

Cadre de référence pour

la désignation d'un institut universitaire de première ligne
en santé et services sociaux

Énoncé des orientations ministérielles et critères



13-853-01W

Les travaux visant l'élaboration du *Cadre de référence pour la désignation d'un institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux* ont été réalisés en étroite collaboration par la Direction générale des services sociaux (DGSS), la Direction générale de la planification, de la performance et de la qualité (DGPPQ) et la Direction générale des services de santé et médecine universitaire (DGSSMU) du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Coordination des travaux:

Jean-Pierre Duplantie

Président de la Table de coordination nationale de la mission universitaire des établissements exploitant un institut universitaire ou un centre affilié universitaire dans le domaine social

Ginette Martel

Coordonnatrice de la mission universitaire dans le secteur social
Direction générale des services sociaux

Soutien administratif:

Isabelle Breton

Direction générale des services sociaux

Élisabeth Plante

Direction générale des services sociaux

LES REMERCIEMENTS:

Plusieurs personnes ont contribué aux travaux relatifs au *Cadre de référence pour la désignation d'un institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux*. Nous tenons à exprimer toute notre reconnaissance aux nombreuses personnes qui ont participé à ces travaux, que ce soit par leur engagement au sein des comités ou par leur participation aux différentes consultations. La liste de ces personnes est présentée à la fin du document.

Merci également à toutes les personnes que nous aurions pu oublier par inadvertance.

Édition:

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

Le présent document est disponible uniquement en version électronique à l'adresse:

www.msss.gouv.qc.ca section **Documentation**, rubrique **Publications**.

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

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2013

Bibliothèque et Archives Canada, 2013

ISBN : 978-2-550-69149-5 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

TABLE DES MATIÈRES

SECTION 1	1
Énoncé des orientations ministérielles en matière d'organisation des services de première ligne en santé et services sociaux et de la contribution d'un institut universitaire (IU) de première ligne eu égard au rôle des centres de santé et de services sociaux (CSSS)	
Préambule	1
Introduction	1
1. Vision de l'organisation du réseau de la santé et des services sociaux	3
1.1 Responsabilité populationnelle	3
1.2 Hiérarchisation des services	3
1.3 Valeurs axées sur la personne	4
1.4 Valeurs axées sur l'efficacité et l'efficience	4
1.5 Valeurs axées sur le plan organisationnel	4
1.6 Valeurs axées sur le plan de la pratique clinique	5
2. Vision des services de première ligne	5
2.1 Les principales fonctions des services de première ligne	5
2.2 Les principales finalités poursuivies par les services de première ligne.....	6
3. Mandats des CSSS	6
4. La mission universitaire des CSSS : état de situation	7
5. Les pratiques en première ligne	8
6. L'intégration des soins de santé et des services sociaux	9
7. La contribution d'un IU de première ligne intégrant les soins de santé et les services sociaux	10
Conclusion	11
SECTION 2	12
Critères pour la désignation d'un IU de première ligne en santé et services sociaux	
Introduction	12
Critères	13
1. Critères relatifs aux soins et aux services de première ligne	13
2. Critères relatifs à la recherche	13
3. Critères relatifs à la formation	14
4. Critère relatif au partage de connaissance	14
5. Critère relatif aux pratiques de pointe	14
6. Critères relatifs à l'évaluation des technologies et des modes d'intervention	14
7. Critère relatif au rayonnement	14

RÉFÉRENCES	15
LISTE DES LOIS ET RÈGLEMENTS.....	16
LISTES DES COLLABORATEURS ET COLLABORATRICES.....	17
LISTE DES ÉTABLISSEMENTS QUI PEUVENT SOUMETTRE UNE CANDIDATURE À TITRE D'IU DE PREMIÈRE LIGNE	20

LISTE DES ACRONYMES

CAU	Centre affilié universitaire
CHAU	Centre hospitalier affilié universitaire
CLSC	Centre local de services communautaires
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
FRQS	Fonds de recherche du Québec – Santé
GMF	Groupe de médecine de famille
IPS	Infirmière praticienne spécialisée ou infirmier praticien spécialisé
IU	Institut universitaire
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OMS	Organisation mondiale de la Santé
RLS	Réseaux locaux de services
UMF	Unité de médecine familiale

SECTION 1

Énoncé des orientations ministérielles en matière d'organisation des services de première ligne en santé et services sociaux et de la contribution d'un institut universitaire (IU) de première ligne eu égard au rôle des centres de santé et de services sociaux (CSSS).

Préambule

Cette section constitue un bref énoncé des assises sur lesquelles reposent les orientations ministérielles en matière d'organisation des services de santé et des services sociaux de première ligne, dont les services attendus par les CSSS. À cet effet, elle reprend les grands principes poursuivis par l'organisation des services¹ depuis la réforme adoptée en 2003 (et exprimés de nouveau dans le *Plan stratégique 2010-2015 du ministère de la Santé et des Services sociaux*²) pour en dégager la vision qui doit guider l'offre de services en santé et services sociaux à la population et positionner les services de première ligne, le mandat des CSSS et la contribution de futurs IU de première ligne.

