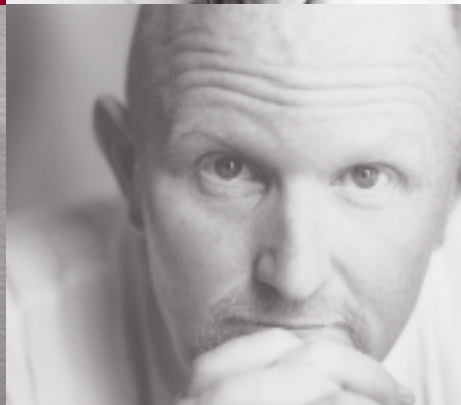


Document de CONSULTATION

Contours des soins et
services cliniques par programme

Modèle de gestion et structure



20 janvier 2006

Hôpital
Louis-H. Lafontaine

APPINCA
Université
de Montréal

Document de consultation

Contours des soins et services cliniques par programme,

Modèle de gestion et structure

Direction générale de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine

Coordination de la publication

Direction générale de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine

Conception graphique du document

Marcel Bélisle

Impression

Le Sextant inc.

Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Québec, janvier 2006

Bibliothèque nationale du Canada, janvier 2006

ISBN : 2-922 577-40-6

Table des matières

| | |
|--|-----------|
| Préambule | 4 |
| Le mot des directeurs | 5 |
| Introduction | 6 |
| 1. Contours des soins et services cliniques par programmes | 6 |
| 1.1. La composition et le mandat du groupe de travail | 6 |
| 1.2. Les clientèles et les services | 7 |
| Tableau 1: Proposition du profil de la clientèle et des types de services | 8 |
| 1.3. Les services transversaux | 10 |
| Tableau 2 : Proposition des soins et services transversaux destinés aux usagers | 10 |
| 2. Modèle de gestion et structure | 11 |
| 2.1 La composition et le mandat du groupe de travail | 11 |
| 2.2 Les bases du modèle de gestion et de la structure | 11 |
| 2.2.1 Notre philosophie de gestion | 12 |
| 2.3 Modèle de gestion | 14 |
| 2.3.1 Les composantes | 14 |
| 2.3.2 Le partage des responsabilités | 15 |
| Tableau 3: Responsabilités spécifiques relatives aux opérations courantes | 16 |
| 2.3.3 Leviers | 18 |
| Tableau 4: Proposition de leviers | 18 |
| 2.4 La structure | 20 |
| 2.4.1 La direction des services cliniques | 20 |
| 2.4.2 Les directions des disciplines professionnelles | 24 |
| 2.4.3 La direction des services de réadaptation et d'hébergement dans la communauté | 26 |
| 2.4.4 La direction générale | 27 |
| 2.4.5 Schéma de la structure des directions | 29 |
| Schéma des nouveaux comités et des comités modifiés | 29 |
| 3. Conclusion | 30 |
| Annexe I | 31 |
| PROFILS DES CLIENTÉLES ET CODES DES DIAGNOSTICS | |
| Annexe II | 32 |
| LEXIQUE | |
| Annexe III | 34 |
| SERVICES ACTUELS POUVANT ÊTRES ASSOCIÉS À UN PROGRAMME | |
| Annexe IV | 35 |
| LES CINQ FACTEURS CLÉS DE SUCCÈS | |
| Annexe V | 36 |
| CYCLE ANNUEL DE PLANIFICATION | |
| Annexe VI | 36 |
| EXEMPLE DE PARTAGE DES RESPONSABILITÉS | |
| Annexe VII | 37 |

Il s'avère important de développer une vision partagée par les médecins et le personnel de la forme que prendra notre organisation de soins et services cliniques.

Préambule

Le 7 juin 2005, le conseil d'administration de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine adoptait le *Cadre de référence sur l'organisation des soins et services cliniques*. Afin de réaliser cette nouvelle organisation, selon les orientations énoncées dans le cadre de référence, nous avons mis en place un comité de pilotage qui assume le leadership de la démarche, de même qu'un comité porteur qui, par ses avis et activités, le seconde afin de faciliter l'avancement des travaux. Ces mesures figurent d'ailleurs au plan d'implantation adopté par le conseil d'administration en septembre 2005.

Tel que prévu au volet 1 du Plan d'implantation, trois groupes de travail ont été formés, l'un afin de définir le profil des clientèles et les principaux types de services devant être offerts, un autre devant proposer une structure et un modèle de gestion des soins et services par programmes et, enfin, un troisième agissant en soutien aux groupes précédents au plan de la cueillette et de l'analyse des données.

Suite au dépôt des rapports des groupes de travail, celui sur le profil des clientèles et les types de services, de même que celui sur le modèle de gestion et la structure, le comité de pilotage a élaboré une proposition et vous présente ici ce qui a été retenu. Conformément à ce que nous avons énoncé dans notre cadre de référence, il s'avère important de développer une vision partagée par les médecins et le personnel de la forme que prendra notre organisation de soins et services cliniques. En conséquence, à cette étape, il convient de poursuivre la consultation sur notre proposition qui émane des travaux réalisés par les deux groupes de travail.

Je vous invite donc à prendre connaissance du présent document, qui résume et s'inspire des rapports des groupes de travail. Je souhaite que ces informations vous permettront de mener une réflexion au sein de vos équipes et que le fruit de vos discussions soit transmis au comité de pilotage et ce, afin de bonifier la proposition. Le bulletin Programmes-ACTION de janvier 2006 donne les indications sur la façon dont se déroulera notre consultation. Vous pouvez également me transmettre vos commentaires à titre personnel. Nous poursuivons ensuite nos travaux et apporterons les ajustements requis afin de soumettre au conseil d'administration, le 21 mars prochain, une proposition sur ces deux volets que sont le profil des clientèles et les types de services de même le modèle de gestion et la structure, dans le cadre de notre nouvelle organisation de soins et services cliniques.

Je tiens encore une fois à vous remercier de votre collaboration à cette démarche majeure pour nos usagers et pour l'avenir de notre établissement.


André Lemieux, directeur général

Le mot des directeurs

Les derniers mois nous ont permis, en tant que directeurs et membres du comité de gestion, de participer activement à l'élaboration du document de consultation, dans le cadre des travaux des différents comités. Nous sommes demeurés attentifs à ce que ces travaux s'inscrivent dans le respect du *Cadre de référence de l'organisation des soins et services cliniques* et tiennent compte des préoccupations exprimées par les médecins et le personnel dans le feuillet *Faits saillants des consultations* accompagnant le Cadre de référence, en lien avec le contour des programmes ainsi que le modèle et la structure de gestion.

Ensemble, nous avons cheminé vers une vision de l'Hôpital qui serait bénéfique pour les usagers et leurs proches, pour nos partenaires et chacun de nous qui œuvrons au sein de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Les informations et propositions qui suivent traduisent, sous différents angles, cette vision d'avenir de l'Hôpital pour laquelle chacun de nous adhère et est prêt à s'engager pour qu'elle devienne réalité le plus rapidement possible.

L'Hôpital doit continuer d'évoluer vers un centre des plus dynamique et de grande expertise dans la réponse aux besoins des personnes présentant des problèmes de santé mentale complexes, parfois même très complexes, ainsi que le soutien à leurs proches. C'est incontestablement notre intérêt supérieur commun, la raison d'être des interventions et du travail de chacun. L'Hôpital doit accentuer son ouverture aux clientèles locales, régionales et supra régionales qui ont besoin de notre expertise et travailler en étroite collaboration avec des partenaires de différents milieux. Il lui faut aussi devenir un modèle d'une intégration réelle des services, de l'enseignement, de la recherche et de l'évaluation des technologies et des modes d'intervention. Il s'agit de la voie incontournable par laquelle notre établissement confirmera son statut de chef de file dans son secteur d'activité, étant davantage en mesure de mettre en place un milieu de travail stimulant.

Le défi à relever est important mais à portée de main, considérant les forces et les acquis de l'Hôpital, la place que nous occupons déjà au sein du réseau de la santé mentale et celui de la santé et des services sociaux, grâce à nos efforts et à la capacité d'adaptation démontrée au fil des années.

Les propositions qui vous sont faites ont pour but, d'abord et avant tout, de mettre les usagers et leurs proches au cœur de nos préoccupations. C'est l'essence même du choix fait par le conseil d'administration en juin dernier, lorsqu'il a adopté la mise en place de programmes spécifiques comme assise à la réorganisation des soins et services cliniques.

Au fil des travaux et des discussions, il est clairement apparu que notre capacité à inscrire le mieux-être des usagers et de leurs proches au cœur de nos préoccupations exigeait de compter sur les compétences professionnelles et le dynamisme des disciplines pour assurer des services de grande qualité et stimuler l'innovation.

Nous reconnaissons les efforts déployés pour que le contour des clientèles et des services ainsi que le modèle de gestion et la structure reflètent le caractère particulier de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine en tant qu'établissement universitaire dédié à la santé mentale et qu'ils s'inscrivent dans une poursuite cohérente de son évolution.

Nous espérons que vous serez nombreux à discuter de ce document de consultation, au sein de vos équipes et conseils, afin que nous puissions bonifier la proposition qui sera acheminée au conseil d'administration.

Sylvie Desmarais
Diane Gauthier
Jean Gélinas

Jean-Jacques Leclerc
J. André Luyet
Geneviève Ménard

Le Groupe de travail sur le profil clientèle et les types de services a reçu comme mandat d'esquisser les contours des sept programmes spécifiques ainsi que le design des programmes.

Introduction

Tel que mentionné au préambule, le présent document émane des rapports du groupe de travail sur le profil des clientèles et les types de services et du groupe de travail sur le modèle de gestion et la structure. Ainsi, en première partie, les contours des soins et services cliniques par programmes seront abordés (clientèles et services). La seconde partie traite, pour sa part, du modèle de gestion et de la structure.

1. Contours des soins et services cliniques par programmes

1.1. La composition et le mandat du groupe de travail

Le Groupe de travail sur le profil clientèle et les types de services a reçu comme mandat d'esquisser les contours des sept programmes spécifiques afin de servir d'assise à l'élaboration du modèle de gestion et de la structure, ainsi que le design des programmes qui seront abordés dans le cadre du second volet de la démarche.

Le groupe de travail, qui a agi sous la coordination du D^r J. André Luyet, chef du département de psychiatrie, était formé de M^{me} Sylvie Carrière, directrice adjointe aux soins infirmiers et responsable du groupe de travail, M^{me} Josée Charlebois, coordonnatrice professionnelle au service social, D^r Pierre Lalonde, psychiatre à la Clinique des Jeunes Adultes, M. Luc Legris, conseiller clinique à la Direction des services de réadaptation et d'hébergement dans la communauté et M^{me} Christiane Morin, chef des services d'ergothérapie et de physiothérapie. Le groupe de travail a tenu six séances, entre le 29 septembre et 1^{er} novembre 2005.

Le mandat du groupe de travail:

- décrire le profil des clientèles et estimer le nombre d'utilisateurs prévus pour chacun;
- identifier les principaux types de services à offrir pour chacun des programmes selon le profil de leurs clientèles;
- préciser les services transversaux.

