

Projets cliniques

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

Volume 1, numéro 3

Octobre 2006

Le partenariat

Dans le cadre de la démarche régionale d'élaboration du projet clinique par les centres de santé et de services sociaux (CSSS), tous reconnaissent déjà l'importance de devenir des **partenaires** complices. Ainsi, les CSSS, en collaboration avec leurs partenaires locaux, les établissements régionaux, les organismes communautaires et les autres partenaires du secteur de la santé et des services sociaux, améliorent l'accessibilité, la continuité et la qualité des services. Ils pourront aussi développer ensemble des stratégies d'action en vue d'améliorer également la santé et le bien-être de la population estrienne.

Mais qu'est-ce au juste que le partenariat? Qui sont les partenaires impliqués dans la démarche du projet clinique? Le partenariat s'appuie sur quelles valeurs? Quelles sont les conditions qui supportent un fonctionnement harmonieux? Quels outils les partenaires devront-ils utiliser pour apprendre à mieux travailler ensemble?

Pour une définition du partenariat

Le partenariat est un procédé de travail qui s'appuie sur le consensus pour la prise de décision amenant les partenaires d'un réseau local de services (RLS) à partager une même compréhension des besoins d'une population. Ces partenaires développent une vision commune en regard des orientations et des cibles d'action, dans un contexte où tous sont responsables des résultats à atteindre.

Les valeurs du partenariat

Le partenariat est sans contredit la clé du succès pour la mise en place des RLS par l'actualisation du projet clinique. Désormais, il nous faut travailler davantage ensemble! Mais quelles valeurs supportent le partenariat? Il en existe plusieurs mais on peut citer celles-ci :

- le respect de l'autre;
- la compréhension mutuelle;
- la reconnaissance;
- la confiance;
- la coopération;
- la réciprocité;
- la consultation;
- la connivence.

Nous croyons qu'une valeur est un bien précieux pour lequel on accepte de s'engager. Notre adhésion à ces valeurs est un gage d'amélioration de la qualité de nos services à la population.

Qui sont les partenaires d'un RLS?

En premier lieu, c'est le CSSS qui agit comme rassembleur. De plus, il doit aussi encourager l'adhésion, l'engagement et la contribution de ses partenaires aux travaux du projet clinique.

Au plan local, les principaux partenaires sont :

- les organismes communautaires;
- les groupes de médecine de famille (GMF);
- les cliniques médicales;
- les pharmacies communautaires;
- les autres partenaires intersectoriels.

Au plan régional, les principaux partenaires sont :

- les centres de réadaptation (le Centre de réadaptation Estrie, le Regroupement CNDE-Dixville, Le Centre Jean-Patrice Chiasson / Maison Saint-Georges, la Villa Marie-Claire et le Centre jeunesse de l'Estrie);
- le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke;
- les organismes communautaires à mission régionale.

Les conditions gagnantes du partenariat dans le cadre du projet clinique

Pour mener à bien le projet clinique, les partenaires des RLS devront se donner des conditions gagnantes. En voici quelques-unes fort importantes :

- l'engagement et la motivation de tous les partenaires du RLS;
- la contribution de tous les partenaires à la santé et au bien-être de leur population locale;
- une vision de services complémentaires et continus entre tous les partenaires;
- un ajustement des rôles de chacun;
- un intérêt élevé pour la qualité des services rendus;
- la volonté commune d'améliorer l'état de santé et le bien-être de la population;
- des ententes de services simples et évaluées régulièrement;
- le respect des différentes expertises.

Les ententes de services : un outil pour supporter le partenariat

Les ententes de services entre partenaires, ce n'est pas sorcier! Pour assurer un meilleur partenariat et atteindre leurs objectifs, les ententes de services seront basées sur les principes suivants :

- le respect des principes de responsabilité populationnelle et de hiérarchisation des services;
- une définition claire des rôles et responsabilités de chacun;
- l'adhésion de tous les partenaires concernés par les ententes;
- la mise en place effective des ententes;
- une large diffusion des ententes auprès de chacune des instances concernées;
- l'évaluation et la mise à jour continue des ententes de services.





Des partenaires déjà en action!

Lors de la rencontre du 20 septembre 2006 sur les programmes-services « Santé physique » et « Santé mentale », les partenaires régionaux ont présenté chacun leur offre de service actuelle aux CSSS et aux autres partenaires locaux. Voici des commentaires émis à cette occasion :

- « Nous cherchons à développer une offre de service fortement intégrée avec tous nos partenaires. »
François Therrien, directeur général
Centre de santé et de services sociaux du Granit
- « Un projet important du DRMG : réintéresser les partenaires médecins à faire de la médecine à domicile. »
Raymonde Vaillancourt, médecin
Chef du Département régional de médecine générale
- « C'est vraiment en train de changer notre réseau. Nous avons beaucoup d'échanges de collaborations avec nos partenaires. »
Pierre Beauséjour, médecin
Chef du Département de psychiatrie
Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
- « Les organismes communautaires veulent favoriser le partenariat et les bonnes relations avec le réseau. »
Louise Lévesque, présidente
Regroupement des organismes communautaires en santé mentale
- « Pour réussir en réadaptation, l'implication des ressources communautaires est essentielle. »
Jean Delisle, chef d'administration de programmes
Centre Jean-Patrice Chiasson / Maison Saint-Georges



