



Espace Santé

Benoit Gareau
Groupe Espace Santé



Lors des dernières années, des événements importants ont été organisés pour consulter citoyens et acteurs du réseau afin

de comprendre les réalités et trouver des solutions aux problématiques du système de santé. Les Rendez-vous stratégiques sur la santé de l'Institut du Nouveau Monde et le Sommet de la santé du Collège des médecins du Québec ont été des occasions de sonder les participants sur des défis et enjeux en santé.

Des constats similaires ont été faits de ces consultations. Par exemple sur l'importance de maintenir un système de santé public fort et le rejet d'un système privé parallèle.

Ces participations de citoyens et d'acteurs du réseau dans des débats publics sur l'avenir du système de santé étaient des premières à plusieurs

égards à la fois sur la formule retenue et le contenu développé. Ces consultations directes d'individus ont apporté beaucoup d'expérience et d'évidences aux débats sur l'organisation et le financement de la santé au Québec.

Dans cette édition du journal, nous faisons un retour sur le Sommet de la santé tenu en novembre 2007. Dans la première partie du journal, nous vous présentons un texte produit par le Dr Lamontagne intitulé « Santé: changer de vocabulaire pour transformer la réalité ». Des membres du Groupe Espace Santé ont participé à cette activité. Vous pourrez y lire le texte «Retour sur le Sommet de la santé» que j'ai écrit et le document de réflexion soumis par Mme Christine Guérette, vice-présidente du Groupe Espace Santé, et moi-même aux organisateurs en prévision du Sommet de la santé. Par ailleurs, M. Jean-Pierre Girard nous propose également un texte sur les Coopératives de santé que nous vous invitons à lire.

Dans la deuxième partie du journal, vous trouverez un texte de Linda Cazale qui traite de deux expériences récentes en regard de la participation des citoyens dans l'organisation des services de santé. Puis finalement, un article rédigé par Marie-Sophie L'Heureux, administratrice du Groupe Espace Santé, sur la conférence de novembre dernier sur le thème : "L'utilisation de ressources privées par les établissements publics : solution ou piège à long terme ?" est inclus.

L'année 2008 s'annonce pleine d'espoir. L'aventure Espace Santé est bien entamée et les projets pour 2008 ne manquent pas d'ambition et de promesses.

Bonne lecture,

Benoit Gareau
Président du Groupe Espace Santé

**La prochaine
assemblée
générale
annuelle
du Groupe
Espace Santé
aura lieu au
printemps
2008**

...

**Surveillez
le site
Espace Santé
pour plus
d'informations**

www.espacesante.ca



Table des matières

Éditorial	Benoit Gareau, p. 1
Santé: Changer de vocabulaire pour transformer la réalité.....	Yves Lamontagne, p.2, 12
Retour sur le Sommet de la santé.....	Benoit Gareau, p.3
Coopératives de services de santé: un appel pour une approche innovante	Jean-Pierre Girard, pp.4-5
Photos du 5 à 7 Conférence du 26 novembre 2007	p.6
Deux chiffres à retenir en regard de la participation des citoyens: 27 et 38 389!.....	Linda Cazale, p.7, 12
Discuter des valeurs et principes d'un système: Compte-rendu de la conférence du 26 novembre 2007.....	Marie-Sophie L'Heureux, p.8
Document déposé au Sommet de la santé.....	Benoit Gareau et Christine Guérette, pp.9-11
Le Groupe Espace Santé, le Journal Espace Santé et le Conseil d'administration 2006-2008	p.13



Santé: changer de vocabulaire pour transformer la réalité

Dr Yves Lamontagne

Président-directeur général du Collège des médecins du Québec



© Paul Labelle Photographe

" L'avenir de notre réseau de santé dépend de la volonté et de l'engagement de chacun d'entre nous à trouver et à mettre en place des solutions. "

Du 5 au 7 novembre dernier, le Collège des médecins du Québec avait, pour la première fois au Québec, invité les principaux acteurs de terrain du réseau de la santé de tous les horizons (patients, professionnels, administrateurs, personnel non professionnel, chercheurs, formateurs du personnel soignant) à venir partager leurs solutions aux problèmes auxquels fait face notre réseau de santé, à l'exclusion des journalistes et des politiciens.

Près de 60 organisations ont répondu à l'invitation et le rapport final faisant état de leurs délibérations a été rendu public [la semaine dernière]. Au-delà du rapport et de ses recommandations, l'exercice du sommet a permis de prendre conscience de plusieurs réalités qui, jusqu'à maintenant, avaient été occultées par des débats idéologiques ou politiques très éloignés de la réalité du terrain. À la surprise de plusieurs, ce ne sont pas les mots «public» et «privé» qui ont dominé mais plutôt «patient» et «personnel soignant».

Sans vouloir évacuer les différences de points de vue quant aux façons d'appliquer des solutions, qui se sont clairement et parfois assez fermement exprimées, mais de façon respectueuse, il est permis de constater qu'à la grande surprise des participants eux-mêmes, ils avaient en commun plus de convergences que de divergences d'opinion.

Recherche d'efficacité

La nécessité de conserver un financement public et d'innover dans

l'organisation du travail pour être plus efficace et donner de meilleurs services à la population a rallié la très grande majorité des participants. Tous reconnaissent qu'il n'y a pas de solution magique et que l'avenir ne réside pas dans l'opposition de concepts abstraits désignés par les mots «le privé» et «le public».

À ce sujet, on pourrait résumer les débats de façon pragmatique dans la formule-synthèse suivante: «Gérer le réseau public de santé avec la mentalité d'une entreprise privée.» Autrement dit, rechercher l'efficacité, en avoir pour son argent et favoriser l'innovation, la flexibilité et l'adaptabilité en fonction du besoin des patients, c'est-à-dire, finalement, de nous-mêmes.

Pour ce faire, il faut une condition préalable: que tous et chacun soient prêts à faire un bout de chemin pour le bien commun. Que le personnel soignant, y compris les professionnels, en retour d'une prise en compte du nécessaire équilibre entre la vie professionnelle et la vie personnelle, assure une offre de services 24 heures sur 24, sept jours sur sept.

Revoir l'organisation du travail

On pourrait peut-être remettre en question certains principes jugés intouchables comme celui de l'ancienneté. Il est peut-être envisageable que le patient accepte que la prise en charge et le suivi de sa maladie puissent ne plus se faire exclusivement par un médecin de famille mais par une équipe de première ligne multidisciplinaire où la rencontre du médecin de famille, ce spécialiste de la coordination des soins, se produirait au moment où sa compétence particulière serait requise.

Peut-être y a-t-il lieu de rechercher et d'éliminer dans les processus de soins toutes les étapes inutiles qui font perdre temps et argent à tout le monde et contribuent à l'engorgement du système. De nombreux exemples de solutions à ce sujet ont été présentés et discutés au sommet, et ils existent au Québec comme ailleurs.

