



Projet clinique

Cadre de référence
pour les réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux



Résumé



Projet clinique

Cadre de référence
pour les réseaux locaux
de services de santé et
de services sociaux



Résumé

Octobre 2004



L'équipe de rédaction

Michèle Auclair

*Présidente du groupe de travail pour l'élaboration
du Projet clinique, MSSS*

Irma Clapperton

*Médecin-conseil, équipe de soutien scientifique
pour l'élaboration du Projet clinique,
Direction de santé publique de Montréal*

Louise Rousseau

*PhD, équipe de soutien scientifique
pour l'élaboration du Projet clinique, ÉRAS*

Ghislaine Samson-Saulnier

*Membre du groupe de travail pour l'élaboration
du Projet clinique, MSSS*

Solange Lapierre

Conseillère à la rédaction

Paul Cloutier

*Conception graphique
Direction de la santé publique de Montréal*

Édition produite par :

**La Direction des communications du ministère
de la Santé et des Services sociaux**

Le présent document peut être consulté à la section
Documentation, sous la rubrique **Publications** du
site Web du ministère de la Santé et des Services
sociaux dont l'adresse est : **www.msss.gouv.qc.ca**

Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Québec, 2004

Bibliothèque nationale du Canada, 2004

ISBN 2-550-43462-5

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est
autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

© Gouvernement du Québec

Table des matières

Une évolution fondée sur les acquis.....	4
Comment se définit le Projet clinique dans les CSSS?	5
Les trois objectifs du Projet clinique	6
La logique du Projet clinique.....	8
La démarche du Projet clinique	10
Les deux mécanismes de soutien du Projet clinique	12
Les trois approches du Projet clinique.....	13
Les six modèles du Projet clinique.....	14
Les quatre grandes catégories d'outils du Projet clinique.....	16
Le suivi du Projet clinique.....	18
Le soutien à l'implantation du Projet clinique.....	19
Gérer le changement	22

Une évolution fondée sur les acquis

Les deux grands objectifs inscrits dans la loi sur les Agences de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, *améliorer la santé et le bien-être de la population et mettre en place une offre de services plus intégrée*, servent de fondement aux nouvelles responsabilités des Centres de santé et de services sociaux (CSSS) qui se traduisent dans un Projet clinique et organisationnel. Le présent document s'intéresse au **Projet clinique**, dont l'appellation est conservée parce qu'elle est bien connue depuis le début des travaux. Elle intègre les dimensions sociales et de santé et tient compte de la diversité des interventions à offrir à une population définie. Le Projet clinique porte sur la démarche globale, formée des deux volets complémentaires, le volet *organisationnel*, le plus connu et déjà en cours, et le volet *clinique*, que les CSSS ont le mandat de mettre en route.

Il s'agit d'un projet mobilisateur et novateur qui mise sur les nombreux acquis : à partir des expériences allant dans ce sens un peu partout au Québec, on veut bâtir un projet qui *articule mieux* qu'auparavant *les besoins de la population de chaque territoire*, et des communautés qui la composent, avec *des stratégies efficaces* pour y répondre, selon des normes de qualité reconnues, et *les services les plus appropriés*. Le projet englobe la mesure des impacts de manière à faire évoluer le projet en fonction du contexte.

Le CSSS assume le leadership dans le réseau local et c'est donc à lui qu'est confié le mandat d'organiser, de concert avec les partenaires, les services de santé et les services sociaux sur son territoire, de manière à répondre aux besoins de toute sa population. Ces nouvelles fonctions s'accompagnent de mesures soutenant l'implantation ainsi que de divers incitatifs au changement, qui seront développés tout au long de la mise en place des projets. À l'heure actuelle, plusieurs régions ont déjà amorcé des projets cliniques et leur expérience est mise à profit au sein du réseau. Un tel changement implique une évolution des cultures et touche autant l'organisation que les acteurs qui y sont associés.

Que vise le présent document ?

- Il présente aux CSSS une logique pour assumer la responsabilité populationnelle et la hiérarchisation des services.
- Il vise à harmoniser un langage autour des objectifs, des mécanismes et des moyens.
- Il explique la cohérence entre les mécanismes, les approches, les modèles et les outils et aide à faire des choix adaptés aux réalités locales.
- Il illustre les liens entre les deux volets : le volet clinique et le volet organisationnel.
- Il s'inspire des expériences réalisées sur le terrain.

Une démarche englobante et mobilisatrice

Le Projet clinique vient *renforcer la cohérence* entre, d'une part, le volet organisationnel et les neuf programmes services qui le constituent et qui orientent l'organisation des services et, d'autre part, les six modèles, qui forment le volet clinique et qui intéressent de prime abord les cliniciens et les professionnels. Rappelons que les programmes services visent à fournir un cadre intégrateur pour préciser les orientations, l'allocation des ressources, les cibles des résultats et la reddition de comptes.

Le défi consiste à passer d'une *logique de prestation de services à une logique de responsabilisation à l'égard des besoins de la population* sur le territoire, et de *travailler en réseau intégré avec les partenaires du réseau local* ainsi qu'avec ceux des niveaux régional et provincial. Ces composantes fondamentales ne sont pas en soi récentes, mais on souhaite accentuer cette tendance qui reflète le consensus social. Pour faciliter cette transition vers une offre intégrée de services, on mise sur deux principes fondamentaux, c'est-à-dire la *responsabilité populationnelle* et la *hiérarchisation des services*. Il s'agit donc pour le CSSS d'un double mandat : celui de définir et d'élaborer son Projet clinique

et celui de susciter la collaboration de tous ses partenaires pour en assurer la mise en œuvre.

Le Projet clinique à élaborer par les CSSS se définit selon trois axes, soit :

1. la vision locale en fonction d'une connaissance de l'état de santé et de bien-être, des besoins sociosanitaires et des particularités de leur population ;
2. les objectifs poursuivis concernant l'amélioration de l'état de santé et de bien-être ainsi que l'offre de services requise ;
3. les modes d'organisation et les contributions convenues avec leurs partenaires.

