Protocole d'entente type INTERÉTABLISSEMENTS ET MÉDECINS

Coordination des unités d'urgence avec le réseau de soins

URGENCE

Pour assurer l'accessibilité et la continuité des services de santé et des services sociaux

AHQ Association des hôpitaux du Québec

Association des CLSC et des CHSLD du Québec

Santé et Services sociaux Québec

Protocole d'entente type
INTERÉTABLISSEMENTS ET MÉDECINS

Coordination des unités d'urgence avec le réseau de soins

URGENCE

Pour assurer l'accessibilité et la continuité des services de santé et des services sociaux

Octobre 2001

AHQ Association des hôpitaux du Québec

Association des CLSC et des CHSLD du Québec

Santé et Services sociaux Québec

Note : Les annexes 1, 2 et 3 sont reproduites intégralement en respectant les documents qui ont été fournis au Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Édition produite par :
La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Pour obtenir un exemplaire de ce document, faites parvenir votre commande par télécopieur : **(418) 644-4574**

par courriel : **communications@msss.gouv.qc.ca**

ou par la poste : **Ministère de la Santé et des Services sociaux**
Direction des communications
1075, chemin Sainte-Foy, 16e étage
Québec (Québec)
G1S 2M1

Le présent document est disponible 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**

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec, 2001
Bibliothèque nationale du Canada, 2001
ISBN 2-550-38225-0

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

© Gouvernement du Québec

Avant-propos au protocole révisé

À la suite du premier forum sur les urgences, il a été décidé de mettre à jour le *Guide pour l'élaboration d'un protocole d'entente CH-CLSC* afin d'y intégrer des mesures visant à favoriser davantage le désengorgement des urgences. Pour ce faire, il fallait mieux connaître les populations qui se retrouvent en nombre important à l'urgence et les raisons pour lesquelles elles s'y retrouvent, s'interroger sur la pertinence de l'utilisation de ce service pour un certain nombre d'entre elles ainsi que chercher des solutions de rechange quand il y a lieu de le faire.

Le comité de travail a révisé le Guide à partir d'une double perspective. Pour les demandeurs de soins et de services, quelles sont et quelles devraient être les trajectoires des personnes qui vivent un problème de santé les amenant à recourir actuellement à l'hôpital et, en particulier, à l'urgence ? Pour les fournisseurs de soins et les prestataires de services, comment peut-on améliorer les ententes conclues et mises en œuvre entre les centres hospitaliers (CH) et les centres locaux de services communautaires (CLSC) ? Deux réunions ont été tenues en mai 2000 avec des ressources ayant conclu et opérationnalisé des ententes entre CH et CLSC. Les recommandations qui en ont découlé ont été intégrées dans le projet de protocole révisé. De plus, une consultation a ensuite été menée auprès des principaux organismes membres du forum sur les urgences.

C'est ainsi qu'ont été inclus dans le protocole d'entente les centres hospitaliers de soins de longue durée (CHSLD) et les médecins travaillant dans un CLSC, un CHSLD, un cabinet ou une clinique médicale.

Les CHSLD y sont inclus par leur double mandat : l'hébergement permanent et le soutien au maintien dans la communauté. L'hébergement permanent des personnes dont la perte d'autonomie est importante se fait à travers diverses structures : le centre d'hébergement, les ressources de type familial ou les ressources intermédiaires, dont les pavillons. Le soutien au maintien à domicile, quant à lui, est assumé dans certains CHSLD par le centre de jour, l'hôpital de jour ou l'unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI). Les CHSLD offrent également de l'hébergement ponctuel. L'hébergement transitoire permet d'accueillir des personnes admissibles qui attendent une place d'hébergement permanent. Ce type de ressources peut servir à libérer des lits en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés, lits qui sont utilisés par des personnes attendant une place d'hébergement permanent. L'hébergement temporaire, pour sa part, permet d'accueillir des personnes qui retourneront vivre chez elles. Ce type de ressources est utilisé pour du répit, du dépannage ou une convalescence, pour des mesures de protection sociale ou encore pour désengorger les urgences.

Dans le cadre du présent protocole, le terme CHSLD englobera les deux volets du mandat et toutes les modalités d'hébergement.

Les médecins travaillant dans la communauté, les CLSC, les CHSLD, les cabinets ou les cliniques sont interpellés dans le protocole d'entente pour assurer le suivi individuel et, sur une base collective, la prise en charge 24 heures par jour et 7 jours par semaine des personnes en perte d'autonomie ou souffrant d'une maladie chronique, en particulier quand elles ne peuvent pas se déplacer facilement et qu'elles doivent être visitées à domicile. Ces médecins doivent pouvoir recevoir le soutien dont ils ont besoin quand vient le temps de poser un diagnostic ou de consulter des spécialistes; ils doivent aussi pouvoir travailler en concertation avec les autres ressources du milieu, notamment les équipes des CLSC, pour soigner les personnes en les maintenant dans leur milieu de vie. La commission Clair a recommandé la constitution de groupes de médecine familiale pour bien camper les responsabilités médicales à assumer, en assurer la mise en œuvre et favoriser le partage des tâches entre tous les médecins.

Lorsqu’on regarde les services à offrir aux diverses populations, d’autres ressources pourront et devront sans doute s’ajouter en fonction des besoins et des disponibilités locales. À titre d’exemple, les centres de réadaptation devraient y participer pour les victimes d’ACV ou les personnes âgées ayant subi une fracture de la hanche.

Remerciements

Nous souhaitons souligner que ce travail a été réalisé grâce à la participation des personnes et des organisations suivantes :

Les membres du comité de travail conjoint de l'Association des CLSC et des CHSLD et de l'Association des hôpitaux du Québec sur la révision du protocole d'entente type CH-CLSC :

- Madame Michelle Desaulniers, directrice des services généraux à la clientèle, CLSC–CHSLD Pointe-aux-Trembles/Montréal-Est
- Monsieur Gilles Lanteigne, directeur général, CH de Lakeshore
- Docteur Jean Mireault, médecin conseil, Association des hôpitaux du Québec
- Docteur Claude Farah-Lajoie, médecin conseil, Association des hôpitaux du Québec
- Madame Louise Potvin, directrice des services infirmiers, Hôpital Maisonnneuve-Rosemont
- Monsieur Jean Guy Trottier, directeur général, CLSC Orléans
- Madame Michèle Vigeoz, conseillère, Association des CLSC et des CHSLD du Québec

Les différents comités conseils ou comités de travail consultés par les deux associations.

Les membres des focus groupes de Québec et Montréal :

- Madame Martine Bélanger, directrice des services de maintien à domicile, CLSC–CHSLD Basse-Ville – Limoilou – Vanier
- Docteur Martin Delage, directeur adjoint des services professionnels, Hôpital Laval
- Docteur Benoit Dumais, directeur des services professionnels, CHUQ
- Madame Danielle Fluet, agente de planification de programmation et recherche en secteur de santé de première ligne, Régie régionale de la santé et des services sociaux (région 3 – Québec)
- Madame Renée Marceau, directrice des services de maintien à domicile, CLSC la Source
- Madame Renée Morissette, conseillère aux programmes clientèles, CH Beauce-Etchemin
- Madame Louise Talbot, coordonnatrice projet PACTE, CLSC Orléans et CLSC La Source
- Monsieur Jean-Guy Trottier, directeur général, CLSC Orléans
- Madame Renée Audy, directrice générale, CLSC Olivier Guimond
- Madame Nicole Bédard, directrice des soins infirmiers, CH Pierre Boucher
- Docteur Charles Bellavance, directeur des services professionnels, CH Jean Talon
- Madame Odette Carrier, coordonnatrice – secteur maintien à domicile, CLSC du Plateau
- Madame Carole Deschambault, directrice générale adjointe, CH Maisonneuve Rosemont
- Monsieur Jacques Fortin, chef d'administration de programme – programme des services à domicile, CLSC Métro
- Monsieur André Gagnière, directeur général, CLSC Lac St-Louis
- Monsieur Gilles Lanteigne directeur général, CH Lakeshore
- Madame Renée Mongeon, cadre liaison entre les 5 CLSC de la sous région de Longueuil et les CH Pierre Boucher et CH LeMoyne
- Monsieur André Primeau, conseiller, relations avec la communauté, Hôpital Louis H. Lafontaine

Les organisations suivantes qui ont participé à la consultation sur le projet de protocole d'entente-type :

- L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
- Le Collège des médecins du Québec
- La Fédération des infirmières et infirmiers du Québec
- La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
- La Fédération des médecins spécialistes du Québec
- La Conférence des régies régionales de la santé et de services sociaux du Québec
- L'Association des médecins d'urgence du Québec
- L'Association des gestionnaires infirmiers des urgences au Québec
- La Direction générale des affaires médicales et universitaires et la Direction générale des services à la population du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Table des matières

INTRODUCTION **1**

1. OBJECTIFS **3**

2. PRINCIPES DIRECTEURS **5**

3. PROGRAMMES ET CLIENTÈLES CIBLES **7**

3.1 LISTE DES PROGRAMMES GÉNÉRAUX (PERSPECTIVE ORGANISATIONNELLE) 7
3.2 LISTE DES CLIENTÈLES CIBLES POUR LESQUELLES DES PROTOCOLES CLINIQUES DOIVENT ÊTRE ÉTABLIS (PERSPECTIVE DES SOINS) 7
3.3 CRITÈRES D'INSCRIPTION ET D'ACCÈS 8
Critères visant la condition de la personne malade *8*
Critères visant la volonté et la capacité de la personne *9*
Critères visant l'environnement de la personne *9*
3.4 CRITÈRES D'EXCLUSION 10

4. PARTAGE DES RESPONSABILITÉS **11**

4.1 RESPONSABILITÉS CONJOINTES 11
4.2 RESPONSABILITÉS DU CLSC 12
4.3 RESPONSABILITÉS DU CENTRE HOSPITALIER 13
4.4 RESPONSABILITÉS DU CHSLD 14
4.5 RESPONSABILITÉS MÉDICALES 15
Médecin traitant en milieu hospitalier *15*
Médecin de famille ou groupe de médecine familiale travaillant en CLSC, en CHSLD ou en cabinet 15

