



LES RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX AU BAS-SAINT-LAURENT

Guide pour supporter
la mise en place de
projets cliniques
orientés vers
l'amélioration de
l'état de santé de la
population

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

Québec 
Bas-Saint-Laurent

Juin 2004



LES RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX AU BAS-SAINT-LAURENT

Guide pour supporter
la mise en place de
projets cliniques
orientés vers
l'amélioration de
l'état de santé de la
population

Production

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé
et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent

Comité de rédaction

Jocelyne Pelletier, chargée de projet

Michel Y. Pelletier, médecin-conseil

Robert Maguire, directeur de la santé publique, de la planification et de l'évaluation

Lise Verreault, présidente-directrice générale

Collaborateurs

Les professionnels et les directeurs de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent

La Table des directeurs généraux des établissements du Bas-Saint-Laurent

Note

Lorsque l'Agence est mentionnée dans ce document, cette appellation réfère à l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent

ISBN

Dépôt légal : 2^e trimestre 2004

Bibliothèque nationale du Québec

Bibliothèque nationale du Canada

ISBN : 2-921799-74-X

Remerciements

Ce document est le fruit de la participation de la presque totalité des professionnels et des directeurs de l'Agence qui y ont contribué à un moment ou l'autre depuis le début de l'année 2004. Les membres du comité de rédaction les remercient de leur enthousiasme, de leur persévérance, de leur souplesse et de leur compréhension dans les cheminements empruntés, parfois un peu ténébreux, mais qui nous ont conduits à terme vers des avenues que nous percevons plus limpides.

Merci aux directeurs et aux responsables des services spécialisés régionaux et au chef du DRMG qui ont effectué une tournée des instances locales pour mieux cerner les besoins de chacun des territoires et ajuster leur offre de service. Les résultats de ces tournées n'apparaissent pas dans le présent document mais seront pris en compte dans l'élaboration des projets cliniques locaux.

Merci également à la Table des directeurs généraux d'établissements qui a initié et suivi patiemment la démarche avec nous.

Table des matières

Remerciements	iii
Table des matières.....	iv
Liste des figures	vi
Liste des tableaux	vii
Liste des sigles	viii
 Introduction et contexte	 1
 Section 1 Les assises de la réorganisation des services	 3
1.1 Les orientations régionales.....	3
1.2 Les objectifs opérationnels	10
 Section 2 La définition du modèle d'organisation des services au Bas-Saint-Laurent	 12
2.1 Le modèle territorial	12
2.2 Le modèle clinique	13
2.3 Les modalités d'allocation des ressources	15
2.4 Les systèmes d'information	15
 Section 3 Un projet clinique pour les jeunes en difficulté et leur famille	 16
3.1 Le modèle	16
3.2 Les constats.....	18
3.3 Les objectifs et les mesures à mettre en place ou à consolider	20
 Section 4 Un projet clinique pour les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale	 21
4.1 Le modèle	21
4.2 Les constats.....	23
4.3 Les objectifs et les mesures à mettre en place ou à consolider	25
 Section 5 Un projet clinique pour les personnes atteintes de cancer	 26
5.1 Le modèle	26
5.2 Les constats.....	27
5.3 Les objectifs et les mesures à mettre en place ou à consolider	29
 Section 6 Un projet clinique pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement	 30
6.1 Le modèle	30
6.2 Les constats.....	31
6.3 Les objectifs et les mesures à mettre en place ou à consolider	33

Section 7	Des services généraux de 1 ^{re} ligne en appui aux projets cliniques.....	34
7.1	Les services d'information accueil	34
7.2	Les services médicaux généraux et les services de prélèvements	35
7.3	Les soins infirmiers généraux.....	36
7.4	Les services nutritionnels généraux.....	36
7.5	Les services généraux de réadaptation physique.....	37
7.6	Les services psychosociaux généraux	37
7.7	Les services généraux d'action communautaire	37
7.8	Les services préhospitaliers d'urgence.....	38
7.9	Les services d'urgence médicale et les services de diagnostic connexes	38
7.10	Les services d'urgence psychosociale.....	39
Section 8	Les conditions favorables à l'actualisation des projets cliniques retenus	40
Section 9	Les plans d'actualisation	42
Section 10	L'actualisation et le suivi.....	43
10.1	Le calendrier d'actualisation	43
10.2	Le plan de communication.....	43
10.3	Les indicateurs de résultats	44
Conclusion		45
Références bibliographiques		46
ANNEXES		
Annexe 1	Évolution démographique et portrait de santé de la population du Bas-Saint-Laurent.....	49
Annexe 2	Portrait de l'organisation actuelle des ressources	58
Annexe 3	Le degré de réseautage	61
Annexe 4	Cartes de la région du Bas-Saint-Laurent et de chacun des territoires des réseaux locaux de services.....	63
Annexe 5	Besoins exprimés de services médico-hospitaliers sur place ou à distance, selon les MRC.....	72

Liste des figures

Figure 1	Types d'interventions des réseaux locaux de services	4
Figure 2	Schéma d'un réseau local de services de santé et de services sociaux	11
Figure 3	Schéma de l'ensemble des réseaux locaux au Bas-Saint-Laurent	13
Figure 4	Illustration du modèle du projet clinique couvrant la globalité des besoins	14
Figure 5	Continuum de services s'appliquant aux jeunes à risque ou en difficulté et à leur famille	16
Figure 6	Continuum de services s'appliquant aux personnes à risque ou aux prises avec des problèmes de santé mentale	22
Figure 7	Continuum de services s'appliquant aux personnes à risque ou atteintes de cancer.....	26
Figure 8	Continuum de services s'appliquant aux personnes à risque ou en perte d'autonomie liée au vieillissement.....	30

Liste des tableaux

Tableau 1	Nature des services de 1 ^{re} ligne offerts localement.....	5
Tableau 2	Les objectifs et les mesures pour les jeunes à risque ou en difficulté et leur famille	20
Tableau 3	Les objectifs et les mesures pour les personnes à risque ou aux prises avec des problèmes de santé mentale et les personnes suicidaires.....	25
Tableau 4	Les objectifs et les mesures pour les personnes à risque ou atteintes de cancer	29
Tableau 5	Les objectifs et les mesures pour les personnes à risque ou en perte d'autonomie liée au vieillissement	33
En annexe		
Tableau 1	Décroissance démographique et vieillissement dans les MRC du Bas-Saint-Laurent	54
Tableau 2	État de santé et problèmes de santé dans les MRC du Bas-Saint-Laurent	55
Tableau 3	Taux de mortalité des MRC du Bas-Saint-Laurent (taux standardisés p.10 000) 1994-1999	56
Tableau 4	Caractéristiques socio-économiques des MRC du Bas-Saint-Laurent	57
Tableau 5	Grille de mesure du degré de réseautage.....	62

Liste des sigles

CHRG	Centre hospitalier régional du Grand-Portage
CHRR	Centre hospitalier régional de Rimouski
CJ	Centre jeunesse
CLSC	Centre local de services communautaires
COSSMOSS	Communauté Ouverte et Solidaire pour un Monde Outillé, Scolarisé et en Santé
CPE	Centre de la petite enfance
CR	Centre de réadaptation
CRDP	Centre de réadaptation en déficience physique
CS	Commission scolaire
DRMG	Département régional de médecine générale
EQLA	Enquête québécoise sur la limitation des activités
GMF	Groupe de médecine familiale
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OEMC	Outil d'évaluation multiclientèle
PQDCS	Programme québécois de dépistage du cancer du sein
SIPA	Services intégrés pour les personnes âgées
TED	Trouble envahissant du développement

Introduction

et contexte

Le projet de loi 25, sanctionné le 18 décembre 2003 par l'Assemblée nationale, prévoit la mise en place de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, conçus de manière à assurer à la population locale, l'accès à des services de santé et des services sociaux de 1^{re} ligne intégrés, notamment l'accès à des services de prévention, d'évaluation, de diagnostic, de traitement, de réadaptation et de soutien. Ces mêmes réseaux rendront accessibles à la population de leur territoire respectif, par le biais d'ententes ou autres modalités, des services spécialisés et surspécialisés disponibles sur le territoire de l'Agence ou à l'extérieur de la région. C'est donc dire que chaque instance locale est responsable de donner accès à toute la population de son territoire à la totalité des services, qu'ils soient dispensés localement, régionalement ou provincialement. C'est ce qu'on appelle la responsabilité populationnelle.

En deçà de la loi, les réflexions ayant mené à la solution de la mise en place des réseaux locaux ne sont pas étrangères à l'alourdissement du tribut des maladies chroniques, qui a suivi la courbe d'augmentation de la durée de la vie. Les personnes atteintes de maladies chroniques présentent des besoins multiples et requièrent une continuité sans faille dans les soins dispensés, exigeant la participation de plusieurs types de professionnels. Il en va de même pour les personnes souffrant de problèmes sociaux complexes. L'organisation des services de santé et des services sociaux doit s'adapter à cette évolution.

La mise en place des réseaux locaux et l'élaboration de projets cliniques répondent à cet impératif. Dans chaque territoire de réseau local, une seule instance assume désormais une responsabilité populationnelle. La façon d'assumer cette responsabilité est de mettre en place, en collaboration avec les partenaires locaux, régionaux et provinciaux, des projets cliniques répondant aux besoins des citoyens. Les projets cliniques habilleront et habiteront la structure des réseaux locaux. Un projet clinique c'est la description des interventions cliniques requises et de leur contrepartie administrative, pour atteindre les objectifs fixés au regard d'une clientèle particulière ou de l'ensemble de la population, compte tenu du contexte local, tant clinique qu'administratif.

Un premier document décrivant la situation actuelle au Bas-Saint-Laurent et proposant une structure organisationnelle territoriale de mise en place ou de consolidation de huit réseaux locaux de services au Bas-Saint-Laurent, dont les limites correspondent à celles des MRC, a été déposé en février 2004, au ministre de la Santé et des Services sociaux. Les démarches de regroupement d'établissements sont complétées dans tous les territoires.

Le présent document s'inscrit en continuité du document sur l'organisation territoriale, en esquisant les paramètres des projets cliniques devant être élaborés par chacun des dirigeants des instances locales pour compléter le modèle d'organisation territoriale. On y présente les assises de la réorganisation des services, une définition du modèle d'organisation des services au Bas-Saint-Laurent, les balises régionales devant guider l'élaboration des projets cliniques locaux, des recommandations sur l'organisation des services généraux en appui aux projets cliniques, les conditions favorables à la mise en place de ces projets cliniques ainsi que les modes d'implantation et de suivi.

Les projets cliniques locaux devront éventuellement couvrir l'ensemble des besoins des citoyens d'un territoire; c'est ainsi que l'instance locale assumera sa responsabilité populationnelle dans un projet clinique global. Toutefois avant d'en arriver à ce projet clinique global, nous suggérons de procéder par étapes et de retenir dans un premier temps quatre projets cliniques couvrant les besoins d'autant de clientèles. Les clientèles priorisées sont : les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement, les personnes ayant des problèmes de santé mentale, les personnes atteintes de cancer (qui se situent dans le cadre de la clientèle des personnes atteintes de maladies chroniques) et les jeunes ayant des problèmes d'adaptation sociale et leur famille. Les projets cliniques étant nécessairement influencés par le portrait démographique et de santé de la population de même que par celui des structures et des ressources, ces deux portraits sont annexés au document (annexes 1 et 2).

1. Les assises de la

réorganisation des services

1.1 Les orientations régionales

Nous empruntons dans la présente réorganisation les avenues déjà tracées par les orientations régionales antérieures des plans 1999-2002 et 2003-2006, enrichies des récentes orientations ministérielles. Les orientations régionales retenues dans la présente démarche sont :

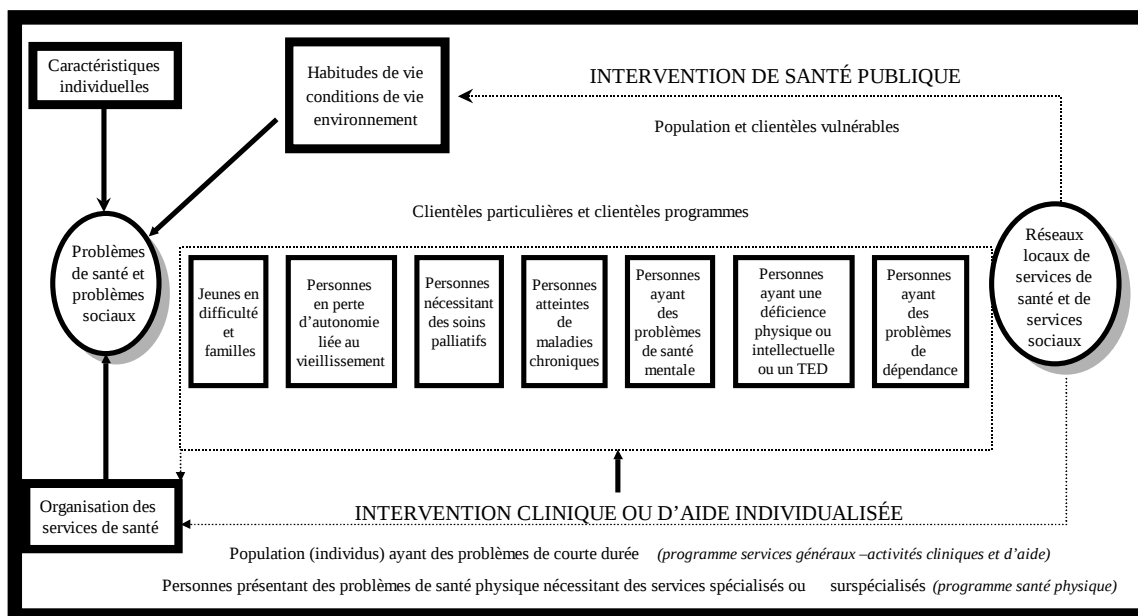
Un modèle d'organisation des services de santé et des services sociaux :

- ↑ axé sur le maintien et l'amélioration de la santé et du bien-être de la population;
- ↑ garantissant des services de 1^{re} ligne intégrés et accessibles à la population de chaque territoire de MRC;
- ↑ intégrant régionalement les services spécialisés et les offrant localement lorsque le volume de clientèle le justifie;
- ↑ favorisant un meilleur accompagnement et soutien des personnes vulnérables;
- ↑ rapprochant la prise de décision du terrain et s'ouvrant aux partenariats;
- ↑ favorisant la créativité, la compétence et le dynamisme du personnel.