La notion de *responsabilité populationnelle* implique que les intervenants qui offrent des services à la population d'un territoire local seront amenés à partager collectivement une responsabilité à son endroit, en rendant accessible un ensemble de services le plus complet possible et en assurant la prise en charge et l'accompagnement des personnes dans le système de santé et de services sociaux, tout en favorisant la convergence des efforts pour maintenir et améliorer la santé et le bien-être de la population.

La notion de *hiérarchisation* implique d'améliorer la complémentarité pour faciliter le cheminement des personnes entre les niveaux de services, suivant des mécanismes de référence entre les dispensateurs. Ces mécanismes touchent non seulement les références entre la première et la deuxième ligne, mais aussi celles entre la deuxième ligne et les services surspécialisés de troisième ligne.

Les trois objectifs du Projet clinique

l'accessibilité, la continuité et la qualité

Pour mieux guider l'action, il faut fixer des objectifs dont on peut ensuite mesurer les impacts. À l'échelle du réseau, pour améliorer la santé et le bien-être de la population, huit objectifs sont généralement considérés, soit : l'accessibilité, la continuité, la qualité, la globalité, la satisfaction ou réactivité, l'équité, l'efficience et le contrôle des coûts. Quant à lui, le Projet clinique contribue en particulier à l'atteinte des trois objectifs d'accessibilité, de continuité et de qualité. Il s'agit de rapprocher les services de la population et de faciliter le cheminement des personnes dans le réseau.

L e s n o u v e l l e s

Pour améliorer l'accessibilité

Le CSSS assume les responsabilités ci-après :

- offrir des services et des interventions de santé publique adaptés à l'ensemble de sa population et à ses clientèles plus vulnérables, et proposer et mettre en œuvre le plan d'action local en santé publique,
- offrir une gamme équilibrée de services généraux et spécialisés, adaptés aux besoins des clientèles particulières, en fonction des consensus régionaux et des orientations gouvernementales,
- accueillir et diriger les personnes et leurs proches vers les services pertinents, dans le respect des normes d'éthique et des normes de qualité et d'accès reconnus,
- assurer l'accès aux services et faire le suivi des listes d'attente.

Gérer l'accessibilité, c'est aussi tenir compte de la *proximité* des services, de l'*acceptabilité* par la population, de l'existence de *masses critiques* et de la *réduction des inégalités*. On peut agir sur l'accessibilité grâce à des mécanismes de référence, des ententes, des corridors de services et des mécanismes bidirectionnels assurant la référence, mais aussi la planification du retour de la personne dans son milieu de vie. Il faut bien souligner que cette responsabilité incombe aussi aux partenaires des CSSS, dans le cadre de la mission que leur confère la loi. Enfin, l'accessibilité englobe aussi la réponse aux besoins de la population, compte tenu des caractéristiques des communautés.

Pour améliorer la continuité

Le CSSS assume les responsabilités ci-après :

- prendre en charge le processus de services, accompagner et soutenir les personnes en vue de favoriser la continuité entre les épisodes de soins et les interventions sociales à l'intérieur du réseau, en particulier celles ayant des besoins particuliers et plus complexes,
- définir et mettre en place des mécanismes de référence et de transfert entre les dispensateurs de services,
- conclure des ententes avec les divers dispensateurs de services qui précisent les responsabilités réciproques.

La continuité est la pierre angulaire des soins primaires. Favoriser la continuité, c'est-à-dire un passage sans ruptures entre services et organismes, est *une responsabilité qui incombe à toutes les organisations*.

Pour améliorer la qualité

Le CSSS assume les responsabilités ci-après :

- adopter une stratégie d'amélioration continue de la qualité des services y compris ceux rendus par les organisations auxquelles le réseau réfère, et mettant à contribution les professionnels, les personnes desservies et la population,
- établir les collaborations intersectorielles en vue d'agir sur les déterminants de la santé et adapter l'offre de services,
- informer et consulter la population, et connaître sa satisfaction à l'égard des services et des résultats,
- désigner un gestionnaire responsable d'assurer la qualité dans les milieux de vie où résident des personnes vulnérables.

Toutes les organisations sont *imputables à l'égard de la qualité des services* qu'elles dispensent. On parle ici de la qualité technique (validée par l'examen des qualifications et l'analyse des études scientifiques), de la pertinence des interventions, évitant la surutilisation comme la sousutilisation des services, du respect des normes professionnelles et du recours aux meilleures connaissances disponibles. Pour évaluer la qualité des services, on aura par exemple recours à un processus d'amélioration continue de la qualité. On cherchera aussi à connaître l'appréciation de la qualité par la population, et aussi par les clientèles qui ont recours aux services.

Améliorer l'intégration des services

Le Projet clinique favorise une réponse mieux adaptée aux besoins de population à l'échelle locale.

L'intégration verticale propose la démarche à suivre à l'égard d'une personne ou d'une clientèle, pour un problème précis allant de la prévention au soutien en fin de vie. Elle permet de bien articuler une réponse à la totalité des besoins : elle assure ainsi la standardisation que l'on souhaite implanter. On désire ainsi corriger les problèmes d'accès à l'expertise et aux services spécialisés, par exemple par des mécanismes de référence et de hiérarchisation appropriés pour établir la trajectoire de soins et bien gérer les listes d'attentes.

De son côté, *l'intégration horizontale* permet de bien articuler une réponse à la totalité des besoins. Elle vise à corriger les problèmes de continuité grâce à une large gamme de services continus et complémentaires. Elle améliore la globalité des services, dans le cas de problèmes complexes ou de co-morbidité, par exemple. Il s'agit donc d'adopter des mécanismes de coordination entre les dispensateurs de services, *en misant sur le potentiel des partenaires du territoire et en établissant des modes de collaboration appropriés.*

La population et quatre profils de clientèles

Pour mieux cibler les besoins de la population, ainsi que les améliorations qui s'imposent, on doit considérer la population générale et quatre profils de clientèles, mais qui ne sont pas mutuellement exclusifs. Pour la population générale, on offre des activités de promotion, de prévention et de protection, soit sous la forme de services généraux ou de programmes de santé publique.

