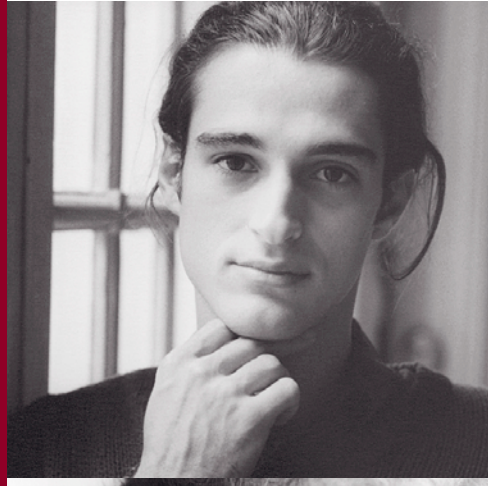
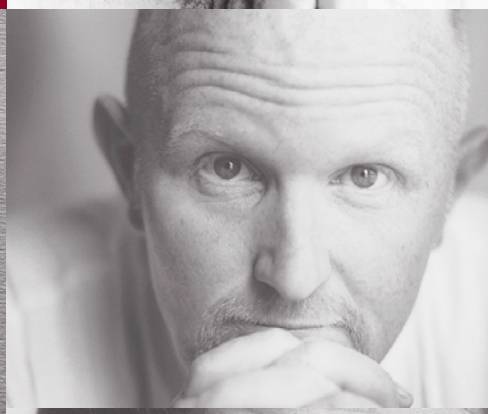
Contours des soins et services cliniques par programmes spécifiques

Modèle et structure de gestion





21 mars 2006

Hôpital Louis-H. Lafontaine
Affilié à Université de Montréal

Hôpital Louis-H. Lafontaine

Affilié à Université de Montréal

La qualité: un engagement au quotidien

CONTOURS DES SOINS ET SERVICES CLINIQUES PAR PROGRAMMES SPÉCIFIQUES

MODÈLE ET STRUCTURE DE GESTION

PROPOSITION AU CONSEIL D'ADMINISTRATION

21 MARS 2006

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX II

LISTE DES ANNEXES II

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET SIGNES III

PRÉAMBULE IV

LE MOT DES DIRECTEURS V

INTRODUCTION 1

1. LES CONTOURS DES SOINS ET SERVICES CLINIQUES PAR PROGRAMMES 2

1.1. La composition et le mandat du groupe de travail 2

1.2. Les clientèles et les services 3

1.3. Les services transversaux 6

2. LE MODÈLE DE GESTION 7

2.1. La composition et le mandat du groupe de travail 7

2.2. Les bases du modèle et de la structure de gestion 7

2.3. La philosophie de gestion 8

2.4. Le modèle de gestion 10

2.4.1. La composante 10

2.4.2. Le partage des responsabilités 11

2.4.3. Les responsabilités conjointes 11

2.4.4. Les leviers 14

3. LA STRUCTURE DE GESTION 15

3.1. La direction des services cliniques 16

3.1.1. Son rôle 16

3.1.2. Son mode de gestion 16

3.1.3. Les codirecteurs DE LA DSC 17

3.1.4. Les cogestionnaires des programmes spécifiques 17

3.1.5. Les mécanismes de coordination 18

3.2. Les directions des disciplines professionnelles 20

3.2.1. Les responsabilités similaires 21

3.2.2. La gestion des directions des disciplines professionnelles 21

3.3. La direction des services de réadaptation et d'hébergement dans la communauté 22

3.4. La direction générale 23

3.5. La gestion de la direction générale 23

3.6. La direction de l'enseignement 24

3.7. La direction de la recherche 24

3.8. La direction des ressources humaines 25

3.9. La direction des services administratifs 25

CONCLUSION 29

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I – Profil de la clientèle et des types de services 4

Tableau II – Services transversaux 6

Tableau III – Assises d'intervention et de gestion de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine 9

Tableau IV – Partage des responsabilités spécifiques entre les programmes et les disciplines professionnelles 12

Tableau V – Leviers pour l'actualisation de la philosophie de gestion 14

Tableau VI – Organigramme de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine 27

Tableau VII – Synthèse des mécanismes de coordination 28

LISTE DES ANNEXES

Annexe I – Profils des clientèles et codes des diagnostics 30

Annexe II – Lexique des services cliniques de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine 31

Annexe III – Services actuels pouvant être associés à un programme 33

Annexe IV – Le module d'évaluation liaison (MEL) 34

Annexe V – Les cinq facteurs-clés de succès d'un fonctionnement par programme 36

Annexe VI – Cycle annuel de planification à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine 38

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET SIGNES

CCASS :	Conseil canadien d'agrément des services de santé
CD :	Courte durée
CE :	Clinique externe
CHSLD :	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CII :	Conseil des infirmières et des infirmiers
CM :	Conseil multidisciplinaire
CMDP :	Conseil des médecins, des dentistes et des pharmaciens
CSSS :	Centre de santé et de services sociaux
CRDI :	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle
DE :	Direction de l'enseignement
DG :	Direction générale
DR :	Direction de la recherche
DRH :	Direction des ressources humaines
DSA :	Direction des services administratifs
DSC :	Direction des services cliniques
DSI :	Direction des soins infirmiers
DSP :	Direction des services professionnels
DSRHC :	Direction des services de réadaptation et d'hébergement dans la communauté
ECT :	Électroconvulsivothérapie
HLHL :	Hôpital Louis-H. Lafontaine
LD :	Longue durée
MEL :	Module évaluation liaison
MSSS :	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PACT :	Program of Assertive Community Treatment (Modèle de soutien intensif dans la communauté)
RE :	Ressources d'établissement
RUIS :	Réseau universitaire intégré de santé
SPPASQ :	Syndicat des professionnels et des professionnels des affaires sociales du Québec
TRR :	Traitement-Réadaptation-Réhabilitation
UIB :	Unité d'intervention brève
USI :	Unité des soins intensifs

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, nous nous sommes dotés, en septembre 2005, d'un plan d'implantation qui 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 et une structure de gestion adaptés à la mise en place de programmes spécifiques pour notre organisation. Un troisième groupe de travail agissait en soutien aux deux autres pour la cueillette et l'analyse des données.

Le plan d'implantation prévoyait aussi la mise sur pied de deux comités : un comité de pilotage des travaux et un comité porteur. Le comité de pilotage avait le mandat d'assumer le leadership de la démarche alors que le comité porteur se situait en conseil et soutien au comité de pilotage.

Nous déposons avec fierté au conseil d'administration le résultat de ces travaux et de la démarche de consultation qui ont mobilisé les médecins et les membres du personnel de notre organisation. Ils ont contribué de façon significative à développer chez nous une vision commune et partagée de l'évolution de notre Hôpital dans le contexte actuel de la prestation des soins et services de santé mentale au Québec.

Nous proposons les contours de soins et services cliniques par programmes à l'intention de nos diverses clientèles. En révisant ces soins et services, nous avons aussi adapté notre modèle et la structure de gestion de notre organisation.

Tout au long de ces travaux, nous avons constamment recherché l'orientation client, la mise en commun des expertises au sein de notre établissement et avec nos partenaires, la valorisation et la reconnaissance des médecins et du personnel ainsi que la poursuite de valeurs qui nous tiennent particulièrement à cœur : l'équité, le respect et la cohérence.

Puissent nos travaux contribuer à ce que l'Hôpital Louis-H. Lafontaine demeure un chef de file en santé mentale et continue, avec transparence, efficacité et compassion à répondre aux besoins de la population.

André Lemieux, directeur général

Le 21 mars 2006

LE MOT DES DIRECTEURS

Les derniers mois nous ont permis, en tant que directeurs et membres du comité de gestion de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, de participer activement à l'élaboration de la proposition déposée aujourd'hui au conseil d'administration, à la suite des travaux des différents groupes de travail et 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 sera bénéfique pour les personnes et leurs proches, pour nos partenaires et chacun de nous.

Notre proposition sur les contours des soins et services cliniques ainsi que sur le modèle et la structure de gestion traduisent sous différents angles cette vision d'avenir de l'Hôpital, à 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 de façon dynamique en démontrant son expertise dans sa capacité de répondre aux besoins des personnes présentant des problèmes de santé mentale graves, parfois complexes, ainsi que dans le soutien de 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 suprarégionales qui ont besoin de son 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 notre capacité d'adaptation démontrés au fil des années.

La proposition déposée aujourd'hui a pour but, d'abord et avant tout, de mettre les personnes et leurs proches au cœur de nos préoccupations. C'est l'essence même du choix fait par le conseil d'administration lorsqu'il a adopté, en juin dernier, la mise en place de programmes spécifiques servant d'assises 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 personnes et de leurs proches au coeur 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 et la structure de gestion 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 la poursuite cohérente de son évolution.

Sylvie Desmarais
Diane Gauthier
Jean Gélinas
Jean-Jacques Leclerc
Dr J. André Luyet
Geneviève Ménard
Dr Luc Nicole
Dr Pierre-Paul Rompré

INTRODUCTION

Ce document est l'aboutissement des travaux réalisés par des groupes de travail de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, depuis septembre 2005, et de la démarche de consultation, réalisée du 30 janvier au 17 février 2006, auprès des divers comités consultatifs, des médecins et du personnel de l'établissement.

