Agence
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux
Québec
Estrie

PROGRAMME SERVICES GÉNÉRAUX

Volets activités cliniques, d'aide et activités médicales

- Contexte, définition et état de situation régionale
- Orientations régionales
- Plan régional de mise en oeuvre

Estrie 2005-2010

Adopté par le conseil d'administration de l'Agence de développement
des réseaux locaux de santé et de services sociaux,
le 24 novembre 2005

TABLE DES MATIÈRES

Contributions à l'élaboration du programme services généraux **1**

Sigles utilisés **3**

PARTIE I Contexte, définition et état de situation régional

1. Préambule **5**

2. Introduction **5**

3. Contexte entourant le programme Services généraux **6**

4. Définitions du programme Services généraux **11**
4.1 Contexte et historique 11
4.2 Problématique visée par le programme Services généraux 13
4.3 Concordance des orientations régionales 2005-2010 avec les orientations ministérielles 13
4.4 Identification et description des services du programme 14
4.5 La population : la clientèle visée 15
4.6 La vision et l'approche 15
4.7 Le partenariat 16
4.8 Les objectifs généraux 16
4.9 Les services selon leur nature 19

5. État de situation en Estrie **22**
5.1 Démarche analytique 22
5.2 Portrait de la population et de la consommation des services 23
5.3 Portrait de l'Estrie en fonction des balises ministérielles : panier de services minimal en services généraux 27

PARTIE II Orientations régionales 2005-2010

6. Orientations et priorités régionales 2005-2010 ..... **35**
6.1 Les orientations 35
6.2 Les priorités 36

7. Évaluation et reddition de compte **37**

8. Éléments administratifs et de soutien aux services **39**
8.1 Enjeux des ressources humaines 39
8.2 Enjeux du soutien informatique 40
8.3 Enjeux de la communication 41
8.4 Enjeux du financement 43

9. Conclusion et perspectives **44**

PARTIE III Plan régional de mise en oeuvre

10. Plan régional de mise en œuvre 2005-2010 ..... **46**

ANNEXE

Les activités cliniques et d'aide **52**

BIBLIOGRAPHIE

Bibliographie **84**

Nous tenons à remercier les personnes suivantes qui ont contribué à l'élaboration des orientations du programme Services généraux :

Coordination et rédaction : Édith Couture, responsable du programme Services généraux

Les membres du comité sur les orientations régionales programme Services généraux : volet activités cliniques et d'aide

Brigitte Langlois	Asbestos
Jeanne Dion	Coaticook
Pierre Richard	Granit
Marie-Claire Pelletier	Haut-St-François
Danielle Lareau	Memphrémagog
Manon Allard	Val-Saint-François
Chantal Dupont	Sherbrooke
François Therrien	Directeur général, Centre de santé et de services sociaux du Granit Répondant régional, Table de concertation Établissements/Agence
Édith Couture	Agence : Direction de l'organisation des services et des ententes de gestion

Les membres du comité sur les orientations régionales programme Services généraux : volet activités médicales

Yves Beaulieu	Sherbrooke
Robert Cloutier	Magog
Bernard Frenette	Coaticook
Marie Prud'homme	Val St-François
Mario Wilhelmy	Directeur des services professionnels, Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog Répondant régional, Table des directeurs des services professionnels
Éric Lachance	Centre de santé et de services sociaux de Sherbrooke – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
Jocelyne Martial et Maurice Roy	Direction des services professionnels du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
Pierre Richard	Services généraux d'un CSSS
Philippe Lamontagne	Agence : Direction régionale des affaires médicales et universitaires
Raymonde Vaillancourt	Agence : Département régional de médecine générale
François Therrien	Directeur général, Centre de santé et de services sociaux du Granit Répondant régional, Table de concertation Établissements/Agence
Édith Couture	Agence : Direction de l'organisation des services et des ententes de gestion

Les collaborateurs et collaboratrices de l'Agence : Alain Couture, Alain Ouellet, Carole Roy, Denise Donovan, Ginette Noël, Jean Lavigne, Marie-France Fournier, Johanne Turgeon, Pierrette Turgeon, Robert Pronovost et Thérèse Côté.

Mise en page et traitement de texte : Nicole Calvert

SIGLES UTILISÉS DANS LE DOCUMENT

ADS	Analyse différenciée selon les sexes
ADRLSSSSE	Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'Estrie
CHCD	Centre hospitalier de courte durée
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHUS	Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
CLSC	Centre local de services communautaires
CR	Centre de réadaptation
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DOSEG	Direction de l'organisation des services et des ententes de gestion
DSP	Direction de la santé publique
DSIE	Demande de service interétablissements
DRAMU	Direction régionale des affaires médicales et universitaires
DRMG	Département régional de médecine générale
DRMS	Département régional de médecine spécialisée
GMF	Groupe de médecine de famille
GRH	Gestion des ressources humaines
IUGS	Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
MPOC	Maladie pulmonaire occlusive chronique
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PAL	Plan d'action local en santé publique
PALV	Perte d'autonomie liée au vieillissement
PAR	Plan d'action régional
PNSP	Programme national de santé publique
PREM	Plan régional des effectifs médicaux
PRIE	Plan régional d'informatisation de l'Estrie
RAM	Réseau d'accessibilité médicale
RI	Ressource intermédiaire
RRSSSE	Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie
RTF	Ressource de type familial
SAD	Services à domicile
SM	Santé mentale
SP	Santé physique
TCEA	Table de concertation Établissements/Agence

PARTIE I Contexte, définition et état de situation régional

1. PRÉAMBULE

Ce document concernant le programme Services généraux est composé de trois sections distinctes, soit :

- Contexte, état de situation régionale
- Orientations régionales 2005-2010
- Plan régional de mise en œuvre régional 2005-2010

Nous avons mené ces travaux afin de soutenir la réalisation des projets cliniques dans chacun des territoires de CSSS. Une consultation a été menée auprès de diverses instances afin d'obtenir des avis et commentaires sur la deuxième partie du document portant principalement sur les orientations proposées.

Les orientations régionales du programme Services généraux ont été soumises à une période de consultation auprès des établissements, organismes et instances concernées. Les avis et commentaires reçus ont aidé à la finalité des orientations régionales du programme Services généraux.

2. INTRODUCTION

Au cours des dernières années, de nombreux écrits et commissions ont mis en lumière les problèmes d'accès aux services généraux, de fragmentation des services, de continuité de soins et de partage de l'information clinique. Pour atténuer ces problèmes, plusieurs transformations dans le réseau des services de santé et des services sociaux sont en cours afin de viser une meilleure accessibilité et une intégration des services de première ligne.

En décembre 2003, l'adoption du projet de loi 25 par l'assemblée nationale vient confirmer l'importance d'assurer **à toute la population québécoise**, l'accès à une large gamme de services de première ligne au sein d'un réseau local de services.

Afin de mieux répondre aux besoins de **la population, le nouveau programme Services généraux** a été mis en place par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Ce programme vise l'organisation **d'un réseau de première ligne** comprenant la réalité des centres de santé et de services sociaux, des cabinets privés et des groupes de médecine de famille (GMF) comme assise principale du système de santé et de services sociaux et comme **porte d'entrée** des services.

Le MSSS précise les balises du programme Services généraux en vue d'offrir un **ensemble minimal commun des services de base bien définis** dans tous les réseaux locaux.

Les transformations attendues apporteront une consolidation et une mise en place des services en priorisant l'accessibilité comme enjeu majeur du programme, ainsi que la continuité et la qualité.

Les orientations ministérielles[1] du nouveau programme Services généraux guident l'élaboration des orientations régionales qui sont préparées en partenariat avec les divers acteurs des réseaux locaux de l'Estrie. En effet, une démarche régionale en collaboration avec les partenaires du réseau a permis à l'Agence de développement des réseaux locaux de santé et des services sociaux de l'Estrie, d'élaborer les présentes orientations régionales et ce, tout en tenant compte des orientations ministérielles et des ententes de gestion entre le MSSS et l'Agence. Ces orientations serviront de trame de fond à tous les CSSS de l'Estrie lors de l'élaboration de leur projet clinique.

Nous tenons à souligner que le présent document traite des activités cliniques et d'aide ainsi que des services médicaux généraux. Le programme Services généraux élaboré par le MSSS inclut le volet de santé publique. Par contre, en Estrie, il a été convenu entre les établissements et l'Agence que les services et activités de santé publique sont déterminés par le Programme national de santé publique 2003-2012 et des plans d'action régional et locaux déjà élaborés.

---

[1] GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, Direction générale des services sociaux, Direction des services généraux. *Les services généraux offerts par les centres de santé et de services sociaux,* septembre 2004

3. CONTEXTE À L'ÉLABORATION DU PROGRAMME SERVICES GÉNÉRAUX

Un environnement législatif nouveau

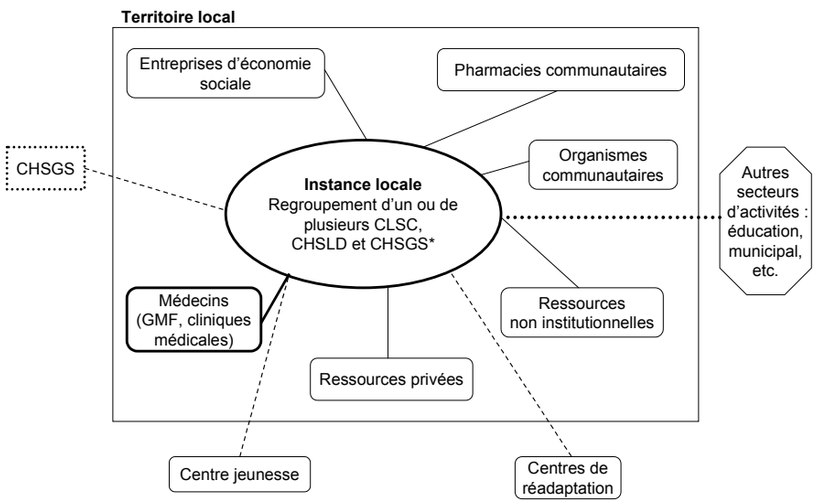
En décembre 2003, le gouvernement du Québec adoptait la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Cette loi confiait aux agences la responsabilité de mettre en place un nouveau mode d'organisation des services dans chaque région basé sur des réseaux locaux de services. La création, en juin 2004, de 95 réseaux locaux de services (RLS) à l'échelle du Québec a pour objectif de rapprocher les services de la population et de les rendre plus accessibles, mieux coordonnés et continus.

Au cœur de chacun de ces réseaux locaux de services, on trouve un nouvel établissement appelé centre de santé et de services sociaux (CSSS) né de la fusion de centres locaux de services communautaires (CLSC), de centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et, dans plusieurs cas, d'un centre hospitalier. Le CSSS agit comme assise du réseau local de services assurant **l'accessibilité, la continuité et la qualité** des services destinés à la population du territoire local.

Pour le ministre Philippe Couillard,

« … *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* ».

Les acteurs dans le réseau local de services



* Une instance locale pourrait ne pas inclure un centre hospitalier en raison de l'absence d'une telle structure de services sur son territoire ou de la complexité d'intégrer ou de regrouper les services offerts par ce type d'établissements.

Source : MSSS, « L 'intégration des services de santé et des services sociaux », *Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, Février 2004

Le réseau local de services

Avec la création des réseaux locaux de services, les différentes personnes et organisations offrant des services de santé et des services sociaux à la population d'un territoire local doivent partager collectivement une responsabilité envers cette population. Pour ce faire, elles doivent ensemble rendre accessible un éventail de services le plus complet possible, tout en agissant pour améliorer la santé et le bien-être de la population locale. Cette nouvelle formule vise une meilleure intégration des services, en particulier, pour les personnes en perte d'autonomie, et les autres personnes vulnérables.

Pour atteindre les objectifs d'accessibilité, de continuité et de qualité des services offerts à la population, tous les CSSS avec les partenaires de leur réseau local de services doivent d'abord définir leur projet clinique et organisationnel visant l'interdisciplinarité et la complémentarité des services. Le projet de loi 83 confie aux CSSS la responsabilité de mobiliser l'ensemble de ses partenaires pour élaborer ce projet d'organisation et ce, dans le cadre d'une approche populationnelle.

Le projet clinique

Le MSSS définit le projet clinique de la manière suivante :
« *Le projet clinique du réseau local réfère à 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 traitements, le suivi, l'adaptation et le soutien à l'intégration sociale, la réadaptation et le soutien en fin de vie. Il 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*[2] .

[2] MSSS, Projet clinique, cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et des services sociaux, document principal, octobre 2004.

HIÉRARCHISATION DES SERVICES

« *Le principe de hiérarchisation implique 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 corridors de services établis entre les dispensateurs. Cela implique la mise en place de mécanismes bidirectionnels assurant la référence mais aussi la planification du retour de la personne dans son milieu de vie.* »

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

Pour transiter vers une offre mieux intégrée et coordonnée de services, le projet clinique mise sur la responsabilité populationnelle ainsi que sur la hiérarchisation et l'intégration mieux articulée des services. Fondamentalement, le projet clinique présente une démarche qui conduit à l'identification des éléments de l'offre de service qui permettent d'en améliorer l'accessibilité, la continuité et la qualité. La mise en ordre de priorité de ces éléments et leur traduction en plan de mise en œuvre (programmation) constituent la pierre angulaire du projet clinique du CSSS et de son réseau local de services (RLS).

À partir des orientations ministérielles et régionales ainsi que des cibles qui seront mises de l'avant suite au portrait des besoins de la population, de l'offre et de la demande de services, le projet clinique permet d'identifier les écarts à combler et à prioriser.

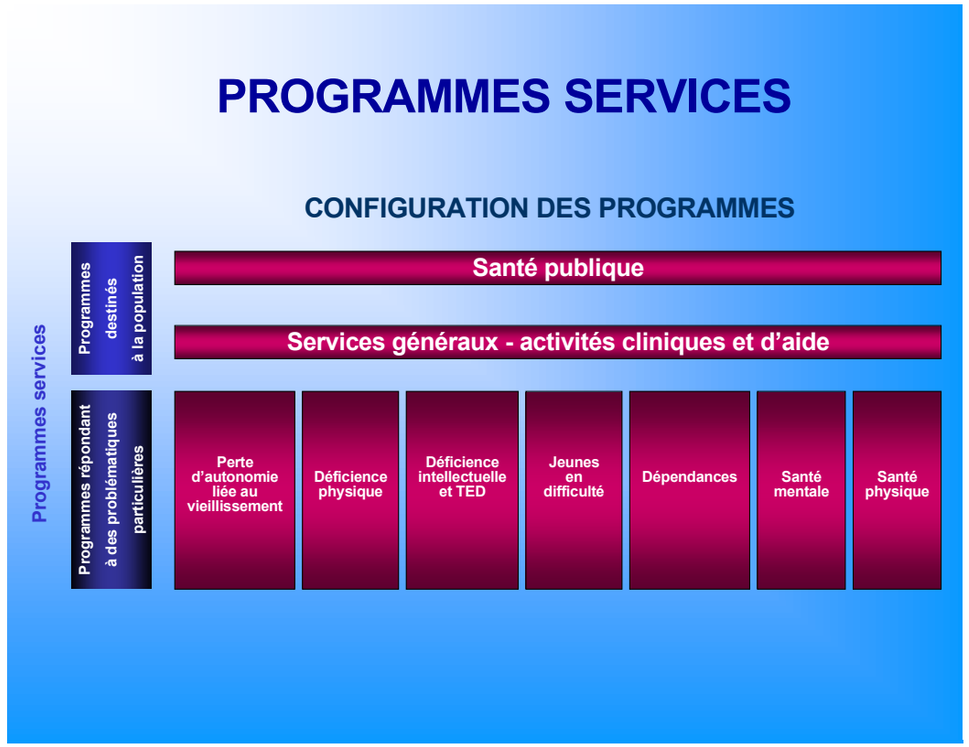
Les programmes-services

L'approche par programme-services permet de sortir de la stricte logique « établissement », de favoriser la mise en place de continuum de services et de favoriser une approche populationnelle. Selon la définition donnée par la Direction de la planification du Ministère :

« *Un programme-services désigne un ensemble de services et d'activités organisés dans le but de répondre aux besoins de la population en matière de santé et de services sociaux ou encore aux besoins d'un groupe de personnes qui partagent une problématique commune*[3] ».

Conformément au même projet de loi 83, il revient à l'Agence de développement des réseaux locaux de services, pour chacun des neuf programmes-services, de définir les orientations régionales couvrant une période de cinq ans. Ces orientations sont définies en continuité avec les orientations ministérielles. Elles découlent aussi d'un bilan portant sur le degré d'actualisation des orientations antérieures.

L'arrimage des neuf programmes-services entre eux et la reconnaissance de leur interdépendance dans la réponse aux besoins des personnes, des clientèles particulières, des groupes vulnérables et de l'ensemble de la population lancent de nombreux défis. De plus, et dans un souci de répondre efficacement aux besoins des individus, il s'avère essentiel que l'élaboration et l'implantation de chaque programme tiennent compte non seulement de l'accessibilité aux services pour les personnes d'expression anglaise mais aussi des orientations ministérielles au regard de l'analyse différenciée selon les sexes.



[3] Rapport du Comité sur la définition des programmes du ministère de la Santé et des Service sociaux. MSSS, janvier 2004.

L'accessibilité des services pour les personnes d'expression anglaise repose sur deux articles (15 et 348) de la LSSS. Le premier (art. 15) reconnaît le droit de ces usagers de recevoir des services dans leur langue. Ce droit s'articule dans un programme régional d'accès aux services en langue anglaise (art. 348). Le programme identifie les établissements de la région qui rendent une partie ou l'ensemble de leurs services accessibles en langue anglaise. Cette offre donne lieu à un décret gouvernemental. Quant aux personnes qui ne parlent ni le français, ni l'anglais, la LSSS ne leur reconnaît pas le droit d'accès aux services de santé et services sociaux dans leur langue. La LSSS prévoit que chaque programme régional d'organisation de services doit prendre en compte les « caractéristiques socioculturelles et linguistiques de la population… ». À cette fin, un plan régional d'accessibilité, adopté en 1997, cible certains établissements de région qui doivent élaborer un plan d'accès.

Par ailleurs, depuis 1997, le gouvernement du Québec travaille à inscrire dans ses pratiques et sa culture ministérielle une nouvelle approche contribuant à l'égalité entre les femmes et les hommes : il s'agit de l'analyse différenciée selon les sexes (ADS)[4].

Cette approche permet de raffiner la connaissance des réalités vécues par les femmes et les hommes et de mettre en lumière les différences pouvant exister entre ces réalités. Ce type d'analyse est essentiel, pour adapter les actions afin de les rendre plus efficaces et de répondre, pour chacun des neuf programmes-services, aux réels besoins pouvant être très différents des femmes et des hommes de chaque territoire et de la région.

Des défis

Dans le contexte actuel de transformation du système de santé, la réalisation du *Projet clinique et des neuf programmes-services* à l'intérieur de chaque *réseau local de services de santé et de services sociaux* constitue un projet novateur et de partenariat par excellence. De nombreux défis sont lancés dont celui de passer d'une pure logique de prestation de services à une où les partenaires sectoriels et intersectoriels du RLS doivent partager collectivement une responsabilité envers la population et autour d'un centre d'intérêt commun : la santé et le bien-être. Dans ce contexte de changement « de vision et de culture », les personnes et organisations évoluent dans un environnement qui devient de plus en plus complexe et interdépendant soulevant ainsi de nombreux défis en regard de la gestion du changement qui devient un incontournable.

Approche et responsabilité populationnelles

Jusqu'à maintenant, une logique de production de services prédominait dans notre système de santé. Étant responsable de sa clientèle, chaque établissement planifiait l'offre de service et allouait les ressources en conséquence. L'établissement performant était celui qui réussissait le mieux à obtenir les ressources nécessaires. La vision mise de l'avant par le projet de loi 25 repose sur des notions différentes dont l'approche et la responsabilité populationnelles.

	Système de soins basé sur les besoins des utilisateurs de services	Système de soins basé sur une approche populationnelle
Responsabilité	Individus qui utilisent les services	Population du territoire local, qu'elle utilise ou non les services
Mission	Améliorer la santé des individus qui utilisent les soins, au moment où ils les requièrent	Améliorer la santé de la population du territoire, à moyen et à long terme
Offre de services	Accent mis sur les services diagnostiques et curatifs	Accent mis sur un continuum de soins allant de la prévention à la réadaptation
Acteurs interpellés	Professionnels et gestionnaires du système, avec leurs expertises respectives	Intervenants du système de soins et acteurs du milieu tels que la population, les milieux scolaire et municipal, les médecins en cabinet privé, les organismes communautaires, avec leurs perspectives et savoirs respectifs
Pratiques	Utilisation des données probantes et guides de pratique au profit des individus qui utilisent les services Gestion axée sur les processus	Utilisation des données probantes en fonction d'une efficacité populationnelle Priorisation des problèmes de santé de la population, compte tenu des interventions efficaces disponibles et des conséquences de l'allocation des ressources (efficience) Définitions des groupes cibles témoignant d'une préoccupation des inégalités (clientèles vulnérables et particulières) Gestion de l'utilisation des services incluant la prise en charge globale, continue et personnalisée Intégration des différents niveaux de soins (primaires, spécialisés, etc.) Gestion axée sur les résultats de santé Travail intersectoriel pour agir en faveur de la santé
Indicateurs privilégiés	On s'intéresse au numérateur, en l'occurrence, les consultants. On privilégie des indicateurs de processus. Par exemple, en ce qui a trait à la production de services, on s'intéresse au nombre de personnes rejointes par un programme de dépistage. On mesure les ressources et services disponibles, les listes d'attente.	On s'intéresse au rapport entre le numérateur et le dénominateur, en l'occurrence, la clientèle et la population. On ajoute des indicateurs de résultats aux indicateurs de processus. Par exemple, en ce qui a trait à la production de santé, on s'intéresse à la réduction de l'incidence d'une maladie. On mesure l'état de santé et de bien-être de la population, les facteurs déterminants de la santé et l'écart entre les besoins et les services offerts.

Adapté de : Derose et Petitti, 2003 : *Measuring quality of care and performance from a population health care perspective.* Ann. Rev. Public Health 2003. 24: 363-84 et de Garr, Rhyne et Kukulka, 1993 : *Incorporating a Community-Oriented Approach in Primary Care.* American Family Physician 1993 : 47 (8): 169-1702.

[4] Gouvernement du Québec, Analyse différenciée selon le sexe dans le secteur de la santé et des services sociaux, Cahier de formation pour les gestionnaires, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005.

L'approche populationnelle est essentiellement fondée sur la conviction que la santé est une richesse collective qu'il faut maintenir et développer. Son objectif est d'assurer un état de santé maximal chez la population d'un territoire, compte tenu des ressources disponibles et des besoins identifiés. Elle vise à coordonner l'offre de services en fonction d'une *population donnée* plutôt qu'en fonction *des individus qui consomment* les services.[5]

Comme citée antérieurement, la notion de responsabilité populationnelle implique que les personnes et les organisations qui offrent des services à la population d'un territoire local sont amenées à *partager collectivement une responsabilité* à son endroit, en rendant accessible un ensemble de services le plus complet possible, de la prévention aux soins de fin de vie, et en assurant la prise en charge et l'accompagnement des personnes dans le système de santé et de services sociaux.[6]

Le réel potentiel de la transformation en cours : améliorer la capacité du système de mettre à profit les ressources du réseau local pour augmenter son impact sur la santé et le bien-être de la population du territoire concerné.[7] Selon ce point de vue, l'amélioration de la santé de la population constitue l'objectif supérieur et la finalité de l'action.

En conformité avec la notion de responsabilité populationnelle, la première question à laquelle doit répondre le projet clinique a trait à l'engagement des personnes et des organisations du réseau local face à une population définie. Elle repose également sur l'acceptation par ces acteurs d'une imputabilité face à cette même population quant aux choix effectués et aux résultats obtenus.[8]

Gestion du changement

Comme soulignés dans le cadre de référence du MSSS, les enjeux soulevés par la gestion du changement sont majeurs car les objectifs les plus précis, les meilleures approches et modèles retenus ne peuvent à eux seuls garantir le succès de l'entreprise[9]. Globalement un des premiers défis consiste **à rendre le changement acceptable, souhaitable voire désirable**. Comme cité antérieurement, le Projet clinique repose sur un changement de culture majeur, un réel *virage santé-population*. L'adhésion de tous à une responsabilité commune à l'égard de la population est un impératif : on désire *accentuer la culture de partenariat et le travail d'équipe*, de même qu'adopter une organisation des processus de travail pour assurer notamment la prise en charge des personnes et le continuum de soins et services. Deux facteurs jouent donc ici un rôle clé : le temps et l'apprivoisement mutuel[10].