Voici les quatre profils :

- La population générale en santé, ayant des besoins ponctuels et nécessitant des soins aigus : l'enjeu principal consiste ici à améliorer *l'accessibilité*.
- Les personnes de la population générale ayant une pathologie chronique généralement stable : l'enjeu principal consiste ici à améliorer *la qualité et la continuité*.
- Les clientèles vulnérables ou des personnes de la population générale présentant des risques particuliers de problèmes sociaux et de santé : l'enjeu principal consiste ici à améliorer *l'accessibilité et la continuité*.

- Les clientèles particulières présentant une problématique complexe de santé ou sociale exigeant de la réadaptation ou de l'intégration sociale : l'enjeu principal consiste ici à améliorer *la qualité, la globalité et la continuité, et aussi l'accessibilité*.

Les approches et modèles

Parmi les nombreux modèles et approches que proposent les recherches, on a retenu ceux qui viennent appuyer les buts poursuivis. Le Projet clinique préconise donc trois approches — *communautaire, populationnelle, par programme* — et six modèles — *centré sur la personne¹, soins et services coordonnés, communautaires, gestion de la maladie², soins et services intégrés, collaboration* —, tous bien connus déjà dans la pratique, qui sont exposés en détail plus loin.

1. Ce modèle, utilisé tant pour les interventions en santé qu'en services sociaux, porte le nom de « patient-oriented » dans la documentation scientifique de langue anglaise.
2. L'expression « gestion de la maladie » vise à remplacer l'expression anglaise « disease management ».

Les services, ressources et programmes

Les services doivent couvrir une large gamme d'activités favorisant le continuum d'interventions, depuis la promotion-prévention, le diagnostic, l'intervention ou le traitement, le suivi, l'adaptation et le soutien à l'intégration sociale, la réadaptation et le soutien en fin de vie.

Pour élaborer le Projet clinique, on mettra à profit les ressources humaines, financières et matérielles disponibles. Quant aux ressources informationnelles, elles nécessiteront des développements importants, tant pour soutenir le volet organisationnel que pour mettre en œuvre des modèles cliniques. Enfin, les programmes services, définis dans le document « L'intégration des services de santé et des services sociaux », constituent le cadre sur lequel reposent notamment l'allocation des ressources ainsi que l'adoption de normes d'accès et de qualité.

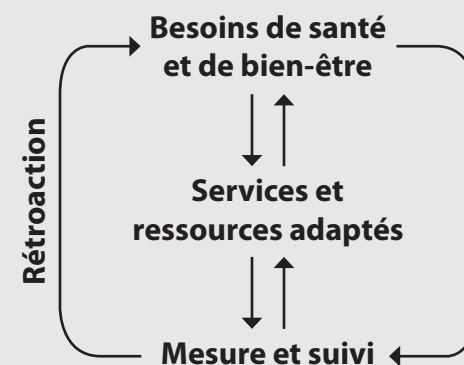
La reddition de comptes et l'évaluation

Les résultats visés par les ententes de gestion portent surtout sur l'accessibilité, établis en fonction des programmes services. Pour le Projet clinique, les CSSS ainsi que les Agences se doteront, de plus, d'indicateurs relatifs à la continuité, à la qualité ainsi qu'à sa progression.

Le CSSS doit établir des ententes avec ses partenaires afin d'assurer la gamme de services requise par sa population. Ces ententes sont l'occasion de traduire les objectifs communs et peuvent aussi favoriser le dialogue sur la *standardisation des normes cliniques et administratives*.

Sans assurer une supervision directe des interventions de ses partenaires, le CSSS est tributaire d'une mobilisation des intervenants et des gestionnaires autour de valeurs communes, sur la base d'une vision partagée, pour favoriser l'adaptation des pratiques aux réalités locales. Ce contexte est donc favorable à établir avec eux des ententes précisant les responsabilités et les engagements de chacun.

Les enjeux



À l'échelle locale, les *besoins* peuvent se traduire en *objectifs* de santé et bien-être et en résultats sur les objectifs poursuivis, à déterminer par les CSSS de concert avec leurs partenaires.

La démarche du Projet clinique

En quoi consiste-t-elle ?

- Il s'agit de répondre aux *besoins de santé et de bien-être de toute la population du territoire* grâce à des modes de prestation adaptés, articulés entre eux et englobant l'ensemble des interventions, que ce soit la promotion-prévention, le diagnostic, l'intervention ou le traitement, le suivi, l'adaptation et le soutien à l'intégration sociale, la réadaptation et le soutien en fin de vie.
- Cette démarche se réalise en fonction du *potentiel des ressources locales* : elle tient compte des responsabilités et des possibilités de chacun des acteurs sectoriels et intersectoriels.
- Enfin, le Projet clinique exige que *chacun se rende imputable des services* qu'il offre et qu'il soit en mesure de témoigner de l'atteinte des trois objectifs clés de la réforme, soit l'accessibilité, la continuité et la qualité.