Dans le cadre de cette démarche de consultation, en vue de bonifier notre proposition, quinze rapports écrits ont été déposés à la Direction générale par le Comité des usagers, les conseils et les directions de l'Hôpital ainsi que par le Syndicat des professionnels et des professionnelles des affaires sociales du Québec (SPPASQ). Le directeur général a aussi reçu des avis écrits et verbaux de la part de membres du personnel.

Dans un premier chapitre, on abordera les contours des soins et services cliniques par programmes : profil de la clientèle et les types de services des programmes ainsi que les services transversaux. Le deuxième chapitre traitera du modèle et de la structure de gestion : la philosophie, le modèle et la structure de gestion.

1. LES 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 offerts à la clientèle, ces programmes devant constituer les fondements du modèle et de la structure de gestion.

Le groupe de travail, sous la coordination du Dr J. André Luyet, chef du département de psychiatrie, était formé de Mme Sylvie Carrière, directrice adjointe aux soins infirmiers et responsable du groupe de travail, Mme Josée Charlebois, coordonnatrice professionnelle au service social, Dr 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 Mme Christiane Morin, chef des services d'ergothérapie et de physiothérapie.

Le mandat du groupe de travail était le suivant :

- décrire le profil des clientèles et estimer le nombre de personnes différentes prévu pour chaque programme;
- identifier les principaux types de services à offrir pour chacun des programmes selon le profil de ses clientèles;
- préciser les services transversaux.

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

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

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 cette dernière (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;
- une structure de gestion où chaque programme et son équipe d'intervenants gèrent des processus de soins en fonction des problématiques de la clientèle cible, favorisent la continuité de services adaptés aux besoins de la personne et ses proches et sont imputables des résultats obtenus selon une orientation clientèle.

1.2. LES CLIENTÈLES ET LES SERVICES

Nous présentons, dans le tableau suivant, le profil des clientèles et les types de services visés par l'organisation des soins et services cliniques par programmes spécifiques 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, soit les types de personnes ciblées par le programme (voir Annexe I pour les correspondances aux codes diagnostiques);
- l'estimation du nombre actuel de personnes différentes répondant au profil de la clientèle de chaque programme (base annuelle). Il faut souligner ici que le nombre estimé de clientèle ne rend pas compte de la complexité, de la lourdeur ou de la comorbidité des problématiques liées à la santé mentale et ne peut être le seul critère du partage des ressources ni de la hiérarchisation des services;
- les types de services ainsi qu'une estimation de leur déploiement (nombre de lits ou places prévisibles) en fonction de la clientèle actuelle (voir Annexe II et Annexe III pour des informations complémentaires). Nous avons indiqué dans le tableau 1 la présence de la liaison consultation dans la clinique externe de gérontopsychiatrie ainsi que dans la clinique externe de déficience intellectuelle et maladie psychiatrique, ces activités ayant fait l'objet de protocoles d'ententes signés avec d'autres établissements;
- l'évolution anticipée de nos services, compte tenu de la mise en place des CSSS, des RUIS et du Plan d'action en santé mentale du MSSS.

Nous avons tenu compte de la majorité des commentaires et suggestions recueillis lors de la consultation.

TABLEAU I – PROFIL DE LA CLIENTÈLE ET DES TYPES DE SERVICES

Pour faciliter la lecture du tableau 1 sur le profil de la clientèle et des types de services, voici quelques éléments dont il faut tenir compte.

Les données recueillies sont celles du mois d'octobre 2005 et reflètent la clientèle desservie sur une base annuelle.

Certains codes ont été adoptés pour présenter l'estimation de clientèle, soit :

cd : estimation annuelle des personnes différentes hospitalisées en courte durée;

ld : estimation annuelle des personnes différentes hospitalisées en longue durée;

ce : estimation annuelle des personnes différentes desservies en clinique externe incluant la clientèle de l'Hôpital de jour et celle du suivi intensif dans le milieu;

n/a aucune personne hospitalisée à même les services du programme.

Programmes spécifiques	Profil de la clientèle	Estimation clientèle (base annuelle)	Type de services et estimation du déploiement	Tendance prévisible selon l'évolution des services de 1re ligne et des soins partagés (Plan d'action Santé mentale)
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 2e ligne Urgence : 5 civières Module évaluation liaison (MEL) voir Annexe IV Hospitalisation (2e et 3e lignes : 25 lits) 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
Troubles psychotiques	Des personnes présentant un diagnostic de schizophrénie et troubles apparentés (états délirants, troubles schizo-affectifs, psychoses non organiques)	424 cd 175 ld 2217 ce	Ambulatoire (2e et 3e lignes) Clinique externe Hôpital de jour Suivi intensif dans le milieu Suivi clinique Hospitalisation (2e et 3e lignes : 219 lits) 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) Développement de services de suivi intensif selon le modèle PACT (Program of Assertive Community Treatment)
Troubles anxieux et de l'humeur	Des personnes présentant un trouble anxieux ou un trouble affectif	621 cd n/a ld 3204 ce	Ambulatoire (2e et 3e lignes) Clinique externe Hôpital de jour Suivi intensif dans le milieu Hospitalisation (2e ligne : 50 lits) 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 1re ligne

Programmes spécifiques	Profil de la clientèle	Estimation clientèle (base annuelle)	Type de services et estimation du déploiement	Tendance prévisible selon l'évolution des services de 1re ligne et des soins partagés (Plan d'action Santé mentale)
Troubles de la personnalité	Des personnes présentant un trouble de personnalité limite ou du sous-groupe B (personnalités borderline, narcissiques, histrioniques et antisociales)	165 cd n/a Id 301 ce	Ambulatoire 2e et 3e lignes Clinique externe Hôpital de jour Suivi intensif dans le milieu Hospitalisation Utilisation des lits dédiés à la clientèle en vue de programmes cliniques adaptés	Augmentation de la demande Poursuite du développement, en ambulatoire, des interventions selon les données probantes ainsi que le soutien aux autres établissements de 1re et 2e lignes
Géronto-psychiatrie	Des personnes présentant un profil gériatrique caractérisé par un problème psychiatrique qui peut être conjugué à une perte d'autonomie Des personnes généralement âgées de 70 ans et plus	118 cd 90 Id 1015 ce	Ambulatoire 2e et 3e lignes Clinique externe incluant la consultation liaison avec les CHSLD Hôpital de jour Suivi intensif dans le milieu Hospitalisation (115 lits 2e et 3e lignes) 1 unité de traitement intensif : 25 lits 3 unités de traitement et réadaptation : 90 lits	Diminution de la durée de séjour à l'urgence et d'hospitalisation suite à la prise en charge plus rapide de la clientèle par les CSSS (CHSLD) Développement des services de suivi intensif dans la communauté et du soutien à la 1re ligne Prise en charge de l'unité transitoire de type CHSLD (18 lits) par un CSSS
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 Id 183 ce	Ambulatoire (3e ligne) Clinique externe, incluant la consultation liaison par l'équipe mobile pour soutenir les équipes des CRDI Hospitalisation (2e et 3e lignes : 84 lits) 1 unité surspécialisée de traitement et réadaptation intensive (3e ligne) 2 unités spécialisées de traitement et réadaptation (2e ligne)	Diminution des lits de traitement et de réadaptation de 2e ligne en poursuivant la prise en charge des personnes hospitalisées par le centre de réadaptation en déficience intellectuelle (CRDI) Augmentation de la clientèle pour des services de 3e ligne
Toxicomanie et maladie psychiatrique	Des personnes présentant un trouble mental grave et une toxicomanie	n/a cd n/a Id 196 ce	Ambulatoire (3e ligne) Clinique externe Hospitalisation Orientation vers l'hôpital référent si à HLHL vers le programme spécifique	Augmentation de la demande Poursuite du développement, en ambulatoire, des interventions selon les données probantes ainsi que le soutien aux 1re et 2e lignes

De la consultation, nous retenons pour des travaux ultérieurs certaines préoccupations fréquemment énoncées à propos de la prestation de services :

- la crainte de stigmatisation de la clientèle et du bris de la confidentialité lorsqu'on associe les personnes à la nomenclature des programmes spécifiques ;
- la possible émergence de problématiques en lien avec un syndrome organique;
- le souci d'équité dans l'accès aux services indépendamment de l'ampleur du programme;
- l'augmentation des problématiques physiques conjuguées au vieillissement de la population;
- l'importance de garantir la cohésion entre les programmes et le développement de services ambulatoires tels l'hôpital de jour et le suivi intensif dans la communauté.

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 les services transversaux destinés à la clientèle.

Notons que les expertises professionnelles sont également mises à contribution. Des modalités d'accès à ces expertises seront précisées lors des travaux sur le design des programmes (volet 2 du plan d'action). Mentionnons à titre d'exemples : l'évaluation Assessment 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.