Si ce changement de culture interpelle tous les acteurs, certains sont néanmoins plus directement touchés[11] :

- Les membres des équipes de direction qui ont à porter le changement, à faire équipe.
- L'ensemble du personnel, en particulier les cadres intermédiaires, sur qui repose une large partie de la transformation : leurs responsabilités et leur mode de gestion s'orienteront davantage vers le soutien aux équipes de travail.
- Tous les partenaires, coresponsables de la réalisation du Projet clinique, qui sont aussi mis à contribution, dans le *respect de leur mission propre*.
  Ainsi, les partenaires, médecins, organismes communautaires, partenaires intersectoriels, autres établissements spécialisés, etc. doivent être impliqués afin qu'ils se sentent à la fois coresponsables à l'égard de la population et des clientèles qu'ils desservent et respectés dans leur mission propre.

---

5 Agence de développement de services de santé et de services sociaux de Montréal, *L'approche populationnelle : une nouvelle façon de voir et d'agir en santé*, rousse d'information, novembre 2004.
6 MSSS, Projet clinique, *Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, Résumé, octobre 2004, p. 5.
7 Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie, Pour un projet local d'intervention avec un impact sur la santé de la population, document de discussion, juin 2004, p.6.
8 Idem, p.27
9 MSSS, Projet clinique, *Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, Document principal, octobre 2004, p. 65
10 MSSS, Projet clinique, *Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, Résumé, octobre 2004, p. 22.
11 Idem

Il s'avère donc impératif de mettre parmi les préoccupations centrales du Projet clinique la mobilisation. Il importe au départ de faire comprendre la nature du changement, de se donner un langage commun, de développer une vision partagée, et de favoriser des concertations ouvertes. Le défi humain, c'est aussi de bâtir un climat de bonnes relations humaines, notamment grâce à des moyens structurés d'information et d'échange.

Aux défis humains ainsi que de nouvelles vision et culture, s'ajoute le défi de la «construction» de l'organisation pour qu'elle puisse porter le changement. Comme énoncé dans le cadre de référence du MSSS[12] : *Il s'agit d'un défi structurel. Il consiste à déterminer le modèle de plan d'organisation stratégique, clinique et opérationnel que devra prendre l'organisation pour rencontrer ses responsabilités populationnelles et ses responsabilités à l'égard des clientèles vulnérables et particulières, assurer l'atteinte des objectifs d'accessibilité, de continuité et de qualité que supporte le projet clinique et soutenir le mandat majeur de leader du partenariat qui lui incombe.*

[12] MSSS, Projet clinique, *Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, Document principal, octobre 2004, p. 66

4. DÉFINITION DU PROGRAMME SERVICES GÉNÉRAUX

4.1 Contexte et historique

MSSS

Au début des années 1970, le Gouvernement du Québec a créé, dans la foulée du rapport de la Commission Castonguay-Neveu, les centres locaux de services communautaires (CLSC).

Ces nouvelles entités visaient à devenir la porte d'entrée principale du réseau avec la mission *« d'offrir en 1re ligne des services de santé et des services sociaux courants et, à la population qu'il dessert, des services de santé et des services sociaux de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion »*[13] Avec l'arrivée des CLSC naissaient également les polycliniques et cliniques médicales privées visant un rôle similaire auprès de la population pour le volet santé. Au cours des années, les changements législatifs et les nécessaires collaborations interprofessionnelles et interorganisationnelles au sein du réseau ont fait ressortir la problématique de disparité importante de l'offre de service dans les divers CLSC du Québec.

Dans les années 1990-1992, la réforme Côté, issue de la Commission Rochon, place le citoyen au cœur de l'offre de service. De 1995 à 2000, on assiste à plusieurs transformations de structure organisationnelle des établissements.

En septembre 2004, le MSSS, dans le préambule de son document « Les services généraux offerts par les CSSS » cite : *« Par ailleurs, des commissions d'étude ont été mises sur pied pour évaluer l'organisation des services de santé et de services sociaux. Toutes ces études ont conclu à une surutilisation des services spécialisés de deuxième et troisième lignes et à une sous-utilisation des services de première ligne ».*

Parmi les importants constats ressortis de ces études, il est noté que le **service d'urgence des centres hospitaliers constitue trop souvent la porte d'entrée du réseau.**

Pour sa part, en 2000, la Commission Clair recommandait :

> « *que l'organisation d'un réseau de première ligne constitue l'assise principale du système de santé et services sociaux;*
> *que ce réseau soit formé à partir de la double réalité actuelle des CLSC et des cabinets de médecins;*
> *que le MSSS précise le mandat du CLSC en vue d'offrir un ensemble minimal commun de services de base partout au Québec ».*

C'est dans la poursuite de cette orientation que le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a créé les directions régionales de médecine générale (DRMG) en 1999 qui donne plusieurs responsabilités aux équipes médicales dont l'organisation des services médicaux sur les territoires. Le MSSS a aussi mené, au cours de 2003, des travaux permettant de circonscrire les notions de services de 1re ligne, soit des services généraux et des services spécifiques. De concert avec les partenaires du réseau, il a établi **l'offre minimale de services généraux** devant être offerte par tous les CLSC du Québec.

L'adoption en décembre 2003 du projet de loi 25 vient confirmer l'accès à une 1re ligne bien définie au niveau de ces services qui seront sous la responsabilité d'une nouvelle instance, issue de la fusion du CLSC, du centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) et du centre hospitalier de soins généraux (CHSG), soit le centre de santé et de services sociaux (CSSS). Parallèlement, un nouveau programme-services est né, soit le **programme Services généraux** s'adressant à **l'ensemble de la population** et assurant la **porte d'entrée du système de santé et des services sociaux**.

13 Gouvernement du Québec, Loi sur les services de santé et les services sociaux.

ESTRIE

État de situation sur l'offre de service dans les CLSC et les CHSLD de l'Estrie

En octobre 2000, lors de l'adoption de son plan de travail annuel, la Table des directions générales généraux des CLSC et des CHSLD de l'Estrie a identifié comme l'une de ses priorités de *« préciser l'offre des services locaux des CLSC et des CHSLD de l'Estrie »* et de *« faire connaître à la population et aux partenaires l'engagement des établissements locaux de l'Estrie quant à leur offre de service… La définition de ce profil commun de services devant également faciliter l'identification des priorités de consolidation et de développement dans chaque MRC. »* La Table a donc entrepris une démarche en partenariat avec la Régie régionale de l'Estrie, dans le but de définir les services, programmes et activités qui pourraient faire partie de l'offre de service de base disponible dans les CLSC et CHSLD de l'Estrie. Cette offre de service a été définie autour de la notion de « services dans le milieu » telle que présentée dans le document de la Régie régionale sur les *Services dans le milieu.*[14] En avril 2002, un état de situation détaillé de l'offre de service offert en CLSC et en CHSLD, par l'ensemble des établissements et ceux qui sont disponibles uniquement dans certains établissements, est rendu disponible. Le document consiste essentiellement en un rapport d'observation des données fournies par les établissements.

Recueil des services généraux et spécifiques en Estrie

Puis, en novembre 2001, se tenait une journée de réflexion sur la méthode d'allocations budgétaires pour l'ensemble des MRC, avec les directeurs généraux et les directrices générales des établissements concernés de l'Estrie. Parmi les orientations discutées concernant l'équité inter MRC, ceux-ci exprimaient la préoccupation de connaître les attentes de la Régie régionale de l'Estrie en ce qui a trait **au panier de service à offrir** dans chacun des programmes-clientèles en CLSC. Ce cadre de référence permettrait de soutenir les CLSC quant à l'organisation de services uniformes, par programmes-clientèles, d'une MRC à l'autre. De plus, il permettrait d'identifier les ressources minimales requises dans chacun des programmes-clientèles. Il avait été convenu que la structure d'ensemble du recueil pour chacun des programmes-clientèles comprenne les éléments suivants :

1. L'identification du « programme-clientèle »
2. L'identification d'un type de « service »
3. Une « description »sommaire des services
4. La liste des « principaux collaborateurs et collaboratrices »
5. Les « catégories d'effectifs » habituels pour un service donné
6. La « couverture » de service attendue

Par la suite, de juin 2002 à janvier 2003, des travaux sur les services de première ligne ont été réalisés et ont permis le dépôt, en juillet 2003, d'un recueil des services généraux et spécifiques en CLSC par programme clientèle. Ces travaux visaient ainsi l'harmonisation des services offerts à la population de l'Estrie.

Groupe de médecine de famille (GMF)

L'implantation des groupes de médecine de famille (GMF) traduit une volonté de changement majeure dans l'organisation des soins et des services de santé au Québec et fait suite aux recommandations du rapport de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (Rapport Clair, décembre 2000).

Au cours de l'été 2002, le Ministère confie la responsabilité d'implantation des GMF aux présidentes-directrices générales et aux présidents-directeurs généraux des régies régionales. Ces derniers assurent la mise en place des GMF dans leur région par des ententes signées entre les régies régionales et les GMF. Celles-ci doivent être conformes aux attentes du ministère afin de soumettre les projets d'accréditation au ministre.

Depuis, la région de l'Estrie compte sept GMF : cinq pour la Ville de Sherbrooke, un pour la MRC de Coaticook et un pour la MRC Memphrémagog. L'implantation des GMF en Estrie, c'est plus de **cent médecins, une quinzaine d'infirmières GMF et une population de près de 50 000 personnes** desservies par les offres de service des GMF.

[14] Document de travail « État de situation sur l'offre de service dans les CLSC et CHSLD de l'Estrie – rapport d'observation sur les engagements des CLSC et des CHSLD à l'égard de la population de l'Estrie, préparé par Irène Désilets et Pauline Gervais, consultantes, avril 2002

Cette première phase se terminant, s'amorce maintenant une deuxième qui permettra de développer de nouveaux groupes en Estrie. En effet, trois autres projets sont en cours pour les régions du Granit, du Haut St-François et de Memphrémagog.

Accessibilité aux plateaux techniques dans les heures défavorables

Faisant suite aux fusions d'établissements dans la région, qui s'est déroulé en 1998, un réseau d'accessibilité médical (RAM) a été créé afin d'offrir des services de sans rendez-vous à la population. Toutefois, ces services n'étant pas soutenu par un accès aux plateaux techniques en heures défavorables, le RAM pouvait difficilement atteindre les objectifs visés au départ.

Des travaux effectués en 2001 ont permis la mise en place d'un service d'accessibilité aux plateaux techniques dans les heures défavorables. Depuis près de deux ans, un accès aux services de laboratoire, de radiologie ainsi que d'électrocardiogramme est offert pour la clientèle ambulatoire qui fréquente les sans rendez-vous du RAM durant les heures défavorables. L'accès à ces services est toujours en évolution et demande un suivi régulier afin d'en assurer l'utilisation optimale.

Ainsi cette accessibilité développée à Sherbrooke, cadre avec les attentes administratives 2005-2006 du Ministère, car il s'attend à ce que les CSSS offrent un soutien au diagnostic médical en horaire défavorable, notamment par un accès direct pour les cas urgents / semi urgents, sans passage par l'urgence, au plateau technique de biologie et d'imagerie médicale avec une transmission du résultat au médecin traitant dans le délai prescrit.

4.2 Problématique visée par le programme Services généraux

L'organisation et l'accessibilité à un réseau de 1re ligne offrant un ensemble minimal commun de service de base et assurant la porte d'entrée du réseau constituent l'enjeu majeur du programme Services généraux. Le programme vise l'intégration des services en identifiant les rôles et responsabilités des divers intervenants et intervenantes tout en circonscrivant le champ d'action de chacun. Il permet une transformation de l'offre de service et une adaptation à des nouvelles pratiques cliniques interdisciplinaires du personnel du CSSS et des équipes médicales.

4.3 Concordance des orientations régionales 2005-2010 avec les orientations ministérielles

L'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'Estrie s'est assurée, lors de l'élaboration des orientations régionales, de la concordance avec les orientations ministérielles. En effet, les documents ci-après que le MSSS nous fournit afin d'encadrer nos travaux ont servi de balises et sont ainsi devenus les éléments structurants des orientations régionales du programme Services généraux.

MSSS : Les services généraux offerts par les centres de santé et de services sociaux, septembre 2004

- La définition de l'offre de services généraux en CLSC a été reprise dans la perspective d'une nouvelle organisation de services de santé et de services sociaux intégrés autour du concept de 1re ligne.

MSSS : L'architecture des services de santé et des services sociaux, janvier 2004

- L'activité au sein du système québécois de Santé et des services sociaux est divisée en neuf programmes-clientèles et servent de cadre aux orientations ministérielles et à l'organisation des services et constitueront le point de référence pour répartir les contours financiers des programmes.

MSSS : Devenir un groupe de médecine de famille (GMF) guide d'accompagnement, septembre 2003

- Ce modèle GMF favorise l'accessibilité, la prise en charge globale et la continuité des soins et services à la clientèle inscrite. La volonté de développer des liens de complémentarité avec l'ensemble du réseau vise à améliorer la prestation et la qualité des soins médicaux.

MSSS : Révision du rôle et de l'organisation du service Info-Santé, constats et orientations préliminaires, rapport d'étape, Novembre 2004

- Le Ministère a entamé des travaux afin de proposer des ajustements aux services Info-Santé en fonction des nouveaux besoins de la population et des nouvelles réalités organisationnelles du réseau de la santé. Ces travaux trouvent leur justification dans certains éléments de contexte et certains besoins émergeants, ainsi que dans des situations problématiques relatives au service Info-Santé. Le rapport en résultant fait état de plusieurs constats et propose différentes orientations et solutions. Cependant, il est clair que les services Info-Santé/Social devront minimalement être sur une base régionale et seront reliés entre eux en réseau. Depuis les orientations sont confirmées dans le sens des travaux du comité régional.

MSSS : Plan stratégique 2005-2010

- Priorités ministérielles
- Enjeux, orientations, axes et objectifs

4.4 Identification et description des services du programme

Les services de 1re ligne

Les services de première ligne sont un ensemble de services de nature préventive, curative, de réadaptation, palliative ou de soins de fin de vie et de soutien qui s'appuient sur une infrastructure légère, des compétences professionnelles générales et diversifiées ainsi que des techniques courantes d'interventions. Ces services permettent de prévenir, de résoudre ou de réduire la majorité des problèmes sociaux ou de santé courants vécus par l'ensemble de la population et par certaines clientèles vulnérables ou particulières.

Les services généraux incluent des activités de santé publique qui s'inscrivent dans une approche populationnelle et des activités cliniques et d'aide qui supposent une réponse à des besoins individuels.

Le présent document traite uniquement du volet activités cliniques et d'aide incluant le volet des activités médicales. Les services et activités de santé publique sont traités quant à eux à l'intérieur du Plan d'action régional et des plans d'action locaux de santé publique.

Les services de première ligne regroupent deux grands types de services; les services généraux et les services spécifiques :

Les services généraux

Les services généraux s'adressent à toute la population et sont la principale entrée dans le système de santé et des services sociaux. Ils répondent à un besoin de maintien ou d'amélioration de la santé et du bien-être ou encore à des problèmes généralement ponctuels, qui peuvent aussi être de nature aiguë et réversible. Ils incluent des activités de santé publique qui s'inscrivent dans une approche population-nelle et des activités cliniques et d'aide ainsi que des activités médicales. La problématique des femmes et des hommes victimes de **violence conjugale** ou sexuelle, des enfants y étant exposés ainsi que des conjoints violents fait partie du programme Services généraux.

Ces activités cliniques et d'aide, auxquelles contribuent plusieurs organismes communautaires, offertes en première ligne répondent à l'ensemble des besoins des personnes vivant une situation particulière momentanée. Les services généraux contribuent principalement à « traiter » la personne ou à stabiliser son état ou à réduire les conséquences. Dans les limites des services généraux, les personnes-

ressources accomplissent aussi des actions de prévention et de soutien auprès des personnes qu'ils traitent. De plus, les activités cliniques et d'aide sont soutenues par des compétences professionnelles générales, des outils techniques d'interventions courantes, ainsi qu'une infrastructure et une technologie légère.

Les services spécifiques

Certaines **clientèles particulières nécessitent, en plus des services généraux, des services spécifiques** pour répondre à leurs besoins.

Les services spécifiques s'adressent à des **clientèles vulnérables et à des clientèles particulières.** Ils répondent à un besoin de maintien ou d'amélioration de la santé des **clientèles vulnérables** par des actions concernant précisément ces personnes et à leurs proches ou aux besoins souvent complexes, inter-reliés et concomitants. Les services spécifiques incluent des activités de santé publique et des activités cliniques et d'aide. Les personnes qui vivent dans leur communauté et qui, la plupart du temps, conformément à un plan de services individualisés, doivent recevoir à moyen ou à long terme, de façon **continue et souvent intensive**, des services qui leur sont propres. Les personnes qui nécessitent de tels services sont des **clientèles particulières**. Le MSSS identifie les personnes **en perte d'autonomie liée au vieillissement**, les personnes atteintes d'une **maladie chronique** dont le **cancer**, les **personnes en fin de vie**, les **jeunes en difficulté** et leur famille, les **personnes suicidaires** ou qui ont des **problèmes graves et persistants** de santé mentale, les personnes qui ont une **déficience physique ou intellectuelle** ou un trouble envahissant du développement, les personnes aux prises avec une ou plusieurs formes de **dépendance** (toxicomanes, alcooliques, joueurs pathologiques, etc.) et les personnes itinérantes.

Il est important de préciser que le présent document du programme Services généraux ne traitera pas des services spécifiques car ces services s'adressent à des clientèles particulières et non à l'ensemble de la population et que ces services seront abordés dans les orientations régionales des autres programmes services.

4.5 La population : La clientèle visée

Les services généraux sont accessibles à **l'ensemble de la population sans distinction et sans exclusion de clientèles et sans que l'accès aux services soit assujetti à la résidence sur le territoire de référence**[15]. La seule exception a trait au lieu de prestation des services. En effet, lorsque ceux-ci seront offerts au domicile de la personne ou dans un autre milieu de vie, la résidence sur le territoire de référence constituera une condition d'accès aux services.

4.6 La vision et l'approche

Les services généraux constituent la principale entrée dans le système de santé. Il s'agit de services à caractère universel qui s'adressent à toute la population.

La philosophie de ce programme-service implique une **accessibilité optimale** aux services généraux, et ce, dans une perspective de mise en réseau et de **hiérarchisation des services**. De plus, un arrimage étroit entre les partenaires permet d'inscrire les services généraux en **continuité et en complémentarité** avec les services offerts par les autres programmes service et par la communauté.

L'approche préconisée pour ce programme est le **fonctionnement en réseau** par la collaboration interprofessionnelle et interorganisationnelle. Un fonctionnement en réseau implique « un ensemble d'organisations interreliées et complémentaires qui fournit ou assure la prestation d'un continuum de services coordonnés à une population définie d'un territoire circonscrit, en étant responsable des résultats et de l'état de santé de la population desservie. »[16]

[15] GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. Direction générale des services sociaux, Direction des services généraux. *Les services généraux offerts par les centres de santé et de services sociaux,* septembre 2004, p. 9

[16] RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE. Direction de la santé publique et de l'évaluation. *Réseau de services intégrés, ses principes, concepts et composantes,* octobre 2001, p. 8

Dans un réseau intégré, **l'interdépendance** est omniprésente : aucun acteur ou organisation n'ayant toutes les ressources, les compétences, la légitimité nécessaire pour apporter une réponse (scientifiquement, professionnellement, techniquement, socialement) légitime et valide aux problèmes auxquels chaque acteur ou organisation du champ est confronté. De plus, la définition du réseau s'articule également autour du principe fondamental du continuum de services. Celui-ci réfère à la fois à la notion de continuité et de complémentarité des services et des soins requis par les individus et par la population. Par exemple, des parents, des enfants ou des jeunes en difficulté peuvent requérir différents niveaux de services tels que des services de première ligne, de prévention, de réadaptation ou de protection selon le degré de gravité de leur situation et de son évolution dans le temps. Le continuum de service vise à réduire les nombreuses zones grises observées dans les modes traditionnels de distribution de services et à développer des mécanismes de systématisation du cheminement clinique des patients.[17]

4.7 Le partenariat

Le concept de responsabilité populationnelle implique que le CSSS doit assurer à la population de son territoire une réponse appropriée à ses besoins, et ce, dans une perspective d'amélioration de la santé et du bien-être. À cet égard, le CSSS joue un rôle central dans la gamme des services décrits dans le programme des services généraux. Il est responsable d'assurer l'accessibilité aux services, d'évaluer les besoins et d'orienter la population vers les services appropriés à ces besoins et, enfin, de favoriser la continuité, la coordination et la fluidité des actions des divers partenaires qui offrent des services à la population de son territoire.

Les services de 1re ligne sont offerts de façon non exclusive par différents partenaires directement associés au réseau de la santé et des services sociaux : les CSSS, les cliniques médicales, les groupes de médecine de famille (GMF), le CHUS pour certains services ambulatoires et les organismes communautaires.

D'autres partenaires, tel les RI, RTF, les entreprises d'économie sociale, les pharmacies communautaires et les cabinets privés d'autres professionnels apportent une importante contribution aux services de 1re ligne. Enfin, des partenaires dans la communauté, tels que les services municipaux, les services de garde et le réseau de l'éducation sont aussi associés à ces services.

Le CSSS est responsable de créer ou favoriser des liens de collaboration au moyen d'ententes ou d'autres modalités avec tous ses partenaires du réseau local et d'assurer la fluidité entre les services de deuxième et troisième lignes présents au niveau régional ou suprarégional. Il est à souligner que les médecins en cabinets privés et en GMF ainsi que plusieurs organismes communautaires ont une participation importante et incontournable dans la mise en place de ce programme par leur rôle. De plus, parce qu'ils sont enracinés dans la communauté, les organismes communautaires sont souvent les premiers à constater l'émergence de nouveaux besoins et prêts à y donner réponse. Ils contribuent ainsi à appuyer les CSSS dans cette importante responsabilité.

Le CSSS agit donc comme le chef d'orchestre afin de développer et de consolider le programme Services généraux.

4.8 Les objectifs généraux

Les services généraux se traduisent par une large gamme de services de santé et de services sociaux répondant à des besoins généraux.

L'implantation de ce nouveau programme-service vise l'harmonisation du panier de service offert à toute la population, dans tous les réseaux locaux de l'Estrie.

Les objectifs généraux du programme-service sont principalement liés à trois grands volets, soit l'accessibilité, la continuité et la qualité.

[17] RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE. Direction de la santé publique et de l'évaluation. *Réseau de services intégrés, ses principes, concepts et composantes,* octobre 2001.

➢ L'accessibilité[18]

Gérer l'accessibilité, c'est tenir compte de la *proximité* des services, de l'*acceptabilité* par la population, de l'existence de *masses critiques* et de la *réduction des inégalités*. On peut agir sur l'accessibilité grâce à des mécanismes de référence, des ententes, des corridors de services et des mécanismes bidirectionnels assurant la référence, mais aussi la planification du retour de la personne dans son milieu de vie. Il faut bien souligner que cette responsabilité incombe aussi aux partenaires des CSSS, dans le cadre de la mission que leur confère la loi. Enfin, l'accessibilité englobe aussi la réponse aux besoins de la population, compte tenu des caractéristiques des communautés.

Dans le cadre du projet clinique, le CSSS assume les responsabilités ci-après :

- offrir des services et des interventions de santé publique adaptés à l'ensemble de sa population et à ses clientèles plus vulnérables, et proposer et mettre en œuvre le plan d'action local en santé publique,
- offrir une gamme équilibrée de services généraux et spécialisés, adaptés aux besoins des clientèles particulières, en fonction des consensus régionaux et des orientations gouvernementales,
- assurer le dépistage des clientèles vulnérables.
- accueillir et diriger les personnes et leurs proches vers les services pertinents, dans le respect des normes d'éthique et des normes de qualité et d'accès reconnues,
- assurer l'accès temporel, géographique et professionnel aux services et faire le suivi des listes d'attente.

Les objectifs liés à l'accessibilité :

- Assurer la mise en place du **panier minimal commun** des activités cliniques et d'aide sur tout le territoire de l'Estrie.
- Améliorer **l'accès** à un médecin de famille, le **suivi médical**.
- Assurer **en priorité l'accès** aux :
  - services d'accueil, d'information, de conseil, d'évaluation, de référence et d'orientation,
  - services psychosociaux et psychologiques,
  - services infirmiers généraux,
  - services de soutien à domicile offerts aux personnes à la suite d'une intervention chirurgicale.