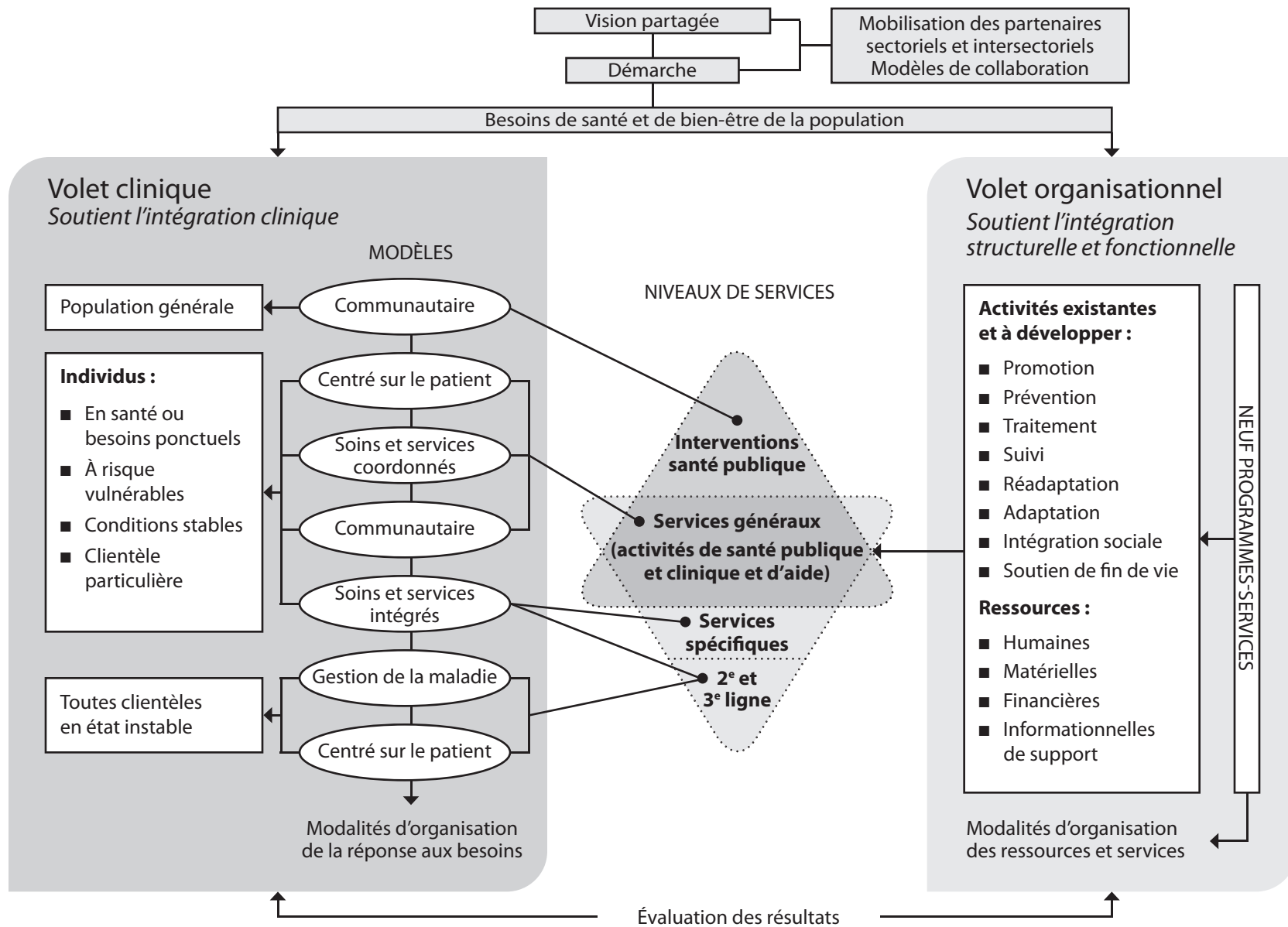
Ce qui caractérise le Projet clinique

- Le volet clinique se développe à l'échelle locale : le CSSS évalue les besoins de santé et de bien-être de toute sa population.
- Il interpelle tous les partenaires et suscite leur adhésion et leur mobilisation.
- Parmi les approches et les modèles proposés, le CSSS détermine le niveau de services à mettre en place pour sa population et son territoire.
- L'évaluation des résultats exige une rétroaction fondée sur les progrès enregistrés sur le territoire.

Activités à réaliser par les CSSS pour élaborer leur Projet clinique

- Établir le portrait des besoins de la population du territoire, notamment à l'aide de profils — démographique, socioéconomique, sanitaire et celui de l'utilisation des services.
- Identifier les modèles cliniques et les collaborations déjà implantés avec succès et qu'il faut renforcer.
- Préciser les rôles et responsabilités des acteurs.
- Inventorier les ressources et services disponibles pour y répondre.
- Intégrer, s'il y a lieu, d'autres modèles pour réduire les écarts par rapport aux objectifs poursuivis.
- Articuler les programmes services avec les services offerts.
- Analyser les écarts par rapport aux trois objectifs : accessibilité, continuité et qualité.
- Préciser les éléments de l'offre de service et les paramètres devant figurer dans les ententes de services.
- Mesurer les impacts sur les services et sur la santé de la population et en faire le suivi.

Le projet clinique au coeur de la responsabilité populationnelle



Les deux volets sont indissociables : l'un permet à l'autre de réaliser les services et les soins selon le nouveau paradigme populationnel.

Les deux mécanismes de soutien du Projet clinique

La standardisation, la coordination

Les deux mécanismes préconisés viennent appuyer les objectifs du Projet clinique. La standardisation favorise l'accessibilité et la qualité, tandis que la coordination vient soutenir la continuité.

Comment les CSSS vont favoriser la standardisation

On souhaite ici appliquer des normes reconnues et adaptées aux contextes locaux. Sur le plan des pratiques cliniques individuelles ou de groupe, il s'agit d'implanter *des protocoles ou lignes directrices* fondées sur des données probantes ou sur les meilleures pratiques. Sur le plan des stratégies populationnelles et des processus, il s'agit d'établir *des trajectoires de soins et de services ou des cheminement cliniques*. Bien utilisé, le mécanisme de standardisation vient renforcer la qualité, sans compromettre la réponse individualisée aux besoins.

Comment les CSSS vont favoriser la coordination

La coordination cimente l'intégration : on gagne ainsi en imputabilité et en collaboration. On cherche ici à *éviter dédoublements, incohérences et lacunes*. Les mesures préconisées se basent sur l'échange d'informations, sur la création de mécanismes de référence et sur la gestion de cas.

De concert avec l'ensemble des intervenants du réseau et hors réseau, les CSSS doivent convenir de moyens visant à assurer le partage d'information et la complémentarité des rôles et responsabilités des intervenants et des partenaires intersectoriels.

Les trois approches du Projet clinique

Trois approches, c'est-à-dire *des manières d'aborder l'action*, sont préconisées : elles ont été choisies, parmi les treize habituellement considérées, parce qu'elles soutiennent au mieux la vision du réseau. Les trois approches facilitent aussi la concrétisation des nouvelles responsabilités des CSSS.