Sur la base de cet énoncé, les travaux du comité sur le développement d'un IU de première ligne en santé et services sociaux préciseront les éléments du cadre et de la mission d'une telle structure, afin de soutenir la désignation de futurs CSSS-IU de première ligne en réponse aux attentes de la réforme en matière d'organisation des services intégrant les services de santé et les services sociaux.

Introduction

Sanctionnée le 18 décembre 2003, la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (L.R.Q., c. A-8.1) a conduit à la création d'un modèle d'organisation des services sur une base territoriale locale. Ce modèle est devenu l'assise d'un projet visant à mieux intégrer les services. C'est dans l'objectif d'améliorer l'accessibilité, la continuité et la coordination des soins et des services qu'ont été mis en place les réseaux locaux de services (RLS).

Cette loi met en valeur une organisation du système de santé et de services sociaux fondée sur les RLS, où médecins, professionnels, intervenants et organisations ont la responsabilité de rendre accessible un éventail de soins et de services le plus complet possible à la population d'un territoire local. Ces services se définissent à partir d'une vision globale de la personne.

1. Le mot « service » désigne aussi bien les soins de santé que les services sociaux.

2. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan stratégique 2010-2015 du ministère de la Santé et des Services sociaux*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010, 52 p.

Les RLS doivent favoriser une réponse complète aux problèmes d'ordre physique, cognitif, social et psychologique des personnes, en particulier des personnes en situation de vulnérabilité, et faciliter leur cheminement dans une perspective de continuité entre les différents niveaux de services.

La pratique des soins de collaboration pour former un véritable réseau, souhaitée depuis le début des années 1970, doit être habitée par le souci constant d'offrir des services de santé et des services sociaux de qualité et bien adaptés aux réalités des personnes utilisatrices de services ainsi qu'aux caractéristiques particulières des différents milieux de vie. Les pratiques collaboratives doivent être présentes pour assurer un continuum de soins et de services qui va de l'intervention préventive auprès des individus et des communautés à l'intervention spécialisée de deuxième et troisième ligne.

De plus, dans le cadre de son plan stratégique 2010-2015, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) s'est doté de la vision suivante pour les prochaines années : « Un réseau intégré et performant de services de santé et de services sociaux, près des personnes et des milieux de vie³ ».

3. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan stratégique 2010-2015 du ministère de la Santé et des Services sociaux*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010, p. 19.

1. Vision de l'organisation du réseau de la santé et des services sociaux

Deux grands principes sont à la base de l'organisation des services de santé et des services sociaux à la suite de la réforme de 2003. Il s'agit de la responsabilité populationnelle et de la hiérarchisation des services.

1.1 Responsabilité populationnelle

La notion de responsabilité populationnelle implique que les médecins, les professionnels, les intervenants et les gestionnaires, qui organisent et offrent les soins et les services à la population d'un territoire local, partagent collectivement la responsabilité à l'endroit de cette population en :

- rendant accessible un ensemble de services intégrés le plus complet possible;
- assurant la prise en charge de la demande de services et l'accompagnement des personnes dans le système de santé et de services sociaux;
- favorisant la convergence des efforts pour maintenir et améliorer la santé et le bien-être de la population⁴.

1.2 Hiérarchisation des services

La hiérarchisation des services vise à faciliter le cheminement des personnes entre les niveaux de services, et ce, en suivant des mécanismes de référence entre les différents prestataires de services⁵.

De plus, la promotion de la santé par de saines habitudes de vie et la prévention de la maladie s'inscrit à l'intérieur de ce processus et interpelle la population quant à ses propres responsabilités à l'égard de sa santé et de son bien-être.

La hiérarchisation des services permet de définir les degrés de responsabilité et d'imputabilité au regard des niveaux de services tout en reconnaissant le chevauchement possible entre ces niveaux. Au préalable, trois niveaux de services sont reconnus et définis par le MSSS, soit les services de première ligne (les services généraux et les services spécifiques), les services de deuxième ligne (les services spécialisés) et les services de troisième ligne (les services surspécialisés). Cette configuration traduit la complexité des interventions nécessaires pour répondre à un besoin de santé ou à un besoin d'ordre social ou psychologique. Ainsi, la hiérarchisation des services vise à assurer à la personne l'accès aux bons soins et services, au bon moment, au bon endroit et avec l'expertise appropriée⁶.

4. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. Projet clinique. *Cadre de référence pour les réseaux locaux de santé et de services sociaux*, résumé, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, octobre 2004, p. 5.

5. *Ibid.*

6. *Ibid.*

Des mécanismes bidirectionnels prévoient autant le recours aux services spécialisés et surspécialisés, particulièrement lorsqu'une personne est hospitalisée, que la planification des services généraux et spécifiques qui lui sont offerts lorsqu'elle retourne dans son milieu de vie⁷.

Ces deux grands principes de responsabilité populationnelle et de hiérarchisation des services s'appuient sur des valeurs axées sur la personne et sur l'efficacité et l'efficience de notre système de santé et de services sociaux.

Les principes et les valeurs à la base de l'organisation des services de santé et des services sociaux doivent trouver leur sens autant sur le plan organisationnel que sur le plan clinique.

1.3 Valeurs axées sur la personne

- La personne est au centre des soins et des services qui lui sont offerts;
- La personne a une responsabilité envers sa santé et son bien-être, et elle est partenaire avec les intervenants et les professionnels en participant aux soins et aux services qui lui sont offerts ainsi qu'aux décisions qui la concernent;
- La personne est un tout, elle doit être vue dans sa globalité;
- L'accès aux soins et aux services est équitable et universel.

1.4 Valeurs axées sur l'efficacité et l'efficience

- Des pratiques cliniques et organisationnelles qui s'appuient sur des données probantes et des guides de pratiques reconnus;
- Un service au bon niveau (première, deuxième et troisième ligne), par la bonne personne (médecin, professionnel ou intervenant) ou par la bonne équipe, et au bon moment (des services accessibles en tout temps).

1.5 Valeurs axées sur le plan organisationnel

- Des mécanismes de collaboration entre les médecins, les professionnels, les intervenants et les gestionnaires assurent une intervention globale auprès de la personne qui consulte;
- Des trajectoires de services efficaces garantissent une continuité des soins et des services, autant au niveau horizontal (RLS) qu'au niveau vertical (première, deuxième et troisième ligne);
- Des interventions en santé et services sociaux cohérentes, complémentaires et concertées sont pratiquées en fonction des besoins de la personne.

7. *Ibid.*, p. 6.

1.6 Valeurs axées sur le plan de la pratique clinique

- Les pratiques collaboratives sont mises en place en lien avec une vision globale de la personne et avec l'objectif de répondre à ses besoins;
- La polyvalence des intervenants et des professionnels permet d'évaluer une multitude de problèmes de santé ou de bien-être et de leur apporter une réponse;
- Les meilleures pratiques sont fondées sur l'utilisation des données probantes et des guides de pratique.

2. Vision des services de première ligne

Les services de première ligne constituent la porte d'entrée pour l'ensemble de la population à une gamme de services de santé et de services sociaux à proximité de son milieu de vie.

Ces services sont offerts principalement par les cabinets de médecins (comprenant les groupes de médecine de famille [GMF] et les cliniques-réseau), les CSSS, les pharmaciens communautaires et les autres professionnels en pratique privée (par exemple les physiothérapeutes, les psychologues, les travailleurs sociaux, etc.), ainsi que par une multitude d'organismes communautaires.

2.1 Les principales fonctions des services de première ligne

- Être le premier recours pour les personnes lorsqu'elles éprouvent des besoins en matière de services sociaux et de santé;
- Être connus de la population et accessibles en temps opportun;
- Assurer aux personnes un suivi à court, à moyen et à long terme dans une perspective de continuité de soins et de services;
- Offrir des soins et des services près du milieu de vie des personnes qui les utilisent;
- Organiser, de concert avec leurs partenaires, les services de santé et les services sociaux sur leur territoire respectif, de manière à répondre aux besoins de toute la population qui s'y trouve.

Étant donné les principales fonctions des services de première ligne, ces services doivent être connus de la population et accessibles en temps opportun.

Dans cette perspective, l'approche clinique privilégiée en première ligne est centrée sur l'utilisateur de services, où les cliniciens sont polyvalents et travaillent en collaboration afin d'offrir les soins et les services les plus complets.

Pour une très grande partie de la population, l'offre de ces services est fondée sur l'accès à un médecin de famille ou à un intervenant ou professionnel en CSSS avec lequel la personne crée une affiliation durable. Les soins et les services sont offerts en

interdisciplinarité et les différents programmes et les différentes organisations ont mis en place des mécanismes de liaison selon une logique d'intégration des services.

Les services de première ligne s'appuient sur des intervenants et des professionnels qui possèdent des connaissances et des compétences générales et diversifiées. Les services de première ligne reposent également sur des infrastructures et des technologies, que ce soit en cabinet privé, en GMF, ou en CSSS.

Ces services sont soutenus par des outils permettant la circulation de l'information clinique entre les intervenants et les professionnels, et aussi les usagers. L'appui et le soutien des services spécialisés sont présents, autant pour l'offre de services et la consultation que pour la formation.

De plus, les services de première ligne regroupent deux grands types de services : les services généraux (santé et social), qui s'adressent à l'ensemble de la population, et les services spécifiques pour des problèmes particuliers (jeunes en difficulté, déficience intellectuelle, dépendances, maladies chroniques, etc.)⁸. À l'intérieur de ces deux grands types de services, on trouve des activités de promotion-prévention⁹ visant des individus, des groupes ou des communautés ainsi que des activités cliniques et d'aide¹⁰.