➢ La continuité[19]

Par continuité, on entend passage sans rupture entre les différents services qui reçoivent la personne. Cela peut impliquer un intervenant ou une intervenante, une équipe, une organisation ou encore tout un réseau.

Les problèmes de santé sont complexes et exigent une série d'interventions, et ce, à divers niveaux (1re, 2e et 3e lignes). Selon le principe de hiérarchisation, la réponse au besoin chemine sur un continuum de services par des mécanismes de référence efficaces et bien structurés. C'est par le biais d'ententes de service que ces mécanismes s'établiront entre les parties impliquées.

Le partage de l'information clinique pertinente constitue une condition sine qua non à l'atteinte des objectifs au plan de la continuité. Les mécanismes pour la transmission de l'information devront faire partie des ententes de service à formaliser entre les CSSS et les établissements régionaux.

[18] Les définitions et responsabilités sont tirées du document du MSSS *Projet clinique – Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux.*

Dans le cadre du projet clinique, le CSSS assume les responsabilités ci-après :

- de prendre en charge, d'accompagner et de soutenir les personnes en vue d'assurer la continuité entre les différents épisodes de soins et d'interventions sociales requis à l'intérieur du réseau de la santé et des services sociaux, et ce, plus spécifiquement pour les personnes ayant des besoins particuliers et plus complexes.
- de définir et mettre en place des mécanismes de référence et des mécanismes de transfert entre les organismes dispensateurs de services;
- d'instaurer la démarche, de mettre en place des mécanismes ou de conclure des ententes avec les différents organismes dispensateurs de services, qui préciseront les responsabilités réciproques en vue d'améliorer la continuité des services en fonction des résultats ciblés.

Les objectifs de continuité :

- Assurer une continuité entre les diverses activités cliniques et d'aide incluant les activités médicales.
- Assurer une fluidité des services entre le programme des services généraux et les autres programmes services.
- Favoriser la collaboration entre les professionnels, les professionnelles et les autres partenaires concernés , dont les organismes communautaires, par les services généraux.

➢ La qualité[20]

La qualité est considérée comme un concept qui englobe toutes les dimensions précédemment définies, puisqu'elle témoigne de l'atteinte des objectifs pour l'ensemble des composantes.

Toutes les organisations sont *imputables à l'égard de la qualité des services* qu'elles dispensent. On parle ici de la qualité technique, de la pertinence des interventions, évitant la surutilisation comme la sousutilisation des services, du respect des normes professionnelles et du recours aux meilleures connaissances disponibles. Pour évaluer la qualité des services, on aura par exemple recours à un processus d'amélioration continue de la qualité. On cherchera aussi à connaître l'appréciation de la qualité par la population, et aussi par les clientèles qui ont recours aux services.

Le CSSS assume les responsabilités ci-après :

- adopter une stratégie d'amélioration continue de la qualité des services y compris ceux rendus par les organisations, dont les organismes communautaires, auxquelles le réseau réfère, et mettant à contribution les personnels professionnels, les personnes desservies et la population,
- établir les collaborations sectorielles, y compris avec les organismes communautaires, et intersectorielles en vue d'agir sur les déterminants de la santé et adapter l'offre de service,
- informer et consulter la population, et connaître sa satisfaction à l'égard des services et des résultats,
- désigner un ou une gestionnaire responsable d'assurer la qualité dans les milieux de vie où résident des personnes vulnérables.

Les objectifs de qualité :

- Assurer une stratégie d'amélioration continue de la qualité des services.
- Connaître la satisfaction de la population à l'égard des services offerts par le programme.
- S'assurer de l'utilisation optimale des ressources affectées au programme (ex. Loi 90)[21].

---

[19] Idem

[20] Les définitions et responsabilités sont tirées du document du MSSS *Projet clinique – Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux.*

[21] GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Loi modifiant le code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé,* 2002

4.9 Les services selon leur nature :

Volet activités cliniques et d'aide

SERVICES	RÉSUMÉ DU SERVICE
Accueil, information, accompagnement et référence personnalisée	
Accueil, information, accompagnement, évaluation et référence personnalisée	Accueil, réponse aux demandes d'information, prise de rendez-vous sur place ou par téléphone, évaluation et référence personnalisée vers les services ou les ressources appropriés du milieu. Les organismes communautaires constituent un lieu d'accueil et d'accompagnement.
Soins infirmiers	
Info-Santé*	Aide, conseils, information et réponse rapide relativement à des problèmes de santé en tout temps par téléphone, jour et nuit (24/7).
Interventions en matière de soins infirmiers	Évaluation de la condition de santé liée au problème présenté, orientation vers les ressources appropriées en lien avec les médecins référants et les services offerts dans le CSSS, tests et analyse, traitements infirmiers nécessaires, consultation et suivi concernant des maladies courantes; information et enseignement donné concernant le problème de santé présenté.
Garde en soins infirmiers « 24/7 »	Évaluation de la condition et traitements infirmiers, en relation avec un problème de santé préalablement identifié; service offert en dehors des heures d'ouverture du CSSS pour les personnes inscrites à ce service.
Interventions en matière de sexualité, planification des naissances et suivi pré- et post-IVG	Information, conseils, aide et enseignement sur la sexualité et la contraception, tests diagnostiques et traitements; service offert également le soir, avec ou sans rendez-vous. Conseils, information pré- et post-IVG.
Enseignement de base auprès des personnes atteintes d'une maladie chronique	Information et enseignement de base donnés, principalement lors de l'annonce du diagnostic, à une personne atteinte d'une maladie chronique pour lui permettre de comprendre sa maladie et de l'autogérer; service individuel ou de groupe.
Contact à la suite de l'avis de grossesse	Information et conseils d'usage par un contact téléphonique systématique à toutes les femmes enceintes qui y ont consenti, dès la référence par les médecins, les sages-femmes ou les centres hospitaliers.
Soutien à l'allaitement maternel	Conseils et aide assurant le soutien des pratiques favorables à l'allaitement maternel auprès des femmes enceintes, des femmes venant d'accoucher, des femmes qui allaitent, des nourrissons et des conjoints (pères); activités réalisées par l'intermédiaire de rencontres individuelles et autres types de rencontres.
Visite systématique postnatale et post-adoption	Conseils, information et évaluation relativement à l'état de santé du nouveau-né ou de l'enfant adopté et de la mère par une visite systématique à domicile, au plus tard trois jours après la sortie du centre hospitalier ou cinq jours après la naissance ou encore quinze jours après l'arrivée de l'enfant adopté.
Service auprès des parents, du nourrisson et du jeune enfant	Information, conseils et aide aux parents; surveillance du développement du nouveau-né et du jeune enfant par des rencontres individuelles et autres types de rencontres.
Soutien diagnostique	
Soutien diagnostique	Prélèvements pour analyse de laboratoire, accès à la radiologie (graphie simple) et aux autres test diagnostiques : spirométrie, ECG. (Modes rapide et électif). Accès aux résultats des analyses de laboratoire, de radiologie et des autres tests diagnostiques : spirométrie, ECG.et examens diagnostiques sur référence. (Modes rapide et électif)
Nutrition	
Nutrition	Information, évaluation de l'alimentation et de l'état nutritionnel, conseil nutritionnel, suivi de diètes particulières et détection de problèmes alimentaires par des rencontres individuelles ou de groupe.

SERVICES	RÉSUMÉ DU SERVICE
Physiothérapie	
Physiothérapie	Évaluation fonctionnelle de réapprentissage visant la prévention, le maintien, le rétablissement fonctionnel optimal des capacités neuro-sensori-motrices, cardiorespiratoires et uro-génitales de la personne, compte tenu de son environnement, par l'utilisation d'exercices, de thérapies manuelles, de thérapies sur les tissus mous, par l'utilisation d'agents mécaniques, d'agents physiques, etc.
Ergothérapie	
Ergothérapie	Évaluation des capacités/incapacités physiques, perceptivo-cognitives et sensorielles à des fins diagnostiques, préventives et thérapeutiques. L'ergothérapeute détermine et met en œuvre un plan de traitement et d'intervention, développe, restaure ou maintient des aptitudes. Son intervention vise à réduire les incapacités, les situations de handicap et les obstacles environnementaux qui affectent les habitudes de vie et limitent la participation sociale de la personne. Il enseigne aux usagers ainsi qu'à leurs proches et aux intervenants, en vue d'optimiser le plan d'intervention.
Inhalothérapie	
Inhalothérapie	Évaluation fonctionnelle de la capacité respiratoire, de la coordination et du traitement à court terme.
Interventions psychosociales et psychologiques	
Garde psychosociale « 24/7»)	Aide psychosociale immédiate en situation de crise ou de détresse, par téléphone, dans les locaux du CSSS, à domicile ou dans d'autres lieux, en tout temps; référence et accompagnement vers les ressources appropriées
Consultations psychosociales	Aide individuelle, conjugale ou familiale pour clarifier les problèmes personnels et relationnels, références vers les services appropriés, accompagnement ou soutien dans les démarches à entreprendre par téléphone ou dans les locaux du CSSS; ou dans d'autres lieux; conseils et démarche thérapeutique de nature psychosociale dans les locaux du CSS, à domicile ou dans d'autres lieux; information, conseils, aide et suivi relativement à des problèmes psychosociaux auprès des jeunes en centre de la petite enfance et en milieu scolaire.
Consultations psychologiques	Aide individuelle, conjugale ou familiale ou de groupe afin de circonscrire les difficultés de nature psychologique motivant la demande de consultation et de traiter celles-ci par des conseils ou d'un suivi thérapeutique approprié.
Aide à domicile à court terme	
Aide à domicile à court terme	Soins d'assistance personnelle et aide domestique offerts au domicile, pendant une courte période, pour soutenir une personne ayant une incapacité temporaire ou ponctuelle, généralement à la suite d'une hospitalisation ou d'une intervention chirurgicale; service offert en réponse à une référence
Intervention en cas d'urgence et de sinistre*	
Interventions en cas d'urgence et de sinistre*	Aide et soutien psychosocial individuel ou collectif, services de santé physique et de santé publique pour les personnes et les groupes touchés par un sinistre ou une catastrophe accidentelle ou naturelle et service de soutien psychosocial lors de certains événements traumatisants
Suivi complet de maternité par une sage-femme	
Suivi complet de maternité par une sage-femme	Suivi complet de maternité, par une sage-femme, ce qui comprend le suivi lors de la grossesse et de l'accouchement ainsi que le suivi durant la période postnatale

Volet activités médicales

Consultations médicales	
Consultations médicales en omnipratique offertes par le CSSS et les cabinets privés	Consultations médicales offertes par une omnipraticienne ou un omnipraticien; elles comprennent entre autres, des consultations médicales pour des problèmes épisodiques ou pour un malaise non précisé, ponctuel, imprévisible, demandant ou non un suivi à long terme; service offert avec ou sans rendez-vous, et parfois dans un contexte d'urgence mineure. Accès aux retours d'appels par une professionnelle ou un professionnel, au service de rendez-vous régulier (excluant l'examen de routine), au service sans rendez-vous à toute clientèle, à la prise en charge de la clientèle orpheline.
Groupes de médecine de famille (GMF)	Services médicaux assumés par des omnipraticiens et des omnipraticiennes travaillant en groupe, avec la collaboration d'un personnel infirmier; ces groupes de médecins offrent une gamme de services définis à des personnes qui les auront choisis; le choix par chaque personne de son médecin de famille s'exprime par une inscription volontaire, c'est-à-dire une entente entre elle et le médecin; service offert avec ou sans rendez-vous.

*** Service comportant à la fois un volet de santé publique et un volet clinique**

Vous trouverez en annexe la description de l'ensemble des activités cliniques et d'aide telles que libellées dans le document du MSSS *« Les services généraux offerts par les CSSS »*.

5. ÉTAT DE SITUATION EN ESTRIE

5.1 Démarche analytique

Dès le début des travaux sur les orientations régionales du programme Services généraux, il a été convenu que ces **orientations traduiraient l'adhésion régionale aux lignes directrices émises par le MSSS**, et ce, avant de procéder à l'élaboration détaillée de l'ensemble des activités cliniques et d'aide ainsi que des activités médicales du programme.

Dans une optique de concertation régionale, l'Agence a choisi de faire une **analyse qualitative**, en constituant **deux équipes d'experts et d'expertes** pour les travaux à réaliser :

- Le comité « services généraux » composé d'un ou d'une responsable de chacun des CSSS et d'un directeur général s'est chargé des travaux d'analyse de l'ensemble des activités cliniques et d'aide, excluant les consultations médicales.
- Le comité « services médicaux généraux » a principalement regardé le volet du soutien diagnostique et des consultations médicales incluant les GMF. Cette équipe a été constituée de médecins en provenance de cabinets privés, de CSSS, de GMF, un représentant des services généraux d'un CSSS ainsi qu'un représentant du CHUS, un directeur général de CSSS, de la chef du Département régional de médecine générale et du directeur de la Direction régionale des affaires médicales et universitaires de l'Agence.

De plus, les membres des comités ont **consulté divers acteurs et actrices de leur réseau local**, tels les professionnels, les gestionnaires, les décideurs, et ce, à l'aide de questionnaire ou de grille afin de compléter les informations nécessaires pour alimenter l'analyse des deux équipes de travail.

Des calendriers de travail ont été convenus afin de permettre l'élaboration des orientations régionales. Le résultat obtenu par ces travaux constitue le portrait de l'Estrie en fonction des balises ministérielles incluant le panier minimal à offrir en services généraux.

Le comité d'experts et d'expertes du volet activités cliniques et d'aide, dont la composition est décrite à la page 3 du présent document, s'est rencontré à huit reprises entre le 31 mars et le 18 mai 2005 pour dresser le panier de service minimal en services généraux.

Simultanément**,** le comité du volet des activités médicales s'est doté d'une démarche similaire par des rencontres à six reprises, du 15 mars au 7 juin 2005, dont la dernière a été la présentation au DRMG du panier minimal de services médicaux à l'égard de l'accessibilité pour échanges et discussion.

Par la suite, le panier de service minimal en services généraux, élaboré par ces comités, a été présenté aux partenaires à travers les mécanismes établis à l'Agence, soit au DRMG, à la table de concertation Agence-Établissements (TCEA) ainsi qu'à la Table des centres de réadaptation (CR) pour valider l'alignement régional.

Enfin, un cadre de présentation ainsi qu'un processus d'adoption des orientations ont été élaborés par l'Agence afin de standardiser les documents régionaux qui présenteront l'ensemble des orientations régionales pour les divers programmes services.

5.2 Portrait de la population et de la consommation des services offerts par le programme Services généraux

LÉGENDE DES SOURCES DE DONNÉES[22]

Les données suivantes proviennent des recensements, des enquêtes sur la santé dans les collectivités canadiennes, des fichiers administratifs des commissions scolaires, des hôpitaux de soins de courte durée et de la Régie de l'assurance maladie du Québec. Pour aider le lecteur à interpréter ces données, la provenance des données est indiquée par le code suivant.

- • Recensement
- Ψ Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
- ✎ Fichier administratif des commissions scolaires
- ✓ MED-ÉCHO et fichier Urgences
- ♥ RAMQ

Les données sont analysées selon le sexe, mais où il y a peu de différence entre les sexes, on ne mentionne pas les résultats selon le sexe.

LA POPULATION

LANGUE PARLÉE À LA MAISON

- En 2001, 93,5 % de la population s'exprime en **français** à la maison, 5,9 % en **anglais** et 0,6 % dans une autre langue.
- La proportion de la population s'exprimant en anglais à la maison a diminué, passant de 8,4 % en 1991 à 8,2 % en 1996 et à 5,9 % en 2001.

PLAN SOCIAL

- En Estrie, en 2001, 37 000 personnes de 18 ans et plus vivaient **seules en ménage privé**. Parmi celles-ci, 5 700 sont âgées de 65 à 74 ans et 5 700 de 75 ans et plus.
- Le nombre de personnes de 65 à 74 ans vivant seules a augmenté de 910 lors de la période 1991 à 2001. Le nombre de personnes de 75 ans et plus vivant seules a augmenté de 2 450 lors de cette même période.
- En 2001, 36 % des Estriennes de 65 à 74 ans et 54 % de celles de 75 ans et plus étaient seules à la maison comparativement à 16 % des Estriens de 65 à 74 ans et 19 % de ceux de 75 ans et plus.
- En Estrie, en 2001, il y avait 7 595 **familles monoparentales**, dont 5 685 avaient une femme comme chef de famille comparativement à 1991, où on comptait 6 705 familles monoparentales, dont 5 535 avaient une femme comme chef de famille.

SECTEUR DE PAUVRETÉ

En utilisant l'indice de Pampalon[23] pour cartographier la **pauvreté**, on constate qu'en **milieu rural**, la pauvreté est **surtout matérielle** tandis qu'en **milieu urbain**, elle est autant **sociale* que matérielle,** c'est à dire présentant les caractéristiques suivantes :

- La MRC du Haut-Saint-François affiche une pauvreté autant matérielle que sociale.
- Les MRC du Haut-Saint-François et de Coaticook affichent la plus grande proportion (33%) des secteurs ruraux touchés par la forte concentration de pauvreté.
- Malgré que la pauvreté soit matérielle ou sociale, elle influence la santé de façon négative et **plusieurs secteurs pauvres n'ont pas de services de santé à proximité**.**

* Les composantes de la pauvreté sociale sont : les gens séparés, divorcés ou veufs, les familles monoparentales et les personnes vivant seules.

** Pour la notion de proximité ou de distance, cela peut signifier en ville une desserte de transport en commun adéquate tout comme la distance nécessaire à parcourir soit à pied, par taxi ou par une automobile. En milieu rural, c'est plutôt la distance à parcourir avec une automobile qui devient un indicateur de la proximité des services.

---

[22] Recensement : Données provenant des recensements canadiens de 1991, 1996 et 2001. En principe, ces données sont tirées de l'ensemble de la population sans échantillonnage.
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Les données de l'enquête de 2003 sont utilisées dans ce document. Ces données sont basées sur les réponses d'un échantillon de 27 599 résidents du Québec incluant 1 148 résidents de l'Estrie.
Fichier administratif des commissions scolaires : En principe, ce fichier documente les résultats scolaires de tous les élèves.
MED-ÉCHO – fichier administratif des hôpitaux de soins de courte durée : Ce fichier détient des informations sur toutes les admissions en soins de courte durée. L'analyse actuelle exclut les admissions liées à la grossesse et à l'accouchement ainsi que celles liées à la naissance normale et celles en chirurgie d'un jour. Par ailleurs, aucune distinction de type de soins offerts ou de type de lits (courte ou longue durée) n'est prise en compte dans cette analyse. Ce symbole indique également les données provenant du fichier des urgences des établissements de santé. Ces dernières sont les seules analysées par établissement plutôt que par résidence du bénéficiaire.
RAMQ – fichier de facturation des médecins : Cette analyse regroupe tous les lieux de consultation, soit cabinet privé, centre hospitalier, CLSC, etc. Par contre, le fichier ne détient que les données sur les actes facturés par les médecins. En conséquence, les consultations auprès des médecins rémunérés d'une autre façon n'apparaissent pas.

[23] PAMPALON, R., HAMEL, D. et RAYMOND, G. *Indice de défavorisation pour l'étude de la santé et du bien-être au Québec*. Mise à jour 2001. Institut national de santé publique du Québec, 2004.

TAILLE DE LA POPULATION

- La population de l'Estrie est **légèrement à la hausse**; en 2010, elle sera de 309 600, un ajout de 8 700 personnes par rapport à la population de 2005, avec 4 500 hommes et 4 200 femmes.
- D'ici 2010, la population estrienne connaîtra une augmentation semblable à celle du Québec : 2,9 % en Estrie versus 2,2 % au Québec.
- En Estrie, en 2010, 6 200 personnes âgées de 55 à 64 ans, 4 800 de 65 à 74 ans et 2 400 de 75 ans et plus seront ajoutées à la population actuelle.
- D'ici l'an 2010, il y aura **1 100 personnes de moins âgées de 25 à 54 ans**.

TAILLE DE LA POPULATION VULNÉRABLE

- La proportion de la population estrienne **vivant sous le seuil de faible revenu a diminué**, passant de 17,9 % en 1991 à 20,5 % en 1996, et à 16,0 % en 2001.
- Moins d'Estriens vivent sous le seuil de faible revenu que de Québécois : 16,0 % contre 19,0 % respectivement.
- Outre les jeunes de 18 à 24 ans, la **population la plus défavorisée en Estrie est celle des femmes de 65 ans et plus**, dont 20,4 % vivent sous le seuil de faible revenu en 2001. De celles de 85 ans et plus toujours en ménage privé, 29,6 % vivent sous le seuil de faible revenu.
- La proportion la plus élevée de personnes vivant sous le seuil de faible revenu se retrouve **dans la Ville de Sherbrooke**, avec 19,4 %.
- La MRC **d'Asbestos a un taux élevé de pauvreté chez les personnes âgées**, avec 19,7 % des 75 à 84 ans et 36,4 % des 85 ans et plus vivant sous le seuil de faible revenu.
- La MRC de **Haut-Saint-François a un taux élevé de pauvreté chez les jeunes adultes**, avec 18,4 % des 18 à 34 ans vivant sous le seuil de faible revenu.

ψ L'insécurité alimentaire[24] touche surtout les jeunes de 20 à 24 ans et les femmes.

✎ Le taux de **diplômation scolaire est à la baisse**. Parmi les élèves entrés à l'école secondaire en 1997, 66 % avaient obtenu leur diplôme en 2004 comparativement à ceux entrés en 1990 dont 72 % l'avaient obtenu lors des sept années suivantes.

- Globalement, 66 % de la population de l'Estrie a obtenu leur diplôme d'études secondaire. Dans la MRC du Granit, cette proportion s'établit à seulement 51 %.
- En Estrie, Le taux **de chômage est à la baisse**, passant de 11,1 % en 1991 à 9,9 % en 1996 et à 6,9 % en 2001. Le nombre de personnes recevant l'assistance-emploi est également à la baisse, passant de 30 555 en 1996 à 21 047 en 2004.

COMPORTEMENTS SANITAIRES

ψ En 2003, 24 % des Estriens et 17 % des Estriennes de 12 ans et plus **fumaient quotidiennement**.

ψ En 2003, au Québec, le quart des personnes de 20 à 59 ans, 15 % des 60 à 69 ans et 9 % des 70 ans et plus fument à tous les jours.

ψ En 2003, la proportion des Québecoises qui fument est très proche de celle des Québecois, et ce, dans tous les groupes d'âge.

ψ En 2003, parmi les Estriennes de 20 à 69 ans, 87 % ont déjà passé **un test de PAP** et 69 % l'ont passé il y a moins de trois ans.

ψ En 2003, en Estrie, parmi les personnes de 60 ans et plus, 56 % disent qu'elles **ont été vaccinées contre la grippe** lors de l'année précédant l'enquête.

ÉTAT DE SANTÉ

ψ En 2003, malgré que 64 % des personnes résidant en l'Estrie soient atteintes d'un **problème chronique de santé***, 56 % se déclarent en très bonne ou en excellente santé, 21 % disent que leur santé est meilleure que la moyenne des gens de leur âge, 77 % disent que leur santé mentale est également excellente ou très bonne. Enfin, 52 % disent que leur santé dentaire et buccale est excellente ou très bonne.

* Définition d'un problème chronique de santé : un problème permanent, non réversible, incapacitant qui ne se guérit pas, mais qui se traite sur une longue période et impliquant un cumul et une interaction d'un ensemble de facteurs de risque.

[24] On parle d'insécurité alimentaire si, lors des 12 mois précédant l'enquête, à cause d'un manque d'argent, une personne ou des membres de son ménage n'avaient parfois pas suffisamment à manger ou craignaient de ne pas en avoir suffisamment ou bien n'étaient pas en mesure d'acheter la variété désirée d'aliments.

LA CONSOMMATION DES SERVICES

ACCÈS AUX SOINS

- ψ En 2003, 53 % des Estriens et Estriennes évaluent l'accessibilité aux services de soins de santé dans l'ensemble de la province comme étant bonne ou excellente, alors que 62 % évaluent cette accessibilité comme étant bonne ou excellente dans leur communauté. Parmi ceux et celles qui ont reçu des soins de santé, 77 % évaluent l'accessibilité comme étant bonne.
- ψ En 2003, 73 % des Estriens et Estriennes affirment que la qualité des soins dans la province est bonne ou excellente et 78 % disent que la qualité des soins locaux est bonne ou excellente.
- ψ En 2003, 10 % des personnes de l'Estrie disent qu'ils n'ont pas obtenu les soins dont ils avaient besoin. La durée de l'attente est la raison la plus fréquente pour cette situation.
- ψ En 2003, 75 % des Estriens et 87 % des Estriennes **ont un médecin de famille**.