TABLEAU II – SERVICES TRANSVERSAUX

SERVICES TRANSVERSAUX DESTINÉS A LA CLIENTÈLE
Accueil-admission, Archives médicales, Affaires juridiques
Action bénévole, pastorale
Consultation, Bloc opératoire, Électroconvulsivothérapie (ECT)
Inhalothérapie
Médecine dentaire
Médecine générale
Module de psychopharmacologie
Nutrition clinique
Pharmacie – volet distribution
Physiothérapie, Physiatrie, Ergothérapie – secteur physique
Services diagnostiques : laboratoires, radiologie, électrophysiologie
Soutien à la réadaptation et à la qualité de vie
Unité médico-chirurgicale

Les services transversaux relèvent de la Direction des services professionnels, sauf le service de nutrition clinique qui est rattaché à la Direction des services administratifs.

Au cours de la démarche de consultation, on a souligné l'importance de conduire des travaux dans les meilleurs délais sur la pertinence de maintenir ou non la médecine générale à l'intérieur des services transversaux. D'ici la réalisation de ces travaux, la médecine générale est maintenue comme service transversal.

2. LE MODÈLE DE GESTION

2.1. LA COMPOSITION ET LE MANDAT DU GROUPE DE TRAVAIL

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

Le mandat de ce groupe de travail consistait à proposer un modèle et une structure de gestion des soins et services adaptés à un fonctionnement des services cliniques par programmes spécifiques. À ce titre, il devait :

- 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 des mécanismes de coordination.

Ce chapitre tient compte de la majorité des suggestions et commentaires recueillis lors de la consultation. Ces derniers ont surtout porté sur le partage des responsabilités, les leviers et les mécanismes de coordination.

2.2. LES BASES DU MODÈLE ET DE LA STRUCTURE DE GESTION

En premier lieu, il importe de rappeler les principaux éléments pris en compte par le groupe de travail à même la planification stratégique, le cadre de référence et les documents de la consultation sur la gestion par programmes, principalement ceux du Centre d'études en en transformation des organisateurs (CETO). Ils constituent les bases du modèle et la structure de gestion proposés.

- De la planification stratégique 2002-2007, on retient les valeurs d'appropriation du pouvoir par l'usager, d'ouverture à la communauté et au réseau de la santé; de valorisation de la contribution, de la compétence et de la complémentarité de chacun, ainsi que les meilleures pratiques et le leadership.
- Du cade référence sur l'organisation des soins et des services cliniques on a accordé une attention à l'intervention en interdisciplinarité comme la voie à privilégier et le modèle TRR (traitement-réadaptation-réhabilitation) en tant qu'approche globale systémique (biopsychosociale) de la personne; la cohérence et la souplesse interprogrammes dans le cadre de l'épisode de soins et services, particulièrement la nécessité de tisser des liens et interfaces entre les programmes et les services de l'Hôpital de même qu'avec nos partenaires pour la continuité des services destinés à la personne; et, non le moindre, l'intégration des missions de soins, d'enseignement, de recherche et d'évaluation des technologies et des modes d'intervention. Rappelons que ce dernier élément a fait l'objet d'une recommandation spécifique du Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS) à la suite de sa visite en décembre 2004.
- Du CETO on a retenu les cinq facteurs de succès inhérents à la gestion par programmes : l'orientation client, l'orientation résultat, la décentralisation des ressources et du pouvoir, l'interdisciplinarité et l'amélioration continue (voir Annexe V).

2.3. LA PHILOSOPHIE DE GESTION

Notre philosophie de gestion découle 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 occupe une place prépondérante dans notre modèle et notre structure de gestion, de même qu'elle caractérise 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 la personne. Cela nous permettra d'assurer aux personnes 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 du client.

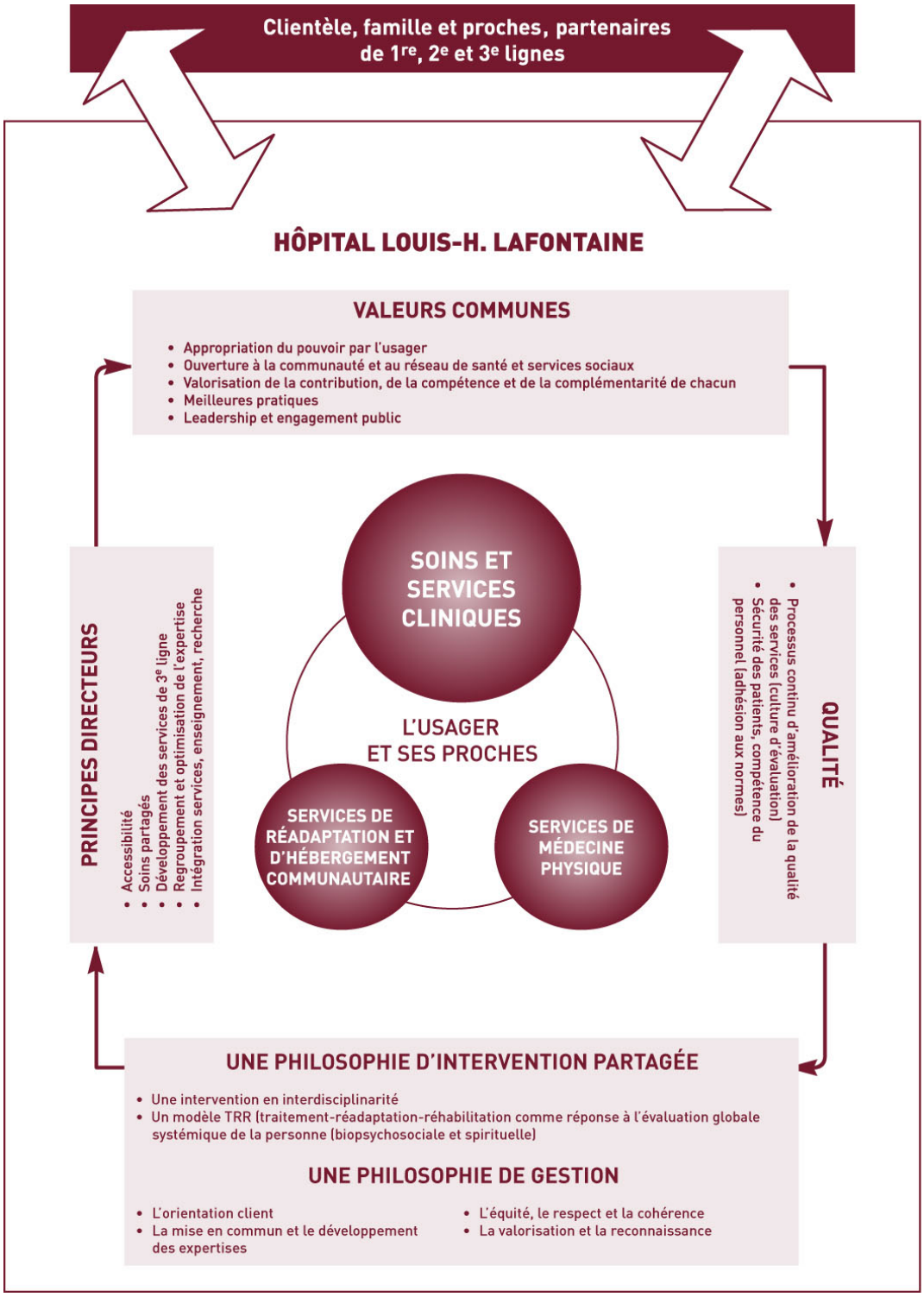
L'équité, le respect et la cohérence

Notre organisation de services s'appuie sur des notions d'équité, de respect et de cohérence. En fait, nous nous engageons à tenir compte de ces notions dans la coordination de nos services et l'affectation des ressources selon leurs disponibilités.

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 pour éviter d'établir un fonctionnement en silo. La reconnaissance de l'autonomie professionnelle devra être assurée dans le respect des normes et des règles des champs de pratique.

TABLEAU III – ASSISES D'INTERVENTION ET DE GESTION DE L'HÔPITAL LOUIS-H. LAFONTAINE



2.4. LE 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 cette approche au sein du réseau de la santé et des services sociaux.

Aux fins de la définition de notre modèle de gestion, les soins et services cliniques mis de l'avant réfèrent aux sept programmes spécifiques présentés antérieurement dans ce document. Le terme de disciplines professionnelles (associées ou non à un ordre professionnel) désigne les disciplines mises à contribution dans le cadre du parcours de soins et services cliniques de la personne. Cependant, il va de soi que les disciplines associées à un ordre professionnel doivent répondre aux responsabilités qui leur sont dévolues par l'Office des professions.

2.4.1. La composante

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, pour lesquelles ils sont mutuellement responsables des résultats attendus tout en partageant leur pouvoir de décision. C'est un élément incontournable 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 privilégie l'ouverture, la confiance ainsi que l'ajustement mutuel dans la recherche d'une réponse à une situation donnée constituant les fondements de la collaboration recherchée. Ces fondements sont à la portée de tous et sont des atouts précieux dans toutes circonstances.
- 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 professionnelles 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 spécifiques ou 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 entre les programmes et les disciplines professionnelles.

- 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.

2.4.2. Le partage des responsabilités

Le modèle proposé confie aux cogestionnaires de programmes et aux gestionnaires de disciplines professionnelles 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 la personne et, de ce fait, une mise en œuvre des services plus efficace pour son mieux-être.

2.4.3.Les responsabilités conjointes

Ces responsabilités sont décrites ci-après. Elles visent les deux niveaux de gestion énoncés précédemment.