Différents éléments ont servi d'assises à leur réflexion. Il s'agit:

- des principes directeurs du Cadre de référence sur l'organisation des soins et services cliniques;
- de la réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux;
- du Plan d'action en santé mentale du MSSS;
- de la mission de l'établissement;
- du concept de l'approche par programmes spécifiques.

Rappelons qu'une approche par programmes spécifiques comporte un ensemble de services et d'activités intégrés destinés à une clientèle particulière, ciblant des résultats à atteindre pour le mieux-être de celle-ci (MSSS, 1994). Elle se caractérise notamment par:

- un regroupement d'activités en fonction des caractéristiques et des besoins communs à des clientèles spécifiques;
- la formation d'une masse critique de ressources qui assurent des soins et services adaptés aux besoins de la personne selon son épisode de soins, tout en étant coordonnés, continus et personnalisés.

Dans l'optique des meilleures pratiques professionnelles, chaque programme et leurs équipes d'intervenants gèrent des processus de soins en fonction des problématiques de la clientèle. Le programme est une structure centrée sur l'efficacité opérationnelle, qui favorise la continuité et qui gère les résultats selon une orientation clientèle. La souplesse des mécanismes de gestion permet de répondre aux besoins de la personne tout au long du processus de soins et services.

1.2. Les clientèles et les services

Nous vous présentons, sous forme de tableau, la proposition concernant le profil des clientèles et les types de services visés par l'organisation des soins et services cliniques par programmes à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Les informations transmises permettent de dégager un portrait sommaire, selon chaque programme, à partir des critères suivants:

- le profil de la clientèle (voir annexe I pour les correspondances aux codes diagnostics), soit les types de personnes ciblées par le programme et les autres services offerts à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine;
- l'estimation du nombre actuel d'utilisateurs répondant au profil de la clientèle selon chaque programme;
- les types de services ainsi qu'une estimation de leur déploiement (nombre de lits ou places prévisibles) en fonction de la clientèle actuelle (voir les annexes II et III pour des informations complémentaires);
- la tendance, compte tenu de la mise en place des CSSS, des RUIS et du Plan d'action en santé mentale du MSSS, sur l'évolution des services de 1^{re} ligne et des soins partagés.

Le programme est une structure centrée sur l'efficacité opérationnelle, qui favorise la continuité et qui gère les résultats selon une orientation clientèle.

* Lorsque le nombre est indiqué **en noir**, il s'agit de l'estimation annuelle de la clientèle hospitalisée (personnes différentes) en courte durée.
Lorsque le nombre est indiqué **en rouge**, il s'agit de l'estimation annuelle de la clientèle hospitalisée (personnes différentes) en longue durée.
Lorsque le nombre est indiqué **en italique**, il s'agit de l'estimation annuelle de la clientèle suivie (personnes différentes) en clinique externe.
n/a Indique qu'aucune personne n'a été hospitalisée en vertu de ce programme.

Tableau 1: Proposition du profil de la clientèle et des types de services

| Programme spécifique | Profil de la clientèle | Estimation clientèle actuelle* | Type de services et estimation du déploiement | Tendance prévisible selon l'évolution des services de 1 ^{re} ligne et des soins partagés |
|------------------------------------|---|---|---|--|
| Évaluation et interventions brèves | Des personnes présentant des problèmes de santé mentale réels ou suspectés. | Urgence: 2943 MEL: 475 UIB: 1,000 USI: 134 | Ambulatoire (2 ^e ligne) Urgence: - 5 civières Module évaluation liaison (MEL) Hospitalisation (25 lits de 2 ^e et 3 ^e ligne) 1 unité d'intervention brève (UIB): 10 lits 1 unité des soins intensifs: (USI): 15 lits | Diminution des visites à l'urgence et de l'utilisation de l'aire de débordement, développement du MEL (selon l'évolution des services de 1 ^{re} ligne). |
| Troubles psychotiques | Des personnes présentant un diagnostic de schizophrénie et troubles apparentés (états délirants, psychoses non organiques). | 424 cd 175 ld 2217 ce | Ambulatoire (2 ^e et 3 ^e ligne) Clinique externe Hôpital de jour Suivi intensif dans le milieu Suivi clinique Hospitalisation (219 lits de 2 ^e et 3 ^e lignes) 2 unités de traitement intensif: 50 lits 7 unités de traitement et de réadaptation: 169 lits | Diminution du nombre d'unités pour développer, dans la communauté, des ressources d'hébergement réadaptatif sous la responsabilité de l'établissement (RE). |
| Troubles anxieux et de l'humeur | Des personnes présentant un trouble anxieux ou un trouble affectif. | 621 cd n/a ld 3204 ce | Ambulatoire (2 ^e et 3 ^e ligne) Clinique externe Hôpital de jour Suivi intensif dans le milieu Hospitalisation (50 lits de 2 ^e ligne) 2 unités de traitement intensif: 50 lits | Poursuite du développement, en ambulatoire, d'une diversité d'interventions spécialisées selon les données probantes et le soutien à la 1 ^{re} ligne. |

Tableau 1: Proposition du profil de la clientèle et des types de services

| Programme spécifique | Profil de la clientèle | Estimation clientèle actuelle* | Type de services et estimation du déploiement | Tendance prévisible selon l'évolution des services de 1 ^{re} ligne et des soins partagés |
|--|--|--------------------------------|---|---|
| Troubles de la personnalité | Des personnes présentant un trouble de personnalité limite. | 165 cd n/a ld 301 ce | Ambulatoire (2^e et 3^e ligne) Clinique externe Hôpital de jour Suivi intensif dans le milieu Hospitalisation Utilisation des lits de l'UIB, ceux des autres programmes dépendant des caractéristiques de la clientèle | Augmentation de la demande. Poursuite du développement des interventions selon les données probantes ainsi que le soutien aux 1 ^{re} et 2 ^e lignes. |
| Gérontopsychiatrie | Des personnes présentant un profil gériatrique caractérisé par une perte d'autonomie fonctionnelle liée au vieillissement conjuguée à un problème psychiatrique. Des personnes généralement âgées de 70 ans et plus. | 118 cd 90 ld 1015 ce | Ambulatoire (2^e et 3^e ligne) Clinique externe Hôpital de jour Suivi intensif dans le milieu Suivi clinique Hospitalisation (115 lits des 2 ^e et 3 ^e lignes) 1 unité de traitement intensif: 25 lits 3 unités de traitement et réadaptation: 75 lits 1 unité (transitoire) de type CHSLD: 15 lits | Référence plus rapide aux CHSLD au terme de l'évaluation ou de l'hospitalisation de la clientèle permettant ainsi de diminuer la durée de séjour à l'urgence et le délai d'attente dans l'accès aux lits. Développement des services de suivi intensif dans la communauté et du soutien à la 1 ^{re} ligne. |
| Déficience intellectuelle et maladie psychiatrique | Des personnes présentant une déficience intellectuelle associée à un trouble mental généralement accompagné de troubles graves du comportement. | 11 cd 84 ld 183 ce | Ambulatoire (3^e ligne) Clinique externe, incluant du personnel mobile pour soutenir les équipes des CRDI Hospitalisation (84 lits 2 ^e et 3 ^e lignes) 1 unité surspécialisée de traitement et réadaptation intensive (3 ^e ligne) 2 unités spécialisées de traitement et réadaptation (2 ^e ligne) | Diminution des lits de traitement et de réadaptation de 2 ^e ligne en poursuivant la prise en charge d'usagers hospitalisés par le centre de réadaptation en déficience intellectuelle (CRDI). Augmentation de la clientèle pour des services de 3 ^e ligne. |
| Toxicomanie et maladie psychiatrique | Des personnes présentant un trouble mental et une toxicomanie. | n/a cd n/a ld 196 ce | Ambulatoire (3^e ligne) Clinique externe Hospitalisation Orientation vers l'hôpital référent ou à HLHL vers le programme référent selon la maladie psychiatrique de la personne. | Augmentation de la demande. Poursuite du développement des interventions selon les données probantes ainsi que le soutien aux 1 ^{re} et 2 ^e lignes. |

Un service transversal est une entité, clinique ou non clinique, conçue et fonctionnant de façon telle qu'il s'adresse indistinctement à des clientèles présentant des caractéristiques diverses.

1.3. Les services transversaux

Un service transversal est une entité, clinique ou non clinique, conçue et fonctionnant de façon telle qu'il s'adresse indistinctement à des clientèles présentant des caractéristiques diverses. Il dessert plusieurs ou l'ensemble des clientèles des programmes. Les critères suivants servent à les définir: le plateau technique est important, fixe ou dispendieux; les ressources humaines sont rares ou très spécialisées; la rentabilité ou l'efficacité sont avantagées par le regroupement plutôt que par une décentralisation dans les programmes spécifiques.

Le tableau suivant présente la proposition des soins et services transversaux destinés aux usagers. Veuillez noter que des expertises transversales sont également mises à contribution; nous citons à titre d'exemple: l'évaluation *Assesment of Motor and Process Skills* en ergothérapie, l'évaluation de la capacité parentale en service social, l'évaluation neuropsychologique, la prévention des infections en santé physique, etc. Des modalités d'accès à ces expertises seront précisées lors des travaux sur le design des programmes (volet 2 du plan d'action).

Tableau 2: Proposition des soins et services transversaux destinés aux usagers

| SERVICES TRANSVERSAUX |
|--|
| Accueil - admission, Archives médicales, Affaires juridiques |
| Action bénévole, pastorale |
| Consultation, Bloc opératoire, Électroconvulsivothérapie (ECT) |
| Médecine dentaire |
| Inhalothérapie |
| Volet interne des services suivants: Loisirs, Éducation physique, Centre Liliane Mailhot |
| Module de psychopharmacologie |
| Nutrition clinique |
| Pharmacie - volet distribution |
| Physiothérapie, Physiatrie, Ergothérapie - secteur physique |
| Services diagnostiques (laboratoires, radiologie, électrophysiologie) |
| Unité médico-chirurgicale |

2. Modèle de gestion et structure

2.1 La composition et le mandat du groupe de travail

Le Groupe de travail sur le modèle de gestion et la structure, placé sous la responsabilité du directeur général, M. André Lemieux, est composé de M^{me} Janique Beauchamp, conseillère clinicienne à la Direction des soins infirmiers, M^{me} Sylvie Desmarais, directrice des ressources humaines, M^{me} Andrée Letarte, psychologue à la Direction des services professionnels, D^r Raymond Morissette, psychiatre, et M. André Ducharme, consultant externe. Ce groupe de travail a agi sous la coordination de M^{me} Diane Gauthier, adjointe au directeur général.

Le mandat de ce groupe de travail est de proposer une structure et un modèle de gestion des soins et services par programmes spécifiques. À ce titre, il doit :

- préciser les obligations, les contraintes et les principes auxquels on ne peut déroger;
- identifier les rôles et les responsabilités de l'encadrement supérieur ainsi que ceux des responsables des questions cliniques et administratives des programmes spécifiques;
- identifier le mécanisme de coordination entre les programmes et les services transversaux;
- identifier le mécanisme de liaison avec les CSSS et le RUIS, en regard des ententes de services à conclure.

2.2 Les bases du modèle de gestion et de la structure

Il importe de rappeler certains éléments qui découlent de nos orientations visant à se doter d'une offre de services spécialisés et surspécialisés adaptés aux besoins et aux particularités des personnes ayant des problèmes de santé mentale. La proposition du groupe de travail repose sur ces éléments.

