



RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE MONTRÉAL-CENTRE

LA MISE EN PLACE DE CONTINUUMS DE SERVICES DANS LA RÉGION DE MONTRÉAL-CENTRE

Réflexions sur les projets en cours ou complétés

Murielle Leduc
Service des études et de l'évaluation
Direction de la programmation et coordination

24 septembre 2001

Disponible aux Services documentaires de la Régie régionale de Montréal-Centre
(514) 286-5604

Prix : ~~5.00\$~~

© Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2001

Dépôt légal – Bibliothèque nationale du Québec, 2002

TABLE DES MATIÈRES

	<u>Page</u>
INTRODUCTION	1
1. RAPPEL DES ORIENTATIONS PRÔNÉES PAR LA RÉGIE RÉGIONALE	1
1.1 Leviers régionaux de gestion	1
1.2 Orientation générale	2
2. LA MISE EN PLACE DE CONTINUUMS OU DE SERVICES INTÉGRÉS.....	3
2.1 Le développement d'une vision commune du projet à réaliser.....	4
2.2 L'implication des partenaires	6
2.3 L'information et la formation	8
2.4 La mise en œuvre.....	10
3. QUE RETENIR DE CES PROJETS ?	14
3.1 Principaux enjeux	14
3.2 Constats généraux.....	15
3.3 Facteurs de succès	15

BIBLIOGRAPHIE

INTRODUCTION

En arriver à une organisation des soins de santé et de services sociaux qui assure à la population une continuité dans les services qu'elle requiert constitue un sujet de préoccupation majeure. En effet, au cours des années, les constats portant d'une part, sur le morcellement des services ou l'existence de zones grises et d'autre part, sur la difficulté éprouvée par les usagers à comprendre les partages de responsabilités et à assumer eux-mêmes la coordination des services, ont été faits dans plusieurs secteurs. Ces situations ont amené divers acteurs à prendre position en faveur d'une meilleure intégration des services. La Régie régionale de Montréal-Centre s'est située dans ce courant en annonçant dans son plan directeur¹ de 1995 ses intentions en matière de continuité de services.

L'objectif de ce document est de considérer ce qui s'est fait en matière de continuité de services dans la région de Montréal-Centre et ce, dans la perspective d'alimenter les démarches subséquentes visant la mise en place d'une telle organisation des services. Le document se divise en trois parties. La première partie précise la position générale de la Régie régionale en matière de continuité de services (vision) et montre comment s'est concrétisée cette orientation dans les différents secteurs de responsabilités (objectifs et plan d'action). La seconde partie consiste en une analyse de ces divers projets en fonction de variables qui sont considérés comme étant associées à la mise en place de continuums ou de services intégrés. La dernière partie tente de faire ressortir les principaux enjeux ainsi que les conditions facilitantes qui présentent un potentiel de généralisation pour le développement de services continus.

1. RAPPEL DES ORIENTATIONS PRÔNÉES PAR LA RÉGIE RÉGIONALE

1.1 Leviers régionaux de gestion

Pour organiser les services, la Régie régionale dispose de différents leviers, que ce soit l'allocation des ressources ou la coordination des services. Dans le premier cas, l'effet structurant est direct, dans le second l'effet s'inscrit à plus long terme puisqu'il appelle à des changements de pratiques dans la prestation des services.

¹ L'organisation des services de santé et des services sociaux sur l'Île de Montréal. L'atteinte d'un nouvel équilibre. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre. 1995.

Nous nous intéressons ici au volet de la coordination des services. La Régie régionale a structuré ses actions en ce domaine par continuum de services; il s'agit de grands ensembles de services qui touchent plusieurs catégories d'établissements et organismes pour une même clientèle ou type de services. Il peut s'agir des services aux personnes âgées, aux personnes handicapées physiques ou intellectuelles, à la santé physique, à la santé mentales et autres.

Les actions menées par la Régie régionale en matière de coordination visent habituellement toutes l'objectif de la continuité. Ces actions peuvent avoir une portée d'application générale pendant que d'autres auront une dimension expérimentale avant de penser les généraliser. Ces actions, appelées dans le langage de la Régie régionale mesures, sont de nature et de portée variables, selon le niveau de développement et le type de services impliqués. Elle touchent à l'accessibilité, à l'articulation et à la continuité des services.

1.2 Orientation générale

Dans le plan directeur de 1995, le développement d'une continuité dans les services fait partie des priorités régionales. La Régie régionale y annonce que l'atteinte d'un nouvel équilibre se construirait « autour d'une organisation de services complets et continus » qui est définie comme étant des services « accessibles au bon endroit, au bon moment, à la bonne personne ».

Cette orientation s'inscrit dans la même lignée que les travaux portant sur le concept régional des services de qualité². Ce concept retient cinq dimensions dans le secteur organisationnel pour définir des services de qualité, soit la facilité d'accès, la continuité, l'accessibilité, la rapidité et le confort. La continuité des services est définie comme étant: « l'assurance d'un traitement complet dépourvu de ruptures dans la prise en charge, les responsabilités ou l'information ».