5. DÉLAIS DE PRISE EN CHARGE **17**

6. RÉPERCUSSIONS PRÉVISIBLES SUR L'ORGANISATION DES SOINS ET DES SERVICES **21**

7. GESTION DU PROJET **23**

7.1 MÉCANISMES DE COORDINATION 23
7.2 ÉTAPES D'IMPLANTATION 24
7.3 NOMBRE POTENTIEL D'USAGERS, SELON LES CLIENTÈLES CIBLES, JUGÉS ADMISSIBLES AUX PROGRAMMES GÉNÉRAUX OU PARTICULIERS SUR UNE BASE ANNUELLE 25
7.4 MODALITÉS DE FONCTIONNEMENT 26
7.5 FORMATION DES INTERVENANTS 27
7.6 FINANCEMENT 27

8. INDICATEURS DE SUIVI ET D'ÉVALUATION DES RÉSULTATS **29**

ANNEXE 1 ALLOCUTION DONNÉE PAR LE DOCTEUR PIERRE DUPLESSIS AU COLLOQUE CONJOINT ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU QUÉBEC ET FÉDÉRATION DES CLSC DU QUÉBEC - AUTOMNE 1996 ..... **33**

ANNEXE 2 EXEMPLES D'INDICATEURS DE SUIVI ET D'ÉVALUATION DES RÉSULTATS POUR APPRÉCIER L'EFFICIENCE ET L'EFFICACITÉ DES SERVICES **43**

ANNEXE 3 FICHES DE CONTINUITÉ DE SERVICES INTERÉTABLISSEMENTS ET MÉDECINS **51**

Introduction

Les nouvelles attentes de la population et les changements dans les pratiques professionnelles, conjugués au développement de la technologie, permettent des modifications importantes dans les façons de faire. Les orientations ministérielles en matière de services sociosanitaires en général, de services aux personnes âgées et de services aux personnes souffrant de problèmes de santé mentale favorisent d'une part, l'utilisation des ressources les plus légères pour le traitement et, d'autre part, le maintien des personnes dans leur milieu de vie. Le contexte de contraintes et de contrôle serré des fonds publics destinés aux services de santé exerce également une pression importante sur les établissements pour accélérer le virage ambulatoire et optimiser l'utilisation de l'ensemble de nos ressources. La diminution des durées de séjour, les interventions d'un jour effectuées en chirurgie et en médecine ainsi que les hospitalisations évitables ont conduit à diverses options visant à remplacer l'hospitalisation.

À travers ces transformations, nous désirons assurer aux personnes qui en ont besoin l'accès à des services de qualité et continus, que ce soit dans le cadre de l'hospitalisation, des services ambulatoires ou du maintien à domicile.

Par ailleurs, l'augmentation de l'espérance de vie et le vieillissement de la population entraînent une plus grande complexité des problèmes de santé et un plus grand nombre de problèmes chroniques. Maintenant, plus qu'avant, des personnes dont les besoins sont importants en ce qui concerne les soins vivent à domicile ou dans des ressources collectives d'hébergement substitut. L'insuffisance des ressources d'hébergement dans la communauté, la répartition inégale de ces ressources sur le territoire et le manque de coordination du travail des médecins exerçant ailleurs que dans les établissements de santé avec celui des autres ressources de la communauté sont des facteurs qui se conjuguent pour que les personnes vulnérables soient orientées prématurément vers l'urgence de l'hôpital lorsque leur santé se détériore.

Mieux mettre à profit la complémentarité des expertises et des moyens dont disposent les centres hospitaliers, les CLSC, les CHSLD et les médecins travaillant dans la communauté, notamment en cabinet, prend alors tout son sens. C'est dans cet esprit de partenariat qu'à été élaboré le présent protocole d'entente entre les centres hospitaliers, les CLSC, les CHSLD et les cabinets médicaux du territoire. Il est issu de l'engagement et de la concertation des équipes de direction, des médecins et des autres intervenants travaillant dans les établissements (notamment les cliniciens du service d'urgence) et dans la communauté.

Il s'inscrit dans le cadre des plans régionaux d'organisation de services (PROS), en particulier celui qui porte sur les services de première ligne, et, à ce titre, il a fait l'objet d'une recommandation du département régional de médecine générale (DRMG) et d'un dépôt à la régie régionale.

L'article 108 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2) encadre le contexte juridique de l'entente.

Les bénéfices escomptés sont importants, notamment à l'égard de la personne qui a besoin de services, afin qu'elle obtienne le bon service, au bon moment et le plus près possible de son milieu de vie. Des retombées économiques positives sont également prévisibles.

Le présent protocole décrit les types de clientèles visées et les critères généraux d'inscription aux services, précise les responsabilités conjointes et respectives des établissements et des professionnels, décrit les mécanismes de coordination et de financement nécessaires à la prestation de services adaptés aux besoins et, finalement, identifie quelques indicateurs de suivi des changements pouvant servir à l'évaluation des résultats.

Des protocoles cliniques établis selon les types d'usagers devront compléter l'ensemble des modalités relatives à l'articulation entre les différents établissements et les médecins travaillant dans la communauté, puisque certaines particularités rendent difficile l'uniformisation de toutes les procédures. Ces démarches supplémentaires supposent une concertation de tous les professionnels concernés pour chacune des clientèles.

1. Objectifs

La présente entente poursuit les objectifs suivants.

À l'égard de la clientèle :

- lui garantir une accessibilité fluide aux soins et aux services 24 heures par jour, 7 jours par semaine ainsi que la continuité et la qualité de ces soins et de ces services offerts selon ses besoins, dans son lieu de résidence ou le plus près de ce lieu, afin de lui permettre de demeurer dans son milieu de vie, naturel ou substitut, ou de le réintégrer le plus rapidement possible ;

- promouvoir, développer et offrir la gamme nécessaire de soins et de services autres que l'hospitalisation, y compris les services à domicile, au CLSC et au CHSLD, afin d'assurer son soutien et sa sécurité ;

- assurer sa satisfaction quant aux soins et aux services reçus.

À l'égard des partenaires du réseau, incluant les médecins travaillant en cabinets :

- assurer la meilleure utilisation des ressources humaines, matérielles et financières dans le but d'éviter tout dédoublement ou bris dans la continuité des services, notamment grâce à la transmission systématique et rapide de l'information ;

- obtenir des gains d'efficience en réduisant la durée et les coûts des périodes de traitement grâce à une meilleure utilisation des ressources coûteuses ;

- éviter le recours à l'urgence hospitalière ou assurer un retour plus rapide des patients à domicile lorsque des services peuvent y être offerts ;

- diminuer la durée des séjours hospitaliers en planifiant très tôt le congé et le retour à domicile ou dans un CHSLD des personnes hospitalisées dès que possible ainsi que les modalités de suivi s'y rapportant et en dirigeant vers les soins d'un jour tous les cas admissibles en chirurgie et en médecine ;

- innover pour trouver de nouvelles manières de procéder et multiplier les façons de les traduire ;

- accentuer la collaboration entre les partenaires d'une région en harmonisant les différentes manières de procéder ;

- reconnaître l'expertise des médecins qui travaillent dans les CLSC, les CHSLD ou les cabinets, en ne refaisant pas les mêmes examens inutilement et en assurant la transmission de l'information clinique;

- reconnaître et mettre à profit les expertises complémentaires, par exemple celle des infirmières cliniciennes et celle des infirmières praticiennes.

2. Principes directeurs

La présente entente est basée sur les valeurs et les principes suivants :

À l'égard de la clientèle :

- optimiser le potentiel de la personne en favorisant sa participation (autosoins, promotion, prévention) ainsi que celle de ses aidants à la prise en charge de sa santé ;
- garantir la sécurité des personnes ;
- favoriser le mode de prestation des services approprié à la situation de la personne, tout en étant le plus accommodant pour elle ;
- respecter la confidentialité en prêtant une attention particulière aux moyens de transmettre l'information clinique, compte tenu de la multiplication des lieux de prestation des services ;
- informer la personne de façon à obtenir d'elle un consentement libre et éclairé.

À l'égard des partenaires :

- être centré sur les personnes à qui sont donnés les soins et les services ;
- s'engager à travailler en étroite collaboration avec les partenaires du territoire et de la région à la réalisation d'un projet commun, et ce, dans une perspective de gestion partagée ;
- être rigoureux et transparent dans le processus de gestion ;
- respecter les personnes, les missions respectives des établissements et les engagements pris, tout en s'assurant d'agir avec souplesse ;
- remettre en question le *statu quo* sur tous les plans ;
- favoriser l'utilisation de mécanismes de coordination et de liaison légers, souples et simples ;
- être ouvert à la déréglementation des politiques administratives et proposer la négociation d'ententes locales permettant d'appliquer des solutions adaptées à la réalité d'aujourd'hui.

3. Programmes et clientèles cibles

Compte tenu de la complexité et de la diversité des structures et des services du réseau, chaque établissement doit faire connaître à ses partenaires l'ensemble des programmes et des services qu'il offre à la population.

La présente entente concerne certains programmes ou types de clientèles cibles. Sont énumérés ceux pour lesquels des protocoles cliniques et clinico-administratifs doivent être établis pour compléter les modalités d'articulation entre les centres hospitaliers, les CLSC, les CHSLD et les médecins du territoire.

3.1 Liste des programmes généraux (perspective organisationnelle)

Programmes hospitaliers concernant **:**

- les soins postchirurgicaux ;
- les soins posthospitaliers en médecine ;
- les soins donnés à l'urgence et aux unités de soins.

Outre ces programmes généraux de soins, le centre hospitalier dispose du plateau technique et de certains services spécialisés pouvant être accessibles directement, après entente, aux médecins et aux établissements de la communauté.

Programmes dans la communauté concernant **:**

- les services médicaux généraux de première ligne ;
- le soutien à domicile ;
- les services courants, incluant les services de soins infirmiers, les services psychosociaux et les services de réadaptation ;
- l'hébergement.

Pour ce qui est des services spécialisés offerts dans la communauté, le présent protocole les vise en autant qu'ils sont donnés dans des cliniques affiliées à un hôpital, ce qui n'empêche aucunement les ententes de services entre médecins ou groupe de médecine familiale (GMF) et spécialistes, ou entre CLSC, CHSLD et cliniques de spécialistes.