CONSOMMATION DES SOINS

- ψ Les femmes consultent plus pour des soins de santé que les hommes.
- ψ En 2003, 77 % des femmes et 59 % des hommes de l'Estrie ont consulté un médecin de famille et 28 % des femmes et 20 % des hommes ont consulté un autre type de médecin.
- ψ En 2003, 43 % des Estriennes et 34 % des Estriens ont consulté un spécialiste de la vue.
- ψ En 2003, 59 % des Estriennes et 51 % des Estriens ont consulté un dentiste ou un orthodontiste.
- ψ En 2003, 19 % des Estriennes et 12 % des Estriens ont consulté un infirmier ou une infirmière.
- ψ En 2003, 28 % des Estriennes et 21 % des Estriens ont consulté d'autres types de professionnels de la santé ou des services sociaux.
- ψ En 2003, 91 % de la population estrienne a consulté au moins un type de professionnel de la santé incluant les travailleurs sociaux.
- ψ Par ailleurs, en 2003, 21 % des femmes de l'Estrie et 12 % des hommes ont consulté un intervenant en médecine douce.

De plus, au 31 mars 2005, les indicateurs du suivi de gestion du programme Services généraux nous permettent de situer le niveau d'utilisation des services suivants :

Services médicaux généraux	
Nombre de personnes inscrites auprès d'un GMF	25 255
Services infirmiers généraux	
Taux d'utilisation du service Info-Santé (appels traités par 1 000 personnes)	389
Nombre de personnes desservies par Urgence Détresse	3 393
Nombre de personnes desservies par les services infirmiers	23 056
Nombre moyen d'interventions par personne réalisées dans le cadre des services infirmiers	3,01
Services de soutien à domicile à la suite d'une intervention chirurgicale	
Nombre de personnes desservies dans le cadre des services de soutien à domicile suite à une intervention chirurgicale	1 920
Services psychosociaux généraux	
Nombre de personnes desservies par les services psychosociaux en CSSS	2 587
Nombre moyen d'interventions par personne réalisées dans le cadre des services psychosociaux en CSSS	3,54

CONSULTATIONS AUPRÈS DES MÉDECINS

♥ Au cours de l'année 2004, 73 % de la population estrienne a consulté un médecin omnipraticien au moins une fois. Les populations des MRC de Coaticook et du Haut-Saint-François consultent le moins. En effet, seulement 64 % de ces populations ont consulté lors de la même année.

♥ En Estrie, en 2004, 62 % des consultations auprès des omnipraticiens et des omnipraticiennes ont eu lieu en cabinet privé, tandis que 24 % ont eu lieu à l'urgence.

√ Lors de l'année 2002-2003, les établissements de l'Estrie ont eu presque 195 000 visites aux salles d'urgence. Presque trois quarts de ces personnes sont ambulatoires.

Si les mêmes habitudes de consultation persistent, on estime que, de l'an 2004 à 2010 en Estrie, le nombre de consultations auprès des **médecins omnipraticiens augmentera de 6 %**, une augmentation de **57 500 consultations**.

SOINS HOSPITALIERS

Même si les soins hospitaliers ne font pas partie de l'offre du programme Services généraux, ils en sont en quelque sorte **la conséquence**. Voici donc quelques données qui permettent une perspective à l'égard de l'utilisation des soins de courte durée.

√ Lors de l'année 2002-2003, 5,9 % de la population de l'Estrie a été hospitalisé en hôpital de courte durée comparativement à 5,4 % de celle du Québec. Parmi les résidents de la MRC du Granit, cette proportion était de 6,7 % et parmi ceux de Coaticook, elle était de 4,9 %. La proportion des autres MRC se situe entre 5,5 % et 6,1 %.*

√ Lors de l'année 2002-2003, la population de l'Estrie a consommé 76,5 journées d'hospitalisation de courte durée par cent personnes, ce nombre est sensiblement le même qu'au Québec, soit 76,9. Les résidents de la Ville de Sherbrooke en ont consommé 87,0, ceux de la MRC d'Asbestos 78,1 tandis que ceux de Coaticook 55,5 par cent personnes.*

Si les mêmes habitudes d'hospitalisation en hôpital[25] de courte durée persistent, on estime que, de l'année 2002-2003 à 2010-2011, **le nombre de jours d'hospitalisation consommés par la population de l'Estrie augmentera de 19 %, soit de 43 600 journées d'hospitalisation ou 120 lits.**

Les données, présentées dans ce portrait de la population et de la consommation des services offerts par le programme Services généraux, serviront principalement à l'élaboration du projet clinique pour le volet services généraux.

Par contre, deux éléments doivent être pris en compte pour rédiger le projet clinique :

- La pauvreté et la proximité des services pour cette clientèle.
- L'augmentation estimée des consultations et des jours d'hospitalisation.

Le programme Services généraux s'adressant à toute la population, indépendamment de son sexe, de son âge, de son plan social, etc., les orientations retenues ont principalement été basées sur les travaux des comités d'experts et d'expertes.

* Ces taux sont standardisés pour permettre la comparaison entre les populations de structure diverse d'âge. Les hospitalisations incluent toutes les hospitalisations en hôpital de courte durée, sauf celles en lien avec la grossesse, l'accouchement normal et celles de chirurgie d'un jour.

[25] On inclut toutes les hospitalisations en hôpital de soins de coure durée, peu importe le type de soins, sauf les hospitalisations en lien avec la grossesse et l'accouchement.

5.3 Portrait de l'Estrie en fonction des balises ministérielles : panier de services minimal en services généraux

Pour le volet de l'accessibilité, soit l'enjeu majeur du programme qui permet aux services généraux de devenir la porte d'entrée des services, une grille illustrant le panier de services minimal a été élaboré. En voici les principaux constats :

PRINCIPAUX CONSTATS A L'EGARD DES ACTIVITES CLINIQUES ET D'AIDE

- Les services qui n'existent pas, mais qui devraient être offerts (rouge ♥ dans la grille) :
  - Contact à la suite de l'avis de grossesse.
  - Nutrition.
  - Consultations psychologiques.

- Les services très peu offerts (orange ▲ dans la grille) :
  - Physiothérapie
  - Ergothérapie

  Note : parfois le service est offert mais les délais d'attente sont très longs.

- Les services offerts de façon disparate (jaune ■ dans la grille) :
  - Accueil, information, évaluation, accompagnement et référence personnalisée.
  - Intervention en matière de soins infirmiers.
  - Intervention de base en maladie chronique.
  - Accès aux prélèvements et aux résultats.
  - Inhalothérapie

  Note : le volet de l'accueil est très différent d'un CSSS à l'autre en terme de catégorie de personnel professionnel présent, d'horaire et de services offerts.

PRINCIPAUX CONSTATS A L'EGARD DES CONSULTATIONS MEDICALES

- Les services qui n'existent pas mais qui devraient être offerts (rouge dans la grille) :
  - Une prise en charge avec **délai d'attente maximal de trois mois** pour la clientèle orpheline **vulnérable** et un délai de six mois pour les clientèles orphelines.

- Les services très peu offerts (orange dans la grille) :
  - Les consultations sans rendez-vous à toute clientèle.

- Les services offerts de façon disparate (jaune dans la grille) :
  - Retour d'appel du professionnel ou de la professionnelle.
  - Délai d'attente pour un service de rendez-vous régulier.

Vous retrouverez dans la grille qui suit le portrait de la situation de l'offre de services offerte principalement par les établissements, le panier de services minimal requis en services généraux ainsi que les écarts rencontrés en regard des orientations ministérielles.

PORTRAIT DE L'ESTRIE EN FONCTION DES BALISES MINISTÉRIELLES : PANIER DE SERVICES MINIMAL EN SERVICES GÉNÉRAUX

♥ **Rouge :** n'existe pas mais devrait être offert
▲ **Orange** : service très peu offert
■ **Jaune** : offert de façon disparate

SERVICE :
Activités de clinique et d'aide

N⁰		Accessibilité temporelle					Accessibilité géographique									Accessibilité professionnelle										Accessibilité financière		Particularités
		Plage horaire					Lieu de prestation														Plage horaire de prise de RV							
		"24/7"	Jours de la semaine	Certains soirs de la semaine	Tous les soirs de la semaine	Fin de semaine / Jours fériés	Dans les locaux du CSSS	À domicile	GMF	Cliniques privées	Organismes communautaires	Dans d'autres lieux	Dans plusieurs installations	Dans une seule installation	Organisation locale	Organisation régionale recommandée	Sans rendez-vous exclusivement	Avec rendez-vous exclusivement	Avec ou sans rendez-vous	Avec référence	Sans référence	Délai d'attente maximal	7 jours	5 jours	* Tous les soirs durant 5 jours	Certains soirs	Gratuité totale	** Coût de certains traitements, fournitures, équipements	
1.	**Accueil, information, accompagnement et référence personnalisée**																											
1.1	Accueil, information, accompagnement et référence personnalisée		x		■[1]	■	x				x		■[2]		x		x				x[3]	2 h					x		[1] Comprend la réception des fiches de liaison. [2] Fin de semaine et soir : une installation. Les CSSS avec une seule installation n'ont pas à augmenter le nombre de points de service. [3] Inclut avec référence.
2.	**Soins infirmiers**																												
2.1	Info-Santé	x	x		x	x	x[4]						x			x	x				x	x	4 min					x		[4] Centralisé dans locaux CLSC-IUGS
2.2	Interventions en matière de soins infirmiers		x		■	■	x	x	x						x				■	x	x	SRV : 2 h ARV : [5]	x[6]		■		x	■	[5] ARV : varie selon la nature des services demandés. [6] Cas spécifiques : fiches de liaison
2.3	Garde en soins infirmiers "24/7"	x			x	x		x							x					x		aucun					x	■	Pour une clientèle inscrite seulement.
2.4	Interventions en matière de sexualité, planification des naissances et suivi pré et post-IVG		x		x[7]	x[7]	x				x			x	x	x			x		x	48 h		x			x	■	[7] Lorsque nécessaire.
2.5	Enseignement de base auprès des personnes atteintes d'une maladie chronique		x	■			x							x	x			x		x		30 jrs		x			x		
2.6	Contact à la suite de l'avis de grossesse		♥	♥			♥							♥	♥					♥		7 jrs					x		À développer. Pas disponibles en Estrie.
2.7	Soutien à l'allaitement maternel		x		x	x	x	x			x			x	x				x		x[8]	qq h à qq jrs		x					[8] S'arrimer de façon régionale en conformité avec les mécanismes de liaison existants.
2.8	Visite systématique postnatale et postadoption		x			x[6]		x							x			x		x		Voir particularités							[6] Cas spécifiques : fiches de liaison. Selon mécanismes en place.
2.9	Service auprès des parents, du nourrisson et du jeune enfant		x		x		x				x			x	x				x		x	7 jrs		x	x		x		Pour les organismes communautaires, le soutien à domicile est offert par Naissance-Renaissance.

PORTRAIT DE L'ESTRIE EN FONCTION DES BALISES MINISTÉRIELLES : PANIER DE SERVICES MINIMAL EN SERVICES GÉNÉRAUX

♥ **Rouge :** n'existe pas mais devrait être offert
▲ **Orange :** service très peu offert
■ **Jaune** : offert de façon disparate

SERVICE :
Activités de clinique et d'aide

N⁰		Accessibilité temporelle					Accessibilité géographique									Accessibilité professionnelle									Accessibilité financière		Particularités		
		Plage horaire					Lieu de prestation															Plage horaire de prise de RV							
		"24/7"	Jours de la semaine	Certains soirs de la semaine	Tous les soirs de la semaine	Fin de semaine / Jours fériés	Dans les locaux du CSSS	À domicile	GMF	Cliniques privées	Organismes communautaires	Dans d'autres lieux	Dans plusieurs installations	Dans une seule installation	Organisation locale	Organisation régionale recommandée	Sans rendez-vous exclusivement	Avec rendez-vous exclusivement	Avec ou sans rendez-vous	Avec référence	Sans référence	Délai d'attente maximal	7 jours	5 jours	* Tous les soirs durant 5 jours	Certains soirs	Gratuité totale	** Coût de certains traitements, fournitures, équipements			
3.	**Soutien diagnostique (voir "Commentaires")**																											**Prél.**	**Rx**	**Autres tests**
3.1	Accès : prélèvements pour analyse de laboratoire, accès à la radiologie (graphie simple) et aux autres tests diagnostiques : spirométrie, ECG.																													
	- Mode rapide		x		■	■	x							x	x	x	x			x		Voir particularités					x		■ 1 h	■ 2 h	■ 2 h
	- Mode électif		x				x							x	x				x	x		Voir particularités					x		■ 1 h SRV sem. 2 sem. ARV	■ 2 sem.	■ 2
3.2	Accès aux résultats des analyses de laboratoire, de radiologie et des autres tests diagnostiques : spirométrie, ECG.																													
	- Mode rapide		x		■	■	x								x	x						Voir particularités							■ 4 h post-prél. ***	■ 4 h post-Rx (si radiologiste disponible)	■ 2 h
	- Mode électif		x				x		x	x			x		x														■ 2 sem.	■ 2 sem.	■ 2 sem.
4.	**Nutrition**																													
4.1	Nutrition		♥				♥							♥	♥			♥		♥		30 jrs		x			x		Aucune offre de service en Estrie sauf le Val-Saint-François et Asbestos, mais le délai d'attente est de 6 mois.		

PORTRAIT DE L'ESTRIE EN FONCTION DES BALISES MINISTÉRIELLES : PANIER DE SERVICES MINIMAL EN SERVICES GÉNÉRAUX

♥ **Rouge :** n'existe pas mais devrait être offert
▲ **Orange :** service très peu offert
■ **Jaune** : offert de façon disparate

N⁰	SERVICE : Activités de clinique et d'aide	Accessibilité temporelle					Accessibilité géographique									Accessibilité professionnelle										Accessibilité financière		Particularités
			Plage horaire				Lieu de prestation															Plage horaire de prise de RV						
		"24/7"	Jours de la semaine	Certains soirs de la semaine	Tous les soirs de la semaine	Fin de semaine / Jours fériés	Dans les locaux du CSSS	À domicile	GMF	Cliniques privées	Organismes communautaires	Dans d'autres lieux	Dans plusieurs installations	Dans une seule installation	Organisation locale	Organisation régionale recommandée	Sans rendez-vous exclusivement	Avec rendez-vous exclusivement	Avec ou sans rendez-vous	Avec référence	Sans référence	Délai d'attente maximal	7 jours	5 jours	* Tous les soirs durant 5 jours	Certains soirs	Gratuité totale	** Coût de certains traitements, fournitures, équipements	
5.	**Physiothérapie**																											
5.1	Physiothérapie		▲				▲							▲	▲			▲		▲		7 jrs		x			x		Très peu de services offerts en Estrie.
6.	**Ergothérapie**																											
6.1	Ergothérapie		▲				▲							▲	▲			▲		▲		7 jrs		x			x	■	Très peu de services offerts en Estrie.
7.	**Inhalothérapie**																											
7.1	Inhalothérapie		x		■	■		x							■				■	x		24 h		x	x		x	■	
8.	**Interventions psychosociales et psychologiques**																											
8.1	Garde psychosociale "24/7"	x					x	x						x	x	x	x				x	aucun					x		Soir, nuit, fin de semaine : centralisée à Urgence-Détresse. Très peu offert en Estrie.
8.2	Consultations psychosociales		x		■	■	x	x			x			x	x					x	x	Voir particula-rités	x		x		x		Évaluation et orientation : aucune Consultations : 30 jrs
8.3	Consultations psychologiques		♥	♥			♥							♥	♥			♥		♥		30 jrs		x			x		

PORTRAIT DE L'ESTRIE EN FONCTION DES BALISES MINISTÉRIELLES : PANIER DE SERVICES MINIMAL EN SERVICES GÉNÉRAUX

♥ **Rouge :** n'existe pas mais devrait être offert
▲ **Orange :** service très peu offert
■ **Jaune** : offert de façon disparate

N⁰	SERVICE : Activités de clinique et d'aide	Accessibilité temporelle					Accessibilité géographique									Accessibilité professionnelle										Accessibilité financière		Particularités
		Plage horaire					Lieu de prestation							Organisation locale	Organisation régionale recommandée	Sans rendez-vous exclusivement	Avec rendez-vous exclusivement	Avec ou sans rendez-vous	Avec référence	Sans référence	Délai d'attente maximal	Plage horaire de prise de RV				Gratuité totale	** Coût de certains traitements, fournitures, équipements	
		"24/7"	Jours de la semaine	Certains soirs de la semaine	Tous les soirs de la semaine	Fin de semaine / Jours fériés	Dans les locaux du CSSS	À domicile	GMF	Cliniques privées	Organismes communautaires	Dans d'autres lieux	Dans plusieurs installations	Dans une seule installation								7 jours	5 jours	* Tous les soirs durant 5 jours	Certains soirs			
9.	**Aide à domicile à court terme**																											
9.1	Aide à domicile à court terme		x		x	x		x			x[9]			x			x		x		24 h	x				x	x	[9] Pour les organismes communautaires, cette aide est offerte par La Popote roulante
10.	**Interventions en cas d'urgence et de sinistre**																											
10.1	Interventions en cas d'urgence et de sinistre	x[10]					x	x					x		x	x				x	aucun					x		[10] Lorsque nécessaire.
11.	**Suivi complet de maternité par une sage-femme**																											
11.1	Suivi complet de maternité par une sage-femme	x[11]	x		x	x	x	x					x		x		x	x[11]		x	30 jrs		x	x		x		[11] S'applique lorsque nécessaire. Le CSSS - Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke est mandataire de cette activité clinique.

PORTRAIT DE L'ESTRIE EN FONCTION DES BALISES MINISTÉRIELLES : PANIER DE SERVICES MINIMAL EN SERVICES GÉNÉRAUX

♥ **Rouge :** n'existe pas mais devrait être offert
▲ **Orange** : service très peu offert
■ **Jaune** : offert de façon disparate

SERVICE :
Activités de clinique et d'aide

N°		Accessibilité temporelle					Accessibilité géographique									Accessibilité professionnelle										Accessibilité financière		Particularités
		Plage horaire					Lieu de prestation							Organisation locale	Organisation régionale recommandée						Plage horaire de prise de RV				Gratuité totale	** Coût de certains traitements, fournitures, équipements	
		"24/7"	Jours de la semaine	Certains soirs de la semaine	Tous les soirs de la semaine	Fin de semaine / Jours fériés	Dans les locaux du CSSS	À domicile	GMF	Cliniques privées	Organismes communautaires	Dans d'autres lieux	Dans plusieurs installations	Dans une seule installation			Sans rendez-vous exclusivement	Avec rendez-vous exclusivement	Avec ou sans rendez-vous	Avec référence	Sans référence	Délai d'attente maximal	7 jours	5 jours	* Tous les soirs durant 5 jours	Certains soirs			
12.	**Consultations médicales**																											
12.1	Consultations médicales en omnipratique																											
	Accès : retour d'appel par un professionnel		■				■		■	■			■		x						■ 24 à 72 h selon l'urgence		x				■	Peut être facturé.
	Accès : service de rendez-vous régulier (excluant l'examen de routine)		x				x		x	x			x		x				x		■ < 3 mois		x			x	■	
	Accès : service sans rendez-vous à toute clientèle		x		▲	▲								x	x		x					▲ 24 h					x	■	Peut être offert dans plusieurs installations selon les besoins de la population.
	Accès : prise en charge de la clientèle orpheline vulnérable		▲				▲		▲	▲			▲		x			x		x	x	♥ < 3 mois		x			x	■	Prioritaire sur la clientèle orpheline régulière.
	Accès : prise en charge de la clientèle orpheline		▲				▲		▲	▲			▲		x			x		x	x	♥ < 6 mois		x			x	■	
12.2	Groupes de médecine de famille localisés sur le territoire	x[12]	x		x	x		x	x						x				x	x	x			x			x	■	[12] Clientèle vulnérable

COMMENTAIRES

NOTES :

* Dans la plage horaire de prise de rendez-vous, l'accessibilité aux rendez-vous de soir est pour la clientèle fragilisée.

** Obtenir une liste claire basée sur les directives du MSSS afin d'harmoniser les pratiques.

*** Il s'agit de transmettre copie de l'ECG interprété par ordinateur ou les valeurs des tests de fonction respiratoire.

3. En mode électif, tous les résultats **critiques** devront être retournés dans un délai de 2 heures. (Référence : Norme des services de laboratoire). À Sherbrooke, le CHUS assume en partie le volet prélèvement.

3.1 CSSS du Haut-Saint-François : accès aux plateaux techniques de Sherbrooke.

3.2 Retour résultats au site de consultation

PARTIE II Orientations régionales 2005-2010

6. ORIENTATIONS ET PRIORITES REGIONALES 2005-2010

Les services généraux regroupent diverses activités cliniques et d'aide offertes auparavant avec des modalités de prestation et d'accessibilité différentes selon les organisations. Les orientations du programme Services généraux sont d'offrir à la population québécoise une **gamme de services harmonisés et similaires d'un territoire à l'autre** et de s'assurer que cette population puisse trouver réponse à son besoin, ou encore qu'elle puisse être orientée vers les services les plus appropriés à son besoin. La mise en œuvre du programme des services généraux exigera des investissements tant pour assurer la disponibilité des services que pour modifier leur organisation ou mettre en place les structures pour les offrir.

Par l'élaboration des orientations régionales du programme Services généraux, **il est essentiel que la population de l'Estrie reconnaisse comme porte d'entrée le CSSS et/ou les cliniques médicales et GMF de son territoire**, comme endroits où elle a accès à une gamme complète de services généraux impliquant la collaboration constante entre le CSSS, les équipes d'omnipraticiens et d'omnipraticiennes, les partenaires, les organismes communautaires, etc.

De plus, lorsque la condition de santé de la clientèle l'amène vers des services de deuxième ligne ou un autre programme-services, la continuité et l'accès sont gérés par les équipes du CSSS et les équipes de médecins omnipraticiens.

6.1 Les orientations

Compte tenu des orientations ministérielles, du contexte et de l'état de situation régional, les orientations régionales retenues pour les cinq prochaines années sont les suivantes :

En regard de l'accessibilité :

- La mise en place d'un panier minimal commun des activités cliniques et d'aide sur tout le territoire de l'Estrie ;
- L'accès à un médecin de famille et à un suivi médical ;
- L'accès prioritaire aux activités cliniques et d'aide suivantes :
  - Services d'accueil, d'information, de conseil, d'évaluation, de référence et d'orientation
  - Services psychosociaux
  - Services psychologiques
  - Services infirmiers généraux

En regard de la continuité :

- Une continuité entre les diverses activités cliniques et d'aide, incluant les activités médicales.
- Une fluidité des services entre le programme Services généraux et les autres programmes services.
- Une collaboration entre les professionnels et les professionnelles ainsi que les autres partenaires concernés par les services généraux.

En regard de la qualité :

- La mise en place d'une stratégie d'amélioration continue de la qualité des services.
- La satisfaction de la population à l'égard des services offerts par le programme.
- L'utilisation optimale des ressources affectées au programme.

6.2 Les priorités

Compte tenu que plusieurs travaux devront se faire de front pour la mise en place de ce nouveau programme, trois priorités ont été retenues :

En regard de l'accessibilité :

1. La mise en place d'un panier minimal commun des activités cliniques et d'aide sur tout le territoire de l'Estrie.
2. L'accès à un médecin de famille et à un suivi médical.

En regard de la continuité :

3. Une continuité entre les diverses activités cliniques et d'aide, incluant les activités médicales.

En regard de la qualité :

Aucune priorisation n'a été faite car ce volet constitue un dénominateur commun à l'ensemble des activités et qu'il n'est pas propre au programme Services généraux.

Par contre, si une priorité avait été retenue pour ce volet, les expertes et les experts régionaux s'entendent que le premier jalon serait l'utilisation optimale des ressources affectées au programme, plus précisément le changement des pratiques cliniques. (Ex. : mise en place de nouveaux modes d'intervention reconnus efficaces).

7. ÉVALUATION ET REDDITION DE COMPTE

ÉVALUATION

Comme le programme des services généraux regroupe une partie importante des services utilisés par les citoyens et les citoyennes au début d'un épisode de soins et services, une attention toute particulière sera accordée à la disponibilité des ressources, à l'accessibilité aux services de même qu'au caractère continu des services dispensés.