Le plan directeur de 1995 précise également l'approche privilégiée par la Régie régionale pour assurer la continuité des services. Sur la base des caractéristiques propres au milieu métropolitain qui comprend un grand nombre d'établissements publics et de partenaires,

² Programme d'amélioration continue de la qualité des services et de la satisfaction des usagers. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Direction des relations avec la communauté. Révisé septembre 1995, p. 15. Le même concept était confirmé dans les travaux menés en 2000.

la Régie régionale prône la mise en réseau interactif de ces entités autonomes. Un des principes directeurs retenus est la responsabilisation des dispensateurs de services du réseau.

Le choix organisationnel de développer des réseaux interactifs à partir d'entités autonomes implique que la mise en œuvre des orientations envisagées dans les différents secteurs doit reposer sur le ralliement des différents partenaires autour d'objectifs communs et de l'acceptation d'une coordination de leurs actions. Cette approche est maintenue et étayée dans le plan directeur³ de 1998 puisque les propositions d'amélioration des services reposent sur la mise en place de continuums dans les différents secteurs de responsabilités.

Dans les faits, on peut retenir trois types d'orientations en matière de coordination des services qui visent la continuité des services :

- les orientations qui visent l'ensemble d'un secteur et les services requis par la clientèle sont en général fournis sur une base séquentielle;
- les orientations concernant également l'ensemble d'un secteur mais les services requis par la clientèle peuvent être fournis sur une base séquentielle ou simultanée;
- les orientations qui visent des clientèles spécifiques et vulnérables qui doivent recourir simultanément à plusieurs services relevant de différents établissements.

2. LA MISE EN PLACE DE CONTINUUMS OU DE SERVICES INTÉGRÉS

Les évaluations d'implantation dont nous disposons pour une partie des projets alliées aux constats dégagés de l'analyse des autres expériences permettent d'apprendre sur la mise en place de continuums et de services intégrés. Ainsi un certain nombre d'éléments reliés à la conduite de tels changements ont été identifiés et les différents projets préalablement présentés sont considérés en fonction de ces diverses composantes.

³ Régie régionale de Montréal-Centre. Le défi de l'accès. Plan d'amélioration des services de santé et des services sociaux 1998-2002. Juin 1998.

2.1 Le développement d'une vision commune du projet à réaliser.

Le développement d'une vision commune signifie que tous les acteurs concernés, puisqu'il s'agit de partenaires autonomes, s'entendent sur les objectifs visés par le projet de continuums ou d'intégration de services ainsi que sur l'approche choisie pour les atteindre. Les expériences considérées suscitent différents commentaires sur ce point.

- **L'adhésion des partenaires à un projet de continuums ou d'intégration de services demande qu'une étape préalable ait été franchie, soit l'établissement d'un consensus sur la situation problématique et les enjeux dans le secteur visé.**

Les différents projets considérés n'avaient pas tous atteint le même degré de développement lors de la préparation du plan directeur de 1998.

Dans le secteur de la réadaptation physique et ce, autant pour les services offerts aux personnes ayant une déficience motrice, sensorielle ou des troubles du langage et de la parole, un consensus existait sur les orientations générales, soit :

- Σ garantir un accès équivalent aux services dans l'ensemble du territoire dans un contexte où différents établissements se partagent une même mission mais avec des applications différentes dues notamment à des dimensions historiques ou linguistiques;
- Σ assurer une continuité lorsque les services requis sont sous la responsabilité de différents établissements.

Le plan directeur de 1998 ne contenait cependant pas de propositions spécifiques sur les projets à réaliser pour répondre à ces orientations générales. Le manque de connaissance sur la situation des services en était une des causes identifiées. Ainsi, a-t-il été prévu d'amorcer des travaux en réalisant des bilans dans chacun des secteurs. L'objectif était de développer une vision commune de la problématique et d'identifier des priorités d'intervention permettant d'assurer un meilleur continuum de services.

- **La concertation et l'appropriation par les différents partenaires d'une vision commune constituent une phase dont on a tendance à sous-estimer l'importance et la durée.**

Dans le projet du Guichet unique, on identifie parmi les obstacles à son implantation les différences de compréhension de ce qu'est le projet. Le manque de perception commune des besoins de la clientèle ainsi que le manque de sensibilisation des organismes du réseau sont aussi considérés comme des limites à son implantation. Parmi les conditions favorables à la généralisation de projets, on mentionne le fait de mieux cibler la clientèle et d'assurer une meilleure information des partenaires qui auront à travailler avec cette nouvelle forme d'organisation des services.