3.2 Liste des clientèles cibles pour lesquelles des protocoles cliniques doivent être établis (perspective des soins)

Pour les clientèles cibles suivantes, des protocoles doivent être établis :

- les personnes âgées en perte d'autonomie ;
- les personnes ayant besoin de soins palliatifs ;
- les personnes souffrant d'insuffisance respiratoire et de maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC) ;
- les personnes souffrant d'insuffisance cardiaque ;
- les personnes souffrant d'insuffisance rénale ;
- les personnes diabétiques ;
- les personnes ayant besoin de réadaptation physique ;

- les personnes souffrant de troubles mentaux ;
- les personnes qui ont besoin de services en périnatalité.

Les protocoles de traitement peuvent viser, par exemple :

- l'administration de médicaments par voie intraveineuse, incluant l'antibiothérapie ;
- l'anticoagulothérapie ;
- l'administration d'agents cytotoxiques, incluant la chimiothérapie ;
- l'alimentation parentérale et entérale continue ou intermittente ;
- la surveillance et les soins relatifs aux plaies, incluant les pansements ;
- la médication intramusculaire ou sous-cutanée, oculaire et autres ;
- la corticothérapie.

Les études menées par les autorités de la santé publique sont prises en considération dans les choix de priorité des clientèles cibles et d'élaboration des protocoles cliniques

3.3 Critères d'inscription et d'accès

Le programme de continuité des soins et des services entre le centre hospitalier, le CLSC, le CHSLD et les médecins omnipraticiens qu'ils travaillent dans un CLSC, un CHSLD ou un cabinet, est destiné à la personne jugée admissible par son médecin traitant sur la base de critères qui pourront varier selon les différents programmes. Pour les personnes vivant dans la communauté ou en CHSLD, des représentants des omnipraticiens concernés, en lien avec le DRMG, sont invités à définir, avec le centre hospitalier, les critères d'accès aux ressources diagnostiques et au plateau technique pour les personnes non admises dans un hôpital.

Critères visant la condition de la personne malade

En amont :

- afin d'éviter la détérioration de leur état de santé et un recours non essentiel ou prématuré à l'urgence, les personnes souffrant de maladies chroniques ont accès à un médecin de famille ou à un groupe de médecine familiale qui assure les soins médicaux, incluant les soins à domicile, et la coordination de tous les soins médicaux requis pendant la période de traitement ;

- les personnes malades ont accès à un coordonnateur de services (gestionnaire de cas), au CLSC, ou à une infirmière dans un CHSLD, qui communique avec l'ensemble des prestataires de services engagés auprès de ces personnes ;

- afin d'appuyer le médecin traitant et de maintenir la personne malade dans son milieu tout en lui assurant des services de qualité, il est nécessaire de mener des investigations plus approfondies faisant appel au plateau technique de l'hôpital ou des cliniques affiliées, et/ou aux médecins spécialistes qui travaillent dans cet hôpital ou ces cliniques.

En aval :

- le diagnostic est clair et l'état, tant physique que psychosocial, de la personne lui permet de participer au programme de continuité des soins et des services en toute sécurité ;

- la poursuite du traitement ne nécessite plus les ressources techniques hospitalières sur une base quotidienne ;

- des mécanismes sont prévus en cas de détérioration de l'état de santé ou en cas d'urgence.

Critères visant la volonté et la capacité de la personne

La personne et son réseau d'aidants (famille, amis) acceptent de façon éclairée de participer au plan de services défini avec les intervenants du CLSC, du CHSLD et le médecin traitant.

Il est entendu que le consentement de la personne s'appuie sur les éléments suivants :

- une bonne compréhension de sa maladie et des traitements acquise par une information appropriée. On aura pris soin de vérifier l'assimilation de l'information ; dans tous les cas, il faut tenter de maintenir ou d'améliorer le niveau d'autonomie de la personne et de son réseau d'aidants pour éviter la dépendance envers le personnel soignant ;

- une information claire portant sur le plan de services retenu et une bonne compréhension de ce plan ;

- la connaissance des services offerts à cette personne et à ses aidants de la part du CLSC, du CHSLD et de son médecin ou du groupe de médecine familiale ;

- sa confiance que le réseau l'orientera vers la ressource la plus appropriée, en tenant compte à la fois de ses besoins et de l'organisation des services.

Critères visant l'environnement de la personne

En amont :

- la personne dispose de l'information et du soutien humain et technologique dont elle a besoin : l'intensité et l'accessibilité 24 heures par jour et 7 jours par semaine sont assurées dans la communauté grâce à un financement adéquat ;

- pour la personne hébergée, le CHSLD dispose des ressources médicales, des soins infirmiers et d'assistance ainsi que du matériel nécessaire afin d'assurer la prise en charge de cette personne durant la période de traitement. Si cette personne est hébergée dans une ressource de type familial ou dans une ressource intermédiaire, le CHSLD s'assure que les personnes responsables sont informées des soins à lui donner, et qu'elles sont d'accord et en mesure de fournir les soins et les services dont elle a besoin.

En amont et en aval :

- la personne réside, de façon permanente ou temporaire, dans le territoire couvert par le CLSC ;
- le CLSC s'assure, le cas échéant, que le domicile respecte les normes de sécurité et de salubrité.

3.4 Critères d'exclusion

Certains critères d'exclusion pourraient également être définis selon les différents programmes, en tenant compte des conditions de vie de la personne et des aidants.

4. Partage des responsabilités

Le partage des responsabilités se fait en fonction des ressources existant sur le territoire et des modalités de financement convenues dans l'entente.

Il est clair aussi que cette entente se fait dans le cadre des responsabilités de la régie régionale, notamment de ses instances médicales (CMR, DRMG) et infirmières (CRI) qui disposent de moyens pour l'appuyer et en faciliter la mise en œuvre.

4.1 Responsabilités conjointes

Les responsabilités conjointes visent la coresponsabilité de tous les acteurs relativement à l'accessibilité, à la prise en charge et au suivi des usagers ainsi que les coresponsabilités touchant la gestion de l'entente. Il s'agit en particulier :

- d'évaluer les besoins et les services requis au moment de la planification ;
- de désigner une personne responsable de la gestion de l'entente ;
- de prévoir un mécanisme rapide et efficace de communication entre le centre hospitalier, le CLSC, le CHSLD, les groupes de médecine familiale ou les médecins de famille (agents de liaison et autres) ;
- de s'assurer de la présence du matériel et des fournitures au bon endroit, au bon moment ;
- d'établir les protocoles cliniques pour les clientèles cibles ;
- de faire connaître les services offerts ;
- de promouvoir les nouveaux services offerts dans le cadre des programmes qui s'adressent aux clientèles cibles ;
- de déterminer les programmes de formation du personnel et d'information à la clientèle ;
- de participer à la formation du personnel et des médecins de famille concernés ;
- de communiquer l'information aux partenaires ;
- de se sensibiliser aux répercussions du retour de la personne malade sur les aidants et les centres d'action bénévole ;
- de faire le suivi et l'évaluation de l'entente et des protocoles cliniques quant aux aspects administratifs et aux aspects touchant la qualité des services et la satisfaction des usagers.

4.2 Responsabilités du CLSC

Dans la présente entente, le CLSC assume les responsabilités suivantes :

- désigner un coordonnateur de services à l'usager souffrant de maladie chronique ou très vulnérable ;
- inscrire l'usager aux services de soutien à domicile (SAD) et aux services courants, en tenant compte des critères et des délais convenus entre les partenaires (voir à ce sujet les orientations ministérielles sur les services à domicile) ;
- déterminer les services dont la personne et ses aidants ont besoin ;
- s'assurer que le personnel a la formation adéquate ;
- offrir les services requis selon ce qu'il a été convenu ;
- prévoir le coût des fournitures, le prêt de matériel spécialisé (uniformité des politiques requises entre les CLSC d'une même région ou au palier national) ;
- assurer 24 heures par jour, par l'intermédiaire d'Info-santé CLSC, un mécanisme de liaison avec le centre hospitalier ;
- communiquer avec le médecin traitant ou le groupe de médecine familiale auprès duquel la personne est inscrite ;
- informer et orienter la population (Info-santé CLSC) ;
- maintenir un service infirmier de garde 24 heures par jour et 7 jours par semaine sur le territoire, en rapport avec Info-santé CLSC ;
- s'assurer de donner toute l'information utile et tout l'enseignement à la personne et à ses aidants ;
- faire la liaison avec les ressources communautaires ou autres ;
- apporter l'expertise de la pratique à domicile dans la préparation de l'entente, des protocoles cliniques et des modalités de fonctionnement retenus ;
- ajuster et harmoniser ses horaires et ses mécanismes de liaison avec ses pairs ;
- gérer, conjointement avec le CHSLD, l'utilisation des lits de transition et des lits d'hébergement temporaire en CHSLD.

4.3 Responsabilités du centre hospitalier :

les responsabilités du centre hospitalier sont les suivantes

En amont :

- mettre à la disposition des médecins de famille et des groupes de médecine familiale, pour les clientèles définies conjointement, des ressources de consultation spécialisées et offrir un accès élargi au plateau technique (plage horaire, rapidité d'accès), directement ou par l'intermédiaire des cliniques affiliées.

En aval :

- orienter l'usager vers le CLSC ou le CHSLD avec son plan de soins et de services en fonction des critères d'admission 7 jours par semaine ;
- transmettre l'information pertinente au médecin traitant ou au groupe de médecine familiale assurant le suivi ainsi qu'à l'équipe de soins du CLSC et du CHSLD ;
- former le personnel soignant du CLSC et du CHSLD, si nécessaire (technique de soins) ;
- assurer l'enseignement requis et donner l'information utile à l'usager et à ses aidants avant sa sortie ;
- répondre rapidement aux demandes d'information du CLSC, du CHSLD en cas de besoin (expertise) ;
- admettre de nouveau en priorité un patient en cas de détérioration de son état (complications ou autres raisons) ;
- appliquer les normes du Ministère en matière de coût du transport (incluant l'aller-retour en ambulance ou par un autre moyen de transport, dont le taxi) ;
- fournir les médicaments à l'usager selon les règles prévues ;
- approvisionner l'usager en fournitures médicales jusqu'à la première visite de l'infirmière du CLSC ;
- assurer la préparation des médicaments par la pharmacie et le transport de ces médicaments au CLSC, au CHSLD ou au domicile de l'usager ;
- s'adresser aux instances appropriées (département, CMDP, CII) pour uniformiser les protocoles de soins médicaux intrahospitaliers pour un même profil de clientèle ;
- participer avec les autres centres hospitaliers du territoire à l'harmonisation des protocoles de soins médicaux dans la région.