1.1.1 Un projet clinique axé sur l'amélioration de l'état de santé et de bien-être

Pour agir efficacement sur les problèmes de santé, chaque réseau local doit utiliser des interventions de santé publique s'adressant à toute la population (pour influencer les déterminants de la santé) ou à des clientèles vulnérables (dépistage et interventions spécifiques auprès des personnes présentant des facteurs de risque ciblés¹) pour promouvoir de saines habitudes et conditions de vie et un environnement favorable à la santé. Une intervention clinique agissant sur les problèmes et relevant de l'organisation des services sociaux et de santé, est également nécessaire (figure 1). Cette intervention clinique peut s'adresser à l'ensemble de la population ou à des clientèles particulières. Les clientèles mentionnées à la figure 1 regroupent les clientèles prioritaires pour le MSSS dans l'implantation des réseaux locaux² et celles inscrites dans les programmes-services³. C'est par la conjugaison de ces deux grands types d'intervention qu'il est possible de couvrir la globalité des besoins et ainsi améliorer l'état de santé de la population de chaque réseau local de services.

Figure 1
Types d'interventions des réseaux locaux de services



1.1.2 Un projet clinique offrant des services de 1^{re} ligne intégrés et accessibles localement

Les différents types d'intervention illustrés précédemment font très largement appel à des services de 1^{re} ligne, mais également à des services spécialisés et surspécialisés. Le modèle d'organisation territoriale adopté permet de desservir les populations le plus près possible de leur milieu de vie en y offrant localement les services de 1^{re} ligne. Les services de 1^{re} ligne regroupent deux grands types de services : les services généraux qui s'adressent à l'ensemble de la population et les services spécifiques qui s'adressent à des clientèles vulnérables (présentant des facteurs de risque) et à des clientèles particulières (présentant des situations complexes faisant appel à des services de moyenne ou de longue durée). À l'intérieur de chacun de ces types de services, on retrouve des activités de santé publique et des activités cliniques et d'aide⁴. Le tableau 1 présente la nature des services de 1^{re} ligne offerts localement, soit par l'instance locale, soit par des partenaires.

Tableau 1
Nature des services de 1^{re} ligne offerts localement

SERVICES GÉNÉRAUX		SERVICES SPÉCIFIQUES	
Activités de santé publique	Activités cliniques et d'aide	Activités de santé publique	Activités cliniques et d'aide
Activités de promotion visant : ↪ un environnement sain ↪ de bonnes habitudes de vie ↪ l'application de mesures universelles de protection	Interventions d'orientation, de traitement ou de réadaptation, s'appuyant sur une structure légère de moyens diagnostiques et thérapeutiques et permettant de résoudre la majorité des préoccupations et problèmes sociaux et de santé communs de la population	Activités de prévention auprès de groupes à risque selon les facteurs de risque présents : Jeunes et familles Adultes Travailleurs Personnes âgées	Pour les : ↪ jeunes en difficulté et leur famille ↪ personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement ↪ personnes ayant des problèmes de santé mentale ↪ personnes présentant une déficience physique ↪ personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement (TED) ↪ personnes ayant un problème de dépendance ↪ personnes atteintes de maladies chroniques (comprenant le cancer)
DESTINÉS À TOUTE LA POPULATION		DESTINÉS À DES CLIENTÈLES PARTICULIÈRES	

La clé maîtresse de l'élaboration des projets cliniques sera, pour chacune des clientèles particulières retenues, une définition nette de l'offre de service de 1^{re} ligne en complémentarité avec les services spécialisés et surspécialisés. La continuité doit être une préoccupation première. Cette continuité s'observe dans trois volets⁵.

- A la continuité relationnelle : contact suivi avec un même professionnel ou un même groupe de professionnels à travers un même épisode de soins et d'un épisode à l'autre;
- A la continuité informationnelle : l'information sur le client est accessible en temps opportun à tous les professionnels concernés;
- A la continuité d'approche : cohérence clinique dans les modes de traitement et de suivi d'un client.

1.1.3 Un projet clinique offrant localement certains services spécialisés

Les services habituellement considérés comme étant de 2^e ligne servent à résoudre des problèmes plus complexes (que ceux résolus par les services de 1^{re} ligne), requièrent un degré plus élevé de spécialisation et une infrastructure plus importante⁶. Selon le nombre de personnes à desservir dans chacun des territoires locaux, selon les infrastructures et le degré de spécialisation requis, certains services peuvent être déconcentrés ou décentralisés localement dans l'optique d'une meilleure continuité des services.

À cet effet, des tournées de consultation ont été réalisées par les centres régionaux de réadaptation et le Centre jeunesse et des actions sont amorcées pour une meilleure desserte locale. Plusieurs de ces actions concernant les clientèles prioritaires retenues devraient se retrouver dans les projets cliniques.

1.1.4 Un projet clinique favorisant une meilleure prise en charge (accompagnement et soutien) des clientèles particulières

Certaines personnes vivent des situations complexes ou présentent des caractéristiques nécessitant des services spécifiques s'ajoutant aux services généraux. Ces clientèles requièrent plus d'accompagnement, plus de soutien et les services qui leur sont offerts nécessitent la coordination et la concertation des dispensateurs pour en assurer la continuité. Une attention particulière sera portée dans un premier temps aux quatre clientèles priorisées déjà mentionnées.

1.1.5 Un projet clinique rapprochant la prise de décision du terrain

L'actualisation du projet clinique relève de l'instance locale. Cette actualisation sera d'autant plus facile que la prise de décision sera près du terrain et que des liens seront tissés avec des partenaires de différents secteurs d'activités tant publics que communautaires ou privés. L'Agence supportera les instances locales tout en respectant l'autonomie des gestionnaires locaux.

La loi ayant procédé à la création des agences de développement de réseaux locaux de santé et de services sociaux prévoit qu'au plus tard le 30 janvier 2006, le ministre doit faire un rapport sur l'application de la présente loi et, le cas échéant, sur l'opportunité de la maintenir en vigueur et de la modifier. Il s'agit donc d'une période de transition.

Durant cette période, l'Agence entend exercer un leadership dans la mise en place et la consolidation des réseaux locaux de services au Bas-Saint-Laurent, principalement en :

- ↑ assurant la coordination et l'harmonisation des différents projets cliniques élaborés par les réseaux locaux de services,
- ↑ supportant l'élaboration de protocoles cliniques (à l'intérieur des projets cliniques) en collaboration avec les organismes professionnels,
- ↑ supportant la mise en place d'ententes entre les instances locales et les partenaires et la définition de corridors de services entre les instances locales, régionales et supra-régionales,
- ↑ offrant aux instances locales un support en matière de gestion des ressources humaines, financières, matérielles ainsi qu'au niveau des systèmes d'information, de la reddition de comptes, de l'amélioration continue de la qualité des services et de l'évaluation.

L'Agence continuera durant cette période de transition d'exercer les rôles qu'exerçait précédemment la Régie régionale.

1.1.6 Un projet clinique s'ouvrant aux partenariats

Les instances locales sont maîtres d'œuvre dans la conception et l'actualisation de leur projet clinique mais doivent s'adjoindre les partenaires requis.

Il est souhaité que l'organisation des réseaux locaux de services permette la coordination des cliniques médicales privées quant aux heures d'ouverture, à l'extension de la couverture sept jours par semaine et hors des heures normales de travail. L'adhésion à un dossier clinique partageable et l'inscription des clientèles vulnérables vers des ressources d'accueil et de soutien clinique sont des moyens additionnels dont les cliniques privées devraient se munir pour permettre une meilleure prise en charge de la clientèle et éviter le recours aux plateaux techniques lourds. La participation active des médecins à la réalisation des projets cliniques locaux est conséquemment essentielle à la réussite de leur mise en place.

La mise en place de réseaux locaux de services devrait également viser une meilleure intégration des soins pharmaceutiques. En dehors des épisodes d'hospitalisation, le pharmacien communautaire doit participer pleinement à la gestion de la pharmacothérapie des personnes qu'il dessert, en lien avec le médecin traitant. Avec la Loi

modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé, le pharmacien communautaire pourra s'impliquer davantage dans la dispensation de soins, puisqu'on lui confère un champ d'exercice élargi. Pour ce faire, l'information utile à la prise en charge des personnes avec des besoins particuliers au regard de leur pharmacothérapie (anticoagulothérapie, prise en charge du diabète, etc.) devra lui être acheminée et des mécanismes de liaison et d'échange d'information entre les médecins, les pharmaciens d'établissement et ceux oeuvrant dans la communauté devront être mis en place. Ces mécanismes de liaison et d'échange devront également tenir compte du rôle des infirmières dans l'application des protocoles de suivi systématique des personnes atteintes de maladies chroniques.

La collaboration des chirurgiens-dentistes à l'offre de service de 1^{re} ligne du réseau local est également importante. Ainsi, des ententes pourraient être conclues avec l'instance locale, sur une base volontaire, pour assurer la couverture des urgences durant et à l'extérieur des heures de travail normales. La participation des chirurgiens dentistes à la réalisation d'interventions dans le cadre des projets cliniques s'adressant à des clientèles particulières est également souhaitable. Ces professionnels pourraient alors être sollicités par l'instance locale de leur territoire et des ententes établies à cet effet.

Les entreprises ambulancières sont également des partenaires incontournables avec lesquels des associations et ententes sont déjà existantes et appelées à le demeurer.

Le partenariat avec les résidences privées d'hébergement est déjà amorcé. Ces dernières font partie de certaines tables locales portant sur les services aux personnes en perte d'autonomie dans quelques territoires. La mise en place des réseaux locaux sera donc l'occasion d'élargir et de consolider les partenariats établis. Ce renforcement des liens devrait résulter en une implication plus grande des ressources privées à l'intérieur des différents programmes et services.

Les entreprises d'économie sociale sont déjà en lien avec les professionnels des instances locales affectés au soutien à domicile. Ce partenariat est appelé à se poursuivre et à se consolider.

Le projet de loi 25 (art. 24) fait mention de la contribution des organismes communautaires dans les réseaux locaux de services et de la possibilité que les organismes communautaires établissent des ententes formelles avec ces derniers. Les organismes communautaires sont des acteurs importants en 1^{re} ligne où ils réalisent déjà des activités dans différents domaines. C'est dans le respect de leur spécificité que les organismes communautaires seront appelés par les instances locales à contribuer aux projets cliniques.

Le nécessaire partenariat intersectoriel est déjà une réalité à l'intérieur de certains programmes s'adressant à des clientèles particulières. Ainsi, des tables locales concernant les programmes et les services offerts aux jeunes regroupent différents partenaires issus du milieu scolaire, municipal, économique et juridique. Ce partenariat est à développer dans d'autres programmes. L'exercice sur la mesure du degré de réseautage intersectoriel dans différents programmes, mené dans notre région, a démontré que des efforts devront être consentis à cet égard (annexe 3).

1.1.7 Un projet clinique favorisant la créativité, la compétence et le dynamisme du personnel

Le projet clinique est l'affaire de l'ensemble des partenaires constituant le réseau local de services. Mais au cœur de ce projet clinique, ceux qui l'élaboreront et le feront vivre sont des employés des instances locales et des établissements régionaux.

Conséquemment, l'engagement, la mobilisation et la contribution de l'ensemble du personnel sont des facteurs clés pour la réussite du projet clinique. Le présent document place des balises, mais c'est localement que se dessinera le projet clinique de chaque réseau local de services, avec les gens qui le composent. Le personnel, à tous les niveaux, doit être partie prenante de l'élaboration et de la mise en place du projet clinique. La vraie transformation se fera dans les pratiques et les processus de services. Pour l'atteindre, il faut que les professionnels assument un leadership clinique⁷.

Pour faire émerger ce leadership clinique, les gestionnaires de l'instance locale doivent porter la vision des défis que représente pour l'instance locale la mise en place d'un réseau local de services. Ils doivent susciter l'enthousiasme pour mettre en valeur la mission et les défis de l'organisation⁸. Ils doivent partager les succès à l'interne, mais aussi à l'externe, rehaussant ainsi la reconnaissance du personnel et soulignant la raison d'être des changements.

Les gestionnaires doivent se préoccuper de la gestion de ces changements. L'instance locale passe d'une responsabilité clientèle à une responsabilité populationnelle et met en place un projet clinique global composé de plusieurs projets cliniques spécifiques développés avec les autres partenaires du réseau local. On peut conséquemment anticiper une évolution certaine des pratiques et du travail des professionnels. Cette évolution touchera également les systèmes informatiques qui seront intégrés aux interventions et bonifieront la circulation de l'information tant clinique qu'administrative. Ces systèmes informatiques devront d'ailleurs être facilement accessibles à l'ensemble des intervenants. De plus, dans une optique d'évaluation des résultats et d'un retour vers l'ajustement des interventions, une analyse des statistiques de production et d'utilisation des services sera périodiquement requise.

Pour maintenir la mobilisation du personnel, il faut donc prévoir la gestion des changements, notamment en orientant le développement des compétences et l'encadrement fourni vers :

- A le travail en interdisciplinarité,
- A la souplesse et l'ouverture dans la recherche de solutions,
- A l'utilisation accrue et judicieuse des systèmes informatiques,
- A une culture de l'évaluation.