Ainsi, le *Cadre de référence sur l'organisation des soins et services cliniques* identifiait l'intervention en interdisciplinarité comme la voie privilégiée et confirmait le modèle TRR (traitement-réadaptation-réhabilitation) comme réponse à l'évaluation selon l'approche globale systémique (biopsychosociale) de la personne.

Le cadre de référence réitérait également l'engagement à intégrer les missions de soins, d'enseignement, de recherche et d'évaluation des technologies et des modes d'intervention. Il s'agit également d'une recommandation du rapport du CCASS suite à sa visite de décembre 2004.

Une autre assise majeure consiste en la cohérence et la souplesse interprogrammes dans le cadre de l'épisode de soins et services. Ainsi, nous accordons une grande importance à la nécessité de tisser des liens et interfaces entre les programmes et les services de l'Hôpital de même qu'avec nos partenaires, entre autres de la 1^{re} ligne, afin d'assurer la continuité des services destinés à la personne.

Le mandat de ce groupe de travail est de proposer une structure et un modèle de gestion des soins et services par programmes spécifiques.

Notre philosophie de gestion occupera une place prépondérante dans notre modèle de gestion et notre structure, de même qu'elle caractérisera son développement.

La démarche en cours s'appuie aussi sur les valeurs de notre établissement inscrites à la planification stratégique 2002-2007: l'appropriation du pouvoir par l'utilisateur, l'ouverture à la communauté et au réseau de la santé, la valorisation de la contribution, de la compétence et de la complémentarité de chacun, les meilleures pratiques de même que le leadership et l'engagement public.

Enfin, cinq facteurs de succès inhérents à la gestion par programmes ont été identifiés. Il s'agit de l'orientation client, l'orientation résultat, la décentralisation des ressources et du pouvoir, l'interdisciplinarité et l'amélioration continue (voir annexe IV).

2.2.1 Notre philosophie de gestion

Voici notre philosophie de gestion découlant des éléments mentionnés précédemment. Elle complète, au plan de la gestion, la philosophie d'intervention déjà inscrite dans notre *Cadre de référence sur l'organisation des soins et services cliniques*. Notre philosophie de gestion occupera une place prépondérante dans notre modèle de gestion et notre structure, de même qu'elle caractérisera son développement.

L'orientation client

L'orientation client découle de notre engagement en regard de l'amélioration continue des services au sein de notre établissement et constitue une suite logique à notre orientation visant la mise en place des programmes spécifiques. Toutes les directions seront ainsi davantage mobilisées vers un intérêt supérieur commun: le mieux-être de l'utilisateur. Cela nous permettra d'assurer aux usagers des services de qualité, adaptés à leurs besoins et à leur condition.

La mise en commun et le développement des expertises

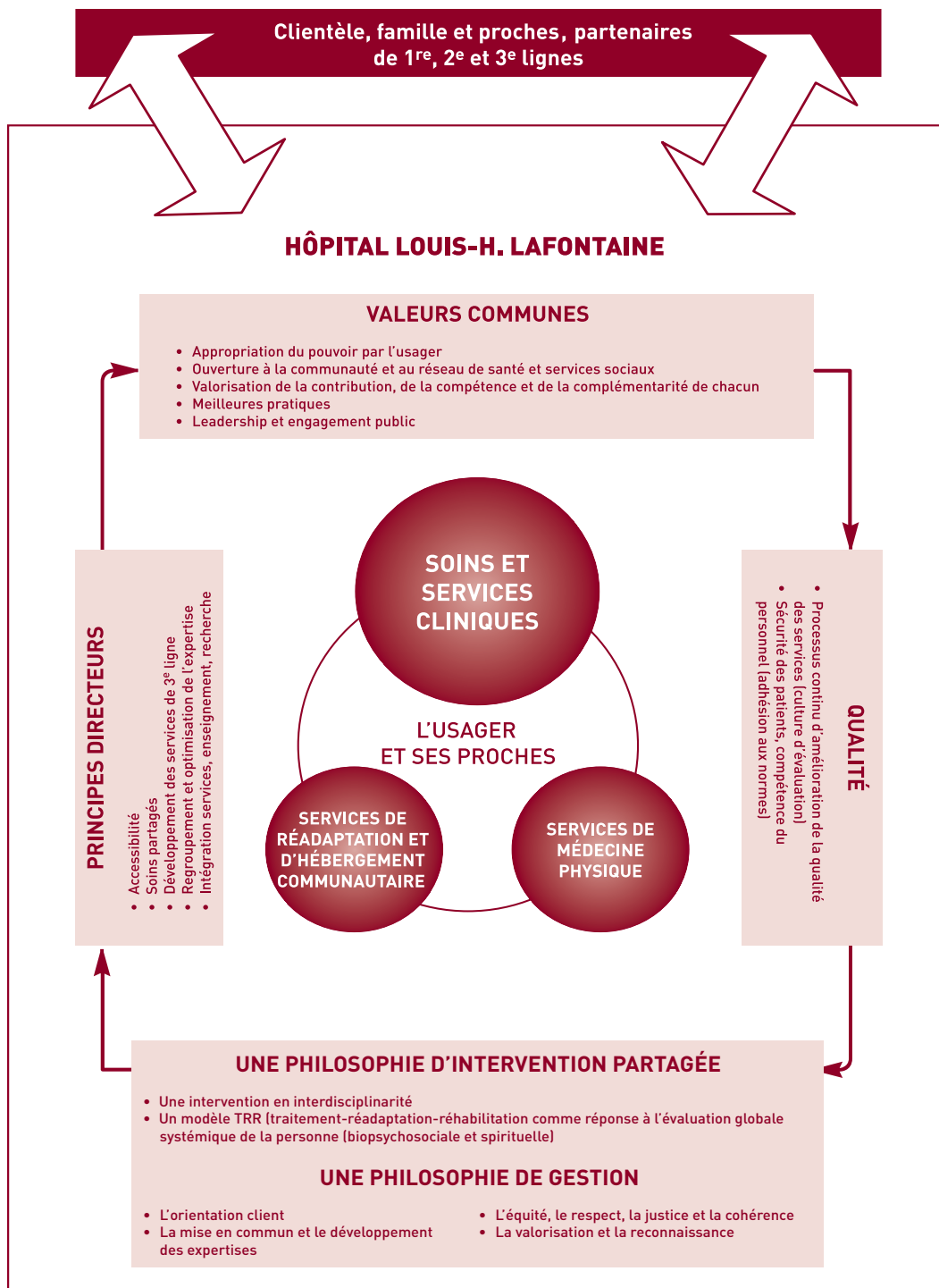
Dans une perspective d'optimisation de la qualité des services, nous favorisons la mise en commun et le développement des expertises, tant au sein de notre établissement qu'avec nos partenaires. Nous aspirons également à développer une vision partagée des interventions les plus propices à poser avec et auprès de l'utilisateur.

L'équité, le respect, la justice et la cohérence

Notre organisation de services s'appuie sur des notions d'équité, de respect, de justice et de cohérence. En fait, nous souscrivons à un engagement qui tiendra compte de ces notions dans la coordination de nos services et l'affectation des ressources.

Valorisation et reconnaissance

La participation des médecins et du personnel, peu importe leur appartenance professionnelle, est essentielle à la réalisation de notre mission. La valorisation et la reconnaissance de tous figurent donc comme une assise importante de la nécessaire concertation interne des programmes et des directions, évitant ainsi d'établir un fonctionnement en silo.



*Le modèle qui est
proposé ici tient
compte de l'évolution
du concept de gestion
par programmes
au sein du réseau de
la santé et des
services sociaux.*

2.3 Modèle de gestion

De prime abord, il convient de rappeler qu'il y a près de vingt ans, notre établissement avait déjà entrepris de modifier son organisation de soins et services afin d'aller vers un mode d'organisation par programmes. Toutefois, des problèmes importants se sont alors présentés. Le modèle qui est proposé ici se démarque de cette expérience sur de nombreux aspects; il tient compte notamment des difficultés alors rencontrées et de l'évolution de ce concept au sein du réseau de la santé et des services sociaux.

Aux fins de la définition de notre modèle de gestion, le concept de **programme** réfère, pour les soins et services cliniques, à sept programmes spécifiques, soit ceux présentés antérieurement dans ce document. Le concept de **disciplines professionnelles** (associées ou non à un ordre professionnel) réfère aux disciplines mises à contribution dans le cadre du parcours de soins et services cliniques de l'utilisateur. Par ailleurs, les disciplines associées à un ordre professionnel doivent répondre aux responsabilités qui leur sont dévolues par l'Office des professions.

2.3.1 Les composantes

Le modèle de gestion proposé témoigne d'une volonté non équivoque de valoriser et de soutenir la collaboration et la mise en commun des expertises nécessaires à une gestion efficace et efficiente des soins et services à la clientèle.

- Il repose sur la participation des médecins et du personnel à la gestion des soins et services offerts à la clientèle.
- Il sous-tend une approche de responsabilités conjointes entre les gestionnaires des programmes et les gestionnaires des disciplines professionnelles dans sept sphères d'activités déterminantes pour l'organisation et pour lesquelles ils sont mutuellement responsables des résultats attendus tout en partageant leur pouvoir de décision. C'est un incontournable et un élément qui caractérise le modèle de gestion mis de l'avant, tant pour les soins et services cliniques que pour les services de réadaptation et d'hébergement dans la communauté. Nous nous assurons ainsi d'une cohésion et d'une vision d'ensemble pour l'établissement.
- Il sous-tend inévitablement des sphères d'imputabilité spécifiques aux programmes ou aux disciplines professionnelles. Dans une perspective de décentralisation réelle au plan des opérations courantes, l'expertise et la capacité des programmes et des disciplines sont reconnues; des responsabilités spécifiques leur sont alors confiées dans l'actualisation de leur mandat. La réalisation de ces responsabilités s'inscrit dans un climat de collaboration et d'ajustement mutuel entre les programmes et les disciplines professionnelles concernés.
- Il préconise la mise en place de leviers permettant de soutenir l'actualisation des responsabilités des programmes et des disciplines professionnelles, entre autres celles relevant des responsabilités conjointes. Ils sont des points d'ancrage importants d'actualisation de notre philosophie de gestion.

- Il réfère à deux niveaux de décisions: d'une part la gestion des activités courantes sous la responsabilité de chacun des programmes et celle propre à chaque profession conformément au système professionnel québécois et, d'autre part, la coordination des interfaces visant à faciliter la cohérence et l'équité dans la gestion des programmes et des disciplines professionnelles ainsi qu'entre eux.
- Il s'appuie sur un processus d'amélioration continue de la qualité de même que sur des normes permettant d'évaluer l'atteinte des plus hauts standards de soins et services.
- Il préconise une gestion des ressources humaines, financières, matérielles et informationnelles sous la responsabilité des programmes spécifiques afin d'assurer la gestion des opérations courantes le plus près du service direct à la clientèle et ce, tout en s'inscrivant dans le cadre plus général de responsabilités conjointes énoncé précédemment.

Cette notion de responsabilités conjointes constitue un élément particulier, essentiel et incontournable du modèle mis de l'avant par l'Hôpital Louis-H. Lafontaine afin d'éviter le fonctionnement en silo.