De plus, étant donné l'importance d'utiliser judicieusement les services généraux versus les services spécialisés, l'évolution des volumes d'activités produits au sein de ce programme fera l'objet d'un suivi attentif.

La méthode générale d'évaluation retenue permettra de décrire les composantes du programme, d'apprécier le degré de concordance entre ce qui est et ce qui a été convenu à l'échelle régionale, d'expliquer les écarts et, finalement, de discuter des mesures à prendre pour obtenir une meilleure performance.

L'évaluation principale portera sur le degré de mise en place du panier minimal commun des activités cliniques et d'aide, incluant les activités médicales, convenu en Estrie. Pour assurer cette évaluation, des informations permettant de répondre à des questions spécifiques seront colligées à l'aide de la grille du panier de services minimal et des standards d'accès et de disponibilité des services qui seront établis en collaboration avec le Comité des services généraux. Par conséquent, l'évaluation de la mise en place du panier de services minimal se fera de façon annuelle en cumulant les grilles complétées en regard des standards établis.

REDDITION DE COMPTE

La reddition de compte s'effectue une fois par année dans le cadre du suivi des ententes de gestion convenues entre l'Agence et chacun des établissements de la région. Ces rapports annuels décrivent le degré d'atteinte des cibles énoncées dans le plan stratégique 2005-2010 et inscrites dans les ententes de gestion Agences /Établissements.

Le tableau suivant décrit la reddition de compte produite au 31 mars 2005 par l'ensemble des établissements et GMF de la région de même que les cibles convenues pour l'année financière 2005-2006.

Programme / Indicateur	Résultat au 31 mars 2005	Résultats attendus 2005-2006
Services médicaux généraux		
R 1.2.4 Nombre de personnes inscrites auprès d'un GMF	25 255	63 494
Services infirmiers généraux		
1.2.1 Taux d'utilisation du service Info-Santé (appels traités par 1000 personnes)	389	389
R 1.2.1 Nombre de personnes desservies par les services infirmiers	22 232	22 232
R 1.2.2 Nombre moyen d'interventions par personne réalisées dans le cadre des services infirmiers	2,66	2,66
Services de soutien à domicile à la suite d'une intervention chirurgicale		
R 1.2.3 Nombre de personnes desservies dans le cadre des services de soutien à domicile suite à une intervention chirurgicale	1 920	Monitorage
Services psychosociaux généraux		
1.2.2 Nombre de personnes desservies par les services psychosociaux en CSSS	2 587	2 152
1.2.3 Nombre moyen d'interventions par personne réalisées dans le cadre des services psychosociaux en CSSS	3,54	3,74

8. ÉLÉMENTS ADMINISTRATIFS ET DE SOUTIEN AUX SERVICES

8.1 Enjeux des ressources humaines

Les instances locales et régionales devront relever de nombreux défis, dont certains particulièrement liés aux ressources humaines. Il est primordial dans cette démarche de modifier les pratiques cliniques et de maximiser l'expertise de chaque professionnelle et professionnel. Non seulement le développement des ressources humaines devra être pris en compte, mais aussi des dimensions liées à la planification de main-d'œuvre, la rétention des personnels, à l'organisation du travail, à la reconnaissance et la participation des ressources humaines, afin de soutenir les objectifs d'accessibilité, de continuité et de qualité.

➢ État de situation

Les attentes ministérielles signifiées actuellement dans le cadre du document « Plan stratégique 2005-2010 » à l'égard des programmes nationaux de développement des compétences des ressources humaines portent sur l'interdisciplinarité en GMF, soit de **promouvoir et faciliter le travail interdisciplinaire entre médecins et infirmières et de développer de nouvelles pratiques cliniques**.

Quant aux actions régionales actuelles, une programmation en développement des ressources humaines est définie annuellement et se reflète dans un calendrier transmis une ou deux fois par année aux établissements. Cette programmation se bâtit à partir des orientations régionales de même que des orientations ministérielles.
À l'égard de la planification de main-d'œuvre, incluant l'organisation du travail, l'Agence coordonne des comités régionaux en planification de main-d'œuvre du personnel d'encadrement et du personnel salarié (incluant tous les titres d'emploi en pénurie). La stratégie et le plan d'action de ces comités se définissent en soutien des actions locales.

➢ Résultats attendus

Certaines actions devront être posées :

Sous la responsabilité des CSSS et des établissements régionaux :

- Identifier les besoins afin d'assurer une présence de main-d'œuvre en mesure d'actualiser l'offre de service répondant aux besoins de la population du territoire, lesquels tiendront compte des différenciations observées entre les hommes et les femmes.
- Recruter, intégrer de nouvelles ressources et soutenir le personnel déjà en place.
- Identifier les besoins de développement des différentes personnes et organisations impliquées dans l'offre de service (gestionnaires, médecins, personnel professionnel, personnel infirmier, personnel technique et de soutien, partenaires, tels les organismes communautaires, etc.) pour favoriser l'accessibilité, la continuité et la qualité.

Sous la responsabilité des CSSS, des établissements régionaux et de l'Agence :

- Développer de façon continue les compétences des ressources humaines afin de favoriser le développement et le maintien des expertises liées à la prestation des services tout le long du continuum de services par des :
    - activités de soutien au travail interdisciplinaire, interorganisme de même que sur l'acquisition des compétences pour favoriser les changements de pratique;
    - activités de mise à niveau sur la qualité des pratiques telle l'intégration des données probantes;
    - activités de soutien à l'utilisation optimale des outils informatiques telles « les demandes de services ».

- **Conditions de réussite**

  Au sein des CSSS, la disponibilité de personnel ayant une expertise dans les dimensions ressources humaines indiquées ci-dessus devra être facilitée. En plus de personnel compétent et dédié à ces activités, les ressources financières devront être identifiées tant pour le développement des ressources humaines que pour les volets planification de main-d'œuvre et organisation du travail.

8.2 Enjeux du soutien informatique

- **Les systèmes d'information**

  Les systèmes d'information constituent des outils essentiels afin de supporter la pratique des cliniciens et cliniciennes dans la prestation et la gestion des services et des soins.

  L'information sert quatre fins :

  1. Offrir les meilleurs services possibles aux individus, en temps opportun, et assurer la continuité des interventions;
  2. Dresser un portrait le plus complet possible de la population des clientèles à desservir et des besoins;
  3. Soutenir l'adaptation continue de l'organisation et de la prestation de services cliniques;
  4. Permettre une gestion efficace et efficiente.

  Depuis mars 2004, la région de l'Estrie travaille sur l'élaboration d'un vaste plan régional d'informatisation de l'Estrie (PRIE-2004)(voir annexe). Une **partie importante de la première phase est en préparation** et devrait se terminer en avril 2007. Les différents programmes services pourront alors compter sur une plateforme d'échange d'informations cliniques couvrant principalement les volets suivants : laboratoires, imagerie, histoire biopsychosociale, les demandes de services (références) et le registre de vaccination.

  L'objectif principal du PRIE est de faire circuler l'information en rendant disponibles, par exemple, les résultats de laboratoire et d'imagerie médicale, en mode rapide et en mode électif aux divers personnels concernés. De même, le volet de demandes de service permettra les références aux autres personnels professionnels. Ainsi, le suivi des services rendus et le retour d'information seront possibles par l'intégration au dossier patient partageable régionalement, ce qui constitue la base du PRIE.

  D'autres travaux sont en cours afin d'identifier les sources de financement qui permettront le démarrage des autres phases du projet.

- **État de situation en Estrie**

  L'Estrie dispose actuellement de plusieurs systèmes d'information pouvant supporter les activités du programme Services généraux. Notons cependant que ces systèmes communiquent peu ou pas les uns avec les autres. C'est la mise en œuvre d'une première phase du plan d'informatisation de l'Estrie (PRIE) qui amènera une intégration des applications tout en respectant le consentement des clients et protégeant leur vie privée. Les principales applications utilisées dans le cadre du programme Services généraux sont :

  - Le système I-CLSC,
  - Le système dossier clinique informatisée (Ariane),
  - Le système d'imagerie diagnostique (PACS) *(en cours d'implantation)*,
  - Le système d'information des laboratoires (SIL),
  - La dictée clinique numérique régionale,
  - L'accès des GMF aux résultats de laboratoire via les solutions Purkinje et Omnimed.

- **Résultats attendus**

Responsabilités partagées entre le MSSS et l'Agence :

- Faciliter la circulation de l'information et du savoir entre les intervenants et les organisations pour assurer l'accessibilité et la continuité des services par la mise en place d'un dossier de santé électronique partageable.

Responsabilités partagées entre l'Agence, les CSSS, les établissements régionaux et les cabinets privés :

- Miser sur l'interdisciplinarité, la collaboration et la coordination en utilisant les technologies de l'information et des télécommunications comme levier pour offrir des moyens adaptés à la réalité d'intervention des personnels et gestionnaires du réseau.

Responsabilités partagées entre l'Agence, les CSSS et les établissements régionaux :

- Miser sur une application intégrée regroupant toutes les fonctions nécessaires au bon fonctionnement informationnel des réseaux locaux de services de santé et des services sociaux.
- Favoriser le regroupement régional des infrastructures.

Responsabilités des CSSS et des cabinets privés :

- Assurer l'accès à l'information pertinente, au bon endroit et à la bonne personne.

- **Conditions de réussite**
  - Utilisation optimale des outils déjà en place pour la demande de services (ex. : SIGG).
  - Coordination des travaux d'informatisation provinciaux et régionaux.
  - Ajustement du cadre légal en regard notamment de la circulation de l'information clinique et de la création de dépôts régionaux à accès sécurisés.
  - Mise en place d'un mécanisme commun de gestion du consentement des usagers.
  - Ressources financières suffisantes pour le développement, la mise en œuvre et, par la suite, l'entretien des solutions.
  - Participation des partenaires cliniques au développement des solutions afin d'assurer leur adhésion à celles-ci.

8.3 Enjeux de la communication

Le MSSS souhaite de façon spécifique que l'offre de service du programme Services généraux soit bien connue de la population et des différents publics cibles.

Notons que c'est dans cet esprit que les centres de santé et de services sociaux, avec leurs partenaires, prennent en considération depuis plusieurs années les besoins d'information de la population de leur territoire respectif. À cet effet, ils ont élaboré et réalisé plusieurs projets d'information afin de faire connaître à cette clientèle les ressources disponibles pour elle (ex. : clinique de vaccination, bottins d'information, etc.)

Pour favoriser l'atteinte de cet objectif, l'Agence s'assurera de supporter les travaux des CSSS leur permettant, ainsi qu'à leurs partenaires, de se doter et de réaliser un plan de communication visant à joindre l'ensemble de la population.

Pour leur part, les CSSS et leurs partenaires régionaux et communautaires, avec le support de l'Agence, ont convenu de se doter d'une stratégie de communication forte afin que les différents publics cibles soient rejoints, soit par les CSSS, les autres établissements, le Département régional de médecine générale, les groupes communautaires ou l'Agence, et ce, en conformité avec les orientations ministérielles ainsi qu'avec le plan de communication en élaboration par le Comité conjoint de communication Agence-CSSS-Partenaires.

Les publics cibles visés sont la population locale, les partenaires des réseaux locaux, le personnel des établissements et des organismes communautaires, les membres du Département régional de médecine générale, la population de l'Estrie, les instances régionales, les instances locales réunies régionalement, etc.

- **Résultats attendus 2005-2010**

  Le plan de communication des CSSS, des partenaires et de l'Agence visera notamment les résultats suivants pour 2005-2010 :

  Responsabilité de l'Agence, en collaboration avec les CSSS et les autres partenaires :

  - Faire connaître les orientations nationales et régionales en regard du programme Services généraux.
  - Soutenir, à leur demande, les centres de santé et de services sociaux pour l'élaboration et la réalisation de leurs plans de communication sur ce dossier visant à :
    - faire connaître à la population de leur MRC leur projet d'élaboration de leur programme Services généraux respectif (objectifs, plan d'action, calendrier, etc.) et son évolution;
    - informer la population de leur MRC des services disponibles et des modalités d'accès et de fonctionnement de ces services.
  - Soutenir les centres de santé et de services sociaux dans l'actualisation de l'analyse différenciée selon les sexes (ADS), dans l'élaboration et la réalisation de leur plan de communication respectif (ex. : choix du public cible, choix des moyens de communication, contenu présenté, style de langage, etc.)
  - Faire connaître la situation actuelle de l'Estrie et les perspectives.

  Responsabilités des CSSS, en collaboration avec l'Agence et les autres partenaires :

  - Élaborer et réaliser un plan de communication dans chaque MRC afin, notamment :
    - de faire connaître à la population de leur MRC leur projet d'élaboration de leur programme Services généraux respectif (objectifs, plan d'action, calendrier, etc.) et son évolution;
    - d'informer la population de leur MRC des services disponibles et des modalités d'accès et de fonctionnement de ces services.

  Responsabilités des autres partenaires (ROC Estrie, établissements régionaux, Département régional de médecine générale), en collaboration avec l'Agence et les CSSS :

  - Participer à l'élaboration du plan de communication sur le programme Services généraux.
  - Réaliser leurs communications internes.

- **Conditions de réussite**
  - Convenir d'un message commun et de messages spécifiques, selon les besoins et les situations ainsi que des modalités de diffusion.

8.4 Enjeux du financement

Depuis bon nombre d'années, les budgets historiques des établissements du réseau de la santé et des services sociaux sont reconduits d'année en année. Or, le nouveau mode d'allocation du MSSS a pour objet de remplacer progressivement cette budgétisation historique des établissements.

La nouvelle démarche est maintenant basée sur une approche populationnelle qui tient compte des besoins de la population et des caractéristiques régionales à l'intérieur du cadre des programmes-services. Le nouveau mode d'allocation calcule une enveloppe globale pour chaque région, laquelle est ensuite répartie entre les établissements par l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux.

Le MSSS établit une dépense attendue pour chaque programme. L'utilisation des programmes-services dans la nouvelle budgétisation des régions nécessite d'abord d'estimer la part des crédits nécessaires à chaque programme afin d'offrir les services à la clientèle.

Après avoir estimé une dépense de référence par programme à l'aide du contenu financier et estimé une dépense attendue également par programme, le MSSS détermine les écarts régionaux. Ces derniers sont calculés par programme et globalement par la suite. Ce sont les écarts globaux (somme de tous les écarts par programme) qui sont retenus pour mesurer les écarts entre la budgétisation historique et celle provenant du nouveau mode d'allocation.

Ensuite, les crédits de développement sont partagés entre les régions au prorata de la somme des dépenses attendues des programmes-services. Une fois répartis, ces crédits de développement constituent une enveloppe régionale globale. Cette dernière est ensuite distribuée entre les établissements par les agences et signifiée au MSSS dans le cadre des ententes de gestion.

En Estrie, selon le nouveau mode de budgétisation, nous avons un écart de 647 656 M$ pour le programme « Services généraux », et un écart total pour tous les programmes de 36,7 M$. Nous avons reçu un budget de développement de 1,6 M$, en 2005-2006, et 3M$ sur base annuelle.

Nous avons alloué ces budgets de développement en fonction des priorités nationales et régionales, tout en offrant le maximum de souplesse aux établissements. Or, le programme Services généraux n'a reçu aucun budget de développement en 2005-2006, et aucune somme n'est attachée à des cibles et des seuils, comme indiqué aux ententes de gestion.

9. CONCLUSION ET PERSPECTIVES

Les orientations régionales du nouveau programme Services généraux s'insèrent dans un contexte organisationnel en mouvance là où les CSSS sont les chefs d'orchestre de l'organisation des services à la population, sans distinction et sans exclusion de clientèles et sans que l'accès aux services soit assujetti à la résidence sur le territoire de référence. Les CSSS ont pour orientation prioritaire de mettre en place un panier minimal commun des activités cliniques et d'aide, ainsi que des activités médicales à proximité avec une porte d'entrée bien définie.

Ce programme vise l'organisation d'un réseau de 1re ligne comprenant la réalité des CSSS, des cabinets privés, des GMF, comme assise principale du système de santé et ce, en partenariat avec tous les organismes concernés du réseau local des services, notamment les organismes communautaires. De plus, dans la perspective de mieux répondre aux besoins de toute la population, les orientations régionales ciblent des objectifs d'accessibilité, de continuité et de qualité.

Des changements importants sont à gérer pour combler les écarts existants dans le panier de services actuel. L'atteinte des priorités retenues dans ce programme implique que les différents partenaires, au premier chef le personnel professionnel de la santé, acceptent de modifier leur pratique pour instaurer un fonctionnement en réseau et axer leurs efforts sur l'atteinte des résultats.

Enfin, puisque le programme Services généraux est un programme transversal, c'est-à-dire qu'il touche toute la population et ce à travers tous les autres programmes-services, des arrimages sont à développer ou à consolider pour assurer un continuum de services.

PARTIE III Plan régional de mise en œuvre 2005-2010

10. PLAN RÉGIONAL DE MISE EN ŒUVRE 2005-2010

L'agence régionale a notamment comme mandat d'élaborer un plan stratégique pluriannuel, en mettant à contribution les établissements et les autres partenaires, qui présente, pour sa région :

- La vision régionale, en fonction d'une connaissance de l'état de santé et de bien-être, des besoins sociosanitaires et des particularités de la population;
- Les objectifs poursuivis concernant l'amélioration de la santé et du bien-être de la population, l'organisation et la gestion des services;
- Les mandats et responsabilités qui en découlent pour les établissements et organismes;
- Les mécanismes de coordination régionale et de mobilisation des partenaires à sa mise en œuvre;
- Les modalités de soutien aux établissements dans l'organisation des services et d'arbitrages nécessaires pour garantir l'accès, la continuité des services et la gestion efficace et efficiente des ressources;
- Le recours à diverses modalités et mécanismes adaptés à la réalité régionale pour informer la population, la mettre à contribution et connaître sa satisfaction à l'égard de l'organisation des services et des résultats obtenus.

Voici le plan de mise en œuvre qui définit l'état de situation, les actions à poser par l'Agence pour réaliser son mandat ainsi que les conditions de réussite qui s'y rattachent.

Ces éléments devront faire l'objet de travaux particuliers tant aux niveaux local que régional. Ils nécessiteront une grande cohérence des actions locales, régionales et ministérielles.

PREMIÈRE ORIENTATION EN REGARD DE L'ACCESSIBILITÉ :

▶ LA MISE EN PLACE D'UN PANIER MINIMAL COMMUN DES ACTIVITÉS CLINIQUES ET D'AIDE SUR TOUT LE TERRITOIRE DE L'ESTRIE

ÉTAT DE SITUATION	ACTIONS À POSER PAR L'AGENCE	CONDITIONS DE RÉUSSITE
Juin 2005 :		
Le comité des services généraux a réalisé des travaux et a défini, à l'aide d'une grille, un panier de service minimal pour les services généraux.	Poursuivre l'élaboration des critères d'accès et de disponibilité des services en collaboration avec le Comité des services généraux.	Contribution et implication des membres du Comité services généraux et des chargés de projet clinique.
L'accessibilité aux activités cliniques et d'aide est définie en termes d'accessibilité temporelle, géographique, professionnelle et financière.	Soutenir par différentes modalités les CSSS dans la démarche de mise en place du panier de service minimal soit par le développement ou la consolidation des diverses activités cliniques ou d'aide.	Approche intégrée des services et approche par priorités. Du personnel compétent et dédié aux fonctions relevant de leur compétence.

ÉTAT DE SITUATION	ACTIONS À POSER PAR L'AGENCE	CONDITIONS DE RÉUSSITE
De plus, la grille illustre la **disponibilité** des services. La couleur **rouge** indique l'absence de service; **l'orange** cible les services très peu offerts, et le **jaune** pointe les services offerts de façon disparate. • Rouge : absence de service ➢ Contact à la suite de l'avis de grossesse ➢ Nutrition ➢ Consultation psychologique • Orangé : peu de services offerts ➢ Physiothérapie ➢ Ergothérapie • Jaune : disparité de l'offre de service ➢ Soins infirmiers ➢ Soutien diagnostique, accès aux prélèvements et aux résultats en mode rapide. ➢ Inhalothérapie	Assurer la reddition de compte de la mise en place du panier minimal de service de façon annuelle en cumulant les grilles complétées en regard des standards établis. Soutenir le développement des compétences des ressources humaines de façon continue afin de favoriser le développement et le maintien des expertises liées à la prestation des services ainsi que les changements de pratique tout le long du continuum de services. Clarifier la démarcation de l'imputation financière des activités cliniques et d'aide (ex. : physiothérapie) et estimer les crédits nécessaires pour le programme Services généraux. Assurer la coordination des travaux d'informatisation régionaux ainsi que les ajustements du cadre légal en regard de la circulation de l'information clinique. Soutenir les démarches d'harmonisation des systèmes informatiques, de création d'interfaces technologiques et d'application intégrée regroupant les fonctions nécessaires au bon fonctionnement des réseaux locaux. Faire connaître les orientations régionales du programme Services généraux et soutenir à leur demande les CSSS pour l'élaboration et la réalisation de leurs plans de communication.	Disponibilité de personnel ayant une expertise appropriée. Financement adéquat pour offrir la gamme de services priorisés. Mise en place d'un mécanisme commun de gestion du consentement des usagers. Ressources financières suffisantes pour le développement, la mise en œuvre et l'entretien des solutions. Implantation du plan régional d'informatisation en Estrie (PRIE). Utilisation optimale des outils déjà en place pour la demande de services. Participation des partenaires cliniques au développement des solutions. Message commun et messages spécifiques selon les besoins.

DEUXIÈME ORIENTATION EN REGARD DE L'ACCESSIBILITÉ:

- L'ACCÈS À UN MÉDECIN DE FAMILLE ET À UN SUIVI MÉDICAL

ÉTAT DE SITUATION	ACTIONS À POSER PAR L'AGENCE	CONDITIONS DE RÉUSSITE
Juin 2005 Les travaux du Comité des services médicaux généraux ont permis l'élaboration d'une grille de disponibilité et d'accessibilité du panier de service minimal requis pour bien desservir la population en Estrie. Les couleurs contenues dans la grille illustrent : • **En rouge :** l'absence de délai de prise en charge pour la clientèle orpheline qui a maintenant été fixé à 3 mois pour les vulnérables et à 6 mois pour les autres. • **L'orangé** : réfère à une offre de service insuffisante pour le service sans rendez-vous à **toute** clientèle et à la clientèle **orpheline**. • **Le jaune** : concerne la **disparité** des retours d'appel des médecins aux clients et à la **disparité des coûts de certains** traitements et fournitures. De plus, les **urgences mineures** sont fréquemment traitées par le service d'urgence de la courte durée alors que ce sont des activités du programme Services généraux.	Poursuivre l'élaboration des critères d'accessibilité et de disponibilité avec le Comité des services médicaux généraux. Par le biais du DRMG, soutenir le développement et la consolidation des activités médicales prioritaires dans les CSSS, les cliniques privées et les GMF. Soutenir les travaux qui visent à développer des moyens concrets favorisant l'insertion des conditions de réussite dans les activités médicales courantes. Soutenir les équipes médicales dans la démarche de mise en place du panier de service minimal. S'assurer de la prise en charge de la clientèle orpheline vulnérable. S'assurer de l'accessibilité pour la population à un médecin pour une consultation sans rendez-vous en horaire défavorable (soirs, fins de semaine). Cette accessibilité doit être soutenue par une disponibilité au plateau technique de biologie et d'imagerie médicales, avec une transmission du résultat au médecin dans le délai prescrit. Soutenir la mise en place de mécanismes de liaison multidirectionnels, de références claires ainsi que le partage de l'information entre les intervenants. Assurer la reddition de compte de la mise en place du panier minimal des services de façon annuelle en cumulant les grilles complétées en regard des critères établis avec le Comité des services médicaux généraux.	Arrimage des services médicaux généraux avec le programme Santé physique prioritairement : • Le secteur spécialisé (ex. : gastro-entérologie, psychiatrie, etc.) • Le secteur diagnostique (laboratoire et imagerie médicale). Corridor de transfert entre les omnipraticiens et les spécialistes. Atteinte du PREM-besoins omnipratique en Estrie. Accès rapide aux services spécialisés. Prise en charge rapide, post services spécialisés, des clients par le médecin de famille. Requête résultat électronique pour laboratoire et imagerie médicale. Retour d'information lors d'une consultation médicale et d'une référence aux services généraux non médicaux. Mécanismes de liaison médecins en cabinet – CSSS – Info-Santé et soins à domicile. Partage d'information avec les autres programmes. (Ex. : Santé physique : MPOC – PALV). Soutien aux médecins qui réfèrent et disponibilité téléphonique des consultants

TROISIÈME ORIENTATION EN REGARD DE LA CONTINUITÉ :

- UNE CONTINUITÉ ENTRE LES DIVERSES ACTIVITÉS CLINIQUES ET D'AIDE INCLUANT LES ACTIVITÉS MÉDICALES

ÉTAT DE SITUATION	ACTIONS À POSER PAR L'AGENCE	CONDITIONS DE RÉUSSITE
La continuité, soit le passage sans rupture entre les activités cliniques n'est pas acquise à tous les niveaux en Estrie.	Soutenir les travaux concernant le partage des outils communs et le partage de l'expertise développée dans les divers réseaux locaux.	Concertation régionale. Vision commune des activités à réaliser et des outils pour faciliter les liaisons.
Les acteurs s'entendent qu'il faut relever le défi de continuité et de la cohérence entre les diverses activités cliniques et d'aide, entre les activités de santé publique et entre les activités médicales.	Soutenir la mise en place de moyens d'évaluation et de référence de la clientèle.	Compréhension commune des balises du panier minimal des services.
Il est de plus souligné qu'il manque de fluidité entre le programme Services généraux et les autres programmes-services du CSSS.	Soutenir les travaux favorisant la circulation de l'information entre les divers partenaires incluant les GMF et les cliniques privées.	Utilisation optimale des activités offertes en services généraux.
Par conséquent, la frontière de l'offre de service du nouveau programme Services généraux est à définir avec les autres programmes-services (ex. : santé physique).	Soutenir la démarche de détermination des critères d'accès aux divers programmes-services afin d'assurer un traitement uniforme des demandes de service.	Coordination de l'offre de services.
La fiche de liaison CHUS-CSSS permet la demande de service et la référence de la clientèle mais demeure limitée à ce type de référence.	Identifier les postes budgétaires reliés à l'attribution des soins et services et qu'ils soient offerts dans les délais et les conditions correspondants aux besoins.	Intégration des équipes des services généraux avec les équipes médicales.
	Soutenir des stratégies favorisant la collaboration avec les médecins du territoire et les autres partenaires (pharmaciens, organismes communautaires, etc.)	Complémentarité et interdépendance clinique entre les professionnels.
	Soutenir des modalités pour assurer la continuité des services et des outils de liaison avec les médecins de famille et les autres acteurs du réseau (ex. : trajectoire de service).	Stratégie de collaboration de la part de tous les acteurs du réseau et des cabinets de médecin.

ÉTAT DE SITUATION	ACTIONS À POSER PAR L'AGENCE	CONDITIONS DE RÉUSSITE
Un projet d'informatisation des réseaux locaux, le « PRIE », est en voie de réalisation. Les travaux visent une plateforme d'échanges d'informations cliniques.	Soutenir des mécanismes de prise en charge pour des soins optimums de 1re ligne. Soutenir l'implantation du plan régional d'informatisation en Estrie (PRIE)	Outils de liaison et de référence efficaces. Outils cliniques partagés. Proximité entre les équipes des CSSS et les médecins de famille. Mise à jour du protocole de liaison CHUS-CSSS. Partage de l'expertise interprofessionnelle et intersectorielle : Réalisation du PRIE à court et moyen termes. Formulaire informatisé commun de demandes de service. Dossier patient électronique.

ANNEXE

LES ACTIVITÉS CLINIQUES ET D'AIDE (CA)[26]

[26] Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale des services sociaux, Direction des services généraux, *Les services généraux offerts par les centres de santé et de services sociaux,* septembre 2004

CA 1 Accueil, information, accompagnement et référence personnalisée

CA 1.1 Accueil, information, accompagnement et référence personnalisée

Résumé du service

Accueil, réponse aux demandes d'informations, prise de rendez-vous sur place ou par téléphone, références personnalisées vers les services ou les ressources appropriés du milieu.

Description du service

Ce service constitue souvent le premier contact de la personne avec le CSSS et il consiste à :

- recevoir et à répondre à toute demande d'information ou de service formulée par téléphone, en personne ou par courriel, dans le domaine sociosanitaire et communautaire;
- accueillir la personne, à répondre à ses questions et à lui fournir l'information factuelle nécessaire sur les ressources disponibles au sein du CSSS, dans la communauté ou dans tout autre établissement sociosanitaire;
- orienter la personne vers la ressource la plus appropriée à sa situation et à s'assurer que la personne a la capacité de faire les démarches nécessaires auprès de cette ressource;
- informer la personne du délai dans lequel elle doit consulter et à prendre les rendez-vous (soutien diagnostique, consultations diverses, services et activités), lorsque cela est nécessaire;
- s'assurer auprès des ressources visées, qu'une réponse appropriée sera apportée dans un délai raisonnable.

Objectifs

- Permettre l'accès facile et rapide aux services.
- Assurer une continuité relationnelle, c'est-à-dire une relation suivie personnalisée, constante et de qualité entre la personne et les intervenants.

Clientèle visée

Ensemble de la population.

Facteurs de qualité

- Information sur les ressources de la communauté et les services du CSSS offerts et mise à jour régulière des renseignements (répertoire informatisé des ressources, équipement informatique approprié).

CA 2 Soins infirmiers

Les soins infirmiers des services généraux regroupent les activités suivantes :

- Info-Santé;
- les interventions en soins infirmiers;
- la garde en soins infirmiers « 24/7 »;
- les interventions en matière de sexualité, la planification des naissances et le suivi pré- et post-IVG;
- l'enseignement de base auprès des personnes atteintes de maladies chroniques;
- le contact suite à l'avis de grossesse;
- le soutien à l'allaitement maternel;
- la visite systématique postnatale et postadoption;
- le service auprès des parents, du nourrisson et du jeune enfant.

CA 2.1 Info-Santé

Résumé du service

AIDE, CONSEILS, INFORMATION ET RÉPONSE RAPIDE RELATIVEMENT À DES PROBLÈMES DE SANTÉ, EN TOUT TEMPS PAR TÉLÉPHONE, JOUR ET NUIT.

Description du service

Le service consiste à offrir à la population une consultation professionnelle téléphonique par du personnel infirmier, 24 heures sur 24, 7 jours par semaine.

Dans le contexte des activités cliniques et d'aide**,** la consultation permet d'évaluer sommairement la situation biopsychosociale de la personne et d'en déterminer le degré d'urgence. Elle permet de lui procurer de l'information, des conseils et de l'enseignement convenant à sa situation et de la diriger vers les ressources appropriées, s'il y a lieu. Pour ce faire, les interventions s'appuient sur plus de 140 protocoles standardisés matière de soins infirmiers.

Le service Info-Santé assure la continuité d'accès aux services pour les personnes désignées par les groupes de médecine de famille (GMF) ou les CSSS, en dehors de leurs heures d'ouverture. L'infirmière d'Info-Santé dirige au besoin la personne vers un suivi infirmier ou un suivi médical qui peut comprendre une visite à domicile (fiche CA 2.3). Les étapes à suivre pour chaque appel sont les suivantes :

- l'évaluation sommaire et la détermination du degré d'urgence;
- la transmission d'information;
- les conseils et l'enseignement;
- l'orientation vers une ressources appropriée;
- l'orientation vers un suivi ou une visite à domicile.

Conformément au Programme national de santé publique, le service Info-Santé offre les services de santé publique suivants :

- préalerte et alerte à la Direction de la santé publique pour toute situation qui pourrait indiquer une menace à la santé de la population;
- information et conseils à la population lors d'une situation de crise ou d'urgence liée, à un sinistre, un accident ou à une éclosion;
- réponse aux demandes de la population concernant la qualité de l'air intérieur et de l'air extérieur, notamment l'exposition au pollen de l'herbe à poux et la protection contre les rayons ultraviolets;
- conseils concernant la prévention et la réduction des cas secondaires de maladies infectieuses transmissibles, la possibilité de cas d'intoxication ou de problèmes potentiels reliés à l'eau, l'exposition possible d'une personne à du sang ou à un autre liquide biologique possiblement contaminé ou à une maladie à déclaration obligatoire (MADO);
- information relative à la déclaration des manifestations cliniques inhabituelles à la suite d'une vaccination.

Objectifs

- Assurer une réponse téléphonique rapide, pertinente et confidentielle.
- Orienter au besoin les personnes vers les services sociosanitaires les plus appropriés.
- Assurer une meilleure accessibilité des services offerts par les CSSS et les GMF en dehors de leurs heures d'ouverture.
- Contribuer à la réduction de l'asthme allergique et d'autres problèmes de santé pouvant être liés à la salubrité des bâtiments et à la qualité de l'air intérieur, des rhinites allergiques et du cancer de la peau.
- Assurer une surveillance préalerte dans le domaine de la santé.
- Informer et conseiller la population en matière de santé environnementale ou lors de menace à la santé.

Clientèle visée

- Ensemble de la population ou personnes désignées par les CSSS ou les GMF.

Facteurs de qualité

- Application des recommandations et mise en œuvre des moyens présentés dans le document du comité national Info-Santé : Guide pour assurer la qualité des soins infirmiers au service Info-Santé de l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec.
- Mise à jour et harmonisation de l'information à transmettre à la population.
- Protocole d'entente entre le service Info-Santé et les GMF.

CA 2.2 Interventions en matière de soins infirmiers

Résumé du service

Évaluation de la condition de santé de la personne liée au problème présenté, orientation et références vers les ressources appropriées, en lien avec les médecins référents et les services offerts dans le CSSS; tests et analyse, traitements infirmiers nécessaires, consultation et suivi concernant des maladies courantes; information et enseignement donnés concernant le problème de santé présenté; service offert avec ou sans rendez-vous, également offert le soir et la fin de semaine.

Description du service

Ce service comprend : l'évaluation, les mesures diagnostiques, les soins et les traitements, le counselling et l'enseignement. Les soins infirmiers en services généraux sont offerts à toute la population qui nécessite l'expertise du personnel infirmier de première ligne. La population bénéficie ainsi de services-conseils et d'enseignement touchant l'ensemble des problématiques liées à la santé et leurs conséquences dans la vie quotidienne. De plus, le personnel infirmier s'assure des liens avec les partenaires directement visés pour la continuité des soins : centres hospitaliers, groupes de médecine de famille (GMF), etc.

Le service offert permet à toute personne qui se présente d'être évaluée afin de recevoir les soins nécessaires. Cette évaluation se fait par l'étude des antécédents individuels et familiaux, au moyen d'examens physiques, de tests et d'évaluations de risques.

À la suite de cette évaluation, le personnel infirmier peut prendre des mesures diagnostiques et thérapeutiques conformément au projet de loi 90 qui traite de l'élargissement de la pratique infirmière, notamment par la délégation de certains actes médicaux. Il procure des soins et des traitements exigés par la condition de santé ou le problème présenté. Ces services peuvent aussi être donnés au domicile de la personne lorsque cela est nécessaire :

- Il peut s'agir de premiers soins dans une situation d'urgence mineure, tels les soins de plaies traumatiques, l'irrigation de l'œil, l'extraction de corps étranger ou l'immobilisation d'un membre :
- Il peut s'agir aussi de soins et de traitements prodigués de façon ponctuelle, tels que l'injection de vitamines, l'extraction de points de suture, l'administration postcoïtale d'un contraceptif ou encore la vaccination contre l'influenza réalisée en vertu du Programme national de santé publique :
- Le personnel infirmier en soins généraux peut également déterminer le plan de traitement relié aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments et de prodiguer les soins et les traitements qui s'y rattachent :
- De plus, le personnel infirmier est appelé à exécuter des ordonnances médicales et il utilise les protocoles en vigueur dans les locaux du CSSS pour toutes les techniques de soins qu'il doit prodiguer :
- Dans le contexte des services généraux, le personnel infirmier donne aussi des soins rattachés aux soins postopératoires et aux traitements particuliers tels que l'antibiothérapie intraveineuse, l'irrigation d'accès veineux, les soins de stomies et l'administration de médicaments antinéoplasiques selon les protocoles en vigueur et en collaboration avec l'équipe d'oncologie.

Des services sont également offerts en milieu scolaire primaire et secondaire (enseignement primaire et secondaire), en centre de la petite enfance :

- Contacts individuels avec les jeunes, les professeurs, les éducateurs et les parents de jeunes qui présentent un problème de santé signalé par la fiche de santé. Sensibilisation du personnel enseignant, des parents et des jeunes aux problèmes de santé détectés chez les élèves :

- Consultations et suivi individuels concernant les maladies courantes des enfants de l'éducation préscolaire et du primaire, tels que des troubles de l'alimentation, des problèmes d'hygiène corporelle, des symptômes de négligence, des troubles de l'attention, et les maladies courantes concernant les adolescents du secondaire, tels que des problèmes de violence dans les relations amoureuses, l'anorexie, des problèmes de contraception :

- Services-conseils auprès du personnel des centres de la petite enfance.

Lors de la prestation des services, le personnel infirmier informe les personnes visées et leur donne un enseignement de base en matière de prévention et sur la pathologie et la façon de mieux gérer sa santé. Dans le contexte de l'enseignement et de l'autogestion, le personnel infirmier utilise diverses stratégies pédagogiques en vue d'accroître les habiletés d'autosoins : démonstration d'administration d'insuline, mesure de la glycémie et interprétation des résultats, connaissance des symptômes d'hypoglycémie, etc.

Au terme de la consultation, le personnel infirmier oriente la personne vers la ressource la plus appropriée à sa situation, le cas échéant. Il lui précise le délai dans lequel elle doit consulter, selon la situation. Le personnel infirmier s'assure que la personne a la capacité de faire les démarches nécessaires auprès de la ressource vers laquelle elle est orientée. Si la personne refuse ou est incapable de donner suite aux recommandations, le personnel infirmier explore avec elle d'autres façons de composer avec la situation. Il assure la continuité de soins et les liens entre la personne, les spécialistes et personnes-ressources à l'interne, les établissements partenaires comme les groupes de médecine de famille (GMF), les centres hospitaliers, les ressources spécialisées et les organismes du milieu.

Objectifs

- Assurer la continuité des soins par des mécanismes de liaison efficaces.
- Assurer les services de consultation, d'information et d'orientation personnalisée vers les ressources appropriées.
- Favoriser la complémentarité des soins.
- Maximiser l'utilisation des ressources en matière de soins infirmiers et éviter le recours inapproprié aux services médicaux.
- Prodiguer les soins et les traitements nécessités par la personne.
- Prévenir les complications (les infections).
- Reconnaître précocement et évaluer les problèmes de santé en milieu scolaire et en centre de la petite enfance.
- Sensibiliser le personnel enseignant, les parents et les jeunes, et les informer sur la façon de reconnaître les problèmes donnés en matière d'activités cliniques et d'aide.
- Soutenir le personnel des centres de la petite enfance dans des situations problématiques de santé touchant leur clientèle.

Clientèle visée

Ensemble de la population.

Facteurs de qualité

- Contrôles périodiques des contrôles appropriés pour s'assurer de la justesse des mesures obtenues par les appareils utilisés.
- Mise en place de processus interdisciplinaires ou d'ordonnance collective pour certaines mesures diagnostiques.
- Adoption de politiques et d'une procédure concernant le nettoyage, la stérilisation et l'entretien du matériel, les contrôles bactériologiques de routine et la gestion des déchets biomédicaux.

Services offerts à l'éducation préscolaire et en milieu scolaire

- Application des ententes MSSS-MEQ.
- Disponibilité de locaux en milieu scolaire qui favorise la confidentialité et la réalisation de l'offre de service.
- Concertation étroite avec le milieu scolaire et les milieux de garde.
- Protocole d'entente avec les centres de la petite enfance.

CA 2.3 Garde en soins infirmiers « 24/7 »

Résumé du service

Évaluation de la condition et traitements infirmiers, en relation avec un problème de santé préalablement identifié; service offert en dehors des heures d'ouverture du CSSS pour les personnes inscrites à ce service.

Description du service

Ce service assure la disponibilité du personnel infirmier pour se rendre dans le milieu de vie d'une personne en difficulté et préalablement inscrite pour avoir accès à ce service. Ce service est offert en dehors des heures d'ouverture du CSSS.

Ce service a pour objet d'assurer la continuité des services infirmiers pour :

- les services à domicile;
- les interventions en matière de soins infirmiers offertes au sein du CSSS;
- les services offerts par les GMF.

Sur le plan fonctionnel, ce service est harmonisé avec le service Info-Santé (fiche CA 2.1).

La professionnelle d'Info-Santé qui, après une évaluation téléphonique, juge nécessaire le déplacement du personnel infirmier de garde transmet ses constatations et le résultat de sa collecte de données au personnel infirmier en disponibilité. Celui-ci prend contact avec la personne inscrite de son territoire et adopte la modalité pertinente relativement à la situation, qui inclura, si cela se révèle nécessaire, une visite à domicile.

Objectifs

- Offrir une intervention directe immédiate par un professionnel, 24 heures sur 24 et 7 jours par semaine, à toute personne inscrite et ayant besoin de services particuliers.
- Prévenir la détérioration de la situation et soutenir la personne par une réponse donnée rapidement.
- Diminuer le recours évitable aux urgences hospitalières ou aux services sociaux spécialisés.

Clientèle visée

Population résidant sur le territoire du CSSS et qui est inscrite pour recevoir ce service.

Facteurs de qualité

- Modalités techniques efficaces (téléavertisseur, téléphone cellulaire, etc.) pour joindre les infirmières en disponibilité.
- Procédure établissant des normes de sécurité appropriées, pour le déplacement du personnel au domicile des personnes (car les sorties sont font de soir et de nuit).
- Procédure de rétroaction qui assure que la personne est informée des actions prévues par les intervenants pour répondre à ses besoins.
- Politique de gestion des dossiers efficace, afin de vérifier que les notes sont consignées après tout type d'intervention (notes de l'infirmière du service d'Info-Santé sur la fiche d'appel, notes de l'infirmière de garde en disponibilité qui a effectué la visite, etc.), pour assurer la continuité de soins et le transfert inter-professionnel de données.

CA 2.4 Interventions en matière de sexualité, planification des naissances, suivi pré- et post-IVG

Résumé du service

Information, conseils, aide et enseignement sur la sexualité et la contraception ; tests diagnostiques et traitements ; service offert le soir avec ou sans rendez-vous; conseils et information pré- et post-IVG; service offert avec rendez-vous.

Description du service

Sexualité et planification des naissances
Ce service consiste à offrir de la consultation individuelle, principalement par du personnel infirmier en collaboration avec les services médicaux et psychosociaux. Les axes d'intervention dans le contexte des activités cliniques et d'aide sont les suivantes :

- Évaluation et orientation : évaluation en fonction de la situation de santé du client (problème de fertilité/infertilité, grossesse non désirée, fonctions sexuelles, etc.);
- Diagnostic : test de grossesse, prélèvements de MTS, cytologie, etc.;
- Counselling : consultation pour l'orientation sexuelle, contraception, grossesse, notification des partenaires, consultation pré- et post-IVG, etc.;
- Traitement : cryogénie, administration de contraceptif oral, etc.;
- Enseignement et information : conformément à l'ensemble des programmes de prévention et de promotion.

Suivi pré- et post-IVG
Les services de planification des naissances au sein des CSSS accueillent toutes les demandes d'IVG. Il y a évaluation de la condition de la cliente et orientation personnalisée selon sa situation. Les axes d'intervention sont :

- la rencontre pré-IVG : entrevue avec une infirmière afin de préciser l'âge de la grossesse et la décision éclairée du choix de l'IVG. Le personnel infirmier explique le déroulement de l'intervention et dirige la cliente vers l'intervenant psychosocial, s'il y a lieu;
- la visite post-IVG : visite ayant lieu de deux à trois semaines après l'IVG avec un médecin (médecin traitant, ou de la clinique d'IVG) afin de vérifier l'évolution de la cliente, de traiter toute complication et de reconfirmer l'utilisation d'un moyen de contraception. Le médecin pourra orienter les femmes, lorsque cela sera nécessaire, vers une évaluation psychologique suivie d'un soutien pour celles (ou les couples) qui vivent difficilement ce deuil.

Objectifs

Sexualité et planification des naissances

- Rendre autonome la personne dans la prise en charge de sa sexualité.
- Développer chez la personne des attitudes et des comportements sécuritaires au regard de sa sexualité.
- Favoriser l'exercice d'un choix éclairé en matière de fécondité.
- Soutenir la personne dans ses choix quant à l'expression de sa sexualité et à celle de ses partenaires.
- Soutenir la personne tout au long des difficultés qu'elle traverse au regard de ses problèmes sexuels.

Suivi pré- et post-IVG

- S'assurer que la décision de la femme quant à l'IVG est claire, et bel et bien sienne.
- S'assurer que l'interruption de la grossesse se réalise dans des conditions sécuritaires.
- S'assurer que la cliente connaît et utilise un moyen de contraception.
- Transmettre l'information sur les signes de complications et les soins post-IVG.

Clientèle visée

- Couples et personnes en âge de procréer; femmes enceintes.

Facteurs de qualité

- Établissement de modalités pour favoriser la consultation et la collaboration professionnelle à l'intérieur du service, du CSSS et avec les autres partenaires du réseau.
- Aménagement des lieux qui favorise le respect de la personne, sa sécurité et son intimité, et ce, conformément à l'application des règles de confidentialité.

CA 2.5 Enseignement de base auprès des personnes atteintes d'une maladie chronique

Résumé du service

INFORMATION ET ENSEIGNEMENT DE BASE DONNÉ, PRINCIPALEMENT LORS DE L'ANNONCE DU DIAGNOSTIC, À UNE PERSONNE ATTEINTE D'UNE MALADIE CHRONIQUE POUR LUI PERMETTRE DE COMPRENDRE SA MALADIE ET DE L'AUTOGÉRER; SERVICE INDIVIDUEL OU DE GROUPE, OFFERT ÉGALEMENT CERTAINS SOIRS SUR RENDEZ-VOUS.

Description du service

Un service d'information et d'enseignement de base est offert aux personnes atteintes d'une maladie chronique identifiée, et ce, pour favoriser une prise en charge de leur état de santé. Ces maladies sont actuellement l'asthme, la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), les maladies cardio-vasculaires, le diabète et le cancer. En fonction de l'organisation des services, d'autres maladies chroniques pourraient éventuellement s'ajouter à cette liste. Les conséquences d'une bonne gestion de ces maladies et l'importance de l'engagement de la personne et de ses proches pour autogérer ces maladies ont été documentées et démontrées.

L'enseignement de base fait à l'intérieur des services généraux permet d'outiller la personne atteinte et ses proches, principalement lors de l'annonce du diagnostic.

L'enseignement de base peut se faire individuellement. Cette intervention consiste généralement une ou deux rencontres de quelques heures d'enseignement structuré. Cela permet d'évaluer l'état des connaissances de la personne, d'établir avec elle ses objectifs d'apprentissage et d'évaluer sa volonté de modifier ses comportements.

L'enseignement peut aussi être aussi donné au cours d'une ou deux rencontres de groupe, lorsque le nombre de personnes ou les acquisitions en fait d'apprentissage le justifient. On mise alors sur les interactions entre les participants.

Les services d'enseignement de base aux personnes atteintes d'un cancer portent notamment sur les soins postchimiothérapie ou postchirurgicaux, la prévention des problèmes afférents, tels que la nausée, la perte d'appétit ou la fatigue, et les ressources professionnelles, communautaires ou bénévoles disponibles. Cet enseignement est principalement donné par une infirmière.

L'enseignement de base aux personnes atteintes des autres maladies chroniques traite des thèmes tels que la compréhension de la maladie, les facteurs déclencheurs, la reconnaissance des critères de détérioration et de maîtrise de la maladie, l'utilisation optimale des médicaments et les actions posées en cas de détérioration des conditions de santé. Un contrôle par une relance téléphonique peut aussi être faite pour valider l'acquis des connaissances.

Ces services d'enseignement sont surtout donnés par des infirmières à qui peuvent se joindre d'autres professionnels (inhalothérapeutes, nutritionnistes, pharmaciens, travailleurs sociaux, psychologues) au besoin.

Objectifs

- Permettre aux patients de développer la motivation, les attitudes, les connaissances ainsi que les capacités comportementales et psychologiques pour s'adapter à sa maladie, principalement dès l'annonce du diagnostic.
- Améliorer la prise en charge de la maladie par la personne et ses proches.
- Favoriser une utilisation plus judicieuse des ressources de santé en diminuant les recours évitables aux services d'urgence et à l'hospitalisation.
- Valoriser l'utilisation rationnelle des médicaments chez les personnes atteintes d'une maladie chronique.

Clientèle visée

Toute personne présentant l'une des maladies chroniques mentionnées.

