



Projet clinique

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



Document principal



Projet clinique

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

Document principal

Octobre 2004

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 2-550-43460-9

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

© Gouvernement du Québec

1)	LA LISTE DES MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL ET LE MANDAT	1
	a) Le groupe de travail	2
	b) L'équipe de soutien	2
2)	Introduction	5
	a) Une première phase bien entamée	5
	b) Une deuxième phase à mettre en œuvre, le projet clinique	6
3)	Le projet clinique	11
	a) Les finalités et principes	11
	b) La définition	12
	c) La logique	12
4)	Harmoniser un langage commun pour une vision partagée	19
	a) Les objectifs à atteindre	19
	b) Les mécanismes : des moyens d'y parvenir	19
	c) Les approches : un angle de prise	19
	d) Les modèles : des façons de faire	20
5)	Les objectifs poursuivis par le projet clinique	21
	a) Accessibilité	21
	b) Continuité	22
	c) Qualité	22
6)	Les mécanismes de soutien	25
	a) Standardisation	25
	b) Coordination	26
7)	Les approches	27
	a) Approche par programme	27
	b) Approche communautaire	27
	c) Approche populationnelle	27
8)	Les modèles et leur application	29
	a) Modèles centrés sur la personne	29
	b) Modèles de soins et services coordonnés	31
	c) Modèles communautaires	32
	d) Modèles de gestion de la maladie (disease management)	35
	e) Modèles de soins et services intégrés	37
	f) Modèles de collaboration	39
	g) Un résumé des modèles cliniques	41

h)	Le projet clinique dans son ensemble _____	43
9)	<i>Les outils de soutien</i> _____	47
a)	Outil générique : la gestion de cas _____	47
b)	Outils facilitant les interfaces _____	47
c)	Outils supportant les interventions spécialisées _____	48
d)	Outils supportant les interventions complexes ou intersectorielles _____	48
10)	<i>Le suivi du projet clinique</i> _____	51
11)	<i>Les partenaires du projet clinique</i> _____	53
12)	<i>Le soutien à l'implantation du projet clinique : Volet médical et pluridisciplinaire</i> _	59
a)	Les modalités de participation : Une mise à profit des mécanismes en place _____	59
b)	Des incitatifs qui agissent comme catalyseurs _____	61
c)	Des conditions à assurer _____	61
d)	Les moyens privilégiés _____	62
13)	<i>Une gestion du changement</i> _____	65
a)	Les défis du changement _____	65
b)	Quelques principes de base _____	67
14)	<i>Conclusion</i> _____	69
15)	<i>Bibliographie</i> _____	71

1) **LA LISTE DES MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL ET LE MANDAT**

MSSS - Direction générale de la coordination :

- ❖ Madame Michèle Auclair – Présidente du comité
- ❖ Madame Gyslaine Samson Saulnier

L'ÉQUIPE DE SOUTIEN

- ❖ Madame Irma Clapperton, Montréal, Chargée de projet
- ❖ Équipe de recherche appliquée en santé (ÉRAS) :
 - Madame Louise Rousseau, Laval
 - Madame Nadia Abdelaziz, Laval

Avec la collaboration de :

- ❖ Monsieur Michel Duval, Laval

Agences :

- ❖ Monsieur Yvan Gendron, Montérégie
- ❖ Madame Ginette Leblanc, Laurentides
- ❖ Madame Jocelyne Pelletier, Bas-Saint-Laurent

Direction générale des services de santé et médecine universitaire :

- ❖ Madame Nicole Gauthier
- ❖ Madame Madeleine Breton
- ❖ Madame Nicole Lefebvre

Direction générale des services sociaux :

- ❖ Madame Rachel Ruest
- ❖ Madame Diane Bégin
- ❖ Monsieur Marc Lacour

Direction générale de la santé publique :

- ❖ Madame Lyne Jobin
- ❖ Madame Louise St-Pierre

Direction générale de la planification stratégique, de l'évaluation et de la gestion de l'information :

- ❖ Madame Andrée Quenneville

a) LE GROUPE DE TRAVAIL

Sous la responsabilité de l'équipe sous-ministérielle de la Direction générale de la coordination, le groupe de travail a eu pour mandat, en tenant compte des balises de la mise en œuvre des réseaux locaux de : proposer un cadre de référence pour l'élaboration du projet clinique, discuter des mécanismes d'implantation et de suivi pour guider les centres de santé et de services sociaux dans l'appropriation d'une approche complémentaire aux approches structurelles et administratives pour faciliter l'atteinte des résultats.

Plus spécifiquement :

- ❖ Établir la cohérence entre les objectifs, les mécanismes, les approches qui sous-tendent des modèles cliniques;
- ❖ Identifier des modèles et préciser la cohabitation entre les modèles et les liens avec les balises de l'intégration des services de santé et sociaux;
- ❖ Identifier les enjeux d'implantation;
- ❖ Préciser les mécanismes de suivi;
- ❖ Proposer des éléments de gestion de changement.

b) L'ÉQUIPE DE SOUTIEN

L'équipe de soutien a eu pour mandat de :

- ❖ Répertorier les informations à partir d'une revue de la littérature, des orientations du Ministère, des travaux régionaux et locaux;
- ❖ Préparer le matériel pour faciliter la prise de décision;
- ❖ Soutenir les travaux des rencontres tenues par le groupe de travail;
- ❖ Rédiger le document final et le document de support.

RÉSUMÉ

À la création des centres de santé et de services sociaux s'associe une vision novatrice de l'organisation et de la prestation de services, basée sur les principes de hiérarchisation des services et de responsabilité populationnelle. Bien que cette vision soit stimulante, la prise en compte de la complexité des actions à mettre en œuvre pour la soutenir, s'impose.

Le nouveau législatif amorcé pour favoriser l'évolution du système de santé et de services sociaux a permis de poser, dans une première phase, les balises du volet organisationnel. Une deuxième phase pour concrétiser cette évolution vise l'élaboration et la mise en œuvre de ce qu'il est maintenant convenu d'appeler le projet clinique.

Le ministère de la Santé et des Services Sociaux, par le biais du présent document, offre un cadre de référence pour soutenir les centres de santé et de services sociaux dans le leadership qu'ils doivent exercer dans l'élaboration et la mise en œuvre du projet clinique avec leurs partenaires.

Ce cadre expose les finalités d'amélioration de la santé et du bien-être et d'intégration des services auxquelles le projet clinique doit contribuer. Il présente le projet clinique comme une démarche englobante.

Pour mieux s'approprier le passage d'une logique axée sur les services à une logique axée sur la responsabilisation vis-à-vis la population d'un territoire et l'exercice de la responsabilité populationnelle, le cadre de référence expose de manière explicite et transparente les choix retenus pour que les finalités annoncées deviennent réalité.

Ainsi, seront décrites les contributions des objectifs d'accessibilité, de continuité et de qualité à l'atteinte des finalités. Sera exposé comment les mécanismes de standardisation et de coordination et les approches communautaire, populationnelle et par programme viennent supporter ces objectifs. Cette description vise également à favoriser l'acquisition d'un langage commun pour faciliter les discussions sur le terrain autour du projet clinique.

Pour tenir compte de l'ensemble des besoins de santé et de bien-être de l'ensemble de la population d'un territoire de centre de santé et de services sociaux et de la nécessaire articulation avec les objectifs, mécanismes et approches retenues, des catégories de modèles cliniques ont été identifiées. Ces catégories de modèles sont les modèles centrés sur la personne, de soins et services coordonnés, communautaires, de gestion de la maladie, de soins et services intégrés et de collaboration.

La pertinence de ces catégories de modèles sera illustrée par la mise en évidence de la capacité de chacun d'entre eux d'apporter une partie de la réponse aux besoins. En effet, chaque catégorie de modèle est particulièrement bien adaptée à la réponse aux besoins d'un des profils de clientèles qui actuellement ont recours au réseau de la santé et des services sociaux, de même qu'à la mise en place d'interventions destinées à la population générale.

Les catégories de modèles retenus sont déjà connues et implantées à divers degrés dans chacun des territoires des centres de santé et de services sociaux. L'exercice consiste donc à établir les écarts entre la place que chaque modèle occupe et celle qu'elle devrait occuper pour une réponse optimale aux besoins de la population. Si chaque intervenant peut se reconnaître dans la catégorie de modèle où se situe l'essentiel de sa pratique, le projet clinique devient l'occasion pour chacun de mieux connaître la valeur des autres catégories de modèles ce qui renforce la capacité de travailler en réseau intégré. Ainsi, les centres de santé et de services sociaux qui auront le défi de regrouper des intervenants de milieux différents œuvrant selon des catégories de modèles différentes, doivent pouvoir rapidement permettre à leurs intervenants et partenaires de connaître et apprécier la complémentarité des diverses catégories de modèles qui déterminent la pratique des uns et des autres afin d'être en mesure de fournir la large gamme de services requis pour répondre aux besoins diversifiés de toute une population et des communautés qui la compose.

Afin de renforcer l'implantation des catégories de modèles pertinents en fonction de la réalité locale, le cadre de référence énumère les incitatifs, les conditions d'implantation et les outils supportant l'adoption de chaque catégorie de modèle.

Au-delà des éléments permettant l'élaboration d'un projet clinique cohérent et fondé sur les données probantes, la mise en œuvre du projet clinique repose sur la mobilisation de tous les intervenants et partenaires sectoriels et intersectoriels du centre de santé et de services sociaux. Le cadre de référence identifie les partenaires devant être associés au projet clinique et offre des pistes en regard de leur implication et de leur contribution attendue.

De plus, c'est à travers les pratiques professionnelles que s'actualisera le projet clinique. Dans le cadre de référence, les opportunités de susciter l'intérêt et l'adhésion des professionnels seront présentées dans une section portant sur le volet médical et pluridisciplinaire.

Enfin, l'implication des gestionnaires de tous les niveaux est essentielle à la réussite du projet. À cet effet, une section sur la gestion du changement vise à les soutenir dans les défis auxquels ils seront confrontés.

Tout en poursuivant des finalités et des objectifs communs et en partageant les mêmes approches et catégories de modèles, les projets cliniques des 95 centres de santé et services sociaux auront une couleur locale essentielle à une réponse adaptée aux besoins de la population de leur territoire. Le projet clinique en tant que démarche aura également un rythme d'implantation qui lui est propre dans chaque territoire et chaque centre de santé et services sociaux devra se doter de mécanismes de suivi et d'évaluation qui témoignent de cette réalité locale.

2) INTRODUCTION

a) UNE PREMIÈRE PHASE BIEN ENTAMÉE

Suite à l'adoption de la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, en décembre 2003, les nouvelles agences ont eu pour mission de définir et de proposer un modèle d'organisation basé sur un ou plusieurs réseaux locaux de services. En date du 23 juin 2004, le paysage institutionnel et territorial du réseau de la santé et des services sociaux s'est substantiellement modifié par la création de 95 réseaux locaux.

En février 2004, le ministère de la Santé et des Services sociaux annonçait les balises associées à leur mise en œuvre. Dès lors, il a été prévu de tenir compte, pour leur implantation, de plusieurs composantes, tant organisationnelles que cliniques, pour atteindre les objectifs ciblés d'accessibilité et de continuité de services de santé et de services sociaux.

Pour y parvenir, tel qu'indiqué au document *«L'intégration des services de santé et des services sociaux : le projet organisationnel et clinique»*, on mise sur «une meilleure intégration des services, à proximité des milieux de vie, sur l'accessibilité à une large gamme de services de première ligne et sur la mise en place de mécanismes de référence et de suivi pour assurer l'accès aux services de deuxième et de troisième lignes (spécialisés et surspécialisés)».

À l'instar d'une offre intégrée de services, deux principes fondamentaux marquent l'évolution du réseau de la santé et de services sociaux en favorisant une perspective plus large et plus globale de la planification des services : la responsabilité populationnelle et la hiérarchisation des services.

Concomitamment, une planification basée sur une gestion par programme a été récemment adoptée par le Ministère. Onze programmes ont été retenus, subdivisés en neuf programmes services et deux programmes de soutien. Parmi les programmes services, deux répondent à des besoins de l'ensemble de la population soit les programmes santé publique et de services généraux-activités cliniques et d'aide. Sept programmes s'adressent à des clientèles ayant des conditions particulières : perte d'autonomie liée au vieillissement, déficience physique, déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement, jeunes en difficulté, dépendances, santé mentale et santé physique. Le volet financier de ces programmes a fait l'objet d'une démarche distincte déterminant ainsi les activités et les contours pour le financement des services aux niveaux régional et local.

Dans le document *«L'intégration des services»*, une attention est portée à des **clientèles vulnérables** pour une action en amont des problèmes pour lesquelles elles sont à risque. Ces clientèles sont souvent issues des groupes socioéconomiquement défavorisés et de certaines communautés, dont les communautés autochtones. On identifie aussi des **clientèles particulières** pour une action coordonnée dans la prise en charge de leurs besoins. On retient : les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement, les personnes ayant des problèmes de santé mentale, les personnes atteintes de maladies chroniques, les jeunes en difficulté et les personnes nécessitant des soins palliatifs.

b) UNE DEUXIÈME PHASE À METTRE EN ŒUVRE, LE PROJET CLINIQUE

Les centres de santé et de services sociaux doivent maintenant organiser les services de santé et sociaux pour répondre aux besoins de la population de leur territoire.

Soulignons que la terminologie «projet clinique», maintenant popularisée, a été conservée tout en ne se limitant pas à sa simple définition. Elle intègre les dimensions de santé et sociales et tient compte de la diversité des interventions à offrir à une population définie.

Ainsi, les centres de santé et de services sociaux sont responsables de définir le projet organisationnel et clinique qui présente, pour le territoire :

- ❖ La vision locale, en fonction d'une connaissance de l'état de santé et de bien-être, des besoins sociosanitaires et des particularités de la population dont, entre autres, les particularités socioculturelles et linguistiques;
- ❖ L'offre de service requise;
- ❖ Les modes d'organisation et les contributions convenues avec les différents partenaires;

et ce, en cohérence avec les orientations ministérielles et régionales, dans le respect des standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience alors reconnus ainsi que des ressources disponibles.

Ils doivent, de plus, mobiliser et assurer la participation des professionnels, des acteurs du réseau sociosanitaire et des autres ressources du territoire à la définition du projet organisationnel et clinique.

Le centre de santé et de services sociaux a donc une double responsabilité : élaborer un projet clinique pour son territoire et favoriser la collaboration avec tous ses partenaires pour son élaboration et sa mise en oeuvre. À ce titre, la participation des usagers et de la population est aussi nécessaire pour influencer la prise de décision en matière d'organisation des services de santé et sociaux.

Deux **composantes fondamentales** sont essentielles pour guider la planification du projet clinique, soit de :

- ❖ Passer d'une logique de production de services à une logique visant à améliorer la santé et le bien-être de sa population, c'est-à-dire de tenir compte des besoins de santé et de bien-être de toute la population et non uniquement des clientèles de chaque organisation pour ajuster l'offre de service et l'allocation des ressources du réseau local;
- ❖ Travailler en réseau intégré de services avec les divers partenaires sectoriels et intersectoriels du réseau local et en lien avec les niveaux régional et provincial.

Ces composantes ne sont pas en soi récentes. Elles s'inscrivent en réponse au courant évolutif de la démographie, de l'émergence d'une société pluraliste et des nouvelles réalités sociales, sanitaires, technologiques, pharmaceutiques, informationnelles et économiques.

Elles sont soutenues par les **fondements** suivants :

- ❖ Une compréhension que la santé des populations n'est plus uniquement l'absence de maladie. Elle est tributaire de divers facteurs : biologiques, culturels, environnementaux, habitudes de vie, psychosociaux, services de santé;
- ❖ Une planification des soins et des services basée sur l'identification des besoins de santé et de bien-être prioritaires et la détermination des interventions les plus efficaces appuyées sur des données probantes ou des consensus d'experts;
- ❖ Une offre de service locale qui repose sur :
 - des soins et des services offerts en contexte d'interdisciplinarité;
 - des soins et des services globaux comprenant la promotion-prévention de la santé et du bien-être, le diagnostic, les interventions ou traitements, le suivi, l'adaptation et le soutien à l'intégration sociale, la réadaptation et le soutien en fin de vie;
 - des soins et des services sans rupture centrés sur les personnes, en tenant compte aussi des groupes vulnérables;
 - des soins et des services qui visent la prise en charge par la personne de sa santé;
 - des soins et des services qui utilisent de façon pertinente et efficiente les technologies appropriées.

Tous les acteurs sont inévitablement interpellés à s'adapter à ces nouveaux environnements et à résolument s'y inscrire avec modernité et proaction.

Depuis quelques années, plusieurs initiatives ont témoigné de cette volonté d'adaptation à l'évolution de l'environnement. Des régions ont innové soit par des modèles intégrateurs d'organisation de services ou des initiatives spécifiques sur l'une ou l'autre des composantes cliniques, organisationnelles ou informationnelles.

On a pu ainsi constater diverses démarches valorisant, soit :

- ❖ Une mobilisation des cliniciens pour des soins et des services plus coordonnés autour de clientèles vulnérables ou de problématiques spécifiques visant une meilleure réponse aux besoins et un accompagnement des personnes par un travail interdisciplinaire;
- ❖ Des approches en réseau de services et avec d'autres secteurs d'activité;
- ❖ Des projets de développement des ressources ou de systèmes informationnels.

Sans être exhaustif, on peut citer la mise en œuvre de modèles de soins intégrés pour les personnes en perte d'autonomie en Mauricie et Centre-du-Québec, en Montérégie, en Estrie ou à Montréal avec l'expérimentation de SIPA (Système Intégré pour les Personnes Âgées), des modèles de collaboration au Bas-Saint-Laurent, des modes de coordination axés sur les trajectoires de soins et services comme la Programmation régionale des services ambulatoires à Laval (PRSA), des suivis systématiques portant sur des maladies chroniques.

Maintenant, ce qui est nouveau et mobilisateur, c'est la légitimité, pour le centre de santé et de services sociaux, de dégager une logique d'intervention commune et cohérente pour endosser une responsabilité populationnelle. Le défi réside dans l'articulation de divers modes de prestation de soins et de services en fonction des besoins de santé et de bien-être d'une population définie. Les centres de santé et de services sociaux et leurs conseils d'administration auront à innover pour offrir des services individuels mais aussi pour assurer la mise en place d'actions collectives visant à garantir un continuum d'interventions auprès de la population.

Le présent document vise à servir de cadre de référence. Il a été conçu pour supporter les centres de santé et de services sociaux dans le leadership qu'ils devront exercer dans l'élaboration et la mise en œuvre du projet clinique et la mobilisation des partenaires.

À cet effet, d'entrée de jeu, il convient de préciser que le cadre retenu ne remet nullement en question l'application des textes législatifs balisant les mandats et responsabilités des divers intervenants ou établissements. Par exemple, de façon non exhaustive, continueront de s'appliquer la Loi de la protection de la jeunesse, la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents, les dispositions du Code civil en matière d'adoption, les dispositions de la loi garantissant l'accès à des services en langue anglaise et celles favorisant l'accès à des services dans une autre langue que le français ou l'anglais, les disposition garantissant la confidentialité et la protection des renseignements personnels etc.

De plus, il importe de souligner que la notion de population largement utilisée dans ce document implique également de considérer les communautés qui la compose et de tenir compte de leurs caractéristiques socioculturelles, ethnoculturelles et linguistiques dans la réponse aux besoins de santé et de bien-être. De même, la notion de bien-être doit être comprise comme incluant la prise en compte des besoins psychosociaux. Enfin, il importe de préciser que la réponse aux besoins ne peut se dissocier de la nécessité de considérer les attentes. La réponse aux besoins signifie que le centre de santé et services sociaux pourra traduire le portrait qu'il fera des besoins de sa population en objectifs d'amélioration de la santé et du bien-être pour la mise en œuvre de son projet clinique.

Le cadre de référence vise, en tenant compte des programmes services et des orientations déjà annoncées, à préciser les constituants essentiels du projet clinique pour en encadrer l'élaboration. Il se veut un complément des alignements proposés dans le document «L'intégration des services», le document sur les ententes de services, et les travaux sur les responsabilités des établissements à vocation régionale. Il repose sur l'utilisation de données probantes et sur une volonté de respecter la cohérence entre les diverses balises concernant l'intégration structurelle, fonctionnelle et clinique. Afin de simplifier le texte la terminologie services spécialisés et services surspécialisés a été utilisée. En concordance avec les autres documents du MSSS, les services spécialisés réfèrent généralement aux services de deuxième ligne et les services surspécialisés aux services de troisième ligne.

Le chapitre 3 expose les finalités, la définition et la logique du projet clinique. Ensuite, aux chapitres 4, 5, 6 et 7, sont exposés les objectifs poursuivis, les mécanismes et les approches retenus pour soutenir une prise de décision éclairée permettant l'atteinte des objectifs en tenant compte des réalités locales. Par la suite, au chapitre 8, des modèles seront décrits avec leurs enjeux d'implantation. Cette section s'adresse particulièrement aux cliniciens dans ce qui les touche directement, soit l'organisation des pratiques professionnelles. S'enchaîneront, aux chapitres 9, 10 et 11, les outils, les mécanismes de suivi et les partenaires du projet clinique. Le chapitre 12, le soutien à l'implantation est consacré au volet médical et pluridisciplinaire du projet clinique. Finalement, au chapitre 13, des éléments de gestion du changement seront énoncés pour faciliter la mise en chantier de cette importante phase d'évolution du système de santé et de services sociaux.