2.3.2 Le partage des responsabilités

Le modèle proposé confie aux gestionnaires de programmes et aux gestionnaires de disciplines certaines responsabilités conjointes.

Cette notion de responsabilités conjointes constitue un élément particulier, essentiel et incontournable du modèle mis de l'avant par l'Hôpital Louis-H. Lafontaine afin d'éviter le fonctionnement en silo. Elle confirme ainsi le caractère indissociable des programmes et des disciplines en regard des aspects stratégiques de la gestion. La sommation de leurs expertises facilitera une prise de décision consensuelle centrée sur les besoins de l'utilisateur et, de ce fait, une mise en œuvre des services plus efficace pour son mieux-être.

Les responsabilités conjointes

Ces responsabilités sont décrites ci-après. Elles visent les deux niveaux de gestion, soit la coordination des interfaces et les opérations courantes.

Au plan de la coordination des interfaces :

- *Approuver les orientations cliniques et scientifiques proposées par les programmes pour favoriser la qualité des services selon les meilleures pratiques et les données probantes;*
- *Approuver les objectifs annuels des programmes et des disciplines professionnelles, incluant les plans d'amélioration de la qualité, et en assurer le suivi;*
- *Convenir de la composition des équipes multidisciplinaires des programmes et l'ajustement des ressources selon l'évaluation des besoins et pour tenir compte des meilleures pratiques essentielles à la qualité des soins et services cliniques aux usagers et à leurs proches;*
- *Identifier les priorités de formation et de perfectionnement.*

Au plan des opérations courantes :

- collaborer à l'affectation des stagiaires et à la participation des chercheurs au sein des programmes;
- convenir de l'embauche du personnel des programmes en participant conjointement au processus de sélection;
- apprécier la contribution personnelle des professionnels.

Le tableau qui suit présente une proposition détaillée du partage des responsabilités de gestion des programmes et des disciplines professionnelles.

Tableau 3: Responsabilités spécifiques relatives aux opérations courantes

| Programmes | Disciplines professionnelles |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Proposer et mettre en œuvre les orientations cliniques et scientifiques du programme. • Proposer et mettre en œuvre les objectifs annuels du programme et les plans d'amélioration de la qualité. • Proposer une planification des ressources humaines, financières, matérielles et informationnelles du programme et gérer les ressources allouées en fonction des besoins et attentes de la clientèle ainsi qu'en fonction des meilleures pratiques de qualité de soins et services cliniques. • Assurer la prise en charge de la clientèle et veiller à la continuité de ses services au sein du programme, en interface avec les autres programmes ou services transversaux ainsi qu'avec les partenaires externes afin d'offrir des services adaptés aux besoins particuliers de l'utilisateur. • Déterminer le profil du personnel spécifique au programme: formation, expérience requise et pertinente, habilités de gestion et autres. • Assurer l'accessibilité, la continuité et la qualité des soins et services cliniques par une gestion efficiente des processus cliniques. • S'assurer de la mise en place de conditions de pratique sécuritaire pour la clientèle et le personnel du programme. | <ul style="list-style-type: none"> • Proposer et mettre en œuvre les objectifs annuels et les plans d'amélioration continue de la qualité de sa discipline professionnelle. • Concevoir des modèles de distribution de soins et services liés à sa discipline et appliquer les méthodes d'évaluation et approches reconnues pour répondre aux besoins de la clientèle. • Fournir l'expertise professionnelle pour concevoir et implanter de nouveaux programmes de soins et services cliniques et d'enseignement pour les clientèles. • Développer, mettre à jour et assurer le suivi des outils facilitant les suivis cliniques des usagers (ex.: cheminement clinique). • Déterminer les qualifications professionnelles requises lors de la sélection de personnel. • Déterminer les profils de compétence des professionnels des programmes et s'assurer de la concordance entre les qualifications et les besoins des clientèles. • S'assurer de la mise en place de conditions de pratique sécuritaire pour les professionnels de sa discipline et la clientèle desservie par eux (ex.: gestion des risques: participation aux enquêtes). • Procéder à la désignation et au monitoring d'indicateurs de gestion des risques et des normes de pratique pour la qualité de l'acte professionnel. |

| Programmes | Disciplines professionnelles |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Réaliser l'autoévaluation dans le cadre de la démarche d'agrément et mettre en œuvre les recommandations du CCASS. • Accueillir les stagiaires et chercheurs et développer des collaborations stimulant et facilitant l'intégration des missions de services, d'enseignement et de recherche. • Offrir aux stagiaires du programme un milieu de stage propice à l'apprentissage. • Évaluer, améliorer et rendre compte des résultats cliniques en lien avec les besoins de la clientèle et les standards de pratique. • Appliquer et développer les outils de mesure, d'évaluation et de collecte d'informations. • Assurer l'application des protocoles et des standards de pratique professionnelle. • Élaborer les modalités de prise en charge de la clientèle et d'accès aux services dont elle a besoin, dont : l'identification des modalités d'accès aux services du programme et de l'interface avec les autres services des partenaires internes et externes, du travail interdisciplinaire au sein de HLHL et auprès des partenaires externes. • Assister les médecins et le personnel du programme en regard de la contribution au processus des soins et services à la clientèle. • Gérer les opérations administratives et les ressources humaines du programme en appliquant les dispositions des conventions collectives, les politiques et règlements de la pratique professionnelle ainsi que ceux reliés à la santé et la sécurité au travail. • Évaluer le rendement en fonction des priorités de l'établissement et des objectifs du programme, gérer les problématiques reliées aux relations de travail. • Identifier les besoins en formation continue du personnel du programme en fonction de la dispensation des soins et services aux usagers et du travail en équipe. | <ul style="list-style-type: none"> • Participer à l'autoévaluation dans le cadre de la démarche d'agrément. • Élaborer, appliquer et assurer le suivi du programme de surveillance et de contrôle de la qualité de l'acte professionnel en veillant à ce que les professionnels de sa discipline respectent les normes de pratique ainsi que les lois et les règlements applicables à la profession. • Établir et maintenir les liens avec les établissements d'enseignement, ainsi qu'avec les chercheurs de sa discipline, favoriser la réalisation des projets de recherche dans sa discipline. • Offrir aux stagiaires de sa discipline un milieu de stage propice à l'apprentissage, créer un milieu propice au recrutement de la relève. • Coopérer à l'élaboration d'outils de mesure de la charge de travail. • Élaborer et s'assurer du respect des règles de pratique liée à l'acte professionnel de la discipline. • Planifier, diriger et coordonner les activités requises à leur mise en place, dont la conception des outils cliniques de prestation de la pratique et des protocoles liés à la discipline professionnelle. • Déterminer les nouvelles activités pouvant être exercées par les professionnels de sa discipline ainsi que les activités de soins pouvant être confiées à du personnel non professionnel en conformité avec les lois, règlements et protocoles en vigueur. • Déterminer le processus d'évaluation des compétences professionnelles. • Coordonner le processus d'inspection professionnelle et voir à l'application des recommandations du rapport de la visite de l'ordre professionnel. • Gérer les dossiers portant sur la qualité d'exercice devant être traités par l'ordre professionnelle et faire les liens avec les gestionnaires concernés. • Coopérer aux stratégies d'attraction, de recrutement et de rétention pour les professionnels de sa discipline. • Identifier les besoins en formation continue des professionnels de sa discipline. |

Ces leviers constituent en soi un élément important du modèle de gestion et feront l'objet d'un suivi systématique au conseil d'administration à même son tableau de bord.

2.3.3 Leviers

En plus de formaliser la philosophie de gestion et d'insister sur une gestion des services s'appuyant sur une collaboration étroite dans des sphères de responsabilités conjointes ou spécifiques, nous mettons de l'avant des leviers qui permettront à chacun de nous de cheminer selon la philosophie de gestion souhaitée. Ces leviers constituent en soi un élément important du modèle de gestion et feront l'objet d'un suivi systématique au conseil d'administration à même son tableau de bord.

Tableau 4: Proposition de leviers

| OBJECTIFS | LEVIERS | INDICATEURS |
|---|---|--|
| <p>La contribution au programme</p> <p>Les différents membres (médecins et personnel) évoluent au sein d'une équipe multidisciplinaire et contribuent au fonctionnement du programme.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Rencontres régulières de l'équipe • Rencontres régulières du comité de gestion du programme • Représentation des disciplines professionnelles au sein du comité de gestion du programme | <ul style="list-style-type: none"> • Le nombre de rencontres/année • Les comptes-rendus en référant aux paramètres convenus • Les membres du comité de gestion du programme |
| <p>L'identification et la participation à la vie professionnelle</p> <p>La contribution des intervenants à la vie professionnelle. La reconnaissance que les intervenants évoluent au sein de leur discipline et contribuent au dynamisme de celle-ci.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Rencontres ou temps de disponibilité pour des dossiers <i>ad hoc</i>: <ul style="list-style-type: none"> - participation à la vie professionnelle (ex comités consultatifs et groupes de travail interdisciplinaire); - participation à des groupes de travail entre pairs (programme ou discipline professionnelle); - rencontres régulières visant l'ensemble des pairs de la discipline. | <ul style="list-style-type: none"> • Les groupes de travail et les sujets des travaux. • Dépôt des rapports • Le nombre de rencontres des pairs de la discipline professionnelle • Les situations de refus de libération pour participer à des rencontres de la discipline professionnelle ou des groupes de travail |
| <p>La gestion de la qualité</p> <p>Processus d'amélioration continue de la qualité</p> <p>La gestion des risques</p> <p>Créer et maintenir des conditions permettant une prestation sécuritaire des soins et services</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Le chef ou les chefs d'équipe-qualité pour chacun des programmes • Une personne dédiée à la fonction conseil (notion de coach) pour la gestion des risques et de la qualité pour chacun des programmes • Une personne dédiée à la gestion des risques par la discipline professionnelle | <ul style="list-style-type: none"> • Selon les normes définies par l'équipe sur les bases des normes du CCASS • La mise en œuvre des plans d'amélioration |

| OBJECTIFS | LEVIERS | | INDICATEURS |
|--|--|--|---|
| <p>Les responsabilités conjointes centrées sur la mise en commun des expertises des programmes et des disciplines professionnelles suite aux travaux effectués entre les programmes et les disciplines</p> <ul style="list-style-type: none"> Le choix des orientations cliniques et scientifiques | <p>Au niveau des opérations courantes</p> <ul style="list-style-type: none"> Comité de coordination du programme (voir volet structure) Cycle de planification annuelle (voir annexe V) | <p>Au niveau des interfaces (inter programmes et disciplines professionnelles)</p> <ul style="list-style-type: none"> Comité de coordination des programmes (voir volet structure) Comité d'orientation clinique et scientifique (voir volet structure) Cycle de planification annuelle (voir annexe IV) | <ul style="list-style-type: none"> La composition, le nombre de rencontres et les comptes-rendus de celles-ci selon les paramètres convenus pour chacun des comités Approbation du conseil d'administration |
| <ul style="list-style-type: none"> Le choix des objectifs annuels incluant les priorités d'amélioration de la qualité aux objectifs annuels | Idem | Idem Comité de gestion des risques et de la qualité | <ul style="list-style-type: none"> Idem Le bilan de l'atteinte des résultats à la mi-année et au terme de l'année dans le tableau de bord du conseil d'administration |
| <ul style="list-style-type: none"> Le choix de la composition des équipes des programmes et l'ajustement des ressources en fonction de l'évaluation des besoins de la clientèle et des meilleures pratiques selon les données probantes | Idem | Idem | <ul style="list-style-type: none"> Idem Les modifications apportées en cours d'année |
| <ul style="list-style-type: none"> Le choix des priorités de formation continue | Idem | | <ul style="list-style-type: none"> La démarche révisée d'élaboration du plan de développement des ressources humaines La participation des différentes instances à celle-ci |
| <ul style="list-style-type: none"> La collaboration à l'affectation des stagiaires et à la participation des chercheurs au sein des programmes | <ul style="list-style-type: none"> Un conseiller en recherche clinique et évaluative pour le programme | <ul style="list-style-type: none"> Comité de coordination des programmes (voir volet structure) Comité d'orientation clinique et scientifique (voir volet structure) | <ul style="list-style-type: none"> Les activités d'enseignement et de recherche au sein des programmes |
| <ul style="list-style-type: none"> La sélection du personnel | <ul style="list-style-type: none"> La participation conjointe du représentant du programme et de la discipline professionnelle concernée à la démarche d'embauche pilotée par la DRH | | <ul style="list-style-type: none"> La démarche révisée par la DRH Le nombre de démarches réalisées en cours d'année Les situations problématiques |
| <ul style="list-style-type: none"> L'appréciation de la contribution personnelle des professionnels et des équipes pour les soutenir dans la réalisation de leur travail et le développement de leurs compétences | | Une démarche à convenir et à piloter par la DRH | <ul style="list-style-type: none"> À définir |