1.2 Les objectifs opérationnels

Les principaux objectifs opérationnels de la révision du modèle de dispensation des services de santé et des services sociaux au Bas-Saint-Laurent sont :

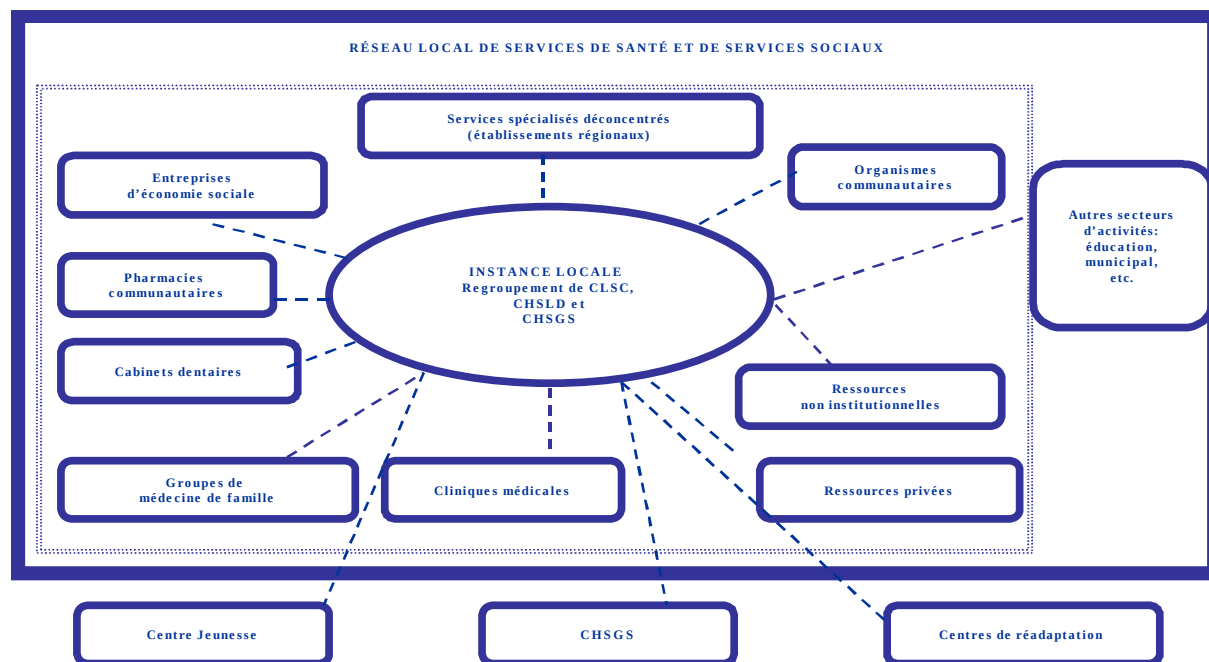
- ↑ que l'Agence complète, dans l'ensemble de la région, la mise en place de huit instances locales de services de santé et de services sociaux ayant une responsabilité populationnelle (en date de juin 2004, cette étape s'est réalisée et sur une base volontaire);
- ↑ que chaque instance locale élabore un projet clinique global impliquant tous les partenaires du réseau local de services.

Le projet clinique concrétise le réseau local de services intégrés. En exerçant sa responsabilité populationnelle, chaque dirigeant d'instance locale de services de santé et de services sociaux est amené à compléter, par différentes ententes avec des partenaires locaux, régionaux et hors de la région, la gamme de services dont les citoyens de son territoire ont besoin.

La figure 2 illustrant le schéma d'un réseau local type identifie les principaux partenaires de l'instance locale pour constituer un réseau local de services. En plus des partenaires locaux, l'instance locale devra également établir des ententes formelles avec des partenaires à l'extérieur de son territoire pour établir des corridors de services lui permettant de définir un projet clinique couvrant l'ensemble des besoins des citoyens.

Comme précédemment mentionné, nous abordons ce travail de façon progressive en priorisant quatre clientèles, pour lesquelles des plans d'actualisation de projets cliniques devront être élaborés d'ici juin 2005.

Figure 2
Schéma d'un réseau local de services de santé et de services sociaux



2. La définition du modèle d'organisation des services

au Bas-Saint-Laurent

2.1 Le modèle territorial

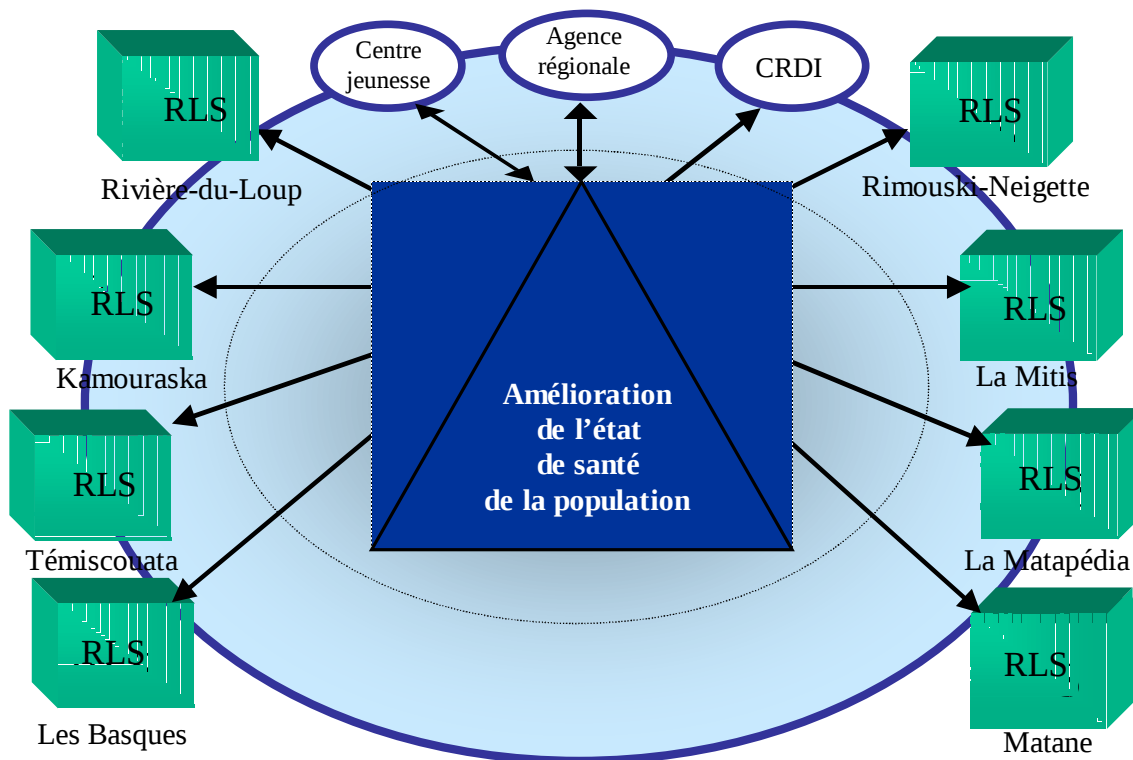
Le modèle du Bas-Saint-Laurent est constitué de huit réseaux locaux de services de santé et de services sociaux dont quatre territoires comportent un centre hospitalier de niveau I, deux territoires un centre hospitalier de niveau II dont l'un offre également des services de niveau III. Deux réseaux ne comportant pas de centre hospitalier, la population de ces territoires utilise les services d'un centre hospitalier voisin⁹. Ce modèle favorise donc la prise de décision près du terrain en maintenant des décideurs dans chaque territoire de MRC.

La figure 3 illustre l'ensemble des réseaux locaux de même que les instances régionales. Les efforts de l'ensemble de ces instances visent à améliorer l'état de santé de la population, en diminuant l'apparition des problèmes sociaux et de santé, en solutionnant ceux qui peuvent l'être et en diminuant les conséquences des problèmes chroniques. L'Agence dispense directement à la population certains services spécialisés de santé publique. Des services spécialisés sont offerts par le CJ et le CRDI et certains services spécialisés sont fournis par des instances locales à des citoyens d'autres territoires de réseaux locaux :

- A les services hospitaliers de niveau II et III et les services de santé mentale offerts par les instances de Rimouski et Rivière-du-Loup aux autres réseaux locaux,
- A les services du CRDP L'Interaction (instance locale de la Mitis) et les services du centre de réadaptation en toxicomanie du Bas-Saint-Laurent L'Estran (instance locale de Rivière-du-Loup) offerts à tous les réseaux locaux.

Ce modèle est évolutif, dans la mesure où sera analysée, au fil du développement des projets cliniques, la pertinence d'une déconcentration accrue des services spécialisés et même d'une décentralisation de certains services. Si des services peuvent être dispensés par des intervenants en 1^{re} ligne, des allers et retours entre des intervenants de 1^{re} ligne et des intervenants spécialisés sont non seulement inutiles, mais susceptibles d'occasionner une rupture de continuité.

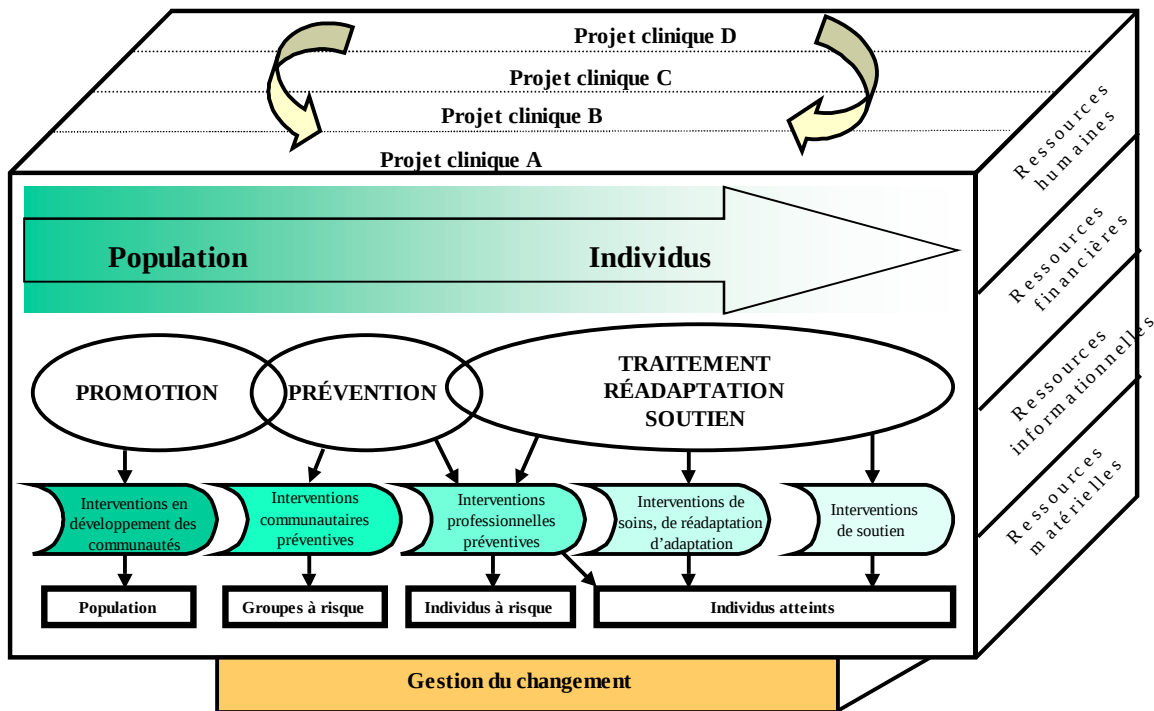
Figure 3
Schéma de l'ensemble des réseaux locaux au Bas-Saint-Laurent



2.2 Le modèle clinique

Si le modèle territorial situe l'organisation des structures, le modèle clinique oriente l'organisation des services pour répondre à l'ensemble des besoins de la population en matière de santé et de services sociaux s'étendant de la promotion de la santé, à la prévention, au traitement, à la réadaptation et au soutien en fin de vie (figure 4). C'est dans ce continuum global que se concrétise l'offre de service à la population générale de même que la prise en charge, l'accompagnement et le soutien des clientèles particulières. Selon les pathologies et les problématiques, l'importance de chacun des éléments du modèle variera. Chaque projet clinique fera appel pour son actualisation à un ensemble de ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles et reposera sur une base de gestion du changement. Il va sans dire que ces projets cliniques seront intégrés pour constituer le projet clinique global de chaque réseau local.

Figure 4
Illustration du modèle du projet clinique couvrant la globalité des besoins¹



Le projet clinique doit préciser pour chacune des clientèles priorisées :

- A les interventions reconnues efficaces à préconiser dans l'optique d'un continuum global de services;
- A les constats sur la situation actuelle;
- A les objectifs poursuivis;
- A les mesures à mettre en place ou à consolider, entre autres :
 - ↪ offre de service locale, régionale et hors région, s'il y a lieu;
 - ↪ corridors de services et ententes conclues avec les partenaires;
 - ↪ protocoles cliniques;
 - ↪ modalités d'intégration de services;
- A le plan d'actualisation du projet clinique et les ressources mises à contribution.

¹ Adapté de « La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile », MSSS. Mai 2004.

Pour chacune des clientèles priorisées dans la région, on retrouvera dans le présent document un relevé des interventions à privilégier (à l'intérieur du modèle général retenu), des constats sur la situation actuelle devant être par la suite détaillés localement lorsque possible, des objectifs appelés à être précisés par chaque réseau local (ampleur, échéance, etc.) et des mesures à mettre en place devant également faire l'objet d'ajustements locaux.

2.3 Les modalités d'allocation des ressources

L'allocation des budgets sur une base historique a généré des iniquités que tous reconnaissent. Un nouveau mode d'allocation des ressources vient d'être élaboré par le MSSS.