Dans le Projet jeunesse montréalais, la première étape pour le volet CLSC-Centres jeunesse, complétée en mai 1999, a consisté à s'entendre sur un cadre d'entente⁴ qui précise les rôles, les responsabilités et les perspectives d'articulation. Par la suite, un comité régional d'articulation avec le mandat de suivre la mise en place du mécanisme d'articulation locale dans les 29 territoires de CLSC a été mis sur pied. Des travaux visant à préciser les mécanismes d'application tant au niveau local que régional se poursuivent depuis septembre 1999. L'évaluation de la première phase du projet, volet CLSC-Centres jeunesse qui couvre la période du 1^{er} avril 1999 au 30 janvier 2000 fait ressortir que l'appropriation du cadre d'entente par les gestionnaires impliqués dans l'implantation varie d'un territoire à l'autre. L'appropriation par les intervenants est moins avancée puisque même si la majorité de ceux-ci connaissent l'existence du projet en cours, une partie seulement a reçu le document et en a donc une connaissance plus approfondie. Une présentation formelle du cadre d'entente était prévue pour l'automne 2000.

L'évaluation de la première phase fait ressortir que le premier défi de l'implantation est l'appropriation du cadre d'entente par tous les participants (gestionnaires et praticiens) et le développement d'une compréhension commune des collaborations obligatoires. À titre d'exemple, il est mentionné que dans un des territoires visés, les partenaires ont identifié que les problèmes d'implantation découlent des écarts entre les philosophies et les approches d'interventions des établissements et leur compréhension des mandats et des rôles.

- **Les niveaux de concertation requis pour le développement d'une vision commune, et donc l'importance et la durée de la démarche, varient en fonction du degré d'intégration visée.**

Dans la mise en place de continuums de services, le niveau de ralliement et d'implication se fait surtout avec les directions générales d'établissements puisqu'il est question des

⁴ Ces orientations ont fait l'objet d'un document intitulé « Projet jeunesse montréalais- CLSC-CJ ».

rôles et des responsabilités de chacun. Par contre, la mise en place de services intégrés nécessite une concertation avec les autres niveaux d'intervenants.

L'évaluation de l'implantation *du projet des soins palliatifs* met en évidence l'importance de développer une vision et des orientations communes lorsqu'une intégration clinique est visée ainsi que les délais requis pour une telle réalisation. De l'expérimentation sur une période de 18 mois, il ressort qu'il y a davantage de coopération et de coordination et que les partenaires ont maintenant une meilleure vision des changements à exercer pour obtenir un véritable continuum. Des étapes majeures restent à franchir avant que la clientèle desservie ne devienne une clientèle conjointe. L'atteinte de tels résultats exige une philosophie et une approche commune et passe par des modalités d'articulation qui sont à améliorer.

2.2 L'implication des partenaires

Le fait de travailler avec des partenaires autonomes demande que ceux-ci souscrivent aux changements et participent à leur implantation. Leur implication dans les différentes étapes du processus d'élaboration de la programmation ainsi que dans son opérationnalisation doit donc être suscitée. Différents enseignements peuvent être tirés des projets.

- **Les niveaux d'implication requis sont reliés au type d'intégration souhaitée et à l'état d'avancement des projets.**

Dans les *projets SIPA, Soins Palliatifs et Guichet unique* qui demandent une intégration clinique des services, l'interface se fait jusqu'au niveau des praticiens. Le degré d'intégration visé demande une révision de leur organisation du travail et implique un investissement important car des changements de pratique sont visés.

Dans le secteur des *services de réadaptation pour les personnes ayant une déficience physique*, l'objectif étant d'assurer des services continus, les changements nécessaires peuvent également avoir un impact sur la définition et l'organisation d'une partie du travail des intervenants mais dans une moins grande proportion. Ainsi, le bilan des services de réadaptation offerts à la clientèle pédiatrique ayant une déficience motrice a mis en évidence l'importance de repréciser le rôle de chacun quant aux services à offrir et aux modalités de transferts et ce, afin d'éviter, par exemple, que des évaluations soient reprises lors de transferts. Ce type d'adaptation, afin d'assurer une meilleure continuité de

services, peut être assumé parallèlement par chaque établissement sur la base des responsabilités qui leur ont été précisées.

Le niveau d'implication requis est également relié à l'état d'avancement des projets. Ainsi, le secteur de réadaptation physique, en étant à la phase de définition d'orientations communes, les interventions se situent essentiellement au niveau de l'articulation des établissements et demandent à cette étape une implication des gestionnaires.

- **L'obtention de la collaboration des divers partenaires pour la réalisation d'actions concrètes est à construire**

Que ce soit comme établissement :

Dans les projets expérimentaux reliés aux *Soins palliatifs et au SIPA*, la collaboration globale des directions d'établissements est acquise puisque la participation se fait sur une base volontaire. Dans d'autres cas, l'intérêt et l'implication doivent être suscités tels que pour les *services médicaux de première ligne* ou pour le *Projet jeunesse montréalais*.

