

# AMÉLIORER L'ACCÈS, LA QUALITÉ ET LA CONTINUITÉ DES SERVICES DE PROXIMITÉ

CADRE DE RÉFÉRENCE



La production de ce document a été rendue possible grâce à la contribution financière du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Il est le fruit d'un mandat provincial octroyé au Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale et au CIUSSS de l'Estrie-Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) dans le cadre de leur désignation au titre d'Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux (IUPLSSS).

## 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](http://www.msss.gouv.qc.ca)**, section **Publications**.

Le genre masculin est utilisé sans aucune discrimination et dans le seul but d'alléger le texte.

Dépôt légal – 2023  
Bibliothèque et Archives nationales du Québec  
ISBN : 978-2-550-91826-4 (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.



## **Mot de la sous-ministre adjointe de la direction générale des programmes dédiés aux personnes, aux familles et aux communautés et du sous-ministre adjoint de la direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques**

---



Les dernières années ont amené plusieurs réflexions sur l'organisation des soins de santé et des services sociaux rendus disponibles à la population. Pensons seulement à la pandémie, qui a donné lieu à de beaux succès en matière de gouvernance, à la capacité du réseau de répondre aux enjeux liés au vieillissement accéléré de la population et à la pénurie de main-d'œuvre actuelle. De ces défis, nous pouvons tirer plusieurs apprentissages, dont l'utilisation optimale des compétences des diverses disciplines, ce qui nous incite à réfléchir et à agir différemment, notamment par la valorisation de la pratique interdisciplinaire dans les trajectoires de soins et de services. Dans ce contexte, c'est avec fierté que nous vous présentons le Cadre de référence – Améliorer l'accès, la qualité et la continuité des services de proximité. Ce dernier propose de moderniser nos approches par une meilleure prise en compte des besoins, de la satisfaction des usagers et des particularités locales et d'adapter les soins et services aux besoins des populations de chacun des territoires par une gestion participative des usagers et de leurs représentants, selon une vision globale et intégrée des services de proximité.

Avec ces orientations ministérielles, nous souhaitons offrir aux établissements du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) des balises solides et cohérentes afin de mettre de l'avant notamment l'accessibilité et la visibilité des services, le démarchage vers les populations en situation de vulnérabilité, le développement communautaire, l'engagement de l'utilisateur et des membres de son entourage, les pratiques de collaboration, la gouvernance collaborative et la gestion de proximité.

La diffusion de ce cadre de référence s'inscrit dans la volonté de propulser ce dynamisme en offrant aux établissements du RSSS une vision nouvelle de l'organisation des soins et des services afin de s'unir collectivement pour améliorer la santé et le bien-être de la population québécoise.

### **Caroline de Pokomandy-Morin**

Sous-ministre adjointe de la direction générale des programmes dédiés aux personnes, aux familles et aux communautés

### **Dr Stéphane Bergeron**

Sous-ministre adjoint de la direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques

## **RÉDACTION DES TRAVAUX DANS LE CADRE DU MANDAT PROVINCIAL**

***Les personnes suivantes ont collaboré à la rédaction du cadre en 2019-2020 :***

**Paul Morin**, directeur scientifique, IUPLSSS, CIUSSS de l'Estrie – CHUS, professeur titulaire et directeur de l'École de travail social de l'Université de Sherbrooke

**Claire Garneau**, directrice adjointe des services multidisciplinaires, CIUSSS de la Capitale-Nationale

**Georges-Charles Thiebaut**, adjoint scientifique, IUPLSSS, CIUSSS de l'Estrie – CHUS

**Jessica Gagnon**, agente de recherche, IUPLSSS, CIUSSS de l'Estrie – CHUS

***Les personnes suivantes ont collaboré à la rédaction du cadre à partir de 2020-2021 :***

**Lucille Langlois**, chef de service, Direction des services multidisciplinaires, CIUSSS de la Capitale-Nationale

**Mélanie Lagacé**, courtière de connaissances, IUPLSSS, CIUSSS de l'Estrie – CHUS

**Léonie Rouette Tétreault**, agente de planification, de programmation et de recherche, Direction de l'enseignement et des affaires universitaires, CIUSSS de la Capitale-Nationale

## **COORDINATION DES TRAVAUX DANS LE CADRE DU MANDAT PROVINCIAL**

**Martin Lafleur**, directeur de l'enseignement et des affaires universitaires, CIUSSS de la Capitale-Nationale

**Stéphanie McMahon**, directrice de la coordination de la mission universitaire, CIUSSS de l'Estrie – CHUS

**Sandra Lavigne**, adjointe au directeur de l'enseignement et des affaires universitaires – développement des désignations universitaires, Direction de l'enseignement et des affaires universitaires, CIUSSS de la Capitale-Nationale

**Pier B. Lortie**, adjointe scientifique par intérim, IUPLSSS, Direction de la coordination de la mission universitaire, CIUSSS de l'Estrie – CHUS

## **DIRECTION**

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)

## **REMERCIEMENTS**

Les travaux qui ont mené à la production de ce cadre sont le fruit du partage de connaissances et d'expertise ainsi que du temps que nous ont consacré de nombreuses personnes.

Nous leur sommes reconnaissants d'avoir participé à l'un des comités de travail ou d'avoir contribué à une quelconque étape de production. Nos remerciements vont aussi à toutes les personnes qui ont contribué à l'analyse de besoins ainsi qu'à la phase de consultation et de relecture du présent cadre.

Finalement, merci également à toutes les personnes du MSSS ainsi qu'aux collaborateurs que nous aurions pu oublier de mentionner. Vous pouvez retrouver la liste des directions du MSSS impliquées et des collaborateurs à l'annexe 3.

# TABLE DES MATIÈRES

<b>LISTE DES TABLEAUX</b> .....	<b>iii</b>
<b>LISTE DES FIGURES</b> .....	<b>iv</b>
<b>LISTE DES SIGLES ET DES ACRONYMES</b> .....	<b>v</b>
<b>MISE EN CONTEXTE</b> .....	<b>vii</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>1</b>
<b>LA VISION DU CADRE DE RÉFÉRENCE</b> .....	<b>2</b>
<b>1 LES FONDEMENTS DES SERVICES DE PROXIMITÉ</b> .....	<b>3</b>
<b>1.1 La définition des services de proximité au Québec</b> .....	<b>3</b>
<b>1.2 Des actions systémiques sur les déterminants de la santé jusqu'aux interventions individuelles auprès de l'utilisateur</b> .....	<b>4</b>
<b>1.3 L'adaptation des soins et des services aux caractéristiques territoriales et populationnelles comme principe directeur des services de proximité</b> .....	<b>5</b>
<b>1.4 Le renouvellement de l'approche communautaire</b> .....	<b>7</b>
1.4.1 Le capital social comme déterminant de la santé .....	<b>8</b>
1.4.2 La responsabilité populationnelle .....	<b>8</b>
1.4.3 Le partenariat avec les usagers, les membres de leur entourage et les acteurs du RSSS .....	<b>9</b>
<b>2 LES ORIENTATIONS DES SERVICES DE PROXIMITÉ</b> .....	<b>10</b>
<b>2.1 L'accessibilité et la visibilité des services</b> .....	<b>10</b>
2.1.1 L'accès intégré et harmonisé .....	<b>10</b>
2.1.2 Des services disponibles en continu .....	<b>14</b>
2.1.3 S'intégrer dans les milieux .....	<b>15</b>
2.1.4 La répartition équitable et territorialisée des services .....	<b>16</b>
<b>2.2 Rejoindre les populations en situation de vulnérabilité</b> .....	<b>17</b>
<b>2.3 Contribuer au développement de la communauté</b> .....	<b>20</b>
<b>2.4 L'engagement de l'utilisateur et des membres de son entourage</b> .....	<b>22</b>
<b>2.5 Les pratiques de collaboration interprofessionnelles et intersectorielles</b> .....	<b>24</b>
<b>2.6 Une structure de gouvernance, des modalités de gestion et des outils pour mettre en place des services de proximité en continu</b> .....	<b>26</b>
2.6.1 La gouvernance collaborative .....	<b>27</b>
2.6.2 La gestion de proximité .....	<b>27</b>
2.6.3 Les outils de gestion, les indicateurs et les mécanismes de reddition de compte.....	<b>28</b>

<b>3 UN CONTINUUM INTÉGRÉ DES SERVICES DE PROXIMITÉ DU RSSS .....</b>	<b>29</b>
<b>4 LES CONDITIONS GAGNANTES.....</b>	<b>31</b>
<b>4.1 L'utilisation judicieuse des ressources.....</b>	<b>31</b>
4.1.1 Les ressources financières .....	31
4.1.2 Les ressources humaines .....	32
<b>4.2 La continuité informationnelle .....</b>	<b>32</b>
4.2.1 Le système informatique.....	32
<b>5 CONCLUSION.....</b>	<b>34</b>
<b>ANNEXE 1 :</b>	
<b>PROJETS MINISTÉRIELS STRUCTURANT VISANT L'AMÉLIORATION</b>	
<b>DE L'ACCÈS, LA QUALITÉ ET LA CONTINUITÉ DES SERVICES DE</b>	
<b>PROXIMITÉ .....</b>	<b>35</b>
<b>ANNEXE 2 :</b>	
<b>GLOSSAIRE DES DÉFINITIONS RELIÉES AUX SERVICES DE PROXIMITÉ ..</b>	<b>40</b>
<b>ANNEXE 3 :</b>	
<b>LISTE DES DIRECTIONS DU MSSS AYANT CONTRIBUÉ À UN</b>	
<b>MOMENT OU UN AUTRE AUX DIFFÉRENTS TRAVAUX DE CE CADRE</b>	
<b>DE RÉFÉRENCE.....</b>	<b>54</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>57</b>

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Exemples de meilleures pratiques pour soutenir l'adaptation des soins et des services aux caractéristiques territoriales et populationnelles .....	6
Tableau 2 : Exemples de meilleures pratiques pour l'accès intégré et harmonisé.....	12
Tableau 3 : Exemples de meilleures pratiques pour offrir des services disponibles en continu .....	14
Tableau 4 : Exemples de meilleures pratiques pour s'intégrer dans les milieux .....	15
Tableau 5 : Exemples de meilleures pratiques pour la répartition équitable et territorialisée des services.....	17
Tableau 6 : Exemples de meilleures pratiques pour rejoindre les populations en situation de vulnérabilité.....	18
Tableau 7 : Exemples de meilleures pratiques pour contribuer au développement de la communauté.....	21
Tableau 8 : Exemples de meilleures pratiques pour l'engagement de l'utilisateur et les membres de son entourage.....	23
Tableau 9 : Exemples de meilleures pratiques de collaboration interprofessionnelle et intersectorielle .....	25
Tableau 10 : Exemples de meilleures pratiques de structure de gouvernance et des modalités de gestion pour mettre en place des services de proximité continus .....	28

## LISTE DES FIGURES

Figure 1 :	Les concepts-clés qui déterminent les services de proximité.....	3
Figure 2 :	Exemple d'un continuum intégré des services de proximité dans le RSSS.....	29

## LISTE DES SIGLES ET DES ACRONYMES

AAOR	Accueil, analyse, orientation et référence
CHUS	Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
DCI	Dossier clinique informatisé
DGPPFC	Direction générale des programmes dédiés aux personnes, aux familles et aux communautés
DMAIC	Définir, mesurer, analyser, innover, implanter, contrôler
DME	Dossier médical électronique
DGAUMIP	Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques
DRHCAJ	Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques
DSQ	Dossier santé Québec
FAP	Financement axé sur le patient
GAP	Guichet d'accès à la première ligne
GMF	Groupe de médecine de famille
GMF-R	Groupe de médecine de famille réseau
GMF-U	Groupe de médecine de famille universitaire
IPS	Infirmier praticien spécialisé
IUPLSSS	Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec

MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OMS	Organisation mondiale de la santé
PII	Plan d'intervention individualisé
PQPTM	Programme québécois pour les troubles mentaux : des autosoins à la psychothérapie
RSS	Région sociosanitaire
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
RLS	Réseau local de services
RTS	Réseau territorial de services

## MISE EN CONTEXTE

Depuis plusieurs années, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) souhaite doter les établissements du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) de balises solides et cohérentes pour améliorer l'accès, la qualité et la continuité des services de proximité. La *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* vient réaffirmer l'importance et la pertinence de favoriser et de simplifier l'accès aux services pour la population, de contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et d'accroître l'efficacité et l'efficacités du RSSS. À cet effet, elle vise, entre autres choses, l'intégration des services de santé et des services sociaux par la mise en place de réseaux régionaux axés sur la proximité et la continuité de services (1).

À cet effet, en janvier 2016, le MSSS a démarré un chantier prioritaire sur l'amélioration de l'accès aux services de proximité. La Direction générale des programmes dédiés aux personnes, aux familles et aux communautés de pair avec la Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques ont alors entamé ces travaux visant à établir une vision intégrée des soins de santé et des services sociaux aux principales portes d'entrée dans les Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et dans les Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) du RSSS; pensons à Info-Santé, à la consultation téléphonique psychosociale 24/7 (Info-Social)<sup>1</sup>, aux services d'accueil, d'analyse, d'orientation et de référence (AAOR), aux urgences hospitalières et aux groupes de médecine de famille (GMF).

Par ailleurs, en vue de soutenir le MSSS et les établissements du RSSS<sup>2</sup> dans les travaux d'envergure de ce chantier, des mandats ont été confiés en 2016 à deux établissements, soit au CIUSSS de l'Estrie – CHUS, et au CIUSSS de la Capitale-Nationale, dans le cadre de leurs rôles et de leurs responsabilités respectifs liés à leur désignation d'Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux (IUPLSSS). Dans la poursuite de ces travaux, en mars 2019, les deux établissements ont également reçu le mandat d'élaborer le présent cadre de référence ministériel qui vise l'amélioration de l'accès, la qualité et la continuité des services de proximité, un plan de diffusion ainsi qu'une stratégie d'accompagnement des CISSS et des CIUSSS.

---

<sup>1</sup> Dans le souci de faciliter la lecture, le nom Info-Social sera utilisé partout dans ce cadre de référence pour désigner le Service de consultation téléphonique psychosociale 24/7.