3) LE PROJET CLINIQUE

a) LES FINALITÉS ET PRINCIPES

Le projet clinique est conçu pour contribuer aux finalités d'amélioration de la santé et du bien-être de la population et d'assurer l'accès à des services intégrés. Le projet intègre deux principes : la responsabilité populationnelle et la hiérarchisation des services.

La responsabilité populationnelle signifie que les intervenants qui offrent des services à la population d'un territoire local amenés à partager collectivement une responsabilité envers cette population, 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 et des communautés qui la compose.

Le principe 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 intervenants. Ces mécanismes touchent non seulement les références entre la première et la deuxième ligne mais également les références entre la deuxième ligne et les services surspécialisés de troisième ligne. Une meilleure accessibilité sera assurée par les ententes et corridors de services établis entre les dispensateurs. Cela implique la mise en place de mécanismes bidirectionnels assurant la référence mais aussi la planification du retour de la personne dans son milieu de vie. Le centre de santé et de services sociaux a donc l'obligation de référer les personnes aux services requis et de rediriger celles-ci à un autre endroit pour qu'elles obtiennent réponse à leurs besoins lorsque le service n'est pas disponible en respectant les droits des personnes, les normes éthiques et les standards de pertinence et d'accès reconnus.

Les outils utilisés pour supporter la hiérarchisation doivent être adaptés en fonction de leur pertinence à répondre aux besoins. Par exemple, pour certaines problématiques sociales la co-intervention via un plan de services est souvent mieux adaptée qu'un mécanisme séquentiel de référence.

Le projet clinique s'inscrit aussi dans une logique d'intégration et de cohérence. D'abord une logique **d'intégration verticale** qui vise à corriger les problèmes d'accès à l'expertise requise en temps opportun par l'établissement de programmes et de mécanismes de hiérarchisation. L'intégration verticale réfère à la capacité d'articuler la réponse à la totalité des besoins d'une personne allant de la prévention au soutien de fin de vie pour une pathologie ou une problématique précise, impliquant un lien entre tous les niveaux de service. D'ailleurs les modes de financement annoncés viennent supporter cette intégration.

Ensuite, une **logique d'intégration horizontale** qui tend à corriger les problèmes de continuité de par l'offre d'une large gamme de services continus et complémentaires. C'est dans cette logique que l'on retrouve la notion de globalité. L'intégration horizontale vise la capacité d'articuler une réponse à la totalité des besoins d'une personne pour toutes les problématiques auxquelles elle est confrontée impliquant une nécessaire coordination entre tous les niveaux. Elle permet, entre autres, d'améliorer les interventions auprès des personnes présentant des co-morbidités. Cette dimension est moins explicite dans le document «L'intégration des services», au niveau des moyens, et le présent document s'y attarde de façon plus spécifique.

b) LA DÉFINITION

Le projet clinique du réseau local réfère à une **démarche** qui vise à répondre aux besoins de santé et de bien-être de la **population** du territoire à partir de divers **modes de prestation** de services **adaptés** aux réalités locales, **articulés** entre eux et qui **englobent** l'ensemble des interventions relatives à la promotion-prévention de la santé et du bien-être, le diagnostic, les interventions ou traitements, le suivi, l'adaptation et le soutien à l'intégration sociale, la réadaptation et le soutien en fin de vie. Il tient compte du rôle et des responsabilités des acteurs sectoriels et intersectoriels et du potentiel de **contribution** des divers acteurs. Il suppose que les divers interlocuteurs se rendent **imputables** des services qu'ils offrent aux individus et à la population et des ressources mises à leur disposition.

Concrètement, le projet clinique consiste à :

- ❖ Établir le portrait des besoins de santé et de bien-être de la population du territoire à l'aide d'indicateurs permettant d'établir notamment les profils démographiques, socio-économiques, sociosanitaires, d'utilisation des services;
- ❖ Inventorier les ressources et services actuellement disponibles pour répondre à ces besoins;
- ❖ Analyser les écarts à combler pour rencontrer les objectifs d'accès, de continuité et de qualité;
- ❖ Identifier les modèles cliniques et les collaborations fructueuses déjà implantés qu'il faut maintenir et renforcer;
- ❖ Choisir, s'il y a lieu, d'autres modèles à intégrer pour combler les écarts dans l'atteinte des objectifs retenus;
- ❖ Préciser les éléments de l'offre de service et les paramètres devant être contenus dans les ententes de services;
- ❖ Préciser les rôles et les responsabilités des acteurs;
- ❖ Articuler les programmes services avec l'ensemble des services offerts;
- ❖ Assurer le suivi des impacts sur les services et sur la santé et le bien-être de la population.

c) LA LOGIQUE

Partant du principe que les besoins en matière de promotion-prévention de la santé et du bien-être, les conditions cliniques ou les problèmes sociaux différents demandent des modes d'intégration variés et un degré différent de spécialisation, le projet clinique s'inscrit dans une démarche qui favorise la hiérarchisation des services et l'emploi de modèles diversifiés. Aucun modèle unique et intégrateur ne peut soutenir l'ensemble des objectifs visés par la transformation actuelle. En conséquence, une série de modalités d'organisation et de prestation de services, devra être adoptée pour couvrir de façon appropriée et efficiente la large gamme de services proposés. Ces modalités incluent les programmes services et les modèles cliniques ayant des visées complémentaires inscrits dans une logique populationnelle cohérente et intégrée en faveur de la santé et du bien-être de la population.

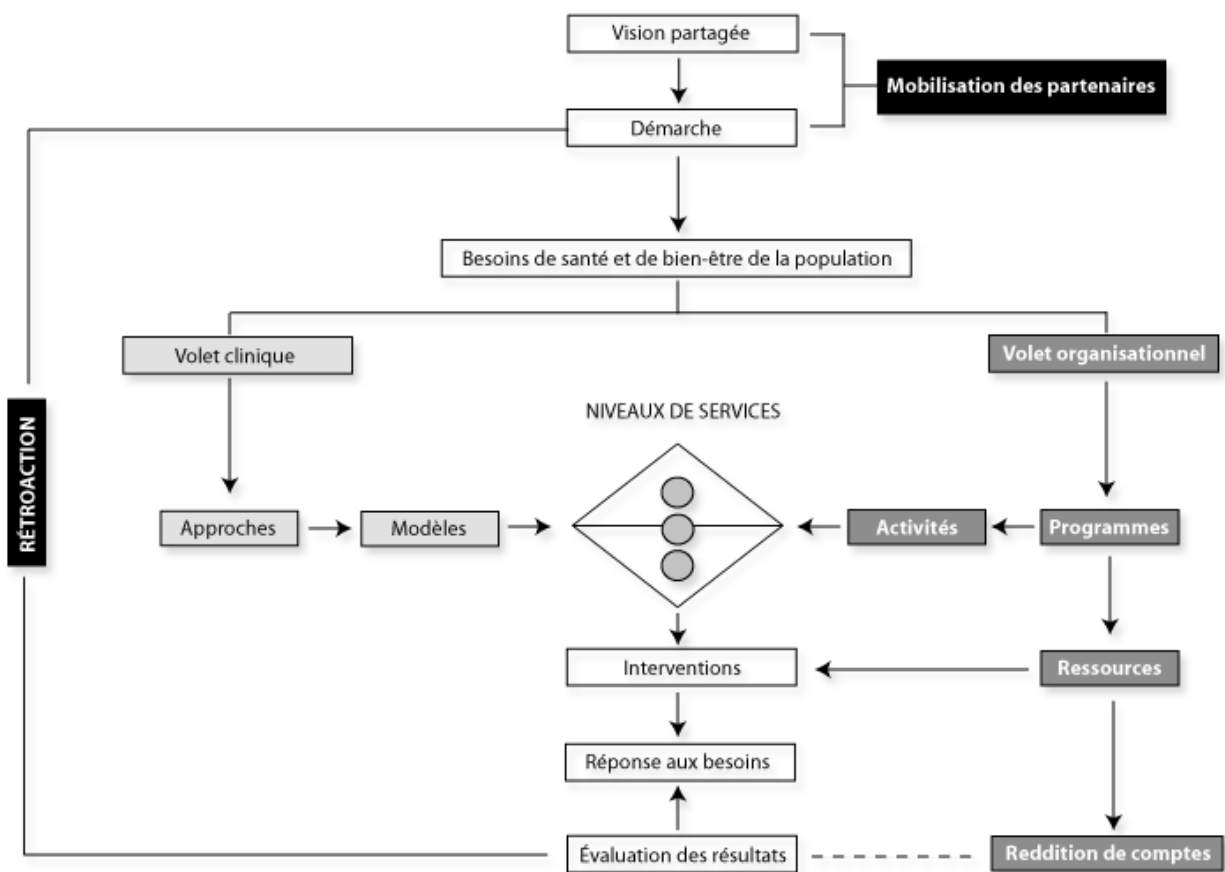
Le projet clinique est une démarche englobante qui permet la rencontre des volets cliniques et organisationnels. Le projet clinique repose sur une vision qui implique de prendre en compte les besoins de santé et de bien-être de la population et des diverses catégories de clientèles du territoire défini pour guider l'allocation des ressources. Le document «L'intégration des services» a précisé **le volet organisationnel qui oriente les modalités d'organisation des services et des ressources.** On y cite les programmes services qui sont définis dans le document « *Les programmes services et les programmes soutien* ». Les programmes services désignent un ensemble de services ou d'activités organisé dans le but de répondre aux besoins de la population en matière de santé et de services sociaux ou, encore, aux besoins d'un groupe de personnes qui partagent une problématique commune. Ils poursuivent les buts d'orienter l'organisation des services, de fournir un cadre intégrateur pour préciser les politiques et orientations, l'allocation des ressources financières, les cibles de résultats et la reddition de comptes. Ils délimitent les standards d'accès et de qualité et les niveaux de ressources.

Dans le **volet clinique**, les intervenants interagissent avec la population et les clientèles selon des approches et divers modèles qui conditionnent leurs pratiques. L'exercice de la pratique professionnelle devient le levier d'une intégration clinique qui permet d'agir en transversalité entre le programme service. **Il s'agit des modalités de réponse aux besoins qui font l'objet du présent cadre de référence.**

La rencontre des volets organisationnels et cliniques s'effectue par le biais des interventions, allant de la promotion-prévention de la santé et du bien-être au soutien en fin de vie, peu importe le lieu de prestation. Il en résulte une prestation d'interventions en adéquation avec les besoins de la population et des clientèles. L'évaluation des résultats est essentielle pour témoigner de l'impact sur la santé et le bien-être de la population et de l'évolution du projet. La mobilisation des partenaires supporte l'élaboration et la mise en œuvre du projet clinique.

La figure 1 présente la logique où les éléments clés de la figure seront décrits dans les pages qui suivent.

FIGURE 1 : LE PROJET CLINIQUE AU COEUR DE LA RESPONSABILITÉ POPULATIONNELLE



Besoins de santé et de bien-être

La réponse aux besoins de santé et de bien-être doit être considérée à deux niveaux soit au niveau de la population dans son ensemble et au niveau des clientèles ayant recours aux services de santé et services sociaux. Parmi les clientèles qui ont recours aux services, le Ministère utilise la terminologie suivante : population générale, clientèles vulnérables et clientèles particulières. Dans la catégorie de la population générale, il s'avère utile, d'un point de vue clinique, de distinguer la réponse à des besoins ponctuels aigus et la réponse aux besoins engendrés par une problématique chronique mais stable qui requière un suivi à intervalle fixe de faible niveau de complexité. Ainsi, les profils de la population générale se distinguent de ceux des clientèles vulnérables qui ont des besoins de maintien ou d'amélioration de la santé et de bien-être nécessitant des actions spécifiques et de ceux des clientèles particulières qui ont des besoins multiples, interreliés ou concomitants nécessitant des services continus et souvent intensifs.

Pour toute la population

Dans un premier temps, en amont de l'utilisation des services cliniques et d'aide sur une base individuelle ou de groupe, il y a les services et interventions de santé publique destinés à toute la population. Ces services et interventions sont précisés dans le Programme national de santé publique (PNSP), les plans régionaux (PAR) et locaux (PAL). On y retrouve notamment des activités de promotion (par exemple des campagnes sociétales sur les habitudes de vie), de prévention, de protection (par exemple les mesures de lutte contre les maladies infectieuses) et de surveillance continue de l'état de santé de la population (par exemple les activités menant à la réalisation d'un portrait de l'état de santé). Ces activités s'exercent soit dans les services généraux ou de santé publique ou bien elles représentent des interventions ou des stratégies qui font appel à l'expertise spécialisée de santé publique.

Pour les clientèles, quatre profils sont identifiés : Les personnes de la population générale en santé et ayant des besoins ponctuels et nécessitant des soins aigus, les clientèles vulnérables ou certaines personnes de la population générale présentant des risques particuliers de problèmes de santé ou sociaux, les personnes de la population générale ayant une pathologie chronique généralement stable, les clientèles particulières ayant une problématique de santé ou sociale complexe ou de multiples problématiques nécessitant de la réadaptation ou de l'intégration sociale. ***Ces profils ont été établis sur la base des besoins des personnes et de la complexité de la réponse à leur fournir. Ces profils ne sont pas mutuellement exclusifs :***

Ainsi, une personne, selon l'évolution de sa condition, peut se retrouver dans l'un ou l'autre de ces profils. Par exemple, une personne avec une déficience physique se retrouve normalement dans le profil des clientèles particulières ayant des problématiques complexes. Toutefois, cette personne aura également des problèmes ponctuels de santé tel que décrit dans le profil de la population générale. Elle pourra aussi être à risque de problèmes de santé et de problèmes sociaux ou avoir une maladie chronique tel que décrit dans les profils de clientèles vulnérables et de la population générale ayant une condition stable.

- a) Les personnes de la population générale en santé et ayant des besoins ponctuels et nécessitant des soins aigus.

Cette clientèle bénéficiera habituellement des services généraux qui incluent des services préventifs (dépistage, counselling, immunisation), des services cliniques et d'aide et, occasionnellement, des services spécialisés ou surspécialisés. Par exemple, des consultations pour un bilan de santé et occasionnellement pour un problème aigu comme une infection ou une lésion secondaire à un accident.

L'enjeu principal pour cette clientèle est l'amélioration de l'accessibilité.

L'enjeu principal pour cette clientèle est l'amélioration de l'accessibilité et de la continuité.

- b) Les personnes de la population générale ayant une pathologie chronique généralement stable.

Cette clientèle bénéficiera habituellement des services généraux qui incluent des services préventifs et des services cliniques et d'aide au besoin, de services spécifiques et de services spécialisés ou surspécialisés lors du débalancement de sa condition, comme cela peut être le cas, par exemple, pour une personne asthmatique ou diabétique.

L'enjeu principal pour cette clientèle est l'amélioration de la qualité et de la continuité.

- c) Les clientèles vulnérables ou certaines personnes de la population générale présentant des risques particuliers de problèmes de santé ou sociaux.

Cette clientèle bénéficiera habituellement des services généraux qui incluent des services préventifs et des services cliniques et d'aide et occasionnellement des services spécialisés ou surspécialisés. Par exemple, des interventions ciblant des facteurs de risque tels : hypertension artérielle (HTA), hypercholestérolémie, une histoire familiale de cancer du sein ou des interventions auprès de personnes ayant une problématique sociale dont : la négligence familiale, la pauvreté, l'isolement, l'absence de support d'un réseau d'aidants, la présence de barrières linguistiques.

- d) Les clientèles particulières ayant une problématique de santé ou sociale complexe ou de multiples problématiques nécessitant de la réadaptation ou de l'intégration sociale

Cette clientèle bénéficiera généralement des services spécifiques pour le maintien dans son milieu de vie et de services spécialisés ou surspécialisés soit pour lui permettre d'acquérir de l'autonomie, soit lors du débalancement de sa condition ou de l'aggravation de sa situation. Par exemple, une personne qui requière des services spécialisés de réadaptation et de soutien à domicile, ou une personne ayant une problématique de santé mentale doublée d'un problème de toxicomanie, une personne déficiente intellectuelle ou souffrant de troubles envahissants du développement (TED), ou encore des jeunes en troubles de comportement et affectés de problèmes connexes (santé mentale, toxicomanie etc.).

L'enjeu principal pour cette clientèle est l'amélioration de la qualité, de la globalité et de la continuité. Il y a aussi un enjeu d'accessibilité pour ces clientèles, notamment pour la réponse à des besoins ponctuels pour des problèmes autres que les problématiques pour lesquelles elles reçoivent des services sur une base régulière.

Les approches et les modèles cliniques

Pour supporter les finalités d'amélioration de la santé et du bien-être et l'intégration clinique, trois approches sont retenues : par programme, populationnelle et communautaire. Ces approches sont présentées au chapitre 7.

Six modèles ont été privilégiés : centrés sur la personne, de soins et services coordonnés, les modèles communautaires, les modèles de gestion de la maladie (disease management), de soins et services intégrés et de collaboration. Ces modèles seront décrits au chapitre 8. *Il convient d'entrée de jeu d'indiquer que le terme « modèle centré sur la personne » n'est pas identique à son appellation d'origine. Ce modèle, utilisé tant pour les interventions en santé qu'en services sociaux porte le nom « patient-oriented » dans la littérature scientifique.*

Les activités, les services, les ressources et les programmes

Les services doivent couvrir une large gamme d'activités allant de la promotion-prévention, au diagnostic, au traitement, au suivi, à l'adaptation, à la réadaptation, au soutien à l'intégration sociale et au soutien en fin de vie.

Le document «L'intégration des services» précise les services devant être offerts :

- ❖ Des interventions de santé publique pour la population et pour les clientèles vulnérables;
- ❖ Des services généraux médicaux, sociaux et communautaires destinés à l'ensemble de la population et dont le caractère est généralement ponctuel;
- ❖ Des services spécifiques destinés aux clientèles particulières dont la caractéristique est qu'ils servent principalement à soutenir les personnes qui vivent dans leur communauté et qui, la plupart du temps dans le cadre d'un plan de service individualisé, doivent recevoir à moyen ou long terme, de façon continue et souvent intensive, des services qui leur sont propres. Ces services répondent à des besoins souvent complexes, interreliés et concomitants. Ils visent également à soutenir l'adaptation, l'intégration et la participation sociale;
- ❖ Des services d'hébergement;
- ❖ Des services spécialisés et surspécialisés dont la caractéristique est qu'ils répondent à des besoins aigus, intenses, persistants ou chroniques, dont la nature est complexe ou découlent d'une incapacité significative et persistante.

Les ressources mises en cause dans l'élaboration du projet clinique sont les ressources humaines, matérielles et financières. Les ressources informationnelles sont à la fois des ressources de support essentielles au volet organisationnel et des outils majeurs de la mise en œuvre des modèles cliniques.

Les programmes services actuels constituent des modalités pour organiser les services et les ressources. Ces programmes représentent les maillons qui supportent l'intégration structurelle et fonctionnelle. Ainsi, la reconnaissance explicite de clientèles prioritaires et l'attribution de programmes services à des clientèles particulières, de même que la mise en place de programmes comme les programmes nationaux, régionaux et locaux de santé publique représentent des éléments du projet clinique. Ces programmes, par leur lien direct avec les modalités de financement déterminent le niveau de ressources. Ils fournissent aussi la liste des activités à inclure.

La reddition de comptes et l'évaluation

Dans le suivi du projet clinique, il faudra se conformer aux exigences de la reddition de comptes où les programmes établissent des cibles de résultats et permettent d'encadrer la constitution des ententes. Par ailleurs, il faut tendre aussi vers l'évaluation des résultats des interventions pour témoigner de l'atteinte des objectifs et fournir une rétroaction sur l'évolution du projet clinique. Ainsi, tant la reddition de comptes que les analyses d'implantation et des effets sont des intrants importants qui contribuent également à l'appréciation des résultats sur les clientèles et sur l'amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population. Pour rendre compte des résultats, les agences aussi bien que les centres de santé et de services sociaux doivent considérer le développement d'indicateurs permettant de témoigner des éléments de résultats obtenus dans la réponse des besoins spécifiques de leur population.

La mobilisation des partenaires

De manière générale, toutes les organisations doivent contribuer à une mobilisation de leurs intervenants pour concrétiser l'esprit de partenariat qui caractérise l'évolution proposée.

De manière spécifique, le centre de santé et de services sociaux doit établir des ententes avec ses partenaires afin d'assurer la gamme de services requise pour sa population. Les ententes sont un mécanisme convenu entre deux organisations pour l'accompagnement des personnes et la prise en charge d'un continuum de services ainsi que la mise en place de corridors de services bidirectionnels et fonctionnels entre les organisations et les professionnels. Elles seront aussi une opportunité pour traduire les objectifs communs. En effet, elles peuvent, entre autres, favoriser le dialogue sur la standardisation des normes cliniques et administratives.

Les services ne seront pas tous dispensés par le centre de santé et de services sociaux. Sauf en ce qui concerne l'assurance de la qualité que le centre de santé et de services sociaux doit exercer sur les ressources privées auxquelles il réfère, le centre de santé et de services sociaux n'assumera donc pas de supervision directe sur les interventions de ses partenaires. En conséquence, le projet clinique est tributaire d'une mobilisation des intervenants et des gestionnaires autour de valeurs et croyances communes, sur la base d'une vision partagée, pour favoriser l'adaptation des pratiques aux réalités locales et régionales. La mise en œuvre résultera de collaborations entre les intervenants du réseau local, les intervenants des services spécialisés et les intervenants œuvrant dans les organisations du réseau de la santé et des services sociaux et intersectoriels à l'extérieur du réseau local. Pour réussir à atteindre les objectifs en matière de mobilisation des partenaires, de développement d'un langage commun et d'une vision partagée, il faudra une animation planifiée tout au long de l'implantation du projet clinique. On trouvera, au chapitre 11, les rôles des partenaires du projet clinique.

4) HARMONISER UN LANGAGE COMMUN POUR UNE VISION PARTAGÉE

On ne peut gérer la complexité avec des solutions simples. Il faut éviter le piège de la recette et de l'anecdote. Pour tendre vers un système plus ouvert, imputable et fondé sur les données probantes, les objectifs, les priorités et les contraintes doivent être connus et partagés.

Les écrits scientifiques récents concernant le transfert des connaissances, l'établissement de priorités dans la prise de décision et le changement organisationnel nous indiquent la nécessité d'assurer une rigueur et une transparence dans les discussions avec tous les acteurs. Ainsi, harmoniser un langage commun autour d'une compréhension partagée de la signification des objectifs, des mécanismes et des moyens retenus est essentiel. Pour cibler les éléments clés de la construction du projet clinique, un cadre de discussion entre les partenaires impliqués est utile pour favoriser l'alignement des mécanismes, des approches, des modèles et des outils pour l'atteinte des objectifs.

La section suivante propose les objectifs, les mécanismes et les moyens prometteurs pour guider les centres de santé et de services sociaux dans les choix à exercer pour articuler le volet clinique avec le volet organisationnel afin d'atteindre les résultats escomptés.

a) **LES OBJECTIFS À ATTEINDRE**

Ainsi, à partir des finalités d'amélioration de la santé et du bien-être et d'offre de service intégré, des objectifs doivent guider l'action. C'est sur l'atteinte des objectifs que repose l'action. Huit objectifs sont généralement considérés, soit : l'accessibilité, la continuité, la globalité, la qualité, la satisfaction ou réactivité, l'équité, l'efficacité et le contrôle des coûts. **Il a déjà été convenu que le potentiel d'amélioration de l'organisation des soins et services pour servir les finalités mises de l'avant dans le processus d'évolution du réseau serait concrétisé davantage par les objectifs d'accessibilité et de continuité. Pour favoriser le projet clinique l'objectif de la qualité doit aussi être retenu.**

b) **LES MÉCANISMES : DES MOYENS D'Y PARVENIR**

Les objectifs sont supportés par divers mécanismes. Un mécanisme est un moyen mis en œuvre pour supporter un objectif afin d'atteindre un fonctionnement d'ensemble. La cohérence des mécanismes disponibles doit être regardée en fonction des objectifs retenus. Cinq mécanismes sont généralement considérés : la standardisation, la coordination, la compétition, la coopération et l'imputabilité. **Outre la standardisation déjà identifiée dans le document «L'intégration des services», la coordination doit être adoptée pour potentialiser l'atteinte des buts fixés.**

c) **LES APPROCHES : UN ANGLE DE PRISE**

Des approches ont été sélectionnées en lien avec les objectifs poursuivis et les mécanismes utilisés. Une approche est une démarche permettant d'arriver aux résultats fixés, elle traduit la manière d'aborder l'action. Une combinaison d'approches forme divers modèles. Les approches servent de base pour fixer le choix des modèles cliniques.

Treize approches sont généralement considérées, soit : des soins intégrés, de hiérarchisation, par programme, centrée sur la personne, d'équipes multi inter ou transdisciplinaires, de responsabilisation de la personne, normative, professionnelle, administrative de responsabilisation des professionnels, administratives de structure, populationnelle, communautaire et holistique. **Outre l'approche par programme, les approches populationnelle et communautaire sont retenues pour soutenir la vision et la concrétisation des nouvelles responsabilités des centres de santé et de services sociaux.**

d) LES MODÈLES : DES FAÇONS DE FAIRE

Suite à ces choix, une série de modèles permettent d'envisager la façon dont seront rendus les soins et services. Les modèles sont des représentations des processus et résultent de l'opérationnalisation d'une ou plusieurs approches. Il faut noter que la terminologie employée pour décrire les modèles est souvent identique à celle employée pour décrire des outils.

Onze catégories de modèles génériques sont généralement considérés en fonction de leur cohérence vis-à-vis des objectifs, mécanismes et approches retenues. Ces catégories sont les modèles centrés sur la personne: de soins et services intégrés, de soins et services coordonnés, de collaboration, populationnels, de gestion de cas, de gestion des résultats, de gestion des soins (managed care), de gestion de la maladie (disease management), communautaires, de soins primaires et centrés sur la personne.

Il a été convenu que, pour répondre à l'ensemble des besoins de santé et de bien-être de la population d'un territoire local, six catégories de modèles complémentaires sont appropriées. Ces catégories sont les modèles centrés sur la personne, les modèles de soins et services coordonnés, les modèles communautaires, les modèles de gestion de la maladie (disease management), les modèles de soins et services intégrés et les modèles de collaboration.

Pour mieux comprendre la démarche qui a guidé les choix du comité, ou obtenir des données probantes supplémentaires sur les concepts ou autres éléments décrits dans ce cadre de référence, le lecteur pourra se référer au document de support disponible, sur demande.

5) LES OBJECTIFS POURSUIVIS PAR LE PROJET CLINIQUE

La création des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux supporte une vision qui tend à rapprocher davantage les services de la population et à faciliter le cheminement des personnes dans le réseau. Une amélioration constante de l'accessibilité, de la continuité et de la qualité permettra de concrétiser cette vision.

a) ACCESSIBILITÉ

L'accessibilité est un concept comprenant plusieurs dimensions soit géographique, d'optimisation des mécanismes de référence, de proximité, la dimension temporelle, d'entrée dans le système de soins, de réduction des inégalités et d'acceptabilité. La dimension de l'acceptabilité implique que les caractéristiques de la population et des communautés (culturelles, linguistiques etc.) qui la compose soient prises en compte dans la réponse aux besoins.

Outre la disponibilité d'une large gamme de services allant de la promotion-prévention de la santé et du bien-être au soutien en fin de vie, les centres de santé et de services sociaux devront considérer d'autres dimensions de l'accessibilité aux services. Le document «L'intégration des services» stipule l'établissement d'un guichet d'accès déterminé avec un centre de santé et de services sociaux pour toutes les clientèles et le respect du choix du médecin de famille par la personne. Les centres de santé et de services sociaux devront, à l'intérieur de leur projet clinique, cibler des actions plus particulièrement autour de la notion de proximité et du principe de hiérarchisation. De plus, selon leurs réalités, ils devront, avec souplesse, favoriser l'accès pour répondre à des problématiques spécifiques. L'amélioration de l'accès implique également que les partenaires des centres de santé et de services sociaux, dans le cadre de la mission qui leur est conférée par la loi, assument une responsabilité partagée eu égard à cet objectif.

La notion de proximité implique d'accroître la disponibilité des services le plus près possible de la population du territoire mais réfère aussi à la présence des acteurs et partenaires locaux pour soutenir la concertation, la planification locale et l'action intersectorielle. Cela signifie d'offrir sur le territoire local une large gamme de services de première ligne, un maximum de services sociaux, de santé et de réadaptation, spécialisés, déconcentrés sur le territoire local, un accès pertinent et rapide vers les services spécialisés et surspécialisés requis à l'extérieur du territoire local, ainsi que la mise en place d'une procédure de suivi et de renouvellement des ententes de services. Cela suppose aussi une disponibilité adéquate en volume et en diversité des ressources humaines.

En matière d'accessibilité, les centres de santé et de services sociaux sont responsables :

- ❖ D'offrir des services et de déployer des interventions de santé publique pour l'ensemble de la population et pour certaines clientèles plus vulnérables, de proposer et mettre en œuvre le plan d'action local en santé publique;
- ❖ De rendre disponible une gamme équilibrée de services généraux et spécialisés destinés à l'ensemble de la population, de l'adapter pour en faciliter l'accès aux clientèles particulières et ce, selon les orientations régionales et nationales;
- ❖ D'accueillir et de diriger les personnes et leurs proches vers les services de santé et les services sociaux pertinents;
- ❖ D'assurer l'accès aux services et le suivi des listes d'attente.

b) CONTINUITÉ

La continuité s'établit à différents niveaux, soit avec un même intervenant, une même équipe ou une même organisation. Elle implique le passage sans rupture entre les différents niveaux de services et entre les différentes organisations. Ainsi, toutes les organisations ont une responsabilité à la fois propre et partagée pour favoriser la continuité.

La continuité englobe l'idée d'une relation à long terme. Elle est basée sur une relation de confiance qui permet d'intégrer la gestion des problématiques complexes avec l'environnement général de la personne. C'est la pierre angulaire des soins primaires. Elle est requise pour la prise en charge des maladies chroniques et le maintien de la santé et du bien-être. Elle est essentielle aux clientèles particulières pour leur soutien et leur cheminement dans le continuum de services. Elle est moins nécessaire en soins aigus même si les événements sont mieux interprétés et traités en ayant en tête la globalité des besoins de la personne.

Pour favoriser la continuité, les centres de santé et de services sociaux sont responsables de s'assurer que l'ensemble des services requis pour la population du territoire soit coordonné et pour ce faire :

- ❖ De prendre en charge, d'accompagner et de soutenir les personnes en vue d'assurer la continuité entre les différents épisodes de soins et d'interventions sociales requis à l'intérieur du réseau de la santé et des services sociaux, et ce, plus spécifiquement pour les personnes ayant des besoins particuliers et plus complexes;
- ❖ Définir et mettre en place des mécanismes de référence et des mécanismes de transfert entre les dispensateurs de services;
- ❖ Instaurer la démarche, mettre en place des mécanismes ou conclure des ententes avec les différents dispensateurs de services, qui préciseront les responsabilités réciproques en vue d'améliorer la continuité des services en fonction de résultats ciblés.

c) QUALITÉ

La qualité est au cœur des préoccupations de tous les intervenants et de toutes les organisations. Il est donc de la responsabilité de chacun de veiller à une offre de service de qualité selon son niveau d'action. Toutes les organisations demeurent imputables des services qu'elles offrent selon le mandat qui leur est confié dans la loi.

La qualité est aussi un concept à plusieurs dimensions. Ainsi, la *qualité technique* réfère à la prestation de services sécuritaires et donnés par du personnel compétent. Pour rendre compte de cette dimension, on fait généralement l'examen des qualifications et l'analyse des études scientifiques concernant les effets des interventions.

Elle fait aussi référence à la *pertinence* des interventions offertes par les intervenants évitant ainsi la sur ou la sous-utilisation. Pour rendre compte de cette dimension, on s'assure que la bonne intervention est rendue au bon moment et à la bonne personne.

La qualité a aussi une *dimension normative* qui implique le respect par les intervenants des normes professionnelles et l'application des meilleures connaissances disponibles. Pour rendre compte de cette dimension on peut, par exemple, faire appel aux processus d'amélioration continue de la qualité.

Elle comporte également une *dimension qualitative* qui fait référence aux qualités personnelles et relationnelles des intervenants qui permet l'atteinte chez la personne de hauts niveaux d'observance aux objectifs du plan de suivi et de satisfaction. Pour rendre compte de cette dimension, la participation de la population en général et des usagers en particulier à l'évaluation des services est requise.

En matière de qualité, les centres de santé et de services sociaux sont responsables :

- ❖ D'adopter une stratégie d'amélioration continue de la qualité des services mettant à contribution les professionnels, les personnes desservies et la population;
- ❖ D'établir les collaborations intersectorielles en vue d'agir sur les déterminants de la santé et ajuster l'offre de service à rendre à la population;
- ❖ De recourir à diverses modalités pour informer la population, la mettre à contribution et connaître sa satisfaction à l'égard de l'organisation des services et des résultats obtenus;
- ❖ De désigner un gestionnaire responsable d'assurer la qualité dans les milieux de vie où résident des personnes vulnérables.

6) LES MÉCANISMES DE SOUTIEN

En règle générale, les objectifs sont soutenus par des mécanismes qui facilitent leur atteinte. Le choix des mécanismes est crucial car ce sont eux qui, le plus souvent imposent, des arbitrages entre les objectifs. Ainsi, on peut miser sur un mécanisme de compétition pour supporter l'accessibilité dans une optique de favoriser l'équité mais cela peut se faire au détriment de la qualité et de l'efficacité. Par exemple, miser sur la compétition peut favoriser une plus grande répartition de la main-d'œuvre sur un territoire mais cela peut se faire au détriment de l'obtention de masses critiques suffisantes pour garantir le respect de hauts standards de qualité. Le mécanisme de standardisation qui supporte l'accessibilité et la qualité avait déjà été mis de l'avant dans le document «L'intégration des services»; le mécanisme de coordination a été ajouté pour supporter la continuité.

a) STANDARDISATION

La standardisation s'effectue à deux niveaux. D'une part, la standardisation vise l'alignement des pratiques avec des **normes ou des standards reconnus** et applicables aux contextes locaux. La standardisation s'applique ainsi aux pratiques cliniques individuelles ou de groupe par le biais de l'adhésion à des **protocoles ou lignes directrices** fondés sur les **données probantes** ou les **meilleures pratiques selon les consensus d'experts**.

D'autre part, elle s'applique aussi aux stratégies d'intervention de population ou aux processus par le biais de l'établissement de **trajectoires de soins et services** ou de **cheminements cliniques**. Ces deux formes de standardisation ne sont pas mutuellement exclusives et peuvent se combiner pour la standardisation d'un épisode de soins ou d'interventions sociales de soutien, de même que de la prise en charge et l'accompagnement d'une personne ayant une problématique particulière.

La standardisation est à l'agenda de nombreux groupes d'experts et d'organismes comme, par exemple, les ordres professionnels ou les associations, les organismes normatifs ou encore de groupes d'experts. La collaboration et le partage d'information doivent être encouragés pour faciliter l'élaboration et l'application des standards. Ce mécanisme est largement présent dans l'élaboration des programmes. Bien utilisé, le mécanisme de standardisation contribue à fournir des interventions de qualité sans compromettre une réponse individualisée aux besoins des personnes.

Les centres de santé et de services sociaux, pour assurer une qualité de services et une hiérarchisation appropriée de l'accès aux services, doivent mettre en place des mesures découlant de la standardisation des pratiques, des stratégies et des processus. Par exemple, pour une trajectoire de soins et services, les étapes suivantes peuvent être considérées :

- ❖ Les objectifs de santé et de bien-être poursuivis;
- ❖ Les pratiques, stratégies et processus visés;
- ❖ Les partenaires mis à contribution;
- ❖ Le partage des responsabilités;
- ❖ Les ressources requises;
- ❖ Les modalités de référence, de transfert et de suivi;
- ❖ Le suivi de la clientèle et de la communication entre les intervenants;
- ❖ Les résultats et leurs indicateurs.

b) COORDINATION

La coordination réfère à l'ensemble des opérations requises pour assurer l'apport harmonieux de chacun des intervenants sans qu'il n'y ait dédoublement, incohérence ou lacune. La coordination est le ciment de l'intégration. Elle est requise au-delà des mesures d'intégration structurelle qui lient les intervenants d'une même organisation. Elle permet la réponse aux besoins des personnes à travers des services rendus par de nombreux intervenants privés et publics de plusieurs organisations.

Les mécanismes de coordination s'appliquent à plusieurs niveaux soit la coordination de l'évaluation des besoins complexes et diversifiés d'une personne, soit la coordination des interventions sur le continuum d'une problématique ou d'une pathologie spécifique, soit sur le passage entre diverses organisations ou sur des interventions nécessitant la contribution des partenaires intersectoriels.

Les mesures de coordination vont d'approches basées sur **l'échange d'information** et l'établissement de **mécanismes de référence** à des **approches de gestion de cas**. Cette dernière approche permet d'obtenir des bénéfices importants si les gestionnaires de cas sont utilisés pour un large groupe clairement défini d'utilisateurs de services et que son application se limite aux cas complexes. Les centres de santé et de services sociaux, dans leur recours à la gestion de cas, devront cependant faire preuve de prudence car si le gestionnaire de cas est vu comme une recette universelle, il peut paradoxalement en résulter l'addition d'un autre service à un système déjà complexe.

Les centres de santé et de services sociaux, pour assurer une coordination efficace, doivent conjointement avec l'ensemble des intervenants du réseau et hors réseau, convenir des :

- ❖ Moyens mis en œuvre pour assurer le partage d'information;
- ❖ Moyens permettant d'assurer la complémentarité des rôles et responsabilités des divers intervenants et autres partenaires intersectoriels.

7) LES APPROCHES

Dans le document «L'intégration des services», on ne fait pas de référence spécifique aux approches mais le principe annoncé de responsabilité populationnelle impose de considérer la combinaison des approches populationnelles et communautaires pour s'assurer de sa mise en œuvre. Par ailleurs, les approches par programme avaient déjà fait l'objet d'une priorité.

a) **APPROCHE PAR PROGRAMME**

Le Ministère dans son document « Rapport du comité sur la définition des programmes du ministère de la Santé et des Services sociaux » définit l'approche programme comme un ensemble de moyens coordonnés afin d'atteindre des objectifs déterminés par les besoins de la clientèle. Cette approche facilite la définition du volet organisationnel et clinique en précisant comment on organise les ressources humaines, matérielles et financières pour répondre aux différents besoins de la population dans son ensemble et aux besoins de clientèles spécifiques. L'approche par programme est donc une modalité d'organisation des services qui a comme objectif l'amélioration de l'accès et de la qualité par la standardisation. Cependant, pour permettre la réponse à l'ensemble des besoins individuels d'une personne, cela demande le plus souvent de recourir à une combinaison de modèles comme par exemple, la combinaison de la gestion de la maladie (disease management) pour assurer l'intégration verticale avec des modèles de soins et services coordonnés ou intégrés pour assurer l'intégration horizontale.

b) **APPROCHE COMMUNAUTAIRE**

L'approche communautaire implique l'organisation des composantes du système autour des soins primaires et des partenariats avec le milieu communautaire. Cette approche, autour d'objectifs d'amélioration de la santé et du bien-être et de la continuité, contribue à la réduction des inégalités de santé. Elle favorise l'intégration des pratiques de santé publique aux pratiques de première ligne avec une participation active des populations cibles et une emphase sur les liens intersectoriels et attribue une priorité aux clientèles vulnérables. Ceci se traduit par une offre de service qui comprend nécessairement des services préventifs et l'identification de stratégies pour rejoindre les clientèles vulnérables.

Ainsi, les centres de santé et de services sociaux, avec le soutien de l'expertise de santé publique et la collaboration des partenaires locaux et des établissements régionaux, doivent produire un portrait des besoins de santé et de bien-être et aussi identifier sur leur territoire les clientèles vulnérables et particulières pour lesquelles une offre de service globale devrait être définie en cohérence avec le projet clinique.

c) **APPROCHE POPULATIONNELLE**

L'approche populationnelle est une notion qu'il importe de clarifier. Cette notion a été utilisée pour décrire des approches visant à offrir des services intégrés pour un sous-groupe spécifique, comme par exemple la population des diabétiques. Elle a aussi été utilisée pour décrire des approches visant à offrir des services globaux et coordonnés pour un sous-groupe de la population générale comme des programmes destinés aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement.

Dans le document «L'intégration des services», l'approche populationnelle réfère plutôt à sa dimension géographique qui vise à confier une responsabilité clinique et financière à un réseau, par le biais du centre de santé et de services sociaux, pour une population d'un territoire bien délimité. Cette approche supporte une offre de service globale à un coût raisonnable, une hiérarchisation appropriée des services et la mise en œuvre de mécanismes de standardisation et de coordination appropriés. Ainsi, l'approche populationnelle vise à permettre l'exercice de la responsabilité populationnelle.

En résumé, les approches retenues sont des éléments qui viennent concrétiser le lien de cohérence entre les objectifs mis de l'avant et les résultats annoncés. Elles conditionnent également l'articulation entre les divers modèles requis pour fournir une réponse adéquate à l'ensemble des besoins de la population et des clientèles. De façon naturelle, en fonction des caractéristiques dominantes de ces approches, certains modèles leurs sont associés.

Ainsi, l'approche communautaire vient orienter le choix de modèles axés sur le renforcement des soins primaires et les partenariats avec les communautés, composantes essentielles à l'amélioration de l'accessibilité en incluant sa dimension de réduction des inégalités.

L'approche populationnelle vient orienter le choix de modèles axés sur le renforcement de la continuité dans sa dimension horizontale et contribue à la capacité d'offrir la large gamme de service déjà annoncée.

Enfin, l'approche par programme vient orienter le choix des modèles axés sur le renforcement d'une hiérarchisation judicieuse des services, composante essentielle à l'amélioration de la qualité et de la continuité dans sa dimension verticale en favorisant également l'accès aux services spécialisés.

La combinaison de ces trois approches garantissent donc que les modèles sélectionnés contribuent aux objectifs d'accessibilité, de continuité et de qualité. Bien sûr, ces modèles où approches en plus de leurs caractéristiques dominantes, ont d'autres attributs qui ont des impacts positifs sur d'autres dimensions. Pour avoir plus d'information sur les liens entre les objectifs, les approches et les modèles retenus dans le présent cadre de référence, le lecteur est invité à consulter le document de support.

8) LES MODÈLES ET LEUR APPLICATION

Afin de répondre aux besoins des différents types de clientèles, plusieurs modèles cliniques sont disponibles et dans la plupart des territoires locaux, plusieurs d'entre eux sont déjà implantés. Malgré les avantages décrits dans les modèles mis de l'avant, il demeure que pour l'ensemble des modèles leurs bénéfices ne se manifestent que dans la mesure où les organisations réussissent à surmonter les enjeux d'implantation. Il importe donc aux centres de santé et de services sociaux de développer rapidement une connaissance fine de leur contexte afin de bien mettre en œuvre les modèles qui constitueront leur projet clinique. La mise en œuvre du projet clinique repose aussi sur le choix judicieux d'incitatifs et sur la prise en compte des facteurs influençant les conditions d'implantation. Les centres de santé et de services sociaux doivent aussi voir à l'articulation des divers modèles disponibles en fonction de leurs contextes propres. Si le partage d'information et d'expérience est encouragé, il faut rappeler que la capacité des modèles cliniques à atteindre les objectifs dépend d'une part, de leur adaptation aux contextes locaux et d'autre part, du leadership mis en œuvre au moment de l'implantation et de la cohérence dans le choix des outils servant à supporter les divers modèles et leur articulation.

a) **MODÈLES CENTRÉS SUR LA PERSONNE**

Description

Ces modèles sont les plus connus. En effet, ils réfèrent aux modèles biomédicaux que plusieurs professionnels utilisent, où la réponse aux besoins est individualisée. En soins primaires, ces modèles visent la continuité avec le même intervenant. Ces modèles nécessitent d'explorer les besoins des personnes et de leur faire une place dans la prise de décision. Ils visent aussi à réunir en un même point de services des équipes qui facilitent une réponse globale aux besoins comme dans les modèles GMF et CMA\GMF.

Ultimement, l'accès implique d'entrer dans le système. Les interventions les plus prometteuses pour améliorer l'accès passent par l'amélioration des systèmes de rendez-vous, d'accueil, d'évaluation, d'orientation. Ceci est réaliste car les actions sont sous le contrôle des professionnels. Il faut donc évaluer les délais d'attente pour les rendez-vous, le temps d'attente, la durée des visites et la continuité des soins et des services. Les études de l'utilisation de l'urgence sont aussi utiles pour détecter les problèmes d'accès.

Actuellement, le défi de ces modèles est de se doter de systèmes de référence bidirectionnels appropriés pour supporter la hiérarchisation des services. Un système de référence est une approche systématique de résolution de problèmes qui implique une série d'actions permettant à la personne d'utiliser les ressources requises selon ses besoins.

Les principes de base pour les références sont généralement :

- ❖ La référence est pertinente dans la mesure où elle rencontre les besoins et objectifs de la personne et est offerte à temps;
- ❖ La référence est pratique dans la mesure où elle n'est pas une perte de temps, d'argent ou d'énergie pour la personne, les intervenants ou les organisations;
- ❖ La référence est individualisée en fonction des besoins et préoccupations de la personne;
- ❖ La référence n'est pas automatique en ce sens que la personne a pu exprimer ses préférences et son droit de refus;

- ❖ La référence est coordonnée avec les autres activités de la personne.

Le processus de référence consiste à :

- ❖ Établir une relation avec la personne qui permet sa participation à la prise de décision;
- ❖ Établir les besoins de la personne et explorer les alternatives et les préférences de la personne;
- ❖ Établir les objectifs de la référence et les modalités de retour au bon niveau de service;
- ❖ Explorer la disponibilité des ressources;
- ❖ Faire la référence;
- ❖ Faciliter pour la personne l'accès à la référence;
- ❖ Faire le suivi et l'évaluation des résultats obtenus.

Les organisations peuvent mettre à la disposition des intervenants toute une série d'outils leur permettant d'atteindre les objectifs de hiérarchisation par des systèmes de référence efficaces et efficaces.

Pour les modèles centrés sur la personne, il convient de rappeler que :

- ❖ Être centré sur la personne signifie être orienté sur les besoins de santé et de bien-être des personnes, qu'ils soient de nature médicale ou psychosociale et non sur la volonté des intervenants ou des payeurs;
- ❖ Ces modèles impliquent une responsabilisation de la personne qui concerne le fait que la personne occupe une place dans la détermination des services nécessaires à la réponse à ses besoins;
- ❖ Ces modèles ont leur pertinence tant au niveau des soins généraux que spécialisés et sont des acquis à conserver;
- ❖ Ces modèles sont compatibles avec l'approche biopsychosociale, l'intégration de pratiques cliniques préventives et les modèles de collaboration.

Incitatifs

En matière d'incitatifs, le financement et les mécanismes d'évaluation et de suivi sont susceptibles de favoriser l'implantation de ces modèles. Si le financement est une responsabilité du niveau national, la mise en œuvre d'un processus d'amélioration continue de la qualité est de la responsabilité du niveau local. Ainsi, les centres de santé et de services sociaux sont en mesure de renforcer les éléments positifs de ces modèles.

Conditions d'implantation

Une identification claire des portes d'entrée dans le système facilite l'implantation de ces modèles. De plus, ils sont compatibles avec le travail en équipe multidisciplinaire.

Pour implanter les modèles centrés sur la personne, les éléments clés sont :

- ❖ *Des ententes qui permettent un engagement clair des professionnels;*

- ❖ *Une vision partagée sur ce que signifie le maintien et l'amélioration de la santé et du bien-être incluant les aspects de l'adaptation, de l'intégration et de la participation sociale et sur la façon d'évaluer la qualité des interventions;*
- ❖ *Une attention particulière à répondre aux besoins de formation.*

Ces modèles sont particulièrement pertinents pour la population générale en santé et ayant des besoins ponctuels.

b) MODÈLES DE SOINS ET SERVICES COORDONNÉS

Description

Ces modèles visent à assurer la continuité des soins et services. Ces modèles sont généralement bien implantés dans les établissements pour plusieurs services professionnels. L'intégration clinique implique d'offrir des services coordonnés.

Les médecins en cabinets privés peuvent y participer car ces modèles favorisent le partage d'expertise et d'information clinique. On vise alors la meilleure façon d'améliorer l'ajustement mutuel car le système de soins n'a pas encore développé une forte culture d'intégration et la totalité des arrangements structurels ne sont pas élaborés. Il faut ainsi renforcer la confiance et le respect mutuel.

Dans le document «L'intégration des services», les cabinets privés et les GMF ou les modes CMA\GMF sont clairement identifiés comme une des portes d'entrée du système. Dans cette optique, l'omnipraticien devient responsable de la continuité. Il doit évaluer, diagnostiquer et déterminer si des traitements actifs ou des services préventifs sont requis. Il doit partager avec les autres professionnels le support à la personne dans la prise en charge de sa condition et le suivi des résultats obtenus et de l'observance au plan de services. Au-delà des conditions spécifiques où le suivi doit être assuré par des spécialistes, ces derniers doivent, de manière générale, assurer une disponibilité pour améliorer les résultats et travailler plus près des généralistes et de façon complémentaire pour les cas complexes. Ceci permet à chacun de faire ce qu'il fait le mieux et de répondre aux besoins des personnes. Une équipe coordonnée et des outils de hiérarchisation en permettent la réalisation.

En fait, il s'agit pour la médecine de famille de tenir compte, entre autres :

- ❖ Du recours à la médecine fondée sur les données probantes (*evidence based*) ou aux meilleures pratiques pour informer et guider la décision clinique pour les personnes sur une base individuelle;
- ❖ De la mise en place de moyens spécifiques pour identifier les personnes à risque ou qui ont des maladies chroniques, l'implantation des lignes directrices adaptées aux contextes locaux et l'évaluation de l'état de santé, des résultats et de la performance clinique;
- ❖ De l'élargissement des soins aux aspects de la capacité fonctionnelle, aux aspects sociaux, aux soins palliatifs, à la promotion-prévention de la santé et du bien-être;
- ❖ De la modification des pratiques par le travail en équipe, par la prestation de soins sans rupture, par le partage du dossier patient et par l'intégration des pratiques préventives.

Pour les modèles de soins et services coordonnés il convient de rappeler qu'il faut :

- ❖ Mettre en place un processus coordonné pour le passage d'un programme à un autre ou d'un type de service à un autre;
- ❖ Faciliter le travail conjoint en dehors des frontières organisationnelles.

Incitatifs

Certains incitatifs à l'implantation de ces modèles relèvent du palier national, tels les modes de rémunération et la disponibilité de systèmes d'information. Toutefois, un style novateur de gestion est aussi un facteur clé majeur à la portée des centres de santé et de services sociaux. La gestion doit passer d'une vision de contrôle à une vision de facilitation pour l'accès aux plateaux techniques requis pour dispenser les services et pour permettre la collaboration entre les dispensateurs de soins et de services.

Conditions d'implantation

De manière générale, ces modèles requièrent la valorisation par les organisations de la coordination et du temps consacré à la personne.

Pour implanter des modèles de soins et services coordonnés, les éléments clés consistent à :

- ❖ *Favoriser la compatibilité des valeurs;*
- ❖ *Développer une culture commune en favorisant l'ajustement mutuel et la standardisation des normes;*
- ❖ *Avoir des mécanismes de hiérarchisation clairs qui tiennent compte de l'intensité des services à rendre;*
- ❖ *Favoriser la formation d'équipes avec des expertises complémentaires.*

Ces modèles sont particulièrement pertinents pour les clientèles vulnérables et les personnes de la population générale particulièrement à risque de problèmes de santé ou ayant une pathologie chronique stable.

c) MODÈLES COMMUNAUTAIRES

Description

Ces modèles sont la conjonction des approches épidémiologiques, des sciences sociales, des modèles de soins primaires, de la médecine préventive et de la promotion de la santé et du bien-être, où la santé, tout comme la maladie, est conçue comme résultant de l'interaction des déterminants de la santé.

Ces modèles ont plusieurs variantes mais partagent une vision commune qui repose sur l'imputabilité vis-à-vis des communautés, le focus sur la santé et le bien-être des communautés, l'offre de continuums globaux de services sans rupture et une reconnaissance explicite d'une gestion en contexte de ressources limitées. Ainsi, ils visent à suivre le profil de l'état de santé et de bien-être de la population, à faciliter la coordination, la continuité et la réduction des inégalités pour les clientèles vulnérables.

Pour les modèles communautaires, il convient de rappeler qu'ils ont généralement sept composantes :

- ❖ L'identification des priorités épidémiologiques et des catégories de personnes à haut risque pour les problématiques sociales ou de santé;
- ❖ La prise en compte des priorités propres des communautés;
- ❖ L'identification des ressources;
- ❖ L'établissement des résultats attendus;
- ❖ Le développement et l'implantation de programmes et leur évaluation suivie de la réévaluation des problèmes;
- ❖ La mise en place de mesures pour documenter l'amélioration de la santé et du bien-être;
- ❖ L'inclusion des communautés comme partenaires.

Ces modèles permettent aussi d'aider les communautés à établir des priorités et utiliser les ressources en fonction de ces priorités. C'est une logique communautaire «*bottom up*» qui vise l'amélioration de la qualité en diffusant les règles de l'art qui tiennent compte des besoins d'interdépendance pour offrir des services efficaces et efficients. Cela implique la formation d'équipes capables de transférer des compétences d'un individu à un autre individu ou à un groupe et de se former aux concepts et langages d'autres disciplines. Plus le niveau d'intégration des équipes est élevé, plus il faut de flexibilité pour éliminer les activités sans valeur ajoutée, augmenter la continuité et améliorer les services.

Ces modèles sont compatibles avec l'établissement d'ententes de services avec les partenaires locaux, notamment avec les soins primaires pour l'identification et la stratification des risques et l'intégration des pratiques préventives. Il découle de ces modèles des programmes communautaires. Ils visent à relever cinq défis :

- ❖ *Établir des échanges;*
- ❖ *Établir des protocoles pertinents;*
- ❖ *Former des équipes multidisciplinaires;*
- ❖ *Fournir les services;*
- ❖ *Assurer des activités d'amélioration de la qualité et d'évaluation.*

Ces programmes intègrent les objectifs des plans de santé publique et favorisent l'établissement de liens étroits avec l'expertise spécialisée des équipes de santé publique et les partenaires sectoriels et intersectoriels. Ces modèles peuvent aussi permettre l'accès aux plateaux techniques requis dans les communautés locales, faciliter les références au niveau approprié de soins, éviter les duplications et s'assurer que les niveaux tertiaires comprennent les réalités locales.

Incitatifs

Beaucoup des incitatifs à l'implantation de ces modèles relèvent du palier national tels le financement à capitation, le développement des technologies d'information, le degré de latitude sur les moyens d'atteindre les objectifs des grands programmes nationaux et les modes de paiement des pratiques qui sont des facteurs critiques et qui doivent tenir compte de la redéfinition des rôles des professionnels. Les priorités d'enseignement dans les professions de la santé peuvent aussi agir comme incitatif si on y valorise la pratique communautaire.

Cependant, les centres de santé et de services sociaux peuvent, dans la négociation des ententes de services, établir des incitatifs pour la prestation d'activités de prévention. Ils peuvent mettre en place des activités d'amélioration de la qualité ou faire la promotion des soins primaires qui sont des incitatifs à l'implantation de ces modèles. Ils peuvent aussi favoriser l'inscription de clientèles qui facilite l'application de ces modèles.

Conditions d'implantation

Pour tous les modèles communautaires, il importe de développer un environnement de collaboration, de coordination et d'interdépendance entre les organisations. Des facteurs environnementaux internes influencent l'implantation :

Les barrières sont :

- ❖ L'insuffisance de ressources;
- ❖ Une compétition entre les membres du personnel.

Les facteurs facilitant sont :

- ❖ La confiance entre les partenaires;
- ❖ Un leadership fort.

Il y a aussi des facteurs externes :

Les barrières sont :

- ❖ L'inertie ou la résistance au changement des communautés;
- ❖ Les barrières de régulation;
- ❖ La distribution du revenu au sein de la population est le déterminant de la santé sur lequel il y a peu de prise mais qui va influencer les résultats de façon la plus significative;
- ❖ La confusion sur le partage des responsabilités légales et financières des intervenants sociaux et intersectoriels.

Il est important d'établir des objectifs à long terme car l'implantation et l'obtention des résultats prennent du temps. Il faut négocier avec les leaders des communautés. L'implantation implique donc d'établir des partenariats avec les ressources communautaires.

Les structures de gestion centrées sur la notion d'établissement et la résistance des professionnels peuvent être un frein. En effet, les principales contraintes sont l'insuffisance de ressources, le manque d'habiletés de gestion, la difficulté d'établir une bonne représentation de personnel clinique et administratif au sein des équipes, l'établissement des liens avec les autres dispensateurs de services et la garantie de la longévité des initiatives. Un praticien convaincu est un des plus grands facteurs de succès.

Pour favoriser l'implantation de ces modèles tant dans les organisations que dans les cliniques privées, les éléments clés sont :

- ❖ *Réaffirmer le rôle des praticiens et des communautés locales au regard de l'action intersectorielle;*
- ❖ *Avoir une structure qui encourage l'adhésion et pas seulement l'observance aux normes de pratique;*
- ❖ *Trouver un problème ou un enjeu qui passionne les membres;*
- ❖ *Trouver un médecin et un autre professionnel porteurs pour chaque projet;*
- ❖ *Débuter lentement;*
- ❖ *Établir des liens avec les communautés à travers les partenariats;*
- ❖ *Reconnaître que l'implantation est un long processus ;*
- ❖ *Impliquer les résidents des communautés par le biais de tâches concrètes;*
- ❖ *Proposer une gestion flexible, des échéanciers et des objectifs réalistes;*
- ❖ *Institutionnaliser le modèle pour en préserver les effets.*

Ces modèles sont particulièrement pertinents pour les clientèles vulnérables et les personnes de la population générale particulièrement à risque de problèmes sociaux. Ils sont aussi les modèles privilégiés pour les interventions de population.

d) MODÈLES DE GESTION DE LA MALADIE (DISEASE MANAGEMENT)

Description

Le gestion de la maladie (disease management) est une série de modèles d'amélioration des processus cliniques pour s'assurer que les meilleures pratiques soient incorporées avec un minimum de variations sur tout le continuum d'interventions et pour tous les aspects d'une condition allant de la prévention au soutien en fin de vie. Le plus souvent ces modèles utilisent des gestionnaires de cas pour donner les services le long du continuum. Ces modèles reposent toutefois sur des approches d'équipes multidisciplinaires visant la standardisation des soins et des services. Les membres de ces équipes doivent aussi devenir des leaders qui stimulent l'adhésion de leurs pairs aux programmes de gestion de la maladie (disease management). Ces programmes visent l'amélioration de la qualité et l'efficacité. Ces modèles peuvent aussi être utilisés comme stratégie d'amélioration de la performance.

Les modèles de gestion de la maladie fondés sur les données probantes (evidence-based disease management) ou de gestion de la maladie (disease management) comprennent cinq éléments :

- ❖ Le développement de cartographies épidémiologiques de la problématique au sein de la population visée;
- ❖ Le dépistage;
- ❖ Un système intégré qui peut coordonner les services sur le continuum;
- ❖ Des données probantes sur la prévention, le diagnostic, le traitement, l'adaptation, la réadaptation et les soins palliatifs d'une maladie;
- ❖ Des systèmes d'information sophistiqués;
- ❖ Des méthodes d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des activités.

Les modèles de gestion de la maladie (disease management) ont généralement comme composantes communes les activités suivantes :

- ❖ Éduquer la personne et son réseau de support;
- ❖ Former les professionnels de façon conjointe;
- ❖ Évaluer et stratifier le risque d'une condition spécifique;
- ❖ Offrir des activités de promotion et de prévention;
- ❖ Utiliser des protocoles, lignes directrices ou algorithmes;
- ❖ Faire de la gestion de cas;
- ❖ Implanter des systèmes d'information et d'aide à la décision;
- ❖ Suivre les résultats avec des profils de pratique et des rétroactions (feed-back).

Ce sont des modèles spécialisés qui se concentrent sur une pathologie et dépendent grandement de la standardisation avec des lignes directrices et des protocoles. Cette standardisation rend plus difficile la prise en charge et l'accompagnement des personnes ayant des comorbidités. Ils sont décrits pour la prise en charge des maladies chroniques et mettent moins l'emphase sur la réduction de la fragmentation entre les services sociaux, communautaires, les personnes et les familles. Pour palier à ce problème, il est nécessaire d'établir un lien avec les soins primaires. La capacité d'atteindre les résultats de continuité dépend de la flexibilité du modèle car les trajectoires doivent refléter les besoins de la personne et de ses proches. Il faut donc que les cliniciens impliqués dans ces modèles deviennent familiers avec l'accès et la disponibilité des ressources communautaires et ils doivent développer des collaborations.

Incitatifs

L'alignement des incitatifs est crucial. Un financement intégré de la trajectoire serait un incitatif mais tout comme pour les systèmes d'information, la disponibilité de ces incitatifs relève du niveau national. Toutefois, le centre de santé et de services sociaux peut établir avec les professionnels des incitatifs à la performance clinique. Il peut aussi cibler des indicateurs de performance du système de soins en collaboration avec les partenaires qui minimisent les conflits de priorités et favorisent l'innovation.

Conditions d'implantation

Le défi est d'avoir les bons instruments pour choisir la bonne population pour la gestion de la maladie (disease management) ou les programmes spécialisés. Il faut aussi s'assurer de l'utilisation adéquate des lignes directrices. Les conditions les mieux adaptées sont les maladies avec de hauts volumes et des coûts élevés sur la morbidité et la mortalité et qui sont complexes à gérer et génèrent la chronicité. Ces modèles sont moins adaptés aux personnes avec de multiples problématiques.

La présence d'un leadership à tous les niveaux est importante. L'utilisation de délégués médicaux (*academic detailing*) et de leaders professionnels sont des stratégies importantes pour obtenir l'adhésion des professionnels.

Il est opportun que le programme réponde aux besoins d'information des cliniciens, que les protocoles soient adaptables aux conditions locales et englobent les préférences des personnes et leur soient acceptables. Les processus et les résultats doivent être évalués. Il faut éviter la déqualification des cliniciens, une communication non optimale avec la personne, ses proches et les autres professionnels et un bris de continuité dans le cadre de cette prise en charge spécialisée. Le succès ou l'échec dépend de la pertinence de la stratégie où l'intégration clinique est critique, ce qui implique de motiver les gens à collaborer. L'instauration d'un modèle de collaboration pour les liens avec les soins primaires est souhaitable.

Pour l'implantation de ces modèles, les éléments clés supposent de :

- ❖ *Obtenir des données valides présentées dans un format approprié;*
- ❖ *Déterminer des objectifs de performance clairs et acceptés;*
- ❖ *Établir le dialogue;*
- ❖ *Impliquer toutes les catégories d'intervenants requises pour rendre les services dans l'élaboration des protocoles;*
- ❖ *Favoriser un processus itératif de changement;*
- ❖ *Faire du renforcement;*
- ❖ *Être vigilant pour éviter un recul et garder les collaborations.*

Ces modèles sont davantage pertinents pour la population générale ayant une pathologie chronique particulièrement instable.

e) **MODÈLES DE SOINS ET SERVICES INTÉGRÉS**

Description

Ces modèles établissent des liens entre les secteurs de santé, sociaux et communautaires. Ces modèles visent la qualité des soins et des services pour les personnes avec de multiples problématiques. Ils visent la globalité, la coordination et le suivi longitudinal basé sur la collaboration des intervenants. Cela implique d'offrir des services et des mécanismes d'intégration planifiés pour tous les niveaux d'intensité requis. Ces modèles mettent l'accent sur la dimension d'intégration sur toute la durée de la vie de la personne. Ils englobent la notion de réseaux de services intégrés qui constitue l'articulation concrète d'un continuum de services pour une clientèle commune. Par réseau ou système de services intégrés, on entend un réseau d'organisations qui offre à une population donnée un continuum de services et qui se rend cliniquement imputable des effets des interventions. Cela implique la coordination sur tout le continuum.

