

PROJETS



Cliniques

CONTEXTE
général



CONTEXTE général

**Agence
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux**

Québec 
Chaudière-
Appalaches

Merci à Lucie Pelchat, France Dion, Louise Fortin et Chantal Simard pour leur participation à la relecture. Un merci particulier à M^{me} Louise Paré qui, dans chacun des programmes-services des projets cliniques, a été associée à M^{me} France Boivin en tant que chargée de projet pour la partie Santé publique.

Comité de rédaction

M. Pierre Carrier, directeur adjoint aux affaires médicales et universitaires
M. Philippe Lessard, directeur de la Santé publique, de la planification et de l'évaluation
M. Marc Tanguay, président-directeur général
M^{me} Dyane Benoît, directrice adjointe à l'organisation des services
M^{me} Louise Paré, médecin spécialiste à la Direction de Santé publique

Collaborateurs

Les professionnels et les directeurs de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux Chaudière-Appalaches.

Comité aviseur

ADRLSSSS	M ^{me} Dyane Benoît M. Marc Tanguay M. Philippe Lessard M. Pierre Carrier
Les centres Jeunesse	M. Pierre Morin
CHAU Hôtel-Dieu de Lévis	M. Hervé Moysan
CHSLD St-Joseph de Lévis	M. Gervais Morissette
CMR	M. Normand Drolet
CRDI	M. Pierre Maheu
CRDP	M ^{me} Louise Lavergne
CSSS de Beauce	M ^{me} Huguette Giroux
CSSS Grand Littoral	M ^{me} Michelle Collard
CSSS de la région Thetford	M. Normand Baker
CSSS des Etchemins	M ^{me} France Laplante-Théberge
CSSS Montmagny-L'Islet	M ^{me} Marie-Claude Ouellet
DRMG	M. Louis Godin
TROCCA	M. Denys Hamel

© Agence de santé et de services sociaux Chaudière-Appalaches, 2005.

Réalisation : France Boivin
Dactylographie, mise en page : Nathalie Jouanneau

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à condition que la source soit mentionnée.

ISBN : • 2-89548-248-9 (version imprimée)
• 2-89548-247-0 (version PDF)

Dépôt légal : • Bibliothèque nationale du Canada, 2005
• Bibliothèque nationale du Québec, 2005

Dans ce document, le générique masculin est utilisé dans le seul but d'alléger le texte et désigne tant les femmes que les hommes.

Selon l'ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), le genre féminin infirmière est utilisé pour désigner le genre masculin infirmier.

PRÉAMBULE	2
1. LES ASSISES DES PROJETS CLINIQUES ET ORGANISATIONNELS	4
1.1. La responsabilité populationnelle	4
1.2. La hiérarchisation des services	5
2. LES PROGRAMMES-SERVICES	7
3. LES ORIENTATIONS RÉGIONALES	8
3.1. Un modèle d'organisation de services axé sur l'amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population	8
3.2. Un modèle d'organisation de services permettant aux populations locales un accès, près de chez elles, à des services de 1e ligne et de proximité intégrés	8
3.3. Un modèle d'organisation de services favorisant une meilleure continuité de services et une meilleure prise en charge des clientèles vulnérables	9
3.4. Un modèle d'organisation de services favorisant l'utilisation du service le moins complexe pour répondre aux besoins de santé et de services sociaux de la population	9
3.5. Un modèle d'organisation de services permettant un accès simplifié aux services de 2e et de 3e ligne lorsque requis	9
3.6. Un modèle d'organisation de services favorisant la prise de décision le plus près possible de l'action et la mobilisation des partenaires autour d'un objectif commun	10
3.7. Un modèle d'organisation de services favorisant l'innovation et la créativité dans une recherche constante de l'efficacité et de l'efficience	10
3.8. Un modèle d'organisation de services établi à partir d'un partage équitable des ressources financières entre les CSSS et les établissements régionaux et par un financement équitable des organismes communautaires	11
3.9. Un modèle d'organisation de services supporté par une infrastructure technologique performante et adaptée aux nouvelles réalités	11
4. LE MODÈLE ACTUEL D'ORGANISATION DE SERVICES	12
4.1. Le profil régional des établissements	12
4.2. Le modèle clinique	12
5. LES FACTEURS CLÉS DE SUCCÈS	13
6. LES MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE ET DE SUIVI	13
PROFIL RÉGIONAL DES ÉTABLISSEMENTS	15
BIBLIOGRAPHIE	16

En décembre 2003, le Gouvernement du Québec adoptait la *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, laquelle loi confiait à ces agences la mission « de mettre en place, sur son territoire, une organisation de services de santé et de services sociaux intégrés. Pour accomplir sa mission, une agence doit définir et proposer au Ministre, un modèle basé sur un ou plusieurs réseaux locaux de services de santé et de services sociaux... »¹

Ces réseaux locaux devaient être conçus de façon à assurer à leur population locale l'accès à des services de santé et des services sociaux intégrés de 1^e ligne, notamment des services de prévention, d'évaluation, de diagnostic, de traitement, de réadaptation et de soutien, de même qu'à des services spécialisés et surspécialisés disponibles sur le territoire de l'agence ou à l'extérieur de la région par le biais d'ententes ou autres modalités à être convenues avec les différents partenaires.

C'est ainsi qu'en juillet 2004, cinq réseaux locaux de services de santé et de services sociaux étaient légalement constitués en Chaudière-Appalaches, soit celui de l'Amiante, de Montmagny-L'Islet, du Grand Littoral, de la Beauce et des Etchemins.²

Cette première étape étant maintenant franchie, l'élaboration par les centres de santé et de services sociaux (CSSS) des projets cliniques et organisationnels permettra de mettre en place un modèle d'organisation et de prestation de services qui favorisera l'atteinte des objectifs visés par l'actuelle transformation, soit l'amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population et la mise en place d'une offre de services plus intégrés. De façon concrète, les projets cliniques et organisationnels devront permettre une amélioration de l'accessibilité aux services, de la continuité, de l'intégration et de la qualité des services.