<sup>2</sup> Dans ce cadre de référence, l'expression « établissements du RSSS » est utilisée conformément à la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales, et fait référence aux établissements publics mentionnés dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

## INTRODUCTION

Au Québec, l'amélioration de l'accès, de la qualité et de la continuité des services de proximité est une priorité du gouvernement. Malgré les nombreuses initiatives des dernières années, il nous reste encore plusieurs défis à relever. La crise sanitaire vécue, le vieillissement accéléré de la population et la pénurie de main-d'œuvre sont des éléments qui nous incitent à penser différemment et à revoir nos façons de faire.

Le présent cadre de référence propose ainsi de moderniser nos approches, d'adapter les soins de santé et les services sociaux<sup>3</sup> aux besoins de la population et de porter une vision globale et intégrée sur les services de proximité dans une optique d'utilisation judicieuse des ressources. Il se veut profitable à l'ensemble des établissements du RSSS dans la poursuite de l'innovation, et il maintient en place les avancées et les expériences du passé, dans une perspective d'amélioration continue.

Plus précisément, les balises proposées permettront de renforcer :

- Des interventions continues et coordonnées avec les différents partenaires de façon à éviter la fragmentation des services;
- La responsabilisation des établissements du RSSS envers la population, en tenant compte des réalités territoriales et populationnelles, notamment par la création et le soutien de programmes qui ont une incidence favorable sur les déterminants de la santé, dans un esprit d'amélioration des conditions de vie des personnes;
- La coordination et la complémentarité des services entre les GMF, les établissements du RSSS, les partenaires communautaires et les autres acteurs intersectoriels pour assurer une adaptation aux besoins des usagers, des membres de leur entourage et de la communauté;
- Un accès aux services de proximité où l'utilisateur peut bénéficier d'une réponse accessible, globale et intégrée pour l'ensemble de ses besoins (2).

Dans ce contexte, le *Plan stratégique 2019-2023* du MSSS propose des principes structurants tels que l'action intersectorielle, la responsabilité envers la population, la lutte contre les inégalités sociales de santé, le partenariat avec les usagers et la gestion de proximité (3), qui s'inscrivent en cohérence avec la vision du présent cadre de référence.

---

<sup>3</sup> L'expression « soins de santé et services sociaux » fait référence aux soins de santé et aux services sociaux, dans une vision d'intégration du volet santé et du volet social des services de proximité.

## LA VISION DU CADRE DE RÉFÉRENCE

Un RSSS qui offre des services de proximité intégrés, territorialisés, visibles et coordonnés, en travaillant de concert avec les différents partenaires publics, privés et communautaires intrasectoriels et intersectoriels, en vue d’agir sur les déterminants de la santé dans un objectif d’amélioration de l’expérience de l’usager par sa participation, par celle des membres de son entourage<sup>4</sup> et par celle de la communauté.

Les objectifs du cadre de référence sont les suivants :

- Soutenir le RSSS dans l’amélioration de l’accès, de la qualité et de la continuité des services de proximité.
- Assurer une vision globale et intégrée des services de proximité.
- Favoriser une meilleure coordination et intégration de la santé et des services sociaux sur le plan organisationnel et clinique.
- Renforcer la capacité du RSSS à adapter les services aux caractéristiques territoriales et populationnelles.
- Améliorer l’expérience de l’usager et des membres de son entourage :
  - par des soins et des services prodigués en temps opportun;
  - par un accroissement de l’engagement et de la capacité d’agir de l’usager et des membres de son entourage.
- Renforcer les pratiques de collaboration interprofessionnelles et intersectorielles.

Pour ce faire, ce cadre de référence vise à doter les établissements du RSSS de balises solides et cohérentes pour améliorer l’accès, la qualité et la continuité des services de proximité. Chaque orientation est également appuyée par des exemples de meilleures pratiques illustrant concrètement des possibilités d’action. À cet égard, des projets ministériels structurants sont présentés à l’annexe 1, en guise de complément. Enfin, un glossaire des définitions reliées aux services de proximité est également déposé à l’annexe 2 dans le but d’outiller le RSSS et le MSSS à utiliser un langage uniformisé.

---

<sup>4</sup> L’expression « membre de l’entourage » est utilisée dans le présent cadre de référence pour désigner la famille, les amis ou les proches, qu’ils soient présents ou non dans la vie de la personne.

# 1 LES FONDEMENTS DES SERVICES DE PROXIMITÉ

## 1.1 La définition des services de proximité au Québec

Les services de proximité sont un ensemble de services généraux, spécifiques et spécialisés (santé et social) ainsi que de services de santé publique adaptés aux besoins de la population à l'intérieur d'un territoire ciblé, grâce à l'intervention des différents partenaires publics, privés et communautaires intrasectoriels et intersectoriels<sup>5</sup>. Les services de proximité sont visibles et connus pour assurer un accès optimal aux ressources de la communauté et du RSSS, en plus de maintenir un lien de confiance avec la population.

Des concepts-clés se dégagent de la définition présentée dans l'encadré et se trouvent également dans la figure 1. Ils permettent de baliser et de guider les interventions et les actions de proximité, quels que soient le lieu à l'intérieur du territoire québécois et la population qui s'y trouve. Ainsi, les établissements du RSSS pourront s'y référer pour continuer de mettre en œuvre des services de proximité dans une perspective d'amélioration continue de l'accès, de la qualité et de la continuité des services de proximité.

**Figure 1 :**  
**Les concepts-clés qui déterminent les services de proximité**



<sup>5</sup> Les différents partenaires sont l'utilisateur, les membres de l'entourage, les communautés, les établissements du RSSS, les partenaires des Premières Nations et des Inuit, les partenaires communautaires, les acteurs municipaux, etc.

Plus particulièrement, le concept de proximité se traduit par deux dimensions :

- La proximité spatiale fait référence aux lieux de la prestation des services. C'est alors l'individu qui, situé selon ses repères sociaux et territoriaux, devient le point central des pratiques de proximité, qu'il s'agisse du domicile, de l'environnement scolaire, du milieu de travail, de la rue ou du quartier.
- La proximité relationnelle, pour sa part, s'appuie sur une approche personnalisée, qui prend compte de l'utilisateur plutôt que de son problème. Le soutien ici est fondé sur la relation de confiance et sur la personnalisation de l'aide. Cela peut prendre la forme d'un accompagnement qui repose sur l'écoute, l'encouragement, l'échange d'information et de références ou encore la résolution de problèmes (4, 5).

La notion de proximité des soins et des services se décline à l'intérieur d'un continuum intégré de soins et de services.

## **1.2 Des actions systémiques sur les déterminants de la santé jusqu'aux interventions individuelles auprès de l'utilisateur**

Avec les services de proximité, on vise à améliorer l'état de santé physique, mentale et psychosociale; pour cela, il faut agir sur un ou plusieurs niveaux :

- Au niveau systémique, où il faut assurer la visibilité et la répartition équitable des services et des ressources par territoire avec une amélioration de l'accessibilité des soins et des services et une contribution aux partenariats intersectoriels.
- Au niveau des milieux de vie, par l'insertion, l'adaptation aux caractéristiques territoriales et la favorisation du développement communautaire et la création de milieux favorables à la santé et à la qualité de vie.
- Au niveau individuel, par l'offre de services généraux, spécifiques et spécialisés (santé et social) et par l'offre de services de santé publique à l'utilisateur et aux membres de son entourage, dont il faut chercher à obtenir la participation et l'engagement, sans laisser pour compte les populations vulnérables.

Il est alors possible de comprendre que les services de proximité agissent sur les déterminants de la santé, en plus de se décliner à l'intérieur d'un continuum intégré de soins et services auprès de l'utilisateur et des membres de son entourage (6).

### **1.3 L'adaptation des soins et des services aux caractéristiques territoriales et populationnelles comme principe directeur des services de proximité**

Le *Plan stratégique 2019-2023* du MSSS et le *Programme national de santé publique 2015-2025* ont pour vision des soins et des services accessibles et efficaces qui s'adaptent aux besoins des Québécois, plus particulièrement aux populations en situation de vulnérabilité (3, 9). Dès lors, il est primordial de renforcer la capacité d'adaptation des établissements du RSSS, en concertation avec les différents partenaires publics, privés et communautaires intrasectoriels et intersectoriels, en vue d'améliorer la santé et le bien-être de la population et de réduire les inégalités sociales de santé (8–10).

Les besoins des différentes régions du Québec nécessitent qu'on tienne compte des profils épidémiologiques des populations si l'on souhaite adapter les services aux caractéristiques des sous-groupes dans différents contextes. Pensons aux personnes en situation de pauvreté ou d'exclusion sociale, aux personnes d'expression anglaise, à celles issues de communautés autochtones ou ethnoculturelles, y compris les réfugiés et les demandeurs d'asile, aux personnes avec des limitations fonctionnelles et à celles de la diversité sexuelle et de genre (7, 11-14). Il est également important de souligner le rythme accéléré du vieillissement de la population, ce qui incite à changer nos façons de faire pour améliorer et accroître le soutien apporté aux aînés d'aujourd'hui et de demain (15). Par conséquent, les services de proximité sont adaptatifs et évolutifs, et de ce fait, un service de proximité en milieu urbain pourrait avoir un modèle d'organisation différent de celui en milieu rural. Les services se conçoivent pour être modulés en fonction des caractéristiques territoriales et populationnelles au fil des ans. À cet effet, les établissements du RSSS, en collaboration avec leurs partenaires et avec le soutien et l'expertise de la santé publique, prennent des décisions en fonction de l'échelle territoriale (locale, régionale et provinciale) la plus pertinente pour garantir l'adaptation des soins et des services aux besoins des populations (16).

**Tableau 1 :**  
**Exemples de meilleures pratiques pour soutenir l'adaptation des soins et des services aux caractéristiques territoriales et populationnelles**

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réaliser et identifier la diversité d'outils utilisés en développement des communautés qui permettent de mieux connaître les caractéristiques des populations et du territoire : <ul style="list-style-type: none"> <li>– Les cartes de défavorisation matérielle et sociale disponibles pour l'ensemble des territoires provinciaux (17);</li> <li>– La fiche d'appréciation du potentiel des communautés (18, 19);</li> <li>– Des documents de référence ou des lignes directrices pour l'évaluation des besoins des communautés (20);</li> <li>– Un portrait de l'état de santé de la population et de ses déterminants pour chacun des territoires;</li> <li>– Diverses expertises et outils des partenaires.</li> </ul> </li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Guider la coconstruction intersectorielle d'un continuum intégré de services autour des portraits populationnels et territoriaux, afin de favoriser un processus de compréhension des réalités locales. Pour ce faire, les établissements du RSSS peuvent : <ul style="list-style-type: none"> <li>– Mobiliser les différents partenaires publics, privés et communautaires intra et intersectoriels autour d'une démarche réflexive visant le développement d'une vision partagée des besoins et des caractéristiques territoriales et populationnelles sur lesquelles prendre assise afin d'adapter les soins et services.</li> <li>– Identifier un découpage cohérent du territoire, selon l'échelle territoriale la plus pertinente.</li> <li>– Identifier les données disponibles en réseau de partenaires intersectoriels.</li> <li>– Analyser les données en groupe de travail intersectoriel.</li> <li>– Intégrer ces nouvelles connaissances à une démarche globale d'adaptation des actions et des services de proximité (17, 21-23).</li> </ul> </li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Améliorer les processus administratifs et cliniques ainsi que les activités de l'organisation liés à l'accès, à la qualité et à la continuité des services de proximité, en s'appuyant sur l'approche <i>Lean</i> qui dispose d'un précieux coffre à outils pour la réalisation d'un projet (ex. : définir, mesurer, analyser, innover, implanter, contrôler [DMAIIC], A3, cartographie, Kata, atelier Kaizen<sup>6</sup>) (18-20, 25).</li> </ul>

<sup>6</sup> Un atelier Kaizen réunit, pendant un moment consécutif, une équipe avec des représentants des différents partenaires, y compris le fournisseur et le client du processus, dans le but de résoudre un problème et de proposer un plan d'action au terme de l'atelier (24).

## 1.4 Le renouvellement de l'approche communautaire

Les services de proximité misent sur des actions structurées entre partenaires, qu'ils soient publics, privés ou communautaires intrasectoriels ou intersectoriels (26). À cet égard, les établissements du RSSS, avec le soutien et l'expertise de la santé publique et en collaboration avec les partenaires locaux, se basent sur une analyse des besoins de la population à l'intérieur de chaque territoire pour répartir les ressources et concevoir une offre de services globale adéquate (27). L'approche communautaire permet de s'adapter aux besoins grâce à la connaissance des caractéristiques territoriales ainsi que des profils populationnels et épidémiologiques. Pour y arriver, les intervenants et les professionnels doivent être polyvalents dans leur pratique. De plus, l'offre de services inclut des stratégies innovantes pour parvenir à rejoindre les populations en situation de vulnérabilité et prendre en compte les inégalités sociales en matière de santé. Pour ce faire, le rôle des organisateurs communautaires, par leur ancrage local, est essentiel dans l'actualisation de cette approche.

L'approche communautaire est également basée sur le développement des communautés, c'est-à-dire qu'elle considère que les communautés disposent du potentiel pour améliorer et répondre à plusieurs de leurs besoins sur le plan de la santé et du bien-être. En conséquence, l'approche communautaire vise à se rapprocher des citoyens<sup>7</sup> et à développer les forces vives du milieu. Les ressources des usagers, des membres de leur entourage et des citoyens sont alors pleinement mises à contribution (27). La philosophie d'intervention se concrétise par un ensemble d'actions qui suscite la prise en charge des problèmes multiples de la communauté locale par ses membres, avec l'appui de politiques et de programmes publics efficaces.

L'approche communautaire, originellement adoptée par les Centres locaux de services communautaires (CLSC), sert de modèle pour actualiser la vision, les objectifs et le principe directeur de ce cadre de référence. L'évolution du contexte québécois et l'avancement des connaissances contribuent à bonifier et à renforcer l'approche communautaire. Ce contexte et ces connaissances sont le capital social, la responsabilité populationnelle et le partenariat.

---

<sup>7</sup> Le mot « citoyen » est utilisé en référence à « toute personne appartenant et participant à la communauté, qui adhère à un ensemble de normes communes, comprenant les droits et les devoirs » (4). Le citoyen détient un espace de parole et d'action au sein de sa communauté, ce qui lui donne la possibilité de définir les orientations politiques et normatives d'un système et d'y participer (5).