Un continuum est un système intégré, centré sur la personne qui inclut à la fois des services et des mécanismes d'intégration et qui suit dans le temps les personnes à travers des services de santé, de santé mentale et des services sociaux globaux à tous les niveaux d'intensité requis. La notion de continuum fait référence à la fois à la continuité et à la complémentarité des services requis par une clientèle. Le point de départ du continuum de services est la reconnaissance d'une clientèle commune à deux ou plusieurs organisations d'un même réseau de services ou de deux réseaux. Le continuum de services reconnaît explicitement que les clientèles ont des besoins auxquels un ensemble d'établissements doit répondre. Le continuum de services s'appuie sur un processus normal de réponse, dont le plan de services est le fil conducteur, qui consiste d'abord à évaluer les capacités et besoins, ensuite à élaborer et à mettre en place des stratégies d'intervention visant le suivi et le soutien, et enfin à évaluer les résultats. L'objectif est de mobiliser les intervenants autour d'interventions basées sur un plan d'action ou de service convenu. L'organisation doit collaborer et négocier pour garantir l'accès aux services qu'elle ne peut offrir.

Pour les modèles de soins et services intégrés, il faut :

- ❖ Une coordination entre les diverses organisations et programmes;
- ❖ Une gestion de cas centralisée;
- ❖ Une administration qui supporte la formation, le développement de standards et l'évaluation;
- ❖ Une direction qui offre de la consultation et assure la liaison avec les médecins de la communauté;
- ❖ Une capacité d'avoir de l'information d'une variété de sites et de gérer les risques, les résultats et les personnes de manière longitudinale autant que spécifique dans les épisodes de soins et les interventions de soutien.

Incitatifs

Sans incitatifs, il est difficile d'atteindre les résultats pour ces modèles. La capitation est le mode de financement le mieux adapté. À ce chapitre, le nouveau mode de financement par programme est une évolution positive pour favoriser l'implantation de ces modèles. Toutefois, les centres de santé et de services sociaux n'ont pas de leviers financiers pour ce qui concerne une bonne partie de la prestation des services dans le réseau local, notamment en ce qui concerne le maintien de la centralisation de l'enveloppe de la RAMQ. Les centres de santé et de services sociaux devront donc porter une attention aux incitatifs non monétaires.

L'apport des systèmes d'information est aussi un incitatif majeur. Les centres de santé et de services sociaux devront établir des mécanismes de partage d'information entre les sites en attendant les investissements à venir à ce chapitre du niveau national.

Une bonne connaissance de l'évolution de la croissance des maladies chroniques ou des problématiques sociales dans la population est un élément crucial car la prise de conscience de cette évolution est un incitatif à la mobilisation des intervenants à évoluer vers ces types de modèles. Un style novateur de gestion basé sur la mobilisation et la négociation est aussi un facteur clé.

Si les mécanismes de reddition de comptes et d'évaluation globale de l'implantation des réseaux locaux relèvent davantage du palier national, il demeure que le développement d'indicateurs d'amélioration de la qualité valides au niveau local peut être un incitatif puissant s'il est jumelé avec de la formation et des mécanismes de rétroaction (feed-back) appropriés.

L'amélioration des soins et services comme point de départ d'un changement de pratiques et l'implication des professionnels et de la communauté est un incitatif à l'intégration. Ces intentions sont clairement présentes dans la transformation actuellement et les centres de santé et de services sociaux devront miser sur ces éléments pour mobiliser les intervenants et les partenaires. Les ressources sont limitées certes, mais le discours en est plus un d'investissement que de coupure dans le réseau de la santé et des services sociaux.

Conditions d'implantation

Lorsqu'on parle de modèle de soins et services intégrés, il faut effectivement réussir à intégrer les services médicaux traditionnels avec les autres services. Les intervenants doivent avoir suffisamment de temps à consacrer à la personne et il est nécessaire d'augmenter la disponibilité de praticiens tels les gestionnaires de cas, les intervenants pivots ou autres, qui permettent de remplir les lacunes d'information et de communication entre les secteurs.

Pour l'implantation de ces modèles, les éléments clés sont :

- ❖ *Le choix d'un modèle flexible et adapté au contexte;*
- ❖ *La mise en place de mécanismes de communication efficaces;*
- ❖ *La présence d'un leadership accepté de tous;*
- ❖ *L'implication des cliniciens dans la gestion du changement.*

Ces modèles sont pertinents pour les clientèles particulières ayant besoin de services spécifiques.

f) MODÈLES DE COLLABORATION

Description

L'amélioration de la qualité, de l'accessibilité et de la continuité requiert la concertation. Se concerter, c'est mettre en action la coopération en vue d'obtenir des résultats caractérisés par un objectif partagé, une meilleure coordination des services ou un développement de projets de partenariats.

Les modèles de collaboration visent l'intégration par la coopération. 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 également des interlocuteurs autres que clinique. La collaboration repose sur une vision flexible de la hiérarchie. On vise à augmenter l'atteinte des objectifs en levant les barrières de communication dans les équipes et entre les organisations.

La collaboration volontaire est la plus fructueuse. Il existe divers modèles qui facilitent la collaboration avec les soins primaires et nécessitent des ententes de partenariat. Il y a une forme appelée modèle de soins partagés où l'infirmière est associée à l'omnipraticien comme dans les GMF. Il y a aussi des modèles d'intervention multimodale où un gestionnaire de cas spécialiste (ex. un praticien de santé mentale) est intégré dans l'équipe de soins primaires et travaille avec la personne et l'omnipraticien pour développer une vision commune des doubles problématiques, faire de l'éducation à la personne et à son entourage, le cas échéant, lui procurer du support, cibler les buts et les actions spécifiques du plan d'intervention, faire le suivi de l'observance et faciliter la prise de rendez-vous avec l'omnipraticien et le médecin spécialiste. Un bon moyen d'établir des collaborations avec les médecins est d'établir le partenariat autour de l'amélioration de la qualité.

L'esprit de la collaboration s'applique aussi bien dans les relations avec les personnes, les familles et les communautés que dans les relations interdisciplinaires ou les relations dans la même discipline ou encore, entre les niveaux de services. Le continuum de la collaboration est : la prestation parallèle, la consultation informelle, la consultation formelle, la co-prestation et la formation d'un réseau. Elle est caractérisée par le degré avec lequel les acteurs ont l'opportunité de discuter des interventions, des plans d'intervention pour une prise en charge et un accompagnement partagés, une consultation, une référence ou un transfert dans une optique de soins et services pertinents, à temps et continus. Elle est aussi tributaire de la façon dont les intervenants souhaitent travailler ensemble.

Pour les modèles de collaboration, il faut rappeler que les facteurs clés sont :

- ❖ *Les relations : les bonnes relations prennent du temps à établir et demandent du respect mutuel. La collaboration peut prendre place même si les intérêts sont différents. Une vision gagnant/gagnant et le respect des limites de chacun demeurent des éléments cruciaux;*
- ❖ *Les paradigmes : partager les mêmes paradigmes facilite la collaboration mais avoir des paradigmes différents n'empêche pas la collaboration s'ils ne sont pas mutuellement exclusifs. La collaboration en soi est un nouveau paradigme, surtout dans un système où on a valorisé la compétition;*
- ❖ *La communication : elle doit être claire car les professionnels ont des vocabulaires et règles différents. Se centrer sur la personne est la première étape de la collaboration;*
- ❖ *La localisation : la proximité favorise la communication mais l'appartenance à une même organisation soulève des enjeux concernant l'interdépendance.*

Incitatifs

Les modes de rémunération et l'intégration des systèmes d'information ont un impact majeur sur tous les modèles de collaboration. En l'absence de capacité d'agir sur ces leviers de niveau national, les centres de santé et de services sociaux peuvent toutefois miser sur le support des cadres et des cliniciens pour l'adoption d'objectifs d'amélioration de la performance partagés qui sont des incitatifs à l'implantation des modèles de collaboration.

Conditions d'implantation

Les ingrédients de la collaboration résident dans le développement du respect mutuel, l'identification de buts communs et une communication claire qui implique de tenir compte des différents vocabulaires et règles. La prudence est requise dans l'adoption de modèles qui proposent un rôle prédominant à l'une ou l'autre des professions car cela risque de provoquer de la résistance ou des conflits de rôle.

Le défi des partenariats est qu'il n'y a pas de modèles uniformes. Ils doivent être conçus en fonction des particularismes locaux. Les facteurs dont il faut tenir en compte sont le leadership, la dynamique de groupe qui est tributaire d'expériences antérieures et la présence de règles claires et simples.

Pour l'implantation de ces modèles, les éléments clés sont :

- ❖ *L'identification conjointe de l'information à partager;*
- ❖ *Une compréhension des demandes et des pressions de chaque profession;*
- ❖ *Une acceptation que le réseau est complexe et que la réponse aux multiples besoins des clientèles est une tâche difficile;*
- ❖ *Une implication des gestionnaires pour assurer un environnement stable de travail.*

Ces modèles sont pertinents pour supporter l'implantation des autres modèles et ils sont essentiels à la réussite de la concertation.

Pour avoir plus d'information sur la contribution des modèles retenus dans le présent cadre de référence, le lecteur est invité à consulter le document de support.

g) UN RÉSUMÉ DES MODÈLES CLINIQUES

Cette section expose succinctement les principales caractéristiques des modèles, leur contribution principale à l'atteinte des objectifs retenus et à la réponse aux besoins de la population et des clientèles.

Ainsi, **les modèles centrés sur la personne** ont comme caractéristique principale :

- ❖ Une réponse individualisée aux besoins de la personne.

Ils favorisent :

- ❖ L'accessibilité;
- ❖ La responsabilisation des personnes.

Ils répondent aux besoins de :

- ❖ Services généraux ponctuels;
- ❖ Services spécialisés ponctuels.

Les **modèles de soins et services coordonnés** ont comme caractéristiques principales :

- ❖ Un fonctionnement d'équipe;
- ❖ La disponibilité de mécanisme de liaison entre les organisations.

Ils favorisent :

- ❖ La continuité.

Ils répondent aux besoins de :

- ❖ Services généraux et de suivi plus systématique des clientèles vulnérables ou à risque de problèmes de santé ou sociaux, ou encore ayant une pathologie chronique stable
- ❖ Services spécialisés ponctuels selon un mode de référence bidirectionnel avec les modèles centrés sur la personne
- ❖ Faire l'articulation, au besoin, avec les programmes services et de gestion de la maladie (disease management) pour une prise en charge partagée.

Les **modèles communautaires** ont comme caractéristiques principales :

- ❖ Un fonctionnement d'équipe;
- ❖ L'établissement de liens étroits avec les communautés, les partenaires intersectoriels et les équipes spécialisées de santé publique.

Ils favorisent :

- ❖ La continuité;
- ❖ La réduction des inégalités;
- ❖ La prise en compte des déterminants de la santé.

Ils répondent aux besoins de :

- ❖ Services généraux et plus particulièrement aux besoins de suivi systématique des clientèles vulnérables ou à risque de problèmes sociaux;
- ❖ Services spécialisés ponctuels selon un mode de référence bidirectionnel avec les modèles centrés sur la personne;
- ❖ Faire l'articulation, au besoin, avec les programmes services et de gestion de la maladie (disease management) pour une prise en charge partagée.

Les **modèles de gestion de la maladie (disease management)** ont comme caractéristique principale :

- ❖ La standardisation des processus le long d'un continuum.

Ils favorisent :

- ❖ La qualité des services rendus pour une problématique ou une pathologie particulière.

Ils répondent aux besoins de :

- ❖ Services généraux et spécialisés des clientèles ayant une pathologie chronique particulièrement instable.

Les **modèles de soins et services intégrés** ont comme caractéristiques principales :

- ❖ La formation de réseaux intégrés;
- ❖ Le recours à la gestion de cas.

Ils favorisent :

- ❖ La continuité;
- ❖ La globalité.

Ils répondent aux besoins de :

- ❖ Services spécifiques des clientèles ayant des problématiques complexes ou de multiples problématiques;
- ❖ Services spécialisés ponctuels selon un mode de référence bidirectionnel avec les modèles centrés sur la personne;
- ❖ Faire le lien avec les ressources d'hébergement;
- ❖ Faire l'articulation, au besoin, avec les programmes services et de gestion de la maladie (disease management) pour une prise en charge partagée.

Les **modèles de collaboration** ont comme caractéristiques principales de :

- ❖ Renforcer la coopération;
- ❖ Améliorer la communication.
- ❖ Établir des partenariats

Ils favorisent :

- ❖ La continuité.

Ils répondent aux besoins de :

- ❖ Support à l'implantation des autres modèles.

h) LE PROJET CLINIQUE DANS SON ENSEMBLE

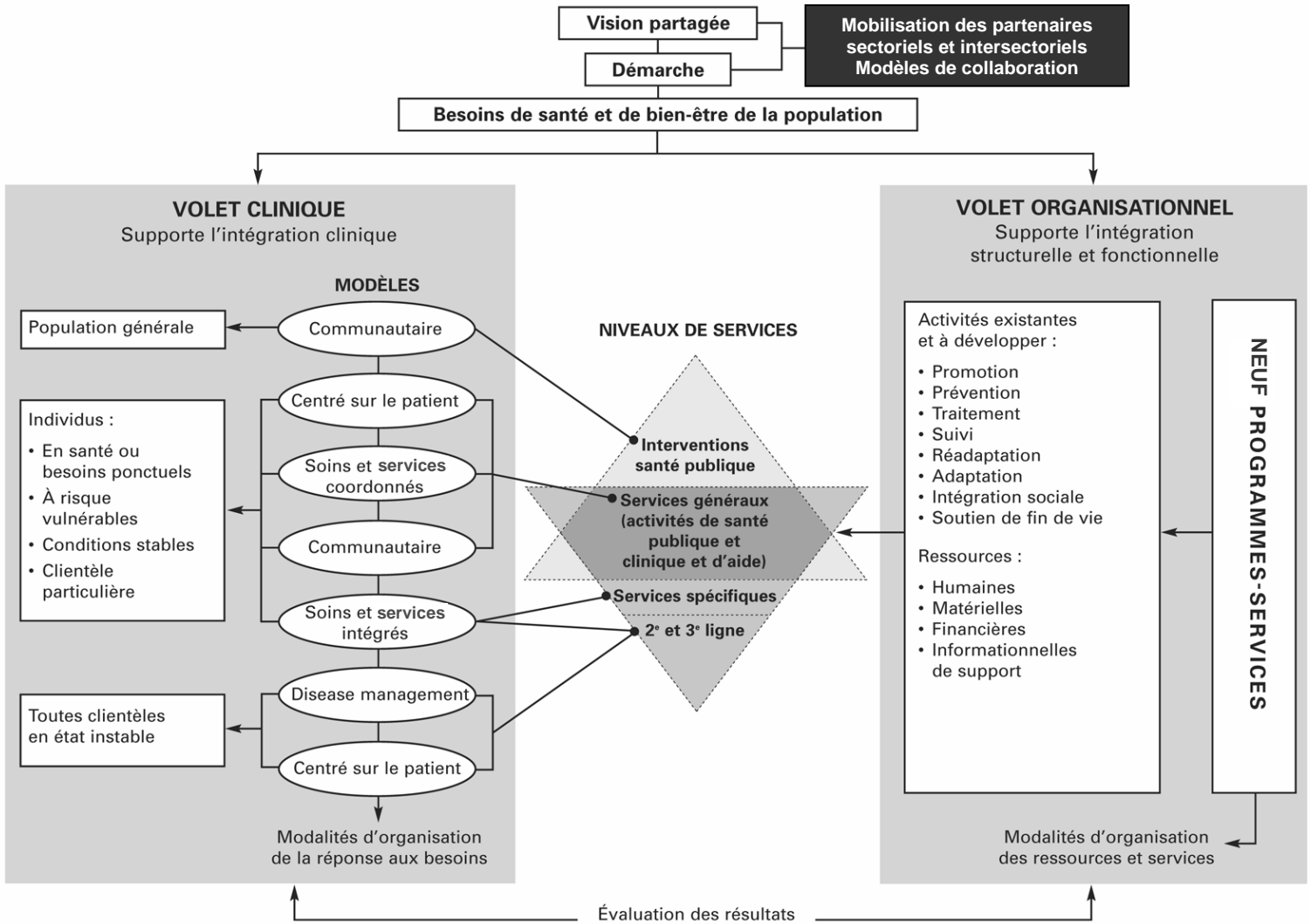
Les sections précédentes ont fourni les éléments permettant de relever le défi de l'élaboration du volet clinique. Ainsi, on peut voir la pertinence des modèles cliniques en lien avec les besoins de la population et des différents types de clientèles, de même que l'articulation entre les programmes services et le modèles.

L'articulation des programmes services avec les modèles cliniques s'établit dans la traduction des activités des programmes en terme d'interventions ou de stratégies de santé publique, de services généraux, de services spécifiques et de services spécialisés ou surspécialisés. Cette traduction a fait l'objet de travaux antérieurs, notamment dans le document «Harmonisation des termes à partir du concept de lignes de services». Un lien peut donc être établi avec ces travaux, car les modèles cliniques décrivent leurs modalités de réponse aux besoins dans les mêmes termes.

D'un point de vue pragmatique, on sait que les intervenants peuvent intégrer et actuellement, dans les faits, intègrent dans leurs pratiques les éléments des divers programmes en lien avec leurs compétences et les besoins de la clientèle qu'ils desservent.

La figure 2 illustre les éléments constitutifs du projet clinique et notamment, les liens privilégiés entre les modèles la population et les types de clientèles.

Figure 2 : Le projet clinique au coeur de la responsabilité populationnelle



9) LES OUTILS DE SOUTIEN

Pour faciliter l'implantation, une série d'outils de soutien peuvent être mis à profit. Leur applicabilité et leur adaptabilité doivent être évaluées par les centres de santé et de services sociaux en collaboration avec leurs partenaires. De plus, les besoins de formation pour renforcer l'application des modèles doivent être estimés et des priorités doivent être établies.

a) OUTIL GÉNÉRIQUE : LA GESTION DE CAS

Le recours à la gestion de cas est présent dans la très grande majorité des modèles dans le but de favoriser la continuité des services. C'est généralement un système multidisciplinaire de collaboration et de communication où le gestionnaire de cas, l'intervenant pivot ou une équipe (ex. infirmière et travailleur social) estime, planifie, monitore, évalue et coordonne les services et options entre divers dispensateurs de services œuvrant dans différents sites. Les programmes de gestion de cas visent à répondre aux besoins individuels et spécifiques d'un groupe de personnes. Le but est d'aider les personnes à maintenir un état de santé et de bien-être optimal, d'avoir un accès approprié aux ressources et éviter les crises. Ils visent une forte relation entre le gestionnaire de cas et la personne.

Le gestionnaire de cas fait généralement les activités suivantes : établir l'éligibilité, recueillir de l'information sur la personne, faire le plan de services et établir les liens avec les ressources requises, coordonner les services pour l'implantation du plan de services, faire le suivi et réévaluer.

Le gestionnaire de cas utilise des outils d'éducation de la personne et de sa famille, l'évaluation physique, les interventions nursing, des algorithmes, des trajectoires de services, des lignes directrices qui, par exemple, spécifient un nombre minimal de visites. Il utilise des outils de formation des intervenants comme les conférences, des grilles de résolution de problèmes, des listes des ressources, des guides d'accès aux services. Un service d'accès téléphonique peut être rendu disponible aux personnes. La capacité d'atteindre les résultats de continuité dépend de la flexibilité du programme. L'absence de flexibilité des protocoles fait que les activités ne s'adaptent pas en fonction des attributs des personnes.

b) OUTILS FACILITANT LES INTERFACES

Dans les modèles de soins et services coordonnés, dans les modèles centrés sur la personne et dans les modèles de collaboration, la gestion des interfaces est un facteur crucial et de nombreux outils adaptés aux contextes locaux peuvent être implantés. Les systèmes d'information, qui sont une condition nécessaire mais non suffisante, jouent un rôle important tout comme le rôle des agents de liaison et les leaders professionnels. Les méthodes de gestion de projet sont utiles pour faciliter la détermination des trajectoires de services et standardiser les processus. Cela améliore la coordination et sauve des coûts. Cela implique aussi l'utilisation d'outils permettant de faire un portrait des besoins de santé et de bien-être de la population et du dépistage des clientèles à risque. Les ententes avec les partenaires (protocoles, ententes de services, comités de liaison) sont aussi des outils pouvant être mis à profit.

On utilise aussi des outils de rétroaction pour conserver l'engagement des professionnels, des gardes médicales associées, des outils de terminaison clinique pour s'assurer de transferts harmonieux, des plans de services et des questionnaires de cas pour assurer la continuité, des systèmes de gestion des rendez-vous et de référence, tels les demandes de services interétablissement ou l'attribution d'un guichet unique, pour supporter la hiérarchisation des services. On parle aussi de soins par étape (step care), outil qui peut être utilisé pour atteindre des objectifs de hiérarchisation. Il s'agit d'une méthode plus complexe qu'un protocole pour attribuer les ressources rares aux personnes.

c) OUTILS SUPPORTANT LES INTERVENTIONS SPÉCIALISÉES

Les modèles de gestion de la maladie (disease management) et les programmes spécialisés utilisent des systèmes d'information, des registres de clientèle, des méthodes d'éducation de la personne et des intervenants, des programmes de revue de l'utilisation, des stratégies de mesure pour documenter et prédire l'état de santé et de bien-être de la population desservie, des plans de congé, des questionnaires de cas, des méthodes de stratification des risques, des protocoles, des lignes directrices et algorithmes, des systèmes de rappel et de suivis de l'observance, des mécanismes de communication interorganisationnels et des partenariats.

Pour le suivi, les programmes d'amélioration de la qualité, l'établissement de profils de pratique ou les études des réclamations comme proxy de l'utilisation des ressources sont souvent utilisés.

Pour la hiérarchisation des services, on utilise des outils de gestion de la demande. Cet outil vise pour les personnes et leurs familles à développer les habiletés nécessaires pour se responsabiliser dans la gestion de leurs problèmes. Les personnes sont invitées à initier des activités de prévention et faire des choix informés sur l'utilisation des ressources. Un questionnaire de cas peut agir comme conseiller et évalue la capacité de la personne à gérer sa problématique, interpréter correctement ses symptômes et à utiliser adéquatement les ressources.

d) OUTILS SUPPORTANT LES INTERVENTIONS COMPLEXES OU INTERSECTORIELLES

Les modèles de soins et services intégrés et communautaires s'appuient généralement sur des lignes directrices de bonnes pratiques consensuelles ou des protocoles locaux qui tiennent compte des préférences des personnes, qui incorporent l'éducation des personnes et la détection précoce des aggravations de la condition clinique ou des conditions de vie. Ainsi, les outils cliniques partagés (outils d'évaluation multiclientèle, plans de services individualisés, plans de cheminement clinique, outils de dépistage, dossier clinique partageable) peuvent être mis à contribution. Les systèmes d'information intégrés sont des instruments de support importants tant pour la prestation de services que pour leur évaluation.

L'identification des clientèles susceptibles de bénéficier de ces modèles peut être faite avec des outils qui établissent le portrait de la population et permettent de stratifier les risques. Des techniques d'identification et de réduction des risques, de même que l'établissement de partenariats pour obtenir les profils sur les déterminants de la santé, des facteurs de risque, des maladies et la cartographie peuvent être utilisés.

La mise en œuvre des modèles de soins et services intégrés se traduit le plus souvent par l'utilisation de mécanismes de collaboration et de désignation d'un professionnel avec un statut particulier (gestionnaire de cas, agent de liaison, coordonnateur de services, intervenant pivot). Il en résulte l'élaboration de trajectoires de services qui seront appliquées au cheminement de la personne par le biais de plans de services individualisés. Les outils qui permettent de faire des études dans les conditions normales de pratique favorisent la correction des problèmes d'application des lignes directrices issues des essais cliniques. Ils facilitent le développement de protocoles où on balance les besoins des personnes et la standardisation. La réalisation de ces études améliore aussi l'adhésion des professionnels.

Dans les modèles communautaires le gestionnaire de cas peut s'occuper des activités de prévention en éduquant la personne et en exerçant du leadership auprès de la communauté. On établit aussi des trajectoires de services et on développe des indicateurs qui permettent de varier l'intensité des services. Pour atteindre les objectifs de prévention et lever les barrières d'accès et amener la personne à cogérer sa condition, un membre de l'équipe multidisciplinaire peut faire des visites à domicile pour inviter certaines clientèles à être évaluées par l'équipe de soins primaires. Pour planifier les interventions, on a souvent recours aux questionnaires sur l'état de santé et de bien-être, à l'accès informatisé aux études d'efficacité des interventions, aux instruments épidémiologiques permettant le suivi du dépistage et de la vaccination ainsi qu'à la recherche évaluative.

Pour faciliter la communication dans ces modèles, des formulaires standardisés multidisciplinaires peuvent être implantés. La création de comités interorganisationnels facilite le suivi et l'amélioration des ententes. Le balisage concurrentiel (benchmarking) pour identifier les meilleures pratiques est aussi un outil qui permet le partage efficace de l'expertise.

10) LE SUIVI DU PROJET CLINIQUE

Le suivi doit être considéré comme un élément central de la transformation vers les réseaux locaux et la mise en œuvre d'un projet clinique mobilisateur. Il ne suffit pas d'adopter un projet clinique, il faut l'accompagner d'une stratégie qui permet à la transformation de prendre place et de susciter l'adhésion des gestionnaires et cliniciens. Les suivis sont une composante intrinsèque de la réussite. Ils permettent à l'organisation d'apprendre et d'apporter les améliorations requises au fur et à mesure qu'elle progresse dans l'implantation du projet. De plus, la mise en œuvre d'activités permettant aux centres de santé et de services sociaux et aux agences de suivre l'évolution des réseaux locaux en ayant recours à des évaluations et des comparaisons est un facteur susceptible de limiter la dérive des objectifs vers les intérêts personnels des acteurs.

Dans la description de tous les modèles retenus pour articuler un projet clinique cohérent, l'évaluation et le suivi sont des facteurs clés. Dans ces modèles, on prône des approches formatives et la prise en compte d'un rythme favorable à respecter dans l'implantation de ces modèles. La notion de progression vers les objectifs visés est donc respectée. L'expérience antérieure est aussi reconnue comme un facteur affectant cette progression.

Le développement d'indicateurs locaux de suivi est encouragé tant au niveau des processus que des résultats. D'où l'importance soulignée :

- ❖ De faire un suivi de l'évolution du portrait de la population et de l'utilisation des ressources jumelé à des mécanismes appropriés de rétroaction pour témoigner de la progression;
- ❖ D'instaurer des processus d'amélioration continue de la qualité et d'amélioration de la performance résultant d'une vision partagée sur l'atteinte des résultats pour garder la mobilisation, minimiser les conflits et favoriser l'innovation;
- ❖ D'évaluer avec les intervenants l'adaptabilité aux contextes locaux des lignes directrices pour témoigner de la réalité locale;
- ❖ De développer des méthodes qui permettent de témoigner des résultats.

Cette préoccupation du suivi de la progression des réseaux locaux vers l'atteinte des objectifs se traduit par deux initiatives au sein du Ministère. Elles ne sont pas toutefois spécifiques au projet clinique.

La première «Évaluation des mesures prévues pour le développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux» vise à examiner l'impact des réseaux locaux où leur mise en œuvre est considérée comme une démarche continue d'amélioration de l'efficacité du réseau de la santé et des services sociaux. Logiquement, en lien avec cette conception, on a retenu comme stratégie une analyse d'implantation où certains réseaux locaux seront sélectionnés pour faire l'objet d'une étude de cas. Les objectifs de cette évaluation sont de :

- ❖ Comprendre les enjeux, les leviers et les contraintes sur lesquels repose la mise en place des réseaux locaux dans le cadre de la réorganisation des services;
- ❖ Examiner l'implantation des structures et des moyens nécessaires à l'actualisation de l'intégration des services dans le cadre du réseau local;
- ❖ Mesurer l'influence des réseaux locaux sur l'accessibilité des services de première ligne, incluant les services de prévention et médicaux, ainsi que le suivi et la prise en charge des personnes ayant eu recours aux services;
- ❖ Dégager les conditions qui favorisent ou entravent le fonctionnement et l'efficacité des réseaux locaux.

La deuxième consiste au monitoring des services de première ligne qui se veut une activité complémentaire à celle de l'évaluation afin de s'assurer que le niveau d'accès aux services de première ligne soit maintenu et progressivement amélioré. Cette démarche repose sur les principes suivants :

- ❖ Adhésion des instances de représentation;
- ❖ Démarche participative;
- ❖ Analyse continue de l'implantation des réseaux locaux;
- ❖ Prise en compte des données disponibles;
- ❖ Application de mesures d'amélioration au besoin.

Ces initiatives ne se substituent pas à celles devant être développées par les agences et les centres de santé et de services sociaux pour suivre spécifiquement l'implantation des projets cliniques.

11) LES PARTENAIRES DU PROJET CLINIQUE

La population

Dans le but de rapprocher la prise de décision de ceux qui bénéficient des services, la participation représentative de la population et des personnes est essentielle. De plus, dans une optique d'amélioration de la santé et du bien-être de la population et en vertu de l'approche populationnelle et de la responsabilité populationnelle sur lesquelles *repose* le projet clinique, le partenariat avec la population constitue un des piliers à la base de l'évolution proposée.

Le centre de santé et de services sociaux est responsable de définir les mécanismes qui conviennent pour obtenir cette collaboration. Ainsi, le centre de santé et de services sociaux pourra, entre autres moyens, se donner des modes d'information et de consultation de la population afin de la mettre à contribution et de connaître sa satisfaction au regard de l'organisation des services et des résultats obtenus.

Les pratiques antérieures ont illustré qu'il n'est pas toujours facile et allant de soi d'impliquer la population dans les décisions qui concernent le choix et l'organisation des services sociaux et de santé. Toutefois, des expériences vécues au Québec et dans plusieurs autres pays ont démontré que cela est possible en offrant des conditions favorables à une implication réelle et constructive. Ainsi, le centre de santé et de services sociaux pourra, entre autres moyens, se donner des modes d'information et de consultation de la population afin de la mettre à contribution et de connaître sa satisfaction au regard de l'organisation des services et des résultats obtenus.

Les usagers

Les usagers, par le biais des comités d'usagers, seront appelés à jouer un rôle de premier plan dans l'implantation du projet clinique. Ils seront mis à contribution dans l'identification des problèmes touchant les usagers et des solutions à y apporter et à faire connaître leurs attentes à l'égard des services qui leur sont offerts.

Le centre de santé et de services sociaux devra aussi accorder une attention particulière à l'information à rendre disponible aux usagers concernant leurs droits et leurs recours. Des mécanismes formels seront proposés aux établissements pour permettre la rétroaction entre les plaintes des usagers et les moyens d'améliorer la qualité des services.

Les dispensateurs de soins et services

❖ Les médecins

Souvent cliniciens principaux auprès des personnes, les médecins sont des acteurs clés du projet clinique.

À ce titre, et par leur rôle de porte d'entrée des personnes dans le réseau, les modalités permettant de répondre aux objectifs d'accessibilité, de continuité et de qualité des services *doivent* être définies avec eux par le centre de santé et de services sociaux.

Le centre de santé et de services sociaux *doit* aussi créer des conditions favorables à l'accès, à la continuité et à la mise en réseau des services médicaux généraux, de concert avec l'agence et le département régional de médecine générale (DRMG), en portant une attention particulière à l'accessibilité :

- ❖ À des plateaux techniques diagnostiques pour tous les médecins;
- ❖ À l'information clinique, entre autres, les résultats d'examen diagnostiques (laboratoire et imagerie médicale, profils médicamenteux, résumé de dossiers, etc.);
- ❖ À des médecins spécialistes *sur référence* du médecin de famille et au retour de la personne vers *ce dernier*
- ❖ A une personne identifiée, au centre de services sociaux, pour assurer la liaison et les interfaces avec les médecins œuvrant en cliniques médicales.

Le centre de santé et de services sociaux et le GMF ou le CMA / GMF doivent s'assurer que le volet médical s'intègre et s'harmonise avec le projet clinique.

❖ **Les pharmaciens**

Pour le suivi des clientèles vulnérables et notamment des clientèles particulières, le centre de santé et de services sociaux doit établir des liens avec les pharmaciens pour le suivi du profil pharmacologique visant une meilleure prise en charge et l'accompagnement de ces personnes en réponse à leurs besoins en matière de services pharmaceutiques.

Pour la population en général, les pharmaciens et les centres de santé et de services sociaux peuvent s'associer pour la diffusion d'informations portant sur l'utilisation judicieuse des médicaments. De plus, l'implication des pharmaciens des centres des services de santé et de services sociaux et de pratique privée dans l'application des stratégies d'utilisation optimale des médicaments avec leurs partenaires médecins et infirmières pourra être renforcée par des ententes dans le cadre de l'implantation des Réseaux locaux de services de santé et de services sociaux.

❖ **Les services préhospitaliers d'urgence**

Les services ambulanciers privés ou publics et les centres de communication santé (CCS) ou leurs équivalents privés sont aussi des partenaires du centre de santé et de services sociaux. Sous la coordination particulière de l'agence, ils doivent assurer d'une réponse de qualité dans l'offre de service de premiers soins d'urgence et dans le transport sécuritaire des personnes.

❖ **Les établissements à vocation régionale et suprarégionale offrant des services spécialisés et surspécialisés**

Les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés, les centres de réadaptation ainsi que les centres jeunesse *sont également* sollicités en fonction des clientèles particulières qu'ils ont mandat de desservir.

Les principes mis de l'avant pour la création de réseaux locaux de services soit la responsabilité populationnelle et la hiérarchisation des services amènent à *clarifier* l'offre de service et l'imputabilité des établissements à ces égards.

Ainsi, le principe de responsabilité populationnelle s'exerce par l'ensemble des établissements impliqués dans le réseau local. Les établissements à vocation régionale et suprarégionale sont appelés à contribuer de façon active à la définition du projet clinique des centres de santé et de services sociaux de leur territoire. Ils doivent plus spécifiquement être associés à l'identification des besoins spécifiques des sous-ensembles de population dans leurs champs de compétence respectifs. Cela suppose aussi que les établissements à vocation régionale et suprarégionale précisent leur offre de service et leurs modalités de collaboration en regard de l'accès, de la continuité et de la qualité des services. Chacun des établissements impliqués se trouve ensuite lié par l'entente de services qui consacrera ses rôles attendus en regard des objectifs fixés.

Le principe de hiérarchisation des services suppose, quant à lui, que les établissements à vocation régionale et suprarégionale concentrent leur offre de service sur les services spécialisés et surspécialisés et favorisent qu'un maximum de ces services soient déconcentrés pour en favoriser l'accès et la continuité. Cette déconcentration devra permettre, par ailleurs, d'assurer le maintien de la qualité des services, tenir compte des masses critiques de personnes à desservir et des expertises à déployer et garantir les services à des coûts comparables.

❖ **Les Réseaux Universitaires Intégrés de Santé (RUIS)**

Créés récemment pour veiller à l'organisation des services spécialisés et surspécialisés dans leurs territoires de desserte et à la détermination de l'ensemble des activités universitaires qui y sont rattachés, les RUIS ont notamment le mandat de proposer aux agences concernées des recommandations sur :

- L'offre de service spécialisés et surspécialisés à rendre disponible aux centres de santé et de services sociaux et à l'instauration de corridors de services conséquents;
- Le soutien à apporter aux établissements qui ont de la difficulté à assurer les services généraux et spécialisés dans l'optique de prévenir les ruptures de services à la population.

Les liens entre les centres de santé et de services sociaux et les RUIS se font par l'entremise des agences.

Les services dans la communauté

❖ **Les organismes communautaires**

Un comité de travail, mis en place et présidé par le Ministère, regroupant des représentants des regroupements d'organismes communautaires et des agences régionales a défini les principes directeurs et les modalités touchant les interfaces des centres de santé et de services sociaux et des organismes communautaires dans les ententes à convenir entre eux.

De façon générale, les organismes communautaires concernés auront, sur une base libre et volontaire, à définir avec le centre de santé et de services sociaux les modalités de leur collaboration pour assurer une offre de service intégrés à la population de leur territoire et à des clientèles particulières qu'ils desservent tous deux.

Ces modalités de collaboration doivent se réaliser dans le respect de l'autonomie de ces organismes et en observant les termes de la politique de reconnaissance et de soutien de l'action communautaire.

L'agence continue d'assumer la gestion du programme de soutien aux organismes communautaires dont le cadre de financement évoluera en continuité avec le mode actuel de soutien à la mission globale des organismes communautaires

❖ **Les partenaires intersectoriels**

Le centre de santé et de services sociaux doit animer les collaborations avec les autres secteurs d'activités, de manière à agir sur les déterminants de la santé et du bien-être par des actions intersectorielles et à améliorer l'offre de service à la population. À titre d'exemple, mentionnons les actions de prévention menées en collaboration avec les municipalités ou encore l'élaboration et la mise en œuvre de plans d'action en concertation avec les partenaires du milieu scolaire pour améliorer l'offre de service aux jeunes et à leurs parents.

❖ **Les entreprises d'économie sociale**

L'établissement d'ententes de collaboration s'avérant un préalable à tout continuum de services de qualité, le centre de santé et de services sociaux assure aussi une communication avec les gestionnaires d'entreprise d'économie sociale respectant les responsabilités, limites, compétences et réalités de chacun. Ces ententes facilitent entre autres, pour la population du territoire du centre de santé et de services sociaux l'accès à des services d'aide domestique. Elles contribuent également à la mise en place des mécanismes de concertation qui permettent d'associer tout acteur local concerné par l'économie sociale à l'établissement de balises, critères de suivi et recherche de solutions aux différents problèmes.

L'agence doit, quant à elle, soutenir la concertation et veiller au respect des conditions et exigences d'accréditation et de suivi des entreprises d'économie sociale définies par le Ministère. Enfin, l'agence doit soutenir ces centres dans l'organisation de ces services et s'assurer que ceux-ci sont disponibles à la population des territoires de sa région de manière équitable.

❖ **Les ressources non institutionnelles**

Le réseau des ressources d'hébergement public non institutionnel regroupe les ressources de type familial (pour jeunes et adultes) et les ressources intermédiaires. Ce réseau répond aux besoins de personnes nécessitant un accompagnement dans leur processus d'intégration sociale dans un milieu de vie s'apparentant à un milieu familial.

Les ressources d'hébergement public non institutionnel sont rattachées par des liens contractuels, soit au centre de santé et de services sociaux, soit à un centre spécialisé (ex : centre jeunesse, centres de réadaptation). Tout comme le centre spécialisé, le centre de santé et de services sociaux doit recruter, évaluer et établir des ententes contractuelles avec des ressources de ce réseau. Il aura également à évaluer les besoins de l'utilisateur qui a recours à ces services, et déterminer le cas échéant, la ressource d'hébergement substitut la plus appropriée pour y répondre.

❖ Les ressources d'hébergement

Dans l'élaboration des programmes dédiés à des clientèles particulières : personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement, personnes présentant des déficiences physiques ou intellectuelles, personnes présentant des problèmes de santé mentale ou autres clientèles particulières, le partenariat avec les **ressources privées conventionnées** et les **ressources privées** s'avère essentiel pour tenir compte des besoins d'ensemble de ces clientèles et de la nature des services à leur offrir. Les centres de santé et de services sociaux, sous l'égide de l'agence, devront définir ainsi leurs modalités de référence aux ressources privées et les moyens qu'ils entendent mettre en œuvre pour s'assurer de la qualité des services qui y sont offerts.

❖ Les professionnels œuvrant dans le secteur privé

Outre les intervenants qui offrent les soins et services dans l'ensemble des établissements publics et privés conventionnés, plusieurs professionnels de la santé et des services sociaux apportent leur contribution au sein du secteur privé. Des mécanismes de référence et de suivi, le cas échéant, doivent être établis afin d'assurer la continuité des services.

Les organismes gouvernementaux

❖ L'agence régionale

L'agence régionale a notamment comme mandat d'élaborer un plan stratégique pluriannuel, en mettant à contribution les établissements et les autres partenaires de la région, qui présente, pour sa région :

- La vision régionale, en fonction d'une connaissance de l'état de santé et de bien-être, des besoins sociosanitaires et des particularités de la population;
 - Les objectifs poursuivis concernant l'amélioration de la santé et du bien-être de la population, l'organisation et la gestion des services;
 - Les mandats et responsabilités qui en découlent pour les établissements et organismes;
 - Les mécanismes de coordination régionale et de mobilisation des partenaires à sa mise en œuvre;
 - Les modalités de soutien aux établissements dans l'organisation des services et d'arbitrages nécessaires pour garantir l'accès, la continuité des services et la gestion efficace et efficiente des ressources;
 - Le recours à diverses modalités et mécanismes adaptés à la réalité régionale pour informer la population, la mettre à contribution et connaître sa satisfaction à l'égard de l'organisation des services et des résultats obtenus.
- De façon particulière à l'égard du projet clinique, l'agence doit :
- Soutenir les centres de santé et de services sociaux dans l'étape d'analyse des besoins notamment par le portrait de la population de leur territoire : la description de son état de santé et de bien-être, ses caractéristiques sociodémographiques, son utilisation des ressources, les résultats des sondages de satisfaction de la population à l'égard des services dispensés;
 - Animer et coordonner la démarche au plan régional : fixer les résultats attendus, les étapes charnières et le calendrier de réalisation;

- Porter assistance, au besoin et à sa demande, au centre de santé et de services sociaux dans l'élaboration de son projet clinique;
- S'assurer de la cohérence, de la coordination et de l'équité des projets qui lui sont déposés; à cet égard, l'agence devra, au besoin, arbitrer les écarts dans les offres de services entre les niveaux local, régional et suprarégional.
- S'assurer que les ressources sont mobilisées à leur réalisation.

Les mécanismes de soutien au projet clinique sont identifiés plus spécifiquement au chapitre portant précisément sur ce point.

❖ **Le ministère de la Santé et des Services Sociaux**

Plus particulièrement à l'égard du projet clinique, le Ministère :

- Établit les orientations et les objectifs du projet;
- Identifie les clientèles prioritaires visées par le projet;
- Définit les standards d'accès et de continuité des services;
- Alloue les ressources régionales et évalue les résultats.

Le Ministère assure aussi la mise en œuvre des conditions et incitatifs supportant le projet, lesquels sont décrits au chapitre sur le soutien au projet clinique.

12) LE SOUTIEN À L'IMPLANTATION DU PROJET CLINIQUE : VOLET MÉDICAL ET PLURIDISCIPLINAIRE

L'implantation et la mise en œuvre du projet clinique représentent une responsabilité et un défi importants pour les centres de santé et services sociaux et interpellent le Ministère et les agences dans les mesures de soutien à mettre en place.