Approche communautaire

Cette approche repose sur *l'organisation des soins primaires et de partenariats avec le milieu communautaire* : elle contribue de ce fait à améliorer l'accessibilité et à réduire les inégalités de la santé. Elle présente ces caractéristiques :

- elle favorise le maintien de la santé et du bien-être,
- elle contribue à l'intégration des pratiques de santé publique et à celles de première ligne,
- elle met l'accent sur les services pour les clientèles vulnérables,
- elle mise sur la participation active des populations cibles,
- elle suppose des partenariats inter-sectoriels.

Approche populationnelle

Cette approche vise à permettre l'exercice de la responsabilité populationnelle. On parle ici de la dimension géographique, c'est-à-dire que le CSSS exerce une responsabilité clinique et financière à l'égard de son territoire. Il lui faut donc prévoir une offre de service globale à un coût raisonnable, une hiérarchisation appropriée et des mécanismes de standardisation et de coordination. Cette approche permet également de tenir compte des besoins *des sous-groupes spécifiques de clientèles* (les diabétiques, par exemple), *ou de populations* (comme les personnes âgées). Elle oriente le choix de modèles visant à renforcer la continuité dans sa dimension horizontale et contribue à accroître la capacité d'offrir la large gamme de services prévue.

Approche par programme

Il s'agit d'une modalité d'organisation des services et des ressources visant à améliorer l'accès et la qualité par la standardisation, et ce, pour répondre aux besoins de la population dans son ensemble et à ceux de clientèles spécifiques.

Cette approche oriente le choix de modèles visant à renforcer une *hiérarchisation judicieuse des services*, élément clé de l'amélioration de la qualité et de la continuité dans sa dimension verticale ; de plus, elle favorise l'accès aux services spécialisés et surspécialisés.

Les six modèles du Projet clinique

Les six modèles préconisés, qui sont complémentaires, sont tous déjà bien connus et d'usage généralisé. L'appellation des modèles reflète l'usage international actuel, mais il s'agit des mêmes pratiques largement appliquées ici.

L'adoption de modèles probants permet de mieux réaliser les objectifs d'accessibilité, de continuité et de qualité sans compromettre l'efficacité. Il faut souligner que la démarche actuelle consiste à repérer les écarts, à l'égard de la réponse aux besoins, entre les modèles actuels et ceux à développer ou à consolider parce que les CSSS y auront recours pour satisfaire les besoins de leur population. Le Projet clinique propose d'articuler les modèles cliniques de sorte à ajouter de la souplesse et à éviter le cloisonnement potentiel entre les programmes.

Les modèles centrés sur la personne³

Ce sont les plus connus et les plus fréquemment utilisés parce qu'ils s'adressent à la population générale en santé ayant des *besoins ponctuels*.

Caractéristiques :

- réponse individualisée
- accessibilité et responsabilisation des personnes
- besoins ponctuels, généraux ou spécialisés
- compatibles avec l'approche biopsychosociale, l'intégration de pratiques cliniques préventives et les modèles de collaboration.

3. Ce modèle, utilisé tant pour les interventions en santé qu'en services sociaux, porte le nom de « patient-oriented » dans la documentation scientifique de langue anglaise.

Les modèles de soins et services coordonnés

Ces modèles sont en général implantés dans les établissements pour les services professionnels, mais le Projet clinique exige d'élargir la coordination à l'ensemble des acteurs du réseau. Ce modèle implique un *style de gestion novateur qui valorise la coordination et le temps consacré à la personne*.

Caractéristiques :

- fonctionnement d'équipe
- mécanismes de liaison entre organismes
- continuité
- besoins de services généraux et de suivi plus systématique des clientèles vulnérables ou à risque de problèmes de santé ou sociaux, ou ayant une pathologie chronique grave
- besoins de services spécialisés ponctuels, selon un mode de référence bidirectionnel combiné avec le modèle centré sur la personne
- s'articulent avec les programmes services et les modèles de gestion de maladie pour partager la prise en charge.

Les modèles communautaires

Ces modèles permettent d'*aider les communautés à se fixer des priorités* et à utiliser les ressources en fonction de ces priorités. Cette logique qui part de la base vise à améliorer la qualité en diffusant les règles de l'art qui tiennent compte des besoins d'interdépendance pour offrir des services efficaces.

Caractéristiques :

- fonctionnement d'équipe
- liens étroits entre la communauté, les partenaires et les équipes spécialisées en santé publique
- continuité, réduction des inégalités, déterminants de la santé
- besoins de services généraux, et surtout de suivi plus systématique des clientèles vulnérables ou à risque de problèmes sociaux
- besoins de services spécialisés ponctuels, selon un mode de référence bidirectionnel combiné avec le modèle centré sur la personne
- s'articulent avec les programmes services et les modèles de gestion de la maladie pour partager la prise en charge
- compatibles avec l'établissement d'ententes de services avec les partenaires locaux.

Les modèles de gestion de la maladie⁴

Il s'agit de modèles fondés sur les données probantes et visant à *améliorer les processus cliniques* : on cherche ainsi à *intégrer les meilleures pratiques avec un minimum de variations*. Ils exigent la formation d'équipes multidisciplinaires pour standardiser les soins et les services ; à leur tour, ces équipes jouent un rôle de leader pour stimuler l'adhésion de leurs pairs aux programmes de gestion de la maladie.

Caractéristiques :

- standardisation des processus
- continuité et qualité des services rendus pour une problématique ou une pathologie précise
- besoins de services généraux et spécialisés de clientèles ayant une pathologie chronique particulièrement instable.

4. L'expression « gestion de la maladie » vise à remplacer l'expression anglaise « disease management ».

Les modèles de soins et services intégrés

Ce type de modèles vise à créer des liens entre les secteurs de santé, sociaux et communautaires. Ils reposent sur la *formation de réseaux intégrés* et recourent à la gestion de cas.