Plan régional d'informatisation

- Qu'en est-il du Plan régional d'informatisation de l'Estrie (PRIE) et de sa première étape, le projet prioritaire d'informatisation des réseaux locaux de services (RLS) en Estrie ?
- Où allons-nous en Estrie avec le projet d'informatisation du dossier clinique partagé proposé par le PRIE en novembre 2004 ?
- Comment arrimer les actions locales et régionales en matière d'informatisation du dossier clinique avec les projets annoncés par le ministère de la Santé et des Services sociaux, tels que : le Dossier santé électronique interopérable du Québec (DSÉIQ) et sa contrepartie la Couche d'accès à l'information de santé (CAIS) ?
- Comment l'adoption de la Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux, en décembre 2005, a-t-elle influencé la circulation de l'information pour permettre le partage de l'information contenue dans le dossier d'un patient entre établissements et même entre intervenants de plusieurs établissements du réseau de la santé et des services sociaux ?

(Suite à la page suivante)

Ce sont là de nombreuses questions que la majorité d'entre vous se posent ou ont tenté d'éclaircir avec peu ou pas de réponses. Tout d'abord, il est très important de se rappeler les grandes orientations du PRIE 2004.

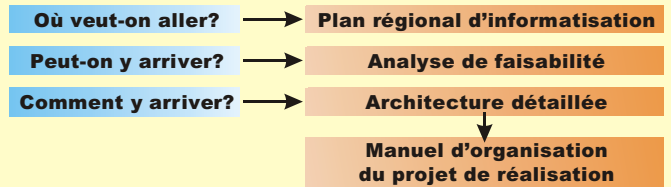
Les grandes orientations, d'un point de vue fonctionnel et technologique, ont été exprimées comme suit :

- miser sur une application régionale intégrée regroupant toutes les fonctions nécessaires au bon fonctionnement « informationnel » des RLS de l'Estrie;
- favoriser le regroupement régional des infrastructures par un hébergement régional de solutions de dossiers santé électroniques plutôt que territorial, par RLS.

Il faut aussi se rappeler les résultats attendus :

- ce projet prioritaire d'informatisation permettra une consultation interdisciplinaire des différentes informations cliniques nécessaires pour améliorer les soins, leur accessibilité, leur continuité et leur intégralité;
- cette disponibilité des informations évitera des reprises d'examen et d'analyses pour les usagers, rendra disponibles aux intervenants les différents rapports dans des délais plus courts et, de ce fait, améliorera le service à la clientèle;
- toutes ces mesures assureront une prise en charge plus rapide, centrée sur le client et continue. Elles favoriseront également une diminution des durées moyennes de séjour et des événements indésirables;
- dans un contexte de solution intégrée, la diminution de la saisie d'information et des rapports papier ainsi que l'optimisation des infrastructures permettront de mieux contrôler les coûts d'informatisation et, ainsi, offrir plus de services aux usagers.

La réalisation d'une analyse de faisabilité et d'une architecture détaillée de la solution informatique retenue par le fournisseur du dossier clinique informatisé du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke a permis de répondre aux deux questions suivantes : « Peut-on y arriver? » et « Comment y arriver? ». Le diagramme qui suit présente la démarche :



Par la suite, une analyse de la proposition d'infrastructure retenue pour le projet prioritaire d'informatisation avec les architectes du Dossier santé électronique interopérable du Québec a permis de préciser la complémentarité de notre projet avec le leur et d'éviter un dédoublement des services. De plus, la structure proposée se conforme aux limitations imposées par la Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux relativement à la circulation de l'information de santé du dossier d'un usager du réseau de la santé et des services sociaux.

Nous en sommes donc à décider de la suite de ces travaux, soit : le déploiement, le modèle de gouvernance opérationnelle à mettre en place, la définition de la répartition des coûts et la participation des partenaires à ce projet.

Une présentation plus étoffée de la réponse à ces questions sera à l'ordre du jour du Rendez-vous d'automne du personnel d'encadrement du réseau de la santé et des services sociaux de l'Estrie qui se tiendra le 16 novembre 2006 au Centre récréotouristique Montjoye, de 12 h à 17 h.



Note au lecteur :

Ce document est distribué auprès de tous les partenaires estriens du secteur de la santé et des services sociaux. Le prochain numéro portera sur le changement dans les organisations. Le comité de rédaction est composé de :

- Jasmin Audet, Regroupement CNDE-Dixville;
- Louise Belisle, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke;
- Gaétane Cormier, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke;
- Alain Couture, Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie;
- Julie Drouin, CSSS-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke;
- Annie-Andrée Émond, CSSS-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke;
- Charles Lamontagne, Regroupement des organismes communautaires de l'Estrie;
- Jean-Guy Nadeau, Centre de santé et de services sociaux des Sources;
- Pierre Richard, Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie.