

# Projets cliniques

Partenaires pour la santé et le mieux-être de notre population

Volume 1 numéro 1

Avril 2006

## Un feuillet d'information

conçu pour promouvoir les projets cliniques

Dans le cadre de l'élaboration et de la mise en oeuvre des projets cliniques, l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie et ses partenaires ont convenu de se doter d'un feuillet d'information commun afin de promouvoir les projets cliniques auprès des acteurs locaux concernés.

Ce premier numéro sera suivi d'un deuxième à l'automne. Par la suite, ce feuillet paraîtra quelques fois par année, au besoin. Il sera produit par l'Agence, en collaboration avec les chargés de projets du réseau estrien.

Chaque numéro sera principalement diffusé auprès des chargés de projets cliniques des centres de santé et de services sociaux, des établissements régionaux ainsi qu'auprès du Regroupement des organismes communautaires de l'Estrie pour rediffusion, s'ils le souhaitent, auprès de leurs publics cibles. Chaque numéro contiendra de courts articles portant, notamment, sur l'état d'avancement des travaux, l'élaboration et la mise en oeuvre des projets cliniques, différents concepts supportant ces projets, la description d'activités, etc.

## Le projet clinique : c'est quoi ?

L'Estrie fait sienne la définition arrêtée par le ministère de la Santé et des Services sociaux dans son cadre de référence d'octobre 2004. Le projet clinique constitue donc une **démarche** qui vise à répondre aux besoins de santé et de bien-être de la **population** du territoire à partir de divers **modes de prestation** de services **adaptés** aux réalités locales, **articulés** entre eux et qui **englobent** l'ensemble des interventions relatives à la promotion-prévention de la santé et du bien-être, le diagnostic, les interventions ou les traitements, le suivi, l'adaptation et le soutien à l'intégration sociale ainsi que la réadaptation et le soutien en fin de vie. Le projet clinique tient compte du rôle et des responsabilités des acteurs sectoriels et intersectoriels et du potentiel de **contribution** des divers acteurs. Il suppose que les divers interlocuteurs se rendent **imputables** des services qu'ils offrent aux individus et à la population et des ressources mises à leur disposition.

Voici la Table régionale des chargés de projet lors de sa réunion du 24 mars 2006. Sont absents de la photo Mme Louise Breton, directrice générale de la Villa Marie-Claire, et M. Mario Morand, directeur général du Centre de santé et de services sociaux de la MRC-d'Asbestos.



Afin de mettre en oeuvre les projets cliniques, l'Estrie s'est notamment dotée d'un groupe de travail pour coordonner cette opération d'importance au plan régional et dans chacun des sept réseaux locaux de services. Cette instance, la Table régionale des chargés de projets, est composée des personnes suivantes :

### Centres de santé et de services sociaux

- Manon Allard, CSSS du Val-Saint-François
- Céline Bureau, CSSS-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
- Andrée Duquette, CSSS de la MRC-de-Coaticook
- Monique Giroux, CSSS de Memphrémagog
- Robert Bellefleur, CSSS du Granit
- Jean-Guy Nadeau, CSSS de la MRC-d'Asbestos
- Marie-Claire Pelletier, CSSS du Haut-Saint-François
- Roger Laplante, CSSS du Haut-Saint-François

(Suite à la page suivante)

### Établissements régionaux

- Jasmin Audet, Regroupement CNDE/Dixville
- Gaétanne Cormier, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

### Directeurs généraux et directrices générales

- Louissette Breton, Villa Marie-Claire
- Mario Morand, CSSS de la MRC-d'Asbestos

### Organismes communautaires

- Charles Lamontagne, Regroupement des organismes communautaires de l'Estrie

### Agence

- Véronique Pagé, secrétaire
- Pierre Richard, chargé de projet régional



## Réorganisation

### du réseau de la santé et des services sociaux

En décembre 2003, suite à l'adoption de la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (projet de loi 25), le gouvernement du Québec a créé les réseaux locaux de services (RLS) et confié aux agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux la responsabilité de fusionner les établissements locaux qui s'appelleront désormais des centres de santé et de services sociaux.