Au plan de la coordination des interfaces (niveau tactique):

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

Au plan des opérations courantes (niveau opérationnel) :

- Convenir de l'affectation des stagiaires et de 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 spécifiques des programmes et des disciplines professionnelles.

TABLEAU IV – PARTAGE DES RESPONSABILITÉS SPÉCIFIQUES ENTRE LES PROGRAMMES ET LES DISCIPLINES PROFESSIONNELLES

	Responsabilités/programmes	**Responsabilités disciplines professionnelles**
Planification et organisation des soins et des services	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 continue de la qualité. 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 l'Hôpital et auprès des partenaires externes. Assurer l'accessibilité, la continuité et la qualité des soins et services cliniques par une gestion efficace des processus cliniques incluant une pratique sécuritaire pour la clientèle et le personnel du programme. Assurer l'interface avec les autres programmes ou services transversaux ainsi qu'avec les partenaires externes afin d'offrir des services adaptés aux besoins particuliers de la personne. Évaluer, améliorer les résultats cliniques et en rendre compte en lien avec les besoins de la clientèle et les standards de pratique. Assurer l'application des protocoles et des standards de pratique professionnelle.	Concevoir des modèles de distribution de soins et de services dans sa discipline pour la clientèle du programme et appliquer les méthodes d'évaluation des résultats. Proposer et mettre en œuvre les objectifs annuels et les plans d'amélioration continue de la qualité de la discipline professionnelle. Planifier, diriger et coordonner les activités requises en vue d'adapter et de mettre en application les règles professionnelles en conformité avec les normes de la discipline. Développer, mettre à jour et assurer le suivi des outils facilitant les suivis cliniques des personnes (ex. : cheminement clinique). S'assurer de la mise en place de conditions de pratique sécuritaire pour les professionnels de sa discipline et la clientèle desservie par eux. S'assurer du respect des règles de pratique liées à l'acte professionnel de la discipline.
Qualité	Procéder à la désignation d'indicateurs de gestion de la qualité et des risques liés à l'offre de services à la clientèle et en assurer le monitorage. Coordonner le processus d'agrément pour son programme. Réaliser l'autoévaluation dans le cadre de la démarche d'agrément et mettre en œuvre les recommandations du CCASS. Faciliter le processus d'inspection professionnelle.	Procéder à la désignation d'indicateurs de gestion des risques et des normes de pratique pour la qualité de l'acte professionnel et en assurer le monitorage. 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. Coordonner le processus d'inspection professionnelle et voir à l'application des recommandations du rapport de la visite de l'ordre professionnel.

	Responsabilités/programmes	Responsabilités disciplines professionnelles
Compétences cliniques	Évaluer le rendement en fonction des priorités de l'établissement et des objectifs du programme. Déterminer le profil du personnel spécifique au programme, les habiletés de gestion, la formation, l'expérience requise et pertinente et autre. Gérer les problématiques reliées aux relations de travail.	Évaluer la compétence professionnelle. Déterminer les profils de compétence des professionnels des programmes et s'assurer de la concordance entre les qualifications et les besoins des clientèles. Gérer les dossiers portant sur la qualité d'exercice devant être traités par l'Ordre professionnel et faire les liens avec les gestionnaires concernés. Déterminer les profils de compétences professionnelles requises lors de la sélection de personnel. Déterminer les nouvelles activités professionnelles pouvant être exercées par les professionnels de sa discipline ainsi que celles pouvant être confiées à du personnel non professionnel en conformité avec les lois, règlements et protocoles en vigueur.
Effectifs	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. Gérer les activités courantes selon les assises d'intervention et de gestion de l'Hôpital et 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 du travail.	Fournir l'expertise professionnelle pour concevoir et implanter de nouveaux services cliniques et d'enseignement pour les clientèles. Développer des outils de mesure de la charge de travail dans sa discipline. Développer des stratégies d'attraction, de recrutement et de rétention pour les professionnels de sa discipline et les mettre en œuvre avec la Direction des ressources humaines.
Enseignement et recherche	Déterminer les besoins spécifiques au programme en formation continue du personnel. Déterminer les projets de recherche spécifiques au programme. 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.	Identifier les besoins en formation continue des professionnels de sa discipline. Proposer des projets de recherche pour sa discipline professionnelle et en soutenir l'implantation. Coordonner avec la Direction de l'enseignement l'accueil des stagiaires dans la discipline et s'assurer de répondre aux objectifs de stage ciblés par les maisons d'enseignement. Offrir aux stagiaires de sa discipline un milieu de stage propice à l'apprentissage, créer un milieu propice au recrutement de la relève. Établir et maintenir les liens avec les établissements d'enseignement ainsi qu'avec les chercheurs de sa discipline et des disciplines connexes, favoriser la réalisation des projets de recherche dans sa discipline ou en interdisciplinarité.

2.4.4. Les 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.

Le tableau suivant fait état des leviers que nous avons identifiés pour actualiser la philosophie de gestion de notre organisation et intègre la majorité des suggestions reçues au cours de la consultation.

TABLEAU V – LEVIERS POUR L'ACTUALISATION DE LA PHILOSOPHIE DE GESTION

OBJECTIFS	LEVIERS	INDICATEURS
Contribuer à la gestion du programme Les différents membres (médecins et personnel) de l'équipe multidisciplinaire contribuent au fonctionnement du programme.	Rencontres régulières de l'équipe répondant à la norme à établir Participation des membres de l'équipe, issus de diverses disciplines professionnelles, aux rencontres régulières du comité de gestion du programme	Nombre de rencontres/année selon la norme à établir Comptes rendus du comité de gestion en référant aux paramètres à convenir Relevé annuel des membres du comité de gestion du programme et leur présence
S'identifier à la vie professionnelle de sa discipline et y participer Contribution des intervenants à la vie professionnelle, à l'évolution et au dynamisme de sa discipline	Reconnaissance d'un temps moyen année de contribution à la vie de sa discipline, banque de temps et autorisation gérées par la discipline pour : ➢ Libération du personnel pour participer à des groupes de travail entre pairs ➢ Rencontres régulières visant l'ensemble des pairs de la discipline ➢ Temps pour participer à des recherches dans sa discipline ➢ Temps pour des activités de formation continue en lien avec sa discipline ➢ Participation à des comités de l'Ordre ou de l'Association professionnelle, conférences à l'Université, etc. Budget pour des activités de formation continue et pour des outils professionnels (évaluation, intervention) géré par les disciplines professionnelles	Temps de libération réel versus la norme à établir Groupes de travail, sujets des travaux et dépôt des rapports Nombre de rencontres/ année des pairs de la discipline professionnelle selon la norme à établir pour chacune d'elle Relevés des situations de refus de libération pour participer à des rencontres de la discipline professionnelle ou des groupes de travail Bilan en fonction des activités annuelles des disciplines
Gérer la qualité et les risques au sein des programmes Processus d'amélioration continue de la qualité Création et maintien de conditions permettant une prestation sécuritaire des soins et services	Un chef ou des 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	Identification des chefs-qualité au sein des programmes et de la personne dédiée à la fonction conseil

OBJECTIFS	LEVIERS	INDICATEURS
Actualiser les responsabilités conjointes des programmes et des disciplines professionnelles centrées sur la mise en commun des expertises en regard de ce qui suit : • Le choix des orientations cliniques et scientifiques ; • Le choix des objectifs annuels incluant les priorités d'amélioration de la qualité; • Le choix de la composition des équipes des programmes et de l'ajustement des ressources – selon la disponibilité des ressources - en fonction de l'évaluation des besoins de la clientèle et des meilleures pratiques selon les données probantes; • Le choix des priorités de formation continue; • La collaboration à l'affectation des stagiaires et à la participation des chercheurs au sein des programmes; • La sélection du personnel; • 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.	Rencontres statutaires entres les cogestionnaires des programmes et les répondants des disciplines professionnelles Rencontres statutaires entre les directeurs des programmes et des disciplines professionnelles Mécanismes de concertation au niveau des programmes et des directions	Rapport annuel des actions conjointes selon les niveaux de décision

3. LA STRUCTURE DE GESTION

La structure de gestion constitue le dernier volet du document. Le texte 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. La nouvelle structure devrait faciliter le développement de notre expertise en lien avec la mission de l'Hôpital.

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. Évidemment, la réorganisation des soins et services cliniques par programmes spécifiques représente un tournant pour l'ensemble de l'organisation, motivée par le souci constant d'amélioration des services pour le mieux-être de la personne présentant des problèmes de santé mentale et ses proches.

Par ailleurs, 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 le seront aussi à la Direction des

services de réadaptation et d'hébergement dans la communauté (DSRHC) ainsi qu'à la Direction générale (DG).

La structure de gestion projetée est souvent perçue comme exigeante et potentiellement conflictuelle; on questionne la gestion de situations litigieuses et on souhaite la mise en place de mécanismes efficaces de règlement. Le choix des cogestionnaires des programmes est sans contredit un facteur déterminant pour assurer le climat de confiance au sein des équipes multidisciplinaires ainsi qu'auprès des partenaires internes et externes. Nous privilégions l'ajustement mutuel et l'utilisation de la ligne hiérarchique par les individus ainsi que par les équipes des directions pour gérer les situations litigieuses.