Ce modèle s'inspire des principes d'équité, de transparence, d'accessibilité et d'imputabilité. Le modèle est basé sur neuf programmes-services et deux programmes-soutien¹⁰. L'utilisation du nouveau modèle débute pour l'exercice financier 2004-2005.

Ce modèle qui sert à l'allocation interrégionale des ressources inspirera également le mode d'allocation intrarégionale.

2.4 Les systèmes d'information

Des réseaux locaux de services efficaces requièrent la mise en place de systèmes intégrés d'information permettant de partager des données cliniques pour assurer la prise en charge globale du client.

À cette fin, l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent et les établissements de la région entendent développer un dossier client informatisé partageable régionalement, sécuritaire, soumis aux normes de confidentialité et à une gestion rigoureuse du consentement.

Le dossier client informatisé permettra aux médecins et aux intervenants, avec le consentement obtenu du client, d'avoir accès à différentes informations requises pour offrir des services adéquats aux clients, entre autres, les données suivantes : socio-démographiques, d'allergies, de statut vaccinal, de profil pharmacologique, de résultats de laboratoire, de résultats de radiologie, d'images radiologiques, d'épisodes de soins, de résumés de dossier, de notes au dossier et de rapports d'évaluation.

Ce projet régional s'inscrit directement dans le plan d'informatisation du réseau élaboré par le MSSS. Il vise à mettre en réseau les établissements, les GMF, les cliniques privées et les pharmacies privées, ce que nous jugeons primordial pour le fonctionnement efficace des réseaux locaux de services.

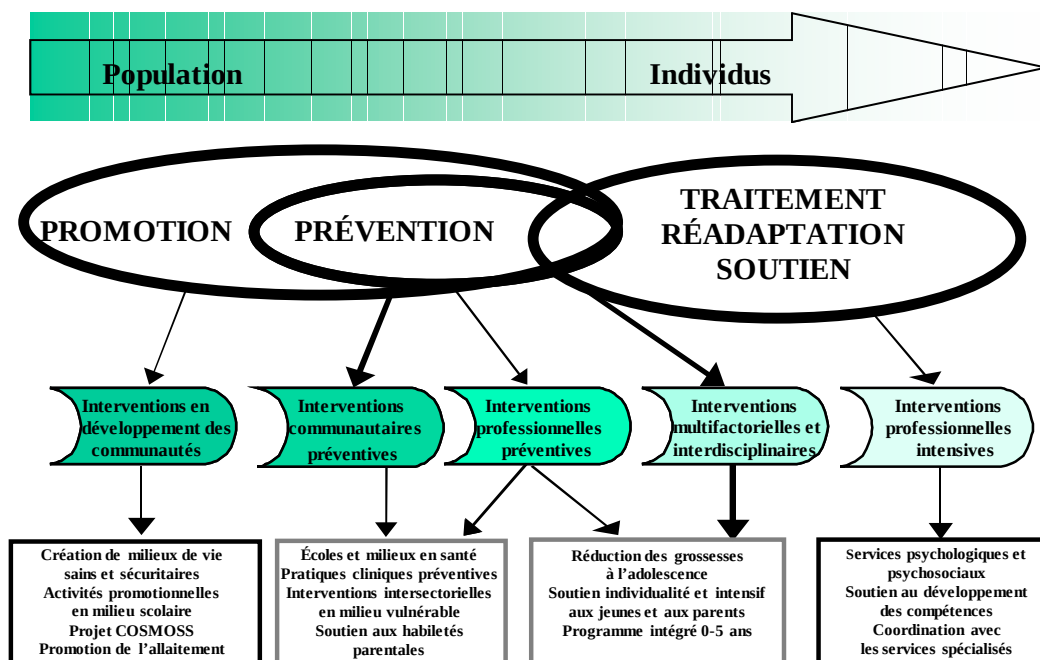
3. Un projet clinique

pour les jeunes en difficulté et leur famille

3.1 Le modèle

Le projet clinique auprès des jeunes en difficulté et leur famille touche les aspects liés aux difficultés d'adaptation sociale qui requièrent une approche intégrée. Sans exclure certains problèmes spécifiques dont peuvent être affectés les jeunes (déficience intellectuelle, déficience physique, problèmes de santé mentale, problèmes de santé physique), le projet clinique ne détaillera pas les interventions concernant les problématiques spécifiques. Il tiendra cependant compte des nécessaires activités de concertation et de suivi entre les services de 1^{re} ligne, les services spécialisés et les espaces intersectoriels d'interventions requis par les jeunes présentant des problématiques spécifiques. À ce sujet, le projet clinique aurait avantage à s'inspirer des travaux du Comité sur les services spécialisés destinés aux enfants, aux jeunes et à leur famille¹¹. Le modèle de continuum (figure 5) illustre schématiquement les principales activités allant de la promotion-prévention aux activités de traitement, réadaptation et soutien.

Figure 5
Continuum de services s'appliquant aux jeunes à risque ou en difficulté et à leur famille



Outre les types d'interventions reconnues efficaces et apparaissant dans le modèle, deux prémisses sont garantes de succès :

- A une intervention précoce, cohérente et continue,
- A une action intensive lorsque la problématique le requiert.

Depuis plus de dix ans, plusieurs rapports sur les services à la jeunesse convergent vers les mêmes recommandations :

A caractéristiques organisationnelles :

- ↪ convergence des portes d'entrée vers les services de 1^{re} ligne,
- ↪ des systèmes d'information pertinents et performants,
- ↪ des modalités de communication fluides et des plans conjoints de formation;

A caractéristiques cliniques :

- ↪ l'accompagnement de la personne dans l'orientation de sa demande et jusqu'à sa prise en charge,
- ↪ la présence d'équipes dédiées,
- ↪ des outils d'évaluation partagés et la systématisation de l'utilisation de plans d'intervention et de plans de services individualisés,
- ↪ le travail en interdisciplinarité et en intersectoriel;

A caractéristiques administratives :

- ↪ des mécanismes de concertation soutenus,
- ↪ un soutien clinique aux intervenants,
- ↪ la coordination des interventions cliniques pour les cas complexes et présentant de multiples problèmes,
- ↪ la disponibilité de l'équipement requis au plan informationnel et informatique pour favoriser le travail de chaque intervenant au niveau de la rapidité et de la convivialité.

3.2 Les constats

La démographie et la prévalence des problèmes^{12,13,14,15}

Si les données démographiques sont toujours disponibles, il en va autrement de la prévalence et de l'incidence des différents problèmes. Les constats présentés se limitent donc aux données disponibles régionalement.

- ¢ La population des 0-17 ans (40 776 en 2001) est en baisse dans notre région. Entre 2001 et 2011 elle aura connu une baisse de 20 %. Cette baisse est variable selon les MRC, passant de 17 % à 29 % (voir annexe 1).
- ¢ La proportion des familles monoparentales était de 23 % en 2001.
- ¢ Le taux de prématurité est en hausse : 8,7 % des naissances en 2000.
- ¢ En 2000-2001, 22 % des enfants de la maternelle étaient à risque élevé de caries dentaires.
- ¢ On observe par ailleurs depuis quelques années une augmentation du nombre de signalements retenus en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse au Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent. Entre 1999 et 2003, cette augmentation a été de 22,4 %, les signalements retenus en 2002-2003 étant de 1064. La situation en 2003-2004 est stable (1055 signalements retenus).
- ¢ Le nombre de jeunes contrevenants pour lesquels des décisions du tribunal furent rendues au Bas-Saint-Laurent en 2002-2003 étaient de 107, légèrement en baisse en regard de l'année 2001-2002 (139).
- ¢ La prévalence des problèmes d'adaptation sociale en milieu scolaire en 2001-2002 était de 37,8 % (problème d'apprentissage uniquement 10 %, problème de comportement uniquement 14,4 % et cumul de ces deux types de problèmes 13,3 %).
- ¢ Le taux de grossesse chez les adolescentes est par contre l'un des plus bas dans la province, soit 5,2, vs 18,6 pour 1000 adolescentes au Québec (en 2002).
- ¢ Le taux de décrochage scolaire se situait à 17 % en 1999-2000 comparativement à 26 % dans l'ensemble du Québec.
- ¢ Et depuis 3 ans, le taux d'hospitalisation pour traumatismes (intoxications, chutes, brûlures et noyades) est passé de 3,2 à 2,2 par 1000 enfants de 0 à 4 ans. Ce taux est inférieur à celui du Québec pour la dernière année observée où il était de 2,98 par 1000.

L'utilisation des ressources

- ¢ Dans les nouveaux contours financiers et calculs budgétaires du MSSS, les dépenses faites dans ce programme au Bas-Saint-Laurent sont en deçà des dépenses attendues. Il n'y a donc pas à première vue de surutilisation de ressources.
- ¢ Pour le volet promotion-prévention, surtout en ce qui concerne la périnatalité et la petite enfance, les centres d'activités concernés sont concentrés dans le programme « santé publique » et les dépenses encourues ne représentent pas, là non plus, une surabondance de ressources.

L'organisation des services

- ¢ Notre région a toujours misé sur l'intervention précoce, mais des actions de consolidation, d'harmonisation et d'amélioration de la continuité sont à poursuivre, plus spécifiquement, en promotion de saines habitudes de vie et en santé buccodentaire.
- ¢ À ce dernier chapitre, les actions préventives en milieu scolaire requièrent une alliance renforcée entre les réseaux de la santé, de l'éducation et du communautaire.
- ¢ Des efforts importants sont consacrés à relever l'intensité et l'intégration des services dispensés aux familles vulnérables et doivent être maintenus. L'intervention en alliance avec le milieu scolaire et les CPE doit être consolidée.
- ¢ Il y a une bonne situation de collaboration entre le Centre jeunesse et les intervenants de 1^{re} ligne qui demande à être maintenue pour éviter la discontinuité de services qu'entraîne un va-et-vient inutile entre les deux niveaux de services.
- ¢ Pour ce qui est des services régionaux autres que ceux du Centre jeunesse, leurs rôles en relation avec ceux de la 1^{re} ligne ne sont pas toujours bien définis et il n'existe pas d'entente à cet effet.
- ¢ Des améliorations ont toutefois vu le jour en pédopsychiatrie. Une expérience d'inclusion en santé mentale, d'un agent de coordination dans le secteur Ouest du territoire, a permis de mailler plus étroitement la 1^{re} ligne et la 2^e ligne. Cette expérience est en voie d'implantation dans le secteur Est.
- ¢ Un accompagnement régional est fourni dans l'utilisation accrue de plans d'intervention et de plans de services individualisés dans l'optique, entre autres, d'une meilleure continuité.
- ¢ L'offre de service des instances locales n'est pas parfaitement concertée avec l'ensemble des partenaires de différents réseaux autres que celui de la santé et des services sociaux (éducation, CPE, milieu communautaire, milieu municipal, secteur privé).
- ¢ Toutefois, les ententes de collaboration CLSC-CPE qui sont actuellement en négociation dans notre région sont une plus-value dans une offre cohérente et intégrée de services, surtout pour le soutien aux enfants vivant en contexte de vulnérabilité.
- ¢ D'autres initiatives se concrétisant par des protocoles axés sur les trajectoires de services pour les clientèles présentant des problématiques complexes et impliquant les instances locales et les commissions scolaires, devraient être élargies à l'ensemble des territoires.
- ¢ L'intervention efficace dans un contexte de grande pauvreté appelle des changements de pratique que nous devons envisager, entre autres, une meilleure concertation intersectorielle et la notion d'intervenant privilégié.

3.3 Les objectifs et les mesures à mettre en place ou à consolider

Tableau 2

Les objectifs et les mesures pour les jeunes à risque ou en difficulté et leur famille

OBJECTIFS	MESURES DE SANTÉ PUBLIQUE	MESURES CLINIQUES ET D'AIDE
	Prévention	Traitement- Réadaptation-Soutien
Diminuer la prématurité, l'insuffisance de poids à la naissance et le nombre d'anomalies congénitales	Services préventifs, de soutien du développement, de l'adaptation et de l'intégration sociale des enfants et adolescents vivant en contexte de vulnérabilité (COSMOSS)	Mise en place des équipes locales d'intervention en suivi intensif pour les clientèles vulnérables
Augmenter la proportion des enfants de 0 à 4 ans qui ont un développement normal	Activités de soutien à l'allaitement maternel	Disponibilité des services de consultations psychosociales
Diminuer le nombre d'enfants et d'adolescents abusés, agressés sexuellement, négligés	Services de planning des naissances et de cliniques jeunesse multidisciplinaires	Adoption de protocoles conjoints CLSC-CJ-CS pour les problématiques complexes
Diminuer le nombre d'enfants et d'adolescents ayant des troubles de conduite	Pratiques cliniques préventives	Systématisation de l'utilisation des PI et PSI
Diminuer le taux de grossesse à l'adolescence	Création de milieux de vie sains et sécuritaires	Disponibilité de services de suivi psychosocial et psychologique intensif
Diminuer la prévalence de l'insécurité alimentaire à moins de 8 %		Offre systématique de soutien clinique aux équipes de 1 ^{re} ligne
Augmenter le nombre d'enfants ayant de saines habitudes alimentaires, une pratique régulière de l'activité physique		Mesures de soutien à la coordination des actions auprès des jeunes vivant des situations qualifiées de « zones grises »
Réduire les problématiques bucco-dentaires chez les enfants et les jeunes		
Réduire la morbidité et la mortalité liés aux blessures à domicile et aux traumatismes routiers chez les enfants et les jeunes		

4. Un projet clinique pour les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale

Le plan d'action ministériel en santé mentale sera connu à l'automne 2004. À la suite de l'adoption de ce plan d'action, certains changements pourraient être apportés aux balises présentées ci-après.