#### 1.4.1 Le capital social comme déterminant de la santé

Le guide ministériel *La santé et ses déterminants : mieux comprendre pour mieux agir* décrit l'influence des facteurs individuels, sociaux, économiques et environnementaux, sur la santé et le bien-être des usagers et des populations. Les déterminants sociaux, y compris les facteurs sociaux et économiques, ont une place importante puisqu'ils ont un effet sur la santé et parce qu'ils soulèvent de sérieuses préoccupations à l'égard des inégalités sociales en matière de santé. Les déterminants sociaux font par exemple référence à la scolarité, aux revenus, à l'accès aux soins et aux services, à la sécurité et aux conditions de logement et de travail. De nombreux déterminants sociaux de la santé interagissent entre eux et contribuent aux inégalités sociales pour créer des écarts de santé considérables chez certaines populations en situation de vulnérabilité, d'où la nécessité pour le RSSS de les considérer dans une perspective d'amélioration des services de proximité (28).

Parmi les déterminants sociaux de la santé, le capital social prend une place importante, car il explique l'influence des réseaux et des liens sociaux sur la capacité des personnes à disposer des ressources matérielles, sociales et symboliques pour maintenir leur santé et leur bien-être. Il représente le degré de cohésion sociale qui existe dans les communautés. Il désigne les processus interpersonnels qui établissent des réseaux, des normes et la confiance sociale, et qui facilitent la coordination et la coopération entre les différentes parties (6, 29). Il est représenté par des formes de collaboration basées sur des obligations morales, la coopération, la coordination et des actions collectives des membres du groupe (30). L'avancement des connaissances sur le capital social, au cours des dernières années, permet de contribuer aux stratégies d'amélioration de la santé des communautés qui sont importantes pour la planification et l'organisation des services de proximité. En guise d'exemple de projet visant à renforcer le capital social, le réseau des éclaireurs est expliqué à l'annexe 1.

#### 1.4.2 La responsabilité populationnelle

À l'intérieur de la responsabilité populationnelle, les intervenants et les professionnels sont ancrés à même un territoire, sont regroupés en réseau local de service (RLS), et assument une responsabilité collective avec leurs partenaires à l'égard de la santé et du bien-être de la population (34, 35). Les principaux acteurs des RLS peuvent être, par exemple, les GMF, les pharmacies communautaires, les partenaires communautaires, les centres hospitaliers universitaires et les partenaires d'autres secteurs (milieu scolaire, municipalités, policiers, milieu de l'emploi, etc.). Ensemble, ils participent à la planification, à la mise en œuvre et à la poursuite des interventions adaptées ou intensifiées auprès des personnes en situation de vulnérabilité en vue de réduire les inégalités sociales en santé. Par ailleurs, l'existence des réseaux territoriaux de

services (RTS), composés de plusieurs RLS, est une occasion unique pour mettre en fonction la responsabilité populationnelle et l'action sur les déterminants de la santé (32). Elle peut être utilisée comme stratégie d'intervention collective qui place le territoire comme point de départ et d'ancrage à l'intervention et qui aborde les enjeux de la communauté dans leur globalité.

À titre d'exemple, la crise sanitaire de la COVID-19 a généré une redéfinition des modalités de gouvernance qui pousse à accroître la collaboration intersectorielle pour mettre en place des mesures concertées et globales à l'égard des déterminants de la santé. La participation de la communauté, l'utilisation de la technologie et les arrimages intersectoriels permettent une meilleure adaptation de l'offre de services à ces besoins émergents.

#### 1.4.3 Le partenariat avec les usagers, les membres de leur entourage et les acteurs du RSSS

Le cadre de référence ministériel diffusé en mai 2018 sur l'approche de partenariat entre les usagers, les membres de leur entourage et les acteurs en santé et en services sociaux recommande aux établissements du RSSS de solliciter formellement l'expertise des usagers partenaires, puisque « dans un contexte de chronicisation et de complexification des maladies, l'approche de partenariat avec l'utilisateur et les membres de son entourage favorise une meilleure adhésion au traitement et représente une valeur ajoutée en matière de sécurité des soins et [des] services. Dans un système de santé et de services sociaux en transformation, le partenariat représente un puissant levier d'amélioration continue de la qualité des soins et [des] services et vient donner un sens aux changements » (33).

Enfin, l'approche communautaire renouvelée par le capital social, la responsabilité populationnelle et le partenariat sont le fondement des services de proximité.

## 2 LES ORIENTATIONS DES SERVICES DE PROXIMITÉ

Les services de proximité doivent être adaptés aux enjeux, aux besoins et aux caractéristiques territoriales et populationnelles; cela peut nécessiter des ajustements dans l'organisation des soins et des services au sein des différents territoires du Québec pour s'approprier les particularités régionales. Toutefois, les services de proximité se définissent par des caractéristiques communes qui permettent d'assurer les balises et la nature des interventions et des actions de proximité, quels que soient le lieu et la population à l'intérieur du territoire québécois.

Chaque orientation est appuyée par des exemples de meilleures pratiques illustrant concrètement des possibilités d'action. Loin d'être exhaustifs, ces exemples sont issus d'une recension de meilleures pratiques évaluées, d'une recension de la littérature, des études de cas, des études comparatives et des résultats de recherche-action.

### 2.1 L'accessibilité et la visibilité des services

Les services de proximité doivent se trouver le plus près possible des communautés et permettre d'établir des liens de confiance entre les intervenants, les professionnels, les gestionnaires, les partenaires et les personnes de la communauté. Par conséquent, les dimensions de la proximité spatiale et relationnelle requièrent que les services soient visibles et accessibles à la population. Pour ce faire, les services doivent être disponibles en continu et être accessibles de façon intégrée et harmonisée. Cela est rendu plus facile par l'intégration dans les milieux et la répartition équitable et territorialisée.

#### 2.1.1 L'accès intégré et harmonisé

La simplification de l'accès aux services de proximité figure parmi les éléments centraux de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*, adoptée en 2015. D'ailleurs, le *Plan stratégique 2019-2023* du MSSS confirme que l'accès aux services demeure une problématique au Québec (1, 3). De ce fait, l'amélioration potentielle de l'accès aux soins et aux services vise d'abord à faciliter le parcours de l'usager par un processus d'accès continu, fluide, sans interruption, sans retour en arrière, sans doublon et sans transfert.

Pour ce faire, de vastes transformations cliniques et organisationnelles de l'accès aux services sont mises en place depuis 2015 pour, en premier lieu, rehausser l'offre de services de proximité et implanter un accès intégré et harmonisé. Un accès intégré permet à l'usager de bénéficier d'une même démarche qui facilite son parcours de soins

et de services, et ce, indépendamment de la porte d'entrée qu'il choisira d'utiliser (*no wrong door*). Il est donc nécessaire de :

- Réorganiser l'accès aux services, de façon à relier les différentes portes d'entrée destinées à la population (Info-Santé, Info-Social, AAOR, les urgences hospitalières, les GMF, etc.) et d'utiliser les mêmes procédures.
- Simplifier le parcours de l'utilisateur à partir de portes d'entrée ciblées par l'harmonisation des pratiques cliniques, dont l'utilisation d'outils et de méthodes de travail convenus.
- S'assurer que les interventions soient coordonnées et que l'information collectée soit partagée avec les autres composantes du RSSS et avec les partenaires communautaires pour garantir la continuité des soins et des services.
- Avoir une meilleure connaissance des diverses ressources disponibles pour répondre aux besoins de l'utilisateur, selon ses valeurs et ses préférences, et pour améliorer sa satisfaction globale.

Le défi de la réorganisation de l'accès aux services de proximité dans une perspective intégrée et harmonisée est de mobiliser les acteurs du RSSS et les partenaires publics, privés et communautaires intrasectoriels et intersectoriels pour qu'ils interagissent de manière coordonnée et cohérente. L'équité d'accès, la qualité des soins et des services et l'utilisation judicieuse des ressources sont dépendantes de cette capacité à coordonner les actions du point de vue stratégique, tactique et opérationnel. Pour ce faire, des mécanismes de gestion favorisant le suivi rigoureux d'indicateurs de résultats établis collectivement doivent être mis en place. Le suivi de ce changement s'inscrit dans une approche d'amélioration continue, tant des pratiques cliniques que des pratiques de gestion (34).

**Tableau 2 :**  
**Exemples de meilleures pratiques pour l'accès intégré et harmonisé**

- Mettre en place une structure de gouvernance collaborative permanente au sein des établissements du RSSS dédiée à l'amélioration continue de l'accès, de la qualité et de la continuité des soins et des services (22, 35). Les éléments-clés de cette structure sont notamment :
  - D'établir le leadership collaboratif (ex. : positionnement des instances dirigeantes selon les valeurs organisationnelles, principes partagés de gouvernance, coordination et animation des instances);
  - De constituer une instance de gestion de l'accès et de la continuité des soins et des services (ex. : comité intégrateur interdirections) au sein des établissements du RSSS, en partenariat avec le RTS-RLS;
  - D'adopter une approche de collaboration, d'apprentissage et de cogestion qui génère une boucle de réflexion-action harmonisée entre directions et secteurs;
  - De mettre à contribution l'expertise requise entre professionnels, directions et secteurs (expertise quant à l'aspect des rôles, des connaissances et de l'expérience);
  - D'instaurer une dynamique de communication systémique, ouverte entre les différents partenaires publics, privés et communautaires intrasectoriels et intersectoriels;
  - De coconstruire une culture d'accès aux soins et aux services axée sur la collaboration citoyenne et intersectorielle, sur les besoins de l'utilisateur et des communautés, sur l'engagement de l'utilisateur, sur l'amélioration des conditions de vie (déterminants de la santé), sur l'adaptation continue des soins et des services aux réalités locales et territoriales et aux réalités de la santé publique (21, 36, 37).
- Mettre en place une organisation transversale d'accès et de référence intégrée, harmonisée aux soins et aux services au sein des établissements du RSSS et du RTS-RLS par différents moyens (38), notamment :
  - Créer un système interconnecté de portes d'accès multiples à l'échelle locale, territoriale et provinciale (2);
  - Consolider et créer des trajectoires de services permettant une coordination optimale des services et le suivi systématique des usagers et des membres de leur entourage (2, 39);
  - Utiliser des outils cliniques communs et une démarche harmonisée d'accès et de référence : formulaire de référence, formulaire d'analyse des besoins, grille de priorisation (40, 41);

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Établir des critères objectifs de priorisation pour chaque discipline qui soient basés sur une revue de littérature scientifique et validés dans le milieu avec les partenaires (42);</li> <li>- Augmenter la qualité des références effectuées à l'aide de différents moyens tels que des normes de pratique et des lignes directrices, la révision par les pairs, les retours d'expérience (rétroaction) entre partenaires et auprès des usagers et des membres de leur entourage (43);</li> <li>- Utiliser un processus d'accès et de référence qui intègre les ressources présentes dans les communautés et les milieux de vie ainsi que l'ensemble des soins et des services disponibles au sein du RTS et des RLS de chaque territoire (2, 34, 40).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• S'assurer de disposer d'une infirmière avec une expertise en santé mentale auprès des jeunes pour coordonner les soins et les services et en assurer la continuité (44).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mettre en place des centres de pédiatrie sociale dans la communauté qui sont accessibles facilement et qui sont situés à proximité du domicile des familles avec de jeunes enfants (45).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulter les communautés ethnoculturelles et linguistiques sur les priorités relatives à la mise en place de soins et de services dans différentes langues minoritaires de même que de médiation en contexte de diversité culturelle et linguistique (46).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mettre en place des mesures ou des politiques qui tiennent compte des barrières linguistiques et des solutions dans l'objectif de les contourner et de permettre aux intervenants d'évaluer la nécessité de recourir aux services d'un interprète (59).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mettre en place des mesures qui assurent l'accès aux services indiqués dans la langue anglaise à l'intérieur d'un programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux de l'établissement (11).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mettre en œuvre des programmes d'accès aux services de développement de la petite enfance dans les collectivités autochtones, en particulier dans les collectivités éloignées ou isolées qui ont de la difficulté à obtenir des services plus facilement accessibles dans les collectivités urbaines (47).</li> </ul>

### 2.1.2 Des services disponibles en continu

Une étude effectuée par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) démontre que l'utilisateur a comme premier réflexe de consulter son médecin de famille lorsqu'il a un ennui de santé (48). En fait, les usagers exprimaient la volonté de consulter un intervenant ou un professionnel qui connaît leur situation personnelle ou leur histoire. La proximité relationnelle est favorisée par des services de proximité disponibles en continu, situés le plus près de l'utilisateur et des membres de son entourage. À cet égard, le GMF devient une porte d'entrée importante pour la population qui souhaite accéder aux soins et aux services de santé. Dans ce milieu clinique connu de la population, les intervenants et les professionnels en santé et en service social, sont accessibles en continu, tout comme le sont les services de pharmacies, d'Info-Social, d'Info-Santé, de l'AAOR, les partenaires communautaires et les entreprises d'économie sociale en aide à domicile, pour ne nommer que ceux-ci.

**Tableau 3 :**  
**Exemples de meilleures pratiques pour offrir des services disponibles en continu**

- Mettre en place une gamme de soins et de services en GMF, GMF universitaire (GMF-U) et GMF réseau (GMF-R) dans les milieux de vie au sein des communautés des milieux urbains, ruraux ou éloignés (48) :
  - Assurer une présence continue d'équipes interprofessionnelles en soins de santé et en services sociaux qui sont accessibles rapidement et sans difficulté dans les communautés et qui répondent efficacement aux besoins, exprimés ou non, de la population (48, 49);
  - Mettre en pratique une collaboration souple entre médecins, infirmiers cliniciens, infirmiers praticiens spécialisés (IPS), travailleurs sociaux, pharmaciens, intervenants et professionnels par la contribution de leurs rôles et de leur expertise (50, 51);
  - Détecter précocement les problèmes de santé ainsi que les situations de vulnérabilité psychosociale des usagers lorsqu'ils consultent un intervenant et un professionnel (52);
  - Agir en promotion et en prévention et prodiguer des soins et des services aux personnes et aux membres de leur entourage, dont celles qui sont atteintes de troubles neurocognitifs majeurs (53, 54);
  - Utiliser des trajectoires d'accès et de référence vers les services spécifiques et spécialisés du territoire par des corridors de services établis (2, 39, 55).

- Affecter les ressources disponibles en fonction des enjeux vécus et des caractéristiques territoriales et populationnelles dans les communautés locales qui offrent une réponse globale et adaptée aux besoins des usagers et des membres de leur entourage, à proximité de leur domicile (56).