Ces projets devront être développés par les CSSS en assurant la cohérence avec les orientations ministérielles et les balises régionales et en sollicitant la participation des professionnels, des établissements du réseau sociosanitaire, des partenaires intersectoriels, de même que des autres dispensateurs de services du territoire. Ils devront s'adresser prioritairement aux clientèles dites vulnérables que sont les personnes en perte d'autonomie, les jeunes en difficulté, les personnes ayant des problèmes de santé mentale, les personnes aux prises avec le cancer et leurs proches, de même que les personnes souffrant de maladies chroniques compte tenu de la prévalence de ces maladies.

Le présent document énonce la vision régionale de l'organisation des services en Chaudière-Appalaches. Il a été élaboré en mettant à contribution les établissements de même que les différents partenaires de la région. Il esquisse les principaux paramètres qui devront être pris en compte dans l'élaboration des projets cliniques et organisationnels des centres de santé et de services sociaux (CSSS), afin de compléter le modèle d'organisation territoriale. On y présente successivement les assises de la transformation actuelle des services, le concept de programmes-services, les orientations régionales de même que le modèle actuel d'organisation de services en Chaudière-Appalaches. Viennent compléter la première partie du document, les facteurs clés de succès ainsi que les modalités de mise en œuvre et de suivi.

La deuxième partie, découpée en neuf sections distinctes, comprend les balises régionales en soutien à l'implantation de chacun des projets cliniques par programme-services. Le lecteur pourra retrouver, en annexe, le portrait démographique et de santé de la population, celui de l'organisation actuelle de services, de même que les structures existantes et les ressources qui y sont associées. Un document complémentaire regroupant différents outils cliniques disponibles dans la région, ainsi que les grilles de travail, complétées par les professionnels porteurs de dossiers de l'Agence de développement des réseaux locaux des services de santé et des services sociaux (ADRLSSSS-CA), viendront compléter l'information mise à la disposition des centres de santé et de services sociaux afin de supporter leur démarche locale.

¹ MSSS, *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, art.24-25

² ADRLSSSS, *les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux en Chaudière-Appalaches*, 2004

1. LES ASSISES DES PROJETS CLINIQUES ET ORGANISATIONNELS

Les projets cliniques sont conçus pour contribuer aux finalités d'amélioration de la santé et du bien-être de la population, ainsi qu'à la bonification de l'accès à des services intégrés. Ils reposent sur deux principes fondamentaux que sont la responsabilité populationnelle et la hiérarchisation des services.

1.1. La responsabilité populationnelle

« La responsabilité populationnelle signifie que les intervenants qui offrent des services à la population d'un territoire local seront amenés à partager collectivement une responsabilité envers cette population, en rendant accessible un ensemble de services le plus complet possible et en assurant la prise en charge et l'accompagnement des personnes dans le système de santé et de services sociaux, tout en favorisant la convergence des efforts pour maintenir ou améliorer la santé et le bien-être de la population et des communautés qui la composent. »³ Cette définition induit et suppose deux conditions : comprendre la santé et partager un système de valeurs.

L'Organisation mondiale de la santé définit ainsi la santé : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. »⁴ Cette définition suppose que pour être en santé, il y a lieu d'agir sur un ensemble de déterminants sur lesquels interviennent une multitude d'acteurs en provenance de différentes sphères d'activités. Elle suggère d'inclure aux approches curatives connues, un volet de prévention et de promotion de la santé.

Les projets cliniques constituent un élément intégrateur de l'ensemble des soins et services accessibles à une population donnée. Pour les réaliser, un CSSS devra obligatoirement tenir compte des rôles et des responsabilités des acteurs sectoriels et intersectoriels, de même que de leur potentiel de contribution à cet objectif ultime qu'est l'amélioration de la santé et du bien-être de leur population.

La mise en place d'un nouveau modèle d'organisation de services nécessitera des choix qui devront obtenir l'adhésion du plus grand nombre possible de partenaires. Ainsi, dès le départ, il y aura lieu de partager le même système de valeurs dans le but de faciliter les choix qui s'imposeront.

Les valeurs

L'équité dans la santé et le bien-être vise la réduction des écarts de santé et de bien-être observés entre les groupes et les territoires, l'accès aux services de santé et de services sociaux sans égard à la situation géographique et aux conditions financières des personnes et, enfin, la répartition équitable des ressources entre les communautés et les territoires.⁵

L'efficience constitue un incontournable lié au défi premier du CSSS, qui est d'assurer le meilleur usage des ressources disponibles pour offrir les services. En ce sens, une pratique fondée sur des données probantes et l'intégration des « meilleures pratiques » devraient permettre l'optimisation des ressources.

La qualité peut être définie comme l'aptitude à fournir des réponses satisfaisantes aux problèmes de santé et de bien-être. Elle réfère à un ensemble de caractéristiques à la fois techniques et organisationnelles. Les caractéristiques techniques se rapportent aux meilleures façons de faire tel que nous l'avons vu précédemment, alors que les caractéristiques