4.1 Le modèle

Le projet clinique pour les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale (santé mentale menacée, problèmes transitoires ou sévères) est présenté avec quelques spécificités liées à l'âge des personnes. Si certaines caractéristiques du modèle sont pertinentes pour l'ensemble des personnes, d'autres font appel à des distinctions selon que l'on s'adresse aux enfants et aux jeunes (0-17 ans) ou aux adultes (18 ans et plus).

Les balises énoncées dans un récent rapport sur le continuum de services spécialisés aux enfants, aux jeunes et à leur famille¹⁶, les cadres de référence et les rapports élaborés depuis l'amorce de la transformation du réseau de santé mentale, de même que les principaux éléments d'un document de travail sur les réseaux locaux de services en santé mentale¹⁷ mettent l'accent sur les façons de faire prometteuses suivantes :

A caractéristiques organisationnelles :

- ↪ convergence des portes d'entrée vers les services de 1^{re} ligne,
- ↪ services offerts le plus près possible du milieu de vie,
- ↪ mesures de soutien et programme de réadaptation dans la communauté pour les personnes aux prises avec des problèmes graves de santé mentale;

A caractéristiques cliniques :

- ↪ évaluation précoce et adéquate,
- ↪ partage d'un outil commun d'évaluation,
- ↪ systématisation de l'utilisation de PSI,
- ↪ accompagnement de la personne dans l'orientation de sa demande, et ce, jusqu'à sa prise en charge,
- ↪ identification d'un intervenant responsable du suivi de la personne durant l'épisode de services,
- ↪ approche normalisante des services dispensés et accent sur la participation sociale (intégration dans la communauté),

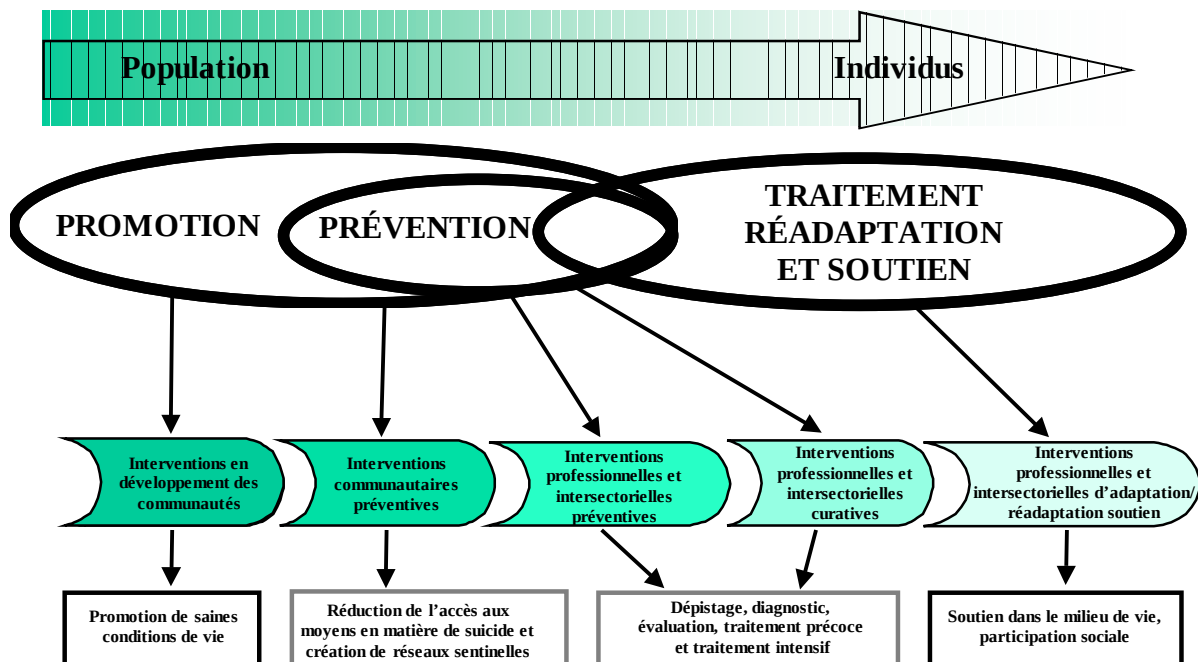
- ↪ interventions spécialisées faites en collaboration avec les parents dans la mesure du possible, pour les 0-17 ans,
- ↪ soutien aux parents dont les jeunes ont un problème de santé mentale;

A caractéristiques administratives :

- ↪ la mise en place de mécanismes de régulation, de coordination et de rétroaction entre les professionnels de 1^{re} ligne, ceux des services spécialisés et les partenaires intersectoriels,
- ↪ la mise en place de mécanismes de support clinique aux intervenants de 1^{re} ligne et à ceux des services spécialisés (CJ, CR) par les spécialistes en santé mentale,
- ↪ le support au maintien des compétences par de l'accès à de la formation,
- ↪ la disponibilité de systèmes d'information conviviaux.

Le modèle de la figure 6 illustre les éléments majeurs des différents types d'interventions à réaliser dans le continuum de services.

Figure 6
Continuum de services s'appliquant aux personnes à risque ou aux prises avec des problèmes de santé mentale



4.2 Les constats

La démographie et la prévalence des problèmes^{18,19}

- ¢ La proportion de personnes de 15 ans et plus de la région accusant un niveau de détresse élevé est semblable à celle du Québec (19,0 % vs 20,1 %).
- ¢ Cette proportion est de 26 % chez les 15 à 24 ans de notre région (28 % au Québec).
- ¢ La proportion de personnes de 15 ans et plus insatisfaites de leur vie sociale est significativement plus faible dans notre région qu'au Québec (9,3 % vs 13,1 %).
- ¢ Le taux ajusté de mortalité par suicide est toutefois supérieur à celui du Québec (22,3 vs 19,1 par 100 000 de population).
- ¢ Les jeunes en centre de réadaptation présentent souvent des problèmes de santé mentale, ce qui était le cas en 2003-2004 pour la moitié des 73 enfants dans cette situation dans notre région.
- ¢ L'utilisation des ressources.
- ¢ L'analyse financière récente du MSSS ne révèle pas de surutilisation de ces services dans notre région qui affiche une richesse en deçà de la moyenne provinciale.
- ¢ Les effectifs en médecins psychiatres et pédopsychiatres sont inférieurs au plan d'effectifs établi.
- ¢ En 2002-2003, parmi les hospitalisations liées à des diagnostics de santé mentale, 57 % étaient liées à des troubles mentaux graves et 43 % à des troubles névrotiques et non psychotiques.

L'organisation des services

- ¢ Les communications entre professionnels (établissements) sont souvent unidirectionnelles; la référence est souvent sans rétroaction.
- ¢ Il n'y a pas de système commun d'information pouvant faciliter la continuité et le repérage de la personne au sein des services.
- ¢ Le PSI n'est pas utilisé systématiquement.
- ¢ Dans un même épisode de services, on note plusieurs changements d'intervenants et plusieurs évaluations.
- ¢ Les services de 1^{re} ligne répondent difficilement à la demande de services requis par les personnes présentant des problèmes de santé mentale transitoires. Il y a présence de listes d'attente pour le suivi psychologique.
- ¢ On observe des difficultés d'interface entre les services de 1^{re} ligne et les services spécialisés et entre les services spécialisés entre eux.
- ¢ Des améliorations ont toutefois été apportées dans la fluidité entre les services de 1^{re} ligne et ceux du CJ, par le protocole CJ/CLSC qui précise les zones de collaboration obligatoire et précise également les rôles de chaque instance.

- ¢ L'approche « réadaptation » n'est pas développée de façon optimale dans le réseau d'hébergement en santé mentale.
- ¢ Moins de la moitié des territoires locaux offrent une accessibilité 24/7 à des services d'intervention de crise face à face.
- ¢ Peu de services d'accueil-évaluation-orientation sont organisés pour offrir les services d'intervention face à face.
- ¢ L'hébergement des jeunes présentant des troubles du comportement avec des problèmes concomitants de santé mentale relève du CJ qui ne dispose pas toujours de l'encadrement clinique nécessaire.
- ¢ On observe, principalement pour les jeunes, un manque de coordination des interventions cliniques pour les cas complexes, multiproblématiques.
- ¢ On observe la difficulté, au niveau de la 1^{re} ligne, d'offrir rapidement et adéquatement les services requis par les jeunes présentant les premiers symptômes de problèmes de santé mentale, de problèmes d'alcoolisme ou de toxicomanie.

4.3 Les objectifs et les mesures à mettre en place ou à consolider

Tableau 3

Les objectifs et les mesures pour les personnes à risque ou aux prises avec des problèmes de santé mentale et les personnes suicidaires

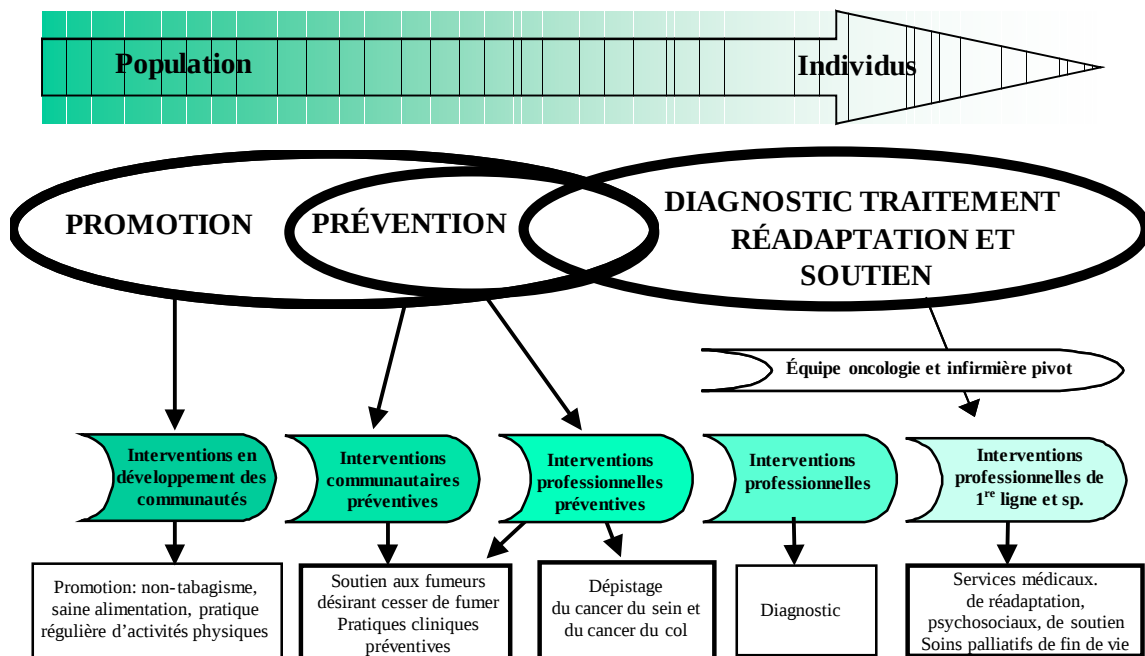
OBJECTIFS	MESURES DE SANTÉ PUBLIQUE	MESURES CLINIQUES ET D'AIDE
	Prévention	Traitement- Réadaptation-Soutien
Augmenter la proportion de personnes de tous âges en bonne santé mentale	Offre de service de prévention concernant les situations pouvant entraîner une détérioration des conditions d'adaptation et d'intégration sociale vécues par certaines personnes ou certains groupes au sein de la population Promotion de mesures visant la réduction de l'accès aux armes à feu Mise en place de réseaux sentinelles de prévention du suicide	Développement de services d'intervention de groupe en 1 ^{re} ligne
Réduire le nombre de tentatives de suicide et le nombre de décès par suicide		Instauration de mesures de coordination des services cliniques de 1 ^{re} ligne
Faciliter l'accès aux services de 1 ^{re} ligne		Utilisation systématique des PSI pour la clientèle avec des problèmes complexes
Rapprocher les services spécialisés du milieu de vie des gens lorsque possible		Mise en place des mécanismes assurant la référence systématique et la prise en charge sans délai d'attente des personnes présentant un risque suicidaire élevé
Favoriser une meilleure intégration au sein des communautés locales, des personnes aux prises avec un problème grave de santé mentale		Instauration de mécanismes de support clinique des psychiatres et pédopsychiatres auprès des omnipraticiens, des pédiatres et des intervenants de 1 ^{re} ligne
		Consolidation : → des services de crise tant au niveau local que sous-régional et régional → des services de suivi dans la communauté pour la clientèle présentant des problèmes graves de santé mentale → des activités des tables de concertation locale en santé mentale → consolidation de partenariats avec l'intersectoriel au regard de l'intégration socioprofessionnelle → du continuum de services d'hébergement selon une approche de réadaptation → des mesures de soutien au logement, aux études et à l'intégration au travail Plus spécifiquement pour les jeunes, consolidation : → des services d'urgence 24/7 en CJ et les services de 1^{re} ligne → des services de détection précoce et diagnostiques → un suivi de soutien ou d'ordre psychothérapeutique individuel, familial ou de groupe → du rôle de coordination du PSI

5. Un projet clinique pour les personnes atteintes de cancer

5.1 Le modèle

Bien que les connaissances actuelles demeurent en grande partie obscures sur les causes de l'apparition des cancers, nous savons que plusieurs habitudes de vie sont liées à l'apparition de cancer. La promotion de saines habitudes de vie est donc indiquée, principalement le non-tabagisme, une saine alimentation et la pratique régulière d'activités physiques. Ces déterminants de l'état de santé sont communs aux principales maladies chroniques que sont les maladies cardio-vasculaires, les cancers, le diabète et les maladies respiratoires obstructives chroniques (MPOC, asthme). C'est le premier jalon du continuum de services que nous retrouverons pour toutes ces maladies chroniques et que nous abordons ici par le projet clinique pour les personnes atteintes de cancer (figure 7).