4.4 Responsabilités du CHSLD

Les responsabilités du CHSLD englobent les aspects suivants :

En amont, pour les résidants :

- assurer la prise en charge par un médecin de famille et offrir une garde médicale 24 heures par jour et 7 jours par semaine ;
- offrir des soins infirmiers et d'assistance 24 heures par jour et 7 jours par semaine ;
- établir un horaire adapté de prise en charge des usagers.

En amont et en aval, pour les autres dispensateurs de soins et prestataires de services :

- assurer la disponibilité de lits d'hébergement transitoire pour les personnes qui attendent une place dans une ressource d'hébergement ;
- assurer la disponibilité de lits d'hébergement temporaire, le CLSC fournissant alors les soins et les fournitures médicales ;
- rendre disponibles ses services externes (centre de jour, hôpital de jour, URFI) ;
- gérer, conjointement avec le CLSC, l'utilisation des lits de transition et des lits d'hébergement temporaire dans ses installations ou ses ressources d'hébergement;
- garantir l'accueil des personnes dirigées vers les services convenus dans un délai fixé entre les parties.

La responsabilité conjointe consistant à assurer l'accès aux médicaments dans le respect des règles relatives à la qualité et à la sécurité fait l'objet des travaux d'un comité ministériel dont les résultats sont à venir.

4.5 Responsabilités médicales

Médecin traitant en milieu hospitalier

Le médecin traitant en milieu hospitalier doit :

- être disponible jusqu'à la fin du traitement ou jusqu'au transfert de l'usager au groupe de médecine familiale ou au médecin de famille ;
- assurer le suivi médical de l'usager à l'occasion des visites de contrôle ;
- répondre, en cas de difficulté particulière, à l'équipe des soins du CLSC ou du CHSLD et au médecin de famille. La disponibilité du médecin traitant ou celle de l'équipe médicale de son département devra être prévue pour assurer la continuité des soins, même à distance.

Le partage des responsabilités dans le cadre du virage ambulatoire a été précisé à l'automne de 1996 par le Collège des médecins du Québec, en collaboration avec la Fédération des CLSC du Québec, l'Association des hôpitaux du Québec et l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (voir l'annexe 1).

Médecin de famille ou groupe de médecine familiale travaillant en CLSC, en CHSLD ou en cabinet

Le médecin de famille ou le groupe de médecine familiale doit :

- assurer la prise en charge et le suivi à titre de médecin de famille, au centre au cabinet ou à domicile, des personnes souffrant de maladies chroniques dirigées par le CLSC ou le centre hospitalier, ou résidant dans un CHSLD ;
- assurer la coordination des services médicaux généraux et l'intégration des services médicaux spécialisés dont ses patients ont besoin ;
- participer aux mécanismes de garde auprès des personnes soignées à domicile ou dans les CHSLD ;
- collaborer à l'élaboration des protocoles de soins ou en prendre connaissance et s'y ajuster ;
- communiquer l'information pertinente relative à son patient au coordonnateur de services du CLSC, à l'infirmière du CHSLD ou à ses collègues et les assurer de sa disponibilité pour des consultations.

5. Délais de prise en charge

Les délais de prise en charge par les services de la communauté tiennent compte des contingences particulières selon les profils des clientèles et présupposent la connaissance des capacités d'accueil des CLSC, des CHSLD et des centres hospitaliers. La réponse doit être obtenue rapidement : dans les six heures pour des besoins à court terme. En revanche, le temps de réponse peut être plus long lorsque la personne aura besoin de services polyvalents à long terme et de matériel particulier. Dans tous les cas, il doit y avoir une vérification des places disponibles.

Le tableau suivant est rempli par les partenaires pour chaque population cible ou programme au sujet desquels un protocole de soins est défini ou une entente est conclue.

Les délais pour l'accès aux services diagnostics et aux consultations spécialisées du centre hospitalier pour les médecins de famille en cabinet, CLSC et CHSLD devront être précisés par les parties.

Situation de la personne/service visé	Responsabilités du centre hospitalier	Responsabilités du CLSC	Responsabilités du CHSLD	Responsabilités du GMF ou du médecin de famille
En tout temps, mais absolument au moment des pics saisonniers et lorsque les urgences sont engorgées.	Demander les ressources du CLSC : _____ Accueillir les personnes- ressources des CLSC à l'urgence et dans les départements : _____ Transmettre l'information au médecin de famille et aux établissements visés : _____	Affecter un intervenant de liaison qui est responsable de l'organisation des services demandés par le service d'urgence et qui doit s'assurer que l'usager les obtient du CLSC de son territoire : _____ Admettre l'usager dans les six heures selon la situation clinique : _____	Accueillir en priorité les personnes qui bénéficient d'un hébergement transitoire pour libérer des lits de courte durée : _____ Rendre disponibles des places d'hébergement temporaire en priorité pour le désengorgement des urgences : _____	Assurer la prise en charge dans les délais suivants : _____ Communique avec le gestionnaire de cas, l'infirmière du CLSC ou du CHSLD ou ses collègues. Visiter la personne à domicile ou au CHSLD. Participer à la garde continue, 24 heures par jour et 7 jours par semaine, et transmettre l'information dès la fin de l'intervention au coordonnateur des services du CLSC, du CHSLD ou à Info-santé CLSC.
Patients déjà suivis au SAD	Informer le CLSC et le GMF ou le médecin de famille de la date prévue pour la sortie de l'usager : _____	Mettre des services en place sans délai. Aviser le GMF ou le médecin de famille : _____	Participer au plan de services, si nécessaire (centre de jour, hébergement temporaire).	*Idem*

Situation de la personne/service visé	Responsabilités du CH	Responsabilités du CLSC	Responsabilités du CHSLD	Responsabilités du GMF ou du médecin de famille
Court terme Chirurgie et hospitalisation d'un jour Consultation externe Séjour écourté dans un lit de courte durée si moins de 5 jours dans un centre hospitalier	Remettre une copie de la liste des patients au CLSC 24 heures avant. Transfert de médecin à médecin : aviser le CLSC 24 heures avant.	Téléphoner à l'usager dans les heures qui suivent sa sortie et, au besoin, faire une visite à domicile : dans les 24 heures. Aviser le médecin de famille qui interviendra le jour même de la sortie si nécessaire.	Prévoir l'hébergement temporaire pour la durée de la convalescence : – hôpital de jour ; – URFI ; – centre de jour.	*Idem*
Moyen terme Besoins de réadaptation (physio ou ergo, maximum 60 jours)	Transfert de médecin à médecin : aviser le CLSC 5 jours avant.	Prévoir un délai de 3 à 5 jours pour planifier l'horaire des ressources concernées.	URFI ; hôpital de jour.	*Idem*
Moyen et long terme Perte d'autonomie (cancer, maladies chroniques)	Aviser le CLSC 5 jours avant.	Planification des services intensifs et des soins requis.	L'hébergement pour des soins subaigus peut être envisagé si l'établissement a les ressources nécessaires et si cette utilisation des lits d'hébergement n'a pas d'effets pervers plus nocifs (de l'attente pour de l'hébergement permanent, par exemple).	*Idem*

6. Répercussions prévisibles sur l'organisation des soins et des services

La présente entente, qui vise à servir la personne au bon endroit, au bon moment et avec les bons professionnels, devrait avoir des répercussions tangibles et mesurables sur la qualité et la quantité des services offerts à la population du territoire. Les changements doivent être anticipés et mesurés. À cet égard, des exemples sont donnés à l'annexe 2.

Pour apprécier et mesurer les changements organisationnels, les partenaires déterminent les éléments qu'ils veulent retenir. La liste présentée ici est donnée à titre indicatif. En annexe se trouvent des exemples d'indicateurs permettant de les objectiver. Pour chaque élément, des outils cliniques et techniques permettant le suivi des usagers sont à inventorier, à faire connaître, à harmoniser, à utiliser ou à créer (systèmes d'information ou d'aide à la décision et guides de pratique, par exemple).

Pour la clientèle :

- l'accès plus rapide aux soins et aux services ;
- une meilleure coordination des soins et de services ;
- l'accès à une gamme plus étendue de services ;
- un partenariat mieux défini entre les ressources de soins et de services, ce qui permet à la personne qui reçoit les services une meilleure maîtrise de sa condition.

Pour tous les prestataires de soins et services :

- l'utilisation plus efficace des ressources ;
- des responsabilités allégées parce que partagées ;
- une plus grande satisfaction des cliniciens en ce qui concerne leur travail.

Pour le centre hospitalier :

- une plus grande accessibilité aux services de chirurgie et de médecine ;
- la réduction des listes d'attente pour différentes interventions chirurgicales ;
- la diminution de l'engorgement et des délais de prise en charge à l'urgence ;
- la diminution de la durée des séjours ;
- une plus grande augmentation de l'accessibilité aux services ambulatoires.

Pour le CHSLD :

- l'augmentation des soins infirmiers et d'assistance à la clientèle de l'établissement ;
- une meilleure qualité des services aux personnes hébergées (qui se sentent moins déracinées) ;
- l'intégration des services du CHSLD dans le programme continu de soins et de services, et la mise à profit de ses compétences dans les mesures de maintien à domicile et de désengorgement des urgences.

Pour le CLSC :

- l'élargissement et la diversification de l'offre de services en augmentant l'accessibilité aux services à domicile et en améliorant l'accessibilité aux services plus spécialisés ;
- l'amélioration de l'accessibilité aux services de santé physique et aux services psychosociaux courants ;
- l'amélioration de l'accessibilité aux services périnatals pour le suivi des grossesses et des enfants ;
- l'augmentation des services de maintien à domicile pour les personnes souffrant de maladies chroniques ou graves.