2.2 Les principales finalités poursuivies par les services de première ligne

- Assurer un accès équitable et universel pour tous ainsi qu'un suivi et une coordination efficace et efficiente des soins et des services;
- Augmenter l'implication des utilisateurs de services et de leurs proches dans les décisions qui les concernent quant à la gestion de leurs soins, et les aider à améliorer leur santé et leur bien-être;
- Diminuer le recours aux services spécialisés et hospitaliers.

3. Mandats des CSSS

La Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) confie aux CSSS, qui sont au cœur du RLS, la responsabilité d'animer et de coordonner les RLS, y compris les liens avec les médecins des cabinets privés et des GMF ainsi qu'avec les intervenants et les professionnels en pratique privée, tels les pharmaciens, les psychologues et les autres ressources du territoire responsables de la réponse, qui relève de leur compétence, aux besoins de services de santé et de services sociaux de la population.

8. Les services spécifiques font partie des programmes-services prévus pour des problèmes particuliers, qui nécessitent généralement des services en continuité.

9. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *L'architecture des services de santé et des services sociaux : Les programmes-services et les programmes-soutien*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004, 30 p.

10. *Ibid.*, p. 6.

En ce qui a trait au projet clinique et organisationnel, les rôles respectifs des CSSS, des établissements partenaires et des agences sont précisés dans les articles 99.5, 100, 105.1 et 340 de la LSSSS¹¹.

Comme mentionné précédemment, la responsabilité populationnelle est partagée par tous les acteurs d'un RLS. Le CSSS agit comme assise du RLS. À cet effet, il doit susciter et animer les collaborations avec les partenaires et doit notamment assurer l'accessibilité et la continuité des soins et des services de même que la réponse à tous les usagers¹².

La personne dans sa globalité est au cœur des services. Les CSSS accueillent et accompagnent la personne, assurent l'évaluation, l'orientation, le traitement et, au besoin, la dirigent vers d'autres ressources et continuent d'assurer le suivi. Les pratiques cliniques et organisationnelles des CSSS se caractérisent, entre autres, par la participation des utilisateurs de services et de leurs proches dans les décisions qui les concernent, dans leurs soins et même dans l'organisation des services.

Les CSSS constituent les instances locales désignées pour définir un projet clinique et organisationnel en conformité avec les orientations ministérielles et régionales. Le projet clinique et organisationnel doit intégrer les standards d'accessibilité, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience fixés dans les orientations des services généraux de première ligne du MSSS, et désigner les ressources disponibles.

Pour ce faire, les CSSS mobilisent et s'assurent de la participation des établissements offrant des services de santé et des services sociaux, des organismes communautaires, d'entreprises d'économie sociale, de ressources privées et d'intervenants et professionnels des autres secteurs d'activité ayant une incidence sur les services de santé et les services sociaux. Leurs pratiques d'intervention s'appuient sur la collaboration interprofessionnelle, intersectorielle et interorganisationnelle, et ils contribuent activement au développement de leur communauté.

4. La mission universitaire des CSSS : état de situation

Depuis la moitié des années 1990, six centres locaux de services communautaires (CLSC) ont été désignés Centre affilié universitaire (CAU). Dans le cadre de la réforme du réseau amorcée en 2003, cette désignation a été conférée aux CSSS qui ont intégré ces établissements universitaires. Ils ont pris la mission universitaire et conservé le statut de CAU avec le mandat de développer divers créneaux dans le secteur social comme le vieillissement, les enjeux d'adaptation et d'intégration des personnes immigrantes, les inégalités sociales, les services de proximité, les solidarités familiales et communautaires. Depuis, le MSSS s'est penché sur l'organisation universitaire des

11. L.R.Q., c. S-4.2, site Internet – www.publicationsduquebec.gouv.qc.ca.

12. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *L'intégration des services de santé et des services sociaux : Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, février 2004, p. 9.

services sociaux (2005) et sur les critères de désignation (2012). Au cours de ces travaux, beaucoup d'échanges ont porté sur la mission des soins de santé et de services sociaux des CSSS et sur l'intérêt à créer une mission universitaire correspondante, soit un créneau « pratique de première ligne » intégrant les soins de santé et les services sociaux.

De fait, il existe présentement deux enjeux importants eu égard au soutien de la mission de prestation de services de première ligne en santé et services sociaux telle qu'elle est souhaitée par la réforme adoptée en 2003, à savoir le développement des pratiques de première ligne et l'intégration des soins de santé et des services sociaux.

Par ailleurs, une quarantaine d'unités de médecine familiale (UMF) ont été créées dans la plupart des régions du Québec. Elles sont les UMF de milieux dynamiques où cohabitent la prestation de services de première ligne aux personnes et l'enseignement, autant pour les résidents en médecine familiale que pour différents professionnels et intervenants de la santé et des services sociaux, ainsi que la recherche axée sur les besoins des personnes.