Caractéristiques :

- continuité et globalité
- lien entre les secteurs de santé, sociaux et communautaires
- besoins de clientèles particulières ayant des problématiques complexes ou multiples
- besoins de services spécialisés ponctuels, selon un mode de référence bidirectionnel combiné avec le modèle centré sur la personne
- s'articulent sur les programmes services et le modèle de gestion de maladie pour partager la prise en charge.

Les modèles de collaboration

Il s'agit de modèles visant une intégration par le biais de la collaboration entre partenaires, ce qui suppose une *vision souple du partenariat*. Si les modèles de soins et services coordonnés permettent la complémentarité des interventions des cliniciens et le partage d'information clinique entre eux, les modèles de collaboration viennent ajouter la dimension des partenariats qui touche aussi des interlocuteurs autres que cliniques. On cherche ainsi à mieux atteindre les objectifs en levant les barrières de communication dans les équipes et entre les organisations.

Caractéristiques :

- coopération
- communication
- continuité
- utiles pour implanter les autres modèles
- essentiels au succès de la concertation.

Les quatre grandes catégories d'outils du Projet clinique

La série d'outils préconisée comporte quatre types d'outils qui faciliteront l'implantation du Projet clinique et des modèles choisis par les CSSS. Chaque type, selon ses caractéristiques, convient à une situation. Chacun des CSSS aura donc à évaluer leur intérêt, de concert avec ses partenaires, ainsi que *les besoins de formation pour faciliter la mise en œuvre des modèles*.

La gestion de cas, un outil générique d'usage généralisé

C'est un outil approprié pour assurer la *continuité des services* et qui s'applique dans beaucoup de modèles. Il s'agit en général d'un système multidisciplinaire de collaboration et de communication où le gestionnaire de cas, l'intervenant pivot ou une équipe estime, planifie, suit, évalue et coordonne les services entre les dispensateurs exerçant dans divers sites.

La gestion de cas vise à répondre aux besoins individuels ou d'un groupe de personnes. On souhaite ainsi les aider à maintenir un état de santé et de bien-être optimal, à avoir accès aux ressources et à éviter les crises. Cet outil est largement utilisé pour répondre aux impératifs de coordination dont il est question ci-après.

Des outils de gestion d'interfaces

Le facteur crucial pour la continuité, c'est la gestion des interfaces. Il s'agit notamment des *systèmes d'information*, mais aussi d'*agents de liaison et de professionnels* agissant comme leaders. Les deux autres types d'outils que sont les méthodes de *gestion de projet* et les *ententes avec les partenaires* peuvent eux aussi s'avérer déterminants. Cette série comprend aussi les outils de rétroaction, de terminaison clinique, les plans de services, les questionnaires de cas, ainsi que les systèmes de gestion des rendez-vous et de référence.

Des outils pour les interventions spécialisées

Les interventions spécialisées ont recours à un *éventail d'outils* pour faciliter leur réalisation. Il s'agit, notamment, de systèmes d'information, de registres de clientèle, des méthodes d'éducation de la personne et des dispensateurs, des programmes de revue de l'utilisation, des stratégies de mesure pour documenter et prévoir l'état de santé et de bien-être de population, des plans de congé, des questionnaires de cas, des méthodes de stratification des risques, des protocoles, des lignes directrices, des systèmes de rappel et de suivi de l'observance, des mécanismes de communication interorganisationnels et des partenariats.

Des outils pour les interventions complexes ou intersectorielles

Dans ce cas, on fait en général appel à des *lignes directrices de bonne pratique* ou à des protocoles locaux tenant compte des préférences des personnes, qui prévoient l'éducation et la détection précoce des aggravations de la condition clinique ou des conditions de vie. On a aussi recours à des *outils cliniques partagés* et à des *systèmes d'information intégrés*. Le plus souvent, pour les modèles de soins et services intégrés en particulier, on utilise des mécanismes de désignation d'un professionnel possédant un statut particulier, soit *gestionnaire de cas*, *agent de liaison*, *coordonnateur de services*, ou *intervenant pivot*. On a recours également à des techniques d'identification ou de réduction des risques, des profils sur les déterminants de la santé, des cartographies et des instruments épidémiologiques.

Pour la communication, on peut recourir à des *formulaires standardisés multidisciplinaires*, à des comités interorganisationnels et au balisage concurrentiel pour identifier les meilleures pratiques et amener un partage efficient de l'expertise.

Le suivi du Projet clinique

Le suivi est un élément clé de l'évolution vers des réseaux locaux, qui témoigne des besoins et des possibilités de chacun des CSSS ainsi que le rythme auquel les changements peuvent être adoptés. Il s'agit, d'une part, d'une *obligation d'imputabilité* des CSSS au regard de leurs responsabilités face à leur population et, d'autre part, d'un moyen concret de connaître les progrès réalisés : on veut *mesurer la progression du Projet clinique ainsi que ses retombées*.

Pour évaluer le degré d'implantation d'un changement, adapter le projet au contexte local, identifier les lacunes et éviter des dérives, l'évaluation et le suivi constituent des étapes essentielles. Les progrès enregistrés se mesurent à l'aide *d'indicateurs de processus, de résultats, d'utilisation des ressources*, que les CSSS ont à développer en fonction de leur réalité. On préconise ici une approche formative et un rythme de changement respectant la réalité de chacun des CSSS.

Cet intérêt pour le suivi de la progression a donné lieu à deux initiatives nationales, soit l'évaluation des mesures prévues pour le développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le monitoring des services de première ligne. La première consiste en une analyse d'implantation, où *certaines réseaux seront sélectionnés pour une étude de cas*. La seconde, complémentaire à l'évaluation, vise à s'assurer que le niveau d'accès aux services de première ligne se maintient, ou même s'améliore dans l'ensemble de régions du Québec.

Selon le Projet clinique de chaque CSSS, on pourra envisager de recourir à d'autres formes d'évaluation pour suivre la progression de l'implantation.