Le forum organisé en septembre 2000 sur les *services médicaux de première ligne*⁵ a fait ressortir que les objectifs visés dans ce domaine ainsi qu'un des moyens pour les atteindre, soit le développement d'une complémentarité entre les CLSC et les cabinets privés pour fournir les services médicaux de première ligne, font l'objet de consensus depuis de nombreuses années. Un des constats étant que la bonne volonté n'ayant pas jusqu'à maintenant donné les résultats escomptés, la pertinence d'envisager des mesures incitatives et même coercitives a été soulevée. Il y était mentionné qu'en ce moment aucun organisme ne semble disposer de leviers suffisants pour le faire. Les rôles du Département régional de médecine générale (DRMG) et de la Régie régionale face à ce problème étaient questionnés.

L'évaluation du *Projet Jeunesse montréalais* identifie parmi les acquis les efforts faits par les 29 CLSC et les 2 Centres jeunesse pour améliorer leur niveau d'articulation. Même si les démarches enclenchées n'ont pas encore la portée systématique recherchée, celles-ci indiquent néanmoins une volonté de décroiser les milieux de pratique. Il y est

⁵ Lauzon N. Rapport de consultation sur l'organisation et le financement des services de santé et des services sociaux, Régie régionale de Montréal-Centre, Direction de la programmation et coordination, Service des études et de l'évaluation, octobre 2000.

mentionné que l'enjeu majeur concerne la mise en place des projets concrets, ce qui est encore peu fait.

Ou comme groupe d'intervenants :

Différents facteurs peuvent influencer sur le degré d'intérêt et donc d'implication dans la mise en place de tels services. Les deux projets pilotes font ressortir les difficultés d'impliquer les médecins. Ainsi les évaluations faites des projets *SIPA* et *Soins palliatifs* mentionnent comme problématique leur manque de disponibilité et de collaboration. Le même problème de disponibilité des médecins est également mentionné pour ce qui est du projet *Guichet unique*.

Les difficultés rattachées au développement d'une coopération entre les acteurs sont également soulignées dans le *Projet jeunesse montréalais*. Celle-ci doit reposer sur une confiance mutuelle entre les acteurs et sur l'identification des gains que chacun des participants peut retirer de l'introduction de ces changements. Cette étape ne semble pas franchie dans plusieurs territoires.

2.3 L'information et la formation

La collaboration souhaitée de la part des différents partenaires ne peut être acquise que si elle repose sur une compréhension et une adhésion au projet visé. La diffusion constante d'une information appropriée et la formation constituent des composantes importantes afin de préparer et de soutenir le changement. Les évaluations des projets pilotes et des continuums mettent en évidence les besoins en ce domaine.

- **Les besoins d'information sont souvent sous-estimés**

Un des constats faits dans plusieurs projets concerne le manque de connaissance des divers acteurs pour ce qui est des orientations prônées et du processus d'implantation.

L'évaluation du *Guichet unique* fait ressortir comme problématique le manque de communication entre le personnel des CLSC et celui-ci des hôpitaux. La méconnaissance de ces derniers du fonctionnement du *Guichet unique* et des services du CLSC ainsi qu'une vision souvent différente des services à offrir constituent des entraves à la

réalisation des objectifs visés. Un accent est mis sur l'importance de préparer l'introduction du changement en informant et en consultant les acteurs concernés.

Dans l'expérimentation de la mise en place des *Soins palliatifs*, la circulation de l'information est également présentée comme problématique et ce, autant pour les gestionnaires que pour les intervenants. Les changements significatifs prévus pour les intervenants, dans leur pratique et pour les gestionnaires, dans leur façon de gérer exige des échanges continus d'information. Ces échanges d'information sont considérés comme une façon de développer une vision commune d'intervention et de dépasser les frontières organisationnelles.

Dans le *Projet jeunesse montréalais*, un des enjeux de l'implantation du cadre d'entente est l'amélioration de la communication entre les intervenants et les établissements. Cet élément est présenté comme la clé de voûte des améliorations à apporter à l'articulation CLSC/Centres jeunesse puisque les acteurs considèrent que les rôles et les mandats ne sont pas définis ainsi que les objectifs et les moyens mis en place. La méconnaissance du réseau et des services disponibles a été relevée par des gestionnaires des deux types d'établissements. La clarification des mandats et des rôles des CLSC et des Centres jeunesse, des éducateurs en Centres jeunesse et en CLSC ainsi que des travailleurs sociaux, représente une condition essentielle car les chevauchements de pratique sont importants. La mise à jour et la clarification du protocole d'entente ainsi que l'information des intervenants sont vues comme des moyens favorisant le développement d'interventions concertées.