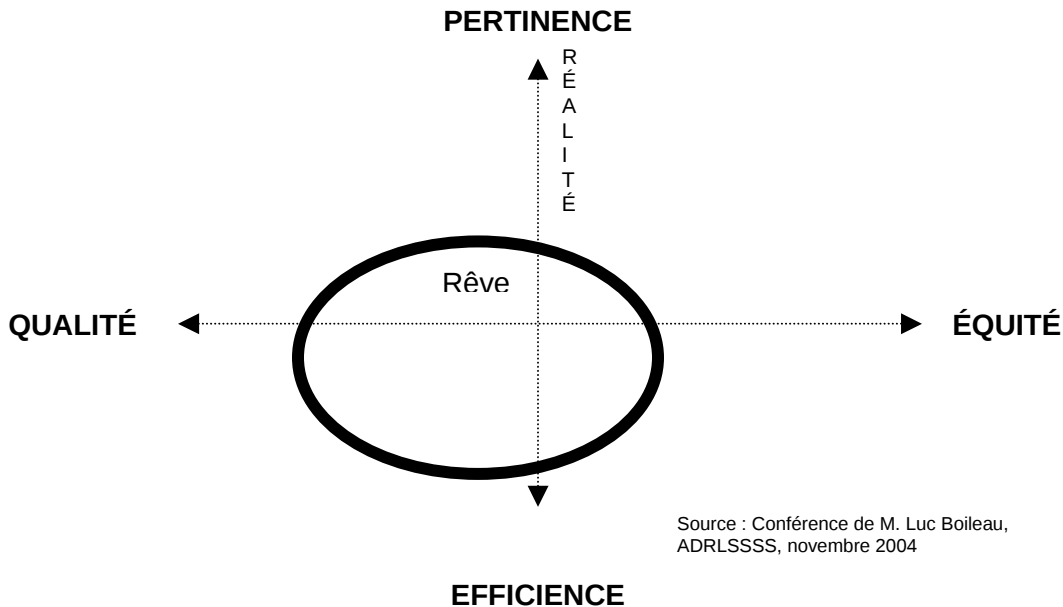
³ MSSS, *Projet clinique, Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, octobre 2004, P.11

⁴ *Actes officiels de l'OMS*, n°.2, p.100

⁵ Conseil de la santé et du bien-être, *Avis : l'organisation locale et régionale des services de santé et des services sociaux*, 2003

organisationnelles portent sur les conditions à travers lesquelles les services sont donnés qui sont l'accessibilité, la continuité et l'intégration des services.

La pertinence réfère, pour sa part, à la mise en place d'actions et de stratégies les plus susceptibles d'avoir un impact sur l'état de santé des individus et de la population. En orientant les ressources de façon à répondre aux besoins prioritaires des individus et des populations, il est possible de satisfaire à la fois le point de vue de la qualité et de l'équité.



L'actuelle réforme vise à optimiser l'impact des services sur la santé de la population en introduisant le concept de la responsabilité populationnelle, une approche fondée sur la conviction que la santé est une richesse collective qu'il faut maintenir et développer. À cet égard, elle reconnaît les nombreux facteurs individuels qui influencent la santé et cherche à réduire les inégalités sociales qui constituent une barrière en terme de santé et de bien-être. Son objectif étant d'assurer un état de santé optimal à la population d'un territoire, compte tenu des ressources disponibles, elle vise à coordonner l'offre de service en fonction d'une population donnée plutôt que des individus qui consomment les services. Elle suppose donc que les CSSS, avec l'ensemble des partenaires impliqués, ont une responsabilité vis-à-vis la santé des individus de leur territoire, particulièrement en ce qui a trait à l'accessibilité aux services appropriés et à l'efficacité des interventions et des actions dans les milieux de vie. Les CSSS ont été créés pour répondre à ces défis. C'est à eux qu'a été confiée la responsabilité de définir le projet clinique et organisationnel de leur territoire en fonction des caractéristiques et des besoins de leur population.

1.2. La hiérarchisation des services

La hiérarchisation des services fait référence à l'organisation des services de santé et des services sociaux dans une perspective d'accessibilité, de continuité et d'intégration de services, peu importe leur lieu de prestation. Elle implique d'améliorer la complémentarité pour faciliter le cheminement des personnes entre les niveaux de services, suivant des mécanismes de référence convenus entre les différents dispensateurs.

Les services de 1^e ligne, porte d'entrée du système de distribution de soins et de services, sont le point de contact de la population avec le réseau de la santé et des services sociaux. Ils



comprennent un ensemble de services, permettant de résoudre la majorité des préoccupations et des problèmes présentés par la population. Ils nécessitent une infrastructure légère de moyens diagnostiques et thérapeutiques et ont comme caractéristiques l'accessibilité, la globalité (ils sont de nature préventive, curative, diagnostique et de réadaptation), la continuité et l'homogénéité (la nature des services est comparable et de même qualité, qu'ils soient offerts en milieu urbain ou rural, en région éloignée ou périphérique, dans les heures dites normales ou en dehors de celles-ci).

Les services de 2^e ligne permettent de résoudre les problèmes de santé et les problèmes sociaux plus complexes. Ils s'appuient sur une infrastructure adaptée, sur une expertise professionnelle spécialisée et sur un plateau technologique lourd, mais répandu. Ils ont comme caractéristiques une accessibilité sur référence, une spécificité de services (groupes de personnes, catégories de problèmes ou de maladies, méthodes d'investigation) et un caractère ponctuel. Une personne référée ou traitée en 2^e ligne, une fois l'objectif de référence atteint, pourra être retournée en 1^e ligne d'où l'importance de mettre en place les mécanismes nécessaires à la continuité des services. Les services de 2^e ligne sont habituellement dispensés en établissement de 2^e ligne (centre hospitalier de soins généraux et spécialisés, centre de réadaptation, centre jeunesse) sur référence de la 1^e ligne. La direction de santé publique offre également des services dits spécialisés.