Quatre interventions utiles

- Faire un suivi de l'évolution du portrait de santé et de bien-être de la population et de l'utilisation des services et des ressources.
- Instaurer des processus d'amélioration continue de la qualité et de performance, selon une vision commune des résultats à atteindre, de manière à soutenir la mobilisation, à minimiser les conflits et à favoriser l'innovation.
- Évaluer l'adaptabilité des lignes directrices au contexte local, de manière à bien refléter la réalité.
- Mettre au point des méthodes d'évaluation reflétant les progrès accomplis.

Pour favoriser la réalisation d'un Projet clinique, le Ministère et les Agences proposent de mettre de l'avant une série de mesures de soutien, qui s'intéressent en particulier au volet médical et pluridisciplinaire.

Les modalités de participation des professionnels

La participation de tous les professionnels est considérée cruciale, particulièrement celle des médecins et c'est pourquoi il faut prévoir des moyens de participation, de coordination et de soutien à tous les niveaux.

Une mise à profit des mécanismes en place

La mise en place du Projet clinique repose largement sur *les médecins de famille, les spécialistes et les professionnels* des réseaux locaux. Le Conseil des infirmiers et infirmières, le Conseil multidisciplinaire ou le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens unique dans les CSSS sont des outils puissants pour assurer la cohésion et la participation au projet.

Les trois organismes que sont la Commission infirmière, la Commission multidisciplinaire et la Commission médicale régionale travailleront de concert avec l'Agence pour discuter des enjeux. De son côté, le Département régional de médecine générale (DRMG) est bien placé pour inciter les omnipraticiens à participer au Projet clinique. Enfin, pour les spécialistes, la création d'un Département régional de médecins spécialistes (DRMS) pourra susciter la participation de ces professionnels.

Les GMF et autres modèles de partenariat

Pour favoriser la concertation entre les CSSS et les médecins pratiquant en clinique privée, on estime que les GMF et les cabinets associés s'avéreront le moteur le plus efficace. Le Projet clinique et les modèles de trajectoires de soins favoriseront l'accès aux plateaux techniques et diagnostiques, à l'information clinique et aux professionnels et médecins spécialisés.

Des conditions de réalisation

Au chapitre des incitatifs, au niveau national, des démarches sont en cours afin de réviser les *modes de financement*, d'adopter des *modalités de rémunération variées et adaptées*, et de cibler des *indicateurs de suivi valides*.

Au niveau local, les incitatifs sont d'un autre ordre et concernent surtout le partage des objectifs avec les partenaires, la promotion des soins primaires, l'inscription de clientèles particulières, un style de gestion novateur, une plus grande latitude dans les moyens et des mécanismes de suivi.

Pour assurer le *fonctionnement optimal des nouveaux réseaux locaux*, l'envergure du Projet clinique exige de prévoir toute une panoplie de mesures, comme :

- compatibilité des valeurs, culture commune, participation des cliniciens, présence d'un leadership fort ainsi que de leaders dans l'organisation, mise en place de mécanismes de communication efficaces, formation d'équipes possédant des expertises complémentaires, et clarté des rôles et responsabilités.

À cela, s'ajoute, aux niveaux régional et national, une autre série de mesures, comme :

- partage clair des rôles entre les paliers gouvernementaux, financement adéquat, systèmes d'information, orientations et lignes directrices, convention d'ententes de gestion, ressources professionnelles, intégration des services médicaux et révision des programmes d'enseignement.

Les moyens privilégiés

Trois types de moyens sont préconisés pour faire progresser le Projet clinique, soit la gestion de projet, le soutien des Agences régionales et des actions à l'échelle nationale.

Au niveau local

La *gestion de projet* est perçue comme un *modèle porteur*. Cela consiste à mettre en présence des équipes multidisciplinaires, des porteurs de projets crédibles et des coordonnateurs qui se consacrent à cette tâche. Il est souhaitable d'implanter ce modèle de gestion parce que le changement de culture à adopter devra se réaliser tout en poursuivant les activités habituelles. Vu l'importance de la tâche, il faut se doter des outils, des moyens et des ressources nécessaires, et aussi appuyer les leaders qui consacreront leurs énergies à cette transformation.

Au niveau régional

Le *soutien des Agences régionales* consiste, dans les grandes lignes, à mener trois activités :

- animer et coordonner la démarche à l'échelle de la région (fixer les résultats, les étapes et le calendrier de réalisation) ;

- soutenir et guider les CSSS, en leur fournissant de l'aide au besoin ;
- assurer l'équité entre les projets et arbitrer les écarts entre les niveaux local, régional, et suprarégional.

À cet effet, un *répondant régional*, ou coordonnateur au développement des Projets cliniques, serait utile pour soutenir les chargés de projet du plan local, leur fournissant une tribune d'échanges et de partage d'expertises, d'expériences et d'outils ; il pourrait aussi assurer le suivi des projets.

Au niveau national

Outre diverses orientations et conditions annoncées, le Ministère nommera un responsable des Projets cliniques pour soutenir les responsables régionaux et assurer le suivi auprès des présidents-directeurs généraux des Agences et réalisera plusieurs interventions.

Un suivi de ces actions est assuré auprès des différents organismes de représentation lors de rencontres statutaires. De plus, l'information relative à l'état d'avancement des travaux liés à l'implantation des réseaux locaux est diffusée dans les publications ministérielles adressées à l'ensemble du réseau et des partenaires.

Actions du Ministère

- systèmes d'information et de télésanté
- services et plans d'action pour clientèles particulières
- implantation continue des groupes de médecine de famille (GMF) et autres modèles de partenariat
- utilisation des plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) et des activités médicales particulières (AMP)
- nouveaux modes d'allocation pour assurer l'équité et soutenir les changements
- adaptation des modes de rémunération des médecins
- implantation des réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS)
- approches multidisciplinaires et pratique infirmière avancée
- mise en place et suivi des ententes de gestion
- révision avec le ministère de l'Éducation du Québec des programmes de formation
- évaluation du processus et des résultats

Les partenaires du Projet clinique

Pour réussir à mobiliser tous les partenaires à l'échelle d'un CSSS, pour se doter d'un langage commun et partager une même vision, il faut *planifier l'animation* tout au long de l'implantation.