Dans ce domaine de l'organisation du travail, tous les participants ont reconnu qu'il y avait beaucoup de travail à faire et qu'il y avait une place considérable à l'amélioration. De façon très concrète, il s'agit de trouver des réponses à des questions simples comme celles-ci:

- Dans une clinique externe d'hôpital, pourquoi faire venir tous les patients à 8h le matin?

- Pourquoi garder des chirurgies électives comme les traitements de hernies ou les investigations par endoscopie dans des blocs opératoires d'hôpitaux plutôt que de les faire dans des cliniques à l'extérieur de l'hôpital, qui seraient d'autant plus efficaces qu'elles se spécialiseraient dans ce type d'interventions?

- Pourquoi faire en sorte que le patient revienne passer des traitements et des investigations sur plusieurs jours alors qu'on pourrait synchroniser ses rendez-vous dans la même journée et gagner le maximum de temps tant pour le patient que pour le réseau?

... la suite page 12



Retour sur le Sommet de la Santé

Benoit Gareau

M. Benoit Gareau est détenteur d'une maîtrise en administration de la santé de l'Université de Montréal dont le thème portait sur les politiques en santé du New Labour britannique. Il est également président du Groupe Espace Santé.



À Montréal, au début du mois de novembre dernier, des acteurs du réseau de la santé ont été réunis pour participer à la ren-

contre du Sommet de la santé organisée par le Collège des médecins du Québec. Les personnes présentes représentaient des ordres professionnels, des syndicats, des fédérations et associations, le grand public, des chercheurs universitaires et des regroupements. Le Groupe Espace Santé a été invité à participer à cet événement.

L'objectif des organisateurs était de rassembler des personnes influentes dans le réseau de la santé afin de discuter de défis et enjeux en santé, de trouver des solutions créatives et de formuler des propositions pratiques, concrètes et réalisables à court terme pour améliorer les services à la population.

Les rencontres du Sommet de la santé se sont échelonnées sur trois jours afin de couvrir trois thèmes : l'organisation, l'administration et le financement de la santé. Chaque journée était divisée en atelier, le matin, et en plénière, l'après-midi. Des thèmes ont été débattus, des propositions formulées et des votes pris en plénière afin de dégager des tendances.

Le Collège des médecins a reconnu dès le départ les limites et les contraintes imposées par l'exercice. De plus, il spécifiait qu'aucune des recommandations ou propositions de travail ne pouvaient être interprétée comme une position officielle des organisations participantes, y compris le Collège des médecins. Après débat, discussion et vote, le Sommet a permis de dégager certaines tendances auprès des participants. En voici un résumé succinct :

- 1) implanter le dossier informatisé sur la base d'un « opting out » au lieu de « l'opting in » adopté par le gouvernement en priorisant d'abord et avant tout les résultats cliniques utiles à la décision comme les résultats de laboratoire, d'imagerie médicale et les listes de médicaments utilisés
- 2) maintenir le financement public
- 3) continuer à encourager des modèles innovateurs comme les coopératives de santé
- 4) améliorer l'accessibilité aux soins de première ligne et aux soins à domicile
- 5) renforcer les équipes multidisciplinaires, le partage d'activités professionnelles et la stabilité de ces équipes
- 6) décentraliser la prise de décision
- 7) optimiser les processus de prestation de soins et de services.

Par ailleurs, les propositions rejetées par les participants du Sommet incluaient :

- 1) le financement privé,
- 2) les hôpitaux à but lucratif.

Le Sommet de la santé a été une occasion de réunir des gens de différents milieux du domaine de la santé pour leur permettre de se parler, s'écouter et passer par dessus les barrières organisationnelles et professionnelles qui souvent bloquent le changement. Le Sommet a permis de faire des rencontres, d'établir des consensus et de mettre la table pour des changements à réaliser dans le réseau. Des liens ont été créés avec plusieurs personnes de groupes différents et il y a eu une meilleure compréhension des réalités de chacun. Les discussions étaient ouvertes et l'élaboration de propositions consensuelles était recherchée des participants.

Le Sommet de la santé a été une occasion de réaffirmer l'attachement des personnes présentes provenant de différentes organisations au maintien des acquis du système de santé public et de

rejeter les propositions qui prônaient la privatisation du financement de la santé.

Le Sommet constitue un processus important dans le continuum de réflexion de l'après « arrêt Chaoulli ». Le Sommet peut être vu comme un exercice s'inscrivant dans la même foulée que les Rendez-vous stratégiques de l'Institut du Nouveau Monde* au cours duquel des conclusions similaires avaient émergé, par exemple, sur les coopératives de santé ou le rejet de la privatisation du réseau public de santé. Dans ce forum, les citoyens et les acteurs du réseau de la santé se sont positionnés pour un réseau de santé public pour tous quelque soit l'état de santé ou le niveau socio-économique des individus.

Les membres du Groupe Espace Santé qui ont participé au Sommet de la santé considèrent que ces rencontres constituent une réflexion nécessaire. Elles ont été un succès à la fois pour les discussions engagées, mais également pour les tendances dégagées.

Nous sommes fiers d'avoir participé au Sommet de la santé et nous tenons à remercier et féliciter le Dr Yves Lamontagne, président du Collège des médecins du Québec et les organisateurs du Sommet de la santé pour l'organisation et le déroulement de ces rencontres.

* Le rapport final du Sommet de la santé du Collège des médecins est disponible à l'adresse <http://www.cmq.org/DocumentLibrary/UploadedContents/CmsDocuments/Rapport-Sommet-sante-2007.pdf>

Les documents issus du Rendez-vous stratégique de l'Institut du Nouveau Monde sont disponibles sur le lien Web de l'INM, plus précisément <http://www.inm.qc.ca/fr/activites/programmesjeunesse/programmesanteetcitoyenete.html>

" Le Sommet a permis de faire des rencontres, d'établir des consensus et de mettre la table pour des changements à réaliser dans le réseau. "



Coopératives de services de santé : un appel pour une approche innovante

Jean-Pierre Girard

*Chercheur associé, Institut de Recherche et d'Éducation pour les Coopératives
et les mutuelles de l'Université de Sherbrooke (IRECUS)*

jean-pierre.girard@usherbrooke.ca



Signe des temps, le Sommet sur la santé tenu cet automne à l'initiative du Collège des médecins a fait écho aux

coopératives de santé. Surprenant?

En fait, cet intérêt reflète simplement une dynamique qui, loin des lumières médiatiques et du tonitruant débat «public privé» en santé, se développe depuis plus de 12 ans au Québec. Par l'intense mobilisation des milieux concernés, elle vient renouveler l'organisation des services de santé de première ligne.