3.1. LA DIRECTION DES SERVICES CLINIQUES

Cette nouvelle direction regroupe les sept programmes spécifiques dont les contours sont précisés en première partie du présent document. Elle devient, pour les personnes 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 de la gamme de services cliniques spécialisés et surspécialisés sous sa responsabilité.

3.1.1. 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 personnes 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 au sein des programmes et avec les partenaires internes et externes afin d'éviter le fonctionnement en silo limitant l'accès aux différents services dont les personnes ont besoin;
- Assurer la mise en place du modèle de coordination de l'épisode de soins pour chacun des programmes, en collaboration avec les services transversaux concernés;
- 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, la Direction des services cliniques devra assumer l'ensemble des responsabilités concernant de gestion tel que présenté dans le tableau IV du présent document.

3.1.2. Son mode de gestion

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

- les codirecteurs de la DSC;
- les cogestionnaires 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. Un modèle de partage de responsabilités est proposé pour chaque tandem, lequel devra être connu des médecins et du personnel de chaque programme de même que de l'ensemble des partenaires internes et externes de l'Hôpital. Dans une perspective de décentralisation, la gestion courante et les ressources du programme relèveront des cogestionnaires des programmes.

La DSC est gérée selon une 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, la DSC doit favoriser le développement des compétences et de la qualité des pratiques médicales et professionnelles. Ce développement des compétences repose sur une collaboration soutenue avec la DSP et la DSI afin que l'Hôpital soit un chef de file dans son secteur d'activité.

3.1.3. Les codirecteurs de la DSC

Le tandem est mutuellement responsable de la coordination des sept 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.

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

Les codirecteurs sont membres d'office du comité de direction de l'Hôpital.

3.1.4. Les cogestionnaires des programmes spécifiques

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

Par souci de rigueur et de transparence, le choix des cogestionnaires se fera à partir d'un processus de sélection sous la responsabilité de la Direction des ressources humaines, selon un profil tenant compte notamment des compétences cliniques et de gestion, d'habiletés reconnues au plan du leadership et de la communication, du travail en interdisciplinarité, du respect des autres et de la disponibilité.

Voici comment ils assumeront leurs responsabilités.

Responsabilités conjointes :

- Proposer, aux codirecteurs de la Direction, et mettre en place les orientations cliniques et scientifiques retenues pour le programme en cohérence avec les assises d'intervention et de gestion de l'Hôpital;
- Proposer, aux codirecteurs de la Direction, et mettre en place les objectifs annuels retenus;
- Organiser la prestation des services à la clientèle;
- Évaluer les besoins requis en effectifs professionnels, selon la disponibilité des ressources ;
- 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 gestionnaire médical :

- Assurer la planification des ressources médicales et des activités cliniques des médecins;
- Assurer la continuité interprogramme en lien avec les autres gestionnaires médicaux;
- Assurer l'application des protocoles médicaux et des standards de pratique professionnelle en lien avec les médecins du programme;
- Intégrer les stagiaires des programmes de résidence et d'externat assignés par la Direction de l'enseignement.

Responsabilités du gestionnaire clinico-administratif :

- Assurer la gestion des ressources humaines, matérielles, 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;
- Intégrer les stagiaires de l'ensemble des disciplines professionnelles assignés par la Direction de l'enseignement, et ce, en étroite collaboration avec les disciplines professionnelles.

Les cogestionnaires des programmes spécifiques sont membres d'office du comité de coordination des programmes et des disciplines de la Direction des services cliniques.

3.1.5. Les mécanismes 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. Tel que mentionné dans la présentation des caractéristiques du modèle de gestion, 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 cogestionnaires identifieront, avec la Direction des soins infirmiers et la Direction des services professionnels, des modalités de liaison souples et requises. Les codirecteurs de la Direction des services cliniques identifieront les cogestionnaires d'un programme, les modalités de collaboration visant à les soutenir dans la gestion courante.

Nous proposons ici des mécanismes formels qui facilitent 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. De plus, par souci d'efficacité et d'efficience, toutes les directions seront interpellées pour revoir les mécanismes actuels en fonction de la nouvelle structure.

Ces mécanismes permettront d'actualiser notre volonté de rapprocher le plus possible la prise de décision de l'action et, par conséquent, des cliniciens qui dispensent les soins et services à la clientèle.

A) **Au niveau de la direction**

I. Un comité de coordination des programmes et des disciplines

Les codirecteurs de la Direction des services cliniques (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 menés 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 présentons ici le mandat de ce comité.

Le Comité de coordination des programmes et des disciplines doit notamment recommander au comité de direction de l'Hôpital les orientations cliniques et scientifiques des programmes spécifiques. Il lui recommande également les objectifs annuels de la Direction des services cliniques proposés par les cogestionnaires des programmes spécifiques en s'assurant de la cohérence et de la complémentarité avec ceux de la DSP et de la DSI. Il identifie les priorités de formation et de perfectionnement en veillant également à la cohérence et à la complémentarité avec ceux de la DSP et de la DSI. Il convient de la composition des équipes des programmes spécifiques et de l'ajustement des ressources en fonction de la disponibilité de ces dernières ainsi qu'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 codirecteurs de la DSC;
- les cogestionnaires de chacun des sept programmes spécifiques de la DSC;
- le directeur des soins infirmiers;
- le directeur des services professionnels et les chefs de disciplines.

B) **Au niveau du programme**

I. Un comité de gestion du programme

Les cogestionnaires de chaque programme spécifique doivent mettre en place un comité de gestion du programme coprésidé par eux.

Le Comité de gestion du programme élabore les orientations et les objectifs cliniques, scientifiques et administratifs à atteindre en fonction des besoins de la clientèle du programme. Il collabore à leur mise en place ainsi qu'à celle des processus retenus permettant d'offrir des services continus et de qualité adaptés aux particularités de ces personnes. Il collabore à l'atteinte des résultats attendus en fonction des besoins de la clientèle (suivi et évaluation). De plus, le comité de gestion veille aux collaborations souhaitées avec les disciplines professionnelles, selon et dans le respect des responsabilités de chacun (voir tableau IV), ainsi que celles avec les autres partenaires internes et de l'externe. 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 cogestionnaires du programme;
- les autres gestionnaires du programme selon l'ampleur du programme;
- des cliniciens de différentes disciplines 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 CCASS et du suivi des plans d'action qui en découlent;

- la personne dédiée à la fonction conseil en recherche clinique et évaluative.

II. 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 cogestionnaires de chaque programme spécifique doivent réunir les expertises de l'équipe et faire appel à d'autres expertises disponibles au sein de l'organisation pour mettre en place un comité de programmation. Le mandat du comité de programmation est le suivant :

- connaître les meilleures pratiques concernant leur clientèle cible et stimuler les approches novatrices;
- développer les moyens de mieux inscrire ces connaissances et modèles de pratique dans les interventions et l'organisation des services en tenant compte de l'interdisciplinarité, du modèle T-R-R et de l'approche biopsychosociale;
- clarifier et faire consensus sur le modèle général d'intervention duquel le programme 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 le programme veut promulguer et véhiculer dans son approche d'intervention;

La composition du comité de programmation :

- les cogestionnaires du programme;
- des gestionnaires du programme selon l'ampleur de ce dernier;
- des cliniciens des différentes disciplines professionnelles 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 CCASS et du suivi des plans d'action qui en découlent;
- la personne dédiée à la fonction conseil en recherche clinique et évaluative;
- un représentant de la DSP*;
- un représentant de la DSI*;
- un représentant de la DSRHC (selon pertinence de la clientèle pour cette direction)*.

3.2. LES DIRECTIONS DES DISCIPLINES PROFESSIONNELLES

Les directions des disciplines professionnelles sont la Direction des services professionnels et la Direction des soins infirmiers. 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.

Comme nous l'avons mentionné précédemment, le concept de disciplines professionnelles est associé, ou non, à un ordre professionnel et réfère aux disciplines mises à contribution tout au long du continuum de soins et services cliniques de la personne. Nous voulons mettre de l'avant un concept de disciplines professionnelles qui, à l'intérieur de l'intervention interdisciplinaire, reconnaît et respecte l'expertise de chacun, quel que soit son rattachement à un ordre ou à une association professionnelle.

* Convenu entre les cogestionnaires du programme et le directeur de la direction concernée.

3.2.1. 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 personnes présentant des problèmes de santé mentale graves;
- s'assurer de la compétence des professionnels et de son développement;
- 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 qu'ils desservent;
- soutenir le conseil concerné dans l'exécution de son mandat : Conseil des infirmières et des infirmiers (CII), Conseil multidisciplinaire (CM), Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP);
- collaborer à la coordination de l'enseignement et de la recherche pour les disciplines;
- rendre compte des résultats attendus pour sa direction.

En somme, la DSP et la DSI assument chacune l'ensemble des responsabilités concernant les disciplines professionnelles tel que présenté dans le tableau IV du présent document.