Pour le médecin de famille :

- un meilleur accès au soutien diagnostic et aux services spécialisés pour ses patients ;
- l'amélioration de la transmission de l'information clinique sur ses patients;
- une meilleure connaissance des ressources de la communauté ;
- le sentiment d'être rassurés quant à la santé et à la sécurité de ses patients ;
- le partage des responsabilités avec ses collègues, qui entraîne une diminution de l'isolement et l'allègement de la tâche dans le cas des patients ayant d'importants besoins de services ;
- le soutien des CLSC, des CHSLD et des centres hospitaliers pour l'organisation fonctionnelle et logistique.

7. Gestion du projet

L'évaluation faite au printemps 2000 des ententes en vigueur a montré que certaines conditions organisationnelles donnaient de meilleures chances de succès à ces ententes. Parmi ces conditions, on trouve :

- l'engagement de la direction et des cliniciens ;
- le renforcement des liens entre les services médicaux et les services administratifs d'un même établissement (avec l'engagement des instances professionnelles : CII, CMDP, chefs de départements) comme condition préalable à des ententes inter-établissements ;
- un processus de travail bien défini et une attention particulière prêtée aux mécanismes de rétroinformation, à leur actualisation et à leur suivi ;
- l'importance d'investir du temps au début de la mise en œuvre d'une entente, car, à terme, le bon fonctionnement en dépend ;
- l'harmonisation de l'instrumentation utilisée par les cliniciens (ex. : outil multiclientèle, grille de dépistage des personnes âgées à haut risque d'institutionnalisation).

Par ailleurs, le besoin de soutien concernant la transmission de l'information entre les cliniciens des différents lieux de pratique, se manifeste de plus en plus et une réponse concrète doit y être apportée.

7.1 Mécanismes de coordination

L'importance d'établir des mécanismes de coordination efficaces apparaît indiscutable. Cependant, les moyens privilégiés par les gestionnaires et les professionnels de la santé peuvent varier. Dans le but d'éclairer les choix, le comité propose des exemples de fiche de continuité de services à l'annexe 3.

Le mécanisme de coordination suivant est retenu comme un moyen privilégié de mise en œuvre et de suivi de l'entente. Il permet également une action rapide visant à assurer la continuité des services, le traitement des plaintes et la qualité des services.

Les établissements visés conviennent de désigner les personnes suivantes comme responsables de la mise en œuvre de la présente entente.

Pour le CH _____, il s'agit de_____, au numéro _____

Pour le CLSC_____, il s'agit de_____, au numéro _____

Pour le CLSC_____, il s'agit de_____, au numéro _____

Pour le CHSLD _____, il s'agit de_____, au numéro _____

Pour les cabinets de médecins ou les GMF _____

il s'agit de_____, au numéro _____

7.2 Étapes d'implantation

Un programme de formation du personnel visé ainsi que l'élaboration d'un plan de communication incluant l'information transmise à la population et aux médecins en cabinet constituent des préalables à l'actualisation de présente entente.

La mise en œuvre de l'entente est prévue pour _____. Elle se fera de façon progressive pour des clientèles cibles sur une période de _____ ans. Par exemple, pour la première année, les clientèles identifiées sont les suivantes :

- les personnes âgées en perte d'autonomie ;
- les personnes souffrant d'insuffisance respiratoire ;
- les personnes souffrant d'insuffisance cardiaque.

L'entente est conclue pour une période de _____ ans. Après une évaluation conjointe dont les modalités sont à prévoir, l'entente pourra être renouvelée.

7.3 Nombre potentiel d'usagers, selon les clientèles cibles, jugés admissibles aux programmes généraux ou particuliers sur une base annuelle

Le nombre potentiel d'usagers peut être estimé dans le but de favoriser une meilleure planification des ressources nécessaires. Il est soumis seulement à titre indicatif. Il doit être revu à la lumière des pratiques professionnelles et de l'évolution des clientèles.

Programmes	Nombre potentiel d'usagers
Programmes généraux	
Soins postchirurgicaux	
Soins posthospitaliers en médecine	
Soins médicaux généraux : accès au plateau technique et aux consultations spécialisées pour les médecins travaillant en CLSC, en cabinet et en CHSLD (selon des critères de priorité à définir)	

Programmes	Nombre potentiel d'usagers
Programmes et clientèles cibles	
Administration de médicaments par voie intraveineuse	
Alimentation entérale continue ou intermittente	
Surveillance de plaies, incluant pansements	
Insuffisance respiratoire	
Diabétothérapie	
Périnatalité	
Insuffisance rénale	
Soins palliatifs	
Administration d'agents cytotoxiques, incluant la chimiothérapie	
Santé mentale	
Réadaptation physique	
Personnes âgées en perte d'autonomie	
MPOC	
Insuffisance cardiaque	
Autres	
Total	

7.4 Modalités de fonctionnement

Les différentes pratiques professionnelles, les distances à parcourir pour accéder aux services, la fréquence de ces services et les spécificités du suivi de certaines clientèles représentent autant d'éléments faisant en sorte que les modalités de fonctionnement sont à préciser, à l'intérieur de protocoles cliniques, pour chacun des programmes ou chacune des clientèles cibles tout en respectant le partage des responsabilités établi au chapitre 4 de l'entente.

Cependant, de façon générale, des algorithmes de référence pour les patients, pour les médecins ou les établissements visés peuvent servir de point de départ dans la définition des modalités particulières de fonctionnement. Elles permettent également de désigner la personne-ressource à joindre et ses coordonnées, de façon à s'assurer que le patient aura accès au bon service, au bon moment.

7.5 Formation des intervenants

L'implantation d'un programme de formation peut constituer un préalable à l'élargissement de l'offre de services des CLSC et des CHSLD. La formation médicale continue pour les médecins omnipraticiens travaillant en cabinet, en CHSLD et en CLSC peut représenter un facteur d'harmonisation et faciliter la mise en œuvre des programmes. La formation est également une condition essentielle au maintien et à l'évolution des programmes de continuité des soins et services en permettant l'adaptation de la main-d'œuvre aux nouvelles façons de faire.

La formation particulière portant sur une nouvelle technologie ou des changements pharmacologiques doit être donnée aux personnes concernées par le sujet, selon les besoins. Elle pourra inclure des composantes théoriques, d'observation, et pratiques pour répondre à des besoins de formation ponctuels, évolutifs ou complémentaires aux connaissances acquises.

7.6 Financement

Le financement ne devrait, en aucun cas, constituer une entrave au bon fonctionnement de l'entente ni un empêchement aux mouvements de patients d'un site de dispensation à l'autre.

Les coûts et les modalités d'accès touchant le transport (spécimens, médicaments, patients), les médicaments, le matériel et son entretien ainsi que les fournitures font l'objet d'une attention particulière. Les biens et services sont prêtés, loués, vendus ou fournis sans frais, selon le cas.

Outre les salaires, les établissements conviennent des modalités de financement de la formation, des communications (cellulaire, téléchasseur) et des déplacements des intervenants.

Quant aux modalités de financement, elles demeurent difficilement généralisables à l'ensemble du Québec, sans égard aux particularités des clientèles et des réalités régionales. Les ententes doivent faire l'objet d'un dépôt à la régie régionale.

Les coûts engendrés par la mise en œuvre de ces ententes doivent être soigneusement comptabilisés et documentés par chaque partenaire, sur une base définie conjointement au préalable. Il doit y avoir une entente préalable sur des modalités de financement avec la régie régionale lorsque les établissements ne peuvent les assumer.

8. Indicateurs de suivi et d'évaluation des résultats

Les outils servant au suivi des changements et à l'évaluation des répercussions des programmes relatifs à l'accessibilité et à la continuité des soins et des services sont convenus dès le début du processus d'élaboration. Ils doivent permettre la comparaison des résultats avec ceux d'une année de référence, si possible. L'annexe 2 présente deux exemples d'indicateurs retenus par des groupes de partenaires.

Les indicateurs doivent porter sur la satisfaction de la clientèle et des aidants, sur la qualité des services, sur le nombre de personnes bénéficiant des services offerts dans les différents programmes, sur l'achalandage à l'urgence selon les périodes et sur le profil des usagers qui s'y présentent, sur la diminution de la durée des séjours hospitaliers et les coûts y afférents, sur la longueur de la période de traitement, sur l'utilisation des ressources de la communauté ainsi que sur le profil des populations qui bénéficient des services dans la communauté et dans les CHSLD.

Une évaluation portant sur les ressources humaines, matérielles et financières peut s'ajouter.

La collecte de données doit, si possible, respecter les systèmes d'information utilisés dans les établissements. Toutefois, un travail conjoint permettra aux parties de définir quelques paramètres communs et de s'entendre sur les éléments pertinents de leurs cadres normatifs respectifs qui favoriseront la collecte des données et l'analyse des résultats. Dans la mesure où des outils communs existent, ils seront privilégiés (l'outil multiclientèle, par exemple).

PROTOCOLE D'ENTENTE INTERÉTABLISSEMENTS ET MÉDECINS

ENTRE LE CENTRE HOSPITALIER _____

ayant son siège social au _____en la ville de _____

représenté aux présentes par _____
Nom et fonction

ET LE CENTRE D'HÉBERGEMENT
ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE DE _____

ayant son siège social au _____en la ville de _____

représenté aux présentes par _____
Nom et fonction

ET LE CENTRE LOCAL DES SERVICES COMMUNAUTAIRES DE _____

ayant son siège social au _____ en la ville de _____

représenté aux présentes par _____
Nom et fonction

ET LES MÉDECINS SUIVANTS :_____

adresses :_____

représentés aux présentes par _____
Nom et fonction

ci-après désigné le « CLSC »

En vertu de l'article 108 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S.-4.2), cette entente, dûment signée, sera déposée à la régie régionale afin de la rendre effective légalement.

EN FOI DE QUOI LES PARTIES ONT SIGNÉ

POUR LE CENTRE HOSPITALIER _____

_____ à _____, le _____
Par son directeur général — endroit — date

POUR LE CLSC _____

_____ à _____, le _____
Par son directeur général — endroit — date

POUR LES MÉDECINS _____

_____ à _____, le _____
Par le docteur — endroit — date

POUR LE CHSLD _____

_____ à _____, le _____
Par son directeur général — endroit — date

ANNEXE 1

ALLOCUTION DONNÉE PAR LE DOCTEUR PIERRE DUPLESSIS

AU COLLOQUE CONJOINT

ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU QUÉBEC ET FÉDÉRATION DES CLSC DU QUÉBEC

AUTOMNE 1996

Allocutions données par le personnel du Collège

Comité de travail conjoint sur les actes autorisés
«Interprétation commune de la responsabilité de différents acteurs dans les soins à la personne malade»

Collège des médecins du Québec
en collaboration avec

l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

la Fédération des CLSC du Québec

l'Association des hôpitaux du Québec

De nombreuses questions sont portées quotidiennement à l'attention de nos organismes respectifs par les professionnels sur le terrain. Celles-ci ont pour but de clarifier le rôle du Centre hospitalier (CH), du Centre local de services communautaires (CLSC), des infirmières, des médecins du CLSC et du médecin traitant en matière de continuité des soins, «de délégation» d'actes, de protocoles et de transmission d'informations.