La réorganisation des soins et services cliniques en sept programmes spécifiques constitue un changement qui motive la création d'une nouvelle direction, soit la Direction des services cliniques.

2.4 La structure

La structure de gestion est le dernier volet du document de consultation. La proposition qui suit présente les principaux ajustements à la structure actuelle et met en évidence l'impact de la réorganisation des soins et services cliniques par programmes spécifiques sur l'ensemble de la structure de gestion de l'établissement.

D'entrée de jeu, précisons que la structure actuelle est composée de directions et de départements. Toutes ces entités sont maintenues et s'inscrivent dans la philosophie de gestion développée à même les présents travaux. À ce titre, il est évident que la réorganisation des soins et services cliniques par programmes spécifiques constitue un tournant pour l'ensemble de l'organisation, motivé par le souci constant d'amélioration des services pour le mieux-être de la personne ayant des problèmes de santé mentale et ses proches.

La réorganisation des soins et services cliniques en sept programmes spécifiques constitue un changement qui motive la création d'une nouvelle direction, soit la *Direction des services cliniques* (DSC). Dans ce contexte, des changements organisationnels importants seront apportés à la Direction des services professionnels (DSP) ainsi qu'à la Direction des soins infirmiers (DSI). Des changements organisationnels de moindre ampleur sont également apportés à la Direction des services de réadaptation et d'hébergement dans la communauté (DSRHC) ainsi que la Direction générale (DG).

2.4.1 La direction des services cliniques

Cette nouvelle direction regroupe les 7 programmes spécifiques dont les contours sont précisés aux pages 8 et 9 du présent document. Elle devient, pour les usagers et leurs proches, le lieu de référence de l'accès aux soins et services cliniques offerts par l'Hôpital ainsi que le leader, auprès des partenaires internes et externes, de la gestion opérationnelle de la gamme de services cliniques spécialisés et surspécialisés sous sa responsabilité.

Son rôle

Dans le respect du *Cadre de référence sur l'organisation des soins et services cliniques* et tout en s'inscrivant dans la philosophie et le modèle de gestion mis de l'avant, elle devra:

- Assurer l'accès à une gamme de services cliniques spécialisés et surspécialisés adaptés aux besoins et particularités des usagers selon les meilleures pratiques s'appuyant sur des données probantes ou des démarches novatrices et structurées, et ce, en conformité avec les orientations et les règles de soins et services établies par la DSP et la DSI.
- Assurer la mise en place de processus et de mécanismes de continuité de soins et services pour les usagers au sein des programmes et avec les partenaires internes et externes.

- Gérer les programmes spécifiques en collaboration étroite avec la DSP et la DSI ainsi qu'avec les autres directions et partenaires externes.
- Gérer les ressources humaines, financières, matérielles et informationnelles mises à sa disposition.
- Assurer la planification, l'organisation et l'évaluation de la gamme des services cliniques offerts au sein des divers programmes et rendre compte des résultats obtenus.

En somme, assumer l'ensemble des responsabilités concernant la gestion des programmes tel que présenté aux pages 15,16 et 17 du présent document.

Son mode de gestion

Le modèle de gestion de la DSC repose sur deux niveaux d'encadrement, tous deux en cogestion:

- les directeurs de la DSC;
- les responsables de chacun des programmes spécifiques.

Cette cogestion est assumée par un tandem formé de professionnels, dont l'un d'eux est un psychiatre, chacun répondant aux critères de compétence retenus à cet effet. Chaque tandem conviendra du partage des responsabilités qui leur sont dévolues (voir annexe VI); lequel devra être connu des médecins et du personnel de chaque programme de même que de l'ensemble des partenaires internes et externes à l'Hôpital. Dans une perspective de décentralisation, la gestion courante et les ressources du programme relèvent des responsables des programmes.

La DSC est également gérée dans un esprit d'approche matricielle qui tient compte de la relation et de la «cohabitation» entre les programmes spécifiques et les disciplines professionnelles. En plus d'être responsable de la mise en commun des compétences médicales et professionnelles au sein des programmes pour une gestion des activités et des ressources centrée sur la réponse aux besoins des usagers, la DSC se doit de favoriser le développement des compétences et de la qualité des pratiques médicales et professionnelles. Ce développement des compétences réside sur une collaboration soutenue avec la DSP et la DSI afin que l'Hôpital soit un chef de file dans son secteur d'activité.

LES DIRECTEURS DE LA DSC

Le tandem est mutuellement responsable de la coordination des 7 programmes spécifiques et de l'atteinte des résultats attendus. Il répond de l'actualisation des responsabilités partagées avec la DSP et la DSI. Il est également responsable de proposer au directeur général les ententes de services avec les Centres de santé et de services sociaux et avec le RUIS de l'Université de Montréal tel que mis de l'avant par le Ministère dans le cadre de la nouvelle gouverne du réseau de la santé et des services sociaux.

Cette cogestion de la DSC est assumée par un tandem formé de professionnels, dont l'un d'eux est un psychiatre, chacun répondant aux critères de compétence retenus à cet effet.

Le modèle de gestion mis de l'avant privilégie une reconnaissance et un travail en étroite collaboration entre les programmes spécifiques et les disciplines professionnelles.

Les directeurs de la DSC mettront en place un comité de coordination des programmes et des disciplines.

Il sera recommandé au conseil d'administration que ce tandem soit formé du directeur général adjoint (voir 2.4.4) et du chef du département de psychiatrie.

Les responsables du programme spécifique

Sous l'autorité des directeurs de la DSC, les responsables du programme spécifique sont mutuellement responsables des orientations cliniques et scientifiques, de la gestion des ressources qui leurs sont accordées ainsi que des activités et opérations médicales, cliniques et administratives. Ils assument leurs responsabilités en concordance avec la mission du programme ainsi que celle des autres programmes spécifiques.

Les structures de coordination

Le modèle de gestion mis de l'avant privilégie une reconnaissance et un travail en étroite collaboration entre les programmes spécifiques et les disciplines professionnelles. L'ouverture, la confiance ainsi que l'ajustement mutuel dans la recherche d'une réponse à une situation donnée constituent les fondements de la collaboration recherchée. Ces fondements sont à la portée de tous et sont des atouts précieux dans toutes circonstances.

Pour les soutenir dans la gestion courante du programme, les responsables identifieront avec la DSI et la DSP les mécanismes de liaison requis. Les directeurs de la DSC identifieront avec chacun des tandems de responsables des programmes les modalités de collaboration visant à les soutenir dans la gestion courante.

Nous proposons ici des mécanismes formels qui faciliteront la mise en place de leviers énoncés à même le modèle de gestion évoqué précédemment. Le nombre de participants sur les divers comités se modulera en fonction de l'ampleur du programme.

Au niveau de la direction

Un comité de coordination des programmes et des disciplines

Les directeurs de la DSC mettront en place un comité de coordination des programmes et des disciplines. Coprésidé par ce tandem, le comité s'inscrit dans une démarche d'actualisation des responsabilités conjointes aux programmes spécifiques et aux disciplines professionnelles. Il vise à favoriser l'ajustement mutuel et développer un partenariat essentiel à l'élaboration du projet clinique dans le respect des responsabilités de chacun. Ce comité sera alimenté par les réflexions, les travaux et les discussions menées au sein de chacun des programmes. De même, les programmes seront soutenus par les travaux de ce comité. Le Comité pourra, au besoin, mettre sur pied certains sous-comités. Nous vous présentons ici le mandat de ce comité.

Le Comité de coordination des programmes et des disciplines doit notamment convenir des orientations cliniques et scientifiques des programmes spécifiques. Il convient également des objectifs annuels de la DSC proposés par les responsables des programmes spécifiques en s'assurant de la cohérence et de la complé-

mentarité avec ceux de la DSP et de la DSI. Il identifie aussi ses priorités de formation et de perfectionnement. Il convient de la composition des équipes des programmes spécifiques et l'ajustement des ressources en fonction de l'évolution des besoins de la clientèle et des meilleures pratiques selon les données probantes. Il assure le suivi des différents volets de son mandat.

La composition du Comité de coordination des programmes et des disciplines est la suivante:

- les directeurs de la DSC;
- les responsables de chacun des sept programmes spécifiques de la DSC;
- la directrice des soins infirmiers;
- le directeur des services professionnels.

Au niveau du programme

Un comité de gestion du programme

Les responsables de chaque programme spécifique doivent mettre en place un comité de gestion du programme. Coprésidé par le tandem, le mandat du comité est le suivant:

Le Comité de gestion du programme participe à l'élaboration des orientations et des objectifs cliniques, administratifs et scientifiques à atteindre en fonction des besoins de la clientèle du programme. Il veille à ce que soient impliqués les responsables des disciplines professionnelles afin de permettre l'ajustement mutuel et le développement d'un partenariat essentiel à l'élaboration du projet clinique dans le respect des responsabilités de chacun (voir pages 15 à 17). Il est également interpellé pour les affaires touchant la gestion courante du programme.

La composition du Comité de gestion du programme est la suivante:

- les responsables du programme;
- les autres gestionnaires du programme;
- des représentants des groupes professionnels du programme;
- la personne dédiée à la fonction conseil (notion de coach) pour la gestion des risques et de la qualité liée au programme du conseil d'agrément et du suivi des plans d'action qui en découlent;
- la personne dédiée à la fonction conseil en recherche clinique et évaluative.

Un comité de programmation

Soucieux de favoriser un lien étroit entre la pratique et la théorie pour offrir les meilleures pratiques au sein de chacun des programmes spécifiques, les responsables de chaque programme spécifique doivent mettre en place un comité de programmation dont le mandat est le suivant:

Les responsables de chaque programme spécifique doivent mettre en place un comité de gestion du programme.