3.2.2. La gestion des directions des disciplines professionnelles

A) La Direction des services professionnels

Les rôles et responsabilités de la Direction des services professionnels sont notamment définis par la Loi sur la santé et les services sociaux qui stipule, entre autres, que c'est un médecin qui en assume la direction. De plus, la Direction des services professionnels gère, à une exception près, les services transversaux et soutient les chefs de discipline et de département dans leurs rôles et responsabilités. Elle coordonne également les activités d'attraction et de rétention des disciplines professionnelles relevant de sa direction.

Notre modèle repose sur une reconnaissance et un dynamisme accrus des disciplines professionnelles. Les chefs de département et les responsables de discipline jouent un rôle de premier plan dans le développement de leur profession et le soutien à leurs membres, dont le défi est d'offrir à la clientèle des services professionnels de grande qualité et à la fine pointe des meilleures 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. Leurs rôles actuels seront modifiés pour s'ajuster au nouveau modèle de gestion. Il en sera de même du coordonnateur des éducateurs.

Le directeur des services professionnels participe d'office au comité de direction de l'Hôpital. Il participe, ainsi que les chefs de disciplines professionnelles, au comité de coordination des

programmes et des disciplines. Un représentant de la Direction des services professionnels participe au comité de programmation de chaque programme spécifique de la Direction des services cliniques et à celui de la Direction des services de réadaptation et d'hébergement dans la communauté.

B) La Direction des soins infirmiers

Les rôles et responsabilités de la Direction des soins infirmiers 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 responsabilités 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 des soins infirmiers participe d'office au comité de direction de l'Hôpital et au comité de coordination des programmes et des disciplines. Un représentant de la Direction des soins infirmiers participe au comité de programmation de chaque programme spécifique de la Direction des services cliniques et à celui de la Direction des services de réadaptation et d'hébergement dans la communauté.

3.3. LA DIRECTION DES SERVICES DE RÉADAPTATION ET D'HÉBERGEMENT DANS LA COMMUNAUTÉ

Selon notre planification stratégique 2002-2007, les services de réadaptation et d'hébergement dans la communauté sont des milieux d'appartenance favorisant chez les personnes présentant des troubles mentaux graves le développement de leurs capacités humaines. Ce sont des lieux d'exploration, d'expérimentation et de transition facilitant leur maintien et leur intégration progressive au sein de la communauté.

La Direction des services de réadaptation et d'hébergement dans la communauté offre des services d'hébergement, de centre de jour thérapeutique et des services vocationnels conçus spécifiquement pour répondre à des besoins particuliers des personnes présentant des troubles mentaux graves selon leur épisode de soins. En ce sens, ils s'inscrivent en complémentarité et en continuité des services cliniques et se distinguent des services transversaux définis dans ce document. Ces services font partie intégrante de la gamme des services essentiels en santé mentale reconnus par le Ministère au même titre que les services cliniques que sont l'urgence, l'hôpital de jour, la clinique externe, le suivi intensif ou d'intensité variable dans la communauté et l'hospitalisation.

Compte tenu de la révision récente de son offre de services, de l'adoption de nouvelles orientations par le conseil d'administration en janvier 2005, des travaux en cours d'implantation, de la particularité des services offerts et du nombre important de personnes desservies (près de 2 000 personnes), les services de réadaptation et d'hébergement dans la communauté sont maintenus au sein de la DSRHC.

De façon non équivoque, la gestion de ces services s'inscrit dans le même partage des responsabilités que celui de la Direction des services cliniques, en collaboration avec les

disciplines professionnelles. De plus, au terme de la consultation, il ressort que des efforts accrus devraient être consentis pour établir des interfaces avec les programmes spécifiques de façon à accentuer la continuité et la diversité des services à la clientèle.

Le chef médical et le directeur participent d'office au comité de direction de l'Hôpital. Ils sont responsables du comité de gestion et du comité de programmation pour la direction dont les mandats sont identiques à ceux énoncés précédemment pour les cogestionnaires des programmes.

Le comité de programmation de la DSRHC regroupe :

- le chef médical;
- le directeur et le directeur adjoint;
- des gestionnaires et des cliniciens de la Direction;
- la personne dédiée à la fonction conseil en recherche clinique et évaluative et le conseiller clinique;
- la personne dédiée à la fonction conseil pour la gestion des risques et de la qualité;
- un représentant de la Direction des services professionnels;
- un représentant de la Direction des soins infirmiers;
- un représentant de la Direction des services cliniques.

3.4. 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 désignation d'Institut universitaire en santé mentale en réseau, l'importance accrue de la gestion des risques et de la qualité au sein de l'établissement nécessitent que la Direction générale s'ajuste à cet environnement en changement.

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

3.5. LA GESTION DE LA DIRECTION GÉNÉRALE

A) Le comité de direction

Dorénavant le comité de gestion de la Direction générale se nommera le comité de direction. Auprès du conseil d'administration, ce comité constitue l'ultime instance responsable de la qualité et de l'équité des soins et services de l'Hôpital. Il doit s'assurer que chaque membre du personnel de l'Hôpital joue le rôle qui lui est dévolu par le plan d'organisation des soins et services.

Présidé par le directeur général, le comité de direction de l'Hôpital réunira les directeurs de la Direction des services cliniques, de la Direction des services de réadaptation et d'hébergement dans la communauté, de la Direction des services professionnels, de la Direction des soins infirmiers, de la Direction des ressources humaines, de la Direction des services administratifs ainsi que les directions de l'enseignement et de la recherche pour les dossiers en lien avec leur mandat.

Trois fois par année, s'ajouteront au comité de direction de l'Hôpital les présidents ou répondants des trois conseils : le Conseil des infirmières et des infirmiers (CII), le Conseil multidisciplinaire (CM) et le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP), pour

former le comité de direction élargi.

Ce comité de direction élargi verra à :

- statuer sur les orientations cliniques et scientifiques;
- 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 pharmacoéconomiques 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 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;
- assurer le suivi de ses décisions.

3.6. LA DIRECTION DE L'ENSEIGNEMENT

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 à faire respecter les mécanismes d'évaluation de l'enseignement;
- s'assurer d'obtenir des facultés universitaires concernées par 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, matérielles et informationnelles 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;
- organiser des activités de mise à jour des connaissances du personnel et des médecins (ex. : conférences multidisciplinaires).

3.7. LA DIRECTION DE LA RECHERCHE

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;
- assurer la planification et la gestion des ressources financières, humaines, matérielles et informationnelles reliées aux activités du Centre de recherche Fernand-Seguin de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine;
- 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.

3.8. LA DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES

La Direction des ressources humaines (DRH) doit :

- assumer les mandats qui relèvent de son expertise spécifique : 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 soutenir 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 par la mise en place de programmes soutenant le développement des compétences, habiletés et attitudes requises;
- assurer une approche globale et cohérente de l'application des différentes lois, réglementations ou conventions auprès des gestionnaires et du personnel;
- participer à la définition et à l'atteinte des objectifs stratégiques organisationnels;
- s'assurer de la présence d'une main d'œuvre compétente et en quantité suffisante pour répondre aux besoins de l'organisation et planifier des plans de relève structurés.

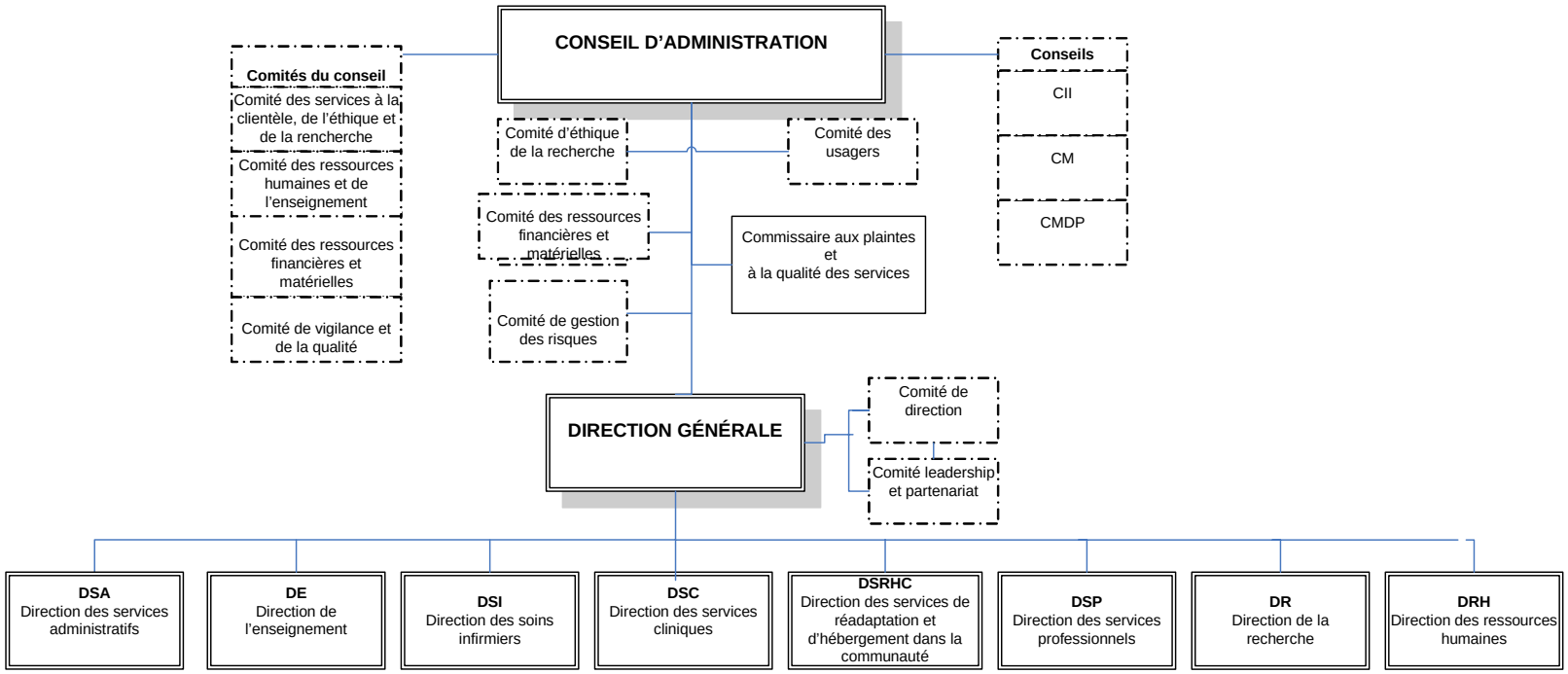
3.9. LA DIRECTION DES SERVICES ADMINISTRATIFS

La Direction des services administratifs (DSA) doit :