- Mettre en place des stratégies d'intervention et d'accès aux services telles que :
  - L'utilisation de nouvelles technologies qui donnent accès à des consultations et à des services spécialisés à distance (ex. : télésanté, télésoins, téléconsultations);
  - L'introduction d'outils électroniques pour la coordination des situations cliniques, des plans d'intervention et des plans de service;
  - La sensibilisation accrue de la population et la mise en œuvre d'initiatives pédagogiques (57).

### 2.1.3 S'intégrer dans les milieux

L'intégration des intervenants et des professionnels au sein des différents milieux et des communautés leur donne l'occasion d'en apprendre davantage sur le territoire et sur sa population (26). Cette pratique s'est révélée efficace en vue de faciliter les interventions de démarchage (*outreach*) et de réseautage avec la population du territoire. Les intervenants et les professionnels devront toutefois faire face à certains défis tels que d'y être connus et de connaître les enjeux et les ressources disponibles dans la communauté (48).

**Tableau 4 :**  
**Exemples de meilleures pratiques pour s'intégrer dans les milieux**

- Intégrer des intervenants et des professionnels dans les milieux de vie et les communautés locales pour y établir, en collaboration avec les différents secteurs, un lien de confiance avec les personnes en situation de vulnérabilité, pour prendre part à des mesures qui soutiennent l'amélioration des conditions de vie et pour déceler les besoins (58).

- Utiliser une variété de moyens pour se faire connaître de la population et des citoyens en tant que ressources à l'échelle d'un quartier :
  - Participer à des événements publics du quartier;
  - Mettre des affiches dans des lieux publics;
  - Rencontrer des personnes dans les lieux qu'ils fréquentent;
  - Organiser des activités et réaliser des projets avec les citoyens;
  - Être actif dans les médias sociaux;

- Réaliser des capsules d'information à la télévision communautaire;
- Être disponible rapidement et de façon flexible;
- Utiliser des canaux de communication simples et adaptés (messages textes, porte-à-porte, etc.);
- Apprivoiser les cultures, les langues, les rythmes de vie, les habitudes des personnes et des familles (58).

- Adapter les interventions et les activités offertes dans les communautés locales à partir d'une connaissance et d'une compréhension des conditions de vie et de l'expérience quotidienne des citoyens (26, 59).
- Organiser des échanges (dialogues) à l'échelle locale avec les populations en situation de vulnérabilité tout en agissant ensemble (citoyens, gestionnaires, intervenants, professionnels et chercheurs) sur leurs conditions et leur qualité de vie (56).

#### 2.1.4 La répartition équitable et territorialisée des services

Si l'on souhaite améliorer l'accessibilité des soins et des services, il est recommandé d'offrir des services de proximité le plus près possible du milieu de vie de l'utilisateur et des membres de son entourage, même dans des contextes ruraux et éloignés. En fait, la localisation spatiale des ressources offertes par les établissements du RSSS permet d'assurer les services directement dans les communautés. Par exemple, il est souhaitable que l'utilisateur puisse disposer d'au moins un point de service à moins de 15 minutes de trajet routier.

L'offre de services de proximité sollicite la collaboration de plusieurs partenaires, notamment les partenaires communautaires, les municipalités et les GMF. Par ailleurs, les interventions de proximité nécessitent un renforcement de la collaboration avec les GMF en vue d'améliorer leur ancrage territorial et communautaire. La répartition des services en fonction des territoires permet d'assurer une plus grande visibilité dans les communautés (48).

**Tableau 5 :**  
**Exemples de meilleures pratiques pour la répartition équitable et territorialisée des services**

<ul style="list-style-type: none"><li>• Adapter l'organisation des soins et des services aux réalités des régions rurales et éloignées :<ul style="list-style-type: none"><li>– Optimiser les ressources locales par la formation de partenariats entre les différentes ressources en soins de santé et en services sociaux et les ressources communautaires;</li><li>– Habilitier et soutenir les usagers et les membres de leur entourage à prendre soin de soi, à être accessibles pour prodiguer des conseils et à utiliser de façon judicieuse les ressources limitées;</li><li>– Utiliser la technologie (télécommunications et informatique) pour la prestation de services, et élargir les équipes de soins et de services par l'intégration des ressources de l'extérieur de la collectivité (57).</li></ul></li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Mettre en place au moins un lieu pour prodiguer des soins et des services grâce à la collaboration des territoires limitrophes dans le but d'assurer la mise en place d'un réseau cohérent ou encore d'éviter les dédoublements.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Offrir un site d'injection supervisée, c'est-à-dire un endroit sécuritaire où des personnes pourront s'injecter des drogues, qu'elles apporteront elles-mêmes, dans de bonnes conditions d'hygiène ainsi que sous la supervision de professionnels et d'intervenants qualifiés, dans une unité mobile. Les lieux d'intervention de ce service varient en fonction des besoins des personnes et visent à être complémentaires aux autres lieux fixes où des sites d'injection supervisée sont disponibles (60).</li></ul>

## 2.2 Rejoindre les populations en situation de vulnérabilité

Plusieurs mécanismes d'accès aux services transfèrent aux usagers la responsabilité de solliciter les services auxquels ils désirent recourir. Ces mécanismes constituent, pour les personnes en situation de vulnérabilité ou isolées, une barrière d'accès aux services de proximité. À cet effet, il est important d'offrir des services aux usagers qui se présentent avec des besoins, mais aussi d'aller vers les populations qui ont des besoins. Les établissements du RSSS doivent donc offrir des services qui permettent d'établir un premier contact avec l'utilisateur et les populations en situation de vulnérabilité. Pour ce faire, le démarchage (*outreach*) vise, de façon proactive, à aller vers les personnes là où elles se trouvent, dans le but d'établir un lien de confiance, de réaliser des interventions et de les diriger vers les ressources et les services appropriés. Ainsi, on cible « tous les groupes en situation d'exclusion sociale, à risque ou réticents, ou qui ont des difficultés

à accéder aux services de proximité en raison de restrictions physiques, de stigmatisation, de difficultés financières, de littératie ou d'autres barrières liées au système lui-même et au contexte socioéconomique global. [Cela permet] d'améliorer la santé, le bien-être et la qualité de vie de la population d'un territoire et, par le fait même, de répondre aux objectifs de la responsabilité populationnelle, en agissant en amont sur les déterminants sociaux et de santé » (2). Cette approche, qui contribue à la réduction des inégalités sociales de santé, est également mise en avant par la *Politique gouvernementale de prévention en santé 2016-2025* et par son *Plan d'action interministériel 2017-2021*, ainsi que par le *Programme national de santé publique 2015-2025* (7, 61).

**Tableau 6 :**  
**Exemples de meilleures pratiques pour rejoindre les populations en situation de vulnérabilité**

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Connaître et considérer la réalité, les expériences quotidiennes et les idées des intervenants, des professionnels et des usagers ainsi que les membres de l'entourage et les citoyens (26, 56, 62).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mettre en place une intervention de proximité adaptée ou intensifiée au sein des communautés locales défavorisées et auprès de personnes aux prises avec diverses vulnérabilités :             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Établir des locaux accueillants et informels situés au cœur de la communauté locale (tels que des appartements loués) où les citoyens et les acteurs intersectoriels peuvent prendre part à une multitude d'activités;</li> <li>– Assurer la présence des intervenants, des professionnels et des acteurs intersectoriels dans les communautés locales pour faciliter l'accès aux services du RTS-RLS;</li> <li>– Réaliser des interventions structurées et multidimensionnelles en approche intégrée : interventions individuelles ou conjointes, ou encore en famille ou en groupe, animées par des intervenants et des professionnels du RTS-RLS;</li> <li>– Offrir une variété d'activités artistiques, culturelles et sportives choisies et organisées par les citoyens en collaboration avec les intervenants et les professionnels;</li> <li>– Élaborer des plans d'action intersectoriels contribuant à l'évolution de la dynamique communautaire (26, 62).</li> </ul> </li> </ul>

- Créer des équipes composées d'intervenants, de professionnels, d'agents de milieu et de pairs aidants qui viennent offrir leur soutien aux usagers et aux membres de leur entourage :
  - Informer sur les symptômes et le traitement d'un problème de santé;
  - Enseigner sur une technique de soins;
  - Accompagner dans la réalisation de démarches administratives;
  - Former des équipes et accompagner vers les ressources communautaires existantes;
  - Offrir du soutien émotionnel;
  - Aider à la prise de rendez-vous;
  - Coordonner les soins de santé et les services sociaux;
  - Planifier les déplacements et les transports (63).
- Établir le poste de navigateur de services autochtones, dont le mandat est d'accompagner l'utilisateur autochtone dans les soins et les services qu'il reçoit, de le soutenir et de lui servir d'interprète culturel en vue d'améliorer la compréhension mutuelle entre l'utilisateur et le personnel du RSSS (14).
- Créer des équipes sentinelles comme ressources en prévention du suicide, qui viennent mettre à contribution des intervenants, des professionnels, des proches et des pairs aidants ou des citoyens. Ces ressources sont présentes dans les communautés locales et dans les milieux de vie vulnérables et détectent les situations à risque, apportent un soutien aux personnes et les accompagnent vers les ressources d'aide (64, 65).
- Offrir un hébergement aux personnes en situation d'itinérance ou à risque d'itinérance, les accompagner dans un processus de réintégration sociale, soutenir leur autonomie et leur autodétermination et favoriser leur capacité d'agir sur leur propre vie :
  - Hébergement d'urgence, à court et à moyen terme;
  - Soutien résidentiel avec accompagnement en situation d'itinérance chronique ou épisodique sans la condition d'avoir effectué au préalable une démarche pour résoudre leurs problèmes persistants comme la toxicomanie ou les troubles de santé mentale;
  - Accompagnement social jumelé aux activités de groupe et à l'intervention collective, à l'intervention d'urgence, à l'évaluation des besoins, à des rencontres d'aide-soutien hebdomadaires, au soutien dans les démarches, au soutien téléphonique, à l'écoute, à l'aide et aux références;
  - Soutien à l'intégration dans la communauté (66).

### 2.3 Contribuer au développement de la communauté

Ce cadre de référence sur les services de proximité propose de reconnaître le plein potentiel des forces vives de la communauté, par la collaboration et l'engagement des usagers, des citoyens ainsi que des différents partenaires publics, privés et communautaires intrasectoriels et intersectoriels, en vue de répondre aux besoins de la population, notamment des personnes en situation de vulnérabilité.

Le développement de la communauté se définit comme « un processus de coopération volontaire, d'entraide et de construction de liens sociaux. Ce processus vise l'amélioration des conditions de vie sur le plan social, culturel, économique et environnemental » (67). Le développement des communautés nécessite la participation des citoyens de la communauté et l'utilisation de ressources, d'occasions et de leviers variés. Cette participation peut être renforcée par la confiance que les citoyens portent au RSSS.

Le lien de confiance a une incidence importante sur la mobilisation locale, puisqu'il permet une dynamique ascendante de coconstruction de l'action à partir des forces des citoyens de la communauté et des occasions qu'offre le milieu (68). En effet, le facteur-clé du succès est alors la relation constante et étroite entre les membres des communautés locales, les ressources du milieu et les établissements du RSSS pour favoriser l'intégration des services et des actions de santé publique au continuum intégré des services de proximité ainsi que la participation active des populations visées.

Il est également possible de faire un lien avec la responsabilité populationnelle, puisque le développement des communautés peut être perçu comme une stratégie d'intervention collective qui aborde les enjeux de la communauté dans leur globalité (32). À cet égard, la *Politique gouvernementale de prévention en santé* et son plan interministériel, ainsi que le *Programme national de santé publique*, visent également l'amélioration des conditions et de la qualité de vie dans les communautés (61).

**Tableau 7 :**  
**Exemples de meilleures pratiques pour contribuer**  
**au développement de la communauté**

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coconstruire avec les citoyens des démarches en développement des communautés qui sont en situation de vulnérabilité. L'activité vise l'amélioration des conditions et des habitudes de vie, l'économie, le vivre-ensemble, la santé globale, la justice, l'accès à des logements abordables et à des aliments nutritifs pour tous, etc. (69).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soutenir et travailler avec des organismes, des tables de quartier ou des tables de concertation en développement social.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planifier et mettre en œuvre des politiques publiques favorables au développement des communautés, dans le but de renforcer le capital social et la participation citoyenne.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Travailler ensemble avec les acteurs municipaux en vue de créer et de maintenir des environnements municipaux favorables à la santé et à la qualité de vie : <ul style="list-style-type: none"> <li>– Associer les acteurs municipaux à la réflexion et à l'action dès le début du processus;</li> <li>– Capitaliser sur les projets des municipalités ainsi que sur les approches, les leviers, les outils et les programmes existants;</li> <li>– Prendre place dans la démarche <i>Prendre soin de notre monde</i>;</li> <li>– Avoir une approche centrée sur les intérêts et les besoins exprimés par les municipalités et les municipalités régionales de comté (MRC);</li> <li>– Coconstruire des stratégies de sensibilisation et de mobilisation des acteurs de tous les milieux, qu'ils soient du palier local, régional ou national; veiller à établir des stratégies de mise en réseau, d'évaluation et de partage de connaissances dans une perspective d'amélioration continue des pratiques; effectuer des actions communes autour de projets et de priorités du milieu municipal; procéder à des interventions structurées disposant de ressources, d'une planification et de stratégies portées par une diversité d'acteurs au palier national et régional (37).</li> </ul> </li> </ul>

- Mettre à contribution des ressources communautaires dans l'univers scolaire :
  - Augmenter l'accessibilité des diverses ressources de l'école aux familles (par exemple la bibliothèque);
  - Augmenter la participation à la planification et à la tenue des activités par le réseautage des parents;
  - Créer des liens entre les partenaires communautaires, les parents et les élèves à l'intérieur de projets mobilisants;
  - S'assurer de la synergie des actions entre famille, école et communauté (70).
- Mettre en place des projets d'intégration sociale et scolaire de qualité entre familles, écoles et communauté avec la participation des enseignants, des professionnels de l'école, des parents, des enfants et des jeunes (71, 72).
- Mettre en œuvre des programmes communautaires de développement de la petite enfance, adaptés à la culture des enfants des Premières Nations et des Inuits ainsi que de leurs familles, qui vivent dans les communautés nordiques ou en milieu urbain, en arrimage avec les Centres d'amitié autochtone et les communautés concernées :
  - Activités appropriées sur le plan culturel;
  - Activités de promotion et d'utilisation des langues et des cultures autochtones dans les programmes destinés aux jeunes enfants d'origine autochtone;
  - Aider et soutenir les enfants et les jeunes en prévention de problèmes de santé mentale (47).
- Mettre en œuvre des stratégies en développement des communautés adaptées aux défis que posent la participation, la concertation intersectorielle et les réalités démographiques et socioéconomiques des communautés d'expression anglaise (73).