Les responsables de chaque programme spécifique doivent mettre en place un comité de programmation.

La DSP et la DSI assumeront un rôle de leader de la qualité de l'activité professionnelle.

- connaître les meilleures pratiques concernant leur clientèle cible;
- développer les moyens de mieux inscrire ces connaissances et modèles de pratiques dans les interventions et l'organisation des services;
- clarifier et faire consensus sur le modèle général d'intervention duquel la DSC veut s'inspirer pour orienter son approche d'intervention et le développement de ses services cliniques;
- clarifier et faire consensus sur les valeurs inhérentes au modèle de services que la DSC veut promulguer et véhiculer dans son approche d'intervention;
- offrir une plate-forme où les décideurs de la DSC et ceux des autres directions de l'hôpital peuvent échanger sur les pratiques dans le but de trouver les meilleures façons d'organiser des pratiques et l'échange inter-directions.

La composition du comité de programmation est:

- les responsables du programme;
- les gestionnaires du programme;
- la personne dédiée à la fonction conseil (notion de coach) pour la gestion des risques et de la qualité liée au programme du conseil d'agrément et du suivi des plans d'action qui en découlent;
- la personne dédiée à la fonction conseille en recherche clinique et évaluative;
- au moins un représentant de la DSP;
- un représentant de la DSI;
- un représentant de la DSRHC (selon la capacité de la DSRHC de participer aux sept programmes).

Un tel comité existe déjà depuis plusieurs années à la DSRHC.

2.4.2 Les directions des disciplines professionnelles

Les directions des disciplines professionnels sont la DSP et la DSI. Ces directions assumeront un rôle de leader de la qualité de l'activité professionnelle ainsi que de la contribution des divers professionnels à l'enseignement et au développement des meilleures pratiques selon les données probantes et les démarches novatrices dans leurs champs d'activités.

Les responsabilités similaires

Tout en assumant le rôle dévolu à chacune de ces directions selon les dispositions légales qui les concernent, chacune d'elle devra:

- concevoir des modèles de distribution de soins et de services liés à sa discipline et appliquer les méthodes d'évaluation et approches reconnues pour répondre aux besoins de la clientèle;

- fournir l'expertise professionnelle pour concevoir et implanter de nouveaux services cliniques;
- élaborer et mettre en application les règles et techniques de soins de même que les normes de pratiques professionnelles (ex. : protocole lithium, protocole isolement et contentions);
- déterminer les profils de compétence des professionnels et s'assurer de la concordance entre les qualifications et les besoins des usagers;
- s'assurer de la compétence des professionnels et de son maintien;
- assurer la surveillance et le contrôle de la qualité des actes professionnels ainsi que la mise en place de conditions de pratique sécuritaire pour les professionnels de sa discipline et la clientèle desservie par eux;
- supporter le conseil concerné dans l'exécution de leur mandat (CMDP, CII, CM);
- collaborer à la coordination de l'enseignement et de la recherche pour les disciplines;
- rendre compte des résultats attendus pour chacune des directions.

En somme, la DSP et la DSI assument chacune l'ensemble des responsabilités concernant les disciplines professionnelles tel que présenté aux pages 15, 16 et 17 du présent document.

La gestion des directions des disciplines professionnelles

La Direction des services professionnels

Les rôles et responsabilités de la DSP sont notamment définis par la Loi sur la santé et les services sociaux qui stipule que c'est un médecin qui en assume la direction. De plus, elle gère les services transversaux et supporte les chefs de disciplines et de départements dans leurs rôles et responsabilités.

Les rôles actuels des chefs de services professionnels de l'ergothérapie-physiothérapie, de la psychologie et du service social seront modifiés pour s'ajuster au nouveau modèle de gestion. Il en sera de même du coordonnateur des éducateurs. Notre modèle repose sur une reconnaissance et un dynamisme accru des disciplines. Les responsables des disciplines jouent un rôle de premier plan dans le développement de leur profession et le soutien aux membres de leur discipline, dont le défi est d'offrir à la clientèle des services professionnels de grande qualité et à la fin pointe des pratiques. Ils sont les porteurs de la vision de leur discipline au sein de l'Hôpital ainsi que les garants d'un environnement propice à son épanouissement.

Le DSP participe d'office au comité de coordination des programmes et des disciplines, au comité de liaison des directions opérationnelles et des disciplines professionnelles ainsi qu'au comité d'orientation clinique et scientifique (voir 2.4.4 pour ces deux derniers comités). Des représentants de la DSP participeront d'office aux comités de programmation de la DSC et celui de la DSRHC (voir 2.4.3 pour cette direction).

Dans notre modèle, les responsables des disciplines jouent un rôle de premier plan dans le développement de leur profession et le soutien aux membres de leur discipline.

La DSI porte la responsabilité de la vision des soins infirmiers dans l'ensemble de l'organisation et s'assure que les conditions sont en place pour qu'elle s'actualise.

Des interfaces sont à établir entre la DSRHC et les programmes spécifiques afin d'accentuer la continuité des services.

La Direction des soins infirmiers

Les rôles et responsabilités de la DSI sont notamment définis par la Loi sur la santé et les services sociaux qui stipule que c'est une infirmière qui en assume la direction. Ainsi la DSI porte la responsabilité de la vision des soins infirmiers dans l'ensemble de l'organisation et s'assure que les conditions sont en place pour qu'elle s'actualise. Elle établit un plan d'organisation pour sa direction et des mécanismes de communication et de coordination lui permettant d'atteindre les objectifs dont elle est responsable. Le plan d'organisation intégrera les grands axes de responsabilité permettant à la DSI de relever le défi de créer une culture de soins sécuritaires et un environnement de pratique qui favorise la collaboration interprofessionnelle et interétablissement, le développement d'une pratique professionnelle de qualité incluant la gestion des risques et de normes de pratique de même que l'émergence de projets cliniques novateurs.

Les mandats de la DSI comprennent également la gestion des activités de prévention des infections; la coordination des activités en hospitalisation de soir, de nuit, de fin de semaine et les jours fériés; la coordination du modèle de l'épisode de soins et de services; la coordination des activités d'attraction et de rétention du personnel infirmier.

Le directeur participe d'office au comité de coordination des programmes et des disciplines, au comité de liaison des directions opérationnelles et des disciplines professionnelles ainsi qu'au comité d'orientation clinique et scientifique (voir 2.4.4 pour ces deux derniers comités). Des représentants de la DSI participeront d'office aux comités de programmation de la DSC et celui de la DSRHC (voir 2.4.3 pour cette Direction).

2.4.3 La direction des services de réadaptation et d'hébergement dans la communauté

La DSRHC demeure en place. Elle est, pour les usagers et leurs proches, le lieu de référence pour l'accès à des services de réadaptation et d'hébergement dans la communauté ainsi que le leader, auprès des partenaires internes et externes, de la gestion opérationnelle de la gamme de services spécialisés et surspécialisés sous sa responsabilités.

Tel que stipulé au *Cadre de référence*, des interfaces sont à établir avec les programmes spécifiques afin d'accentuer la continuité des services à la clientèle en besoin de services offerts par l'un et l'autre. La participation de cette Direction au comité de liaison (voir 2.4.4) va en ce sens. La gestion de cette direction s'inscrit dans le même esprit de partage de responsabilités que celui énoncé pour la DSC et de collaboration avec les disciplines professionnelles.

La gestion de la direction

Le chef médical et directeur participent d'office au comité de liaison des directions opérationnelles et des disciplines professionnelles ainsi qu'au comité d'orientation clinique et scientifique (voir 2.4.4 pour ces deux derniers comités).

Le comité de programmation de la DSRHC regroupe:

- les gestionnaires;
- le chef médical;
- les conseillers cliniques;
- le directeur adjoint;
- la direction des services professionnels;
- la direction des soins infirmiers.

2.4.4 La direction générale

Le contexte de réorganisation des soins et services cliniques, l'implantation de la nouvelle gouverne dans le réseau des services de santé et des services sociaux, l'implantation du plan d'action ministériel en santé mentale, la démarche de nomination de l'Hôpital à titre d'Institut universitaire en santé mentale, l'importance accrue de la gestion des risques et de la qualité au sein de l'établissement nécessite que la direction générale s'ajuste à cet environnement en changements importants et de plus en plus complexe.

Deux modifications seront apportées aux postes actuels d'adjoint au directeur général. L'un d'eux sera transformé en poste de directeur général adjoint et l'autre deviendra un poste d'adjoint responsable de la gestion des risques et de la qualité.

La gestion de la direction générale

Le comité de direction

Dorénavant le comité de gestion de la direction générale se nommera le comité de direction. Le comité de direction sera composé des directeurs de toutes les directions.

Le comité d'orientation clinique et scientifique

La direction générale met en place un comité visant à coordonner les orientations cliniques et scientifiques de l'établissement. Nous vous présentons ici le mandat de ce comité.

- Statuer sur les orientations cliniques et scientifiques qui émergent de la DSC et de la DSRHC.

Le contexte actuel nécessite que la direction générale s'ajuste à cet environnement en changements importants et de plus en plus complexe.

La direction générale met en place le comité de liaison des directions opérationnelles et des disciplines professionnelles.

- Favoriser le développement de projets conjoints entre cliniciens et chercheurs de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine portant entre autres sur les domaines suivants en recherche clinique: qualité des soins et des services de réadaptation, interventions psychologiques, efficacité des traitements pharmacologiques et psychothérapeutiques, études pharmaco-économiques et bioéthiques.
- Développer des partenariats en télésanté.
- Stimuler les activités de formation, de conférences, de colloques, de discussions de cas cliniques, d'activités conjointes avec les partenaires du milieu.
- S'assurer de la complémentarité et de la faisabilité pour l'établissement des priorités d'actions annuelles devant être approuvées par le conseil d'administration, à partir desquelles sera établi le budget annuel et le plan de développement des ressources humaines.

Il est également responsable du suivi de ces volets d'activités au comité de gestion.

Sa composition est la suivante:

- le tandem de direction de la DSC;
- le directeur de l'enseignement;
- le directeur de la recherche;
- la directrice des soins infirmiers;
- le directeur des services professionnels;
- le directeur et le chef médical de la DSRHC.

Le comité de liaison

La direction générale met en place le comité de liaison des directions opérationnelles et des disciplines professionnelles. Ce comité est l'un des lieux privilégiés de concertation visant à insuffler le leadership au sein de l'Hôpital pour faciliter l'atteinte des objectifs d'amélioration des services à la clientèle. Son mandat est de veiller au développement des collaborations entre la DSC et de la DSRHC ainsi qu'avec la DSP et la DSI par un suivi de l'implantation des différents leviers mis de l'avant dans le modèle de gestion.

Ce comité est composé des directeurs de ces directions, du chef médical de la DSRHC et de l'adjoint au directeur général responsable de la gestion des risques et de la qualité.

Tel que mentionné en début de chapitre, des directions sont peu affectées par la réorganisation des soins et des services cliniques. Il s'agit des directions de l'enseignement, de la recherche, des ressources humaines et des services administratifs. Pour vous permettre une vue d'ensemble des directions de l'Hôpital, vous trouverez en annexe VII une brève description de ces directions.