- planifier et gérer de façon optimale les ressources financières, matérielles et informationnelles, en collaboration avec les directions;
- assurer l'intégrité financière de l'établissement;
- diriger le processus budgétaire et assurer les liens avec l'Agence de la santé et de Services sociaux de Montréal;
- élaborer, réaliser et mettre à jour le plan directeur des systèmes d'information;

- élaborer, réaliser et mettre à jour le plan directeur des immobilisations;
- assurer une saine gestion des services de soutien : gestion financière (budget, paie et comptabilité), approvisionnement en biens et services, ressources informationnelles, buanderie/lingerie, entretien sanitaire, sécurité/prévention incendie, télécommunications, transport/messagerie, services alimentaires/nutrition clinique, fonctionnement et entretien des installations matérielles, aménagements/rénovations;
- participer à la définition et à l'atteinte des objectifs stratégiques organisationnels.

TABLEAU VI – ORGANIGRAMME DE L'HÔPITAL LOUIS-H. LAFONTAINE



* Comité d'évaluation et d'appréciation du protocole isolement -contention

TABLEAU VII – SYNTHÈSE DES MÉCANISMES DE COORDINATION

DIRECTIONS	RESPONSABLES	COMITÉS	DIRECTIONS CONCERNÉES
Direction générale	Directeur général niveau stratégique	Comité de direction de l'Hôpital	• DSC • DSRHC • DSP • DSI • DRH • DSA ▪ DE, DR en lien avec leur mandat
		Comité de direction élargi - 3 fois par année -	• Directions présentes au comité de direction de l'Hôpital • Présidents ou répondants des 3 conseils : CII – CM – CMDP
Direction des services cliniques	Codirecteurs niveau tactique	Comité de coordination des programmes et des disciplines	• DSP • DSI • DSC ▪ DE, DR en lien avec leur mandat
	Cogestionnaires de chaque programme niveau opérationnel	Comité de gestion	• DSC
		Comité de programmation	• DSC • DSP • DSI • DSRHC
Direction des services de réadaptation et d'hébergement dans la communauté	Directeur et Chef médical niveau tactique	Comité de gestion	• DSRHC
		Comités de programmation	• DSRHC • DSI • DSP • DSC

CONCLUSION

L'implantation d'une nouvelle approche des soins et services représente, pour l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, un défi de taille.

Au cours des prochains mois et des prochaines années, nous devrons intégrer l'approche par programme spécifique qui réunit autour de la personne présentant des troubles mentaux et de ses proches des équipes multidisciplinaires résolument centrées sur la personne et travaillant en interdisciplinarité.

Ce changement majeur repose essentiellement sur les individus et les équipes de travail de l'Hôpital. Il devra être compris de tous. Nous porterons ensemble la responsabilité de l'actualiser dans toutes nos interventions.

Les avantages et retombées de cette approche sont prévisibles : amélioration de l'accessibilité, de l'efficacité et de la fluidité des soins et services à la personne et à ses proches, simplification de la démarche de la clientèle dès le début de l'épisode de soins, amélioration de la réponse aux besoins tout au long du continuum de soins, enrichissement de notre offre de services et ouverture à la communauté, rehaussement de notre expertise collective en soins spécialisés et surspécialisés favorisant davantage le croisement des savoirs que l'addition des expertises, décentralisation et rapprochement de la prise de décision de l'intervention directe auprès de la clientèle, responsabilisation accrue des équipes de soins, enrichissement professionnel au contact quotidien des membres des équipes multidisciplinaires, etc.

Pour susciter et accompagner ce processus de transformation de nos soins et services ainsi que de notre organisation, il faudra instrumenter et soutenir les individus et les équipes en nous rappelant sans cesse l'importance d'une progression individuelle et collective dans une même direction, avec une vision commune des soins et services à offrir en réponse aux besoins de la population.

Il deviendra aussi nécessaire de mettre en place, comme prévu, un processus continu d'évaluation de notre démarche et des résultats obtenus tant sur le plan de nos soins et services que sur le plan de notre modèle et de notre structure de gestion, afin que cette évaluation soit le moteur de notre développement.

Dans ce tournant de l'histoire de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, puissions-nous aussi poursuivre ensemble l'actualisation des valeurs mises de l'avant dans notre planification stratégique de 2002-2007 : *l'appropriation du pouvoir par l'usager, l'ouverture à la communauté et au réseau de santé, la valorisation de la contribution, de la compétence et de la complémentarité de chacun, les meilleures pratiques, le leadership et l'engagement.*

ANNEXE I – PROFILS DES CLIENTÈLES ET CODES DES DIAGNOSTICS[1]

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, états schizo-affectifs, psychoses non organiques)
  Référence 291, 292, 293.8, 295,7, 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) : borderline, narcissique, histrionique et antisocial

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 DES SERVICES CLINIQUES DE L'HÔPITAL LOUIS-H. LAFONTAINE

Cliniques externes (CE)

- Offrir des services d'évaluation en collaboration avec le MEL, de traitement et de réadaptation psychiatriques diversifiés de deuxième et troisième lignes à la clientèle locale et régionale ayant des troubles mentaux (Service ambulatoire).

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. Ce service constitue une alternative à l'hospitalisation (Service ambulatoire).

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 une personne et recevoir des recommandations liées au traitement ou à une 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 première ligne par lequel chemineront les références vers les établissements de deuxième ligne (Service ambulatoire).

Service de psychiatrie des urgences

- Offrir 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 la personne (Service ambulatoire).

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 (Service ambulatoire).

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 présentant des troubles mentaux graves et complexes (stabilisation symptomatique et sociale, réponse aux besoins et qualité de vie dans la communauté, développement du potentiel et des habiletés, soutien aux proches et actions dans la communauté) (Service ambulatoire).

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 (Service d'hospitalisation).

Unité de réadaptation intensive (URI)

- Offrir des soins psychiatriques de traitement et de réadaptation intensive de troisième ligne à la population locale, régionale et suprarégionale 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 (Service d'hospitalisation).

Unité de réinsertion sociale

- Offrir des services psychiatriques de traitement, réadaptation et réinsertion sociale de deuxième et troisième lignes à la population locale, régionale et suprarégionale 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 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 (Service d'hospitalisation).

Unité de soins intensifs (USI)

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

Unité de traitement intensif (UTI)

- 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 (Service d'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) (Service d'hospitalisation).

ANNEXE III – SERVICES ACTUELS POUVANT ÊTRE ASSOCIÉS À UN PROGRAMME

Nous présentons le fruit de la réflexion du groupe de travail *Profil des clientèles et types de services des programmes* sur les services actuels centrés sur des clientèles spécifiques. Dans les travaux à venir, une attention particulière sera accordée à ces services dont le mandat ou le mode de fonctionnement s'inscrit aisément dans l'approche par programme spécifique. Les services ambulatoires et d'hospitalisation organisés sur une base territoriale (secteur) n'apparaissent pas dans ce tableau.