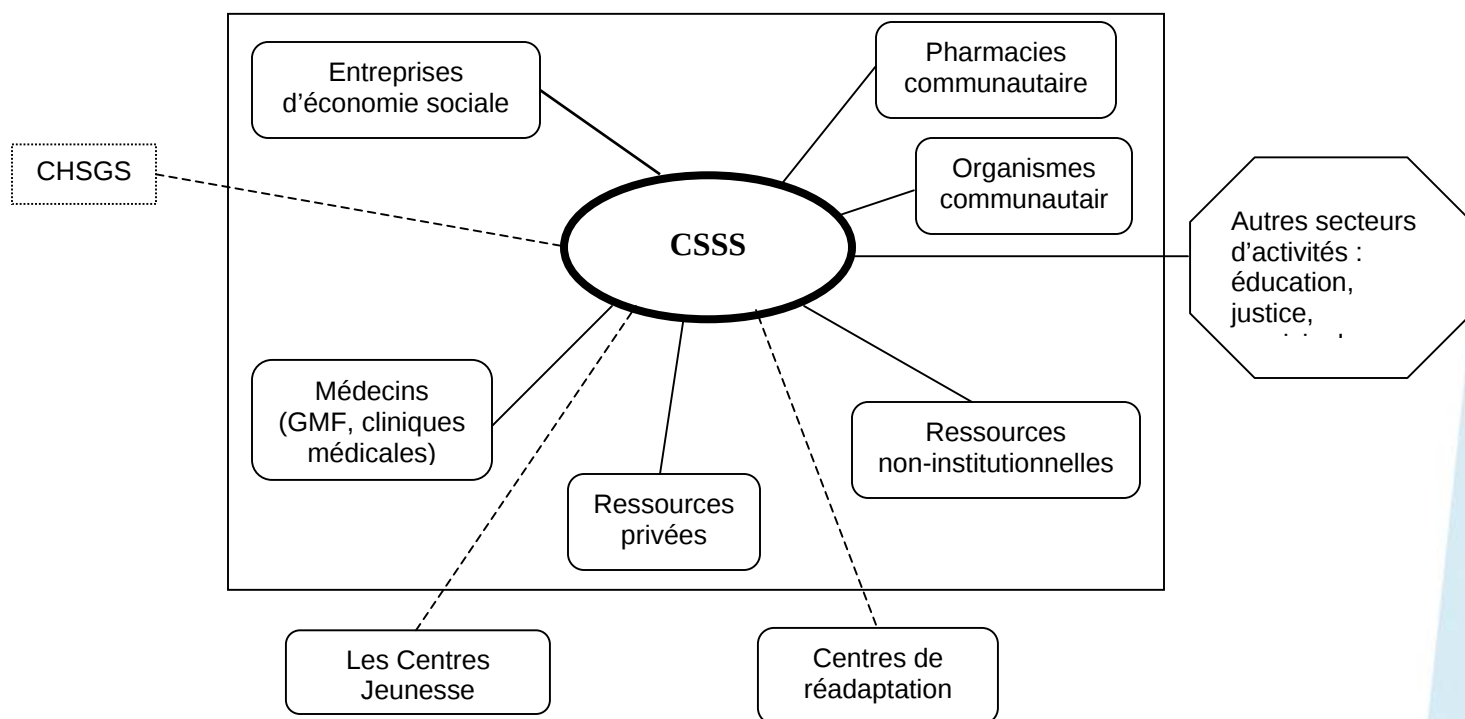
Les services de 3^e ligne s'adressent aux personnes présentant des problèmes très complexes et dont la prévalence est faible. Ils exigent du personnel hautement qualifié et une infrastructure à la fine pointe de la technologie. Ils sont accessibles sur référence, dans des domaines d'intervention très spécifiques et offerts généralement à un niveau supra régional. Ils incluent également des services de nature psychosociale très spécialisés, dispensés à des clientèles particulières.

Le principe de hiérarchisation des services implique la mise en place de corridors de services, convenus par ententes entre les partenaires, et de mécanismes bidirectionnels de référence assurant la planification du retour de la personne dans son milieu de vie, puisque c'est là qu'elle continuera de recevoir les soins et services nécessaires au recouvrement de sa santé.

C'est dans une logique d'intégration et de cohérence de l'offre de service que les projets cliniques s'inscrivent. D'abord dans une logique d'intégration verticale qui vise à corriger les problèmes d'accès à l'expertise requise en temps opportun par l'établissement de programmes et de mécanismes de hiérarchisation des soins et services et dans une logique d'intégration horizontale qui tend à corriger les problèmes de continuité par l'offre d'une large gamme de services continus et complémentaires regroupés à l'intérieur de neuf programmes-services.

Les acteurs dans le réseau local de services

Territoire local



2. LES PROGRAMMES-SERVICES

Dans le réseau de la santé et des services sociaux, la notion de programme est définie comme un regroupement de services et d'activités organisées dans le but de répondre aux besoins de la population en matière de santé et de services sociaux ou aux besoins d'un groupe de personnes qui partagent une problématique commune. S'appuyant sur cette définition, le Ministre a prévu neuf programmes services dont deux sont disponibles pour l'ensemble de la population et sept qui concentrent leurs activités auprès de clientèles particulières dites spécifiques ou vulnérables.

Ces programmes-services sont ceux de santé publique et services généraux-activités cliniques et d'aide (qui répondent à des besoins qui touchent l'ensemble de la population) et sept programmes-services répondant à des problématiques particulières soit : perte d'autonomie liée au vieillissement, déficience physique, déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement, jeunes en difficultés, dépendances, santé mentale et santé physique.

Les projets cliniques et organisationnels devront définir l'offre de services accessibles pour répondre à l'ensemble des besoins de la population du territoire d'un CSSS. C'est ainsi qu'il assumera sa responsabilité populationnelle.

Les projets cliniques et organisationnels étant nécessairement influencés par le portrait démographique et de santé de la population de même que par celui des structures et des ressources existantes, ces portraits sont accessibles en cliquant sur les liens cités dans la bibliographie en page 16 du présent document.

3. LES ORIENTATIONS RÉGIONALES

C'est aux CSSS que le Ministre confie la responsabilité d'élaborer les projets cliniques et organisationnels, et ce, à partir des orientations ministérielles et régionales. L'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux Chaudière-Appalaches (ADRLSSSS-CA), dans la lignée des politiques et plans d'action ministériels, définit ainsi ses orientations :

3.1. Un modèle d'organisation de services axé sur l'amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population

L'Agence appuie et renforce l'importance qu'il faut accorder à la notion de responsabilité populationnelle et insiste plus particulièrement sur la responsabilité dorénavant portée par chaque CSSS, relativement au maintien et à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population et des communautés qu'il dessert, que ce soit par une offre de service préventifs, par des activités de promotion de la santé ou par l'animation de concertation sectorielle et intersectorielle dans son territoire.

Soucieuse de rappeler l'importance des activités de santé publique dans le continuum de services offerts tant auprès de la population en général qu'auprès des groupes cibles, l'Agence a choisi, tout en conservant l'intégrité du programme service « santé publique », d'intégrer à l'intérieur de chacun des programmes-services les mesures spécifiques s'adressant aux diverses clientèles.