Depuis l'acte fondateur posé par des citoyens de St-Étienne-des-Grès dans la région de la Mauricie qui a donné naissance à une coopérative de services de santé en 1995, plusieurs autres projets de même mouture ont suivi. Le contexte de départ s'est révélé sensiblement identique d'un cas à l'autre : des services de santé de première ligne plus ou moins performants. Ici, une distance trop grande pour joindre une clinique, là, une attente qui n'en finit plus pour obtenir un rendez-vous avec un médecin. On le voit, la question de l'accessibilité est cruciale, mais la situation est exacerbée par la pénurie d'effectifs médicaux et une répartition déficiente de ces effectifs.

Une observation attentive laisse voir que, depuis 1995, il doit bien y avoir près d'une trentaine de projets de coopératives de santé qui ont été esquissés. La signification est simple : si l'État ou les médecins et de plus en

plus, de grandes surfaces commerciales – chaînes de pharmacies et épiceries, exploitant des cliniques –, ne peuvent organiser adéquatement des services de santé, la société civile va se mobiliser pour le faire. Autorités municipales, caisses Desjardins, organismes de développement, leaders d'organisations communautaires se sont ainsi concertés pour définir sur une base coopérative des projets d'amélioration des services de santé.

À l'instar de tout processus d'expérimentation, ce parcours est marqué par de belles réussites, mais aussi des projets qui peinent à vivre et d'autres qui ont avorté. On relève que la vaste majorité de ces projets inscrivent au cœur de leur développement la présence de médecins. En fait, les projets consistent souvent à regrouper au sein de la coopérative les forces vives du milieu pour acheter, construire ou louer un édifice en vue d'y attirer des médecins pour venir y pratiquer leur métier. Si l'«opération séduction» fonctionne, il sera aisé de trouver d'autres professionnels complétant l'offre de services de santé, tel un pharmacien, un dentiste, etc.

Mais l'«opération séduction» est loin de réussir tout le temps. Plusieurs projets n'ont pas dépassé la planche à dessin ou sont encore à l'étape de gestation faute d'avoir su attirer des médecins. La pénurie d'effectifs, des exigences d'engagements pour les médecins tels les actes médicaux prioritaires et la féroce concurrence des grandes surfaces commerciales rend la partie exigeante pour les coopératives de santé. Dans ce contexte, l'idée que ces organisations véhiculent une conception différente

de la santé gagne en popularité.

L'audace de l'innovation

Les médecins ne doivent pas seulement prendre acte de cette nouvelle donne des coopératives de santé, mais en synergie avec diverses communautés mobilisées dans ces organisations collectives, imaginer et œuvrer à un système de santé différent. J'ai esquissé dans un livre ce système (Girard, 2006). En quelques mots, il s'agit d'une organisation qui ne se limite pas au développement d'un modèle strictement curatif basé sur la seule consultation – de plus en plus rapide, des médecins avec prescriptions à la main –, mais qui se démarque en reprenant les féconds travaux de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Cela implique adhérer à une définition large de la santé : la santé n'est pas le seul fait de ne pas être malade, mais un état optimal de bien-être physique, psychologique et social.

La santé des individus n'est donc pas le simple résultat du nombre d'effectifs médicaux ou d'établissements de santé sur un territoire, mais d'un ensemble de facteurs, de déterminants pour reprendre le vocabulaire de l'OMS : environnementaux, héréditaires, sociaux, etc. Par exemple, d'avoir accès à un bon système d'enseignement, d'avoir un emploi valorisant, de compter sur un réseau social de soutien et quoi d'autres.

" Les projets consistent souvent à regrouper au sein de la coopérative les forces vives du milieu pour acheter, construire ou louer un édifice en vue d'y attirer des médecins pour venir y pratiquer leur métier. "



Coopératives de services de santé : un appel pour une approche innovante

■ ■ ■ la suite par **Jean-Pierre Girard**

Il y a donc ici un enjeu d'avoir une approche multidisciplinaire qui sort d'une pratique en silo, qui ne voit l'individu que sous la seule loupe d'une pathologie. Il s'agit d'une approche qui saura aussi intégrer ce qu'il est convenu d'appeler des médecines douces. Le statut coopératif fournit quant à lui un remarquable cadre permettant d'intégrer des principes d'équité, d'égalité, de démocratie sans parler d'une finalité qui est celle de la satisfaction des utilisateurs plutôt que la maximisation du rendement sur le capital investi. La possibilité de regrouper dans l'organisation plusieurs catégories de membres – membre consommateur, membre travailleur et membre de soutien – comme le permet la coopérative de solidarité est aussi un atout. Et la couleur à donner à ce système de santé, différent? Un engagement explicite sur le plan de prévention et de la promotion de la santé. L'objectif? Développer chez les membres des pratiques facilitant la prise en main de leur santé plutôt que la seule dépendance à une pharmacopée de plus en plus complexe et onéreuse.

Utopie que tout cela? En octobre 2007, j'ai dirigé une mission au Japon où avec 12 autres participants canadiens dont deux médecins du Québec nous avons pu voir à l'œuvre un réseau de coopératives de santé se démarquant par son remarquable engagement en matière de prévention et de promotion de la santé. On retrouve dans ce réseau des établissements de santé tels des hôpitaux et des cliniques donc une organisation qui compte aussi des effectifs médicaux, mais dont la marque de commerce est la programmation de multiples activités incitant

la prise en charge de la santé par les individus : sessions de formation avec des jeunes d'âge scolaire, activités de sensibilisation grand public dans des parcs ou lors de rassemblements, regroupement sur une base volontaire de voisins intéressés à s'engager dans un parcours de prévention selon un principe de co-apprentissage. Une statistique parmi d'autres : un centre de réadaptation pour aînés dont l'âge moyen est de 85 ans et dont près de 50% des utilisateurs retournent à la maison après un séjour.

Ce réseau compte au-delà de 110 coopératives et rejoint des millions de citoyens japonais. En somme, les médecins pratiquant dans cette organisation coopérative sont complices de la propagation d'un idéal de santé qui transcende le seul modèle curatif carburant aux seules prescriptions. On reconnaît que l'individu est le principal artisan de sa santé et avec le support nécessaire, on lui donne les moyens de s'assumer incluant une série de moyens d'action suscitant l'intégration plutôt que l'exclusion ou l'isolement social.

Il y a là matière à un stimulant virage en santé, comme le prône depuis des décennies l'OMS, un virage associant communautés et professionnels de la santé plutôt que rester prisonnier du binôme réducteur «patient-médecin», reposant lui-même sur un système d'asymétrie de l'information. Un virage qui par ailleurs, dépasse les seules incantations de principes –oui c'est bon la prévention...alors que la pratique ne suit pas. Ainsi en matière de santé, plutôt que se démarquer du reste du pays par un niveau élevé de consommation de médicaments ou de concentration de pharmacies comme c'est le cas actuellement, le Québec

pourrait s'illustrer par une approche santé qui renouvelle en profondeur notre système et est garant d'une meilleure qualité de vie des individus.

L'audace de l'innovation dans notre système de santé de première ligne en 2008, c'est donc aussi cet appel au corps médical de saisir l'opportunité qui se présente pour s'inscrire dans un nouveau paradigme de pratique.