Services actuels pouvant être associés à un programme

PROGRAMME SPÉCIFIQUE	SERVICES POUVANT ÊTRE ASSOCIÉS
Évaluation et intervention brève	• Urgence • Module évaluation liaison (MEL) • Unité d'intervention brève (UIB) • Unité des soins intensifs
Troubles psychotiques	• Clinique Jean-Marc Bordeleau • Clinique Jeunes Adultes • Hôpital de jour équipe A • Les unités 208, 388 et les 18 places des résidences Belfroy et Mousseau • Les unités 503, 584, 505, 108 et 284
Troubles anxieux et de l'humeur	• Clinique d'intervention cognitivo-comportementale • Hôpital de jour équipes B et E
Troubles de la personnalité	• Clinique des troubles de la personnalité • Hôpital de jour équipe C
Gérontopsychiatrie	• Clinique de gérontopsychiatrie • Hôpital de jour équipes G1 et G2 • Les unités 301, 302, 305, 402 et 485
Déficience intellectuelle et maladie psychiatrique	• Les unités 226, 428 et du 3e Étal
Toxicomanie et maladie psychiatrique	• La clinique Cormier-Lafontaine

ANNEXE IV – LE MODULE D'ÉVALUATION LIAISON (MEL)

Avant de décrire les responsabilités du MEL, il apparaît pertinent de rappeler la recommandation du comité de travail sur le profil clientèle, les principaux types de services et les services transversaux concernant le type de service dont fait partie ce module. Au moment où ce service prend de l'expansion, rappelons les préoccupations à nouveau soulevées pour une approche globale de la clientèle dès le début de son évaluation par le MEL. Soulignons aussi que les travaux de design de ce service s'amorceront de façon plus systématique au cours des prochains mois;

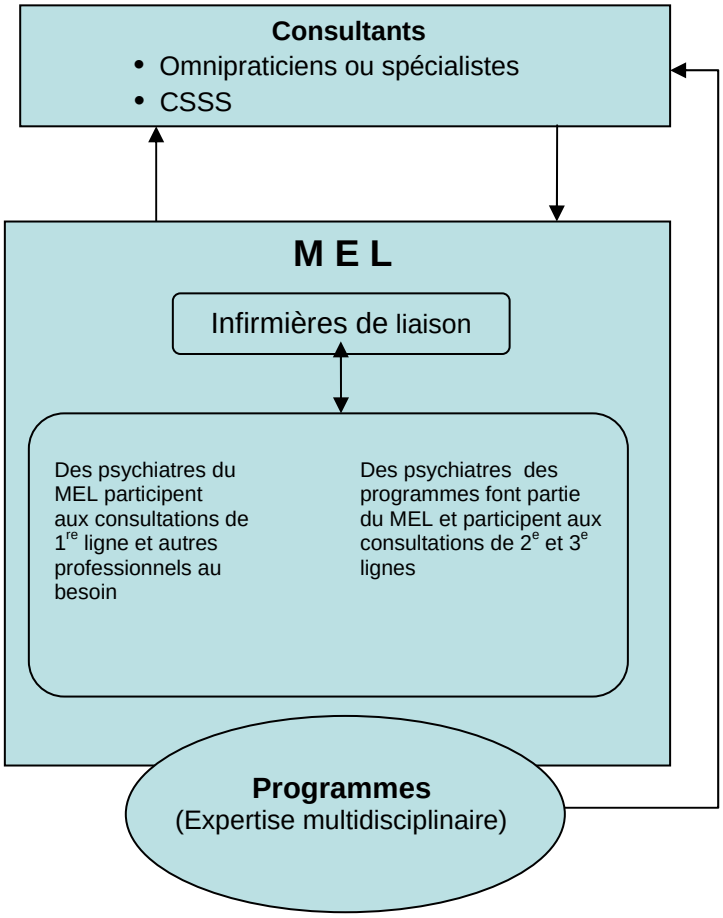
Une des portes d'entrée pour l'accès aux services cliniques de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, le module d'évaluation liaison (MEL) vise les objectifs suivants :

- Assurer une coordination fonctionnelle et souple qui permette à la personne d'obtenir les meilleurs services requis en temps opportun;
- Répondre aux demandes d'évaluation provenant des médecins omnipraticiens et spécialistes oeuvrant en cabinet ou en établissement;
- Maintenir une liaison forte avec la 1re ligne, particulièrement auprès des médecins omnipraticiens et spécialistes ainsi que des référents des CSSS;
- Assurer un modèle de coordination des services dynamique et fluide entre les 1re, 2e et 3e lignes, les professionnels agissant comme agents de liaison;
- Organiser les services de façon à éviter la double évaluation psychiatrique si la personne est référée à l'un des programmes;
- S'assurer que les sphères biopsychosociales soient considérées tant pour l'évaluation psychiatrique que pour les recommandations lorsque la personne est orientée vers la 1re ligne;
- Structurer un modèle d'articulation entre le MEL, la communauté et les programmes;
- Procéder à une évaluation initiale de la santé mentale et physique effectuée par une infirmière à la suite d'une référence;
- Déterminer un code de priorité pour l'évaluation psychiatrique (l'infirmière);
- Effectuer les tâches suivantes :
    - Avec l'accord du psychiatre du MEL, orienter la personne vers son référent puis assurer la liaison;
    - Orienter la personne vers le psychiatre du MEL pour une évaluation et assurer la liaison auprès du référent;
    - Orienter la personne vers un psychiatre qui travaille au MEL mais qui est attaché à un des programmes, dans le cas où une expertise spécifique semble être requise, l'expertise multidisciplinaire étant disponible à l'intérieur des différents programmes;
    - Prendre en compte que la complexité du problème peut parfois nécessiter quelques entrevues d'évaluation, occasionnellement multidisciplinaires selon la complexité des problèmes;

- Une fois l'évaluation complétée, orienter la personne vers son référent et l'agent de liaison du programme et assurer le suivi avec ce dernier ou orienter la personne vers un programme spécifique répondant le mieux à ses besoins.

Le modèle de service du module d'évaluation liaison (MEL)

Le modèle de service



Actuellement, 80% des demandes de services retournent au médecin référent après l'évaluation et 20% nécessitent une prise en charge par l'Hôpital.

Le MEL devra continuer de développer la notion de soins partagés avec les 1re et 2e lignes.

ANNEXE V – LES CINQ FACTEURS CLÉS DE SUCCÈS D'UN FONCTIONNEMENT PAR PROGRAMME[2]

Tel que définie par l'équipe du Centre d'études en transformation des organisations (CETO) de l'École des Hautes Études Commerciales de l'Université de Montréal, une gestion par programme met l'accent sur l'élaboration d'un ensemble de processus de soins capable de produire des résultats jugés souhaitables pour un type de clientèle donnée. La gestion des processus est illustrée par la figure qui suit. On détermine les objectifs, planifie les intrants (ressources humaines, financières, technologiques et physiques) nécessaires et on définit les extrants (cibles d'action et résultats). Par le biais d'indicateurs, on assure le suivi, l'analyse et l'amélioration des résultats attendus. Des modes de gestion (processus décisionnel décentralisé, gestion centrée sur les résultats, apprentissage organisationnel), des pratiques de travail (interdisciplinarité, amélioration continue) et des valeurs (travail en équipe, responsabilisation, imputabilité) sont clairement énoncés.

Une gestion par programme réussie intègre les cinq principes suivants :

1. Orientation client

Placer la personne au centre des préoccupations de l'équipe de soins, le type de clientèle pour laquelle on vise des résultats observables. Ce n'est pas un acte thérapeutique particulier.

2. Orientation résultats

Définir clairement des indicateurs de résultats associés à l'apparition des conséquences souhaitables pour la clientèle traitée. Ces résultats attendus sont élaborés par l'équipe de soins dont les membres sont conjointement et solidairement responsables (imputabilité).

3. Décentralisation des ressources et du pouvoir

Favoriser une autonomie de gestion pour l'équipe de soins de façon à favoriser une utilisation judicieuse des ressources disponibles pour atteindre les résultats jugés souhaitables. Cette

[2] Source: Réal Jacob. Présentation du 8 novembre 2005. CETO.

décentralisation implique entre autres une volonté d'implication de la part des différents membres de l'équipe. Elle nécessite aussi la mise en place de mécanismes de coordination pour optimiser le fonctionnement du programme.

4. Interdisciplinarité

Reconnaître la complémentarité des diverses expertises dans l'atteinte des résultats visés. L'élaboration d'un processus de soins vise à déterminer non seulement les contributions attendues de chacun mais aussi les relations à maintenir entre les membres de l'équipe pour assurer un résultat jugé souhaitable. Il s'agit donc d'une action concertée d'une équipe provenant de disciplines et de spécialités différentes qui partage l'ensemble des responsabilités. Les besoins, les attentes et les problèmes sont analysés et traités dans une approche globale de la personne et cette dernière (ou son répondant) devient partie prenante des décisions. C'est davantage un croisement des savoirs qu'une addition d'expertises.

5. Amélioration continue

Mettre en place une formule systématique d'amélioration continue dans laquelle les résultats obtenus auprès de la clientèle visée constituent la base de l'ajustement continu des pratiques déployées pour atteindre ces résultats (ex. des mécanismes formels de rétroaction). On cherche constamment de nouveaux standards d'excellence (*benchmarking*).

ANNEXE VI – CYCLE ANNUEL DE PLANIFICATION À L'HÔPITAL LOUIS-H. LAFONTAINE

De janvier à avril

- Élaboration des priorités de l'Hôpital, incluant la gestion des risques et de la qualité
- Élaboration des priorités des directions
- Élaboration des priorités de formation dans le cadre du plan de développement des ressources humaines (PDRH)
- Planification budgétaire

Mai et juin

- Appréciation de la contribution personnelle

Novembre et mai de l'année suivante

- Suivi de l'atteinte des résultats au conseil d'administration

En continu

- Processus de planification de la main d'œuvre

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, adopté par le conseil d'administration le 21 mas 2006, porte sur ces deux volets. Il propose les contours des soins et services cliniques par programmes à l'intention des diverses clientèles. Il révise aussi le modèle et la structure de gestion de notre organisation.

Hôpital
Louis-H. Lafontaine

AFFILIÉ À
Université de Montréal