Au Québec, on retrouve 95 réseaux locaux de services, dont sept en Estrie. Ils correspondent aux MRC du Haut-Saint-François, d'Asbestos, du Val-Saint-François, de Coaticook, de Memphrémagog, du Granit et du territoire de la Ville de Sherbrooke. Dans chacun des sept réseaux locaux de services de l'Estrie, on y trouve un centre de santé et de services sociaux.

Les établissements régionaux (le Centre de réadaptation Estrie, le Centre Jean-Patrice-Chiasson / Maison Saint-Georges, la Villa Marie-Claire, le Centre jeunesse de l'Estrie, le Regroupement CNDE-Dixville et le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke) ne sont pas touchés administrativement par la réforme.

Le projet de loi 83, adopté en décembre 2005, amène de nouveaux acteurs à la table des réseaux locaux. Tous les intervenants des domaines privé, public et communautaire, locaux ou régionaux, deviennent responsables d'assurer de façon concertée et continue, l'accès à une large gamme de services de santé et de services sociaux généraux, spécialisés et surspécialisés à la population de chaque territoire.

La coordination des activités du réseau local de services est confiée au centre de santé et de services sociaux local. Afin d'assurer le bon fonctionnement de ce réseau local de services, il est demandé aux acteurs locaux (médecins, pharma-

ciens, entreprises d'économie sociale, ressources privées, établissements régionaux offrant des services spécialisés) de conclure des ententes de services. Ce nouveau mode d'organisation fait en sorte que le citoyen pourra désormais compter sur des services continus, et ce, le plus près possible de son milieu de vie naturel.

Pourquoi tant de changements? Voici l'opinion du ministre de la Santé et des Services sociaux au moment où il a présenté sa réforme : « L'avantage pour la personne, c'est de savoir qu'il y aura une organisation dans son milieu de vie qui sera responsable de lui offrir les meilleurs services afin qu'elle n'ait plus à se débrouiller seule dans le labyrinthe qu'est trop souvent notre réseau. »

#### En bref, une démarche pour :

- avoir une connaissance plus précise des besoins de la population du territoire;
- fournir le bon service, aux bonnes personnes, au bon moment, dans le bon milieu, au meilleur coût possible.

## Deux principes de base

Chaque réseau local de services organise son travail sur la base de deux grands principes, soit : la responsabilité populationnelle et la hiérarchisation des services. Que sont ces principes ?

La **responsabilité populationnelle** signifie que les intervenants qui offrent des services à la population d'un territoire local sont amenés à partager collectivement une responsabilité envers cette population. Pour ce faire, ils devront rendre accessible un ensemble de services le plus complet possible et assurer 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 et améliorer la santé et le bien-être de la population et des communautés qui la composent.

Le **principe de hiérarchisation des services** signifie, pour sa part, d'améliorer la complémentarité pour faciliter le cheminement des personnes entre les niveaux de services, suivant des mécanismes de référence entre les intervenants. Ces mécanismes touchent non seulement les références entre la première et la deuxième ligne mais également les références entre la deuxième ligne et les services

surspécialisés de troisième ligne. Une meilleure accessibilité sera assurée par les ententes et les corridors de services établis entre les dispensateurs. Cela exige la mise en place de mécanismes bidirectionnels assurant la référence mais aussi la planification du retour de la personne dans son milieu de vie. Le centre de santé et de services sociaux a donc l'obligation de référer les personnes aux services requis et de rediriger celles-ci à un autre endroit pour qu'elles obtiennent réponse à leurs besoins lorsque le service n'est pas disponible, et ce, en respectant les droits des personnes, les normes éthiques et les standards de pertinence et d'accès reconnus.

## Trois objectifs fondamentaux

La démarche entourant les projets cliniques vise à mieux répondre aux besoins de santé et de bien-être de la population. Pour ce faire, le Ministère demande en priorité aux centres de santé et de services sociaux, à leur réseau local de services, aux établissements à vocation régionale et aux agences de favoriser l'atteinte des trois objectifs fondamentaux suivants, soit : **l'accessibilité**, la **continuité** et la **qualité** des services.