Quatre groupes de partenaires entrent en jeu dans la réalisation du Projet clinique, chacun ayant des responsabilités et des rôles propres, soit la population, les dispensateurs de soins et de services, les services dans la communauté et les organismes gouvernementaux.

Du côté de la population, on cherche à rapprocher la prise de décision des personnes qui reçoivent les services, aussi une *participation représentative* est-elle jugée essentielle. Les usagers, de leur côté, sont aussi appelés à jouer un rôle de premier plan par le biais de leurs comités d'usagers.

Parmi les dispensateurs, on compte les médecins, les pharmaciens, les professionnels, les services préhospitaliers d'urgence, les établissements à vocation régionale et suprarégionale offrant des services spécialisés et surspécialisés, de même que les RUIS.

Pour leur part, les services dans la communauté sont offerts par plusieurs groupes, soit les organismes communautaires, les partenaires intersectoriels, les entreprises d'économie sociale, les ressources non institutionnelles, les ressources d'hébergement ainsi que les professionnels œuvrant dans le secteur privé.

Enfin, entrent en jeu dans la réforme et la mise en route des CSSS, les organismes gouvernementaux que sont les Agences régionales et le Ministère lui-même.

Le Projet clinique repose sur un changement de culture majeur, un réel *virage santé-population*. Aussi, pour en assurer le succès, tous seront mis à contribution, intervenants comme partenaires, appuyés par des systèmes novateurs et soutenus par des ressources appropriées. Il faut aussi souligner que le projet s'applique avec souplesse : on s'attend à ce que les CSSS bâtissent des *Projets distincts, fondés sur la réalité locale*, chacun à son rythme et dans le respect des ententes, et non à une application uniforme des objectifs.

Un changement qui s'inscrit dans la continuité

Le premier défi consiste à rendre le changement acceptable, voire désirable. C'est là que se pose la question de la *légitimité des leaders* de l'organisation, qui doivent inspirer une vision mobilisatrice.

L'adhésion de tous à une responsabilité commune à l'égard de la population est aussi un impératif : on désire *accroître la culture de partenariat et le travail d'équipe*, de même qu'adopter une organisation des processus de travail. Deux facteurs jouent donc ici un rôle clé : le temps et l'approvisionnement mutuel. C'est pourquoi l'organisation nouvelle, pour qu'elle puisse être porteuse du changement, doit se doter d'un modèle de plan d'organisation stratégique, clinique et opérationnel conçu pour atteindre les trois objectifs fixés d'accessibilité, de continuité et de qualité.

Le défi humain

Si ce changement de culture interpelle tous les acteurs, certains sont néanmoins plus directement touchés.

- Les membres de l'équipe de direction dont les fonctions se modifieront ; ils auront à porter le changement, à faire équipe.
- L'ensemble du personnel, en particulier les cadres intermédiaires, sur qui repose une large partie de la transformation : leurs responsabilités et leur mode de gestion s'orienteront davantage vers le soutien aux équipes de travail.

Tous les partenaires, qui sont coresponsables de la réalisation du Projet clinique, seront aussi mis à contribution, dans le *respect de leur mission propre*.

Le défi humain, c'est aussi de bâtir un climat de bonnes relations humaines, notamment grâce à des moyens structurés d'information et d'échange. Ce rapprochement passe par plusieurs étapes. La *Connaissance* : cruciale pour les organisations qui vont fusionner, c'est l'étape préliminaire où l'on apprend à connaître l'autre et aussi à se faire connaître des partenaires. La *Confiance* : pour que le réseau fonctionne, il est essentiel de faire confiance aux capacités et compétences de l'autre.

La *Complicité*: pour bien faire les choses ensemble, il faut de l'harmonie. La *Connivence*: avec le temps, on en vient à anticiper l'action et la réaction de l'autre. La *Communication constante et efficace*: c'est le ciment de tout l'édifice, à cultiver dès le début de la relation.

La mobilisation

De par ses fonctions mêmes, le réseau de la santé est un système dynamique qui, heure après heure, répond aux besoins de la population. Le Projet clinique doit se réaliser en assurant les activités régulières. Cependant, il ne se gère pas comme une activité courante. Pour cette raison, *la mobilisation du personnel d'encadrement et un soutien adéquat* sont perçus comme des facteurs clés de réussite.

Savoir d'où l'on part et où l'on doit aller, c'est aussi un incontournable. À l'interne comme à l'externe, les interlocuteurs doivent donc *participer à la réflexion générale*: quelle est la situation présente, quelles sont les forces et les faiblesses, quel plan d'amélioration souhaite-t-on, quelles sont les étapes et leur rythme, et quelle est la contribution de chacun au projet?

Pour faciliter la transition, toute une panoplie de mesures et de conditions seront mises de l'avant.

Mieux servir la population

La finalité du Projet clinique, c'est de mieux servir la population — c'est-à-dire offrir des services de santé et des services sociaux plus accessibles, plus continus, à proximité et plus intégrés. La démarche étant centrée sur la personne, elle n'en est que plus mobilisatrice. Pour y parvenir, il importe au départ de faire comprendre la nature du changement, de se donner un langage commun, de développer une vision partagée, et de favoriser des concertations ouvertes.

C'est aux CSSS qu'il incombe de lancer la mobilisation: tant les cliniciens que les gestionnaires et les acteurs d'autres secteurs d'activités devront contribuer à établir les priorités, à mettre en œuvre les interventions et les services demandés et à évaluer les impacts de la démarche. C'est donc un *appel général à la collaboration* que propose le Projet clinique, appuyé par les Agences, qui veilleront à développer une vision régionale et à harmoniser les actions de l'ensemble des partenaires, aux niveaux local, régional et provincial, ainsi que

par le Ministère, qui déploiera nombre d'interventions adaptées à l'échelle du réseau.

Le Québec compte quatre-vingt quinze réseaux locaux des services, bâtis sur la réalité locale, en cohérence avec les orientations ministérielles et régionales, dans le respect des normes reconnues et des ressources disponibles, dont le rythme de développement tient compte de la capacité de chacun.

www.msss.gouv.qc.ca