Figure 7
Continuum de services s'appliquant aux personnes à risque ou atteintes de cancer



Le dépistage de certains cancers est recommandé et nos efforts porteront principalement sur le dépistage du cancer du sein [suivant le Programme Québécois de Dépistage du Cancer du Sein (PQDCS)] et le cancer du col.

Quant au cheminement dans les soins et les services et aux caractéristiques organisationnelles de ce dernier, l'accent est mis sur :

- A l'annonce du diagnostic avec humanisme et clarté,
- A le soutien psychosocial tout au long du processus, aux personnes atteintes et aux proches,
- A la réduction des délais dans l'accessibilité aux différents services requis,
- A la présence d'une équipe locale en oncologie,
- A la présence d'une infirmière pivot.

5.2 Les constats

La démographie et l'incidence des cancers

- ¢ Plusieurs formes de cancer deviennent plus fréquentes avec l'âge. Or, la population de la région bas-laurentienne est plus âgée que celle de l'ensemble du Québec. La proportion estimée des personnes ayant 65 ans et plus dans le Bas-Saint-Laurent, pour l'année 2006, est de 16,2 % contre 14 % pour le Québec.
- ¢ Le nombre absolu de nouveaux cas de cancer pour l'ensemble des sièges de tumeurs a été en progression relativement constante dans le Bas-Saint-Laurent au cours des quinze dernières années (763 cas en 1985 et 1026 en l'an 2000).
- ¢ Les taux des cancers les plus fréquents (sein, poumon, prostate et colorectal) sont identiques, dans le Bas-Saint-Laurent, à ceux retrouvés dans l'ensemble du Québec et à des taux standardisés comparables à la moyenne québécoise. Une exception toutefois est à noter : un taux d'incidence standardisé pour le cancer du sein légèrement supérieur à celui du Québec.

L'utilisation des ressources

- ¢ Pour la période 2002-2003, la proportion des résidents du Bas-Saint-Laurent hospitalisés dans la région était de 77 % pour l'ensemble des sièges des tumeurs (77,1 % en 1999-2000).
- ¢ La rétention par MRC s'avère relativement uniforme (de 75 % à Rivière-du-Loup à 88,5 % aux Basques), pour une moyenne de 77 %; sauf de façon prévisible pour la MRC de Kamouraska (60 %), celle-ci étant située à l'extrême ouest du territoire, donc plus proches des régions 03 (Québec) et 12 (Chaudière-Appalaches).
- ¢ La consolidation d'un 5^e programme opératoire au Centre hospitalier régional de Rimouski pourrait créer une augmentation de la rétention, notamment en ce qui concerne les cancers du poumon.

L'organisation des services²⁰

- ¢ Peu d'interventions sont réalisées localement en prévention du tabagisme et promotion d'une saine alimentation.
- ¢ Il n'y a pas de stratégie proactive de rappel de la pertinence de participer au PQDCS de la part des intervenants dans le cadre des activités les amenant à rencontrer des femmes ciblées par le programme.
- ¢ La transmission des renseignements cliniques entre les différents professionnels et les différents établissements est souvent déficiente.
- ¢ Le soutien de la personne atteinte est souvent amorcé plusieurs semaines après l'annonce du diagnostic.
- ¢ Il n'y a ni équipes locales en oncologie, ni infirmières pivots.
- ¢ Il n'y a aucun corridor formel de référence entre les établissements.
- ¢ Les services disponibles en 1^{re} ligne sont souvent méconnus des personnes atteintes.
- ¢ Peu de traitements de chimiothérapie sont dispensés localement, sauf à Rivière-du-Loup et à Rimouski.
- ¢ Il y a une grande disparité dans l'offre de service de soins palliatifs selon le territoire.

5.3 Les objectifs et les mesures à mettre en place ou à consolider

Tableau 4

Les objectifs et les mesures pour les personnes à risque ou atteintes de cancer

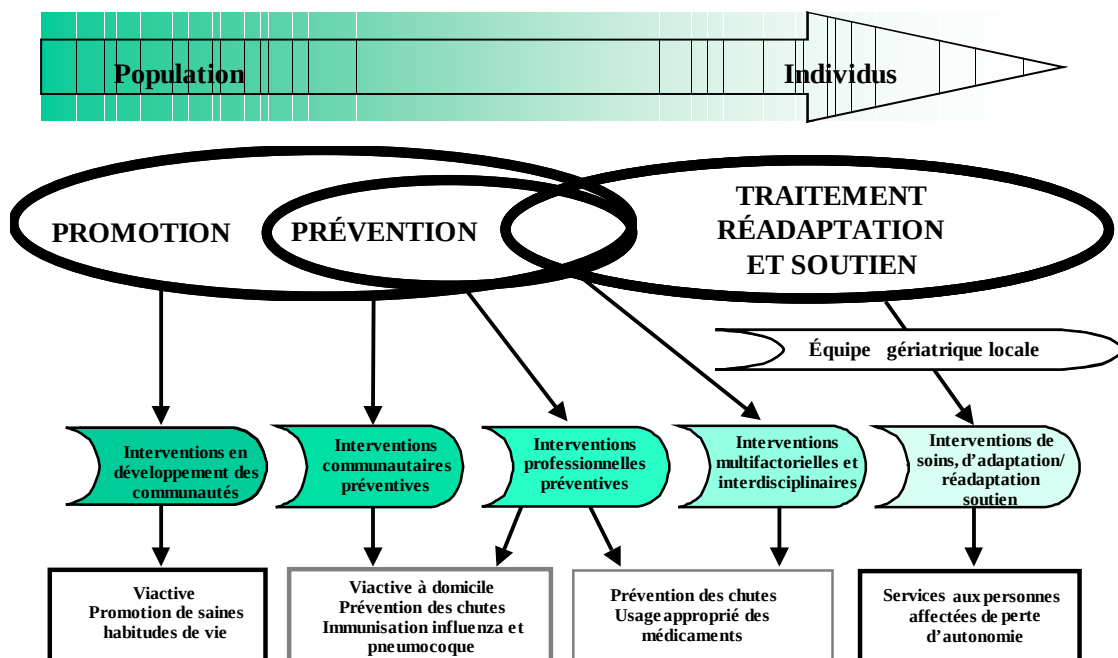
OBJECTIFS	MESURES DE SANTÉ PUBLIQUE	MESURES CLINIQUES ET D'AIDE
	Prévention	Traitement- Réadaptation-Soutien
Réduire l'usage du tabac chez les jeunes et les adultes et l'exposition à la fumée du tabac dans l'environnement	Soutien à la création de milieux de vie favorables aux bonnes habitudes de vie	Instauration d'une équipe locale en oncologie
Augmenter la proportion des personnes qui consomment au moins 5 portions de fruits et de légumes par jour	Mise en place de centres d'abandon du tabagisme	Présence d'une infirmière pivot pouvant suivre le cheminement de la personne atteinte dans le continuum de soins et de services
Augmenter la pratique régulière de l'activité physique dans tous les groupes d'âge	Promotion de saines habitudes de vie (alimentation, tabac, activités physiques) et introduction de pratiques cliniques préventives	Procédure de référence pour évaluation des besoins de la personne atteinte, dès l'annonce du diagnostic
Contribuer à la réduction des cancers du poumon attribuables à l'exposition à l'amiante	Application du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS)	Mesures d'enseignement aux personnes atteintes
Diminuer l'incidence des cancers de la peau	Accessibilité locale au Pap Test	Soutien de la personne atteinte et ses proches tout au long du processus
Réduire la mortalité par cancer du sein chez les femmes de 50 à 69 ans		Création de corridors formels entre les équipes locales et régionales
Soulager la souffrance des personnes en fin de vie et permettre une meilleure qualité de vie pour la personne, ses proches et les intervenants		Accessibilité accrue à des soins palliatifs, notamment ceux à domicile
Faciliter l'accès et diminuer les délais aux traitements de radiothérapie		
Faciliter l'accès aux traitements de chimiothérapie		

6. Un projet clinique pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement

6.1 Le modèle

La prévention de la perte d'autonomie passe par l'adoption de saines habitudes de vie. Le plan d'action régional (PAR) en santé publique retient la pratique d'activités physique, le non-tabagisme et la diminution de la consommation de médicaments psychotropes. Un programme de prévention des chutes est également retenu, à l'intérieur duquel une attention sera portée à l'alimentation puisque la malnutrition est un facteur de risque de chute. La figure 8 illustre le continuum de services pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement.

Figure 8
Continuum de services s'appliquant aux personnes à risque ou en perte d'autonomie liée au vieillissement



Pour ce qui est des personnes affectées d'une perte d'autonomie (soit la case inférieure de la figure 8, à l'extrême droite), les caractéristiques prometteuses de l'organisation des services intégrés et continus font consensus à travers différents projets expérimentés au Québec, telles les expériences de l'Estrie²¹, du territoire des Bois-Francs²² ou du

modèle SIPA (services intégrés aux personnes âgées)²³. Ces caractéristiques organisationnelles, cliniques et administratives, reprises par le MSSS dans ses orientations ministérielles et son plan national de mise en œuvre de ces orientations, sont :

A caractéristiques organisationnelles :

- ↪ un guichet unique qui facilite l'accès aux services,
- ↪ un système d'évaluation commun,
- ↪ un système de communication bidirectionnel pour relier les professionnels;

A caractéristiques cliniques :

- ↪ la gestion de cas dans une optique de maintien d'un niveau d'autonomie optimal et « d'empowerment » des personnes,
- ↪ la présence d'une équipe locale travaillant en interdisciplinarité,
- ↪ des médecins de famille qui travaillent auprès des personnes âgées,
- ↪ une équipe de gériatrie pour une intervention ponctuelle et spécialisée;

A caractéristique administrative :

- ↪ des mécanismes de concertation entre installations d'une même instance, entre établissements, avec les organismes communautaires et les ressources privées.

Pour ce qui est des personnes hébergées en milieu institutionnel, l'évolution des pratiques et des standards de qualité se fait dans le cadre d'une approche « Milieu de vie » visant l'exercice du plein potentiel de la personne hébergée.

6.2 Les constats

La démographie, la consommation de médicaments et les incapacités

- ¢ Un accroissement de la population des 65 ans et plus de 40 %, entre 2001 et 2016, la fera passer de 30 684 personnes à 42 796 personnes²⁴.
- ¢ Un accroissement de la population de 75 ans et plus de 23,4 % entre 2001 et 2016, la fera passer de 14 201 à 17 520.
- ¢ Un accroissement de la population de 85 ans et plus de 61 % entre 2001 et 2016, la fera passer de 3 265 à 5 271.

- ¢ Entre 1996 et 2000, la consommation de benzodiazépines était toujours plus élevée chez les personnes âgées non hébergées de notre région en comparaison avec la moyenne provinciale (291 ordonnances/1000 personnes vs 212 pour la province en 2000)²⁵. En 2003, c'est 40 % d'entre elles qui avaient consommé des benzodiazépines, ayant reçu en moyenne 10,8 ordonnances dans l'année. Cette consommation augmente avec l'âge : de 29,5 % de consommateurs chez les 65-69 ans à 55,2 % chez les 85 ans et plus. La consommation varie également selon la MRC de résidence : de 35 % de consommateurs dans la MRC de Rivière-du-Loup à 48 % dans la MRC de La Matapédia²⁶.
- ¢ Selon l'EQLA (1998), 17 % des personnes de 65 à 74 ans et 41 % des personnes de 75 ans et plus présentent des incapacités modérées ou graves²⁷, en extrapolant ce taux, de 2001 à 2016 le nombre total des personnes de 65 ans et plus présentant des incapacités modérées ou graves passera dans notre région de 8 624 à 11 480 personnes. Ce sont des personnes qui nécessiteront des services devant être fournis, à tout le moins en partie, par les réseaux locaux.

L'utilisation des ressources

- ¢ Les dépenses affectées au programme-clientèle « personnes âgées en perte d'autonomie » étaient jugées trop élevées de 10 957 000 \$ en 2000-2001 selon le rapport Bédard II²⁸ (montant actualisé à 18 886 000 \$ en 2004-2005).
- ¢ La majeure partie de ce surplus provenait en 2000-2001 des dépenses de soutien à domicile (3 816 000 \$) et des dépenses de l'hébergement non institutionnel (5 396 000 \$).
- ¢ Les services d'aide à la vie domestique fournis par les entreprises d'économie sociale rejoignaient en 2002 11 % des personnes de 65 ans et plus de notre région alors que ce pourcentage était de 4,3 % pour l'ensemble du Québec²⁹.
- ¢ Malgré les éléments précédents, le taux régional d'hébergement en institutions publiques (3,9 % des personnes de 65 ans et plus) excède le taux provincial (3,7 %).
- ¢ Ces faits feront l'objet d'une réflexion et d'un examen à la fois des travaux portant à la conclusion d'une richesse relative dans ce programme et des pratiques d'offre de service dans notre région.

L'organisation des services

- ¢ Des activités préventives visant la pratique d'activités physiques sont mises en place auprès des personnes âgées (Viactive en groupe en milieu communautaire et Viactive à domicile).
- ¢ Peu d'interventions sont menées pour diminuer la consommation de psychotropes chez les personnes âgées.
- ¢ Le guichet unique est implanté dans les réseaux locaux de services.
- ¢ L'Outil d'Évaluation MultiClientèle est en voie d'implantation dans tous les territoires.
- ¢ Les systèmes de communication reliant les professionnels sont existants mais trop souvent unidirectionnels (ex. : de la 1^{re} vers la 2^e ligne).
- ¢ La gestion de cas se fait peu et ne se fait pas dans l'optique d'une prise en charge de la personne, quel que soit l'endroit où elle reçoit des services.