▪ **La formation**

La formation est également vue comme un élément qui soutient le changement puisque les modifications apportées à l'intervention demandent l'acquisition de nouvelles connaissances et d'habilités ainsi que de nouvelles manières de faire autant au niveau de la gestion que de la pratique. De par les constats découlant des diverses expériences, cet aspect demanderait un investissement plus important.

Le projet *Guichet unique* fait ressortir comme problématique le manque de formation adéquate tant préalable à l'implantation qu'en cours de réalisation. En effet, des commentaires des intervenants portent sur leur insatisfaction quant à la formation reçue. Ainsi retrouve-t-on parmi les conditions rattachées à la généralisation, la mise en place d'une formation adéquate et continue.

Dans les *Soins palliatifs*, il est suggéré que le plan de formation soit considéré comme un outil essentiel surtout lorsqu'une intégration clinique est visée. En effet, ce projet met en lumière le fait que la continuité clinique exige une définition commune des services à offrir (moment et raisons de référence) ainsi qu'une vision similaire de l'intervention. La formation est vue comme le moyen favorisant le développement conjoint de compétence.

Le *Projet jeunesse montréalais* met également en évidence l'importance de la formation continue. Le manque de connaissance sur le protocole d'entente et la nécessité d'avoir une formation conjointe sur des aspects reliés à l'intervention sont des éléments mentionnés dans la première évaluation. Un des enjeux identifiés pour la poursuite de l'implantation est l'appui à une démarche de formation continue et ce, prioritairement auprès de ceux dont le rôle et la tâche seront modifiés de façon importante.

En ce qui concerne *les services de réadaptation pour les clientèles ayant une déficience physique, les services en santé mentale et les services médicaux de première ligne*, l'état d'avancement des projets fait que cette dimension a été peu abordée.

2.4 La mise en œuvre

Toute réalisation en vue d'assurer une meilleure continuité des services couvre deux grandes dimensions : le « quoi faire » et le « comment faire ». La première relève de la formulation de projet (vision, programmation, objectifs visés) et la deuxième de la mise en œuvre. Différentes observations peuvent être tirées des démarches d'implantation considérées en ce qui concerne cette deuxième dimension.

- **La nécessité d'avoir rapidement des projets concrets pour montrer l'importance accordée aux objectifs mis de l'avant et maintenir ainsi l'intérêt des partenaires.**

Dans le projet des *services médicaux de première ligne*, le Forum tenu en septembre dernier faisait ressortir parmi les freins aux changements, le manque d'actions concrètes pour appuyer les mesures déjà définies. En effet, on y mentionnait que la consultation sur les urgences tenue en février 1998 avait déjà mis en lumière l'importance de mieux organiser le travail en amont et en aval mais que suite à cela, peu d'actions concrètes avaient été amorcées. Il était souhaité que des actions soient entreprises sur ce qui était identifié depuis quelques années comme étant nécessaire : le développement de mesures

de soutien aux services de première ligne. Une des actions à court terme recommandées par le Forum était d'organiser les services médicaux de première ligne pour répondre aux besoins de deux groupes de clientèles vulnérables connues qui requièrent des services de maintien à domicile, soit les personnes qui, suite à une hospitalisation, ont besoin d'un suivi et les personnes en perte d'autonomie.

- **La mise en place d'une coordination en fonction du degré d'intégration visée**

- ® **une meilleure articulation des établissements**

Deux aspects sont considérés lorsqu'une meilleure articulation entre les établissements est visée. Le premier de ceux-ci concerne le soutien continu des directions d'établissement tout au long de la définition et de l'implantation des changements requis. De tous les projets, l'implication des directions d'établissements ressort comme une priorité d'une part, pour indiquer l'importance du projet et d'autre part, pour collaborer à la définition des rôles et des responsabilités.

Le second point concerne la mise en place de mécanismes de coordination, qu'il soit appelé comité de pilotage ou comité d'articulation, chargés de l'opérationnalisation du projet. En effet, un des constats du projet *Guichet unique* est de ne rien implanter sans avoir un comité de pilotage responsable du suivi ainsi que des aspects suivants : la formation, la production de documents d'appui, les outils et ce, jusqu'au moment où le projet est complètement intégré. Ce comité est vu comme une façon de se donner les moyens de réussir les ajustements. Les mêmes recommandations découlent du projet des *Soins palliatifs*. Le *Projet jeunesse montréalais* met également l'accent sur le processus d'implantation et l'importance d'assurer le suivi car une fois les liens établis, les efforts doivent être continus pour maintenir et consolider les contacts établis.