Un groupe de travail a été formé par le Collège des médecins du Québec afin d'interpréter d'une façon uniforme le rôle des établissements et des professionnels. Il avait aussi pour mandat de définir de la même façon les protocoles, la délégation d'actes, etc. Ce travail a été fait avec la collaboration de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, de la Fédération des CLSC du Québec et de l'Association des hôpitaux du Québec.

Ont participé à ce groupe de travail, Mme Hélène Rajotte, directrice générale et secrétaire de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Mme Jocelyne Poirier, conseillère à la Direction de la planification et du développement professionnel, également de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Me Ghislaine Gosselin, directrice des Affaires juridiques à l'Association des hôpitaux du Québec, Mme Lucille Rocheleau, conseillère cadre à la Fédération des CLSC du Québec, Me Denis Perras, conseiller juridique à la Fédération des CLSC du Québec, et le Dr Rémi H. Lair, secrétaire général adjoint du Collège des médecins du Québec. Le groupe de travail était présidé par le docteur Pierre Duplessis, également secrétaire général adjoint au Collège des médecins.

INTRODUCTION

Plus que jamais, les différents professionnels de la santé doivent travailler en étroite collaboration dans une perspective «patient» afin d'offrir la meilleure réponse possible à ses problèmes de santé. Ceux-ci sont de plus en plus complexes ; leurs solutions et leurs traitements aussi sont de plus en plus complexes. Pensons aux problèmes de santé mentale ou aux traitements en oncologie qui nécessitent une collaboration très étroite, tantôt de l'infirmière, tantôt du travailleur social, du pharmacien, du médecin, bien sûr, et de combien d'autres professionnels.

La transformation du réseau, particulièrement le virage ambulatoire, nous interpelle. Cette collaboration *interprofessionnelle* est indispensable ; elle doit s'accentuer dans tous les milieux et dépasser les frontières institutionnelles puisque, avec le virage ambulatoire, l'épisode de soins commence souvent au domicile, se poursuit à l'hôpital et se termine à nouveau au domicile. Cette collaboration s'effectue également avec le soutien du CLSC dans la plupart des cas.

Nos attitudes, nos structures, nos modes d'organisation et de distribution des soins, nos assises juridiques même doivent être adaptés à ces nouvelles réalités. Actuellement, ils constituent souvent un obstacle, voire un frein à l'adaptation, au changement. Devant la nécessité d'une étroite collaboration, le groupe de travail a tenté d'attribuer une interprétation commune aux éléments dont il est fait mention au deuxième paragraphe de ce document. Rappelons enfin que le contenu qui suit a fait l'objet d'une conférence lors du colloque *«CH-CLSC, un tandem au service du client»,* le 2 octobre 1996 à l'Hôtel Sheraton, Laval, et le texte intégral de cette conférence est disponible sur le site Internet du Collège à l'adresse http://www.cmq.org.

Une première mise en garde

D'entrée de jeu, faisons une première constatation. Le Règlement sur les actes visés à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être posés par des classes de personnes autres que des médecins qui sert de trame de fond à notre réflexion est désuet, convenons-en, et mal adapté à la réalité d'aujourd'hui. Ce règlement mérite d'être revu en profondeur. Voyons donc comment en respecter l'esprit et, tout à la fois, en explorer les possibilités d'application afin de faire progresser la pratique eu égard aux réalités nouvelles.

Les deux articles de loi fondamentaux

Deux articles de loi sont à la base de toute la pratique infirmière et médicale. Ce sont l'article 31 de la Loi médicale et l'article 36 de la Loi sur les infirmières et infirmiers. Je les cite :

> *«Constitue l'exercice de la médecine tout acte qui a pour objet de diagnostiquer ou de traiter toute déficience de la santé d'un être humain.*
>
> *«L'exercice de la médecine comprend, notamment, la consultation médicale, la prescription de médicaments ou de traitements, la radiothérapie, la pratique des accouchements, l'établissement et le contrôle d'un diagnostic, le traitement de maladies ou d'affections. »* (Art. 31)
>
> *«Constitue l'exercice de la profession d'infirmière ou d'infirmier, tout acte qui a pour objet d'identifier les besoins de santé des personnes, de contribuer aux méthodes de diagnostic, de*

prodiguer et contrôler les soins infirmiers que requièrent la promotion de la santé, la prévention de la maladie, le traitement et la réadaptation, ainsi que le fait de prodiguer des soins selon une ordonnance médicale. » (Art. 36)

Distinction entre ordonnance individuelle et ordonnance permanente

Établissons une première distinction entre deux types d'ordonnance qui sèment souvent la confusion. Il s'agit de l'ordonnance individuelle par opposition à l'ordonnance permanente. Lorsqu'on parle communément d'actes délégués, nous faisons référence aux actes autorisés par ordonnances permanentes. Mais très souvent, une infirmière est appelée à poser des actes médicaux sous ordonnance individuelle (sous prescription médicale pour un patient en particulier) ; dans ce cas, ces actes ne constituent pas des actes délégués au sens du règlement.

En effet, selon l'article 36 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers, une ordonnance individuelle dûment remplie par un médecin permet à une infirmière de prodiguer des soins, incluant des soins médicaux à un patient selon ce que l'ordonnance spécifie. En clair, cela signifie qu'un patient qui se voit prescrire une antibiothérapie intraveineuse ou un traitement de chimiothérapie par exemple, peut recevoir ces soins d'une infirmière.

Jusqu'où peut-on interpréter l'expression «prodiguer des soins *médicaux* selon une ordonnance du médecin» ? Il y a ici, il est certain, une grande latitude d'interprétation. Est-ce à dire que l'infirmière pourrait poser des actes médicaux qui sont différents ou qui vont plus loin que ceux qui sont énoncés à l'Annexe A du règlement ? La réponse est oui. Est-ce à dire qu'une infirmière pourrait aller jusqu'à anesthésier un patient sur ordonnance médicale ? La réponse est évidemment non, puisque l'infirmière n'a ni la formation, ni la compétence, ni les habiletés pour ce faire. On comprend qu'avec la formation et l'entraînement nécessaires ainsi qu'avec une supervision adéquate du médecin, une infirmière peut poser des actes qui pourraient aller plus loin que ce que l'on retrouve dans la pratique courante. Cela signifie que le médecin ne prescrira pas de traitements ni d'actes pour lesquels une infirmière n'est pas habilitée ou encore pour lesquels elle ne se jugera pas compétente.

Ordonnance permanente

Sans entrer dans les détails du règlement et de son application, une ordonnance permanente permet à toute infirmière, ayant les connaissances et la préparation suffisantes et étant autorisée par l'établissement, de prendre la décision et de poser, le cas échéant, certains ou tous les actes prévus à l'Annexe A. Ceux-ci auront été déterminés par le CMDP de l'établissement ou d'un autre établissement en lien contractuel. Les conditions relatives à la prise de décision et à l'exécution de ces actes auront aussi été fixées par le CMDP. Contrairement à l'ordonnance individuelle, cette autorisation, ou «délégation» dans le langage courant, permet de poser ces actes sans attendre une ordonnance individuelle.

> Rappelons que les actes dont il est question ici sont limités à ceux qui sont acceptés par le CMDP et qui figurent dans la liste de l'Annexe A du règlement. Par ailleurs, le CMDP ne peut autoriser des actes qui ne sont pas répertoriés à l'Annexe A.

Le problème des soins à domicile

Dans le cadre de nos échanges, nous nous sommes rendu compte que la majorité des soins donnés à domicile par une infirmière de CLSC sont prescrits sous ordonnance individuelle. L'avenir fera sans doute davantage place à des soins sous ordonnance permanente.

Analysons maintenant une situation complexe, fréquente aussi, qui est assez typique du virage ambulatoire : les soins à domicile. Dans le cadre de cet exemple, imaginons un protocole de soins visant l'administration de médicaments cytotoxiques, protocole élaboré en CH et dont une partie de l'application se ferait à domicile par une infirmière du CLSC affectée au programme de maintien à domicile.

Les questions qui surgissent sont celles-ci : Qui est le médecin traitant du patient ? À quel médecin se rapporte l'infirmière lorsqu'elle a besoin d'information additionnelle ou lorsqu'elle doit signaler un changement dans l'état clinique du patient ? Le protocole que suit l'infirmière et qui a été élaboré en CH doit-il être adopté par le CMDP du CLSC ? Le CLSC devient-il responsable de ce protocole qu'il ne connaît vraisemblablement pas puisqu'il s'agit de soins tertiaires complexes

Reprenons ces questions une à une et tentons de faire la lumière sur ces sujets.

Qui est le médecin traitant ? Le médecin traitant pour un épisode de soins demeure toujours celui qui est reconnu comme médecin au premier chef de l'épisode de soins et accepté comme tel par le patient, jusqu'à ce que ce médecin lui donne congé de traitement ou encore qu'il l'ait transféré à un autre médecin. Il est important de se rappeler que le congé de séjour à l'hôpital n'implique pas un congé de traitement. En ce sens, le médecin traitant continue sa relation de médecin traitant, même en posthospitalier, lorsque le patient est suivi à domicile. A titre d'exemple, l'hémato-oncologue de l'hôpital demeure médecin traitant jusqu'à la fin du traitement du patient, à moins que celui-ci n'ait été transféré à un autre médecin. Il faut bien comprendre que lorsque le médecin traitant prescrit des services à domicile et que le patient est référé au CLSC par le CH, il ne s'agit pas d'un transfert à un autre médecin, mais bien d'une référence à un autre établissement. Le médecin du CLSC ne devient pas le médecin traitant du patient.