De plus, il y a également des centres hospitaliers affiliés universitaires (CHAU) qui ont une mission de formation en médecine familiale et des activités de recherche en première ligne.

5. Les pratiques en première ligne

La mise en place d'un IU de première ligne en santé et services sociaux s'inscrit dans le contexte de ce modèle d'organisation des services fondé sur la hiérarchisation des services. Il devrait constituer un soutien scientifique aux objectifs de la réforme et à l'accomplissement du mandat des CSSS. Outre les travaux réalisés par les CAU, eu égard aux problèmes présentés par les usagers en première ligne et leurs besoins de soins et de services, comme mentionné précédemment, peu de recherche porte sur les pratiques en première ligne. Des questions se posent aussi en ce qui concerne la formation des intervenants et des professionnels à la pratique en première ligne. Dans le cadre de la réforme, les IU de première ligne devraient être des lieux de développement des connaissances et des compétences concernant les pratiques de première ligne ainsi que leurs caractéristiques particulières, de même que les enjeux organisationnels qu'ils entraînent, afin de répondre aux besoins de leurs usagers.

De plus, il faut reconnaître que la pratique en première ligne est une spécialité pour les intervenants et les professionnels de la santé et des services sociaux. Elle comporte ses propres exigences et nécessite d'être soutenue par le développement et la mobilisation des connaissances dans ce secteur. À cet effet, l'institut devrait être un lieu privilégié de formation et de transfert de connaissances pour les futurs intervenants et professionnels ainsi que pour les intervenants et les professionnels actuels de première ligne et les gestionnaires de ce secteur.

6. L'intégration des soins de santé et des services sociaux

Depuis la commission Castonguay-Neveu du début des années 1970, le Québec prône le développement d'une approche de santé globale en matière d'intervention auprès des personnes et d'organisation des services de santé et des services sociaux. Il a fait sienne la définition de la santé de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), qui invite les intervenants et les professionnels à agir sur les causes de la maladie et des problèmes sociaux et psychologiques, et à prendre en compte l'impact social de la maladie. Tout comme l'OMS, le Québec insiste pour que la personne soit vue dans toutes ses dimensions : physique, cognitive, psychologique et sociale. À cet effet, le Québec s'est doté d'une structure qui favorise une intégration des services de santé et des services sociaux. Plus particulièrement sur le plan de la première ligne, le Québec s'est d'abord doté de CLSC puis, depuis dix ans, de GMF. En plus d'être fondés sur une approche interprofessionnelle, les GMF ont également valorisé le renforcement des liens entre les services médicaux généraux et les autres services de santé et services sociaux, plus souvent offerts directement en établissement.

Bien que le Québec prône cette vision et se soit doté d'une telle structure intégrée, le défi est demeuré de taille. Par ailleurs, divers rapports^{13,14,15} ont posé un diagnostic sur l'organisation des services de santé et services sociaux offerts à la population. Le manque d'accessibilité et de continuité des services de base (santé et social) à proximité des milieux de vie au moment opportun, l'absence de clarté dans les mécanismes d'accès et une continuité parfois déficiente ainsi que l'absence de collaboration interdisciplinaire sont des lacunes maintes fois soulignées dans le contexte de ces différents travaux.

Malgré la reconnaissance de l'importance des facteurs sociaux sur l'état de santé des personnes et des communautés et de l'effet de leur état de santé sur leur fonctionnement social et la vitalité des communautés, l'intégration des pratiques n'est pas évidente. La collaboration entre les intervenants ou professionnels de la santé et des services sociaux, bien qu'elle se soit mise en place dans certains milieux, demeure un défi important. La réforme de 2003 réitère l'importance de la collaboration interdisciplinaire dans le domaine de la santé et des services sociaux avec une approche de santé globale, d'intervention biopsychosociale, de continuité et d'accessibilité à la gamme des soins et des services requis par les personnes. Selon leur mission et leurs valeurs, les CSSS doivent incarner cette vision globale dans leur système de prestation de soins et de services.

-
13. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Rapport sur l'appréciation de la performance des services sociaux au Québec*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006, p. 13.
 14. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Les solutions émergentes : Rapport et recommandations*, Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, décembre 2000, 410 p.
 15. PROTECTEUR DU CITOYEN. Rapport spécial du Protecteur du citoyen. *Les services aux jeunes et aux adultes présentant un trouble envahissant du développement : de l'engagement gouvernemental à la réalité*, Québec, Protecteur du citoyen, 2012, 144 p.

Dans ce contexte, étant donné le mandat d'intégration des dimensions des soins de santé et des services sociaux au sein des CSSS, et puisqu'il devrait s'agir d'une des caractéristiques fondamentales des pratiques de première ligne, un IU de première ligne devrait être axé, entre autres, sur l'intégration de ces deux composantes (soins de santé et services sociaux) dans les divers domaines de sa mission universitaire : recherche, formation, pratiques de pointe, évaluation des modes de pratique et transfert de connaissances. La recherche et la formation doivent soutenir et contribuer à l'atteinte des objectifs de la réforme. Un IU de première ligne en santé et services sociaux pourra travailler en collaboration avec les universités qui mettent en place des programmes de formation sur la collaboration interprofessionnelle.