Références.

Girard, Jean-Pierre (2006). Notre système de santé, autrement. L'engagement citoyen dans les coopératives. Éditions BLG.

Le rapport de la mission au Japon est disponible sur le site WEB du Conseil Canadien de la Coopération <http://www.ccc.coop/>



5 à 7 Conférence du 26 novembre 2007
"L'utilisation de ressources privées par les établissements publics : solution ou piège à long terme?"



*Allocution de Louis Aucoin en présence des conférenciers
M. Louis Demers et Mme Lise Denis*



*Scéance de questions des participants au 5à7 Conférence au
Newtown, le 26 novembre dernier.*



Deux chiffres à retenir en regard de la participation des citoyens : 27 et 38 389!

Linda Cazale

Professionnelle de recherche, Institut de la Statistique du Québec, et administratrice au sein du Groupe Espace Santé



La participation des citoyens à l'organisation du système de soins est un sujet incontournable car, après tout, les citoyens demeurent les

principaux actionnaires du réseau public de la santé! L'exercice d'une participation pleine et entière par les citoyens pose cependant plusieurs défis et la recherche de formes optimales de participation est un sujet de réflexion et d'expérimentations continues¹. Depuis les dernières années, l'expérimentation de formes de participation se poursuit. Je pense entre autres aux coopératives de services de santé au Québec, où les citoyens sont membres à part entière.

Dans ce court texte, je veux porter à votre attention deux formes intéressantes et importantes de participation : l'une touche un très grand nombre de citoyens et l'autre, un plus petit chiffre! L'une, réalisée par l'Institut de la Statistique du Québec (ISQ), est la première Enquête sur la satisfaction des services de santé et des services sociaux s'étant déroulée à l'échelle du Québec : 38 389 citoyens se sont prêtés à l'exercice². La seconde est la constitution d'un forum consultatif, composé de 27 citoyens, initiée l'automne dernier par le Commissaire à la santé et au bien-être.

Enquête sur la satisfaction des usagers

Interrogés par téléphone quant à leur satisfaction des services reçus, 38 389 personnes de partout au Québec ont répondu à l'appel de l'ISQ. Ces personnes ont eu recours au système

de soins, soit dans une clinique médicale, dans un hôpital ou dans un CLSC, au moins une fois dans l'année 2006-07. Le bilan de l'enquête auprès des usagers du réseau est très positif bien que les résultats interrégionaux montrent des variations³. Regardons brièvement quelques résultats pour la région montréalaise.

Les usagers de la région de Montréal affichent des taux de satisfaction très élevés : ainsi, 91% des personnes ayant consulté à l'un des trois endroits cités précédemment se disent assez (35%) ou très satisfaites (56%) de leur expérience de consultation. À Montréal, comme ailleurs au Québec, c'est dans les CLSC – maintenant les Centres de santé et de services sociaux (CSSS) – que le taux de satisfaction est le plus élevé, soit de 93%. Cette proportion passe à 91% dans les cliniques médicales et à 88% dans les hôpitaux. De plus, la satisfaction des usagers augmente avec l'âge et les personnes qui ont un médecin de famille sont plus satisfaites que celles n'ayant pas une affiliation avec un médecin.

Les répondants ont également été interrogés quant à leur opinion générale à l'égard du système de santé. À Montréal, la grande majorité des usagers (59%) considèrent que le système de santé a de bons aspects, quoi que des changements soient nécessaires; environ le quart estime que le système fonctionne relativement bien et, enfin, une minorité (environ 15%) est plutôt d'avis que le système de santé est à rebâtir. Il sera intéressant de comparer ces résultats puisqu'il est prévu que cette enquête soit répétée dans un proche avenir.

Forum consultatif

En vertu de la Loi constitutive, sanctionnée en 2005, sur le Commissaire à la santé et au bien-être, un Forum de consultation doit être créé. Ce Forum sera composé de 27 citoyens. De ces 27 citoyens, 18 citoyens proviendront des différentes régions du Québec et les neuf autres posséderont une expertise particulière en relation avec le domaine des services sociaux et de santé. Ainsi trois professionnels de la santé et des services sociaux y siègeront, d'un même qu'un gestionnaire ou un administrateur, un expert en évaluation des technologies de la santé et des médicaments, un expert en éthique, un chercheur en santé de même que deux personnes qui proviennent de secteurs d'activités ayant un lien avec la santé ou le bien-être (par ex. éducation, environnement).

L'appel de candidature a été lancé en octobre dernier et les membres du Forum seront nommés, en février 2008, pour un mandat de trois ans⁴. Au moment d'écrire ce texte, la composition du Forum n'était pas encore connue. Quoique ce sera la première fois que seront ainsi mélangés les experts et les citoyens dans une même instance délibérative. Tel que le rapporte Louise-Marie Rioux Soucy⁵, le défi alors que, est d'«en arriver à un savant équilibre entre le savoir, l'expérience et le senti sans que l'un des citoyens ne l'emporte sur les autres». Au cours de ce mandat, ces citoyens se réuniront environ quatre fois par année afin de délibérer sur différentes questions que leur soumettra le Commissaire.

... la suite page 12

" L'exercice d'une participation pleine et entière par les citoyens pose plusieurs défis et la recherche de formes optimales de participation est un sujet de réflexion et d'expérimentations continues. "



Discuter des valeurs et principes d'un système: Compte-rendu de la conférence du 26 novembre 2007

Marie-Sophie L'Heureux

infirmière, étudiante à la maîtrise en administration de la santé, Université de Montréal et administratrice au sein du Groupe Espace Santé



Le 26 novembre derniers s'est tenu le huitième « 5 à 7 – Conférence » du Groupe Espace Santé. Fidèle à son habitude,

l'organisme à but non lucratif a rallié sur la tribune du Newtown, deux conférenciers de qualité, en la personne de Mme Lise Denis, directrice générale de l'Association québécoise des établissements de santé et services sociaux (AQESS) et celle de M. Louis Demers, professeur agrégé à l'École nationale d'administration publique (ENAP), sur le thème de «L'utilisation des ressources privées dans le système de soins publics : solution ou piège à long terme?». Le thème exploité, thème d'actualité s'il en est un, a suscité l'intérêt de plusieurs personnes liées de près ou de loin au réseau de la santé. Un nombre appréciable de médecins, infirmières, physiothérapeutes, organisateurs communautaires, directeurs généraux, travailleurs sociaux, étudiants, cadres intermédiaires se sont joints à l'événement pour, bien entendu, assister à la conférence, mais aussi, pour alimenter leur réseau de connaissances dans le milieu de la santé.