2.4.5 Schéma de la structure des directions

Cette révision, avec la création de la DSC, favorise les collaborations entre les directions pour améliorer le mieux-être des usagers et de leurs proches.

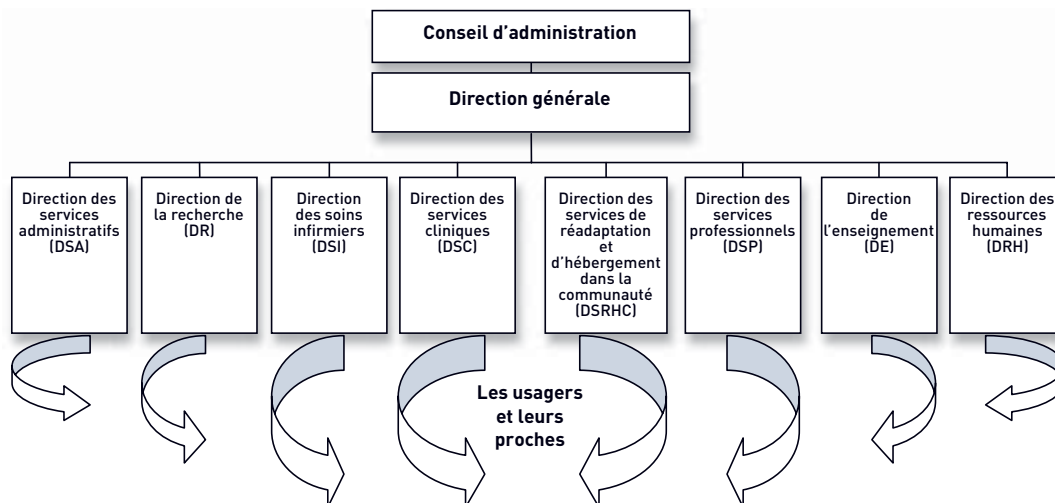
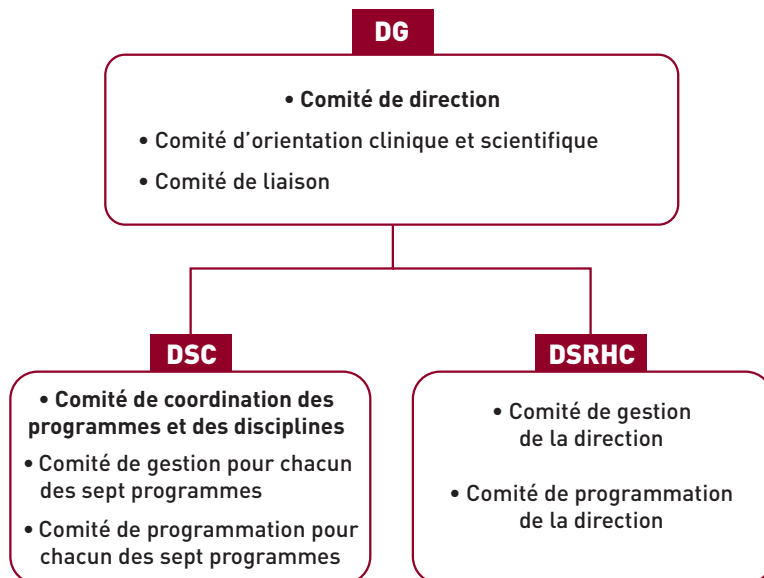


Schéma des nouveaux comités et des comités modifiés



3. Conclusion

Nous nous apprêtons à franchir une étape importante de la réorganisation des soins et services cliniques, suite à laquelle s'amorcera la nomination des responsables des programmes et se poursuivra le design de ceux-ci selon les éléments de la programmation énoncés dans le Cadre de référence.

Les choix qui découleront de la bonification du document de consultation seront déterminants sur la façon de poursuivre cette réorganisation, mais aussi sur ce que deviendra l'Hôpital Louis-H. Lafontaine dans les prochaines années. Nous sommes à un tournant de l'organisation des soins et services à Louis-H. Lafontaine.

Nous sommes assurés de votre participation active pour discuter et bonifier ce document qui sera révisé à la lumière de vos commentaires pour être déposé, au terme de la présente démarche, au conseil d'administration du 21 mars 2006.

Annexe I

PROFILS DES CLIENTÈLES ET CODES DES DIAGNOSTICS¹

Évaluation et interventions brèves:

Des personnes ayant des problèmes de santé mentale diagnostiqués ou suspectés.

Troubles psychotiques:

Des personnes ayant un diagnostic de schizophrénie et troubles apparentés (états délirants, psychoses non organiques). Référence 291, 292, 293.8, 285, 297, 301 (groupe A)

Troubles anxieux et de l'humeur:

Des personnes ayant des troubles anxieux ou des troubles affectifs.

Référence 300, 308, 309, 312, 301 (groupe c), 291.8, 292, 293.8, 296, 300.4, 307, 311

Troubles de la personnalité:

Des personnes ayant des troubles de personnalité limite.

Référence 301 (groupe B)

Gérontopsychiatrie:

Des personnes ayant un profil gériatrique caractérisé par une perte d'autonomie fonctionnelle liée au vieillissement en plus d'un problème psychiatrique.

Des personnes généralement âgées de 70 ans et plus.

Référence 290, 295, 296

Déficience intellectuelle et maladie psychiatrique:

Des personnes ayant une déficience intellectuelle et des troubles mentaux généralement accompagnés de troubles graves de comportement.

Référence 317, 318 et 318

Toxicomanie et maladie mentale:

Des personnes ayant des troubles mentaux et une toxicomanie.

Référence 303, 304 et 305

1. Codes basés sur le DSM IV.

Annexe II

LEXIQUE

Service de psychiatrie des urgences (SPU)

- Offrir aux usagers dont l'état le requiert les services d'accueil, de triage, d'évaluation, de stabilisation, d'investigation et de traitement dans le but de répondre à une condition médicale urgente et/ou d'arriver à une décision éclairée sur l'orientation de l'utilisateur. (services ambulatoires)

Module d'évaluation-liaison (MEL)

- Offrir une structure d'accueil, d'évaluation de la clientèle référée par un médecin traitant (omnipraticien de la première ligne) qui désire faire évaluer un usager et recevoir des recommandations liées au traitement ou à un orientation potentielle vers un service spécialisé ou surspécialisé. Le MEL s'inscrit dans le cadre d'un modèle de soins partagés. Le plan d'action du ministère prévoit un mécanisme d'accès en 1^{re} ligne par lequel cheminera les références vers les établissements de 2^e ligne. (Services ambulatoires)

Unité d'intervention brève (UIB)

- Offrir un service d'évaluation et d'interventions intensives et brèves auprès des personnes vivant une période de crise mettant l'emphase sur une initiation précoce du traitement et une évaluation interdisciplinaire du milieu de vie. (Hospitalisation)

Cliniques externes (CE)

- Offrir des services d'évaluation, de traitement et de réadaptation psychiatriques diversifiés de 2^e et 3^e lignes à la clientèle locale et régionale ayant des troubles mentaux (services ambulatoires).

Hôpital de jour (HJ)

- Offrir un traitement intensif et de courte durée aux personnes présentant une symptomatologie aiguë ou subaiguë entraînant une souffrance et une détérioration du fonctionnement global. Les personnes doivent être volontaires et capable d'établir un contrat thérapeutique. Il constitue une alternative à l'hospitalisation. (Services ambulatoires)

Suivi intensif dans le milieu (SIM)

- Offrir un soutien individualisé et au quotidien dans le milieu de vie de la personne pour faciliter le traitement, la réadaptation et la réhabilitation de personnes ayant des troubles mentaux graves et réfractaires. (stabilisation symptomatique et sociale, réponse aux besoins et qualité de vie dans la communauté, développement du potentiel et des habilités, support aux proches et actions dans la communauté). (Services ambulatoires)

Suivi clinique

- Offrir un soutien individualisé au quotidien aux personnes stabilisées hébergées en ressources non institutionnelles (ressource de type familial et ressource intermédiaire privée) pour faciliter le maintien de leur santé et de leurs acquis.

Unité de soins intensifs

- Offrir des services de soins intensifs psychiatriques de troisième ligne à la population locale, régionale et supra régionale. Évaluer et traiter les personnes présentant une décompensation aiguë avec désorganisation majeure du comportement nécessitant un encadrement et une supervision étroite et intensive ou une pathologie complexe afin de préciser le diagnostic et l'approche thérapeutique la plus appropriée. Ces services sont également offerts, par consultation, aux usagers des différentes unités de soins en collaboration avec l'équipe traitante. (Hospitalisation)

Unité de traitement intensif

- Offrir des soins et des services de traitement intensif psychiatrique de deuxième ligne de courte durée à la population locale et régionale. Évaluer et gérer la crise aiguë, stabiliser les symptômes et préparer le retour dans le milieu naturel le plus rapidement possible. (Hospitalisation)

Unité de réadaptation intensive

- Offrir des soins psychiatriques de traitement et de réadaptation intensive de troisième ligne à la population locale, régionale et supra région en vue de maintenir, recouvrer ou développer les capacités cognitives, affectives, personnelles, relationnelles, sociales et vocationnelles des personnes présentant des troubles graves et réfractaires aux traitements habituels *nécessitant une intensité élevée au plan des interventions dans un cadre thérapeutique spécifique*. (Hospitalisation)

Unité de traitement et de réadaptation

- Offrir des soins psychiatriques de traitement et de réadaptation de deuxième ligne à la population locale et régionale en vue de recouvrer ou développer les capacités cognitives, affectives, personnelles, relationnelles, sociales et vocationnelles des personnes présentant des troubles graves et réfractaires aux traitements habituels *par une intensité modérée au plan des interventions*. Un volet de recherche en pharmacologie est également offert. (Hospitalisation)

Unité de réinsertion sociale

- Offrir des services psychiatriques de traitement, réadaptation et réinsertion sociale de deuxième et troisième ligne à la population locale, régionale et supra régionale en vue de maintenir, recouvrer ou développer les capacités cognitives, affectives, personnelles, relationnelles, sociales et vocationnelles des personnes présentant des troubles graves et réfractaires aux traitement habituels mais stabilisées *par une intensité élevée au plan des interventions visant la réinsertion communautaire et l'intégration sociale. Une résidence de groupe est rattachée à chacune des unités afin d'offrir une étape supplémentaire dans le processus de réinsertion et ce dans la communauté*. (Hospitalisation)

Unité transitoire de type CHSLD

- Unité de type CHSLD régulier. Offrir, de façon transitoire, des soins et des services hospitaliers de base aux personnes hospitalisées stabilisées au plan psychiatrique. (Une approche de milieu de vie est privilégiée et vise à maintenir les capacités conservées). (Hospitalisation)