Advenant la non-disponibilité du médecin traitant ou le besoin temporaire d'un médecin remplaçant, ce dernier devra être considéré comme médecin responsable du bénéficiaire au sens du règlement (article 1.01, *j*). Il revient au médecin traitant de s'assurer qu'un collègue est disponible pour le remplacer.

À qui se rapporte l'infirmière lorsqu'elle a besoin d'information supplémentaire ou qu'elle doit signaler un changement dans l'état clinique du patient ? Dans l'exemple qui nous occupe ici, le protocole provient de l'hôpital, et le médecin traitant est aussi l'hémato-oncologue du CH. Ce dernier a prescrit le traitement selon son protocole et demeure donc responsable de son patient durant toute la durée de l'épisode de soins à moins qu'il ne l'ait transféré à un autre médecin. Rappelons à cet effet les articles pertinents du Code de déontologie des médecins, soit les articles 2.03.10 et 2.03.12, qui se lisent comme suit :

> *«Avant de cesser de traiter un patient, le médecin doit s'assurer que celui-ci peut continuer à obtenir les soins requis et y contribuer dans la mesure nécessaire. »* (Art. 2.03.10)
>
> *«Le médecin, désirant adresser son patient à un autre médecin, doit assumer la responsabilité de ce patient tant que le nouveau médecin n'a pas pris celui-ci en charge. »* (Art. 2.03.12)

En clair, l'infirmière s'adresse au médecin traitant du patient, c'est-à-dire au médecin du CH. En toute logique, elle mettra une note à son dossier, le dossier du CLSC.

Le protocole de soins que suit l'infirmière et qui provient du CH doit-il être adopté par le CMDP du CLSC ? Dans un premier temps, il importe de mettre un terme à la confusion qui peut provenir de l'utilisation du mot «protocole». Faisons la distinction entre la définition du protocole au sens du règlement (article 1.01, j) [voir en annexe] et celle du protocole pour un épisode de soins donné ou un traitement donné prescrit individuellement.

Le premier est une description des procédures, des méthodes ou des limites qui doivent être observées par quiconque pose un acte autorisé à titre de personne habilitée en vertu du règlement. Le protocole au sens du règlement est celui en application dans l'établissement qui emploie les infirmières à qui l'on autorise un ou des actes de l'Annexe A et qui a été élaboré par le CMDP de cet établissement ou, en l'absence d'un tel CMDP, par le CMDP d'un établissement relié par contrat de services.

Le deuxième est une description des procédures et des soins qui doivent être administrés à un malade dans le cadre d'un épisode de soins prescrit individuellement et faisant l'objet d'une acceptation par un service clinique ou un département clinique. Dans notre exemple, il pourrait s'agir du service clinique d'hémato-oncologie du CH.

D'autre part, lorsqu'un protocole de soins est élaboré en CH, et parce qu'il ne s'agit pas d'un protocole au sens du règlement, le CMDP du CLSC n'a pas à entériner un tel protocole. Les infirmières du CLSC interviennent alors à la suite d'une ordonnance individuelle. Les responsabilités de l'infirmière se limitent à l'acte posé comme tel, à la qualité du geste clinique. Il serait pour le moins surprenant que le CLSC, le CMDP du CLSC ou l'infirmière soient tenus responsables d'un protocole de chimiothérapie qui serait exclusivement celui du CH.

Par contre, si un tel protocole prévoit la possibilité pour une infirmière de poser des actes délégués sans qu'il y ait préalablement d'ordonnance individuelle, l'infirmière du CLSC ne pourra poser ces actes que s'ils ont été autorisés par le CMDP du CLSC. Rien n'empêche alors le CMDP du CLSC d'élaborer les protocoles requis pour autoriser de tels actes en allant chercher au besoin l'expertise d'un médecin spécialiste dans le domaine.

Dans ce contexte, c'est le CLSC qui devient responsable en cas de difficultés ou de problèmes résultant de l'application du protocole des actes autorisés.

Laissons donc à l'hôpital la responsabilité d'accepter son protocole de soins et au CMDP du CLSC, celle d'accepter, le cas échéant, les protocoles relatifs aux actes autorisés.

Un élément additionnel : le suivi des informations cliniques

En matière de soins à domicile, le suivi des informations cliniques ou encore le résumé de dossier apparaît comme un élément essentiel avant que les soins ne soient prodigués. Ce point devrait faire l'objet d'une entente entre établissements dans laquelle seraient signifiés les délais nécessaires avant que les services ne soient rendus au patient

Le fait que le patient consente à recevoir des soins à domicile du CLSC équivaut à un consentement implicite pour transmettre aux intervenants du CLSC les éléments médicaux pertinents de son dossier. Toutefois, ces informations cliniques doivent se restreindre à l'épisode de soins dont il est question. Advenant, par ailleurs, que le client ait exprimé expressément sa volonté que les informations ne soient pas transmises au CLSC, cette volonté doit être respectée.

L'utilisation des télécopies est possible pour transmettre ces informations, mais il faut s'assurer d'une confidentialité absolue lorsque celles-ci sont transmises.

Quant aux délais à l'intérieur desquels elles doivent être acheminées, ils devraient faire l'objet de négociation et être inclus au protocole de collaboration.

CONCLUSION

Nous espérons que cette brève revue des notions relatives aux différents acteurs eu égard à l'ordonnance permanente et à l'ordonnance individuelle serviront à simplifier des notions parfois hermétiques pour les professionnels sur le terrain. Mais tout ne sera pas résolu par ces quelques lignes ; aussi, plusieurs situations devront être prises une à une dans leur contexte bien particulier.

Pierre Duplessis, md
Secrétaire général adjoint

en collaboration avec
Mme Ghislaine Gosselin, Association des hôpitaux du Québec
Dr Rémi H. Lair, Collège des médecins du Québec
Me Denis Perras, Fédération des CLSC du Québec
Mme Jocelyne Poirier, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
Mme Hélène Rajotte, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
Mme Lucille Rocheleau, Fédération des CLSC du Québec

Novembre 1996

Annexe

«Protocole» : descriptions des procédures, méthodes ou limites qui doivent être observées par quiconque lorsque tout acte est posé et qui sont établies par le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'établissement ou par le chef de département clinique après dépôt au conseil des médecins, dentistes et pharmaciens après consultation du directeur ou du chef du service de qui relèvent, sur le plan professionnel, les personnes habilitées ou, lorsqu'un établissement ne possède pas de conseil des médecins, dentistes et pharmaciens par celui d'un établissement de la région avec lequel un contrat de services a été conclu pour les fins du présent règlement, ou qui sont établies par le médecin traitant ou, en son absence, par le médecin responsable du bénéficiaire s'il s'agit d'un acte qui peut être posé à l'extérieur d'un établissement. »

(Art. 1.01j) du Règlement sur les actes visés à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être posés par des classes de personnes autres que des médecins

ANNEXE 2

EXEMPLES D'INDICATEURS DE SUIVI ET D'ÉVALUATION DES RÉSULTATS

POUR APPRÉCIER

L'EFFICIENCE ET L'EFFICACITE DES SERVICES

INDICATEURS DE SUIVI ET D'ÉVALUATION DES RÉSULTATS POUR APPRÉCIER L'EFFICIENCE ET L'EFFICACITÉ DES SERVICES

Région de Châteauguay

L'évaluation devrait permettre de répondre aux questions suivantes

1. **Quelles sont les économies générées dans le système de santé au niveau de la substitution ?**
   - Nombre de jours hospitalisation économisés / nombre de jours traitement à domicile
   - Nombre de lits fermés / coût marginal / investissement SAD
2. **Quel est le niveau de performance et d'efficience atteint par les CLSC selon les types de soins et les clientèles cibles théoriques et rejointes ?**

   Performance (volume de production de services)
   - Nombre maximum de jours / services prévus / produits
   - Nombre maximum d'heures / services prévus / produits
   - Nombre maximum de patients prévus / traités et refusés
   - Durée moyenne de séjour prévue / réelle

   Efficience (indicateur de lourdeur du cas)
   - Nombre moyen patients / jour
   - Nombre moyen d'heures patient / jour
   - Nombre moyen de visites selon les plages horaires

   Rapport coût / services
   - Moyenne du coût / patient ou per diem (toutes dépenses)
   - Moyenne du coût / patient ou per diem (services directs)
   - Moyenne du coût de l'heure de service direct par rapport aux autres dépenses (temps de transport intervenant, dossiers, fournitures, équipement)
3. **Quels sont les mécanismes pour assurer la qualité des services entre le CH et le CLSC et leur valeur du point de vue des acteurs impliqués ?**
   - Mécanismes de liaison
   - Identification de la clientèle cible
   - Mécanismes de formation continue
   - Mécanismes de gestion du programme
   - Outils d'enseignement
   - Mécanismes de supervision
   - Transmission d'information pour le suivi
4. **Quel est le niveau de sécurité du client et des intervenants ?**
   - Taux de complication (effets secondaires)
   - Taux de réhospitalisation
5. **Quelle a été la pertinence du service ?**
   - Refus de traitement en raison de la complexité du traitement
   - Prolongation de la durée de vie sans qualité de vie
   - Amélioration ou stabilisation du statut fonctionnel du client
6. **Quelle a été l'appréciation du client des services reçus ?**
   - Pertinence
   - Accessibilité
   - Sécurité
   - Coût social (dépenses du client et de sa famille)
   - Qualité de vie
   - Continuité

INDICATEURS DE PERFORMANCE

(référence : Lanaudière Nord)

A) Satisfaction de la clientèle

- Évaluation de satisfaction des usagers
- Évaluation de satisfaction des organismes et des intervenants du réseau

B) Accessibilité et disponibilité des soins et des services

- Statistiques d'utilisation du service 24/7
- Statistiques d'appels au système de garde médical
- Statistiques d'appels au système de garde en soins infirmiers spécialisés
- Statistiques annuelles du nombre d'usagers/élément du plateau de service
- Pertinence des appels au service de garde de médecins
- Pertinence des appels aux conseillers

C) Efficacité et efficience des soins et services

- Pourcentage de retours à l'urgence
- Pourcentage des réhospitalisations pour complication
- Coûts de services
- Durée de séjour