Suite à l'introduction de la conférence faite par M. Louis Aucoin, présentateur, Mme Denis a été la première à prendre la parole. Elle a abordé la question en mentionnant qu'il était d'abord de la responsabilité des établissements publics d'établir des partenariats privés avec des entreprises. Autrement dit, il serait de la responsabilité des établissements de redéfinir le « panier de services

» offert et de développer les liens et les ententes avec les cliniques médicales associées et spécialisées. Le deuxième point soulevé par Madame Denis faisait référence à la menace de la valeur d'équité dans le traitement de tout un chacun et de l'accessibilité au système de soins. Le privé pourrait permettre des pratiques s'avérant inégales et inéquitables à long terme, comme la rémunération d'un médecin à la fois par le système public et par un système d'assurances privées. Madame Denis a conclu sa présentation sur l'importance de garder un système public fort. Le recours au privé, selon elle, dans un contexte de pénurie de personnel, pourrait s'exercer dans l'organisation des systèmes de soins, mais avec la plus grande circonspection.

Par la suite, M. Demers, en bon universitaire, a renchéri en tentant d'abord de préciser la définition exacte de ce qui est entendu par ressource privée et ce qu'on entend par solution ou piège. En termes de ressources privées, parle-t-on d'entreprises à but lucratif ou à but non lucratif ? Et les problèmes pour lesquels on tente de trouver des solutions, quels sont-ils réellement et par rapport à qui ou à quoi ? Le propos de M. Demers peut se résumer en quelques points-clés. Tout d'abord, il reconnaît que certaines ententes locales peuvent bien fonctionner et argue qu'au niveau des établissements du réseau, certains partenariats peuvent très bien marcher. Néanmoins, il souligne l'importance pour les interlocuteurs de bien connaître les valeurs auxquelles ils attachent de l'importance et qu'ils désirent réellement honorer. De son point de vue, il ne faut pas verser dans une logique marchande à tout

prix. À son avis, le recours au privé devrait permettre de combler des besoins complémentaires. En aucun cas, le recours au privé ne devrait occuper une position de substitut au réseau public. Il devrait contribuer à l'améliorer.

Mme Linda Cazale, présentatrice de cet événement Espace Santé, concluait cette conférence en mentionnant « qu'à problématique complexe, il n'y a pas de réponse simple ». D'ailleurs, s'il y avait une idée générale à tirer des discours tenus lors de cette séance, c'est que la prudence est de mise quand des situations décisionnelles impliquant le recours aux ressources privées surviennent.

Le GES est très fier d'avoir contribué ou d'être parvenu à relancer le débat d'idées sur la place du privé dans la santé, problématique au cœur de bien des organisations et des acteurs du système de santé québécois. Pour que les choix se fassent, les voix doivent porter, discuter, se joindre et s'allier. C'est le mandat que s'est donné le Groupe Espace Santé.

** Pour écouter l'intégralité de cette conférence, vous pouvez visiter le Centre de documentation du Groupe Espace Santé à : <http://www.espacesante.ca>*

" En aucun cas, le recours au privé ne devrait occuper une position de substitut au réseau public. Il devrait contribuer à l'améliorer. "

- M. Louis Demers



Document de réflexion en vue du Sommet de la santé

Benoit Gareau

Président du Groupe Espace Santé

Christine Guérette

Vice-présidente du Groupe Espace Santé

Texte déposé par des membres du Groupe Espace Santé lors du Sommet de la santé.

1- Les solutions proposées relativement à l'organisation du système de santé.

Nous abordons une avenue de solutions dans le présent document.

La poursuite de la réorganisation des soins de première ligne.

Un système de soins de première ligne efficace est la première stratégie d'organisation à privilégier. Les derniers chiffres de Statistiques Canada sur le manque de suivi des citoyens auprès de médecins de famille et les données du Ministère de la santé sur l'engorgement perpétuel des urgences dans les hôpitaux sont révélateurs d'un manque de coordination et de cohérence dans l'organisation des soins de santé. Par ailleurs, les ressources en soins primaires semblent insuffisantes et encore peu intégrées au reste du réseau.

Un suivi préventif et curatif auprès d'acteurs de soins primaires est un pré-requis pour des services de santé coordonnés et continus lors d'épisode de maladie. En Grande Bretagne par exemple, les groupes de soins primaires, Primary Care Trust, contrôlent 75% du budget de la santé. Ces sommes permettent de suivre le patient lors d'épisode de maladie.

En réglant cette problématique, il y a fort à croire que les urgences seront grandement aidées dans leurs efforts d'offrir des soins de qualité. La pression du nombre de patients devrait être mieux répartie entre différentes structures de soins primaires.

Pour pallier à des problématiques

similaires, plusieurs pays ont opté pour un regroupement de médecins de famille et la constitution de réseau de groupe de soins primaires. Les médecins sont encouragés à travailler en nombre suffisants avec des infirmières et d'autres intervenants communautaires. Des plateaux techniques sont disponibles pour qu'il y ait diagnostic rapidement. Les cliniques sont informatisées et mises en réseau avec d'autres ressources médicales et communautaires. De plus, les pratiques cliniques sont disponibles 7 jours sur 7, 24 heures sur 24.

La Commission Clair avait fait le même constat en 2001. Il était proposé de créer un véritable réseau de groupe de soins primaires, les Groupes de Médecine Familiale (GMF). Le Premier ministre de l'époque avait même annoncé la création de 300 GMF pour la seule première année d'entrée en fonction de ces nouvelles structures. Aujourd'hui, en 2007, le Ministère compte 118 GMF.

D'autres facteurs nuisibles sont également à prendre en considération tel que le nombre de jeunes médecins qui se dirigent vers la médecine familiale. Les jeunes médecins sont la relève. Ils ont l'énergie et les idées pour bâtir des cliniques de santé informatisées et en réseau. Il faut réduire les barrières organisationnelles qui repoussent ces derniers à choisir la médecine familiale et les inciter à la productivité en adaptant leur mode de rémunération en conséquence. Par exemple, les jeunes médecins qui choisissent de travailler en GMF pourraient être exemptés de faire des activités médicales particulières (AMP).

Une véritable politique de soins primaires doit être adoptée où des gestionnaires, des médecins, des infirmières et des citoyens sont mis

à contribution pour la création d'un réseau de groupe de soins primaires. Une vision qui émerge de la base, mais guidé par une vision claire du Ministère. Il faut continuer à encourager les médecins de famille à s'unir de façon concertée. On pourrait également appuyer les citoyens et les communautés qui décident de créer des coopératives cliniques de santé. M. Claude Béland, ancien Président-directeur du Mouvement Desjardins lors d'une activité Espace Santé relatait une rencontre avec M. Lucien Bouchard, ex Premier Ministre du Québec. M. Claude Béland avait proposé de mettre à contribution le Mouvement Desjardins dans la mise sur pied d'un réseau de Coopératives de santé. Une contribution semblable dans la création d'un réseau Coop-GMF serait également une solution à envisager.