## 2.4 L'engagement de l'utilisateur et des membres de son entourage

L'approche de partenariat avec les usagers et les membres de leur entourage mise en avant au Québec préconise que les usagers prennent part de manière active et importante aux décisions qui les concernent en matière de soins et de services (33, 61). Un dialogue doit ainsi s'installer entre l'intervenant et l'utilisateur pour favoriser une décision éclairée et partagée concernant les options qui s'offrent à lui. Il a été démontré qu'un utilisateur qui n'est pas confortable avec l'intervention ciblée pour répondre à son besoin aura davantage tendance à reporter à plus tard sa décision, à changer d'avis, à éprouver du regret au sujet de son choix ou à blâmer d'autres personnes si le résultat n'est pas

celui souhaité (74). De plus, la participation de la population et des partenaires dans la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des interventions et des pratiques permet de mieux tenir compte des particularités et d'améliorer les pratiques de façon continue (7). À cet effet, le *Programme national de santé publique 2015-2025* et la *Politique gouvernementale de prévention en santé* et son *Plan d'action interministériel 2022-2025* privilégient également le renforcement de la capacité d'agir des personnes et des communautés dans leurs principes directeurs et leurs approches (7).

La décision partagée est une approche de soutien à la décision avec l'utilisateur largement documentée sur le plan scientifique, notamment par la Chaire de recherche du Canada en décision partagée et application des connaissances (75). Outre la participation de l'utilisateur, elle nécessite celle de son médecin, d'intervenants et de professionnels. Elle a comme point de départ une décision pour laquelle des options sont possibles, y compris celle de ne rien faire. Pour prendre cette décision, des données scientifiques valides et disponibles sont présentées pour chacune des options et sont discutées en équipe pour mettre en évidence les avantages (les bénéfices) et les inconvénients (les risques) que comporte chacune d'elles. La décision tient également compte de ce qui importe le plus pour l'utilisateur. Ainsi, ses valeurs, ses attentes et ses préférences sont au cœur de cette approche (76). Ce processus décisionnel répond aussi aux attentes des utilisateurs qui se trouvent dans un contexte empreint d'incertitude, notamment lorsqu'il y a peu ou pas de preuves scientifiques pour appuyer la décision.

**Tableau 8 :**  
**Exemples de meilleures pratiques pour l'engagement de l'utilisateur et les membres de son entourage**

<ul style="list-style-type: none"><li>• Soutenir l'appropriation de la démarche de prise de décision partagée dans la réalisation des plans d'intervention avec les utilisateurs et les membres de leur entourage : soutien à la formation et au développement de la pratique des équipes interprofessionnelles, rétroaction en équipe sur les retombées et les résultats observés chez les utilisateurs, etc. (77-79).</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Mettre en œuvre des pratiques collaboratives qui permettent à l'utilisateur et aux membres de son entourage de participer activement à l'orientation des pratiques de santé de proximité, à la manière dont ces pratiques sont organisées et aux modalités de collaboration en amont de ces pratiques (80, 81).</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Réaliser de la recherche pour valoriser des stratégies d'action sur le terrain, avec l'aide des partenaires communautaires (les citoyens et les différentes ressources), en vue de miser sur la prise de pouvoir collective ainsi que sur le partage des ressources et de l'expertise, en plus de trouver des solutions innovantes (82).</li></ul>

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Soutenir la création et le bon fonctionnement de comités d'usagers (83, 84).</li></ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Utiliser un éventail de stratégies qui prennent en considération une grande diversité de points de vue auprès des usagers et des membres de leur entourage (ex. : sondages, groupes de discussion, comités, groupes de travail) (85, 86).</li></ul> |

## 2.5 Les pratiques de collaboration interprofessionnelles et intersectorielles

La collaboration entre l'utilisateur, les membres de son entourage, les intervenants et les professionnels s'avère essentielle pour que les soins et les services soient accessibles, globaux et intégrés. Les pratiques de collaboration sont une avenue influente qui permet de répondre à plusieurs enjeux majeurs. Elles viennent renforcer le partenariat et constituent un processus dynamique d'interactions sous forme d'échange d'information, d'éducation et de prise de décision. Elles peuvent être interprofessionnelles et intersectorielles.

La collaboration interprofessionnelle est « le processus de développement et de maintien de relations de travail [...] avec des apprenants et des professionnels, [avec] des personnes [ou des] patients ou [même avec] des clients, [des membres de] la famille ou [d]es proches et la communauté qui permettent l'atteinte de résultats optimaux en matière de santé et de services sociaux. Parmi les éléments de la collaboration, mentionnons le respect, la confiance, la prise de décision partagée et les partenariats » (87). Elle sera donc optimale et bénéfique pour l'utilisateur dans la mesure où les intervenants et les professionnels ont la capacité de reconnaître la pratique de collaboration la plus appropriée, selon la complexité des besoins de l'utilisateur, de leur évolution et du contexte de pratique (88-90). Pour sa part, la collaboration intersectorielle suppose que les acteurs de la santé et des services sociaux favorisent, avec les partenaires intersectoriels, des actions concertées plus efficaces et plus durables en faveur de la santé globale (physique, mentale, psychosociale) (16).

Tout comme la collaboration interprofessionnelle, la collaboration intersectorielle est l'engagement réciproque des partenaires à mieux comprendre leurs réalités respectives et à concilier leurs diverses préoccupations, leurs connaissances, leur expertise et leurs façons d'intervenir qui rendent possible une réelle dynamique de collaboration. Plus précisément, la collaboration intersectorielle se présente comme « un processus qui réunit des acteurs aux logiques différentes [qui met] en commun leurs ressources en vue d'agir dans une situation complexe qu'ils ne peuvent maîtriser seuls. Cela suppose que les organisations acceptent de [s'influencer l'une l'autre] et d'apporter leurs propres contributions à une démarche commune » (91).

**Tableau 9 :**  
**Exemples de meilleures pratiques de collaboration**  
**interprofessionnelle et intersectorielle**

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instaurer une structure de soutien clinique qui intègre les pratiques de collaboration interprofessionnelle :             <ul style="list-style-type: none"> <li>– L’appropriation théorique et pratique de la démarche du Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle (CIP) (89) en santé et services sociaux;</li> <li>– Une approche de développement et de soutien de six compétences clés : les soins et les services centrés sur la personne et la communauté; la communication interprofessionnelle; la clarification des rôles; le travail d’équipe; le leadership collaboratif; la résolution de conflits interprofessionnels (87).</li> </ul> </li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mettre en place un programme de formation à l’intention des superviseurs de stages de toutes les disciplines des sciences sociales et de la santé. L’objectif est d’aider ces derniers à intégrer et à cibler explicitement la collaboration interprofessionnelle (92, 93).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participer à un collectif pour les meilleures pratiques et l’amélioration des soins et services de proximité :             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Rejoindre les groupes d’acteurs qui sont engagés dans l’amélioration des pratiques en services intégrés de proximité, soit les RLS, les GMF, les GMF-U, les GMF-R et les comités de direction des établissements du RSSS;</li> <li>– S’adresse aux usagers, aux proches aidants, aux médecins de famille, aux médecins spécialistes, aux infirmières et aux IPS en soins et services généraux, aux travailleurs sociaux, aux psychologues, aux autres intervenants et professionnels du RLS, aux pharmaciens communautaires, aux établissements du RSSS et aux gestionnaires intersectoriels (86).</li> </ul> </li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordonner et animer des tables de quartier et des tables de concertation, et augmenter l’efficacité de l’action intersectorielle locale par des mécanismes d’action qui sont au cœur des stratégies de résolution de problèmes collectifs en matière de santé et de services sociaux :             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Créer des réseaux, adopter des structures et des règles de gouvernance, résoudre des controverses;</li> <li>– Occuper des rôles de porte-parole et produire des documents (ex. : plans, bilans, mémoires) dans lesquels les positions sont communiquées (ex. : priorités, projets, solutions). Influencer un nombre suffisant d’acteurs et les rallier autour d’une finalité en vue d’apporter des transformations concrètes dans les milieux de vie qui portent sur les besoins locaux, la culture et l’histoire des communautés;</li> </ul> </li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Faire converger les ressources nécessaires vers une action qui contribue à l'atteinte des objectifs des partenaires liés aux conditions de vie, à la santé et au bien-être des collectivités (94).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Innover en matière de médiation entre partenaires d'un même champ d'action faisant partie d'un secteur commun pour en faire bénéficier les personnes (ex. : les jeunes et leur famille) ayant des besoins multiples (95, 96).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Créer des équipes mobiles d'intervention psychosociale à composition mixte (ex. : policiers et psychologues) pour adapter l'intervention aux besoins des personnes en situation de crise qui nécessitent une évaluation psychosociale (97).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mettre en place un programme intersectoriel s'adressant aux personnes qui vivent des enjeux graves de santé mentale et de marginalisation qui est destiné à les faire intégrer un logement social ou un logement subventionné. Cela inclut un soutien à l'accès d'un milieu de vie normalisant, au rétablissement et à l'intégration sociale (98, 99).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Effectuer une analyse du contexte avant l'implantation d'un programme ou d'un service qui renseigne sur les acteurs, sur leur rôle et sur les facteurs culturels, historiques, socioéconomiques et politiques de la communauté (100).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• S'assurer que les rôles, les compétences et les pratiques des différents partenaires qui travaillent en intersectorialité soient clairs et connus (100).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Établir une collaboration entre les ressources intersectorielles du RTS-RLS sur un continuum de services et d'interventions de proximité (49, 101).</li> </ul>

## 2.6 Une structure de gouvernance, des modalités de gestion et des outils pour mettre en place des services de proximité en continu

La mise en place des services de proximité requiert une évolution des structures de gouvernance des établissements du RSSS pour accroître la collaboration et la coordination entre les différents partenaires publics, privés et communautaires intrasectoriels et intersectoriels; il en est de même pour favoriser la transversalité entre les programmes-services. Parallèlement, cela devrait s'accompagner d'une transformation des modalités de gestion pour permettre de prendre les bonnes décisions et pour allouer les ressources des territoires et populations dans le besoin. Ces changements ne seront pas possibles sans une révision des outils de gestion et, notamment, des indicateurs et des mécanismes de reddition de compte et de suivi des activités. Ils doivent tous évoluer de façon cohérente et concomitante pour assurer l'amélioration de la continuité des services de proximité.

### 2.6.1 La gouvernance collaborative

Le continuum intégré des services de proximité nécessite une plus grande intégration transversale des missions et des programmes-services pour accroître la coordination entre les directions d'un côté, et les intervenants et les professionnels de l'autre (102). Ce cadre de référence vise ainsi à promouvoir une vision globale et intégrée, de manière à éviter la fragmentation des soins et des services. Pour ce faire, la mise en place d'une gouvernance collaborative permet de consolider une structure et des processus formels de coordination avec les partenaires publics, privés et communautaires intrasectoriels et intersectoriels ainsi qu'avec les usagers et les membres de leur entourage (103, 104). Cette coordination vise simultanément les niveaux stratégique, tactique et opérationnel des établissements du RSSS.

### 2.6.2 La gestion de proximité

L'application des orientations ministérielles proposées dans ce cadre de référence se traduit par une offre de services de proximité adaptés aux besoins de la population à l'intérieur d'un territoire ciblé. Inévitablement, si l'on favorise le lien avec le terrain, la gestion de proximité permet d'actualiser des services optimaux pour l'ensemble de la population des sous-territoires de la région sous la responsabilité d'un CISSS ou d'un CIUSSS (105). À cet effet, la planification stratégique 2019-2023 du MSSS mise sur un modèle de gestion de proximité (4), à l'intérieur duquel les employés sont engagés à participer aux décisions qui les concernent (106).

Il faut dire que la gestion de proximité interne s'actualise dans la qualité de la présence du gestionnaire et de sa relation avec son équipe. Autrement dit, peu importe si le gestionnaire est présent ou non, ou qu'il est visible ou non, les membres de son équipe doivent sentir qu'il est prêt à les soutenir en cas de besoin (105). Ce modèle permet de rapprocher les lieux de prise de décision des territoires et des partenaires, procure une plus grande autonomie et garantit la participation des intervenants et des professionnels (108, 109).

La gestion de proximité territoriale vise également à ce que les établissements du RSSS exercent une présence importante dans les RLS et maintiennent un lien privilégié avec les parties prenantes externes : élus, milieux scolaires, villes, citoyens, partenaires communautaires, etc. De ce fait, ces modalités de gestion contribuent au développement de services de proximité optimaux en proposant des moyens par lesquels les établissements demeurent près des équipes et des besoins du territoire.

### 2.6.3 Les outils de gestion, les indicateurs et les mécanismes de reddition de compte

Les outils de gestion, les indicateurs et les mécanismes de reddition de compte doivent être cohérents avec l'évolution des structures de gouvernance et des modalités de gestion. En fait, les outils élaborés devraient permettre d'évaluer le rendement des services de proximité, et constituer le système de suivi de la performance des indicateurs regroupés en tableaux de bord (108). Cela signifie que les mesures utilisées doivent être centrées sur les résultats populationnels et sur ce qui est véritablement représentatif pour les usagers ainsi que pour les intervenants et les professionnels.