- ¢ Les équipes locales sont peu ou pas structurées pour couvrir l'ensemble des besoins dans le continuum de services.
- ¢ Le critère du confinement pour l'accès aux services professionnels à domicile n'est pas toujours respecté.
- ¢ L'accessibilité à un médecin de famille pour une personne âgée varie d'un territoire à l'autre.
- ¢ Deux équipes de gériatrie évaluent les cas complexes dans deux territoires de réseaux locaux.
- ¢ Des mécanismes de concertation entre établissements, organismes communautaires et ressources privées existent dans certains territoires de réseaux locaux.
- ¢ L'approche « Milieu de vie » est en implantation dans tous les centres d'hébergement de soins de longue durée de la région.

6.3 Les objectifs et les mesures à mettre en place ou à consolider

Il va sans dire que le but ultime recherché est de retarder la survenue de la perte d'autonomie chez les personnes âgées et de maintenir un niveau optimal d'autonomie chez les personnes éprouvant déjà des pertes. Au-delà de ce but ultime, nous posons des objectifs mesurables et plus proximaux, en lien avec les caractéristiques du modèle de services intégrés qui précède.

Tableau 5

Les objectifs et mesures pour les personnes à risque ou en perte d'autonomie liée au vieillissement

OBJECTIFS	MESURES DE SANTÉ PUBLIQUE	MESURES CLINIQUES ET D'AIDE
	Prévention	Traitement- Réadaptation-Soutien
Diminuer l'incidence des chutes chez les personnes de 65 ans et plus	Mise en place d'un programme de prévention des chutes	Mise en place ou consolidation : ▸ du guichet unique ▸ de l'OEMC ▸ de l'utilisation systématique du PI et de son suivi ▸ du gestionnaire de cas ▸ de l'équipe locale ▸ de l'accessibilité au médecin de famille ▸ de l'accès à une équipe de gériatrie ▸ de mécanismes de concertation (ententes avec partenaires, modalités d'intégration, corridors de services)
Augmenter le nombre de personnes âgées de 75 ans et plus vivant en milieu non institutionnel	Mise en place d'un programme visant la diminution de la consommation de psychotropes	Développement de modalités de traiter, dans la mesure du possible, les personnes âgées en dehors du milieu hospitalier
Éviter l'occupation de lits de courte durée pour l'attente d'un milieu d'hébergement		Révision et application des critères d'accès aux services professionnels à domicile
Offrir des conditions d'hébergement favorisant l'autonomie des personnes		Poursuite de l'implantation de l'approche «Milieu de vie» en hébergement

7. Des services généraux de 1^{re} ligne

en appui aux projets cliniques

Les clientèles spécifiques faisant l'objet des projets cliniques précédents nécessitent également, à l'instar de l'ensemble de la population, des services généraux. Si les services généraux sont peu accessibles et mal articulés avec les services spécifiques, ces derniers s'en verront affectés. Il importe donc d'effectuer les ajustements requis aux services généraux, pour une meilleure efficacité des services offerts à la fois aux clientèles particulières et à l'ensemble de la population.

7.1 Les services d'information accueil

Constats

Le service Info-Santé offert à partir du Centre mitissien, sur une base 24/7, pour l'ensemble de la région répond adéquatement aux demandes relatives à l'état de santé. L'équivalent n'est pas disponible pour les demandes à caractère psychosocial.

Le service d'accueil sur place dans les établissements (mission CLSC) n'est pas toujours connu de la population.

Mesures à prendre

L'implantation d'un service Info-social est indiquée en prévoyant une bascule téléphonique vers des services plus spécifiques tels ceux du Centre jeunesse et du Centre de prévention du suicide et d'intervention de crise du Bas-Saint-Laurent, lorsque requis. Il faut analyser la pertinence de regrouper tous les services d'accueil téléphonique 24/7 en une seule ligne d'accès (un seul numéro de téléphone).

Le service d'accueil sur place dans les établissements (mission CLSC) doit être offert minimalement sept heures continues par jour, du lundi au vendredi, dans au moins un endroit sur le territoire de chaque réseau local; l'accessibilité aux services doit être connue de la population.

7.2 Les services médicaux généraux et les services de prélèvements

Constats

Les services médicaux généraux de consultation avec des médecins omnipraticiens (en cabinet, en CLSC, par un GMF) sont offerts sur des plages horaires souvent limitées avec rendez-vous et très limitées sans rendez-vous, dans la plupart des territoires de réseaux locaux. En établissement d'hébergement, en résidence collective ou à domicile, les services médicaux sont offerts de façon très variable selon les territoires.

Les cliniques médicales privées offrent pour la plupart des services de consultation sur rendez-vous pendant les jours ouvrables, rarement en soirée. Certaines cliniques ont des fenêtres d'activités sans rendez-vous. Les délais d'attente pour obtenir un rendez-vous sont variables de deux semaines à plus ou moins deux mois. Certains médecins ne prennent aucun nouveau patient. Peu de médecins oeuvrent exclusivement en clinique privée, la plupart partageant leur temps entre des activités hospitalières, des soins en établissement de longue durée et, pour certains, des interventions dans des programmes pour des clientèles particulières. Il existe actuellement trois GMF dans autant de territoires de réseaux locaux de services.

Il n'y a pas de coordination entre les différentes cliniques médicales pour couvrir des plages horaires étendues principalement sans rendez-vous.

Les points de service et de chute des établissements sont souvent mis à profit pour les services de prélèvements. Un seul service privé de prélèvements existe dans la région (Rimouski).

Mesures à prendre

Chaque dirigeant d'une instance locale, avec le support de la direction du Département régional de médecine générale (DRMG), établira avec les médecins omnipraticiens de son territoire une entente quant à l'accessibilité des services de consultation.

L'accessibilité aux services de prélèvements sera optimisée par l'utilisation de points de service et de chute des établissements.

7.3 Les soins infirmiers généraux

Constat

Bien que théoriquement ces soins soient offerts avec et sans rendez-vous, ils sont utilisés la plupart du temps avec rendez-vous et sont offerts 5 jours semaine. Lorsque disponibles la fin de semaine, ils le sont uniquement sur rendez-vous.

Mesures à prendre

Les infirmières dispensant ces soins devraient progressivement assumer un rôle élargi supporté par des protocoles cliniques facilitant l'intervention, ce que permet la loi 90.

Les services devraient être offerts 7 heures par jour et 7 jours par semaine afin de réserver le recours à l'urgence hospitalière aux personnes qui en ont vraiment besoin. La déconcentration des soins infirmiers généraux dans les points de service de chaque territoire vise une meilleure accessibilité mais doit se faire avec un souci d'efficience. Dans un même souci d'efficience, il y a des circonstances pouvant justifier que les soins infirmiers généraux, habituellement offerts hors de l'établissement hospitalier, soient plutôt offerts dans ce dernier. Ainsi une courte distance entre un point de service d'une instance locale et un établissement hospitalier dont l'urgence est de faible débit, peut justifier que des services de soins infirmiers courants soient offerts en milieu hospitalier. Dans cette situation, la personne nécessitant un suivi infirmier sur référence médicale ne verra le médecin du service d'urgence que lorsque requis.

7.4 Les services nutritionnels généraux

Constat

Ces services sont très peu disponibles dans le système public dans notre région. Lorsqu'ils sont disponibles, ils sont presque toujours rendus sur une base individuelle.

Mesures à prendre

Dans la mesure où des opportunités se présenteront, l'accès à des services nutritionnels généraux devrait être augmenté à la fois pour la population vivant à domicile et pour les résidents d'établissements de soins prolongés. Si certains services doivent être rendus individuellement (évaluation et plan de services nutritionnels), d'autres peuvent se prêter à une approche collective (enseignement et suivi) qui devrait être développée.

7.5 Les services généraux de réadaptation physique

Constat

Actuellement, l'offre de service sur un mode ambulatoire est très limitée. Les personnes pouvant recevoir des services sont prioritairement celles qui sont hospitalisées, qui sont hébergées ou confinées au domicile. Dans les faits, ces services sont pratiquement désassurés pour les clientèles ambulatoires qui n'ont d'autre choix que de payer des services privés ou de ne recevoir aucun service.

Mesure à prendre

On doit tendre progressivement vers une accessibilité accrue des services ambulatoires de réadaptation physique.

7.6 Les services psychosociaux généraux

Constat

Ces services sont la plupart du temps accessibles de 8 h à 17 h sur rendez-vous et aucunement les fins de semaine. Ils sont donc peu accessibles aux personnes au travail.

Mesure à prendre

Ces services doivent être accessibles avec et sans rendez-vous 35 heures par semaine, et les services sur rendez-vous doivent être accessibles au moins quelques soirs par semaine ou durant la fin de semaine, dans chaque territoire de réseau local de services, pour mieux répondre aux besoins des citoyens.

7.7 Les services généraux d'action communautaire

Constat

Dans quelques territoires de réseaux locaux, ces services ont diminué, et ce, souvent au profit de services cliniques dont l'urgence des besoins exige l'intervention.

Les communautés vivant des problématiques sociales complexes nécessitent des services d'organisation communautaire dans une approche d'empowerment les aidant à améliorer leurs conditions.

Les différents programmes de promotion et prévention nécessitent également la contribution d'organismes communautaires pour en supporter l'implantation et le maintien.

Mesure à prendre

Maintenir et développer les services généraux d'action communautaire en les intégrant aux différents programmes des réseaux locaux.

7.8 Les services préhospitaliers d'urgence

Constat

L'étendue de notre territoire rend encore plus pertinente l'utilisation de premiers répondants formés pour intervenir adéquatement en situation d'urgence. Cinq équipes existent actuellement : l'île Notre-Dame-des-Sept-Douleurs, Auclair, Lejeune, Packington et Les Méchins.

Mesure à prendre

La formation d'équipes supplémentaires de premiers répondants est indiquée surtout dans les endroits éloignés n'en bénéficiant pas actuellement.

7.9 Les services d'urgence médicale et les services de diagnostic connexes

Constats

La localisation des services d'urgence est fonction d'abord de l'historique du développement des infrastructures hospitalières de la région et de la dispersion de la population sur un vaste territoire (21 873 km²); tous les centres, sauf deux exceptions, sont situés à environ 100 km l'un de l'autre, ce qui souvent représente plus d'une heure de déplacement, même en ambulance.

Pour les urgences traumatologiques, une classification fonctionnelle a été établie pour mieux orienter les victimes en fonction de la gravité des traumatismes et des soins spécialisés disponibles à des degrés divers selon les points de chute. Ainsi, la région compte deux centres de stabilisation médicale (Trois-Pistoles et Pohénégamook), quatre centres primaires (Amqui, Matane, Notre-Dame-du-Lac et La Pocatière) et deux centres secondaires (Rimouski et Rivière-du-Loup). Ces derniers sont pourvus de services médicaux et chirurgicaux spécialisés (orthopédie, neurologie, médecine interne, etc.), d'unités de soins intensifs et de services diagnostiques permettant une prise en

charge plus complexe et de plus longue durée. Tous les centres sont par ailleurs supportés, via des ententes formelles, par un centre tertiaire situé dans la région de la Capitale nationale avec possibilité d'évacuation par voie aérienne.

La problématique de l'engorgement des urgences est moins aiguë dans notre région mais demeure quand même critique périodiquement dans trois centres hospitaliers (CHRR, CHRGP et le CH de Matane). De plus, les ruptures de services en anesthésie et en chirurgie générale obligeant le transport à priori vers des urgences plus lourdes sont un problème qui guette constamment la majorité des centres hospitaliers, surtout en période d'horaires défavorables.

Mesure à prendre

Le faible accès des ressources médicales dans l'arrière-pays et dans plusieurs MRC, le fort taux d'hospitalisation de victimes d'accidents de véhicules à moteur (13,2/10 000 h. pour la région 01 vs 7,6 pour tout le Québec) et de mortalité pour la même cause (19,8/100 000 h. pour la région 01 vs 10,4 pour le Québec) font en sorte que la carte des urgences doit être maintenue et consolidée dans l'attente d'un développement des services de proximité promis par les réseaux locaux et des effets des programmes multisectoriels de prévention des traumatismes routiers (amélioration du réseau routier, conduite en état d'ébriété, respect des règles de sécurité routière).

Par ailleurs, des mesures d'utilisation judicieuses des lits d'hospitalisation et de solutions alternatives à l'hospitalisation demeurent de mise pour contrer l'engorgement des salles d'urgence.

7.10 Les services d'urgence psychosociale

Constat

Le Centre de prévention du suicide et d'intervention de crise du Bas-Saint-Laurent assume une ligne téléphonique d'intervention de crise pour la région. Les CLSC répondent aux situations de crise durant le jour. Le service Info-Santé et les CLSC peuvent effectuer une bascule des appels vers la ligne d'intervention de crise.

Pour la clientèle 0-17 ans, le service d'urgence sociale 24/7 accessible sur tout le territoire du Centre jeunesse garantit la réponse aux besoins de protection, de développement et de responsabilisation des jeunes en difficulté. Si nécessaire, un intervenant social de garde se rend dans le milieu pour faire une intervention directe.

Mesure à prendre

L'analyse de la pertinence d'une ligne téléphonique unique pouvant répondre à toutes situations doit être faite.

8. Les conditions favorables à l'actualisation des projets cliniques priorités

La mise en place des mesures visant soit les services aux clientèles spécifiques retenues, soit les services généraux, sera d'autant plus facile que des conditions favorables seront présentes.

Parmi ces conditions, les stratégies d'intégration des services à l'intérieur d'un même territoire et les modalités d'arrimage entre les services de 1^{re} ligne et les services spécialisés sont au cœur du fonctionnement des réseaux locaux de services. Elles constituent des conditions essentielles mais non suffisantes du succès de l'implantation des réseaux. Plusieurs autres conditions administratives et financières sont garantes de ce succès.

Ainsi, des modalités de gestion favorisant la créativité, la compétence et le dynamisme du personnel sont préconisées. Les approches basées sur le respect, la transparence, la participation et la consultation sont fortement encouragées et supportées.