D) Qualité des soins et services

- Les indicateurs appartiennent à chacun des protocoles spécifiques

PROGRAMMES VIRAGE AMBULATOIRE
Gestion des Indicateurs de performance
(Référence : Lanaudière Nord)

Indicateurs de performance	Outils	Responsable	Fréquence d'évaluation	Moment de la compilation
Satisfaction des usagers	Questionnaire post-traitement téléphonique à tous les usagers du virage, 2 semaines après le congé	CLSC/CHRDL/Régie pour établir le questionnaire La Régie régionale pour la compilation	Pour la 1ère année : à tous les usagers Par la suite : à tous les 3 mois à une clientèle cible	Avril 1996 Novembre 1996 Par la suite une fois/année
Satisfaction des organismes et des intervenants du réseau : ▫ CHRLD ▫ CLSC ▫ 24/7 ▫ Organismes communautaires ▫ Régie ▫ Cliniques privées	Sondage sur la perception des administrateurs et des intervenants : ▫ administrateurs ▫ infirmières ▫ médecins ▫ infirmière de liaison ▫ conseillères spécialisées ▫ auxiliaires familiales ▫ sociaux	La Régie régionale	À tous les 6 mois la première année Une fois/année	Avril 1996 Novembre 1996 Par la suite une fois/année
Utilisation du 24/7 (numéro spécial)	▫ Nombre d'appels ▫ Motif de l'appel ▫ Nature de l'intervention ▫ Suite ▫ Nombre d'usagers différents	24/7	Pour tous les usagers	Avril 1996 Novembre 1996 Par la suite une fois/année
Utilisation du système de garde médicale : ▫ Médecins du CHRDL ▫ Bureaux privés ▫ CLSC	▫ Nombre d'appels ▫ Motif de l'appel ▫ Provenance de l'appel ▫ Suite	Les infirmières du CLSC et les conseillères en soins spécialisés à chacun des appels fait au médecin traitant ou spécialiste	À chaque appel	Avril 1996 Novembre 1996 Par la suite une fois/année

Indicateurs de performance	Outils	Responsable	Fréquence d'évaluation	Moment de la compilation
Utilisation du système de garde en soins infirmiers spécialisés	▫ Nombre d'appels ▫ Motif de l'appel ▫ Provenance de l'appel ▫ Suite	Les conseillères en soins spécialisés et les infirmières du CLSC	À chaque appel	Avril 1996 Novembre 1996 Par la suite une fois /année
Nombre d'usagers / élément du plateau de services	Nombre de clients / ▫ nature du traitement ▫ nature du suivi ▫ durée prévisible du traitement ▫ Nombre autonomes ▫ Référence par point de service de CLSC	Infirmière de liaison	À chacune des références en CLSC	Avril 1996 Novembre 1996 Par la suite une fois /année
Nombre d'usagers / élément du plateau de services	Nombre clients/traitement/nature des services Nombre visites/jour Nombre visites/semaine Nombre heures/visite Nature des services Durée de l'intervention pour chacun des services Nature de la clientèle autonome et semi-autonome	Chaque infirmière du CLSC à partir d'une grille de collecte de données commune	Pour chacun des usagers suivis	Avril 1996 Novembre 1996 Par la suite une fois/année
Retour à l'urgence	Nombre clients/traitement Raison du retour à l'urgence Provenance de la référence vers l'urgence	Archives Infirmière de liaison	Pour chacun des retours	Avril 1996 Novembre 1996 Par la suite à tous les ans

Indicateurs de performance	Outils	Responsable	Fréquence d'évaluation	Moment de la compilation
Réhospitalisation	Nombre clients/traitement Raison de réhospitalisation Provenance de la référence	Archives Infirmière de liaison	Pour chacune des réhospitalisation	Avril 1996 Novembre 1996 Par la suite à tous les ans
Coûts de la pharmacie	▫ Ht pharmacie/virage ▫ Ht ass.tech./virage	Chef de la pharmacie	Pour chaque usager	Avril 1996 Novembre 1996 Par la suite une fois/année

Coûts du service de nutrition clinique	▫ Nombre d'usagers
	▫ ACD/usager
	▫ Proportion des ACD chargées à :
	  ▫ CHRDL
	  ▫ Assurance
	  ▫ Autres
		Chef de la nutrition clinique	Pour chaque usager	Avril 1996
				
				Novembre 1996
				
				Par la suite une fois/année

Coûts des fournitures et équipements	Fournitures et équipements Nombre clients / Coût des fournitures Coût des équipements/traitement	CHRDL : conseiller en soins spécialisés CLSC : infirmières aux soins	Pour chaque usager	Avril 1996 Novembre 1996 Par la suite une fois/année
Coût du service de garde par les conseillers en soins spécialisés	▫ Salaire ▫ Nombre de clients ▫ Nombre d'heures de garde	Direction des services administratifs	À tous les 6 mois, la première année	Avril 1996 Novembre 1996 Par la suite une fois/année
Coûts des déplacements/CLSC	Par client à partir de la fiche de déplacement	À chaque déplacement (aller-retour)	À chaque déplacement (aller-retour)	Avril 1996 Novembre 1996 Par la suite à tous les ans

Indicateurs de performance	Outils	Responsable	Fréquence d'évaluation	Moment de la compilation
Coût de la garde 24/7	▫ Nombre sorties 24/7 par traitement ▫ Coût des gardes supplémentaires / CLSC ▫ Location des pagettes supplémentaires ou autre système	Coord. des CLSC	À chaque sortie	Avril 1996 Novembre 1996 Par la suite à tous les ans
Coût de formation	▫ Formation des personnes-ressources ▫ Formation des infirmières de CLSC ▫ Matériel de formation	Conseillère en soins spécialisés Les coordonnatrices des CLSC	Pour chaque activité de formation	Avril 1996 Novembre 1996 Par la suite à tous les ans
Durée de séjour au CH	Nombre de clients par traitement, par type de clientèle avant la référence en CLSC	Infirmière de liaison	Pour chaque client	Avril 1996 Novembre 1996 Par la suite à tous les ans

ANNEXE 3

FICHES DE CONTINUITÉ DE SERVICES INTERÉTABLISSEMENTS ET MÉDECINS

LES LIENS DE COMMUNICATION INTERÉTABLISSEMENTS

Les façons de transférer l'information entre les établissements se sont développées et se généralisent avec l'aide des instruments informatisés.

Nous avons recensé quatre outils qui visent à assurer le transfert de l'information clinique entre divers partenaires :

- **Le lien CH-CLSC**
  Développé par des établissements de la région de Québec pour répondre au besoin de faire suivre l'information clinique *des CH aux CLSC*, il a été informatisé avec l'aide de la SOGIQUE et est en fonctionnement dans cette région ou le même contenu d'information est aussi acheminé aux médecins de famille par d'autres moyens (télécopieur, téléphone). Il est déployé dans Chaudières Appalaches, et en déploiement ou discussion pour fin d'implantation dans d'autres régions (Gaspésie, Bas-Saint-Laurent, Saguenay).

Personne à contacter : Danielle Comtois, SOGIQUE , Téléphone 418 527-5211 poste 300

- **La FRIE (fiche de référence interétablissements)**
  Cette fiche est utilisée pour répondre aux besoins de transfert d'information clinique *entre* les établissements de la région Montréalaise, principalement CH, CLSC et centres de réadaptation. Elle permet de faire circuler l'information dans les deux directions.

Personne à contacter : Claire Amyot, Régie régionale de Montréal centre Téléphone :514 286-6500 poste 5728

- **SIGG (système d'information géronto-gériatrique)**
  Cet instrument rend accessible l'information clinique auprès des dispensateurs de services actifs *tout au long du continuum de soins et services* offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie dans le territoire des Bois-Francs. Il s'agit d'un dossier clinique informatisé partagé, qui intègre des informations qui peuvent être accessibles selon le profil de l'intervenant. Il contient les informations suivantes :

- Identification du client et des aidants naturels ainsi que le consentement du client ;
- Demande de services interétablissements : la prise de contact ;
- Décision et priorité du service ayant reçu une demande de services ;
- Plan de services individualisé (PSI) de l'intervenant-pivot ;
- Plan d'interventions (PI) de tous les services unis et interdisciplinaires ;
- Mesure de l'autonomie fonctionnelle continue dans le temps pour un client (SMAF), soit les SMAF faits dans chacun des services ;
- Évaluation globale de besoins de services : évaluation multiclientèle ;
- Profil médicamenteux actuel et l'historique de la médication ;
- Profil évolutif qui se génère automatiquement dès qu'un SMAF ou une évaluation globale est rempli.

Le DCI (dossier clinique informatisé de SIGG) est généralisable à d'autres clientèles.

Personne à contacter : Jacques Longval,
Régie régionale de la Mauricie et du Centre-du-Québec,
Téléphone : (819) 693-3643

- **SIPRSA (système d'information pour la programmation régionale des services ambulatoires** de Laval). Ce système accompagne la programmation régionale pour les services ambulatoires de Laval, mettant en interface le CHARL, le centre hospitalier, Cité de la santé, l'hôpital juif de réadaptation et les 4 CLSC du territoire. L'objectif est d'assurer le transfert de l'information clinique tout au long de l'épisode de soins de la personne entre les cliniciens ou intervenants qui lui dispensent un service.

Personne à contacter : Jocelyn Lavallée,
Régie régionale de Laval
Téléphone : 450 978-2121 poste 2094

INTÉGRATION DE LA REQUÊTE DE SERVICES

En date de juin 2001, SOGIQUE a réuni les promoteurs de systèmes et les chefs de projets de SIGG, SI-PRSA, Lien CH-CLSC, I-CLSC, SICHELD et FRIE afin de former un comité de travail. Ce comité de travail a pour mandat de définir ce que pourrait être une requête de services unique pour l'ensemble de ces systèmes.

Pour connaître l'évolution de ces travaux
Personne à contacter : Danielle Lafontaine,
SOGIQUE (bureau de Montréal)
Téléphone : (514) 597-2066

POUR OBTENIR UNE DÉMONSTRATION DE CES OUTILS OU POUR OBTENIR LA LISTE DES ÉTABLISSEMENTS QUI LES UTILISENT, VEUILLEZ CONTACTER LES PERSONNES RESSOURCES IDENTI-FIÉES APRÈS CHAQUE DESCRIPTION

www.msss.gouv.qc.ca

01-905-06