

Projets cliniques

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

Volume 1 numéro 2

Juin 2006

Des changements bénéfiques pour la population et le réseau de la santé et des services sociaux

Élaborer et mettre en place les projets cliniques, c'est d'abord gérer le changement, des changements bénéfiques à la fois pour la population et pour le réseau de la santé et des services sociaux. En effet, les projets cliniques reposent sur un changement majeur de culture, un réel **virage santé et mieux-être de la population**. Aussi, pour en assurer le succès, tous seront mis à contribution : la population, la clientèle, les dispensateurs de services, les gestionnaires et les nombreux partenaires de la communauté.

Pour mener à bien les changements visés par les projets cliniques, les organisations de services évolueront :

De	Vers
Un système axé sur la maladie	→ un système qui valorise la santé et le mieux-être
Une responsabilité clientèle	→ une responsabilité populationnelle
Une logique d'établissement	→ une logique de réseau
Un budget par mission	→ un budget par programme-services
Une gestion centrée sur la production interne	→ une gestion de partenariat
La multidisciplinarité	→ l'interdisciplinarité

Les projets cliniques seront mis en place avec souplesse : ce sera **un changement qui s'inscrira dans la continuité**. Les centres de santé et de services sociaux avec leurs partenaires des réseaux locaux de services (RLS) bâtiront des projets cliniques fondés sur la réalité locale, chacun à leur rythme et dans le respect des ententes qui les lient entre eux. Pour réussir cette vaste opération, il faudra accentuer et développer encore davantage la **connaissance**, la **confiance** et la **complicité** entre les personnes et les partenaires de chaque réseau local afin d'atteindre les trois objectifs visés, soit : **l'accessibilité**, la **continuité** et la **qualité** des services à la population.

1 Premier changement : Valoriser la santé et le mieux-être de la population

Au delà de la maladie des individus, notre réseau s'intéressera désormais à la santé et au mieux-être des personnes et des communautés. Il importe non seulement de savoir traiter, mais également de promouvoir la santé et le mieux-être.

À titre d'illustration, dans les orientations régionales de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie pour le Programme-services perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV), nous retrouvons les extraits suivants :

- « La pensée qui anime notre organisation de services sera dorénavant le maintien et la récupération de l'autonomie fonctionnelle des personnes, qu'elles soient maintenues à domicile, qu'elles vivent un épisode de soins aigus de courte durée, ou un épisode d'urgence et de réadaptation, ou qu'elles soient hébergées. »

- « Le modèle traditionnel, conçu à une époque où la population était jeune et souffrait de maladies aiguës commandant des interventions majoritairement ponctuelles, doit faire place à un modèle centré sur les besoins de personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement tout en favorisant le maintien à domicile. »

En ce sens, plusieurs RLS ont retenu comme priorités :

- l'intensification des services à domicile;
- le support aux proches aidants.

2 Deuxième changement : La santé et le mieux-être : on s'en occupe ensemble

Un système qui antérieurement avait une préoccupation limitée aux soins à apporter à la clientèle deviendra un réseau qui prendra en compte non seulement la personne mais également ses proches et la communauté.

Le centre de santé et de services sociaux établira avec ses partenaires locaux et régionaux ainsi qu'avec les représentants de la population les actions à entreprendre pour apporter des réponses individuelles et collectives aux besoins de santé et de mieux-être de la population locale. **Tous en sont responsables.**

À titre d'exemple, plusieurs partenaires des RLS unissent leurs forces pour offrir collectivement plus de services aux proches aidants qui s'occupent de personnes âgées en perte d'autonomie vivant à leur domicile. D'autres privilégient le développement de petites ressources de type familial ou intermédiaire pour permettre aux personnes âgées de continuer à vivre dans leur communauté locale avec un niveau de services adéquats.

3 **Troisième changement :** **Se donner un fonctionnement en réseau**

Jusqu'à récemment, plusieurs ont noté que les établissements fonctionnaient dans « leur monde », sans tenir compte des autres partenaires concernés. Dorénavant, on tiendra compte de ce que la personne a déjà reçu comme services et de ceux qu'elle devra recevoir de l'ensemble des partenaires lorsqu'un collègue du réseau prendra le relais de la coordination du plan de services individualisé pour cette personne.

En Estrie, le réseautage va bon train. En effet, des travaux sont en cours depuis l'an 2000 pour implanter l'Outil d'évaluation multiclientèle (OÉMC) et le Plan de services individualisé (PSI). Ces deux outils sont des éléments majeurs de concertation clinique qui amèneront tous les partenaires à travailler en réseau.

4 **Quatrième changement :** **Les budgets par programme-services**

Jusqu'à maintenant, le ministère de la Santé et des Services sociaux et les agences ont octroyé aux établissements et

aux autres partenaires du réseau des budgets annuels dits « globaux » en fonction des missions des établissements. Terminé le temps de la grande marmite. Désormais, les budgets seront alloués pour chacun des neuf programmes-services.