Cette réorganisation des soins de première ligne implique entre autres:

- La poursuite de l'implantation de GMF à la lumière des travaux d'évaluation en cours notamment ceux menés par le MSSS;
- La recherche d'innovation dans l'organisation des services. Sur ce point, les coopératives de santé, qui comprennent un partenariat avec les citoyens, apparaissent comme une innovation intéressante;
- Des efforts particuliers à poursuivre en milieu urbain notamment à Montréal où les GMF sont peu nombreux en regard de la population;
- La disponibilité de plateaux techniques pour les médecins de famille;
- L'informatisation des cliniques médicales et leurs mises en réseau avec les établissements du réseau ;
- L'adaptation des modes de rémunération pour les médecins en cliniques en lien avec les objectifs

" Une véritable politique de soins primaires doit être adoptée où des gestionnaires, des médecins, des infirmières et des citoyens sont mis à contribution pour la création d'un réseau de groupe de soins primaires. Une vision qui émerge de la base, mais guidé par une vision claire du Ministère. "



Document de réflexion en vue du Sommet de la santé

■ ■ ■ la suite par Benoit Gareau et Christine Guérette

poursuivis (par ex. en valorisant la clientèle vulnérable n'ayant pas de médecin de famille);

- Un plus grand apport de s infirmières praticiennes dans l'organisation des soins primaires ;
- Des initiatives additionnelles en promotion de la santé et en prévention de la maladie au sein des organisations de première ligne.

3) Étudier la possibilité de créer une agence nationale responsable de l'organisation et du financement de la santé telle que proposée lors des travaux de la commission Clair.

Agence nationale responsable de l'organisation et du financement de la santé

Le réseau de la santé subit des pressions énormes avec le vieillissement de la population, le développement des nouvelles technologies et l'apport des nouvelles connaissances. Pour s'adapter à une demande de soins de santé en constant changement, une recommandation serait la création d'une agence nationale responsable de l'organisation et du financement de la santé, une Agence de Modernisation. Cette agence se verrait déléguer le volet planification stratégique du Ministère de la santé. Le Ministère de la santé devant s'acquitter de tâches liées à sa mission nationale. L'agence aurait également à mettre sur pied un programme de développement du leadership à l'intention des acteurs du système de santé. Déjà en 2001, la Commission Clair recommandait la création d'une telle agence.

Les rôles de l'Agence de Modernisation pourraient inclure de faire la planification stratégique des organisations de santé en collaboration avec les agences régionales; de faire rapport auprès du Ministère de la santé; de voir à l'organisation et au financement des établissements de santé; de développer une vision et une cohérence dans le réseau de la santé; de promouvoir des valeurs communes; de développer et maintenir l'amélioration continue de la qualité des soins et la performance organisationnelle grâce à un programme de développement du leadership; de développer un système d'autonomie méritée et un fonds de performance.

La Commission Clair mentionnait que cette agence nationale devait

devenir une organisation légère, très opérationnelle et orientée vers des résultats, pleinement imputable mais disposant de moyens, de l'autorité légale et morale suffisante pour implanter concrètement une culture d'excellence et de performance dans l'organisation et le fonctionnement des services. Le fonctionnement des agences est souvent caractérisé par la flexibilité, le pragmatisme et l'efficacité dans l'organisation. Les agences se rapportent à leur Conseil d'administration et non au Conseil du trésor comme les autres ministères. Cette façon de faire peut donner plus de latitude dans l'élaboration des politiques. Elles peuvent par exemple offrir des conditions de travail et d'employabilité plus flexibles qui répondent aux besoins de l'organisation. Le fonctionnement des ministères est particulier puisqu'il doit y avoir harmonisation des politiques avec chaque ministère ce qui peut parfois compliquer le développement et l'implantation des processus et des prises de décisions. Dans ce modèle d'organisation, l'Agence de Modernisation aurait une direction autonome et un Conseil d'administration à qui elle serait redevable. Elle aurait à démontrer son efficacité dans l'organisation et le financement des établissements de santé.

Le défi de cette Agence de Modernisation serait de créer des équipes de gens compétents, d'être capable de développer et de communiquer une vision globale, de voir à la performance du système et d'être en mesure de résoudre les différents par le dialogue et l'entente. Une meilleure coopération entre les organisations et le développement d'une agence qui développe une approche collaborative où le développement de compétences et de leadership efficace est favorisé, pourrait permettre aux organisations

2- Les solutions proposées relativement à l'administration du système de santé.

Les propositions suggérées quant à l'administration du système de la santé sont les suivantes :

1) Accentuer l'emploi des ressources informationnelles et la production de données utiles dont celles provenant de l'analyse des trajectoires des clients dans le réseau de la santé et des services sociaux. Une meilleure connaissance des caractéristiques des différentes clientèles favoriserait une adaptation plus grande du système de soins à leurs besoins.

2) Favoriser la participation des citoyens dans l'administration et l'organisation des services de santé. Plusieurs modalités sont à envisager dont :

- produire de l'information succincte quant à la performance du système de santé et des services sociaux. Par exemple, réaliser un court rapport annuel sur les réalisations, les indicateurs de résultats retenus et les défis/enjeux importants pour l'ensemble des services (par ex. première ligne, services spécialisés) qui pourrait accompagner le rapport de gestion produit depuis quelques années.
- Favoriser l'implication des citoyens dans l'organisation des services entre autres au moyen des coopératives de santé et des organismes communautaires
- Tenir des forums régionaux.

" La Commission Clair mentionnait que cette agence nationale devait devenir une organisation légère, très opérationnelle et orientée vers des résultats, pleinement imputable mais disposant de moyens, de l'autorité légale et morale suffisante pour implanter concrètement une culture d'excellence et de performance dans l'organisation et le fonctionnement des services. "



Document de réflexion en vue du Sommet de la santé

■ ■ ■ la suite par **Benoit Gareau** et **Christine Guérette**

du système de santé d'améliorer leur pratique clinique et la gestion des organisations.

Il faut moderniser les systèmes de santé en tenant compte de la complexité des organisations. Pour ce faire, nous devons privilégier le développement de compétences et de leadership auprès des différents acteurs du milieu de la santé. Avec une plus grande responsabilisation des acteurs de la santé aux défis du milieu de la santé, il y a une conscientisation à développer les meilleures pratiques cliniques et de gestion qui vont permettre d'adapter continuellement les organisations à un monde en changement. Les organisations sont des entités complexes et ce n'est qu'en comprenant les enjeux qui les confrontent que l'on peut diffuser les bonnes façons de faire essentielles à la réussite du changement.

3- Les solutions proposées relativement au financement du système de santé.

Nous proposons 2 solutions.

3.1 Préserver le financement public pour les services de santé et les services sociaux

En effet, la littérature suggère que l'ajout d'assurances privées en santé ne constitue pas une solution efficace, efficiente et équitable aux problèmes vécus. Ainsi, les assurances privées augmentent les coûts totaux en santé, entre autres à cause d'une administration plus lourde et des charges sociales des entreprises, et ne règlent pas les problèmes d'attente et de délais pour recevoir des services. Sur ce point, un texte rédigé par des membres du Groupe Espace Santé sur les assurances privées en santé est également inclus pour les délibérations. Ce texte est paru dans la revue *l'Actualité médicale* en juin 2006.