7. La contribution d'un IU de première ligne intégrant les soins de santé et les services sociaux

Les attentes à l'égard des soins et des services sociaux de première ligne doivent être accompagnées des moyens pour soutenir les intervenants et les professionnels ainsi que les organisations à remplir leur mission. L'IU de première ligne devrait être un acteur de premier plan.

Dans la foulée de la réforme, cet IU de première ligne en santé et services sociaux devra être un lieu d'excellence témoignant de sa mission, de ses valeurs et des valeurs de la réforme ainsi que des stratégies attendues pour assurer la réponse à la population, autant en milieu rural qu'en milieu urbain, avec une vision globale de la personne. Il devra répondre à tous les critères de base pour la désignation des IU et orientera ses travaux sur les pratiques de première ligne et l'intégration des soins de santé et des services sociaux par une pratique collaborative.

En collaboration avec les intervenants, les professionnels et les organisations de première ligne, il devrait être le lieu par excellence d'expérimentation (un laboratoire) et de développement des connaissances et des compétences sur les pratiques de première ligne et sur l'application d'une approche intégrée en santé et services sociaux en s'appuyant sur une vision globale de la personne et de son environnement. L'axe de recherche devrait permettre de déterminer les enjeux et les meilleures pratiques. Il devrait être mobilisateur pour les milieux de recherche et favoriser le regroupement des chercheurs et des équipes intéressés.

Conséquemment à son mandat en matière de recherche, l'institut devrait être un centre de formation et de transfert de connaissances sur les pratiques de première ligne et d'intégration des soins et services, autant en milieu rural qu'en milieu urbain.

Comme acteur de premier plan à l'égard du développement des pratiques de première ligne, un IU devrait avoir un rôle stratégique dans les autres initiatives visant l'évolution des connaissances et de la recherche en première ligne, dont le déploiement d'unités de soutien dans le cadre de la Stratégie de recherche axée sur le patient (SRAP) et la création d'un réseau de connaissances et de recherche en soins et services de première ligne du Fonds de recherche du Québec – Santé (FRQS).

Conclusion

Au Québec, la vision globale de la santé se traduit en un modèle d'organisation des services qui intègre les secteurs de la santé et des services sociaux. Un IU de première ligne en santé et services sociaux viendra parachever cette vision par la désignation d'un CSSS sur la base de son engagement et de ses réalisations quant à la promotion de l'excellence et de l'innovation aux plans de la recherche, de la formation, de l'exercice des pratiques de pointe en première ligne et de l'évaluation des modes de pratique en première ligne.

SECTION 2

Critères pour la désignation d'un IU de première ligne en santé et services sociaux.

Introduction

Le présent document fait suite à la volonté du MSSS d'appuyer le développement des connaissances et la transformation des pratiques en matière de soins et de services de première ligne par la création d'un IU consacré à cette mission. On entend par « pratiques de soins et de services¹⁶ de première ligne » les pratiques relatives aux soins primaires et aux services sociaux (soins médicaux et services généraux de santé et sociaux) mettant à contribution, à l'intérieur d'approches collaboratives, les différents intervenants et professionnels de la santé et des services sociaux.

La détermination des critères auxquels devrait répondre un tel établissement prend appui sur l'énoncé des orientations ministérielles en matière d'organisation des services de première ligne en santé et services sociaux et sur la contribution d'un IU de première ligne eu égard au rôle des CSSS.

Afin d'obtenir une désignation d'IU par le ministre, en vertu de l'article 90 de la LSSSS¹⁷, les établissements qui en font la demande au ministre doivent répondre aux critères énoncés dans la LSSSS et aux critères établis par le MSSS dans le *Cadre de référence pour la désignation universitaire des établissements du secteur des services sociaux : mission, principes et critères*, publié en 2010, et dans le *Guide d'interprétation des critères de désignation à titre d'institut universitaire*, publié en 2012, ainsi que ceux qui ont été utilisés pour la désignation des instituts en santé mentale et des centres hospitaliers affiliés universitaires régionaux.

Il est important de rappeler que la détermination de ces nouveaux critères pour la désignation d'un IU de première ligne s'inscrit en complémentarité des documents mentionnés précédemment.

De plus, pour déposer sa candidature à titre d'IU de première ligne, l'établissement doit être un CSSS avec une désignation de CAU ou de CHAU, soit dans le secteur de la santé, soit dans le secteur des services sociaux. La liste des établissements qui peuvent soumettre leur candidature à titre d'IU de première ligne figure en annexe.

Par ailleurs, il faut souligner qu'un IU de première ligne en santé et services sociaux doit avoir comme créneau principal de recherche, de formation, de transfert de connaissances ou de pratique de pointe les soins et services de première ligne dans une approche collaborative les intégrant, et ce, pour tous les usagers. Ce créneau les distinguera des autres IU et CAU qui ont leur propre créneau.