Le présent chapitre concerne principalement les incitatifs, les conditions de réalisation ainsi que les moyens mis en place afin de soutenir l'élaboration et l'implantation du projet clinique en tenant compte de façon particulière du volet médical et pluridisciplinaire.

a) LES MODALITÉS DE PARTICIPATION : UNE MISE À PROFIT DES MÉCANISMES EN PLACE

Souvent évoquée comme une condition cruciale et incontournable, la participation des professionnels et particulièrement des médecins au projet doit aussi, pour se réaliser, pouvoir compter sur des moyens de support et du soutien à tous les niveaux et des moyens de participation et de coordination.

D'entrée de jeu, il est important de réaliser que le médecin de famille est un des maillons essentiels de tous les modèles retenus dans le cadre de référence. Dans sa pratique quotidienne, il sera susceptible de voir des personnes dont la réponse à leurs besoins s'inscrit davantage dans un ou l'autre des modèles des projets cliniques des centres de santé et services sociaux. Il faut également réaffirmer l'importance du rôle des autres professionnels de première ligne pour la mise en place d'une véritable première ligne qui intègre l'ensemble de ses composantes.

La fluidité des rapports entre les composantes de la première ligne et de ceux entre la première et la deuxième ligne est certainement un des enjeux majeurs du succès de l'implantation des réseaux locaux.

❖ Des instances professionnelles impliquées et un encadrement adéquat dans les centres de santé et services sociaux

La mise en place du projet clinique médical repose largement sur la collaboration des médecins de famille, des spécialistes et des professionnels œuvrant dans les réseaux locaux.

La présence d'un Conseil des infirmiers et infirmières (CII), d'un Conseil multidisciplinaire (CM) et d'un Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) unique au sein du centre de santé et de services sociaux est un outil puissant pour assurer la cohésion et la participation au projet clinique des professionnels et des médecins pratiquant dans la nouvelle organisation. Ainsi, pour les médecins, l'octroi des privilèges pourra influencer positivement cette implication.

Les directeurs des services professionnels, les directrices et responsables des soins infirmiers et les autres cadres cliniques des réseaux locaux sont localement des catalyseurs essentiels pour la mise en place des projets cliniques médicaux et pluridisciplinaires et apportent une contribution importante à la formation des médecins et des professionnels des centres de santé et de services sociaux ainsi qu'à la prestation sécuritaire des services.

Il est essentiel d'intégrer les praticiens de pratique privée au projet clinique. Il faudra également démontrer une volonté réelle de laisser les médecins de famille développer avec les autres professionnels de la première ligne les modes d'arrimage des services spécialisés aux services première ligne et ce, même si cela impose de légers délais dans l'élaboration et la mise en œuvre du projet clinique.

On le dit souvent que la disponibilité de système d'information efficace est cruciale. Cependant, les systèmes d'information ne font pas ce que les personnes ne faisaient pas avant leur implantation. En l'occurrence, il ne faut pas attendre d'avoir tous les système d'information sophistiqués pour améliorer la transmission de l'information entre la première ligne et les milieux spécialisés. À cet effet, il importe que les centres de santé et de services sociaux investissent dans le soutien logistique à la transmission d'information, même avec des moyens traditionnels.

Il est aussi essentiel que les médecins puissent travailler en étroite collaboration avec les autres professionnels, notamment les infirmières de première ligne et les pharmaciens. Les agences et les centres de santé et de services sociaux devront faciliter des ententes entre les autres établissements du réseau et les médecins de cabinet à cet effet, sur le modèle GMF ou d'autres modèles en cours d'expérimentation. Les centres de santé et de services sociaux devraient implanter des mécanismes de liaison entre les médecins de première ligne et toutes ses composantes (services hospitaliers, services d'hébergement, santé publique etc.). Ils devraient également travailler localement en contexte multidisciplinaire où le rôle des praticiens de première ligne, incluant ceux de pratique privée, est clairement défini.

❖ **L'implantation de GMF et autres modèles de partenariat**

Pour favoriser la concertation du centre de santé et de services sociaux et des médecins pratiquant en cliniques médicales, les GMF ou les cabinets associés sont identifiés par plusieurs intervenants comme le moteur le plus efficace de coordination.

Pour associer au centre de santé et de services sociaux les cliniques médicales qui ne sont pas dans un mode GMF, les projets cliniques médicaux et l'utilisation des modèles de trajectoires de soins et services sont des éléments qui favoriseront :

- ❖ L'accès à des plateaux techniques et diagnostiques;
- ❖ L'accès à l'information clinique ex : aux requêtes et aux résultats de laboratoire;
- ❖ L'accès aux professionnels et médecins spécialisés.

❖ **Des commissions professionnelles régionales actives**

Plusieurs mécanismes de concertation et de coordination des professionnels et des médecins jouent un rôle important au niveau régional.

La Commission infirmière, la Commission multidisciplinaire et la Commission médicale régionale sont devenues dans la majorité des régions des acteurs incontournables pour assister l'agence dans la discussion des enjeux stratégiques.

Mécanisme majeur de concertation des médecins omnipraticien, le département régionale de médecine générale (DRMG) dispose de moyens qui peuvent influencer la contribution et la participation de ceux-ci : ainsi l'octroi des activités médicales particulières et la planification et la gestion des plan régionaux d'effectifs médicaux en omnipratique peuvent être utilisés comme leviers.

La formation d'une direction régionale des médecins spécialistes (DRMS) pourra éventuellement, si elle est souhaitée et telle qu'elle existe déjà dans certaines régions, favoriser l'implication des médecins spécialistes.

Enfin, rappelons que les directeurs régionaux des affaires médicales sont les principaux responsables en région de la mise en place des projets cliniques médicaux et ce en collaboration avec les différentes instances régionales comme la Commission médicale régionale, le DRMG et le DRMS ou Table des chefs médicaux spécialisés lorsque cela existe. Le Directeur régional travaille également en étroite collaboration avec les directeurs des services professionnels des établissements de sa région ainsi qu'avec les présidents des Conseils de médecins, dentistes et pharmaciens de ces mêmes établissements ou tout autre leader médical du milieu. Il constitue également le principal interlocuteur du Ministère et des représentants des réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS).

b) DES INCITATIFS QUI AGISSENT COMME CATALYSEURS

La révision des modes de financement, l'adoption de modalités de rémunération variées et adaptées, l'identification d'indicateurs de suivi valides constituent des incitatifs à développer au plan national.

Au plan local, les incitatifs peuvent prendre la forme de partage des objectifs avec les partenaires, de la promotion des soins primaires, de l'inscription de clientèles particulières, d'un style novateurs de gestion, de la latitude des moyens, de mécanismes de suivi.

c) DES CONDITIONS À ASSURER

Un projet d'une telle envergure nécessite la mise en place de mesures permettant le fonctionnement optimal des réseaux locaux nouvellement créés.

Ces mesures se traduisent au plan local par la compatibilité des valeurs, une culture commune qui favorise l'ajustement mutuel et la standardisation des normes, l'implication des cliniciens, la présence d'un leadership fort et de leaders acceptés par tous, la mise en place de mécanismes de communication efficaces, la formation d'équipes détenant des expertises complémentaires, la clarté des rôles et responsabilités.

Aux plans régional et national, il faut s'assurer notamment d'un partage clair des rôles entre les paliers gouvernementaux, d'un niveau de financement adéquat, de la disponibilité des systèmes d'information, de la présence d'orientations et de lignes directrices lorsque pertinent, de la convention d'attentes signifiées, de la disponibilité des ressources professionnelles, de l'intégration des services médicaux, de la révision des programmes d'enseignement.

Ces mesures découlent de l'importance d'intégrer la logique professionnelle à la logique organisationnelle pour atteindre une configuration optimale des résultats.

d) LES MOYENS PRIVILÉGIÉS

❖ Une gestion de projet

Les modèles de gestion de projet ou de gestion par projet sont identifiés comme des modèles porteurs. Ils mettent en présence des équipes multidisciplinaires, des porteurs de projets crédibles et acceptés par l'équipe et des coordonnateurs ou chargés de projet qui s'investissent pleinement à cette tâche.

Nous suggérons que les centres de santé et de services sociaux se dotent d'une telle structure de projet et mettent à contribution leurs ressources professionnelles, médicales et cadres les plus convaincues et convaincantes de leur organisation. Il ne faut pas l'oublier, se donner cette culture de réponse aux besoins de la population et de partenariat, se donner aussi des moyens et des mécanismes permettant la continuité et la hiérarchisation des services devront se faire en assumant efficacement la pression du quotidien.

En même temps, rappelons-le aussi, une évolution de cette ampleur ne peut se gérer comme une activité courante. Il faut donc avoir la détermination de s'en donner les meilleurs moyens et d'avoir recours aux meilleures ressources possibles. Et nous croyons que ces meilleures ressources sont déjà présentes au sein de la nouvelle organisation et qu'on doit leur offrir, l'occasion de contribuer à cet important défi. Pour ce faire, l'importance de leur rôle doit être connu et reconnu. Elles devront être soutenues, aidées non seulement dans leur organisation mais aussi au niveau régional pour y trouver des outils et moyens additionnels. Des mécanismes de coordination, de support et de communication devront être accessibles aux centres de santé et des services sociaux en appui à la réalisation de leur mandat. Les niveaux régional et national sont ici interpellés.

Il faut consentir un investissement pour supporter les professionnels qui s'engagent dans l'implantation car le succès de la collaboration en dépend.

❖ Un soutien des agences régionales

Les responsabilités des agences en regard des projets cliniques ont été décrites au chapitre sur les partenaires du projet clinique. Nous les rappelons sommairement :

- ❖ **Animer** et coordonner la démarche au plan régional : fixer les résultats attendus, les étapes charnières et le calendrier de réalisation;
- ❖ **Soutenir** et guider les centres de santé et de services sociaux : leur fournir de l'aide au besoin;
- ❖ **Assurer l'équité** entre les projets et **arbitrer** les écarts entre les niveaux local, régional et suprarégional.

Nous suggérons que les agences se dotent pour une période déterminée, d'un **répondant régional** ou coordonnateur au développement des projets cliniques qui aurait pour rôles de supporter les chargés de projet au plan local, de leur fournir une tribune d'échanges et de partage d'expertises, d'expériences et d'outils et qui assurerait le suivi des projets.

L'agence doit de plus **évaluer** avec les centres de santé et de services sociaux leurs capacités à se donner des moyens adéquats pour l'élaboration de leur projet clinique et les **supporter financièrement** si nécessaire.

❖ **Des actions nationales en voie de réalisation**

En plus d'établir les orientations, objectifs et priorités du projet clinique, le Ministère assure la mise en œuvre des conditions et incitatifs suivants supportant le projet :

- ❖ Mise en place progressive des systèmes d'information et de télésanté;
- ❖ Élaboration de programmation de services et de plans d'action pour des clientèles particulières;
- ❖ Implantation continue des GMF et autres modèles de partenariat avec les médecins;
- ❖ Utilisation des plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) et des activités médicales particulières (AMP);
- ❖ Adoption de nouveaux modes d'allocation pour mieux assurer l'équité et supporter les changements;
- ❖ Adaptation progressive des modes de rémunération des médecins pour soutenir leur contribution au projet;
- ❖ Implantation des RUIS;
- ❖ Développement d'approches pluridisciplinaires et de la pratique infirmière avancée;
- ❖ Mise en place et suivi des ententes de gestion;
- ❖ Révision avec le ministère de l'Éducation des programmes de formation pour les adapter aux nouvelles réalités et aux nouveaux rôles des intervenants;
- ❖ Évaluation du processus et des résultats.

Un suivi de ces actions est assuré auprès des différents organismes de représentation, lors de rencontres statutaires. L'information relative à l'état d'avancement des travaux reliés à l'implantation des réseaux locaux est diffusée dans les publications ministérielles adressées à l'ensemble du réseau et des partenaires, notamment, les sites intranet et Internet ainsi que dans le Perspective Réseau.

❖ **Des mesures nationales en appui**

En plus d'établir les objectifs et priorités du projet clinique médical et pluridisciplinaire, le Ministère assure la mise en œuvre des conditions et incitatifs énoncés précédemment.

De plus, le MSSS identifiera un responsable des projets cliniques qui aura notamment comme rôle de soutenir les répondants régionaux, dans l'implantation des réseaux locaux et d'assurer le suivi auprès des présidents-directeurs généraux des agences concernant l'évolution des travaux.

La mise en œuvre du projet clinique supposera enfin que ces nouveaux modèles de planification et d'organisation des services, leur suivi et évaluation s'incarnent dans la culture de l'organisation et se traduisent dans des rôles et responsabilités adaptés, tant au niveau stratégique qu'au niveau opérationnel.

Une mise en œuvre réussie devra permettre aussi le partage d'expériences de succès (success story) et le développement et l'échange d'outils communs.

13) UNE GESTION DU CHANGEMENT

Les organisations évoluent dans un environnement de plus en plus complexe et interdépendant. Les impératifs de nature démographique, sociosanitaire, technologique, pharmaceutique et informationnelle contribuent tous à l'évolution des façons de faire. Ces changements obligent de mettre à profit les contributions des différents acteurs pour offrir à une population définie des services sociaux et de santé adaptés à ses besoins de plus en plus complexes.

Les sections précédentes, plus précisément celle portant sur les modèles et leurs conditions d'implantation, ont mis en lumière à l'occasion, sur les enjeux de gestion du changement qui sont en cause dans le projet clinique.

Les enjeux soulevés par la gestion du changement sont majeurs car les objectifs les plus précis, les meilleurs approches et modèles retenus ne peuvent à eux seuls garantir le succès de l'entreprise.

C'est pourquoi il importe de comprendre et de maîtriser ces enjeux car les hommes et les femmes qui feront le succès du projet en seront aussi les moteurs.

a) LES DÉFIS DU CHANGEMENT

Les défis que soulève l'intégration des organisations et le changement qu'elle génère ont été largement documentés. Nous en retiendrons quatre :

1. *Le défi d'une vision porteuse pour la nouvelle organisation*

Ce défi est de nature conceptuelle. Il s'agit ici de présenter le sens du projet de changement, le rendre acceptable, sinon souhaitable et désirable par les membres de la nouvelle organisation. C'est l'étape de la réflexion stratégique où vision, valeurs, cultures, aspirations et orientations sont mises sur la table.

Cette étape pose la question de la légitimité des principaux dirigeants de l'organisation et au premier chef, son directeur général ou directrice générale. Il importe que ce leader puisse inspirer une vision mobilisatrice.

2. *Le défi de la «nouvelle culture»*

Ce défi culturel est aussi majeur puisqu'il suppose l'adhésion de tous à une responsabilité commune à l'égard de la population, la transformation des cultures «autonomistes» des établissements en une culture de partenariat et de travail d'équipe et l'adaptation d'une organisation du travail par fonction en une *organisation des processus de travail* pour assurer notamment la prise en charge des personnes et le continuum de soins et services transorganisations.

Il importe de rappeler que cette nouvelle culture n'est pas le fruit d'une génération spontanée. Elle s'installera progressivement par la superposition de nouvelles caractéristiques sur les anciennes. Les nouveaux rôles, les nouvelles façon de faire s'imprèneront graduellement «par contamination». L'appivoisement mutuel des interlocuteurs et le facteur temps jouent ici un rôle prépondérant.

3. Le défi de la «construction» de l'organisation pour qu'elle puisse porter le changement

Il s'agit d'un défi structurel. Il consiste à déterminer le modèle de plan d'organisation stratégique, clinique et opérationnel que devra prendre l'organisation pour rencontrer ses responsabilités populationnelles et ses responsabilités à l'égard des clientèles vulnérables et particulières, assurer l'atteinte des objectifs d'accessibilité, de continuité et de qualité que supporte le projet clinique et soutenir le mandat majeur de leader du partenariat qui lui incombe.

La nouvelle organisation, à ce titre, est plus que l'addition simple de ses missions et son plan d'organisation supérieur doit refléter ce virage «population / clientèles».

4. Le défi humain

L'évolution du réseau de la santé et des services sociaux en cause est complexe. Elle interpelle, comme on l'a vu, un ensemble de facteurs. Elle interpelle d'abord et avant tout, un ensemble d'acteurs. Au premier chef, ceux qui sont directement concernés :

- ❖ Les membres de l'équipe de direction dont les fonctions et responsabilités, quand ce n'est pas le poste même et la carrière, se trouveront modifiés ; ils devront incarner et porter le changement ; leur cohérence comme équipe sera regardée;
- ❖ L'ensemble du personnel et de façon particulière les cadres intermédiaires, souvent les grands oubliés des opérations de transformation, opérations susceptibles de modifier aussi leurs responsabilités et leur mode de gestion vers une gestion plus centrés sur les équipes de travail. Pour les soutenir dans cette importante phase de transition, leur sensibilisation, implication et formation deviennent majeurs.

Les partenaires, médecins, organismes communautaires, partenaires intersectoriels, autres établissements spécialisés, etc. devront aussi être impliqués afin qu'ils se sentent à la fois coresponsables à l'égard de la population et des clientèles qu'ils desservent et respectés dans leur mission propre.

Pour relever ce défi humain, il importe de tabler sur 5 / C des relations humaines; les quatre premiers se présentent dans un ordre précis, chaque étape précédant l'autre :

1. La connaissance : connaître l'autre et se bien faire connaître. Pour plusieurs organisations qui fusionneront en un centre de santé et de services sociaux et pour leurs partenaires externes, cette étape est cruciale et mérite qu'on y mette le temps et l'énergie car la réussite de cette première étape conditionne celle qui suit;
2. La confiance : le travail en réseau ne saurait se passer de la confiance dans les capacités et les compétences de l'autre;
3. La complicité qui suppose l'harmonie dans les relations et permet de bien faire les choses ensemble;
4. La connivence qui suppose qu'on se connaît si bien qu'on est capable d'anticiper l'action et la réaction de l'autre.

Un dernier C enfin accompagne tous les autres : c'est la communication constante et efficace par le biais de moyens structurés d'information et d'échange.

b) QUELQUES PRINCIPES DE BASE

L'évolution s'inscrit dans la continuité

Le système de santé et de services sociaux est un système dynamique. Il répond tous les jours, heure par heure, à des demandes pressantes de services auxquelles il doit donner suite avec la même célérité. Il ne peut être mis en quarantaine même temporairement. La gestion des activités courantes doit donc continuer de se faire le plus efficacement possible.

Aussi, il importe que l'organisation garde le cap sur la réponse immédiate à apporter à ses clientèles et continue d'effectuer le suivi rigoureux de ses activités. Car ce sont précisément ces activités courantes et les processus actuels de travail qui vont servir de matériau de base à la démarche de changement. L'implication et le soutien au personnel d'encadrement sont également un facteur clé.

Le rythme à apporter au changement doit pouvoir s'adapter à cette réalité toujours présente du quotidien. L'ensemble de l'organisation doit sentir que ses leaders accordent l'importance voulue à la gestion du quotidien tout autant qu'à la gestion du changement.

Le changement ne se gère pas comme une activité courante

Par ailleurs, pour amener la nouvelle organisation vers un projet clinique mobilisateur, celle-ci doit pouvoir déterminer son point de départ et son point de destination. Pour cela, les interlocuteurs internes comme externes doivent :

- ❖ Pouvoir participer à l'analyse du présent;
- ❖ Déterminer les forces et les faiblesses;
- ❖ Définir le plan d'amélioration souhaité;
- ❖ Connaître les étapes et le rythme;
- ❖ Savoir leur contribution attendue.

La nouvelle organisation mettra donc sur une gestion par projet dont les facteurs de succès ont aussi intérêt à être maîtrisés.

- ❖ L'effet de mobilisation et d'entraînement qu'apporte la mise en route de plusieurs projets en même temps et l'équilibre à garder pour que leur nombre «n' écrase pas» l'organisation;
- ❖ L'implication de plusieurs interlocuteurs de secteurs différents notamment dans la phase initiale de diagnostic de l'organisation et de détermination du but à atteindre;
- ❖ Le rôle de chef d'orchestre de la haute direction dans la définition des «pourquoi» et son rôle d'accompagnateur dans la recherche des «comment»;
- ❖ L'identification d'équipes de projets et de leaders crédibles qui porteront plus tard la mise en œuvre;
- ❖ La reconnaissance par tous que l'organisation est en phase d'apprentissage, un apprentissage à soutenir par la formation et l'acceptation par tous du droit à l'expérimentation.

14) CONCLUSION

Les nouvelles responsabilités dévolues aux centres de santé et de services sociaux marquent une évolution majeure dans la prestation des soins et services. Devant cette réorganisation, les personnes du territoire d'un centre de santé et de services sociaux sont en droit d'attendre que les services de santé et les services sociaux leur soient accessibles, continus, offerts à proximité et sur une base plus intégrée.

Plusieurs conditions sont nouvellement mises en place pour favoriser l'atteinte de ces objectifs. La responsabilité populationnelle et la hiérarchisation des soins sont ainsi deux principes novateurs pour guider les décisions et les actions des acteurs du réseau local. Ils servent de base à la construction du projet popularisé sous le terme «projet clinique».

Ce projet représente une pièce maîtresse pour guider les centres de santé et de services sociaux dans leur implantation. Il prend la forme d'une réelle démarche pour mobiliser tous les acteurs du réseau local pour contribuer à l'amélioration de la santé et du bien-être et à l'organisation d'une offre intégrée de services pour leur population respectives.