3.2 La mise en place d'un système d'autonomie méritée liée à un fonds pour la performance pourrait servir d'incitatif économique

Pour encourager les organisations à atteindre ou maintenir des objectifs de performance organisationnelle, un système d'autonomie méritée liée à un fonds pour la performance pourrait servir d'incitatif. Ce fonds serait alloué à toutes les organisations offrant des services de santé et il serait établi en proportion des dépenses encourues par ces mêmes organisations. En Grande Bretagne, de 30 à 40 % du salaire est lié à des indicateurs de performance. Le fonds de performance pourrait être lié à la performance selon l'atteinte d'objectifs et des indicateurs précis de qualité et de performance. Ainsi, ces sommes d'argent iraient à l'équipe pour les bonnes pratiques établis. Les organisations qui performant bien seraient libres d'utiliser les fonds comme bon leur semble en autant qu'ils servent à améliorer les services au patient. L'utilisation des fonds pourrait par exemple être utilisée comme salaire à des individus, à des équipes de travail, pour l'achat de nouveaux équipements, pour le développement de personnel et pour l'amélioration des lieux physiques. Les organisations qui performant moins bien seraient quant à elles prises en charge par l'Agence de Modernisation et les fonds seraient dirigés selon les directives de l'agence. Ce système d'autonomie méritée pourrait servir d'incitatifs aux organisations performantes pour avoir moins de surveillance du central et une plus grande liberté à investir les fonds selon les priorités du gestionnaire.

Une organisation qui répond aux exigences et qui offre un accès raisonnable à des services de qualité pour ces citoyens, serait classée performante ce qui justifierait la

dévolution de pouvoirs et de fonds supplémentaires. Toutefois, une organisation qui échoue à ces règles ou qui n'offre tout simplement pas un accès raisonnable à des services de qualité serait alors notée non performante. Les organisations non performantes seraient alors engagées dans un processus de formation et de partenariat afin de devenir ou revenir à la performance. Pour ce faire, une Agence de Modernisation offrirait des services de développement de compétences et de leadership. L'Agence de Modernisation chercherait à améliorer la gestion et la prestation des services en permettant d'apprendre des meilleures pratiques et des meilleurs résultats des organisations qui performant bien. Ce système de mentorat lié à un fonds pour la performance pourrait servir d'incitatif et d'apprentissage pour atteindre la performance. Le fonds de performance aurait pour objectif d'encourager l'amélioration de la qualité des services et la performance organisationnelle par la prise en charge et l'aide aux organisations non performantes et de reconnaître l'excellence chez celles qui performant bien.

Référence

Gareau, B, Aucoin, L, Cazale, L, Gladu, F-P, Grenier, S, Guérette, C, Martin, V & Rioux, J (2006). « Des assurances privées en santé pour le droit à la santé ..., mais pour qui et à quel prix? », *l'Actualité médicale*, Vol. 27, no 20 (2 juin), pages 18, 20, 22.

" Pour encourager les organisations à atteindre ou maintenir des objectifs de performance organisationnelle, un système d'autonomie méritée liée à un fonds pour la performance pourrait servir d'incitatif "



Santé: changer de vocabulaire pour transformer la réalité

■ ■ ■ la suite par le Dr Yves Lamontagne

À bas les étiquettes!

Posées ainsi, les questions sur la prestation de soins et de services n'ont que faire de savoir sous quelle étiquette, «privée» ou «publique», elles logent puisque l'important, c'est que le patient en bénéficie au premier chef, ce qui est possible si le financement demeure public quelle que soit l'organisation qui donne le service.

Quant aux soins de première ligne, beaucoup ont été surpris de constater la perception positive des coops santé installées dans quelques régions du Québec, davantage perçues comme des entreprises d'économie sociale que des partenariats privés-public. Pour explorer des solutions porteuses d'espoir, ne pourrait-on pas s'accommoder d'un vocabulaire moins menaçant?

Notre système de santé actuel a été pensé à une époque où l'espérance de vie était plus courte, où les maladies aiguës dominaient et où les examens et les traitements disponibles étaient moins nombreux et moins complexes

que maintenant. Les défis actuels et futurs n'étaient pas soupçonnés au moment de sa mise en place: dominance des maladies chroniques, nouvelles technologies d'investigation, de traitement et de communication, nouveaux rapports entre les professionnels de la santé et -- surtout -- cette responsabilité nouvelle, personnelle et collective, qui émerge des mauvaises habitudes de vie et de la sédentarité, annonçant leur cortège de complications dont l'impact collectif s'annonce beaucoup plus grand que celui du vieillissement de la population.

Promoteurs de solutions

Curieusement, le rapport du sommet a été rendu public au lendemain de la signature d'une entente entre le gouvernement et les médecins omnipraticiens où l'inscription des patients auprès des médecins de famille et le soutien de ceux-ci sont favorisés. Dans la même semaine, l'Association des médecins anesthésiologistes était entendue par le gouvernement pour mandater un groupe d'experts itinérants dans le but de revoir et d'optimiser le fonctionnement des blocs opératoires des hôpitaux.

Le Collège des médecins se réjouit de ces initiatives de la part des médecins ainsi que de celles de tous les acteurs de terrain du réseau de la santé pour se réapproprier leur place dans le système de soins et faire en sorte de devenir des acteurs et des promoteurs de solutions.

Si le sommet de la santé n'aura servi qu'à permettre de s'éloigner du faux débat «privé-public» pour le ramener à la question de trouver et de mettre en place des moyens afin de mieux servir le patient et de mieux soutenir le personnel soignant, il n'aura pas été vain. L'avenir de notre réseau de santé dépend de la volonté et de l'engagement de chacun d'entre nous à trouver et à mettre en place des solutions. La profession médicale entend bien répondre à l'appel. Et vous, ami lecteur?

Paru le mercredi 28 novembre 2008 dans le journal le Devoir

■ ■ ■ la suite par
Linda Cazale

Deux chiffres à retenir en regard de la participation des citoyens : 27 et 38 389!

Les sujets risquent d'être nombreux et variés si l'on en juge la mission du Commissaire à la santé et au bien-être. Entre autres, elle consiste à apprécier les résultats atteints par le système de santé et de services sociaux en s'intéressant aux différents facteurs qui ont une influence sur la santé et le bien-être incluant les médicaments, les technologies, et ce, tout en intégrant les questions éthiques à son analyse. Il a aussi pour fonction d'informer le ministre de la Santé et des Services sociaux, l'Assemblée nationale et la population du Québec de façon à éclairer les débats publics et la prise de décision gouvernementale. Il recommande au ministre des changements qui visent, entre autres, à accroître la performance du système. La table est mise!