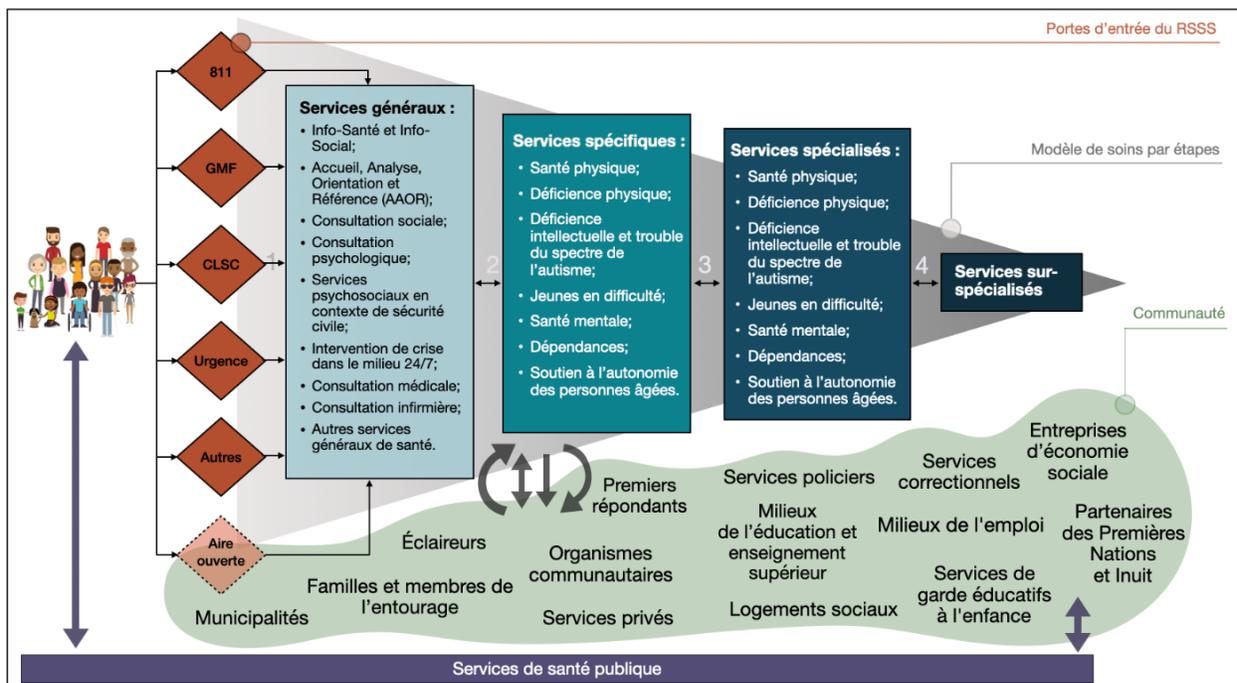
**Tableau 10 :**  
**Exemples de meilleures pratiques de structure de gouvernance et des modalités de gestion pour mettre en place des services de proximité continus**

<ul style="list-style-type: none"><li>• Mettre en place une structure de gouvernance qui permet d'assurer la gestion par trajectoire de soins et de services, et qui implique des acteurs de différentes provenances. Cette structure de gouvernance adaptée au contexte de l'établissement permet :<ul style="list-style-type: none"><li>– De mettre en place des instances transversales en gestion par trajectoire;</li><li>– D'assurer la présence de mécanismes de coordination entre les instances hiérarchiques et les instances transversales;</li><li>– De résoudre des problèmes grâce aux bonnes personnes qui agissent au bon moment;</li><li>– De communiquer adéquatement la posture et les rôles requis des acteurs concernés par la gestion par trajectoire (102, 105).</li></ul></li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Mettre en place des pratiques de gestion de proximité, comme :<ul style="list-style-type: none"><li>– La présence physique et virtuelle des dirigeants dans les différents RLS auprès de leur équipe en fonction des priorités et avec une marge de manœuvre suffisante pour les imprévus;</li><li>– Une communication bidirectionnelle avec son équipe à l'aide de moyens de communication appropriés et adaptés au contexte de distance;</li><li>– Des forums de dialogue avec la population;</li><li>– Une participation de la direction à certaines activités de chaque RLS de sa région;</li><li>– Un mécanisme de prise de décision collective (105, 106).</li></ul></li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Effectuer le suivi des indicateurs des trajectoires de soins et de services grâce à un modèle d'analyse et de mesure du rendement qui favorise l'analyse systémique et contextualisée des trajectoires à l'aide de données quantitatives et qualitatives (102).</li></ul>

### 3 UN CONTINUUM INTÉGRÉ DES SERVICES DE PROXIMITÉ DU RSSS

Les services de proximité se déclinent sous forme de continuum intégré au sein des divers établissements du RSSS; cela fait référence à la fois à la continuité et à la complémentarité des services requis par les usagers, les membres de l'entourage et les citoyens d'un territoire. Le continuum de services procure alors aux diverses parties prenantes une perception commune des services, qu'ils soient généraux ou spécialisés, au sein d'une vision intégrée de santé et de services sociaux (102). Plus précisément, les services de proximité entraînent des répercussions sur la promotion, la prévention, le dépistage, le repérage, l'analyse du besoin et de la demande, l'évaluation, le diagnostic, le traitement, la réadaptation et les soins de fin de vie. À titre indicatif, un exemple de continuum est illustré à la figure 2. Il peut toutefois varier selon l'établissement en fonction de l'adaptation aux caractéristiques territoriales et populationnelles. Des projets ministériels structurants sont également présentés à l'annexe 1, en guise de complément.

**Figure 2 :**  
**Exemple d'un continuum intégré des services de proximité dans le RSSS**



En fait, l'utilisateur et les membres de son entourage peuvent utiliser des services qui constituent des portes d'entrée dans le RSSS ou ils peuvent être joints par des interventions de démarchage près de leur milieu de vie. Lorsque la relation est établie, l'utilisateur peut avoir recours à des services généraux, spécifiques et spécialisés ainsi qu'à des services de santé publique selon ses besoins. Les services proposés à la population doivent être offerts par la bonne personne, au bon moment, et être adaptés aux besoins de la personne, à la complexité de la situation clinique, à la gravité et la persistance des symptômes et à la réponse aux traitements offerts. C'est ce que présente le modèle de soins par étapes. Puis, les flèches utilisées dans cette figure représentent la continuité des services dans le parcours de l'utilisateur. Cette continuité peut être assurée, dans certains établissements, par des intervenants ou par des professionnels qui assument une fonction de liaison.

## 4 LES CONDITIONS GAGNANTES

Des conditions gagnantes doivent être mises en place pour assurer l'accès, la qualité et la continuité des services de proximité. Il s'agit d'utiliser les ressources de façon judicieuse et de miser sur une continuité informationnelle.

### 4.1 L'utilisation judicieuse des ressources

La mise en œuvre des services de proximité nécessite l'utilisation adéquate des ressources financières et humaines.

#### 4.1.1 Les ressources financières

Le mode de financement est un levier puissant pour engager l'action. Le financement actuel du système de santé et de services sociaux se base sur des données historiques des programmes-services du MSSS, et fournit un cadre en vue de la planification, de la budgétisation, de l'allocation des ressources et de la reddition de comptes. Toutefois, le financement historique ne tient pas compte des besoins de la population et des actions sur les déterminants de la santé. Depuis un certain nombre d'années, il existe cependant un mode d'allocation populationnel équitable qui tient compte de ces différents aspects et qui vient progressivement ajuster le financement historique au bénéfice de la population de chaque région. Ce mode de financement est dynamique et évolue au rythme des besoins de la population et des particularités régionales.

Également, le financement historique ne tient pas compte de certains enjeux tels que l'accessibilité, la pertinence, la sécurité des patients et l'efficience financière. C'est dans cette optique que le MSSS a mis en œuvre de meilleures pratiques selon le financement axé sur les patients (FAP). Ce type de financement place le patient au cœur de la rétribution des établissements. Le FAP est implanté pour certains secteurs en santé physique. Les travaux exploratoires sont en cours pour la mise en place du FAP au sein d'autres secteurs. Les travaux menés dans le cadre du FAP viendront ultérieurement s'harmoniser au mode d'allocation actuel.

#### 4.1.2 Les ressources humaines

La mise en œuvre d'un continuum intégré des services de proximité est dépendante d'une collaboration étroite entre les hautes directions, les directions des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques (DRHCAJ), les différentes directions des services généraux et celles de services spécifiques. Les DRHCAJ sont les acteurs centraux qui favorisent l'adhésion organisationnelle et la gestion du changement de culture. Les services de proximité, tels qu'ils sont mentionnés dans ce cadre de référence, suggèrent une utilisation optimale et efficiente des compétences des intervenants et des professionnels. Pour permettre cette évolution, les DRHCAJ sauront accompagner et conseiller les directions des services généraux et spécifiques, favoriser une adéquation entre les compétences recherchées et les processus d'embauche et de dotation, et finalement contribuer à la formation continue, s'il y a lieu, des intervenants et des professionnels.

### 4.2 La continuité informationnelle

Pour assurer une réponse adaptée au contexte de l'utilisateur, assurer un lien de confiance, travailler en équipe intrasectorielle et intersectorielle, et coordonner et intégrer les services de proximité, il est nécessaire de recevoir de l'information en continu. La continuité informationnelle est « la disponibilité et l'utilisation de renseignements sur des événements [...] passés, dont les autres visites, les résultats d'analyses, les recommandations ou les soins et services informels. La façon dont les intervenants et [les] professionnels utilisent l'information est d'une importance capitale pour relier des événements de santé et de services sociaux passés à la situation actuelle du patient et pour adapter les soins et [les] services aux besoins des patients » (109). L'information est le fil conducteur qui relie les soins et les services d'un intervenant à un autre et d'un service à l'autre (110).

#### 4.2.1 Le système informatique

La continuité informationnelle est dépendante de la capacité à collecter, de façon harmonisée, les données clinico-administratives, les évaluations cliniques et toutes les données cliniques pertinentes, de les rendre disponibles dans un format facile d'utilisation et de faciliter leur accès pour les intervenants et professionnels quel que soit l'établissement.

Au Québec, le Dossier santé Québec (DSQ) est « un outil provincial sécurisé qui permet de collecter, de conserver et de consulter de l'information sur votre santé » (111). Cependant, le type de DSQ diffère selon qu'il a été déployé dans les établissements du RSSS ou dans les GMF. Il se nomme le dossier médical électronique (DMÉ) lorsqu'il est utilisé en première ligne dans les GMF et il est un dossier clinique informatisé (DCI) lorsqu'il est utilisé dans les établissements du RSSS. De plus, plusieurs autres enjeux freinent son utilisation optimale, dont le manque de normalisation des données, de vocabulaire normé, de spécifications normalisées d'interopérabilité et de messagerie, d'accès aux données en temps réel pour générer des rapports ou des statistiques, l'hétérogénéité des données, le coût d'extraction très élevé ainsi que le délai d'accès aux données importantes pour chaque requête. Il semblerait alors que d'avoir un dossier-usager qui le suivrait tout au long de sa vie, peu importe les établissements du RSSS fréquentés, soit optimal (110). Plus précisément, un dossier clinique informatisé lié à un système d'information continue devrait être :

- Normalisé, informatisé, téléaccessible, partageable et interopérable;
- Sécuritaire en matière d'accès;
- Robuste sur le plan de la sécurité technologique;
- Accessible aux intervenants et aux professionnels intéressés à l'histoire et au projet de vie de l'utilisateur, au profil d'autonomie, au plan d'intervention interdisciplinaire (PII), au profil de médication et aux synthèses des épisodes;
- Lié à des outils cliniques disciplinaires ou interdisciplinaires (110).

Les principaux bénéfices recherchés :

- Partage d'informations sans perte de sens;
- Meilleure prise de décision clinique avec de l'information à portée de main;
- Automatisation de certains processus libérant ainsi du temps « clinique »;
- Utilisation d'outils d'aide à la décision (alertes, avis, etc.);
- Intervention plus rapide et meilleur résultat pour l'utilisateur;
- Mise en place de bases de connaissances (requêtes, analyses, rapports);
- Amélioration de la qualité des soins et des services par :
  - La qualité de l'information saisie et partagée;
  - Le flux de travail uniformisé et soutenu par de meilleures pratiques;
- Envoi sécuritaire des données;
- Production des mesures et indicateurs de gestion permettant l'amélioration des soins et des services (système apprenant et valorisation de données).

## 5 CONCLUSION

Ce cadre de référence a pour objectif de soutenir les établissements du RSSS dans l'amélioration de l'accessibilité, la qualité et la continuité des services de proximité. Pour ce faire, l'adaptation des soins et des services aux caractéristiques territoriales et populationnelles est le principe directeur pour que l'utilisateur puisse bénéficier d'un parcours plus fluide et d'une meilleure expérience de soins et services. Les pratiques collaboratives se trouvent au cœur de l'arrimage entre l'utilisateur, les membres de son entourage, la communauté et les différents partenaires publics, privés et communautaires intrasectoriels et intersectoriels. L'utilisateur est alors considéré comme responsable, autonome et participatif, puisque les soins et les services sont offerts en fonction de son expérience.

De ce fait, les interventions doivent être déterminées en fonction des besoins formulés par l'utilisateur pour ainsi agir selon l'intensité de soins et de services requis. En parallèle, des interventions de démarchage peuvent, de façon proactive, permettre d'aller vers les personnes là où elles se trouvent, afin de rejoindre les populations se trouvant en situation de vulnérabilité. Dans tous les cas, les services de proximité se doivent d'être visibles, connus et accessibles pour faciliter le parcours de l'utilisateur. En effet, ils s'insèrent dans les communautés qui disposent du potentiel et des forces vives pour améliorer leur santé et leur bien-être, apporter une réponse aux besoins et contribuer à la réduction des inégalités sociales de santé. Cette intégration nécessite un accès simple, harmonisé et global pour offrir dès le départ une réponse aux besoins prioritaires de l'utilisateur.

Les services de proximité, pour répondre aux besoins diversifiés d'un usager et d'une population, doivent s'adapter avec souplesse aux caractéristiques territoriales et populationnelles, et permettre aux instances locales de devenir les maîtres d'œuvre des services offerts. La responsabilité auprès de la population engage les CISSS et CIUSSS, ainsi que leurs partenaires, à prendre soin collectivement de la population de leur territoire, défi qui peut être de taille lorsque les acteurs doivent offrir l'ensemble de la gamme de services des zones rurales du territoire québécois. Pour simplifier cette tâche, il est important de disposer des ressources adéquates ainsi que d'information en continu, et être assuré d'une gouvernance collaborative.

Ce cadre de référence fixe les orientations pour l'amélioration des services de proximité au sein du RSSS du Québec. La prochaine étape sera sa mise en œuvre à l'aide de stratégies et d'outils adéquats. La convergence des efforts des établissements du RSSS, et des différents partenaires publics, privés et communautaires intrasectoriels et intersectoriels permettra de transformer et d'améliorer les services de proximité en vue de poursuivre les avancées déjà réalisées.