Conséquemment, l'Agence s'attend à ce que chaque CSSS tienne compte des mesures déterminées dans le plan d'action régional de santé publique (PAR) pour élaborer son plan d'action local (PAL) 2005-2006 et que le projet clinique pour le programme-services santé publique tienne compte de ces deux éléments.

3.2. Un modèle d'organisation de services permettant aux populations locales un accès, près de chez elles, à des services de 1^e ligne et de proximité intégrés

Cette orientation hautement structurante repose sur une stratégie de développement des services qui conjuguent des efforts de rapprochement des populations locales, l'implication et la mobilisation de la communauté autour d'un objectif de maintien dans le milieu de vie.

Dans cet esprit, l'Agence réitère sa détermination à travailler à l'édification d'un réseau où 80 % des services requis par une population lui seront offerts localement et où les efforts nécessaires seront déployés afin de rendre accessibles le plus près possible des communautés des services spécialisés organisés autour de masses critiques qui assurent le maintien et le développement des compétences.

La clé principale de l'élaboration des projets cliniques sera, pour chacune des clientèles particulières, une définition de l'offre de service de 1^e ligne en complémentarité avec les services spécialisés et surspécialisés de 2^e et de 3^e ligne, et ce, dans une optique de continuité relationnelle (contact suivi avec un même professionnel), de continuité informationnelle (information accessible en temps opportun aux professionnels concernés) et de continuité d'approche (modèles cliniques cohérents).

3.3. Un modèle d'organisation de services favorisant une meilleure continuité de services et une meilleure prise en charge des clientèles vulnérables

Un modèle d'organisation de services centré sur la personne contribue à la continuité des services en favorisant une concertation dans l'action et une coordination des gestes posés pour la supporter ou lui venir en aide. L'implantation par les CSSS des programmes-services élaborés à l'intention des clientèles dites vulnérables nécessiteront la mise en place de guichets uniques pour l'accès aux services, de mécanismes facilités de référence, de collaborations, d'échanges d'informations et le développement d'approches cliniques harmonisées à l'intérieur de corridors de services bidirectionnels clairement identifiés.

Les centres de santé et de services sociaux seront également invités à interpeller leurs partenaires régionaux que sont Les Centres Jeunesse, les Centres de réadaptation en déficience physique, en déficience intellectuelle, en alcoolisme et toxicomanie, ainsi que le CHAU Hôtel-Dieu de Lévis de par son mandat régional, afin de compléter leurs offres de service. Des modèles cliniques adaptés, basés sur l'élaboration de PSI (plans de service individualisés), sur la ratification d'ententes de services formelles pourraient s'avérer des outils précieux pour l'atteinte des objectifs visés.

3.4. Un modèle d'organisation de services favorisant l'utilisation du service le moins complexe pour répondre aux besoins de santé et de services sociaux de la population

C'est par la consolidation des services de 1^e ligne que l'Agence s'attend à ce que les CSSS rendent disponibles à la population d'un territoire local l'accès, à proximité de son milieu de vie, des services de santé et des services sociaux pouvant répondre à la très grande majorité de ses besoins. Une approche concertée avec les médecins œuvrant en cliniques médicales ou en cabinets privés, la mise en place des GMF, l'adaptation des plages horaires de distribution de services, le développement d'une gamme variée de services de base, la mise en place de plateaux techniques simplifiés, favoriseront l'utilisation maximale des services généraux de 1^e ligne et éviteront l'engorgement et les listes d'attente dans les services spécialisés.

La consolidation, en 1^e ligne, des services offerts à la clientèle vulnérable que ce soit pour les jeunes en difficulté, les personnes atteintes de déficience intellectuelle ou d'un trouble envahissant du développement, de déficience physique, souffrant de troubles de santé mentale, de problèmes de dépendances permettra également une accessibilité accrue et simplifiée aux services à proximité des milieux de vie. De plus, chaque CSSS sera invité à développer, en concertation avec les partenaires intersectoriels, des alternatives à l'hébergement institutionnel par la mise en place de ressources adaptées dans la communauté.

3.5. Un modèle d'organisation de services permettant un accès simplifié aux services de 2^e et de 3^e ligne lorsque requis

Les services considérés comme étant des services de 2^e ligne sont ceux qui servent à résoudre des problèmes complexes de santé ou de services sociaux et qui nécessitent une expertise de pointe de même qu'un accès à des infrastructures cliniques et diagnostiques spécialisées et diversifiées. Selon le nombre de personnes à desservir dans chacun des territoires locaux, selon les infrastructures et le degré de spécialisation requis, certains services pourraient être déconcentrés ou même décentralisés dans l'optique d'une meilleure accessibilité et d'une continuité de services.

Des trajectoires de services claires et bidirectionnelles, des protocoles convenus et connus, des mécanismes de références simplifiés, des outils de partage d'information de même que

l'intégration chez les gestionnaires du principe de co-responsabilité apparaissent comme des préalables à la mise en place d'un véritable continuum de services.

Conformément à cette orientation, l'Agence encourage notamment Les Centres jeunesse et les Centres de réadaptation à poursuivre les mouvements de déconcentration déjà entrepris, afin d'améliorer la desserte locale des différentes clientèles.

3.6. Un modèle d'organisation de services favorisant la prise de décision le plus près possible de l'action et la mobilisation des partenaires autour d'un objectif commun

La conception et l'actualisation des projets cliniques et organisationnels relèvent des CSSS et doivent être réalisées en collaboration avec les professionnels et les différents partenaires impliqués, et ce, afin d'en faire un projet partagé et mobilisateur pour le milieu. Ils devront permettre l'identification de solutions réalistes et applicables aux différents problèmes actuellement rencontrés, à intensité variable cependant, dans les différentes parties du territoire, et ce, en tenant compte des particularités qu'entraînent la cohabitation de secteurs ruraux et urbains.