Conclusion

Je vous invite à suivre les travaux du Forum de consultation et à lire les documents sur la satisfaction des usagers à l'égard des services

de santé et des services sociaux. Ces deux initiatives sont importantes : l'une prend appui sur l'expérience de soins afin d'améliorer la qualité des soins et l'autre prend en considération le point de vue des citoyens en regard de l'amélioration de la performance du système de santé.

Références

¹ Pour plus d'informations, voir Fleury, Marie-Josée, Mireille Tremblay, Hung Nguyen et Luc Bordeleau (sous la direction de). *Le système sociosanitaire au Québec: Gouvernance, régulation et participation*. Gaëtan Morin éditeur, 2007. Les chapitres 25 à 30 de ce livre porte sur la participation démocratique.

² Neill, Ghyslaine, Jocelyne Camirand, Louis Rocheleau, Monique Bordeleau et Issouf Traoré (2007). *Profil de consultation, satisfaction globale et opinion générale : analyse des données de l'enquête sur la satisfaction des usagers à l'égard des services de santé et des services sociaux*

du Québec, 2006-2007. Québec, Institut de la statistique du Québec, 62 p. Disponible sur le site Web: <http://www.stat.gouv.qc.ca>

³ Voir Cardin, Jean-François, Issouf Traoré et Marie-Ève Tremblay (2007). *Profil de consultation, satisfaction globale et opinion générale : une analyse des données régionales de l'Enquête sur la satisfaction des usagers à l'égard des services de santé et des services sociaux du Québec, 2006-2007; Recueil statistique*. Sur le site Web : <http://www.stat.gouv.qc.ca>

⁴ Voir <http://www.csbe.gouv.qc.ca> pour plus d'informations quant au Forum de consultation.

⁵ Rioux Soucy, Louise-Maude. «Un phare dans le dédale médical», *Le Devoir*, Édition du lundi 31 décembre 2007. Disponible sur <http://www.ledevoir.com>.



Le Groupe Espace Santé

L'organisation des activités du Groupe Espace Santé repose sur l'implication bénévole de membres issus de différents milieux, de professionnels de la santé et de citoyens ayant à cœur l'avenir du système de santé et de services sociaux du Québec.

Le Groupe Espace Santé est un organisme sans but lucratif qui cherche à réseauter une relève désireuse de contribuer à l'amélioration des services de santé en permettant aux acteurs du réseau de la santé, incluant les citoyens, d'aborder divers sujets d'intérêt tout en se familiarisant aux dimensions politiques de la santé. Pour ce faire, nous continuerons à organiser des conférences et d'autres événements, à favoriser le transfert de connaissances ainsi qu'à publier un journal.

Le Groupe Espace Santé est une occasion unique de faire rencontrer des acteurs et des intervenants du milieu pour développer un nouveau leadership en santé. Ce leadership se veut inclusif, interdisciplinaire et intergénérationnel.

Le Groupe Espace Santé s'imprègne de trois orientations centrales : la coopération interdisciplinaire, le partenariat avec les citoyens et la modernisation du système de santé et de services sociaux. Tout d'abord, la coopération interdisciplinaire implique le réseautage et la mise en commun des expériences des acteurs. Ces derniers gagneraient à se concerter davantage afin d'atténuer les barrières professionnelles et organisationnelles qui souvent bloquent le changement et le progrès. En second lieu, le partenariat avec les citoyens

apparaît une force; ce partenariat est considéré comme une façon d'améliorer les processus et permet de réduire le déficit démocratique trop souvent pointé du doigt dans notre société.

Finalement, le Groupe Espace Santé veut s'impliquer dans les débats de société qui ont pour objectif de moderniser l'organisation du système de santé et de services sociaux.

Le Groupe Espace Santé veut développer une conscience politique et une vision des défis que nous avons à surmonter pour améliorer l'organisation et le financement du système de santé et de services sociaux du Québec. Nous croyons fermement à l'importance de construire ce nouveau leadership et nous vous invitons à maintenir votre participation à nos activités.

Conseil d'administration du groupe Espace Santé

PRÉSIDENT: Benoit Gareau, Dentiste en cabinet privé, M.Sc. en Administration de la santé,

VICE-PRÉSIDENTE: Christine Guérette, B.Sc., MBA, Infirmière, Coordinatrice clinique et de recherche à la clinique Neuro Rive-Sud,

TRESORIÈRE: Karine Gimmig, B.Sc. Infirmière à l'Hôpital de Montréal pour l'Enfant, présidente du Regroupement des diplômés en science infirmière de l'Université de Montréal,

SECRÉTAIRE: Linda Cazale, Ph.D. (Santé publique), Chercheuse à l'Institut de la Statistique du Québec,

ADMINISTRATEUR: Louis Aucoin, M.A.P., Conseiller principal chez Octane stratégie,

ADMINISTRATEUR: Olivier Giroux, Physiothérapeute,

ADMINISTRATRICE: Marie-Sophie L'Heureux, B.Sc., Infirmière, étudiante à la maîtrise en administration de la santé,

ADMINISTRATRICE: Johanne Rioux, Médecin psychiatre à l'Hôpital Charles LeMoine, administratrice à l'Association des jeunes médecins du Québec,

ADMINISTRATRICE: Marilou Sanscartier, avocate en droit de la santé chez Lacoste Langevin, avocats.

Le Journal Espace Santé

Le Journal Espace Santé est produit par le Groupe Espace Santé. Le Journal paraît 2 fois l'an. Le Journal est un outil d'information rapportant les activités réalisées par le Groupe Espace Santé. Le Journal est également un outil de réflexion, d'analyse et d'expression destiné aux acteurs, aux citoyens et aux intervenants du milieu de la santé et des services sociaux du Québec. Le Journal est disponible sur le site web du Groupe Espace Santé et est envoyé, lors des parutions aux membres de la liste d'envoi du Groupe Espace Santé.

Il est à noter que les vues exprimées dans les textes sont uniquement celles des auteurs.

it designs Conception et réalisation du journal Espace Santé
www.it-designs.ca

Comité de lecture :

Louis Aucoin
Linda Cazale
Benoît Gareau
Marie-Sophie L'Heureux

Collaborateurs à la présente édition :

Yves Lamontagne
Jean-Pierre Girard
Christine Guérette

Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Canada
Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 1913-6986

À vos plumes!

Vous êtes invité(e) à faire parvenir un texte au comité éditorial du Journal Espace Santé à l'adresse courriel info@espacesante.ca. Ce texte peut traiter d'un sujet d'actualité, d'une problématique particulière ou d'une expérience que vous aimeriez partager.

La longueur des textes ne devrait pas excéder 1500 mots excluant les références et les figures. Veuillez prévoir un nombre maximum de 10 références et de 2 figures ou tableaux. Il est à noter que le comité éditorial ne s'engage pas à publier tous les textes reçus. Un processus de révision de chaque texte déposé est fait avec minimalement un des membres du comité de lecture.