Annexe III

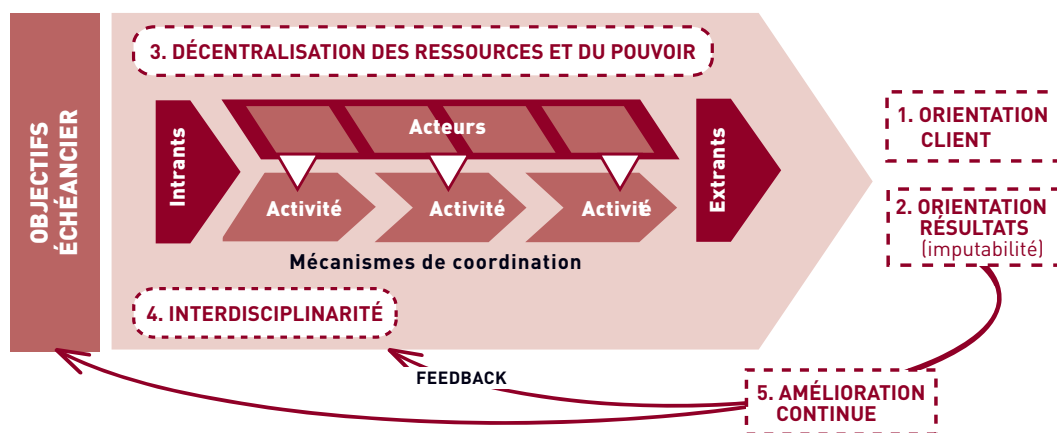
SERVICES ACTUELS POUVANT ÊTRE ASSOCIÉS À UN PROGRAMME

Nous vous présentons le fruit de la réflexion du groupe de travail *profil des clientèles et les types de services des programmes* sur les services actuels centrés sur des clientèles spécifiques. Dans les travaux à venir, une attention particulière leur sera accordée puisque leur mandat ou leur mode de fonctionnement s'inscrivent déjà dans le sens souhaité et, de ce fait constitue des acquis importants. Il va sans dire que les services fonctionnant sur une base territoriale ou selon d'autres modalités n'apparaissant pas dans ce tableau seront également pris en considération dans les travaux à venir (volet 2 et 3 du plan d'implantation).

| PROGRAMME SPÉCIFIQUE | SERVICES POUVANT ÊTRE ASSOCIÉS |
|--|--|
| Évaluation et intervention brève | <ul style="list-style-type: none"> • Urgence • Module évaluation liaison (MEL) • Unité d'intervention brève (UIB) • Unité des soins intensifs |
| Troubles psychotiques | <ul style="list-style-type: none"> • Clinique Jean-Marc Bordeleau • Clinique Jeunes Adultes • Hôpital de jour équipe A • Les unités 208, 308 et les 18 places des résidences Belfroy et Mousseau • Les unités 503, 504, 505, 108 et 204 |
| Troubles anxieux et de l'humeur | <ul style="list-style-type: none"> • Clinique d'intervention cognitivo-comportementale • Hôpital de jour équipes B et E |
| Troubles de la personnalité | <ul style="list-style-type: none"> • Clinique des troubles de la personnalité • Hôpital de jour équipe C |
| Gérontopsychiatrie | <ul style="list-style-type: none"> • Clinique de gérontopsychiatrie • Hôpital de jour équipes G1 et G2 • Les unités 301, 302, 305 402 et 405 |
| Déficience intellectuelle et maladie psychiatrique | <ul style="list-style-type: none"> • Les unités 226, 428 et du 3^e Riel |
| Toxicomanie et maladie psychiatrique | <ul style="list-style-type: none"> • La clinique Cormier-Lafontaine |

Annexe IV

LES CINQ FACTEURS CLÉS DE SUCCÈS



1. **Orientation client:** *Placer le patient (et la clientèle spécifique du programme) au centre des préoccupations de l'équipe de soins*
 - Définir des indicateurs de résultats centrés d'abord sur l'intérêt et le bien-être du patient (ou de la clientèle spécifique)
 - Valider ces indicateurs par la cueillette systématique de données auprès des clientèles concernées
2. **Orientation résultats:** *Définir des indicateurs de résultats pour le bien-être de la clientèle traitée*
 - Indicateurs spécifiques
 - À atteindre dans un délai donné
 - Élaborés par l'équipe de soins
 - Dont les participants sont conjointement et solidairement responsables (imputabilité)
3. **Décentralisation des ressources et du pouvoir:** *Favoriser une autonomie de gestion pour l'équipe de soins*
 - Responsabilisation accrue sur le déploiement et l'utilisation des ressources
 - Par l'installation de mécanismes de coordination pour gérer le processus de décision
 - Ce qui nécessite une implication accrue de l'équipe de soins
4. **Interdisciplinarité:** *Favoriser la prise en charge du processus de soins par une équipe multidisciplinaire*
 - Reconnaissance explicite de la complémentarité des expertises pour atteindre les résultats escomptés
 - Action concertée d'une équipe de professionnels partageant la responsabilité des résultats atteints
5. **Amélioration continue:** *Analyser systématiquement les résultats obtenus comme moyen d'ajuster en continu les pratiques déployées*
 - Utilisation systématique de standards d'excellence (benchmarking) comme base de mise en place des pratiques de soins
 - Remise en question continue des pratiques utilisées à la lumière des résultats atteints

Source: Réal Jacob, CETO, Présentation du 8 novembre 2005.

Annexe V

CYCLE ANNUEL DE PLANIFICATION

Janvier à mars

- Élaboration des priorités de HLHL
- Élaboration des priorités des programmes cliniques et de la DSRHC
- Planification de la main-d'œuvre
- Planification budgétaire

Avril et mai

- Appréciation de la contribution personnelle

Juin

- Planification des priorités de formation dans le cadre du plan de développement des ressources humaines (PDRH)

Novembre et mai de l'année suivante

- Suivi de l'atteinte des résultats

Annexe VI

EXEMPLE DE PARTAGE DES RESPONSABILITÉS

Responsabilités conjointes

- Proposer les orientations cliniques et scientifiques du programme-clientèle
- Effectuer la planification et élaborer les objectifs annuels
- Organiser la prestation des services à la clientèle
- Évaluer les besoins requis en effectifs professionnels
- Gérer les opérations cliniques
- Appliquer des protocoles de soins spécifiquement reconnus, chacun dans son champ respectif
- Évaluer et améliorer les résultats cliniques : qualité des soins, suivi des plaintes et gestion des risques
- Favoriser l'accueil des stagiaires et le développement des stages

Responsabilités du cogestionnaire médical

- Assurer la planification des ressources médicales et des activités cliniques des médecins
- Assurer la continuité inter programme en lien avec les autres cogestionnaires médicaux
- Évaluer les besoins requis en effectifs médicaux
- Assurer l'application des protocoles médicaux et des standards de pratique professionnelle en lien avec les chefs de service

Responsabilités du cogestionnaire clinico-administratif

- Assurer la gestion des ressources humaines matérielles, technologiques, financières et informationnelles
- Appliquer et développer les outils de mesure, d'évaluation et de collecte d'informations
- Appliquer les dispositions des conventions collectives, les politiques et les règlements de la pratique professionnelle ainsi que ceux reliés à la santé et à la sécurité au travail du personnel de l'établissement

Annexe VII

Les Directions de l'enseignement et de la recherche faciliteront l'intégration des stagiaires et des projets de recherche au sein des programmes et des services cliniques transversaux. Elles sont d'un apport essentiel dans les orientations cliniques et scientifiques.

Les directions des services administratifs et des ressources humaines bien qu'elles aient un apport davantage administratif que clinique sont aussi indispensables. Elles devront s'assurer de maintenir une approche de gestion interdisciplinaire et mettant en valeur les principes directeurs de la transformation.

La Direction de l'enseignement (DE) doit:

- voir à la coordination de l'enseignement au sein de l'établissement;
- promouvoir l'enseignement;
- voir, en collaboration avec la DSP et la DSI, à réaliser des programmes d'enseignement conformes aux objectifs des maisons d'enseignement et que les mécanismes d'évaluation des enseignants et de l'enseignement soient respectés;
- s'assurer d'obtenir des facultés universitaires concernées la programmation de l'enseignement;
- s'assurer de la tenue des dossiers des stagiaires;
- coordonner l'évaluation des stagiaires au sein de l'établissement;
- assurer la planification et la gestion des ressources financières, humaines et matérielles reliées à l'organisation de l'enseignement (stages, bibliothèque, salles de cours et audiovisuel);
- déposer un rapport de fin d'année et le transmettre aux chefs de département, à la direction de l'établissement, au comité d'enseignement, à l'Université de Montréal et aux autres maisons d'enseignement concernées;
- participer à la définition et à l'atteinte des objectifs stratégiques organisationnels;
- coordonner les activités de mise à jour des connaissances des professionnels (ex.: conférences multidisciplinaires).

La Direction de la recherche (DR) doit:


- voir à la coordination de l'exécution de la programmation de la recherche;
- assurer l'encadrement des étudiants en recherche en collaboration avec les directions concernées;
- gérer le budget de fonctionnement du centre de recherche;
- recruter de nouveaux chercheurs;
- faire des recommandations sur l'allocation des fonds alloués à la recherche et provenant de diverses fondations;
- effectuer toute recommandation appropriée concernant la recherche aux doyens des facultés concernées et au directeur général de l'établissement;
- déposer un rapport de fin d'année et le transmettre à l'Université de Montréal et à la direction de l'établissement;
- participer à la définition et à l'atteinte des objectifs stratégiques organisationnels.

La Direction des ressources humaines (DRH) doit:

- assumer les mandats qui relèvent de son expertise spécifique tel: la dotation, la rémunération, la gestion des avantages sociaux, la santé et sécurité au travail, les activités de remplacement du personnel, la formation et le développement des compétences, les relations de travail et le respect des conventions collectives;
- conseiller et supporter les gestionnaires dans la résolution des problèmes de gestion du personnel et d'organisation du travail;
- favoriser la création d'un climat de travail mobilisateur;
- s'assurer de la promotion et de l'intégration des valeurs organisationnelles;
- participer à la définition et à l'atteinte des objectifs stratégiques organisationnels.

La Direction des services administratifs (DSA) doit:

- planifier, en collaboration avec les directions, et gérer de façon optimale les ressources financières, matérielles et informationnelles;
- assurer l'intégrité financière de l'établissement;
- diriger le processus budgétaire et assurer les liens avec l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux;
- élaborer et réaliser le plan directeur des systèmes d'information;
- élaborer, mettre à jour et réaliser le plan directeur des immobilisations;
- assurer une saine gestion des activités de support: la buanderie/lingerie, l'entretien sanitaire, la sécurité, les télécommunications, les ressources informationnelles, les services alimentaires, le transport et de la messagerie, le fonctionnement et l'entretien des installations matérielles, l'aménagement et la construction;
- participer à la définition et à l'atteinte des objectifs stratégiques organisationnels;
- assurer l'approvisionnement en biens et services.



Le 7 juin 2005, le conseil d'administration de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine adoptait le *Cadre de référence sur l'organisation des soins et services cliniques*. Afin de réaliser cette nouvelle organisation, nous nous sommes dotés, en septembre 2005, d'un plan d'implantation. Ce dernier instituait notamment deux groupes de travail, l'un chargé de définir le profil des clientèles et les principaux types de services devant être offerts et l'autre devant proposer un modèle de gestion des soins et services par programmes et une structure.

Le présent document de consultation porte sur ces deux volets. Il résume et s'inspire des rapports des groupes de travail et vise à susciter une réflexion au sein de l'établissement afin de bonifier la proposition qui sera soumise au conseil d'administration, le 21 mars 2006.

Hôpital
Louis-H. Lafontaine

AFFILIÉ À
Université
de Montréal 