Des ententes de services seront nécessaires. L'Agence préconise de faire en sorte que les établissements régionaux signent une entente homogène avec chacun des CSSS, laquelle entente pourra cependant être modulée afin de répondre aux particularités des populations locales. Elle reconnaît également que la mise à contribution des médecins de pratique privée dans l'organisation du continuum de services est sans contredit une des clés du succès du projet. De plus, les alliances que nous observons actuellement entre certains établissements et les pharmaciens de leur territoire devront servir de modèle de collaboration et être généralisées à travers la région. La loi modifiant le Code des professions et autres dispositions législatives dans le domaine de la santé élargit significativement le champ d'expertise du pharmacien qui pourra ainsi être davantage impliqué dans les soins offerts à l'usager.

Des ententes seront également nécessaires avec les propriétaires des ressources privées d'hébergement compte tenu de la part importante de l'hébergement des clientèles vulnérables qu'ils assument. Dans les documents ministériels, les organismes communautaires sont identifiés comme des partenaires des CSSS. Les règles de partenariat devront s'inscrire dans des ententes de collaboration dont les contenus restent à préciser, et ce, afin d'établir les fondements de nouveaux rapports.

Des ententes devront également être ratifiées avec les RUIS, nouvelles entités mises sur pied par le Ministre et dont le mandat est de doter le Québec de réseaux de centres d'enseignement, de recherche et d'évaluation. La région de la Chaudière-Appalaches est jumelée avec la faculté de médecine de l'Université Laval.

3.7. Un modèle d'organisation de services favorisant l'innovation et la créativité dans une recherche constante de l'efficacité et de l'efficience

Les projets cliniques et organisationnels sont l'affaire de l'ensemble des partenaires d'un réseau local. Mais, au cœur de ce réseau, des personnels qui seront des acteurs clés du changement, car la vraie transformation sera celle qui sera faite dans les pratiques professionnelles de même que dans les différents processus de services. Il reviendra donc aux gestionnaires des CSSS de favoriser l'émergence d'un leadership clinique et de susciter l'enthousiasme nécessaire à son succès.

En plus de fournir les balises régionales, l'Agence entend pour sa part exercer un rôle actif dans la démarche d'élaboration et de mise en œuvre des projets cliniques et organisationnels :

- en supportant les travaux de mise en œuvre et l'élaboration de protocoles d'ententes et de collaboration avec les différents partenaires ;
- en offrant aux CSSS un support professionnel et technique tant pour les secteurs cliniques qu'en matière de gestion des ressources financières et informationnelles ;
- en procurant aux CSSS différentes informations démographiques, sociosanitaires, des profils de consommation de services et autres éléments permettant de dresser un portrait clair des populations à desservir ;
- en assurant, le cas échéant, la coordination et l'harmonisation des différents projets cliniques.

L'Agence exercera son rôle auprès des CSSS dans le respect de leur autonomie et de celle des gestionnaires locaux.

3.8. Un modèle d'organisation de services établi à partir d'un partage équitable des ressources financières entre les CSSS et les établissements régionaux et par un financement équitable des organismes communautaires

L'élaboration des projets cliniques et organisationnels pourra compter sur la volonté ferme de l'Agence d'assurer à chacun des CSSS les ressources financières qui correspondent aux besoins estimés de sa population. Pour ce faire, l'Agence a développé, en tenant compte des paramètres proposés par le MSSS, un processus rigoureux et transparent d'allocation des ressources.

Des écarts ont été identifiés entre le niveau de ressources actuellement consenties à chacun des CSSS et celui nécessaire pour répondre aux caractéristiques des populations à desservir. Sur un horizon de trois à cinq ans, en tenant compte des nouvelles allocations dont pourra bénéficier la région de la Chaudière-Appalaches, des efforts soutenus seront faits afin d'en arriver à un partage équitable des ressources entre les CSSS.

L'Agence entend également faire les efforts nécessaires afin de consolider les services de 1^e ligne, pierre angulaire du nouveau modèle d'organisation de services, et ce, tout en demeurant attentive aux besoins particuliers des établissements offrant des services spécialisés de 2^e ligne.

La consolidation du financement de base demeure également une préoccupation face aux organismes communautaires, dans le respect de la mission qui leur est confiée et des clientèles qu'ils desservent.

3.9. Un modèle d'organisation de services supporté par une infrastructure technologique performante et adaptée aux nouvelles réalités

Des réseaux locaux de services efficaces requièrent la mise en place de systèmes d'information intégrés permettant de partager des données cliniques dans une optique de continuité et de complémentarité de services.

Plusieurs travaux ont été réalisés par la région afin de supporter l'actuelle transformation, mais beaucoup reste à faire. Citons à titre d'exemples : le plan directeur régional des ressources informationnelles, le cadre de gestion régional, l'informatisation des laboratoires et la mise en réseau de plusieurs établissements partenaires dans ces technologies, l'informatisation des services de radiologie, le déploiement de la visioconférence, l'implantation du dossier patient électronique (DPE) au CHAU Hôtel-Dieu de Lévis, lequel doit servir de base au déploiement dans les autres établissements de la région, l'informatisation des GMF et le système de transmission des résultats de laboratoire.⁶

⁶ DRFMI, *Plan d'informatisation régional (Document de travail)*, décembre 2004, p. 33-34

Des travaux complémentaires devront être entrepris afin de doter les centres de santé et de services sociaux de systèmes cliniques conviviaux qui supporteront le continuum de services offerts à l'utilisateur. Les priorités retenues pour l'exercice 2005-2006 :

- la mise en place d'un index clientèle régional et d'index locaux partagés ;
- le rehaussement du système d'information sur les soins de longue durée ;
- la décentralisation des mécanismes d'accès ;
- la finalisation des déploiements de PIJ, SIRTf et de SIGDU.

La liste complète des projets est disponible dans le « Plan d'informatisation régional » déposé en décembre 2004.