Concrètement, le centre de santé et de services sociaux est responsable d'interpeller des cliniciens, des gestionnaires, des acteurs d'autres secteurs d'activités pour contribuer à établir des priorités parmi les problèmes de santé et de bien-être présents sur leur territoire, pour mettre en œuvre un continuum d'interventions et des services efficaces et efficients et pour témoigner des résultats obtenus en termes d'accessibilité, de continuité et de qualité. Dans ce mouvement collectif, la participation des usagers et de la population doit être aussi favorisée pour influencer la prise de décision.

Jusqu'à maintenant, une panoplie de mesures ont été mises de l'avant pour supporter les changements organisationnels. Toutefois, la réussite du projet clinique passe nécessairement par des mesures visant l'intégration en privilégiant des modèles facilitant la réponse aux besoins de la population et des diverses clientèles. Cette perspective est d'autant plus mobilisatrice qu'elle a l'avantage d'être centrée sur la personne et la tâche est de mettre à contribution divers intervenants pour améliorer l'organisation du travail.

Nécessairement, ce projet demande la collaboration de tous. Les agences assureront un soutien en tant que responsables de développer une vision régionale et une harmonisation des actions de l'ensemble des partenaires des niveaux local, régional et provincial. Le Ministère verra au bon fonctionnement du système de santé en établissant les orientations en matière de politiques sociosanitaires et procédera à l'évaluation des résultats. Ainsi, autour des fonctions de planification, de financement, d'allocation de ressources financières, du suivi et de l'évaluation, seront centrées ses actions.

Finalement, bien que chaque projet clinique sera élaboré dans l'optique de l'atteinte des objectifs, il n'en demeure pas moins qu'on doit s'attendre à ce que les projets cliniques des 95 centres de santé et de services sociaux soient construits sur les réalités locales. Ainsi, le projet clinique n'est pas la somme d'une série de petits projets au sein du centre de santé et de services sociaux, pas plus que l'application uniforme à tout le Québec d'une seule formulation. Chaque centre de santé et de services sociaux déterminera son rythme dans l'implantation du projet et dans le respect des ententes et témoignera de sa progression. Faire comprendre le sens de l'évolution proposée, harmoniser un langage commun, développer une vision partagée, favoriser des concertations ouvertes sont des conditions essentielles à la réussite du projet clinique sur lesquelles les centres de santé et de services sociaux pourront capitaliser pour une mobilisation en fonction de leur contexte propre.

15) BIBLIOGRAPHIE

1. Adams-Best L. Strides in care management : the development of a framework to facilitate quality outcomes; Health Manage Forum (2001) 14(2) : 44-50.
2. Agence de développement des réseaux locaux de services de santé et des services sociaux Bas-Saint-Laurent. Les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, guide pour supporter la mise en place de projets cliniques orientés vers l'amélioration de l'état de santé de la population, printemps (2004), 74 pages.
3. Agence de développement des réseaux locaux de services de santé et des services sociaux des Laurentides. Cadre de référence pour la réalisation du projet clinique pour la région des Laurentides, mars (2004), 8 pages.
4. Agence de développement des réseaux locaux de services de santé et des services sociaux Montérégie. Pour un projet local d'intervention avec un impact sur la santé de la population, juin (2004), 46 pages.
5. Alkema GE & al. Using interagency collaboration to serve older adults with chronic care needs : the Care Advocate Program; Fem Community Health (2003) 26(3) : 221-9.
6. Association des CLSC et des CHSLD du Québec. Mise en place des centres de santé et de services sociaux, juin (2004).
7. Association des hôpitaux du Québec (AHQ). Guide d'implantation des réseaux locaux, projet, juin (2004), 11 pages.
8. Association des hôpitaux du Québec (AHQ). Un Guide d'implantation des réseaux locaux étoffé, Le Décideur, juin (2004) : 1-2.
9. Aucoin L. Le leadership est-il possible dans un réseau public de services, congrès annuel de l'Association des CLSC et CHSLD du Québec, (2004), 10 pages.
10. Aucoin L. Favoriser l'émergence d'un leadership clinico-administratif. Présentation dans le cadre du colloque Assumer ensemble sa responsabilité populationnelle, juin (2004).
11. Béland F Bergman H. Home care, continuing care and Medicare : a Canadian model of innovative models for Canadians ? Health Pap (2000) 1(4) : 38-45.
12. Bensing J. Bridging the gap. The separate worlds of evidence-based medicine and patient-centred medicine; Patient Educ Couns (2000) 39(1) : 17-25.
13. Berkman B. The emerging health care world : implications for social work practice and education; Soc Work (1996) 41(5) : 541-51.
14. Bernard DB & al. Health and «disease management» : what is it and where is it going ? What is the role of health and «disease management» in hypertension? Am J Hypertens (1998) 11(8 Pt 2) : 103S-108S.
15. Bodenheimer T & al. Improving primary care for patients with chronic illness; JAMA (2002) 288(14) : 1775-9.
16. Boileau L. Approche populationnelle dans l'organisation des systèmes de santé. Présentation à l'Association des hôpitaux du Québec, mai (2004).
17. Bristow DP, Herrick CA. Emergency department case management : the dyad team of nurse case manager and social worker improve discharge planning and patient and staff satisfaction while decreasing inappropriate admissions and costs : a literature review; Lippincotts Case Manag (2002) 7(6) : 243-51.
18. Cashman SB & al. Carrying out the Medicine / Public Health Initiative : the roles of preventive medicine and community-responsive care; Acad Med (1999) 74(5) : 473-83.
19. Cason DR & al. Schematic integration of traumatic events; Clin Psychol Rev (2002) 22(1) : 131-53.
20. Chaix-Couturier C & al. Effects of financial incentives on medical practice : results from a systematic review of the literature and methodological issues; Int J Qual Health Care (2000) 12(2) : 133-42.

21. Champagne F, Leduc N et coll. Évaluation de la Programmation régionale de soins ambulatoires, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal, mai (2001), R01-06, 155 pages.
22. Chisholm D, Stewart A. Economics and ethics in mental health care : traditions and trade-offs; *J Ment Health Policy Econ* (1998) 1(2) : 55-62.
23. Citro R & al. Modeling and evaluation of continuity of care in a staff model HMO; *MD Comput* (1998) 15(5) : 298-306.
24. Cohen JR & al. The trials, tribulations, and relative success of the ongoing clinical merger of two large academic hospital systems; *Acad Med.* (2001) 76(7) : 675-83.
25. Conrad DA & al. Community care networks : linking vision to outcomes for community health improvement; *Med Care Res Rev* (2003) 60(4 suppl) : 95-129.
26. Conrad DA. Coordinating patient care services in regional health systems : the challenge of clinical integration; *Hosp Health Serv Adm* (1993) 38(4) : 491-508.
27. Denis JL. Gouverner le changement et changer la gouvernance : la création des réseaux locaux de santé et de services sociaux. Présentation dans le cadre du colloque Assumer ensemble sa responsabilité populationnelle, juin (2004).
28. Edson JW & al. Trials and tribulations of year one : initiating cross-continuum care management in a community-based hospital; *Top Health Inf Manage* (2000) 20(3) : 17-26.
29. Ellrodt G & al. Evidence-based «disease management»; *JAMA* (1997) 278(20) : 1687-92.
30. Evans DB & al. Measuring quality : from the system to the provider; *Int J Qual Health Care* (2001) 13(6) : 439-46.
31. Evashwick C & al. Geriatric services offered by hospitals : predicting services by internal and external community characteristics; *Home Health Care Serv Q* (2001) 19(3) : 19-33.
32. Evashwick CJ. Strategic management of a continuum of care; *J Long Term Care Adm* (1993) 21(3) : 13-24.
33. Fine MD. Coordinating health, extended care, and community support services : reforming aged care in Australia; *J Aging Soc Policy* (1999) 11(1) : 67-90.
34. Foreman SE Roberts RD. The power of health care value-adding partnership : meeting competition through cooperation; *Hosp Health Serv Adm* (1991) 36(2) : 175-90.
35. Gardner K, Sibthorpe B. Impediments to change in an Australian trial of coordinated care; *J Health Serv Research & Policy* (2002) 7 (suppl 1) : 2-7.
36. Geyman JP, Bliss E. What does family practice need to do next? A cross-generational view; *Fam Med* (2001) 33(4) : 259-67.
37. Gill HS, Rovinsky M. Strategic implications of developing integrated levels of care; *Manag Care Q* (1998) 6(2) : 21-35.
38. Gillam S, Schamroth A. The community-oriented primary care experience in the United Kingdom; *Am J Public Health* (2002) 92(11) : 1721-5.
39. Glasser M, & al. Meeting the needs of rural populations through interdisciplinary partnerships; *Fam Community Health* (2003) 26(3) : 230-245.
40. Glasscock RJ. Optimising «disease management» in the next 25 years; *Semin Nephrol* (1997) 17(4) : 387-90.
41. Glouberman S, Mintzberg H. Managing the care of health and the cure of disease – Part II : Integration; *Health Care Manage Rev* (2001) 26(1) : 70-84.
42. Glen S. Emotional and motivational tendencies : the key to quality nursing care? *Nurs Ethics* (1998) 5(1) : 36-42.
43. Goetz RR. Finding opportunities at the interface; *New Dir Ment Health Serv* (1999) (81) : 85-7.
44. Gouvernement du Québec. Projet de loi n° 25, chapitre 21 : Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux; Éditeur officiel du Québec, (2003).
45. Grant P, Love K. Blood from a turnip. Financial models in case management; *Nurs Case Manag* (1996) 1(2) : 90-5.
46. Haggerty J & al. Continuité et accessibilité des soins de première ligne au Québec : barrières et facteurs facilitants; Rapport déposé à la Fondation canadienne de recherche sur les services de santé, mars (2004), 32 pages.

47. Hall DM Doran D. Nurse staffing, care delivery model, and patient care quality; *J Nurs Care Qual* (2004) 19(1) : 27-33.
48. Harper PG & al. Implementing community-oriented primary care projects in an urban family practice residency program; *Fam Med* (2000) 32(10) : 683-90.
49. Hasselback P & al. Le projet Taber des soins primaires intégrés : de la vision à la réalité. Rapport déposé à la Fondation canadienne de recherche sur les services de santé, août (2003).
50. Hibberg PA. The primary/secondary interface. Cross-boundary teamwork – missing link for seamless care ? *J Clin Nurs* (1998) 7(3) : 274-82.
51. Hudon E & al. Integration of the recommendations of the Canadian Task Force on Preventive Health Care (2004) *Fam Pract* 21(1) : 11-17.
52. Iliffe S, Lenihan P. Integrating primary care and public health : learning from the community-oriented primary care model; *Int J Health Serv* (2003) 33(1) : 85-98.
53. Iliffe S & al. Applying community-oriented primary care methods in British general practice : a case study; *Br J Gen Pract* (2002) 52(481) : 646-51.
54. Jacob R. et associés Transformation de l'organisation, la gestion stratégique du changement; *Gestion, collection Racines du savoir* (2002) 435 pages.
55. Johsi MS, Bernard DB. Clinical performance improvement series : Classic CQI integrated with comprehensive «disease management» as a model for performance improvement; *Jt Comm J Qual Improv* (1999) 25(8) : 383-95.
56. Kaluzny AD. Community cancer programs as strategic alliances : challenges and guidelines for action; *CMAJ* (1991) 144(11) : 1427-32.
57. Katon W & al. Improving primary care treatment of depression among patient with diabetes mellitus : the design if the pathways study; *Gen Hosp Psychiatry* (2003) 25(3) : 158-68.
58. Katon W & al. Rethinking practitioner roles in chronic illness : the specialist, primary care physician, and the practice nurse *Gen Hosp Psychiatry*; (2001) 23(3) : 138-44.
59. Katon W & al. Population-based care of depression : effective «disease management» strategies to decrease prevalence; *Gen Hosp Psychiatry* (1997) 19(3) :169-78.
60. Kearley KE & al. An exploration of the value of the personal doctor-patient relationship in general practice; *Br J Gen Pract* (2001) 51(470) : 712-8.
61. Kinsman SL & al. Beyond multidisciplinary care : a new conceptual model for spina bifida services; *Eur J Paediatr Surge* (2000) Suppl 1 : 35-8.
62. Koperski M. The state of primary care in the United States of America and lessons for primary care groups in the United Kingdom; *Br J Gen Practice* (2000) 50(453) : 319-22.
63. Lamarche P & al. Sur la voie du changement : Pistes à suivre pour restructurer les services de première ligne au Canada. Rapport déposé à la Fondation canadienne de recherche sur les services de santé, novembre (2003), 36 pages.
64. Lawthers A.G. & al. Rethinking quality in the context of persons with disability; *Int J Qual Health Care* (2003) 15(4) : 287-89.
65. Leatt P & al. Integrated delivery systems : has their come in Canada? *CMAJ* (1996) 154(6) : 803-9.
66. Ledlow GR & al. Primary care access improvement : an empowerment-interaction model; *Mil Med* (2000) 16(5) : 390-5.
67. Leduc N & al. Compliance of frail elderly with health services prescribed at discharge from acute-care geriatric ward; *Med Care* (1998) 36(6) : 904-14.
68. Lomas J. Using Linkage And Exchange To Move Research Into Policy at A Canadian Foundation; *Health Affairs* (2000) 19(3) : 236-240.
69. Longlett SK & al. Community-oriented primary care : historical perspective; *J AM Board Fam Pract* (2001) 14(1) :54-63.
70. Lorenz AD & al. Models of collaboration; *Prim Care* (1999) 26(2) : 401-10.
71. Lorhmann G & al. Achieving functional integration : a continuum case study; *Health Financ Manage* (1997) 51(4) : 35-6, 38-9.
72. McClatchey S. «disease management» as a performance improvement strategy; *Top Health Inf Manag* (2001) 22(2) : 15-23.

73. Mc Guire SL & al. Meeting the diverse needs of clients in the community : effective use of the referral process; Nurs Outlook (1996) 44(5) : 218-22.
74. Meijer WJ, Vermeij DJ. A comprehensive model of cooperation between caregivers related to quality of care; Int J Qual Health Care (1997) 9(1) : 23-33.
75. Ministère de la Santé et des Services Sociaux. Programme national de santé publique 2003-2012. Direction de la santé publique, (2003), 133 pages.
76. Ministère de la Santé et des Services Sociaux. Orientations pour l'implantation du nouveau mode d'allocation interrégionale des ressources en 2004-2005. Direction de l'allocation des ressources, mars (2003), 2 pages.
77. Ministère de la Santé et de Services Sociaux. Rapport du comité sur la définition des programmes du ministère de la Santé et des Services Sociaux. Direction de la planification, (2004), 29 pages.
78. Ministère de la Santé et des Services Sociaux. Harmonisation des termes à partir du concept de lignes de services, janvier (2004), 13 pages.
79. Ministère de la Santé et des Services Sociaux. Cadre de référence national pour la conclusion d'ententes entre les instances locales et les CRDI, mars (2004), 38 pages.
80. Ministère de la Santé et des Services Sociaux. Cibles nationales 2004-2005, document de travail. Direction de la planification stratégique, mars (2004), 28 pages.
81. Ministère de la Santé et des Services Sociaux. Le continuum de services pour les personnes atteintes de cancer et de leurs proches, paramètres d'organisation. Direction générale des services de santé et médecine universitaire, avril (2004), 37 pages.
82. Ministère de la Santé et des Services Sociaux. Cahier des attentes administratives 2004-2005. Direction des ententes de gestion, avril (2004), 17 pages.
83. Ministère de la Santé et des Services Sociaux. Le nouveau mode d'allocation des ressources, texte synthèse, avril (2004), 3 pages.
84. Ministère de la Santé et des Services sociaux. L'intégration des services de santé et des services sociaux, le projet organisationnel et clinique et les balises associés à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, (2004), 20 pages.
85. Ministère de la Santé et des Services Sociaux. Les services généraux offerts par les instances locales des services de santé et des services sociaux. Direction générale des services sociaux, mai (2004), 154 pages.
86. Ministère de la Santé et des Services Sociaux. Proposition préliminaire d'évaluation des mesures prévues pour le développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, document de travail, mai (2004), 21 pages.
87. Ministère de la Santé et des Services sociaux . Monitoring des services de première ligne dans le cadre du suivi de l'implantation des réseaux locaux de services, Direction générale de la coordination, mai (2004), 11 pages.
88. Ministère de la Santé et des Services Sociaux. Les ententes de services des centres de santé et de services sociaux, mai (2004), 5 pages.
89. Ministère de la Santé et des Services Sociaux. Unifier notre action contre le cancer. Rapport de la démarche ministérielle visant l'amélioration de la gestion et de l'impact du programme québécois de lutte contre le cancer, mai (2004), 50 pages.
90. Ministère de la Santé et des Services Sociaux. Le continuum de services : de l'instance locale aux services régionaux et réflexion pour la mise en place du projet clinique, document de travail, Direction des affaires médicales et universitaires, mai (2004), 24 pages.
91. Ministère de la Santé et des Services Sociaux. Faits saillants de la rencontre réunissant les sous-ministres et les représentants des quatre Associations d'établissements à vocation régionale, tenue le 15 juin (2004).
92. Ministère de la Santé et des Services Sociaux. Organismes communautaires : Les ententes à convenir avec les instances locales, juin 2004.
93. Moore G, Showsstack J; Primary care medicine in crisis : toward reconstruction and renewal; Ann Intern Med (2003) 138(3) : 230-2.
94. Mullan F, Epstein L. Community-oriented primary care : new relevance in changing world; Am J Public Health (2002) 92(11) : 1748-55.

95. Newcomer R & al. Case management, client risk factors and services use; *Health Care Financ Rev* (1997) 19(1) : 105-20.
96. Ordre de pharmaciens du Québec. Structure régionale de coordination intra et intersectorielle, avril (2001), 7 pages.
97. Organisation mondiale de la santé (OMS). Rapport sur la santé dans le monde, 2003 – façonner l’avenir, chapitre 7, <http://www.who.int/whr/2003/chapter7/fr/print.html> 25 pages.
98. Paccaud F. Accroître l’impact des services de santé de la population. Présentation dans le cadre du colloque Assumer ensemble sa responsabilité populationnelle, juin (2004).
99. Perry H & al. Attaining health for all through community partnerships : principles of the census-based, impact-oriented (CBIO) approach to primary health care developed in Bolivia, South America; *Soc Sci Med* (1999) 48(8) : 1053-67.
100. Pineault R. L’efficacité populationnelle : un objectif à atteindre dans les réseaux locaux. Présentation dans le cadre du colloque : Assumer ensemble sa responsabilité populationnelle, juin (2004).
101. Qudah F & al. Integrated clinical management : a model for clinical integration; *Top Health Inf Manage* (1998) 19(2) : 1-11.
102. Quinn JL & al. Community care management across the continuum. Study results from a Medicare health maintenance plan; *Care Manag* (1999) 1(4) : 223-31.
103. Randolph GD & al. Behind schedule : improving access to care for children on practice at a time; *Paediatrics* (2004) 113(3 Pt 1) : e230-7.
104. Riley AJ & al. An evaluation of personal medical services : the times they are a changing’; *Interprof Care* (2003) 17(2) : 127-39.
105. Rousseau L, Contandriopoulos AP, Bélanger L. La mesure du coût d'opportunité des décisions publiques en santé : Étude de faisabilité Publications du GRIS R03-05, Juillet (2003).
106. Roy D. L’approche populationnelle, tout un leadership !, congrès annuel de l’Association des CLSC et des CHSLD du Québec, avril (2004), 49 pages.
107. Sachs MA. «managed care» : the next generation; *Front Health Serv Manage* (1997) 14(1) : 3-26.
108. Sandstrom R & al. Comprehensive medical rehabilitation in the 1990s : the community integration rehabilitation model; *Health Care Superv* (1996) 15(2) : 44-54.
109. Schweikhart SB. Reengineering the work of caregivers : role redefinition, team structures, and organisational redesign; *Hosp Health Serv Adm* (1996) 41(1) : 19-36.
110. Shortell SM & al. Evaluating partnerships for community health improvement : tracking the footprints; *J Health Polit Policy Law* (2002) 27(1) : 49-91.
111. Smoot SM. Continuity of care prism process applied to the congestive heart failure population; *Nurs Case Manag* (1998) 3(2) : 79-88.
112. Table de coordination nationale de santé publique. La santé publique et l’implantation des réseaux locaux de service, quelques conditions, balises et critères pour la réussite, avril (2004), 8 pages
113. Towers D Jirsch D. Clinical program development in an Alberta Capital Health Authority; *Health Manag Forum* (1997) 10(1) : 54-6.
114. Wagner EH & al. A survey of leading chronic «disease management» programs : are they consistent with the literature? *Manag Care Q* (1999) 7(3) : 56-66.
115. Watson D & al. Exploring multi-agency working in services to disabled children with complex healthcare needs and their families; *J Clin Nurs* (2002) 11(3) : 367-75.
116. Wazynski CM & al. Community care management. Advanced practice nurses as care managers; *Care Manag J* (2000) 2(3) : 148-52.
117. Weiner J & al. Organisation and financing of British primary care groups and trusts : observations through the prism of US «managed care»; *J Health Serv Research* (2002) 7(1) : 43-50.
118. Wojner AW. Outcomes management : an interdisciplinary search for best practice; *AACN Clin Issues* (1996) 7(1) : 133-45.
119. Yarmo D & al. Embracing the continuum of care : an Australian private hospitals experience; *J Case Manag* (1998) 7(3) : 127-34.
120. Young DW, Barret D. Managing clinical integration in integrated delivery systems : a framework for action; *Hosp Health Serv Adm* (1997) 42(2) : 255-79.

www.msss.gouv.qc.ca