16. Le mot « service » désigne aussi bien les soins de santé que les services sociaux.

17. L.R.Q., c. S-4.2, site Internet – www.publicationsduquebec.gouv.qc.ca.

Critères

1. Critères relatifs aux soins et aux services de première ligne

1.1 Démontrer dans quelle mesure les soins et les services rendus s'appuient sur :

- la présence d'au moins un GMF (obligatoire);
- des pratiques intégrées (médecins, infirmières, psychologues, travailleurs sociaux, etc.) dans des perspectives d'interdisciplinarité et de continuité, en tenant compte des réalités autant urbaines que rurales;
- la participation de l'utilisateur aux décisions qui le concernent;
- une vision globale de l'utilisateur (approche biopsychosociale);
- les meilleures pratiques qui sont fondées sur des données probantes;
- une approche des RLS mettant notamment à contribution les professionnels et les intervenants en UMF, en GMF, en pharmacie communautaire et en établissement de première ligne que sont les CSSS avec les partenaires communautaires.

1.2 Faire état de la façon dont les dimensions santé et services sociaux sont structurées, intégrées et enseignées. Il s'agit notamment :

- d'illustrer la présence d'une structure, de politiques et d'un processus interne qui favorisent, d'une part, une continuité horizontale des services sur le plan des réseaux locaux ainsi qu'une intégration des services de santé et des services sociaux et, d'autre part, une continuité verticale de la prévention aux services spécialisés et inversement;
- d'indiquer comment se fait le déploiement des politiques et des processus qui assurent l'accessibilité et la continuité des services;
- d'illustrer la nature des collaborations entre les partenaires de la santé et des services sociaux, y compris les partenaires des secteurs communautaire et privé, et les modalités prévues pour formaliser ces collaborations (ententes ou autres).

2. Critères relatifs à la recherche

- Avoir une programmation de recherche, dont l'objet cerne principalement les enjeux de la première ligne de soins et de services au sein du système de santé québécois, autant en milieu rural qu'en milieu urbain;
- Faire preuve d'un leadership reconnu en recherche sur les soins et les services de première ligne;
- S'impliquer en recherche sur les soins (soins primaires) et les services généraux de santé et de services sociaux, notamment dans le cadre de la Stratégie de recherche axée sur le patient et les réseaux associés.

3. Critères relatifs à la formation

- Participer à un programme universitaire de formation en médecine familiale par la présence d'au moins une UMF/GMF;
- Démontrer la contribution particulière à la formation des infirmières praticiennes spécialisées (IPS) en soins de première ligne (obligatoire);
- Avoir un programme structuré et complémentaire à la formation de base des professionnels et intervenants de la santé et des services sociaux, y compris les médecins de famille axés sur les différentes dimensions des soins et des services de première ligne, dont l'intervention interdisciplinaire et intersectorielle, intégrant les services de santé et les services sociaux.

4. Critère relatif au partage de connaissance

- Faire état de pratiques cliniques de première ligne, intégrant santé et services sociaux, fondées sur la recherche au niveau local, national et international, et déterminer les moyens qui seront mis en place pour partager ces connaissances avec d'autres CSSS et d'autres partenaires concernés, notamment ceux des milieux ruraux.

5. Critère relatif aux pratiques de pointe

- Concevoir et implanter des pratiques de pointe en intervention de première ligne intégrant les services de santé et les services sociaux.

6. Critères relatifs à l'évaluation des technologies et des modes d'intervention

- Faire le bilan des réalisations des projets d'évaluation des technologies et des modes d'intervention liés aux soins et aux services de première ligne;
- Indiquer quels sont les moyens qui seront privilégiés, au sein de son organisation ou en collaboration avec des partenaires du RLS, pour contribuer à des projets d'évaluation des technologies et des modes d'intervention liés aux soins et aux services de première ligne.

7. Critère relatif au rayonnement

- Avoir un rayonnement et un leadership à l'échelle locale, régionale, nationale et internationale en matière d'innovation en soins et services de première ligne intégrant les services de santé et les services sociaux.

RÉFÉRENCES

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan stratégique 2010-2015 du ministère de la Santé et des Services sociaux*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010, 52 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Projet clinique – Cadre de référence pour les réseaux locaux de santé et de services sociaux*, résumé, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, octobre 2004.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *L'architecture des services de santé et des services sociaux : Les programmes-services et les programmes-soutien*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004, 30 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *L'intégration des services de santé et des services sociaux : Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, février 2004.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Rapport sur l'appréciation de la performance des services sociaux au Québec*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Les solutions émergentes : Rapport et recommandations*, Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, décembre 2000, 410 p.

PROTECTEUR DU CITOYEN. Rapport spécial du Protecteur du citoyen. *Les services aux jeunes et aux adultes présentant un trouble envahissant du développement : de l'engagement gouvernemental à la réalité*, Québec, Protecteur du citoyen, 2012, 144 p.