- ® **pour la gestion de services intégrés**

Les deux projets pilotes centrés sur le développement de services intégrés tout comme le *Guichet unique* ont expérimenté l'utilisation de gestionnaires de cas. Cette approche commence à donner des résultats même si le rôle reste à consolider. Ainsi, dans le projet SIPA, la coordination des services requis par l'utilisateur est sous la responsabilité d'un gestionnaire de cas qui dispense également les services de première ligne qui relèvent de son domaine professionnel. Un des enjeux identifiés est relié à la capacité des CLSC d'exercer la responsabilité clinique et ce, peu

importe le lieu de prestation de services. Une amélioration de la coordination entre le SIPA et les établissements est relevée mais les gestionnaires de cas constatent cependant qu'ils ne sont pas toujours impliqués dans la planification des congés hospitaliers ou dans l'admission en CHSLD. Le pouvoir d'influence des gestionnaires de cas lorsque les soins sont dispensés par d'autres établissements qui ne reconnaissent par leur rôle est encore limité.

De l'implantation du *Guichet unique*, on retient que le rôle de gestionnaire de cas est considéré comme un processus d'aide à la coordination reposant davantage sur la bonne volonté des partenaires que sur leur réelle autorité. Ainsi constate-t-on que le rôle du gestionnaire de cas se limite à mieux concerter les contributions respectives de chaque dispensateur mais qu'il n'a pas le pouvoir de leur imposer une perception commune des besoins de la personne. En ce sens, la fragmentation du système de soins pour les personnes en perte d'autonomie à laquelle on voulait remédier n'a pas été fondamentalement transformée. Une des conditions pour que ces efforts améliorent sensiblement le fonctionnement des services est que le gestionnaire de cas dispose d'une autorité réelle. On mentionne également le fait que ces fonctions devraient être assumées par des intervenants qui se consacrent spécifiquement à ces tâches.

Dans le projet des *Soins palliatifs*, le gestionnaire de cas est primordial puisqu'on rattache la réussite de l'implantation de la continuité clinique inter et intra-établissements à sa capacité d'exercer son rôle.

- **Les changements dans la conception et l'organisation du travail**

La mise en place de continuums ou de services intégrés implique des changements dans la culture des organisations (approche) puisqu'elle influe sur des aspects administratifs et cliniques. Elle touche l'autonomie de fonctionnement des établissements puisqu'elle influe leur façon de définir et d'organiser les services. L'impact varie en fonction de l'intensité de l'intégration visée (continuums ou services intégrés). Ainsi le projet des *Soins palliatifs* fait-il ressortir l'importance des échanges et des ajustements que requièrent les changements dans le partage des responsabilités. Étant un des projets qui a bénéficié de financement, l'expérimentation a été facilitée par l'emploi de personnel supplémentaire. Le problème se pose au moment de l'intégration dans les activités régulières.

Dans les cas où la mise en place de services intégrés est assumée par le personnel régulier, une des difficultés découlent du fait que ces nouvelles fonctions viennent s'ajouter aux tâches déjà assumées. Ainsi dans le projet *Guichet unique*, on mentionne la surcharge de travail que représente la participation à cette expérimentation. L'ajout de tâche, le manque de ressources qui rend difficile l'absorption du surplus de travail et la difficulté de consigner le rôle de gestionnaire avec celui d'intervenants sont présentés comme des limites à l'expérimentation.

Un des défis de l'implantation du cadre d'entente que fait ressortir l'évaluation du *Projet jeunesse montréalais* consiste à promouvoir une organisation du travail permettant une meilleure intégration des services dans un contexte de disponibilité restreinte de ressources humaines..

- **Les outils en support aux changements de pratique**

La mise en place de continuums ou de services intégrés amène une reconfiguration des processus de travail et nécessite des outils permettant d'assurer une continuité sans reprise des interventions. Plusieurs outils ont été mentionnés comme étant nécessaires pour faciliter le fonctionnement et la circulation de l'information. Une des solutions avancées pour les projets visant l'intégration des services pour des clientèles spécifiques est la mise en place d'un système information client permettant aux intervenants concernés d'avoir accès en tout temps à l'information requise.

D'autres outils sont également appréciés tels les formulaires de référence interétablissements, les ententes sur les évaluations à réaliser et le recours au PSI qui est considéré comme un excellent outil pour développer une plus grande intégration clinique.

- **Les coûts**

L'importance des changements requis, et donc les coûts d'implantation qui y sont rattachés, varie selon que l'on vise un continuum ou des services intégrés. Ainsi, la mise en place de continuums n'exige pas de changement majeur et a donc un effet sur les fonctions du personnel qui peut être plus facilement assimilé.

Par contre les projets qui visent une intégration clinique ou une plus grande coordination clinique exigent une période d'apprentissage plus prononcée pour la compréhension et

l'intégration de ces nouveaux modes de fonctionnement. Le *Guichet unique* et le *Projet jeunesse montréalais*, volet CLSC-Centres jeunesse mettent en évidence les difficultés d'intégrer de nouvelles manières de faire tout en assumant les services. Ces expériences mettent en évidence les coûts qu'impliquent la mise en place de ces projets. En effet, durant la période de transition, des coûts supplémentaires en ressources humaines sont à prévoir pour ce qui est notamment du temps requis pour l'appropriation des projets, la participation aux comités de coordination managériale et clinique ainsi que la participation aux formations requises.