## **ANNEXE 1 : PROJETS MINISTÉRIELS STRUCTURANTS VISANT L'AMÉLIORATION DE L'ACCÈS, LA QUALITÉ ET LA CONTINUITÉ DES SERVICES DE PROXIMITÉ**

Cette annexe présente des projets ministériels structurants, en cours de mise en œuvre dans les établissements du RSSS, dont l'objectif est d'améliorer l'accès, la qualité et la continuité des services de proximité.

### **Accès intégré et harmonisé**

Un accès intégré et harmonisé est axé principalement sur des portes d'entrée liées entre elles par des méthodes et des outils de travail convenus. Cet arrimage entre les portes d'entrée offre, à l'utilisateur et aux membres de son entourage, le bon service au bon moment dans les meilleurs délais. L'accès intégré et harmonisé s'appuie sur un principe de continuité dont l'objectif est de réduire les délais de réponse. L'utilisateur est partie prenante des choix de soins et de services qui répondront à ses besoins. À la suite de l'analyse des besoins, les intervenants et les professionnels des portes d'entrée peuvent offrir une première intervention ou orienter l'utilisateur vers le bon programme.

Par exemple, dans l'accès intégré et harmonisé, on trouve les modalités suivantes :

- des équipes intégrées dans les mêmes lieux physiques;
- une continuité entre les étapes d'analyse, d'orientation et de première intervention;
- un formulaire unique de référence;
- un formulaire d'évaluation des besoins rédigé en continuité par les différents intervenants et professionnels, de sorte que le suivant y consignera sous la signature du précédent les éléments nouveaux observés;
- des instructions de travail pour le personnel clinique et administratif;
- des fiches explicatives sur les offres de services disponibles dans les programmes-services;
- une modalité de concertation interprogrammes qui fait consensus sur la gestion des goulots et sur l'amélioration continue.

## **Mécanismes régionaux d'accès aux services de première ligne pour la population sans médecin de famille**

Il s'agit d'un nouveau mécanisme d'accès visant à répondre aux besoins de santé des patients en attente d'un médecin de famille; il assure l'analyse et le filtrage des demandes de consultation médicale et les oriente vers les services professionnels et médicaux pertinents.

Le GAP s'articule de pair avec les autres mécanismes d'accès en place (guichet d'accès en santé mentale, guichet des soins à domicile, AAOR, Info-Santé, Info-Social, urgences, etc.), et permet d'accéder au panier complet de services de première ligne.

Les mécanismes régionaux d'accès aux services de première ligne pour la population sans médecin de famille ont pour objectifs :

- d'accompagner et de soutenir les patients sans médecin de famille dans leurs démarches pour accéder à des services de santé répondant à leurs besoins;
- de soutenir une consommation de soins basée sur la pertinence;
- d'améliorer l'accès aux services de première ligne.

Ce projet s'inscrit dans l'ensemble des mécanismes d'accès qui permettront d'offrir à la clientèle sans médecin de famille une meilleure évaluation de leurs besoins, un accès adapté et étendu à des services de première ligne qui répondent à leurs besoins et ultérieurement une prise en charge par un médecin de famille.

## **Agir tôt**

Le programme Agir tôt permet d'améliorer l'accès aux services destinés aux enfants, aux jeunes et à leurs familles. Plus précisément, il vise à :

- Relever le plus tôt possible les écarts potentiels de développement de l'enfant par rapport au développement d'enfants du même groupe d'âge (surveillance du développement);
- Dresser le profil de développement et orienter l'enfant rapidement vers les bons services (dépistage);
- Offrir les services qui correspondent aux besoins de l'enfant et de sa famille (intervention).

Les volets de ce programme incluent une surveillance du développement de l'enfant avec l'outil ABCdaire 18 mois +, un dépistage avec la plateforme numérique ainsi que l'intervention par une équipe multidisciplinaire dans les établissements du RSSS.

Premièrement, une des stratégies retenues pour améliorer la surveillance du développement des enfants est de les rejoindre au moment du rendez-vous de vaccination de 18 mois.

Ensuite, le dépistage précoce des enfants qui présentent des écarts potentiels dans leur développement est important. L'accès à la plateforme à des fins de dépistage peut être lancé par différents acteurs. Troisièmement, le programme Agir tôt préconise que les interventions se déroulent à proximité du lieu de vie de l'enfant et qu'elles soient modulées en fonction des besoins développementaux des enfants et des membres de son entourage et non pas en fonction d'un diagnostic. La collaboration étroite entre les acteurs-clés dans la vie de l'enfant, soit les parents, le milieu de garde, l'organisme communautaire ou l'école, est essentielle en vue d'obtenir une réponse adaptée aux besoins en fonction de l'expertise et des mandats de chacun.

Il est possible de consulter le site du MSSS pour obtenir davantage d'information : <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/jeunesse/programme-agir-tot/#description>.

### **Aire ouverte**

Trois composantes décrivent Aire ouverte : un réseau de services intégrés jeunesse, une équipe interdisciplinaire et un lieu physique. C'est par ce réseau de services intégrés jeunesse qui résulte d'une collaboration intersectorielle et intra-établissement, qu'Aire ouverte vise à offrir une gamme diversifiée de soins et de services aux jeunes, dans l'objectif d'améliorer leur santé globale et leur bien-être. L'équipe interdisciplinaire Aire ouverte déploie des efforts particuliers pour rejoindre les jeunes de 12 à 25 ans, et leurs familles, qui hésitent à faire appel aux services du RSSS et qui sont en situation de vulnérabilité, de défavorisation, d'exclusion sociale ou qui sont marginalisés.

Les sites Aire ouverte sont situés à l'extérieur des installations habituelles du RSSS, des cliniques médicales ou des milieux scolaires. L'adaptation de l'offre de service et l'utilisation des technologies de l'information sont des moyens utilisés pour répondre aux besoins et à la réalité des jeunes. Tous les jeunes sont accueillis à Aire ouverte, sans critère d'admissibilité, avec ou sans rendez-vous, certains soirs, ainsi que certains jours de fin de semaine.

Il est possible de consulter le site du MSSS pour obtenir davantage d'information : <https://www.quebec.ca/sante/trouver-une-ressource/aire-ouverte>.

## **Guide de gestion par trajectoires de soins et services**

La gestion par trajectoire est un modèle qui favorise l'intégration des soins et des services en partenariat avec les usagers, les intervenants et les professionnels. Ce modèle collaboratif et transversal vise à évaluer et à améliorer en continu les trajectoires de soins et de services, à l'intérieur du parcours des usagers aux prises avec un trouble clinique ou un profil similaire. Ces parcours (c'est-à-dire tant les interventions que les périodes de soins) intègrent de manière transversale les interventions de promotion de la santé, de prévention, d'évaluation, d'investigation ou d'orientation, de traitement, de suivi ou d'accompagnement, et de soutien en fin de vie. L'application efficace de la gestion par trajectoire de soins et de services vise à :

- Rallier les différents acteurs du RSSS;
- Assurer une meilleure coordination, sans bris de continuité;
- Rehausser la capacité des établissements du RSSS à améliorer leur rendement.

Le guide de la gestion par trajectoire de soins et de services vise à répondre à deux grands objectifs :

1. Offrir un langage commun qui définit les concepts relatifs à l'intégration des services de santé et des services sociaux;
2. Outiller, à l'aide d'une méthodologie expérimentée, tous ceux qui travaillent au sein des établissements du RSSS pour qu'ils soient en mesure de gérer par trajectoire de soins et de services.

### **Le réseau d'éclaireurs**

Le projet des éclaireurs a pris naissance par une volonté du MSSS d'intervenir rapidement dans le contexte de la pandémie de la COVID-19. Ce projet vise à augmenter la capacité d'adaptation et la résilience des individus et de la communauté en contexte de pandémie et de postpandémie. Les éclaireurs sont des personnes importantes déjà présentes sur le terrain, en raison de leur travail, de leur bénévolat ou de la place qu'elles occupent dans leur milieu ou leur communauté. Au quotidien, ces personnes seront susceptibles d'être en relation avec des personnes qui présentent des besoins psychosociaux, de la détresse ou une moins bonne santé psychologique. Les principaux rôles des éclaireurs seront de reconnaître les personnes présentant des signes de détresse, de promouvoir dans leur communauté les façons de prendre soin de soi et des autres et de contribuer au développement d'initiatives locales visant à renforcer la mobilisation communautaire, le développement des capacités d'agir des communautés et des personnes et, de manière plus générale, la culture salutogène.

Avec cette approche, on met l'accent sur les ressources dont dispose l'être humain pour développer et préserver la santé. La détresse ne signifie pas seulement de transposer « l'aide » en services cliniques de thérapie pour la diminuer, pour trouver (ou retrouver) les ressources qui sont à sa disposition, et pour prendre les mesures nécessaires qui sont à sa portée pour maintenir une bonne santé. Cela permet de diminuer ou de résoudre l'adversité et de faire se sentir bien (*empowerment*).

L'approche redonne le pouvoir à l'individu. Chacun des réseaux des éclaireurs est mis en place et soutenu par les établissements de la santé et des services sociaux grâce au travail des équipes-relais, constituées d'un coordonnateur et d'intervenants de proximité pouvant provenir de divers programmes-services (ex. : santé publique, services sociaux généraux, santé mentale, jeunesse, dépendance, soutien à l'autonomie des personnes âgées, déficience). Les équipes-relais font également le lien avec différents partenaires (communautaires, municipalités, travailleurs de rue, établissements scolaires).

Il est possible de consulter le site du MSSS pour obtenir davantage d'information : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003088/?&date=DESC&sujet=sante-mentale&critere=sujet>.

### **Programme québécois pour les troubles mentaux : des autosoins à la psychothérapie (PQPTM)**

Le PQPTM s'inscrit dans une vision intégrée de l'accès à des services de santé mentale au Québec. Il y intègre des soins et des services par étapes. Il vise à accroître et à améliorer l'offre publique de services de santé mentale allant des autosoins à la psychothérapie. Ce programme vient s'intégrer à l'ensemble du continuum des soins et des services, des services sociaux généraux, des groupes de médecine de famille (GMF), des partenaires du RSSS et des services spécifiques et spécialisés de santé mentale. Dans le cadre de ce programme, chaque personne qui présente des symptômes relatifs à un trouble mental fréquent recevra un service adapté à ses besoins, au moment opportun et offert par une personne habilitée et formée. Plus précisément, le modèle de soins par étapes préconise les soins et les services recommandés les moins intrusifs et les plus efficaces, selon une gradation et en fonction des caractéristiques présentées par la personne. Les traitements proposés dépendent de la gravité et de la persistance des symptômes, de l'altération du fonctionnement, de la complexité de la situation clinique et de la réponse au traitement offert. Selon le trouble mental visé, le modèle de soins par étapes peut contenir de trois à six étapes.

Il est possible de consulter le site du MSSS pour obtenir davantage d'information : <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/sante-mentale/programme-quebecois-pour-les-troubles-mentaux/>.

## **ANNEXE 2 :**

### **GLOSSAIRE DES DÉFINITIONS RELIÉES AUX SERVICES DE PROXIMITÉ**

Ce glossaire présente des définitions des termes usuels lorsqu'on réfère aux services de proximité, afin d'utiliser un langage uniformisé au sein du RSSS et du MSSS.

#### **Accessibilité des soins et services**

L'accessibilité réfère à la facilité d'entrer dans le système en raison de l'absence de barrières géographiques, économiques, individuelles, socioculturelles, structurelles et organisationnelles. Elle se reporte à l'adéquation entre les caractéristiques des ressources et des services d'une organisation de santé et de services sociaux et les besoins de la population et des usagers pour fournir les soins et les services, à l'endroit et au moment opportuns (114, 115).

#### **Accès intégré et harmonisé**

L'accès intégré et harmonisé est un processus qui se caractérise par un fonctionnement intégré et harmonisé pour permettre d'entrer dans le système de soins et de services et d'accéder aux trajectoires qui mènent aux différents programmes clientèle des établissements du RSSS. Par le fait même, il est harmonisé aux pratiques cliniques et permet à l'usager de bénéficier de la même démarche d'accès, peu importe la porte d'entrée qu'il utilise dans l'ensemble du territoire. Ce fonctionnement vise à réduire les délais fréquemment observés dans les mécanismes d'accès; il a pour but de simplifier le parcours de l'usager et des membres de son entourage en vue de l'obtention des soins et des services (34).

#### **Accompagner**

La rencontre d'accompagnement vise à soutenir la personne par des rencontres, qui peuvent être régulières ou ponctuelles, permettant à la personne de s'exprimer sur ses difficultés. Dans un tel cadre, l'intervenant ou le professionnel peut lui prodiguer des conseils ou lui faire des recommandations (114).

#### **Actions de promotion de la santé de la population**

Les actions de promotion de la santé de la population visent à influencer positivement les déterminants de la santé, de façon à permettre aux individus, aux groupes et aux communautés d'avoir une plus grande emprise sur leur santé, par l'amélioration de leurs conditions et de leurs modes de vie (3).

## **Action de prévention**

Les actions de prévention visent à agir le plus précocement possible afin de réduire les facteurs de risque associés aux maladies, aux problèmes psychosociaux et aux traumatismes et leurs conséquences, ainsi que détecter tôt les signes hâtifs de problèmes (ex. : des maladies chroniques et infectieuses) pour contrer ces derniers, lorsque cela est pertinent (3).

## **Adaptation des soins et des services**

L'adaptation des soins et des services est la capacité d'un système de santé et de services sociaux, en collaboration avec ses partenaires, à s'adapter et à répondre à l'évolution des besoins de la population en fonction du contexte, et ce, grâce à une planification et une structuration de l'offre en services de santé et en services sociaux (8).

## **Analyse**

L'analyse des informations consiste à chercher le sens et la signification à accorder aux informations recueillies dans le but de circonscrire la nature des problèmes et des besoins de la personne et de clarifier sa demande. Elle comprend notamment l'appréciation du degré d'urgence, la vérification de critères d'obtention de services et la détermination des services à offrir en fonction des besoins identifiés. L'analyse permet également d'identifier des facteurs de risque pouvant mener à des problèmes plus importants. Elle se fonde sur la collaboration avec les autres services des établissements du RSSS ou autres milieux et services qui assurent un rôle de soutien (115).