4. LE MODÈLE ACTUEL D'ORGANISATION DE SERVICES

4.1. Le profil régional des établissements

Comme déjà mentionné, le découpage adopté en juillet 2004 pour Chaudière-Appalaches créait cinq réseaux locaux de santé et de services sociaux. Trois de ces réseaux incluent un centre hospitalier (CSSS Beauce, Montmagny-L'Islet et Thetford), alors que deux réseaux n'en comportent pas (la population du territoire du CSSS des Etchemins utilise majoritairement celui du CSSS de Beauce et celle du CSSS du Grand Littoral utilise le centre hospitalier affilié CHAU Hôtel-Dieu de Lévis, situé à l'intérieur des limites territoriales du CSSS.)

L'Agence dispense directement à la population certains services spécialisés de santé publique de niveau régional. Des services spécialisés sont aussi offerts sur l'ensemble du territoire par Les Centres Jeunesse Chaudière-Appalaches, par le CRDI, le CRDP et le CRAT Chaudière-Appalaches, de même que par le CHAU Hôtel-Dieu de Lévis à qui le Ministre a confié un mandat universitaire.

Quelques services, pour lesquels ils ont reçu des mandats régionaux, sont fournis par des CSSS désignés à des citoyens d'autres réseaux locaux. Notons à titre d'exemples les services Info-Santé, ceux aux personnes victimes d'agressions sexuelles, ceux intégrés au programme régional de lutte au cancer etc. Le profil régional des établissements se retrouve dans le Profil régional des établissements en page 13 de ce document.

On comptait également dans l'environnement des CSSS, au 1^{er} avril 2003, 178 organismes communautaires, 1 336 places en ressources non institutionnelles (ressources de type familial) et 398 places en ressources intermédiaires. Deux territoires, le Grand Littoral et la Beauce, se partagent 439 lits en CHSLD privés conventionnés. 357 médecins omnipraticiens et 228 médecins spécialistes s'ajoutent aux 10 569 employés du réseau.⁷

4.2. Le modèle clinique

Afin d'assurer une réponse adaptée aux différents types de clientèles, plusieurs modèles cliniques sont déjà implantés dans la région. Un défi des CSSS sera de voir à leur articulation et à leur uniformisation en fonction de leur nouveau contexte. Un souci d'harmonisation avec ceux utilisés en 2^e ligne pourraient également s'avérer un élément facilitant. Les projets cliniques et organisationnels devront permettre d'articuler les modèles cliniques de façon à ajouter de la souplesse et à éviter le cloisonnement potentiel entre les programmes.⁸

⁷ Source : MSSS, Direction générale des relations professionnelles, Système d'information sur les effectifs médicaux.

⁸ MSSS, *Projet clinique- Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, Résumé*, 2004, p.14

L'adoption de nouveaux modèles cliniques peut entraîner des modifications dans les pratiques professionnelles et nécessiter des activités de formation et de mise à jour des connaissances pour différentes catégories de personnels. Elle exige également la mise en place de support clinique auprès des professionnels, le développement et l'implantation de nouveaux outils de travail. Une véritable transformation exige donc plusieurs mois de travail et une volonté ferme des gestionnaires de s'engager dans de nouvelles façons de faire.

5. LES FACTEURS CLÉS DE SUCCÈS

L'élaboration et la mise en œuvre des projets cliniques ne pourront être actualisées sans un solide leadership assumé par les CSSS et sans des efforts soutenus d'arrimage avec les services de 2^e et 3^e ligne et avec les partenaires du réseau local. Mais, plus encore que la volonté d'agir, il faudra que les conditions gagnantes soient réunies, afin que les orientations puissent conduire aux effets désirés.

La mise en place des projets cliniques ne pourra être faite selon un mode d'assemblage « à la pièce » sans que ne soit perdu l'esprit de concertation et le désir de mobilisation nécessaire à cette implantation. Ainsi, l'Agence souhaiterait que compte tenu du principe de subsidiarité qui sous-tend la démarche, l'ensemble des partenaires s'approprient l'esprit de l'actuelle transformation fondée sur le partage de l'expertise et sur une imputabilité accrue des différents prestataires de services dans des champs précis de l'offre. Une même compréhension du projet, de ses objectifs, des valeurs sur lesquelles il repose et une vision claire de l'apport attendu de chacun des partenaires apparaissent comme des facteurs clés de succès.

D'autres mesures, comme un plan de communication s'adressant tant au personnel du réseau qu'aux partenaires, favoriseront l'adhésion au projet. L'adoption d'approches de gestion basées sur le respect, la participation et la consultation sera fortement encouragée et supportée. Une identification des besoins de mise à jour des compétences des cliniciens et des gestionnaires apparaît comme une étape essentielle dans l'actualisation des projets cliniques.

L'Agence entend accorder aux CSSS un support soutenu tout au long de la démarche, et ce, sans se substituer à leurs responsabilités propres. Elle prévoit également mettre à la disposition des CSSS une enveloppe budgétaire de transition qui facilitera la réorganisation.

6. LES MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE ET DE SUIVI

L'ADRLSSSS-CA s'est engagée à fournir à chacun des CSSS les balises régionales par programme-services. Ces balises ont été élaborées à la suite de travaux menés avec neuf comités d'experts cliniques qui ont également été invités à se prononcer sur l'identification de priorités régionales à être soumises au comité aviseur mis en place pour encadrer la démarche. Cette démarche se veut évolutive et continue sous une forme de « Work in progress ». Au fur et à mesure de leur conception, les balises régionales par programme-services seraient soumises à l'attention des CSSS afin de supporter les travaux locaux.

L'Agence s'attend à ce que chacun des CSSS s'engage dans des travaux à court terme, lesquels travaux devraient permettre de résoudre rapidement les problèmes les plus criants. Des travaux complémentaires, menés sur un échéancier de un à cinq ans, permettront de réviser l'ensemble de l'offre de service afin de l'adapter aux nouvelles réalités et au développement des connaissances. La réforme proposée nécessitera également des changements importants dans les pratiques cliniques. De nouvelles approches devront être définies, des modèles cliniques élaborés et appliqués, de nouvelles façons de faire adoptées en fonction de données probantes rendues disponibles.