Facteurs de qualité

- Formation des personnes-ressources pour leur permettre de mieux connaître les différentes pathologies, les problématiques qui y sont liées et certaines notions d'andragogie en vue de faciliter leur travail en équipe pluridisciplinaire.
- Ressources matérielles nécessaires à l'enseignement, tels que des programmes d'enseignement, des brochures pour la personne atteinte, des planches anatomiques et du matériel audiovisuel à jour et accessibles aux professionnels qui donnent l'enseignement et assurent le suivi.
- Outils d'enseignement reconnus et uniformes.

CA 2.6 Contact à la suite de l'avis de grossesse

Résumé du service

Information et conseils d'usage par un contact téléphonique systématique à toutes les femmes enceintes qui y ont consenti dès la référence par les médecins, les sages-femmes ou les centres hospitaliers.

Description du service

La déclaration ou l'avis de grossesse est la référence systématique d'une femme enceinte, que ce soit par le médecin traitant, la sage-femme ou les partenaires, vers le CLSC. Cette modalité assure au CSSS de connaître les femmes enceintes sur son territoire.

Le service offert par le CSSS consiste en un contact téléphonique, d'une vingtaine de minutes, par le personnel infirmier à tous les futurs parents. L'infirmière répond aux questions des parents, leur apporte des solutions pratiques dans le quotidien et les informe des services offerts par le CSSS et des ressources existantes. Ce service est offert seulement si le consentement écrit de la femme enceinte a été obtenu préalablement.

Objectifs

- Échanger avec la femme enceinte au regard de ses besoins spécifiques.
- Encourager la clientèle à participer aux rencontres prénatales de groupe.
- Donner de l'enseignement sur les signes précurseurs pour lesquels une consultation médicale est nécessaire.
- Identifier les femmes enceintes vulnérables et les diriger à l'interne, vers les services spécifiques : Naître égaux – Grandir en santé (NEGS), Programme de soutien aux jeunes parents (PSJP), Œufs-Lait-Orange (OLO), Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP); ou vers tout autre programme, lorsque cela est nécessaire.

Clientèle visée

Femmes enceintes résidant sur le territoire du CSSS qui ont consenti à la transmission de l'information.

Facteurs de qualité

- Obtention du consentement de la femme enceinte au transfert de l'information.
- Efficacité de la référence.
- Outil standardisé de collecte de données téléphoniques.

CA 2.7 Soutien à l'allaitement maternel

Résumé du service

CONSEILS ET AIDE ASSURANT LE SOUTIEN DES PRATIQUES FAVORABLES À L'ALLAITEMENT MATERNEL AUPRÈS DES FEMMES ENCEINTES, DES FEMMES VENANT D'ACCOUCHER, DES FEMMES QUI ALLAITENT, DES NOURRISSONS ET DES CONJOINTS (PÈRES); ACTIVITÉS RÉALISÉES PAR L'INTERMÉDIAIRE DE RENCONTRES INDIVIDUELLES.

Description du service

Conformément aux lignes directrices en matière d'allaitement, le soutien à l'allaitement a pour objet de fournir aux mères qui allaitent les connaissances de même que les ressources personnelles et communautaires nécessaires au succès de l'allaitement; il inclut aussi toute mesure qui permet d'aider les mères et les familles à atteindre leurs objectifs en matière d'allaitement.

Les activités qui en découlent sont les suivantes :

- Informer les femmes enceintes et leur conjoint des pratiques de soins qui facilitent l'allaitement à l'hôpital ou à la maison de naissance et lors du retour à la maison, et ce, conformément aux dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel dans les centres hospitaliers et aux sept étapes du plan de protection, de promotion et de soutien à l'allaitement dans le domaine de la santé commautaire;
- Assurer qu'au cours de la visite postnatale systématique un suivi sera fait concernant la conduite et la poursuite de l'allaitement et fournir au besoin les ressources appropriées;
- Diriger durant la période prénatale et postnatale, toutes les femmes et leur conjoint vers les groupes d'entraide à l'allaitement ou aux organismes communautaires offrant des services de soutien à l'allaitement et aider à la création de tels groupes s'ils n'existent pas sur le territoire.

Objectifs

- Augmenter la proportion de femmes qui allaitent et la durée de l'allaitement.
- Faciliter l'allaitement et la poursuite de l'allaitement chez les mères qui ont fait ce choix.
- Assurer les meilleures pratiques de soins possible et le meilleur soutien qui puissent être offerts aux mères et à leur bébé.

Clientèle visée

Femmes enceintes, femmes venant d'accoucher, femmes qui allaitent, conjoints (pères), nourrissons, jeunes enfants.

Facteurs de qualité

- Application des lignes directrices sur l'allaitement maternel (MSSS 2001).
- Mise en place d'un réseau d'établissements « Ami des bébés » (IAB) dans les services de maternité des centres hospitaliers et dans les CLSC.
- Respect du Code international de commercialisation des substituts de lait maternel.

CA 2.8 Visite systématique postnatale et post adoption

Résumé du service

Conseils, information et évaluation relativement à l'état de santé du nouveau-né ou de l'enfant adopté et de la mère par une visite systématique à domicile, au plus tard trois jours après la sortie du centre hospitalier ou cinq jours après la naissance ou encore quinze jours après l'arrivée de l'enfant adopté.

Description du service

Le service consiste à offrir aux familles, résidant sur le territoire du CSSS, une visite par du personnel infirmier dans le cas d'un accouchement ou de l'adoption d'un enfant.

Lors de la visite postnatale, le personnel infirmier du CSSS joint la mère par téléphone, pour fixer un rendez-vous et convenir du meilleur moment pour la visiter. D'une durée d'environ 90 minutes, cette visite s'avère une mesure de sécurité importante pour évaluer la santé de l'enfant et de la mère qui a accouché. Elle permet également la mise en place d'un soutien approprié.

La visite postnatale systématique est recommandée entre le troisième et le cinquième jour de vie de l'enfant dans le contexte du congé précoce du centre hospitalier (ou au plus tard la troisième journée suivant le départ du centre hospitalier). La période postnatale est déterminante dans le développement des liens familiaux. Le soutien offert aux parents et aux autres membres de la famille durant cette période doit être à la mesure de leurs besoins. Il doit aussi tenir compte de la durée de séjour au centre où l'accouchement a eu lieu.

La visite postadoption s'effectuera dans un délai de quinze jours suivant l'arrivée à la maison de l'enfant. Ce délai maximal permettra à l'infirmière d'être informée des consultations médicales ou autres que les adoptants pourraient avoir faites depuis l'arrivée de l'enfant. De plus, les parents qui viennent d'adopter un enfant manifestent différents besoins auxquels peut répondre une infirmière lors d'une visite à domicile.

Objectifs

- Informer les femmes et les familles sur les services et le soutien offert, et planifier l'offre de services pouvant répondre à leurs besoins.
- Vérifier l'état de santé du bébé ou de l'enfant adopté.
- Vérifier l'état de santé général de la mère qui a accouché.
- Établir les liens avec le médecin traitant au besoin (nourrisson ou enfant adopté).
- Soutenir et encourager l'allaitement maternel.
- Repérer les familles plus vulnérables, les situations problématiques et faire les démarches d'orientation personnalisée nécessaires.

Clientèle visée

Toutes les familles, les mères, les nouveau-nés et les enfants adoptés demeurant sur le territoire du CSSS.

Facteurs de qualité

- Établissement de mécanismes de collaboration, de communication et de liaison clairs avec les centres hospitaliers où les accouchements ont lieu, les médecins et les CSSS engagées dans le processus d'adoption.
- Garantie de réadmission directe à l'hôpital au cours de la première semaine de vie de l'enfant au besoin.
- Existence d'un protocole ou d'une entente de partenariat entre le CSSS et les organismes communautaires pour le soutien des familles.

CA 2.9 Service auprès des parents, du nourrisson et du jeune enfant

Résumé du service

Information, conseils et aide aux parents; surveillance du développement du nouveau-né et du jeune enfant par des rencontres individuelles.

Description du service

Ce service consiste en des interventions individuelles pour soutenir les parents au cours des premières années de vie de l'enfant et durant la période préscolaire, c'est-à-dire quand l'enfant est âgé de 2 à 5 ans. Ces interventions correspondent à des consultations individuelles pour l'enseignement individuel aux parents et le suivi du développement du nourrisson ou du jeune enfant. Les interventions individuelles menées par une infirmière peuvent aussi porter sur différents thèmes (les pleurs et les coliques, le massage, l'introduction des aliments solides et l'allaitement maternel. La vaccination des nourrissons et des jeunes enfants est souvent faite au moment des rencontres avec l'infirmière, bien que cette activité relève du domaine de la santé publique.

Objectifs

- Diminuer le nombre de visites médicales.
- Réduire les abus et la négligence.
- Détecter les enfants présentant des retards de développement.
- Développer des compétences parentales.
- Renforcer les liens parents-enfants.
- Favoriser la croissance et le développement optimal de l'enfant.
- Favoriser une saine alimentation chez le nourrisson et diminuer l'incidence de l'anémie infantile.
- Diriger les parents vers des ressources communautaires ou des services spécifiques en matière de périnatalité du CSSS.
- Répondre aux interrogations des parents sur le développement du nourrisson.
- Suivre les paramètres de croissance du nourrisson (poids, taille, périmètre crânien).
- Remettre aux parents de la documentation et de l'information sur les étapes du développement normal du nourrisson et du jeune enfant.
- Élargir le réseau de contact des mères afin de briser leur isolement.

Clientèle visée

Parents de nourrissons et de jeunes enfants, nourrissons et jeunes enfants.

Facteurs de qualité

Sans objet.

CA 3 Soutien diagnostique

CA 3.1 Soutien diagnostique

Résumé du service

Prélèvements et examens diagnostiques sur référence; service offert, au moins cinq jours par semaine, avec ou sans rendez-vous.

Description du service

Les services de soutien diagnostique regroupent des activités qui viennent appuyer un diagnostic médical ou l'évaluation des conditions de santé d'une personne, soit les activités liées aux prélèvements d'échantillons biologiques (sang, urine, selles, expectorations) et divers tests diagnostiques.

L'accessibilité aux services de prélèvements ainsi que la présence des plateaux techniques de laboratoire ou de radiologie varient selon l'organisation régionale de services de chaque région.

Les tests accessibles en laboratoire et en radiologie sont également choisis à partir de critères régionaux. Dans tous les cas où il existe un service de prélèvements biologiques et un plateau technique de biologie médicale, une entente de service doit être signée avec un centre hospitalier désigné. Les analyses hors laboratoire doivent se dérouler dans le respect des Directives québécoises sur les analyses hors laboratoire effectuées dans les établissements de santé.

Les tests diagnostiques comprennent des examens d'imagerie médicale (radiologie), l'électrocardiogramme, la spirométrie, les tests de grossesse, le contrôle de l'anticoagulothérapie, le dosage de gaz sanguin, le dépistage de drogues de rue et d'autres analyses hors laboratoire (bilirubinométrie, dosage de glucose sanguin).

Les services de prélèvements et les examens radiologiques sont assurés par des infirmières, des infirmières auxiliaires, des technologistes de laboratoire ou des technologues à des périodes prédéterminées, avec ou sans rendez-vous.

Objectifs

- Soutenir ou permettre de poser un diagnostic médical.
- Évaluer les conditions de santé des personnes visées.

Clientèle visée

Ensemble de la population.

Facteurs de qualité

- Compétence du personnel technique (technicien de laboratoire médical ou technologiste ou toute autre personne) et supervision professionnelle appropriée pour les services d'analyse et de radiologie.
- Application des lignes directrices des Directives québécoises sur les analyses hors laboratoires effectuées dans les établissements de santé.
- Respect des normes de qualité et de la procédure technique concernant les prélèvements et les tests diagnostiques.
- Respect des conditions de transport des spécimens de laboratoire.
- Protocoles d'entente avec les centres hospitaliers ou mécanismes de liaison avec les cliniques médicales et les GMF.

CA 4 Nutrition

CA 4.1 Nutrition

Résumé du service

Information, évaluation de l'alimentation et de l'état nutritionnel, conseil nutritionnel, suivi de diètes particulières et détection de problèmes alimentaires par des rencontres individuelles ou de groupe : service offert sur rendez-vous et sur référence, cinq jours par semaine.

Description du service

Les services généraux de nutrition comprennent des activités de groupe et des consultations individuelles. Ces dernières s'adressent notamment à des personnes qui souffrent de dénutrition ou qui sont atteintes de problèmes de santé, souvent chroniques (diabète, hypercholestérolomie), exigeant une alimentation particulière. Les interventions liées à la consultation individuelle sont les suivantes :

- l'évaluation de la demande;
- l'évaluation nutritionnelle;
- le dépistage d'allergies alimentaires, d'intolérances alimentaires, de déficiences nutritionnelles et de troubles alimentaires;
- l'élaboration du plan d'intervention;
- le counselling nutritionnel;
- les recommandations professionnelles;
- l'orientation vers les ressources appropriées.

Objectifs

- Améliorer l'état nutritionnel des personnes atteintes de maladies qui exigent une alimentation particulière.

Clientèle visée

Ensemble de la population.

Facteurs de qualité

Sans objet.

CA 5 Physiothérapie

CA 5.1 Physiothérapie

Résumé du service

Évaluation fonctionnelle des capacités musculo-squelettiques (os, muscles et articulations) et traitements à court terme de physiothérapie; service offert sur rendez-vous, sur référence, cinq jours par semaine.

Description du service

Les services de physiothérapie évaluent et traitent principalement les problèmes qui affectent la fonction physique des individus, plus précisément une incapacité ou des difficultés concernant le système musculosquelettique et neurologique. Dans le contexte des services généraux, les traitements de physiothérapie se caractérisent par des interventions à court terme, pour des problèmes moins complexes que les interventions effectuées par les services spécialisés de réadaptation.

Ces services comprennent :

- l'évaluation fonctionnelle des capacités physiques de la personne;
- les interventions diagnostiques en vue d'établir le plan de traitement approprié;
- les traitements de réadaptation, selon les standards de pratiques, pour assurer la récupération des capacités ou la réduction de la douleur. Diverses techniques peuvent être utilisées (ex. : la massothérapie, l'électrothérapie, la thermothérapie);
- les traitements de réadaptation fonctionnelle selon le plan établi;
- l'enseignement et la supervision des programmes d'exercices que l'usager devra faire seul ou avec l'aide de ses proches;
- la réévaluation de l'incapacité et les adaptations des traitements selon le rythme de récupération des fonctions atteintes;
- l'information aux personnes et les conseils de nature préventive pour éviter les cas de récidive ou pour réduire les risques de blessures;
- l'orientation personnalisée vers les services spécifiques ou les services spécialisés de réadaptation en déficience physique, notamment des services de réadaptation fonctionnelle intensive.

Objectifs

- Optimiser le potentiel de guérison des blessures et de récupération des fonctions atteintes.
- Permettre à la personne de récupérer rapidement ses capacités et son autonomie.
- Prévenir l'aggravation des difficultés et la détérioration de l'état de santé de la personne de manière à éviter une incapacité permanente.
- Prévenir les déformations, les chutes, les blessures, les accidents et les cas de récidives.

Clientèle visée

Ensemble de la population, plus particulièrement les personnes postopérées en orthopédie.

Facteurs de qualité

Sans objet.

CA 6 Interventions psychosociales et psychologiques

Trois composantes font partie des interventions psychosociales et psychologiques :

- La garde psychosociale « 24/7 »
- Les consultations psychosociales
- Les consultations psychologiques

CA 6.1 Garde psychosociale « 24/7 »

Résumé du service

Aide psychosociale immédiate en situation de crise ou de détresse, par téléphone, dans les locaux du CSSS ou à domicile, en tout temps; référence et accompagnement vers les ressources appropriées.

Description du service

Ce service fait généralement suite à une référence effectuée par téléphone. Il se caractérise par une intervention en situation de crise pour évaluer les risques et la dangerosité de la situation et par une intervention thérapeutique intense et immédiate. Cela permet de diminuer l'intensité de la détresse, de dédramatiser la situation, de prendre les mesures immédiates pour assurer la sécurité de la personne et de ses proches et d'établir les conditions de suivi. Selon la gravité des problèmes présentés, l'orientation peut être immédiate vers les ressources appropriées ou se faire en fonction de l'application de protocoles existants. Cette intervention peut se dérouler dans les locaux du CSSS, à domicile ou dans d'autres lieux.

En dehors des heures d'ouverture du CSSS, le service assure la disponibilité d'un intervenant psychosocial prêt à se rendre dans le milieu de vie d'une personne, qui en a besoin. En règle générale, l'intervention immédiate sur place suit une demande d'un intervenant psychosocial qui a été préalablement en contact téléphonique avec la personne en situation de crise personnelle ou familiale et dont la situation ne peut être stabilisée par une intervention téléphonique et qui juge alors qu'une intervention en présence est nécessaire.

Les intervenants psychosociaux agissent aussi en collaboration avec la police en vertu du projet de loi P-38 et partagent certaines responsabilités conformément à la Loi sur la protection de la jeunesse. Les interventions psychosociales d'urgence peuvent également être assujetties à l'application de différents protocoles sociojudiciaires (ex. : agression sexuelle, contrevenants adultes.

À la suite des interventions effectuées dans le contexte de la garde psychosociale, un suivi est fait auprès des autres services, s'il y a lieu.

Objectifs

- Rendre disponible 24 heures sur 24 et 7 jours par semaine une intervention directe immédiate à toute personne nécessitant des services psychosociaux.
- Prévenir la détérioration de la situation et soutenir la personne par une réponse rapide.
- Protéger la personne et ses proches.
- Retrouver un équilibre fonctionnel antérieur à la crise.
- Éviter le recours non justifié aux urgences hospitalières ou aux services sociaux spécialisés.

Clientèle visée

Ensemble de la population.

Facteurs de qualité

- Modalités et équipements techniques efficaces (téléavertisseurs et téléphones cellulaires).
- Procédure établissant des normes de sécurité appropriées pour le déplacement du personnel, notamment au domicile des personnes.
- Protocoles d'entente avec les autres dispensateurs de services et les ressources de la communauté (centres de crise, centres de prévention du suicide, psychiatrie, ressources d'hébergement pour du dépannage).

CA 6.2Consultations psychosociales

Résumé du service

Aide individuelle, conjugale ou familiale pour clarifier les problèmes personnels et relationnels, orientation vers les services appropriés, accompagnement ou soutien dans les démarches à entreprendre par téléphone ou dans les locaux du CSSS; conseils et démarche thérapeutique de nature psychosociale dans les locaux du CSSS ou à domicile; information, conseils, aide et suivi relativement à des problèmes psychosociaux auprès des jeunes en centre de la petite enfance et en milieu scolaire; service offert également le soir et la fin de semaine.

Description du service

Les interventions psychosociales comprennent des activités d'évaluation et d'orientation personnalisée de même que des activités de conseil et de suivi thérapeutique.

Les activités d'évaluation de la demande de service et l'orientation personnalisée constituent la porte d'entrée aux services psychosociaux pour toute personne, peu importe le problème présenté. L'évaluation de la demande de services a pour objet de circonscrire les besoins d'une personne en difficulté et de tracer, s'il y a lieu, des pistes d'intervention appropriées. Elle consiste essentiellement en une clarification de la demande et une analyse de la situation. Cette analyse sert à préciser les besoins de la personne dans le but de bien l'orienter vers les ressources appropriées. Elle permet également d'indiquer le degré d'urgence. L'orientation sert à établir avec la personne, des stratégies d'aide appropriées et des pistes de solution. L'intervenant doit s'assurer que l'orientation est effective et satisfaisante et qu'une réponse appropriée sera apportée dans un délai raisonnable. L'évaluation et l'orientation doivent également comprendre, le cas échéant, la mise en place immédiate d'un processus d'intervention de crise pour désamorcer celle-ci et stabiliser la situation. Dans le contexte des pratiques cliniques préventives, des activités de détection précoce doivent aussi faire partie de cette fonction, notamment au regard des problématiques liées au suicide, à la dépression, aux problèmes de jeu, de consommation d'alcool et de drogues, de violence sexuelle ou conjugale.

Une intervention du type assistance sociocommunautaire peut également être effectuée lors de l'évaluation de l'orientation. Répondant aux besoins d'information et d'orientation des personnes aux prises avec différents problèmes liés au fonctionnement social, elle comprend l'accompagnement, la représentation et la défense des droits, le dépannage, le conseil et l'aide à la planification budgétaire ou l'orientation vers les ressources du milieu.

Les activités de conseil et de suivi thérapeutique ont pour objet d'assister les personnes et leurs proches dans la résolution de leurs problèmes en les engageant dans une démarche de changement personnel ou en soutenant leurs efforts d'adaptation sociale. Les interventions peuvent prendre différentes formes dont l'intervention thérapeutique, l'intervention concernant la mobilisation du réseau de la personne et l'intervention de soutien :

- L'intervention thérapeutique comprend des fonctions d'encadrement, de conseil et de soutien à des changements de comportements et d'attitudes. Elle s'adresse à des personnes qui présentent des difficultés d'adaptation :
- L'intervention concernant la mobilisation du réseau de la personne a pour objet le développement d'un réseau de soutien, l'intervention auprès d'une personne ou d'une ressource qui connaît la personne en difficulté et la mobilisation d'un service ou la défense des droits :
- L'intervention de soutien est une intervention éducative et de motivation en vue de maintenir un niveau fonctionnel satisfaisant pour la personne et un encadrement permettant le maintien dans la communauté.

L'intervention psychosociale peut être individuelle, conjugale ou familiale. Les problèmes généralement traités regroupent les difficultés relationnelles, les situations de crise personnelle, les difficultés liées à l'entourage de même que les difficultés d'adaptation et d'intégration sociale. Ils peuvent notamment inclure les problèmes de dépression, de dépendance, de divers traumatismes liés à des agressions physiques ou sexuelles, des situations d'abus divers, de violence conjugale ou familiale subie ou exercée, des phobies. Les personnes présentant des problèmes transitoires de santé mentale peuvent également bénéficier de ce service.

La consultation psychosociale individuelle apporte aussi de l'aide aux jeunes en milieu scolaire qui vivent des difficultés d'ordre personnel, familial ou social.

La consultation professionnelle et le suivi offerts dans le contexte des services généraux sont une intervention psychosociale pour prévenir une plus grande détérioration ou désorganisation de la situation personnelle ou familiale, pour arrêter le processus de détérioration ainsi que pour rétablir un équilibre psychologique et social et un mode de fonctionnement plus satisfaisant.

Objectifs

- Permettre à toute personne qui vit des difficultés psychosociales sur le plan personnel, relationnel, familial ou social d'obtenir une réponse appropriée et l'orienter au besoin vers des ressources appropriées.
- Restaurer et maintenir l'équilibre psychologique et social des personnes touchées et de leur entourage.
- Diminuer l'impact des problèmes qui compromettent l'équilibre, l'épanouissement et l'autonomie des personnes.
- Détecter les personnes victimes d'abus, de négligence ou de troubles du comportement et les personnes aux prises avec des problématiques particulières.
- Soutenir l'enfant et le jeune dans son développement personnel et social.
- Soutenir le développement des compétences parentales.
- Améliorer les relations parents-enfants et parents-adolescents.

Clientèle visée

Ensemble de la population.

Facteurs de qualité

- Élaboration d'outils standardisés et de protocoles pour évaluer et orienter les personnes.
- Élaboration et mise en œuvre d'un cadre de référence de la pratique psychosociale.
- Utilisation systématique d'un plan d'intervention.
- Harmonisation de l'entente-cadre MSSS-MEQ.

CA 6.3Consultations psychologiques

Résumé du service

Aide individuelle, conjugale ou familiale ou de groupe afin de circonscrire les difficultés de nature psychologique motivant la demande de consultation et de traiter celles-ci par des conseils ou un suivi thérapeutique approprié; service sur référence et sur rendez-vous dans les locaux du CSSS; service offert également certains soirs de semaine.

Description du service

Le service de consultation psychologique a pour objet d'amener un changement du fonctionnement psychologique d'une personne dans le but d'accroître son bien-être personnel. Il aide à résoudre les conflits intérieurs, à modifier les habitudes, à réévaluer les schèmes de pensée et à changer les comportements problématiques de la personne en difficulté. Alors que l'intervention psychosociale concerne le développement affectif et relationnel de la personne par rapport à son milieu de vie, la consultation psychologique, quoiqu'elle soit également liée à la réalité sociale de la personne, permet essentiellement de traiter les obstacles d'ordre psychique qui interfèrent avec le développement psychosocial.