Tout changement nécessitant un temps d'appropriation, il faut ménager pour le personnel un temps de compréhension et d'appréciation des avantages du changement proposé. Une identification des besoins de mise à jour des compétences des cliniciens et des gestionnaires est également une étape essentielle dans l'actualisation des projets cliniques.

Un plan de communication s'adressant tant au personnel du réseau et aux partenaires qu'à l'ensemble de la population sera déployé, pour favoriser l'adhésion aux réseaux locaux de services.

Puisque les changements proposés sont importants et que la tâche est considérable, une enveloppe de transition à l'usage des réseaux locaux facilitera la réorganisation.

Dans cette même logique, une protection statutaire des budgets des services de 1^{re} ligne, annoncée par le MSSS sera une protection contre des glissements au profit des services spécialisés. Cela nous semble particulièrement important, dans le contexte de l'augmentation de notre population âgée entraînant une hausse du nombre de personnes atteintes de maladies chroniques pour lesquelles les services de 1^{re} ligne sont fortement mis à contribution.

D'autres conditions, qui ne sont pas entièrement à notre portée, mais sur lesquelles nous tentons d'influer, favoriseraient également la mise en place des réseaux locaux. L'Agence devrait avoir la possibilité de participer aux négociations entre le MSSS et les fédérations médicales pour adapter les conditions de rémunération à une nouvelle façon de travailler. Comme selon toute probabilité, les plans d'effectifs seront particulièrement difficiles à combler au cours des dix prochaines années, la possibilité de bénéficier d'une marge de manœuvre dans l'utilisation des budgets réservés à cet effet nous permettrait de compenser le manque de main-d'œuvre médicale par d'autres types de services, lorsque cette solution s'avère appropriée.

D'autres mesures visant le partage d'une même information sont, à notre point de vue, incontournables pour la réussite de la mise en place des réseaux locaux de services. La récente tournée de consultation du DRMG fait ressortir le besoin d'accès rapide à de l'information à jour sur la condition de la personne qui consulte. C'est en effet l'avis de nombreux cliniciens que l'accès rapide aux informations concernant les examens de laboratoire, la médication, l'imagerie médicale et l'ensemble des informations concernant l'état de leurs patients, leur permettrait d'offrir de meilleurs soins.

Le réseautage informatique de l'instance locale avec les cabinets médicaux, les GMF et les pharmacies communautaires est un lien essentiel pour que l'information sur les différents résultats d'examen et sur le profil pharmaceutique circule, en temps réel, entre les différents professionnels fournissant des services à un même client. Le besoin d'informatisation de l'ensemble du dossier client s'inscrit dans une même logique.

Finalement, à cause de l'étendue et de la géographie du territoire, la mise en place d'outils de télésurveillance et de télésoins permettrait d'offrir de meilleurs services aux citoyens, en limitant la croissance des coûts.

9. Les plans d'actualisation

Chaque projet clinique doit donner lieu à un plan d'actualisation qui mènera à sa réalisation. Les mesures à prendre au regard des services généraux de 1^{re} ligne en appui commun aux projets cliniques doivent également faire l'objet d'un plan d'actualisation. Les principales étapes que nous voyons à ce plan d'actualisation sont les suivantes :

- A la validation des constats à l'échelle de chaque territoire de réseau local de services,
- A la précision des cibles à viser localement,
- A la validation locale des mesures régionales retenues,
- A les modalités de mise en place ou de la consolidation des mesures validées localement.

Cette dernière étape, très opérationnelle, nécessite d'abord le concours direct et soutenu des professionnels de l'instance locale et de tous les partenaires du réseau et ensuite celui des gestionnaires et des administrateurs pour répondre, entre autres, aux questions suivantes, compte tenu du contexte local et des cibles acceptées et partagées par les intervenants :

- A quelle devrait être la contribution clinique spécifique de chaque groupe d'intervenants et de chaque organisation dans le cadre des mesures retenues localement?
- A compte tenu du contexte local, quelles sont les mesures à consolider ou à implanter prioritairement?
- A quels sont les protocoles cliniques à élaborer ou à adopter?
- A quels sont les corridors de services à établir?
- A quelles sont les ententes de services à conclure avec des partenaires?
- A quels sont les standards d'accessibilité à poser?
- A quelles sont les considérations administratives et logistiques qui permettront de consolider ou d'implanter ces mesures?
- A quel est le calendrier réaliste d'implantation?

Dans cet exercice, des professionnels de l'Agence assisteront les acteurs de chaque réseau local, selon des modalités à convenir avec les gestionnaires locaux.

10. L'actualisation et le suivi

10.1 Le calendrier d'actualisation

L'opération de la mise en place et de la consolidation des réseaux locaux de services est déjà commencée. Les regroupements territoriaux sont officialisés et effectifs.

Chaque instance locale peut dès lors préparer des projets cliniques assortis d'un plan d'actualisation pour chacune des clientèles prioritaires. La vitesse d'implantation sera plus lente dans les territoires nouvellement regroupés alors que dans les autres territoires, libérés des démarches organisationnelles de regroupement, les projets cliniques devraient émerger plus rapidement.

Pour les instances locales, les plans d'actualisation des projets cliniques pour les quatre clientèles retenues et les services généraux s'adressant à l'ensemble de la population devraient être élaborés pour le 31 décembre 2005.

Il existe déjà une structure formelle de coordination régionale qui suivra de façon particulière l'implantation ou la consolidation des différentes composantes des réseaux locaux. Il s'agit de la Table des directeurs généraux composée des directeurs généraux des établissements, de la présidente-directrice générale et des directeurs de l'Agence.

10.2 Le plan de communication

Le plan de communication, s'adressant tant au personnel du réseau et aux partenaires qu'à l'ensemble de la population, veut susciter l'adhésion des différents publics aux réseaux locaux de services. L'ensemble des partenaires oeuvrant dans les services de santé et de services sociaux seront mis à contribution pour les nouveaux défis. Intégrer et adapter les services dans chacun des réseaux locaux demandera de la part de tous une contribution significative, de là l'importance de les informer continuellement. Dans cette optique, l'Agence s'engage à supporter localement chacun des réseaux dans l'élaboration et la réalisation de plans de communication locaux.

10.3 Les indicateurs de résultats

En collaboration avec les instances locales, un monitoring des indicateurs de rendement ciblant principalement l'accessibilité et la continuité des services et des indicateurs de résultats d'état de santé sera fait par l'Agence. Ce monitoring sera orienté dans l'optique d'une responsabilité populationnelle des réseaux locaux de services et en lien avec les modalités de reddition de comptes du MSSS.

Chaque réseau local de services de santé et de services sociaux peut être vu comme un système macroscopique, comportant l'instance locale et différents partenaires, rendant des services à la population du territoire de différentes façons qui caractérisent chaque réseau local de services. À l'intérieur de ce système, on retrouve plusieurs composantes d'offres de service et programmes décrites précédemment. Il s'agit d'un exercice de mesure d'abord macroscopique qui s'intéresse aux caractéristiques principales des réseaux locaux de services (accessibilité, continuité etc.), mais qui s'intéresse également aux mesures évaluatives plus spécifiques des projets cliniques, en complément des suivis de gestion exercés par le MSSS.

Les résultats des mesures qui seront prises permettront de cibler les faiblesses les plus importantes au regard des caractéristiques des réseaux locaux de services et, conséquemment, de mieux diriger les efforts d'implantation et d'amélioration. Les résultats des mesures évaluatives plus spécifiques contribueront directement à bonifier les projets cliniques dans une optique d'amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population.

Parallèlement à l'élaboration des projets cliniques locaux et suivant le même échéancier (décembre 2005), des travaux seront réalisés afin de déterminer précisément les indicateurs retenus, d'identifier des sources et des modes de collecte de données, et d'élaborer ou d'adapter des instruments de mesure. Cette démarche se fera en concertation avec les autres démarches au regard de la qualité des services (telle l'évaluation de la satisfaction des usagers en milieu de soins prolongés, qui est une exigence du MSSS) et en concertation avec des représentants locaux.

Conclusion

Le développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux répond à l'évolution des besoins des clientèles. Les problèmes de santé et les problèmes sociaux sont de plus en plus complexes et comportent des éléments de chronicité. C'est donc la nature même de ces problèmes qui exige la contribution de plusieurs types de professionnels, de différents établissements et l'apport des ressources de la communauté. La constitution de réseaux locaux suit cette logique clinique. On ne saurait trop insister, dans ce contexte, sur l'importance de l'échange d'informations entre les professionnels (dossier clinique partageable) et sur le développement de protocoles cliniques, comme conditions essentielles de la continuité informationnelle et continuité d'approche dans la dispensation des services.

Pour déterminer la façon dont ces services seront dispensés, les réseaux locaux doivent concrétiser leur offre de service à l'intérieur de projets cliniques. Les gestionnaires des instances locales assumeront le leadership de l'élaboration de projets cliniques qui préciseront les contributions de chacun des partenaires à l'intérieur du territoire du réseau local comme à l'extérieur de ce dernier. On y retrouvera une définition de l'offre de service à l'intérieur du territoire et les corridors de services permettant d'accéder aux services non offerts par le réseau local. On devra donc y retrouver des modalités d'accès à l'ensemble des services requis pour l'ensemble de la population de chaque territoire de réseau local.

Ce document se veut un guide dans l'élaboration des projets cliniques et ne s'apparente en rien à un document dogmatique. Toutefois, il est orienté vers l'amélioration de l'état de santé de la population et comporte un credo opérationnel que l'on pourrait définir comme étant l'importance de la continuité et de la globalité des services de même que la responsabilité populationnelle. Ce credo étant déjà partagé avec les directions générales des instances locales, nous sommes confiants qu'il imprégnera tous les projets cliniques locaux qui devront par ailleurs être adaptés au contexte de chaque territoire.

Références

bibliographiques

1. Rose Geoffrey. Sick Individuals and Sick Populations, International Journal of Epidemiology, 14;1, p. 32-38.
2. MSSS. L'intégration des services de santé et des services sociaux. Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, Février 2004, p. 2.
3. MSSS. Rapport du Comité sur la définition des programmes du MSSS, Document de travail, Janvier 2004.
4. MSSS. Rapport du Comité sur la définition des programmes du MSSS, Op. cit.
5. Lamarche Paul et coll. Sur la voie du changement : pistes à suivre pour restructurer les services de santé de première ligne au Canada, Rapport de recherche, FCRSS, Novembre 2003.
6. MSSS. Les services de santé et les services sociaux de première ligne, Op. cit.
7. Aucoin Léonard. Tout un leadership à prendre. Présentation dans le cadre du congrès 2004 de l'Association des CLSC-CHSLD, Centre Sheraton, Montréal, 23 avril 2004.
8. Lapierre Laurent. Leadership vrai : on dirige comme on est. Présentation dans le cadre du congrès 2004 de l'Association des CLSC-CHSLD, Centre Sheraton, Montréal, 23 avril 2004.
9. Agence de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Bas-Saint-Laurent. Révision de la configuration des services médico-hospitaliers, Bas-Saint-Laurent, Document de travail, Mars 2004, 34 p.
10. MSSS. Rapport du Comité sur la définition des programmes du MSSS, Op. cit.
11. Comité sur le continuum de services spécialisés destinés aux enfants, aux jeunes et à leur famille, De la complicité à la coresponsabilité, Avril 2004, 82 p.
12. RRSSS du Bas-Saint-Laurent. Portrait Jeunesse, Septembre 2002.
13. Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent. Révision des modalités d'intégration des services entre les établissements régionaux et les réseaux locaux, Services Jeunesse, Outils d'information, Janvier 2004, p. 5.
14. RRSSS 01. Système de surveillance, Données 2001-2002.
15. RRSSS 01. Programme régional des trousse de sécurité à domicile, Données 2003-2004.
16. Comité sur le continuum de services spécialisés destinés aux enfants, aux jeunes et à leur famille, Op. cit.
17. MSSS. Breton Madeleine et Gontier Michel. Les réseaux locaux de services en santé mentale, Document de travail, Février 2004, 12 p.

18. Institut national de santé publique du Québec. Le portrait de santé. Le Québec et ses régions, 2001, p. 47-51.
19. St-Cyr Jean-Pierre. Enquête sociale et de santé 1998, Bas-Saint-Laurent, RRSSS01, 2001.
20. Leduc Sylvain et Lévesque Anne. État de situation régional sur le cancer au Bas-Saint-Laurent, Mars 2002.
21. Hébert Réjean. Les réseaux intégrés de services aux personnes âgées : une solution prometteuse aux problèmes de continuité, Présentation au précolloque Prisma, Sherbrooke, Avril 2003.
22. Durand Pierre J, Tourigny André et coll. Évaluation de l'implantation et de l'impact des services intégrés destinés aux personnes âgées en perte d'autonomie : résultats de l'étude des Bois-Francis, Présentation au précolloque PRISMA, Sherbrooke, Avril 2003.
23. Béland François, Bergman H., Lebel P. Un système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie. Rapport final, Fonds pour l'adaptation des services de santé, Juillet 2001, p. 10-11.
24. MSSS. Perspectives démographiques des territoires de CLSC du Québec, 1996 à 2021 et Statistique Canada, Recensement 2001.
25. RAMQ. Portrait quotidien de la consommation médicamenteuse des personnes âgées non hébergées, Juin 1996, Juin 1998, Juin 2000.
26. RAMQ 2003. Fichier des produits pharmaceutiques, Traitement statistique : Dominique Potvin, Infocentre, ADRLSSS Bas-Saint-Laurent.
27. EQLA. Chapitre 3, 1998.
28. MSSS. L'allocation des ressources et la budgétisation des services de CLSC et de CHSLD, Juin 2002.
29. RAMQ. État de situation du programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique, 2002.