles sont les informations disponibles sur votre organisation en ce qui concerne les aspects suivants :
 - a. l'atteinte de l'objectif de la participation de la communauté et de sa satisfaction vis-à-vis des services offerts?
 - b. l'amélioration des résultats en matière de santé et de la qualité des soins?
 - c. l'amélioration de l'efficience?
 - d. l'amélioration de l'accès aux services, en particulier pour les catégories ayant les besoins les plus pressants en matière de santé?
 - e. l'amélioration de l'intégration des services au sein du secteur de la santé ainsi que d'autres secteurs dans la collectivité?
 - f. l'intensification de la collaboration interdisciplinaire?
 - g. l'évolution du rôle des hôpitaux, des soins aigus aux soins de santé communautaires?
 - h. les incidences du transfert des responsabilités et de la régionalisation sur les modèles de prestation de services et de financement?
 - i. l'effet des approches novatrices de gestion sur la prestation des services?
 - j. l'effet des modèles non traditionnels de financement sur l'efficience et l'efficacité des services?
2. Quelle est votre définition des services de santé « communautaires »?
3. Quels sont les facteurs clés qui ont contribué au succès ou à l'échec de votre organisation ou programme communautaire?
4. Quels sont les aspects de la gestion des ressources humaines de santé (RHS) qui ont contribué au succès ou à l'échec de votre organisation ou programme communautaire? Veuillez considérer plus spécifiquement les aspects suivants :
 - a. Continuum des RHS : la gamme de prestataires de soins, incluant les stratégies d'auto-soins, le réseau informel de prestataires de soins tels que la famille et les réseaux communautaires, les bénévoles, etc.
 - b. Rôle des prestataires de services de santé (prestataires formels), incluant le recours aux infirmières de première ligne, aux assistants et aux travailleurs polyvalents.
 - c. Acquisition de compétences : les « nouvelles » compétences clés pour les soins communautaires, ainsi que les meilleures méthodes de formation pour les auto-soins et les prestataires de soins de santé tant formels qu'informels.

- d.* Équipes pluridisciplinaires : les meilleures méthodes pour réaliser la collaboration interdisciplinaire et l'intégration des services et efficacité du résultat.
 - e.* Modèles de rémunération : les modèles de rémunération à l'acte, par versement de salaire ou autre.
 - f.* Réglementation professionnelle : les conséquences du changement sur le plan de la portée de la pratique, de la délivrance de certificats, de l'octroi de permis, de l'accréditation et de la législation et de la réglementation professionnelles.
 - g.* Qualité de vie professionnelle : le point de vue des prestataires de services sur ce qui contribue à leur satisfaction au travail.
5. Parmi les caractéristiques organisationnelles suivantes, quelles sont celles qui ont contribué au succès ou à l'échec de votre organisation ou de votre programme?
- a.* Aire de recrutement des services et accessibilité.
 - b.* Sources et modèles de financement.
 - c.* Structures et systèmes de gestion.
 - d.* Structures de direction et systèmes d'imputabilité.
 - e.* Intégration des services.