3. QUE RETENIR DE CES PROJETS ?

3.1 Principaux enjeux

Une organisation de services reposant sur une meilleure intégration de ceux-ci représente des enjeux différents pour les acteurs concernés. Rappelons d'abord qu'il s'agit pour les clientèles d'un moyen pour obtenir une réponse à l'ensemble de leurs besoins et de minimiser les problèmes découlant des transferts entre institutions.

Pour les établissements, la mise en place de tels services devrait leur permettre de mieux remplir leur mission en fournissant des services adaptés aux besoins des usagers. Cette organisation différente des services représente cependant divers enjeux puisqu'elle a un impact sur la forme d'autonomie que les établissements ont connue jusqu'à maintenant. Les approches de services développées par chacun sont remise en cause par les nouvelles modalités de collaboration. Une des préoccupations des établissements est d'en arriver à faire partager leur vision et leur approche des services afin que les modifications s'intègrent plus facilement dans leur mode de fonctionnement. Un enjeu semblable existe pour chaque groupe d'acteurs dans les établissements lorsque les changements envisagés peuvent avoir des répercussions sur les services qu'ils fournissent à la population.

La Régie régionale a la responsabilité d'assurer l'accès à des soins continus à la population de son territoire et ce, avec la collaboration des établissements. Cette meilleure coordination des services repose sur la participation en partie volontaire des établissements. Un des enjeux au niveau régional est d'obtenir les résultats escomptés en incitant et soutenant les transformations nécessaires à une meilleure coordination. Pour ce faire, elle peut susciter l'intérêt pour une telle démarche en démontrant la pertinence des changements et en clarifiant le partage de responsabilités. Elle peut également recourir à certains leviers dans la mesure où les établissements sont tenus d'offrir des services de

qualité (définis comme des services accessibles et continus) ce qui demande de créer des alliances lorsque la gamme de services relève de différentes organisations.

3.2 Constats généraux

Des expériences considérées, deux constats sont à retenir. La formulation des projets de continuums et de services intégrés (vision de ce qu'on veut globalement obtenir, programmation) est l'objet d'un travail qui est assumé ou soutenu au niveau régional. Un investissement important est consenti à ce niveau et les orientations font en général consensus. Par contre, la mise en œuvre des projets constitue un aspect majeur qui nécessite une plus grande implication. En effet, il se dégage des projets sous la responsabilité directe de la Régie régionale, qu'un investissement plus soutenu devrait être apporté à l'implantation.

Le second porte sur l'intensité des changements envisagés. Les projets ne visent pas tous le même degré d'intégration et il ne peut donc être question d'un seul modèle. Aussi est-ce pour cette raison que les termes continuums et services intégrés ont été constamment juxtaposés. Jusqu'à maintenant, les démarches sous le leadership direct de la Régie régionale visent plus la mise en place de continuums.

3.3 Facteurs de succès

Pour ce dernier point, l'accent est surtout mis sur les aspects reliés à la mise en œuvre car les éléments concernant la formulation de projet font déjà partie intégrante du fonctionnement en partenariat. Les principaux aspects à considérer lors de l'implantation d'un projet de continuums ou de services intégrés ont été synthétisés.

- l **Obtenir la coopération des différents acteurs.** La coopération des partenaires est au centre de la question de la coordination des services. Le mode d'organisation en vigueur dans le réseau de la santé et des services sociaux, fait que les actions menées au niveau régional pour obtenir une meilleure continuité reposent sur l'obtention de la collaboration des acteurs. Comme l'indiquent certaines expériences, un des facteurs de succès de l'implantation est de susciter l'intérêt des partenaires en introduisant le point de vue afin que le projet devienne un projet partagé (objectifs communs, approche choisie). En l'absence d'un tel consensus, des incitatifs découlant de la responsabilité des établissements d'offrir les services appropriés peuvent être mis de

l'avant pour obtenir les résultats visés. Un leadership à cet effet doit être clairement assumé.