Le service de consultation psychologique comprend une évaluation et des interventions psychothérapeutiques individuelles, conjugales, familiales ou de groupe dans plusieurs contextes, dont celui de l'intervention en situation de crise.

L'évaluation sert à déterminer la nature, les causes et les effets potentiels de la détresse personnelle, des dysfonctions personnelles, sociales et professionnelles; et des facteurs psychologiques associés aux troubles physiques, comportementaux, émotionnels, nerveux et mentaux. L'information recherchée lors de l'évaluation comprend notamment :

- la nature, la durée et la fréquence des symptômes;
- l'histoire de la personne (perception et relations entretenues quant à elle-même, à son entourage, au travail, etc.);
- les ressources et le réseau de la personne;
- l'interaction entre les trois premiers énoncés.

Cette évaluation permet au psychologue d'établir des cibles d'intervention. Celui-ci définit alors avec la personne, en fonction des besoins, des ressources et de la motivation de cette dernière, un plan d'intervention comprenant un mandat thérapeutique, des objectifs à atteindre, des étapes à franchir, une façon de travailler, des modalités d'interventions et l'engagement de chacun.

Les interventions psychothérapeutiques individuelles consistent en des rencontres avec le psychologue pour résoudre les difficultés ou les problèmes psychologiques sous-jacents aux problèmes personnels ou comportementaux présentés par la personne et mis en évidence lors de l'évaluation. Le psychologue dispose aussi de plusieurs outils, dont des tests psychologiques reconnus auxquels il peut recourir pour évaluer les capacités intellectuelles, les aptitudes ou différents aspects de la personnalité. Les approches couramment utilisées par un psychologue sont : l'orientation psychodynamique/analytique, l'orientation existentielle/humaniste, l'orientation béhavioriste/cognitive, et l'orientation systémique/ interactionnelle.

Les interventions psychologiques peuvent être individuelles, conjugales ou familiales. Elles peuvent aussi avoir lieu en groupe. Les personnes engagées dans ces groupes vivent des difficultés semblables telles que : la communication dans le couple, la gestion du stress, le deuil, les problèmes psychosomatiques, les phobies, les relations interpersonnelles, les relations parents-enfants ou parents-adolescents et la violence conjugale.

Dans le contexte des services généraux, les psychologues interviennent notamment auprès des personnes éprouvant des difficultés ou des problèmes d'ordre psychologique comme l'angoisse, la dépression, des difficultés liées à l'image ou à l'estime de soi, des troubles psychosomatiques, des séquelles posttraumatiques récentes ou devenues chroniques, la dépendance affective, les problèmes de développement personnel.

Objectifs

- Restaurer, maintenir et promouvoir l'équilibre psychologique des personnes.
- Diminuer l'incidence des problèmes qui compromettent l'équilibre, l'épanouissement et l'autonomie des personnes.

Clientèle visée

Ensemble de la population.

Facteurs de qualité

Sans objet.

CA 7 Aide à domicile à court terme

CA 7.1 Aide à domicile à court terme

Résumé du service

SOINS D'ASSISTANCE PERSONNELLE ET AIDE DOMESTIQUE OFFERTS AU DOMICILE, PENDANT UNE COURTE PÉRIODE, POUR SOUTENIR UNE PERSONNE AYANT UNE INCAPACITÉ TEMPORAIRE OU PONCTUELLE GÉNÉRALEMENT À LA SUITE D'UNE HOSPITALISATION OU D'UNE INTERVENTION CHIRURGICALE : SERVICE OFFERT EN RÉPONSE À UNE RÉFÉRENCE.

Description du service

Dans le contexte des services généraux, les services d'aide à domicile à court terme permettent de compenser une incapacité temporaire de la personne généralement survenue à la suite d'une hospitalisation ou d'une opération chirurgicale. Compte tenu de l'évaluation des besoins de la personne et de la capacité de ses proches pour l'aider, ces services sont offerts pour une période de temps limitée à des personnes qui ne présentent pas d'incapacité persistante ou qui ne sont pas suivies par des services spécifiques offerts par de une instance locale.

Les personnes qui reçoivent déjà des services d'aide à domicile dans le contexte de services spécifiques pourront bénéficier d'un rehaussement temporaire de ces services à l'intérieur des services spécifiques si elles nécessitent, pour une courte période, des services additionnels en raison d'une hospitalisation ou à d'une intervention chirurgicale.

Les services d'aide à domicile à court terme comprennent :

- les services d'assistance personnelle : soins d'hygiène, aide à l'alimentation, mobilisation, transferts, etc.;
- les services d'aide domestique : entretien ménager, préparation des repas, approvisionnement et autres courses, entretien des vêtements, lessive, etc.

Objectifs

- Compenser une incapacité temporaire et de courte durée.

Clientèle visée

Population qui réside sur le territoire; sont exclues les personnes qui reçoivent des services d'aide à domicile dans le contexte de services spécifiques.

Facteurs de qualité

- Formation assurant la sécurité et la gestion des risques et des aspects humains et techniques de l'intervention à domicile.
- Partenariat avec les ressources du milieu.
- Outil de suivi systématique de la clientèle.
- Disponibilité des fournitures et des équipements.

CA 8 Interventions en cas d'urgence et de sinistre

CA 8.1 Interventions en cas d'urgence et de sinistre

Résumé du service

AIDE ET SOUTIEN PSYCHOSOCIAL INDIVIDUEL OU COLLECTIF, SERVICES DE SANTÉ PHYSIQUE ET DE SANTÉ PUBLIQUE POUR LES PERSONNES ET LES GROUPES TOUCHÉS PAR UN SINISTRE OU UNE CATASTROPHE ACCIDENTELLE OU NATURELLE ET SERVICE DE SOUTIEN PSYCHOSOCIAL LORS DE CERTAINS ÉVÉNEMENTS TRAUMATISANTS.

Description du service

Le gouvernement a adopté un plan national de sécurité civile indiquant les missions des différents ministères et organismes gouvernementaux lors d'un sinistre majeur. Dans le contexte de la mission « Santé », le MSSS prévoit que les CSSS ont un rôle d'intervention psychosociale et d'organisation des services de santé de première ligne. À ce titre, le CSSS a la responsabilité :

- de réaliser des interventions psychosociales et de coordonner la réponse psychosociale en cas d'urgence ou de sinistre sur son territoire;
- de réaliser, en collaboration avec les partenaires et autres établissements du réseau de la santé, des interventions en santé physique;
- d'organiser des activités de soutien aux interventions de santé publique.

Ces responsabilités et les interventions qui en découlent doivent s'intégrer, de façon concertée, aux actions des autres partenaires touchés en vue de répondre aux besoins de la population et de s'harmoniser avec le plan des mesures d'urgences, relevant des municipalités et le plan de mobilisation régional, tel que cela est prévu dans la Loi sur la santé publique.

Interventions psychosociales et coordination de la réponse psychosociale

- Évaluation des besoins psychosociaux des sinistrés et des personnes-ressources.
- Prise en charge des personnes dépendantes.
- Interventions psychosociales individuelles.
- Sessions d'information et de verbalisation.
- Programme de retour à la vie normale.
- Consultation postsinistre complémentaire, individuelle ou de groupe.

Outre les circonstances apparentées à une catastrophe ou à un sinistre naturel ou accidentel, le CSSS peut intervenir également dans les cas d'événements sociaux traumatisants ayant un effet sur un groupe de personnes (ex. : suicide dans une école). Des rencontres individuelles et des sessions de postintervention de groupe sont offertes aux personnes touchées.

Interventions de santé physique

- Évaluation des besoins de santé des personnes vulnérables (ex. : disponibilité des médicaments pour les personnes vulnérables).
- Soutien de la municipalité dans l'organisation des services aux sinistrés en offrant des services de santé physique dans les centres de services aux sinistrés.

Interventions de soutien en cas de menace appréhendée ou réelle à la santé publique

En vertu du plan de mobilisation de la région prévu dans la Loi sur la santé publique, les CSSS peuvent, sur demande du directeur de santé publique :

- participer à la vigie sanitaire de l'état de santé de la population;
- signaler les menaces à la santé;
- collaborer aux enquêtes;
- participer aux mesures de santé publique selon le plan de mobilisation des ressources pour suivre l'évolution de la situation qui constitue une menace à la santé (ex. : mesures de dépistage, services aux personnes en quarantaine ou enquêtes sur l'exposition);
- informer, conseiller et orienter la population concernant la situation d'urgence ou de sinistre par l'entremise du service Info-Santé.

Objectifs

Circonstances liées à une catastrophe ou à un sinistre naturel ou accidentel ou encore à certains événements traumatisants

- Soutenir la population et accélérer le retour à la vie normale des personnes affectées.
- Aider la personne sinistrée vivant des difficultés transitoires associées à une détresse psychologique importante.
- Accélérer le retour à l'équilibre fonctionnel des gens qui vivent un stress normal mais pénible à la suite d'un événement traumatisant.
- Prévenir les phénomènes de panique collective et d'anxiété en fournissant l'information et le soutien appropriés.
- Administrer des soins de santé mineurs.
- Soutenir les activités de surveillance, d'enquête et d'intervention en vue de protéger la santé publique et de prévenir la maladie en cas de menace chimique ou biologique à la santé de la population.
- Assurer la protection de la santé de la population advenant une menace à la santé.

Clientèle visée

Population du territoire du CSSS.

Facteurs de qualité

- Désignation d'un coordonnateur des services psychosociaux dans le contexte des mesures d'urgence.
- Mise à jour annuelle du plan d'urgence opérationnel.
- Mise en application du guide intitulé *Implication du CLSC au plan de la santé publique de première ligne dans le cadre de la mise en œuvre du plan de mesures d'urgence municipal lors d'un sinistre* (MSSS, 2002).
- Plan de mobilisation des ressources clairement établi par la direction de santé publique.

CA 9 Suivi complet de maternité par une sage-femme

CA 9.1 Suivi complet de maternité par une sage-femme

Résumé du service

SUIVI COMPLET DE MATERNITÉ PAR UNE SAGE-FEMME, CE QUI COMPREND LE SUIVI LORS DE LA GROSSESSE ET DE L'ACCOUCHEMENT AINSI QUE LE SUIVI DURANT LA PÉRIODE POSTNATALE.

Description du service

Les CSSS sont responsables d'offrir des services de sages-femmes. Cela concerne le suivi d'une grossesse normale et comprend l'ensemble des services nécessaires tout au long de son déroulement. La sage-femme offre les services suivants :

- la prévention et la promotion de saines habitudes de vie;
- un suivi prénatal individuel;
- des rencontres prénatales de groupe;
- le suivi pendant le travail et l'accouchement (pour tous lieux de naissance);
- un suivi postnatal (jusqu'à six semaines après l'accouchement pour le nouveau-né et la mère).

La spécificité de la pratique sage-femme permet une approche globale et complète, centrée sur la famille, sur la reconnaissance des compétences personnelles des femmes et des couples, par un accompagnement continu et individualisé. Cette approche caractérisée par le soutien, le souci d'informer et de conseiller se reflète à travers tous les services offerts et se veut un élément positif dans le renforcement des compétences parentales. Les sages-femmes, comme actrices de première ligne, assurent les soins nécessaires. Si des complications surviennent, elles voient à la consultation d'un médecin ou au transfert de la mère et du nourrisson au centre hospitalier.

Objectifs

- Soutenir de façon continue les femmes enceintes, les mères, les pères et les bébés.
- Faciliter l'exercice des responsabilités parentales.
- Assurer un environnement favorable qui reconnaisse la place des enfants et l'importance du rôle des parents.
- Diminuer le taux de naissances de poids inférieur à 2 500 g.
- Diminuer le taux d'interventions obstétricales, principalement le taux de césarienne et d'épisiotomie.

Clientèle visée

Femmes enceintes du territoire du CSSS.

Facteurs de qualité

- Intégration plus accentuée des sages-femmes à l'équipe de périnatalité du CSSS.

CA 10 Consultations médicales

Les consultations médicales des services généraux regroupent les activités suivantes :

- les consultations médicales en omnipratique offertes par le CSSS;
- les groupes de médecine de famille localisés dans un CSSS.

CA 10.1 Consultations médicales en omnipratique offertes par le CSSS

Résumé du service

> *Consultations médicales offertes en clinique externe par un omnipraticien, comprenant entre autres, des consultations médicales pour des problèmes épisodiques, ou pour un malaise non précisé, ponctuel, imprévisible, demandant ou non un suivi à long terme, service offert avec ou sans rendez-vous, et parfois dans un contexte d'urgence mineure, également offert le soir et la fin de semaine.*

Description du service

Les consultations médicales sont des consultations offertes par des omnipraticiens aux services de consultations externes situés dans le CSSS. Elles viennent répondre à des problèmes imprévisibles ou épisodiques tels une grippe, une otite, des maux de ventre, une blessure ou une irritation de la peau. Il peut aussi s'agir de symptômes non encore définis.

Les consultations médicales offertes dans le contexte des services généraux sont ponctuelles. Elles n'entraînent pas un suivi à long terme ni une intégration de différents services. Elles sont limitées dans le temps.

Par ailleurs, lors de ces consultations médicales, l'omnipraticien peut également percevoir certains problèmes de santé qui pourraient demander un suivi à long terme et une certaine intégration des services. Les personnes sont alors dirigées vers le médecin qui les suit habituellement.

Des consultations médicales sont aussi offertes pour répondre à des urgences mineures.

De plus, les cliniques médicales et les GMF travaillent en collaboration avec ce service.

Objectif

- Assurer une plus grande accessibilité des services d'omnipratique.

Clientèle visée

Ensemble de la population.

Facteurs de qualité

Sans objet.

CA 10.2 Groupes de médecine de famille localisés dans un CSSS

Résumé du service

> *Services médicaux assumés par des omnipraticiens travaillant en groupe dans les CSSS, avec la collaboration d'infirmières : ces groupes de médecins offrent une gamme de services définis à des citoyens qui les auront choisis. Le choix, par chaque citoyen, de son médecin de famille s'exprime par une inscription volontaire, c'est-à-dire une entente entre le patient et le médecin; service offert avec ou sans rendez-vous, également le soir, la fin de semaine et les jours fériés.*

Description du service

Le groupe de médecine de famille (GMF) offre des services de médecine de famille aux personnes qui se sont inscrites auprès des médecins qui en font partie. Ces services sont rendus par le médecin choisi par la personne, et ce, en collaboration avec les autres médecins, les infirmières du GMF et les autres professionnels liés au GMF.

Accessibilité aux services du GMF

L'accessibilité repose sur la capacité d'obtenir un rendez-vous dans un délai raisonnable et non uniquement sur la capacité de rencontrer un médecin dans une clinique sans rendez-vous. Les services sont offerts à la clientèle inscrite dans un lieu connu des patients et facilement accessible.

La période d'ouverture du GMF est établie après entente avec l'agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux par l'intermédiaire du département régional de médecine générale (DRMG). Le GMF offre des services de médecine de famille sur rendez-vous et sans rendez-vous du lundi au vendredi. Des services sans rendez-vous sont offerts le samedi, le dimanche et les jours fériés.

Le nombre d'heures d'ouverture et leur répartition durant la semaine sont déterminés en fonction des besoins de la clientèle inscrite, des effectifs médicaux disponibles, compte tenu notamment de leur participation aux activités hospitalières et médicales particulières, et des ressources dont dispose le GMF. Ce dernier doit offrir douze heures de services de médecine de famille par jour en semaine et quatre heures de services sans rendez-vous le samedi, le dimanche et tous les jours fériés. Si les périodes d'ouverture doivent être restreintes, elles sont établies après entente avec l'agence régionale. Pour assurer ce service, le GMF peut alors conclure des ententes avec d'autres médecins, une clinique existant sur le territoire, un autre GMF ou, exceptionnellement, avec le service d'urgence de l'hôpital situé sur le territoire. Une politique claire sera établie à cet égard et la population inscrite sera alors informée.

En dehors des périodes d'ouverture du GMF, une réponse adaptée est assurée aux personnes dont la situation ne peut attendre les heures d'ouverture normale, notamment les patients dont la condition de santé est précaire et les personnes en perte grave d'autonomie à domicile. Cette réponse fait appel à la collaboration du service Info-Santé du territoire (fiche CA 2.1), de la garde infirmière « 24/7 » (fiche CA 2.3) et nécessite une garde médicale en disponibilité « 24/7 » assurée par les membres du GMF. À cet effet, le GMF peut conclure une entente avec d'autres médecins, un réseau déjà existant sur le territoire ou un autre GMF. Les modalités de cette réponse sont établies après entente avec l'agence régionale par l'entremise du département régional de médecine générale (DRMG).
Les médecins du GMF participent de façon équitable, avec l'ensemble des médecins du territoire, aux activités médicales reconnues comme prioritaires par le DRMG.

Prise en charge et suivi de la clientèle

Dans le contexte des services généraux, le GMF offre notamment à sa clientèle inscrite de tout âge des services de médecine de famille, qui comprennent l'évaluation de l'état de santé, le diagnostic et le traitement des problèmes de santé aigus et chroniques, la prise en charge et le suivi approprié à sa condition de santé, les soins de première ligne en matière de santé mentale ainsi que les soins prénataux et postnataux.

Le GMF intègre dans son approche la prévention de la maladie en proposant des services de promotion de la santé, d'information et d'éducation à la santé pour aider la personne inscrite à prévenir, à détecter et à réduire les risques associés à une maladie ou à une habitude de vie et à se traiter elle-même. Le GMF peut établir des stratégies d'intervention adaptées aux problématiques de santé de sa clientèle.

Afin d'améliorer la coordination, l'accessibilité, la planification, l'intégration et la continuité des différents services de santé, les médecins de famille du GMF collaborent étroitement avec les infirmières du GMF et d'autres professionnels de la santé et des services sociaux dans le cadre d'une approche interprofessionnelle.

Lorsque cela est nécessaire, la personne inscrite à un GMF est :

- orientée pour un suivi commun vers d'autres programmes du CSSS, ce qui inclut les services psychosociaux et les réseaux intégrés de services, vers des médecins spécialistes ou généralistes ou d'autres services du milieu hospitalier avec communication de l'information pertinente;
- prise en charge au moment de son retour à domicile à la suite d'une hospitalisation ou d'un séjour à l'urgence pour assurer le suivi et la coordination des soins, avec la collaboration d'autres professionnels de la santé et des équipes relevant du CSSS.

Prévention, promotion de la santé et détection précoce

Les médecins de première ligne exercent une grande influence sur le comportement préventif de leur clientèle. Les GMF ont ainsi un potentiel considérable pour améliorer la santé de la population en proposant une approche interprofessionnelle et en intégrant les pratiques cliniques préventives efficaces dans leur pratique quotidienne. À titre d'exemple, mentionnons le dépistage du cancer du col utérin et de l'hypertension artérielle.

Objectifs

- Assurer une plus grande accessibilité des services de même que la prise en charge globale et le suivi des patients inscrits auprès d'un médecin membre d'un GMF.
- Permettre à moyen terme à plus de gens d'avoir accès à un médecin de famille.
- Améliorer la prestation et la qualité des soins médicaux de première ligne ainsi que l'organisation des services de première ligne.

Clientèle visée

Population inscrite au GMF; des services peuvent aussi être donnés à des clientèles qui n'acceptent pas de s'inscrire.

Facteurs de qualité

- Suivi de la clientèle assurée par l'inscription au médecin du GMF et le travail en groupe.
- Accessibilité plus grande aux services médicaux.
- Continuité des services favorisée par les rôles de suivi et de liaison de l'infirmière du GMF.
- Stabilité et fidélisation de la clientèle et du médecin de famille.

Problématique

L'organisation efficiente des services de première ligne est l'une des recommandations fondamentales proposées par la « Commission Clair » pour adapter les services de santé et les services sociaux aux nouvelles réalités. Elle recommande que l'organisation de la première ligne :

> *« …constitue l'assise principale du système de santé et des services sociaux;*
> *…soit formée à partir de la double réalité actuelle des CLSC et des cabinets de médecins ».* [27]

Le plan de la santé et des services sociaux *Pour faire les bons choix* annoncé par monsieur François Legault, a notamment comme cible:

> « *...d'offrir des services uniformes et plus complets dans les 147 CLSC du Québec.*
> *...tous les CLSC offriront les mêmes services ».* [28]

Or, il existe actuellement des problèmes de disparité de l'offre de services entre les différents CLSC du territoire. La population n'est pas assurée de trouver les mêmes services d'une région à l'autre et d'un territoire de CLSC à un autre. L'Association des CLSC et des CHSLD du Québec a amorcé des travaux pour notamment harmoniser les services généraux offerts par les CLSC. Ces travaux doivent s'accélérer. Ainsi, pour le mois d'avril prochain, l'offre de services généraux disponibles et accessibles en CLSC doit être précisée. Plus tard, d'autres travaux viendront compléter l'harmonisation des services spécifiques pour les personnes dont les besoins particuliers demandent un suivi intensif, souvent à long terme, et dans une perspective d'intégration des différents services.

Mandat

La Direction générale des services à la population (DGSAP) a reçu le mandat de préciser l'offre de services généraux des CLSC. Pour ce faire, la DGSAP a créé un comité dont le mandat est d'établir l'offre de services généraux CLSC, harmonisée en terme de nature du service, de normes d'accessibilité et de qualité, et ce, au plus tard le 28 mars 2003.

Objectifs à atteindre

- Établir la liste des services qui composent l'offre de services généraux en précisant, pour chacun des services retenus, la nature du service, les objectifs poursuivis et la clientèle visée.

- Établir, pour chacun des services généraux retenus, les normes d'accessibilité (temporelles, financières, linguistiques, culturelles et géographiques).

- Préciser, pour chacun des services généraux retenus, les normes de qualité et d'efficience et les paramètres de qualité : les standards de pratique.

Échéancier

- Février et mars 2003 : Selon le calendrier de réalisation adopté par le groupe de travail national.
- Mars 2003 : Un rapport final sera déposé le 28 mars 2003.

---

27 Gouvernement du Québec, Les solutions émergentes, Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, 2000. Recommandation 5, p. 43

28 Ministère de la Santé et des Services sociaux, Plan de la santé et des services sociaux - Pour faire les bons choix, priorité 1, engagement 1.1.2, p. 10.

Composition du groupe de travail

Les travaux seront assumés par un groupe de travail composé de :

- Trois représentants(es) de l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec.
- Trois représentants(es) des régies régionales : région universitaire, région périphérique, région éloignée.
- Sept représentants du Ministère (DGSAP, DGAMU, DGSP).
- À ce groupe de travail, s'ajoutent deux représentants(es) de l'Association des hôpitaux du Québec pour assurer les liens et la continuité des services offerts en première ligne avec les centres hospitaliers.

Les travaux sont coordonnés par le directeur de la Direction de la santé physique, de la Direction générale des services à la population.

Ce groupe de travail sera assisté de sous-groupes qui commenteront et bonifieront les documents soumis aux différentes étapes de réalisation des travaux.

BIBLIOGRAPHIE

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux dans la région des Laurentides. *Élaboration des projets cliniques et organisationnels, document de soutien,* mars 2005.

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Gaspésie – Îles-de-la-Madeleine. *Orientations régionales en regard des services de 1re ligne en réadaptation physique,* 2004.

Association des CLSC et des CHSLD du Québec. *Le projet d'organisation clinique des services,* septembre 2004.

DÉSILETS, Irène et GERVAIS, Pauline. *État de situation sur l'offre de services dans les CLSC et CHSLD de l'Estrie – Rapport d'observation*, 2002

Gouvernement du Québec. Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux. *Les solutions émergentes*, 2000

Gouvernement du Québec. *Loi modifiant le code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé,* 2002.

Med-Écho. *Fichier administratif des hôpitaux de soins de courte durée.*

MSSS. *Les services généraux offerts par les centres de santé et de services sociaux,* septembre 2004.

MSSS. *Projet clinique – Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux.* Document principal, résumé et documentation, octobre 2004.

PAMPALON, R., HAMEL, D., RAYMOND, G. Indice de défavorisation pour l'étude de la santé et du bien-être au Québec. Mise à jour 2001. Institut national de santé publique du Québec, 2004. http : //ww.inspq.qc.ca/pdj/publicahiers/295-Indice défavorisation_2001.pdf

Recensement de Statistique Canada 1991, 1996 et 2001.

Régie de l'assurance-maladie du Québec. *Fichier de facturation des médecins*.

Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie. *Réseau de services intégrés : Ses principes, concepts et composantes,* Sherbrooke, octobre 2001.

Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie. *Transformation du système de services de santé et de services sociaux en Estrie – Les services dans le milieu,* décembre 1995.

Statistique Canada. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC),* 2003