Vous trouverez donc, dans les sections qui suivent, les résultats des travaux accomplis de même qu'une proposition de plan d'action par programme-services. Ces plans d'action regroupent, à



titre indicatif et non exclusif, de nombreuses mesures pour lesquelles des délais réalistes de mise en œuvre ont été inscrits.

Chacun de ces plans d'action identifie également la ou les priorités retenues par les membres des comités d'experts, lesquelles priorités devront se traduire en actions concrètes, choisies par les CSSS en fonction de leurs réalités locales et traduites en résultats mesurables qui feront l'objet de cibles dans les ententes de gestion à être signées avec l'Agence.

Profil régional des établissements

Chaudière-Appalaches

394 718 habitants

RLS DU GRAND LITTORAL

Le CSSS :

- Budget de 93,1 M\$ *
- 1 936 employés
- 669 lits d'hébergement de longue durée

Un RLS comprend :

- 95 organismes communautaires
- 40 cliniques médicales
- 8 GMF
- 2 organismes d'économie sociale
- 4 CHSLD privés conventionnés disposant de 41 lits et d'un budget de 18,6 M\$ *
- Vient s'ajouter au RLSSS, le CHAU Hôtel-Dieu de Lévis qui dispose de 343 lits de courte durée et d'un budget de 98,9 M\$ *

* Budget brut 2004-2005

RLS DE MONTMAGNY-L'ISLET

Le CSSS :

- Budget de 52,2 M\$ *
- 1 114 employés
- 71 lits de courte durée
- 266 lits d'hébergement

Le RLS :

- 39 organismes communautaires
- 9 cliniques médicales
- 1 GMF
- 2 organismes d'économie sociale

* Budget brut 2004-2005

Ville de Lévis
(secteur Desjardins)

GRAND LITTORAL
221 337 habitants

MONTMAGNY-L'ISLET
42 848 habitants

Montmagny

CSSS de
Montmagny-L'Islet

Lotbinière

Bellechasse

La Nouvelle-Beauce

ETCHEMINS
17 969 habitants

Les Etchemins

RLS DES ETCHEMINS

Le centre de santé :

- budget de 29,7 M\$ *
- 547 employés
- 141 lits de longue durée

Le RLS comprend :

- 7 organismes communautaires
- 2 cliniques médicales
- 1 GMF
- 1 organisme d'économie sociale

* Budget brut 2004-2005

RLS DE LA RÉGION DE THETFORD

Le CSSS :

- un budget de l'ordre de 63,6 M\$ *
- 1 268 employés
- 96 lits de courte durée
- 324 lits d'hébergement

Le RLS comprend :

- 26 organismes communautaires
- 13 cliniques médicales
- Un organisme d'économie sociale

* Budget brut 2004-2005

THETFORD
43 518 habitants

Amiante

BEAUCE
69 046 habitants

Beauce-Sartigan

RLS DE BEAUCE

Le CSSS :

- un budget de 84,1 M\$ *
- 1 716 employés
- 142 lits de courte durée
- 265 lits de longue durée

Le RLS :

- 31 organismes communautaires
- 23 cliniques médicales
- 2 organismes d'économie sociale
- un CHSLD privé conventionné de 96 lits dont le budget est de 6 M\$

Le CSSS de Beauce est aussi responsable des mandats régionaux suivants :

- La centrale régionale d'Info-Santé
- Les services de réadaptation en alcoolisme, toxicomanie, dépendance

* Budget brut 2004-2005

Octobre 2004

CSSS de la région
de Thetford

Établissements publics	Installations
CRDI Chaudière-Appalaches	5 bureaux territoriaux 29 points de services
CRDP Chaudière-Appalaches	5 points de services
CJ Chaudière-Appalaches	15 points de services
Établissements privés conventionnés	Installations
Pavillon Bellevue	1 CHSLD
Centre d'Accueil St-Joseph	1 CHSLD
Centre hospitalier de l'Assomption	1 CHSLD
CHSLD Chanoine Audet	1 CHSLD
CHSLD Notre-Dame de Lourdes	1 CHSLD

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, art.24-25. octobre 2004.

(<http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&fi>)

AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX. *Les réseaux locaux de service de santé et de services sociaux en Chaudière-Appalaches*. 2004

(<http://www.rrsss12.gouv.qc.ca/documents/PropositionRLSSSSWeb>)

AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX. *Vers l'implantation des projets cliniques - Activité de lancement*, (document ppt dans notre fichier).

AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX. *Vers l'implantation des projets cliniques- La démarche*(document ppt dans notre fichier).

AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX. *Balises régionales, premiers constats* (document ppt dans notre fichier).

AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX. *Vision globale des systèmes d'information* (document ppt dans notre fichier).

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Projet clinique, cadre de référence pour les réseaux locaux de santé et de services sociaux*. octobre 2004.

CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE. *Avis : l'organisation locale et régionale des services de santé et des services sociaux*. 2003.

DRFMI. *Plan d'informatisation régional* (Document de travail). décembre 2004.

MSSS. Direction générale des relations professionnelles. *Système d'information sur les effectifs médicaux*.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Projet clinique, cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, Résumé*. 2004.

<http://www.rrsss12.gouv.qc.ca/documents/DSP-LarLuc.Guidedinterp.pdf>

http://www.rrsss12.gouv.qc.ca/documents/RapportfinalprojetECP_phase3_fev2005_001.pdf

http://www.rrsss12.gouv.qc.ca/documents/Portraitdelapopulationdesreseauxlocaux-Chaudiere-Appalaches_002.pdf

http://www.rrsss12.gouv.qc.ca/documents/Portraitdureseaulocaldesante-Beauce_000.pdf

http://www.rrsss12.gouv.qc.ca/documents/Portraitdureseaulocaldesante-Etchemins_000.pdf

http://www.rrsss12.gouv.qc.ca/documents/Portraitdureseaulocaldesante-GrandLittoral_000.pdf

http://www.rrsss12.gouv.qc.ca/documents/Portraitdureseaulocaldesante-MontmagnyLIslet_000.pdf

http://www.rrsss12.gouv.qc.ca/documents/Portraitdureseaulocaldesante-RegiondeThetford_000.pdf