LISTE DES LOIS ET RÈGLEMENTS

L.R.Q., c. S-4.2, site Internet – www.publicationsduquebec.gouv.qc.ca.

LISTES DES COLLABORATEURS ET COLLABORATRICES

Les travaux ayant mené à l'élaboration du *Cadre de référence pour la désignation d'un institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux* ont nécessité un partage de connaissances et d'expertise ainsi que du temps de la part de nombreuses personnes.

Nous tenons à exprimer notre reconnaissance à tous ces collaborateurs et collaboratrices qui ont, à un moment ou l'autre, participé à l'un des comités de travail.

Merci également à toutes les personnes que nous aurions pu oublier par inadvertance.

Table de coordination nationale de la mission universitaire des établissements exploitant un IU ou un CAU dans le domaine social

Jean-Pierre Duplantie	Président de la Table de coordination nationale de la mission universitaire des établissements exploitant un IU ou un CAU dans le domaine social
Samuel Benaroya	Université McGill
René Côté	Université du Québec à Montréal
Jacques Couillard	Centre de réadaptation en dépendance de Montréal– IU
Martin Doyon	Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche, de la Science et de la Technologie
Louis Dufresne	Direction des services hospitaliers et des affaires universitaires, ministère de la Santé et des Services sociaux
Sylvie Dupras	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Mauricie et du Centre du Québec – IU
Marie-Thérèse Duquette	Fonds de recherche du Québec – Société et culture
Jacques Fillion	Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
Lucie Laflamme	Université de Sherbrooke
Raymond Lalande	Université de Montréal
Marie-Josée Larocque	Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche, de la Science et de la Technologie
Louise Lavergne	Institut de réadaptation en déficience physique de Québec – IU
Claude Lazure	Fonds de recherche du Québec – Santé
Jacques L. Rhéaume	Direction de la recherche, de l'innovation et du transfert des connaissances, ministère de la Santé et des Services sociaux
Ginette Martel	Direction générale des services sociaux, ministère de la Santé et des Services sociaux
Hugues Matte	Centre de santé et des services sociaux de la Vieille-Capitale – CAU
Denis Mayrand	Université Laval
Danielle McCann	Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
Jean-Marc Potvin	Centre jeunesse de Montréal – IU
Marc Sougavinski	Centre de santé et de services sociaux de la Montagne – CAU
Manon St-Pierre	Direction de la recherche, de l'innovation et du transfert des connaissances, ministère de la Santé et des Services sociaux
Johanne Turgeon	Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie

Groupe de travail sur le développement d'un IU de première ligne en santé et services sociaux

Jean-Pierre Duplantie	Président du Groupe de travail sur le développement d'un IU de première ligne en santé et services sociaux
Luce Beauregard	Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (IUGS)
Rénald Bergeron	Université Laval
Nathalie Brière	Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale – CAU
Sylvie Constantineau	Centre jeunesse de Montréal – IU
Louis Dufresne	Direction des services hospitaliers et des affaires universitaires, ministère de la Santé et des Services sociaux
Marie-Thérèse Duquette	Fond de recherche du Québec – Société et culture
Patrick Fougeyrollas	Institut de réadaptation en déficience physique de Québec
Christiane Gendron	Centre de santé et de services sociaux Jeanne-Mance – CAU
Antoine Groulx	Direction de l'organisation des services de première ligne, ministère de la Santé et des Services sociaux
Jacques L. Rhéaume	Direction de la recherche, de l'innovation et du transfert des connaissances, ministère de la Santé et des Services sociaux
Raymond Lalande	Université de Montréal
Geneviève Landry	Direction de l'organisation des services de première ligne, ministère de la Santé et des Services sociaux
Claude Lazure	Fond de recherche du Québec – Santé
Ginette Martel	Direction générale des services sociaux, ministère de la Santé et des Services sociaux
Jean Rochon	Institut national de santé publique du Québec
Manon St-Pierre	Direction de la recherche, de l'innovation et du transfert des connaissances, ministère de la Santé et des Services sociaux
Wendy Thompson	Université McGill

LISTE DES ÉTABLISSEMENTS QUI PEUVENT SOUMETTRE UNE CANDIDATURE À TITRE D'IU DE PREMIÈRE LIGNE

Centres affiliés universitaires (CAU) – Secteur social :

- Centre de santé et de services sociaux Jeanne-Mance
- Centre de santé et de services sociaux de Bordeaux-Cartierville – Saint-Laurent
- Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
- Centre de santé et de services sociaux de la Montagne – CLSC de Côte-des-Neiges
- Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale
- Centre de santé et de services sociaux Cavendish

Centres hospitaliers affiliés universitaires (CHAU) – Secteur santé :

- Centre de santé et de services sociaux de Trois-Rivières
- Centre de santé et de services sociaux Champlain–Charles-Le Moyne
- Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi
- Centre de santé et de services sociaux Alphonse-Desjardins