- l **Disposer des leviers organisationnels appropriés** de façon à préparer et à accompagner le changement. Deux types de leviers sont principalement utilisés : un support constant des directions pour montrer et maintenir l'intérêt pour le projet et la mise en place d'une structure de pilotage (comité de coordination qui assure les liens avec les employés qui subissent le changement) qui possède les moyens suffisants pour favoriser le changement. Les changements dans la coordination des services exigent la mise en œuvre de structures qui permettent de gérer différemment et d'échanger les informations requises.
- l **Fournir une information et une formation continues.** De par leur implication dans des organisations différentes, les acteurs sont amenés à avoir des points de vue différents sur la clientèle et les services requis. Dans un tel contexte, le développement d'une vision commune aux divers niveaux est à construire et les expériences démontrent que des investissements supplémentaires sont à faire dans les mesures de soutien que représentent l'information et la formation. L'information adéquate au personnel constitue une condition préalable à la compréhension des enjeux, à l'adhésion au changement proposé et à l'exercice des rôles attendus. Une formation adaptée et, pour les projets de services intégrés, une formation conjointe ainsi que des mesures d'encadrement professionnel continues sont également des mesures à accentuer.
- l **Mettre en place des outils de soutien.** Qu'il s'agisse de continuums ou de services intégrés, la présence d'outils pour soutenir les changements dans les modes d'intervention est considérée comme une composante importante. Certains favorisent une meilleure circulation de l'information sur la clientèle alors que d'autres soutiennent le développement d'une définition commune des services à offrir.
- l **Prévoir et soutenir les changements dans l'organisation du travail.** Les projets ont un impact sur la gestion et la pratique qui nécessite de prévoir une période de transition pour permettre d'intégrer les changements requis. À cet effet, les projets de services intégrés impliquent de plus grands changements dans l'organisation du travail avec notamment l'introduction de fonctions d'intervenant pivot ou de gestionnaire de cas.

- l **Tenir compte des coûts d'implantation.** Les projets qui nécessitent une coordination clinique interétablissement et des modifications importantes dans la façon d'intervenir entraînent nécessairement des coûts d'implantation. Pour certains des projets qui ont bénéficié de financement supplémentaire et qui ont engagé du personnel, les coûts directs peuvent être identifiés. Par contre, les autres projets menés sans ajout de ressources humaines impliquent, lors de la période de transition, des coûts supplémentaires pour couvrir les activités reliées à l'information, la formation et à l'apprentissage de nouveaux modes de fonctionnement et de pratique.

BIBLIOGRAPHIE

Centre de Santé de Témiscamingue, Suivi systématique des clientèles Maintien à domicile, janvier 2000.

Groupe de recherche Université de Montréal/McGill sur les services intégrés pour personnes âgées, Rapport d'évaluation intérimaire du projet de démonstration SIPA, janvier 2000.

Larivière Claude, *Projet de recherche sur l'implantation de l'instrument de coopération développé conjointement par les CLSC et les Centres jeunesse. État de la collaboration entre les partenaires CJ et CLSC en 2000*, octobre 2000.

Lauzon Normand et all. *Rapport de consultation sur l'organisation et le financement des services de santé et des services sociaux*, Régie régionale de Montréal-Centre, Direction de la programmation et de la coordination, Service des études et de l'évaluation, octobre 2000.

Lauzon, Normand *Quelques réflexions d'un point de vue d'évaluation des pratiques associées à la mise en place des services intégrés : continuums, couloirs de services, projets d'intégration* Régie régionale de Montréal-Centre, Direction de la programmation et coordination, Service des études et de l'évaluation, 19 février 2001.

Ministère de la santé et des services sociaux *Orientations pour la transformation des services de santé mentale, document de consultation*. Direction de la planification et de l'évaluation, 1997.

Ministère de la santé et des services sociaux *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale*. Direction de la planification et de l'évaluation, 1998.

Ministère de la santé et des services sociaux, *Impact d'un guichet unique en CLSC, utilisation des services, coûts et vécu des intervenants, Montréal-Centre*. Fiche synthèse pour évaluation des projets, FASS, Version préliminaire.

Plante, Huguette, *Projet : « Vers l'établissement d'un continuum de soins et services palliatifs à l'intention des adultes en phase terminale » Évaluation de la mise en œuvre*, Régie régionale de Montréal-Centre, Direction de la programmation et coordination, Service des études et de l'évaluation, 30 mars 2001.

Régie régionale de Montréal-Centre. *Programme d'amélioration continue de la qualité des services et de la satisfaction des usagers*. Direction des relations avec la communauté Révisé septembre 1995.

Régie régionale de Montréal-Centre. Modalités d'articulation CHSCD-CLSC-Médecin traitant Soins post-hospitaliers, Direction de la programmation et coordination, Secteur santé physique et services multicientèles, février 1996.

Régie régionale de Montréal-Centre. *Le défi de l'accès. Plan d'amélioration des services de santé et des services sociaux 1998-2002*. Juin 1998.

Régie régionale de Montréal-Centre. *L'organisation des services de santé et des services sociaux sur l'île de Montréal. L'atteinte d'un nouvel équilibre*. Juin 1995.

Régie régionale de Montréal-Centre. *Un regard sur les attentes et la satisfaction des montréalais en l'an 2000*. Direction des relations avec la communauté en coll. Avec Zins Beauchesnes et associés, janvier 2001.

Streit, Yvonne. *Évaluation de l'implantation de l'articulation CLSC-Centres jeunesse dans le cadre du Projet jeunesse montréalais - Étude qualitative situation prévalant au début de l'implantation* Régie régionale de Montréal-Centre, Direction de la programmation et coordination, Service des études et de l'évaluation, décembre 2000.