Ces trois objectifs sont au cœur des projets cliniques et supportent la réflexion des partenaires des réseaux locaux de services pour ajuster :

- le volet clinique des services;
- le volet organisationnel des services.

## Où en sommes-nous en Estrie ?

Les travaux sur les projets cliniques sont débutés dans tous les réseaux locaux de services. La démarche suit le calendrier d'implantation de chaque programme-service.

Il y aura un projet clinique local pour chacun des programmes-services. Les premiers résultats seront disponibles à la fin des travaux selon le calendrier ci-dessous.

Programme-service	Orientation de l'Agence	Travaux complétés dans les RLS
1- Santé publique	Avril 2004	Complété en octobre 2004
2- Perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV)	Septembre 2005	Mars 2006
3- Services généraux (activités cliniques, d'aide et médicales)	Novembre 2005	Juin 2006
4- Santé mentale	Septembre 2006	Mars 2007
5- Santé physique (cancer et soins palliatifs)	Septembre 2006	Mars 2007
6- Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement	(à venir)	(à venir)
7- Déficience physique	(à venir)	(à venir)
8. Dépendances	(à venir)	(à venir)
9. Jeunes en difficulté	(à venir)	(à venir)

En parallèle, l'Agence travaille à informatiser les réseaux locaux de services, les établissements publics, les groupes de médecine de famille et les cliniques médicales privées.

Une équipe est à l'œuvre et travaille sur les trois volets suivants :

• **le volet « santé physique » :**

- consulter les résultats de laboratoires (biochimie, hématologie, sérologie, immunologie, microbiologie, histologie, cytologie, pathologie, etc.);
- consulter les rapports d'imagerie médicale;

• **le volet « santé biopsychosocial » :**

- consulter et éditer l'« histoire biopsychosociale » selon le modèle OEMC (Outil d'évaluation multiclientèle);
- consulter et éditer la « demande de services » selon le modèle DSIE (Demandes de services interétablissements);

• **le volet « santé publique » :**

- consulter et éditer le registre des vaccinations.

À ces services s'ajouteront les fonctions électroniques interopérables permettant le partage et la circulation des informations, soit : l'index patient, les registres (établissements, intervenants, patients) et les services touchant les notions de consentement et de protection des renseignements personnels.

Pour supporter ce dossier, des travaux de planification ont été réalisés et complétés pour la fin mars 2006. Par la suite, le déploiement du système régional informationnel s'échelonne d'ici juin 2008.

## Le projet clinique : vraiment un **PLUS**

Voici les premiers commentaires illustrant les effets positifs de la démarche du projet clinique :

• **Pour la population :**

- « Enfin, la porte d'entrée aux services de santé et aux services sociaux commence à se préciser. »
- « Je suis handicapée mais pas malade! Il semble qu'on va en tenir compte. »
- « Je suis hospitalisé et je n'entends pas seulement parler de sortie de l'hôpital mais on s'intéresse aussi à mon retour à la maison. »
- « J'ai hâte de ne plus avoir à raconter mon problème trois fois lorsque je fais une demande. »

• **Pour les organisations :**

- « Mieux connaître nos partenaires crée un climat de confiance entre nous. »
- « Si nous réussissons à mieux organiser notre travail entre nous, chacun sera mis à contribution pour le meilleur de son expertise. »
- « De notre côté, en tant que médecin, nous avons déjà commencé à revoir le fonctionnement entre les médecins de famille et les spécialistes. Nous sommes confiants que si nous changeons chacun nos modes de pratiques, nous pourrons mieux travailler ensemble et mieux jouer nos rôles respectifs. »

« Bienvenue aux partenaires  
œuvrant auprès des personnes  
en perte d'autonomie »

« Enfin une rencontre  
pour mieux organiser  
les services à notre  
clientèle commune. »