Cette nouvelle approche budgétaire sera mise en place en 2007-2008. Toutefois, les établissements s'y préparent avec fébrilité. L'objectif est d'établir ce que coûtera chaque programme-services et surtout de s'assurer qu'on aura pris les bons moyens pour répondre aux besoins reconnus des usagers, et ce, au moindre coût.

5 **Cinquième changement :** **Gérer en partenariat**

La Loi 83 confie aux centres de santé et de services sociaux un rôle de rassembleur et de mobilisateur des partenaires des RLS pour la mise en place des projets cliniques. Pour ce faire, tous les partenaires d'un même programme-services doivent apprécier ensemble objectifs, moyens, méthodes de travail, mécanismes de liaison et évaluation des résultats.

Désormais, les partenaires des RLS établiront différents mécanismes d'entente et des corridors de services en tenant compte des besoins de chacun afin de poursuivre l'intervention déjà entreprise et faciliter, par exemple, le maintien ou le retour de la personne dans son milieu de vie naturel.

À la suite du succès qu'ont connu les travaux du programme-services PALV, les RLS se donnent des structures de suivi, lesquelles seront connues sous différents vocables, adaptés à chaque territoire : table de concertation, table de suivi, table des personnes âgées, etc. On prend donc le partenariat au sérieux, il fait partie intégrante des activités des RLS.



6 **Sixième changement :** **L'interdisciplinarité pour une offre de service concertée**

Plusieurs organisations ont déjà un mode de fonctionnement multidisciplinaire, ouvert et flexible. Il nous faut aller encore plus loin et **s'ouvrir à l'influence mutuelle** et réciproque des intervenants issus d'autres établissements du réseau ainsi que des ressources privées et communautaires.

L'interdisciplinarité sert à concerter les actions de professionnels d'équipes multidisciplinaires diverses qui donnent des services auprès d'un même patient et de sa famille. En partageant des responsabilités communes et complémentaires, toutes ces personnes travaillent en synergie pour assurer une compréhension globale des besoins de la personne et de sa famille en vue de leur offrir des services adaptés. L'échange continu d'informations cliniques est au cœur de l'interdisciplinarité.

En Estrie, le réseau a choisi de soutenir la pratique interdisciplinaire en mettant en place la fonction de gestionnaire de cas au programme-services PALV dans les CSSS depuis déjà quelques années. L'ensemble des partenaires de tous les milieux découvrent actuellement cette fonction qui les rallie.

Les projets cliniques dans les RLS : premier bilan

Déjà une année de travaux se termine. Et les résultats sont très bons :

- tous les RLS ont entrepris leurs activités de concertation;
- en juin 2006, le programme-services PALV a été rédigé et adopté dans les sept RLS de l'Estrie;
- le programme-services Services Généraux est en cours de réalisation dans la majorité des RLS.

Du point de vue des partenaires, leur réaction est fort encourageante :

- la participation aux rencontres est assidue;
- l'engagement des personnes participantes est positif;
- le consensus supporte la prise de décision;
- la clientèle est au cœur des débats.

À l'automne 2006, nous comptons réaliser les programmes-services Santé Physique et Santé Mentale. En 2007, l'Estrie entreprendra les programmes-services Déficience Physique, Déficience Intellectuelle, Dépendance et Jeunes en difficulté.

La Table régionale des chargés de projet clinique est fière des résultats obtenus dans le cadre de l'élaboration de ces deux premiers programmes-services.

Pour votre information, voici la liste des membres de la Table régionale des chargés de projets cliniques, soit :

Centres de santé et de services sociaux

- Manon Allard, CSSS du Val-Saint-François
- Robert Bellefleur, CSSS du Granit



- Céline Bureau, CSSS-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
- Andrée Duquette, CSSS de la MRC-de-Coaticook
- Monique Giroux, CSSS de Memphrémagog
- Jean-Guy Nadeau, CSSS de la MRC-d'Asbestos
- Marie-Claire Pelletier, CSSS du Haut-Saint-François
- Roger Laplante, CSSS du Haut-Saint-François

Établissements régionaux

- Gaétanne Cormier, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
- Jasmin Audet, Centres de réadaptation à vocation régionale, soit :
 - le Centre Jean-Patrice Chiasson / Maison Saint-Georges
 - le Centre de réadaptation Estrie
 - le Centre jeunesse de l'Estrie

- la Villa Marie-Claire
- le Regroupement CNDE-Dixville

Directeurs généraux et directrices générales

- Louissette Breton, Villa Marie-Claire
- Mario Morand, CSSS de la MRC-d'Asbestos

Organismes communautaires

- Charles Lamontagne, Regroupement des organismes communautaires de l'Estrie

Agence

- Véronique Pagé, secrétaire
- Pierre Richard, chargé de projet clinique régional