## **Approche communautaire**

L'approche communautaire concerne l'organisation des composantes du système autour de soins et de services primaires et de formation de partenariats avec le milieu communautaire. Cette approche, fondée sur des objectifs d'amélioration de la santé, 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 grâce à la participation active des populations cibles. Elle met l'accent sur les liens intersectoriels et attribue une priorité aux populations en situation de vulnérabilité. Cela se traduit par une offre de services qui comprend nécessairement des services préventifs et la définition de stratégies pour rejoindre cette population (27).

## **Capital social**

Le capital social représente le degré de cohésion sociale qui existe dans les communautés. Il désigne les processus interpersonnels qui établissent des réseaux, des normes et la confiance sociale, et qui facilitent la coordination et la coopération dans l'intérêt des différentes parties. Plus ces réseaux et ces liens sont solides, plus il est probable que les membres d'une communauté coopèrent dans l'intérêt de tous (6, 29).

## **Centre local de services communautaires (CLSC)**

La mission d'un CLSC est d'offrir, en première ligne, des services de santé et des services sociaux courants et, à la population du territoire qu'il dessert, des services de santé et des services sociaux de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion (116).

## **Citoyen**

Le citoyen est toute personne appartenant et participant à la communauté, qui adhère à un ensemble de normes communes, comprenant les droits et les devoirs (117).

## **Coconstruction**

La coconstruction se définit comme un processus volontaire et formalisé sur lequel deux ou plusieurs individus (ou acteurs) parviennent à s'accorder sur une définition de la réalité (une représentation, une décision, un projet, un diagnostic) ou une façon de faire (une solution à un problème). La visée, l'intention du processus de type coconstructiviste, est de définir, d'élaborer, de construire un diagnostic, une analyse, un projet, un changement, une politique, une méthode, etc. L'accord traduit un compromis sur lequel ces acteurs s'entendent et se reconnaissent (118).

## **Collaboration interprofessionnelle (CIP)**

La collaboration interprofessionnelle est le processus de développement et de maintien de relations de travail [...] avec des apprenants et des professionnels, [avec] des personnes [ou des] patients ou [même avec] des clients, [des membres de] la famille ou [d]es proches et la communauté qui permettent l'atteinte de résultats optimaux en matière de santé et de services sociaux. Parmi les éléments de la collaboration, mentionnons le respect, la confiance, la prise de décision partagée et les partenariats (87).

## **Collaboration intersectorielle**

La collaboration intersectorielle est un processus réunissant des acteurs issus de plusieurs secteurs (et aux logiques différentes) mettant en commun leurs ressources afin d'agir sur une situation complexe qu'ils ne peuvent maîtriser seuls. Le partenariat intersectoriel n'est pas là pour réaliser des activités en fonction d'orientations décidées par un seul acteur. Cela suppose que les organisations acceptent de s'influencer et d'apporter leurs propres contributions à une démarche commune. Pour améliorer les conditions de vie dans les communautés, les organisations de santé et de services sociaux doivent favoriser l'engagement des acteurs de plusieurs secteurs d'activité (91).

## **Communauté**

Une communauté est un groupe de personnes qui vivent bien souvent dans une zone géographique bien définie, partagent une culture, des valeurs et des normes, et ont une place dans une structure sociale qui est conforme à des relations que la communauté a créées au cours d'une certaine période. Les membres d'une communauté acquièrent leur identité personnelle et sociale en partageant des convictions, des valeurs et des normes qui ont été conçues par la communauté dans le passé et pourront évoluer à l'avenir. Ils sont, dans une certaine mesure, conscients de leur identité de groupe, ont des besoins communs et souhaitent les satisfaire (6).

## **Continuité des soins et services**

La continuité des soins et services décrit le phénomène de fluidité dans une séquence temporelle, au cours de laquelle plusieurs services doivent être donnés. Les services sont continus s'ils s'enchaînent l'un à l'autre de façon harmonieuse. La continuité peut être informationnelle ou relationnelle à l'intérieur d'un continuum de services (109).

## **Continuité informationnelle**

La continuité informationnelle est la disponibilité et l'utilisation de renseignements sur des événements de circonstances passées, d'autres visites, des résultats d'analyses, des recommandations ou des soins et services informels (109).

## **Continuum de santé et de bien-être**

Le continuum de santé et de bien-être inclut l'ensemble des actions considérées comme interdépendantes pour promouvoir la santé et le bien-être de la population, prévenir les problèmes, mais aussi guérir et soutenir les personnes qui en sont atteintes (119).

## **Continuum de soins et services**

Un continuum de soins et services est un système intégré, centré sur la personne, qui inclut des services, des mécanismes d'intégration et suit dans le temps les personnes à travers des services de santé et des services sociaux 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 (46). Le continuum de services permet d'assurer chez les principaux acteurs concernés, une compréhension commune des grands ensembles de services que sont : promotion/prévention, repérage/dépistage, évaluation, référence/orientation, traitement, adaptation/réadaptation, maintien et soutien à la participation sociale et soutien en fin de vie. L'application détaillée de ces concepts peut varier selon le profil de besoins. Le continuum peut être soutenu et opérationnalisé par des trajectoires de services suivant certaines problématiques spécifiques (27).

## **Coordination des soins et services**

La coordination est la capacité de mettre en lien de manière synchronisée les personnes et les services afin d'accomplir un ensemble de tâches, d'assurer une offre de services cohérente centrée sur l'utilisateur tout au long de la trajectoire. Elle renvoie également à la capacité de répondre aux besoins des usagers et de la population, d'améliorer leur état de santé globale (physique, mentale, sociale et environnementale) et d'atteindre les objectifs de performance de l'organisation (120-122).

## **Décision partagée**

La décision partagée est un processus nécessitant la participation conjointe du patient, de son médecin ou d'autres intervenants et professionnels. Ce processus doit reposer sur des données scientifiques éprouvées et mettre en évidence les risques et les bénéfices de toutes les options disponibles, y compris celle de ne rien faire. De plus, la prise de décision partagée doit tenir compte des valeurs et des préférences de l'utilisateur (75).

## **Dépistage**

Le dépistage est une activité qui vise à départager les personnes qui sont probablement atteintes d'un trouble non diagnostiqué ou d'un facteur de risque d'un trouble, des personnes qui en sont probablement exemptes. L'intervention de dépistage en elle-même ne permet pas de poser le diagnostic ou d'attester un trouble ou une maladie. Les personnes pour lesquelles le résultat du dépistage s'avère positif sont orientées afin qu'une investigation complémentaire soit effectuée.

Le dépistage est une démarche de santé publique dans laquelle les membres d'une population risquant de souffrir d'une maladie ou de ses complications se voient poser des questions ou offrir un test visant à détecter les personnes présentant un risque suffisamment élevé pour justifier d'autres tests diagnostiques ou traitements (123).

## **Détection**

La détection consiste à relever des indices de trouble non encore identifié ou de facteurs de risques dans le cadre d'interventions dont les buts sont divers. La détection ne repose pas sur un processus systématisé, mais elle s'appuie sur la sensibilité des intervenants et des professionnels auxdits indices. La détection est une intervention non réservée. Elle peut donc être réalisée par l'ensemble des intervenants et professionnels du secteur de la santé mentale et des relations humaines dans les limites de leurs compétences respectives (123).

## Déterminants de la santé

Les déterminants de la santé sont des facteurs individuels, sociaux, économiques et environnementaux que l'on peut associer à un problème social ou à un problème de santé particulier ou encore à un état de santé global (124). Les déterminants de la santé incluent alors les déterminants sociaux de la santé.

## Déterminants sociaux de la santé

Les déterminants sociaux de la santé sont les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie. Ces circonstances, qui reflètent des choix politiques, dépendent de la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources à tous les niveaux (mondial, national et local). Les déterminants sociaux de la santé sont l'une des principales causes des inégalités en santé, c'est-à-dire des écarts injustes et importants que l'on enregistre au sein d'un même pays ou entre les différents pays du monde (125).

## Développement des communautés

Le développement des communautés est un processus de coopération volontaire, d'entraide et de construction de liens sociaux entre les résidents et les institutions d'un milieu local. Ce processus vise l'amélioration des conditions de vie sur le plan social, culturel, économique et environnemental (67).

## Dossier santé Québec

Le Dossier santé Québec (DSQ) est un outil provincial sécurisé qui permet de collecter, de conserver et de consulter de l'information sur votre santé. Il a pour objectif d'améliorer la qualité des soins et services, ainsi que l'efficacité du système de santé et des services sociaux du Québec (111).

## ***Empowerment (pouvoir d'agir, capacité d'agir et autonomisation)***

Processus par lequel les individus, les groupes et les communautés développent leur capacité à choisir et à décider pour eux-mêmes tout en apprenant à agir sur leurs conditions sociales, économiques, politiques et écologiques dans la recherche de solutions aux difficultés qu'ils rencontrent ou dans leur volonté de répondre à leurs besoins. Au Québec, l'*empowerment* réfère généralement au développement du pouvoir d'agir, à la capacité d'agir et à l'autonomisation (67, 126).

## Évaluation

L'évaluation implique de porter un jugement clinique sur la situation d'une personne à partir des informations dont le professionnel dispose et de communiquer les conclusions de ce jugement. Les professionnels procèdent à des évaluations dans le cadre de leur champ d'exercice respectif. Les évaluations qui sont réservées ne peuvent être effectuées que par les professionnels habilités. Les évaluations qui n'ont pas pour but de mener à une conclusion ou à un diagnostic et qui ne sont pas spécifiquement réservées par la loi sont permises (123).

## Gestion matricielle

La gestion matricielle est basée sur le principe que l'organisation du travail se fait autour d'un flux d'activités à valeur ajoutée orientées vers un résultat souhaité par un client. Elle permet l'arrimage et la collaboration entre la structure hiérarchique verticale et la structure transversale (102).

## Gouvernance collaborative

La gouvernance collaborative est constituée des processus et des structures de prise de décision et de gestion en matière de politiques publiques qui font participer les gens de façon constructive au-delà des frontières des organismes publics, des paliers de gouvernement ou des sphères publique, privée et civique dans un objectif qui ne pourrait autrement être atteint (103).

## Groupe de médecine de famille (GMF)

Les GMF sont des organisations volontaires réunissant des médecins qui s'engagent, en tant que groupe, à offrir une gamme variée de services et qui travaillent en collaboration avec des infirmières cliniciennes et des travailleurs sociaux. En contrepartie de cet engagement, le groupe reçoit des ressources humaines, matérielles et financières propres à assurer l'accessibilité, la continuité ainsi que la globalité des services de santé à la population inscrite. Les groupes peuvent réunir plusieurs organisations (ex. : une clinique et des cabinets solos) et les médecins peuvent pratiquer indifféremment dans des établissements du RSSS, des cliniques privées ou dans ces deux milieux à la fois (51).

## Intégration des soins et des services

L'intégration des soins et des services repose sur une approche de santé globale en matière d'intervention auprès des personnes et des communautés. Les acteurs intersectoriels se dotent d'une structure qui favorise une intégration des services de santé et des services sociaux. Cette organisation de services favorise une meilleure accessibilité et continuité des services à proximité des milieux de vie au moment opportun.

L'intégration des soins et des services se définit comme un ensemble cohérent de méthodes, de processus et de modèles organisationnels et cliniques. Elle suppose une vision partagée des rôles et des responsabilités des acteurs du RTS, et requiert une collaboration entre ces derniers. L'intégration vise une meilleure réponse aux besoins des usagers et des membres de son entourage, puisque cette approche vise à :

- Assurer la coordination de l'organisation des soins et des services;
- Favoriser la collaboration entre les différents acteurs du RTS;
- Améliorer la cohérence et la pertinence des soins et des services;
- Accroître la fluidité (accès et continuité) aux soins et aux services;
- Améliorer la qualité des soins et des services;
- Optimiser l'efficacité du système pour les usagers (127).

### **Intervenant**

Un intervenant est un terme générique qui désigne l'ensemble des professionnels de la santé et des services sociaux, incluant les médecins et les intervenants ne faisant pas partie d'un ordre professionnel, qui travaillent auprès de la personne utilisatrice de services et dont les responsabilités peuvent comprendre l'examen des besoins psychosociaux additionnels de celle-ci (128, 129).

### **Intervention de démarchage (*outreach*)**

De façon proactive, aller vers les personnes là où elles se trouvent, dans le but d'établir un lien de confiance, de réaliser des interventions et de les accompagner vers les différents services et ressources appropriés (2).

### **Orientation**

L'orientation sert à explorer avec la personne des stratégies d'aide appropriées et des pistes de solution selon sa situation, ses besoins et de façon à répondre à ses questions. L'orientation consiste aussi à lui fournir l'information factuelle nécessaire sur les services disponibles au sein des établissements du RSSS, dans la communauté ou dans tout autre établissement sociosanitaire lorsque le recours à ces services est jugé approprié (115).

### **Parcours de l'utilisateur**

Le parcours de l'utilisateur est l'expérience individualisée de l'utilisateur à travers ses soins et services tout au long de sa vie. Cette expérience comprend l'addition d'actions de promotion, de prévention, de prise en charge et de suivi, incluant ce que l'utilisateur fait pour la prise en charge de sa santé et de son bien-être (102).

## **Partenariat entre les usagers, les membres de leur entourage et les acteurs du RSSS**

Le partenariat est une approche qui repose sur la relation entre les usagers, les membres de leur entourage et les acteurs du RSSS. Cette relation mise sur la coconstruction, la complémentarité et le partage des savoirs respectifs ainsi que sur la façon avec laquelle les divers partenaires travaillent ensemble. Plus précisément, la relation favorise le développement d'un lien de confiance et la reconnaissance de la valeur et de l'importance des savoirs de chacun, y compris le savoir expérientiel des usagers et des membres de leur entourage. Cela signifie qu'à partir de la mise en commun de ces savoirs se développe une compréhension partagée d'une situation ou d'une problématique; par la suite, les partenaires, les usagers et les membres de leur entourage étant considérés comme tels au même titre que les intervenants et les professionnels ou autres acteurs, définissent ensemble les actions et les moyens à mettre en œuvre pour répondre aux différents besoins (33).

## **Population**

La population est l'ensemble des personnes qui vivent à l'intérieur d'un territoire donné ou au sein d'un groupe de personnes qui présentent certaines caractéristiques similaires (6).

## **Proche aidant**

Le proche aidant est toute personne qui, de façon continue ou occasionnelle, apporte un soutien significatif à un membre de son entourage qui présente une incapacité temporaire ou permanente et avec qui elle partage un lien affectif, qu'il soit familial ou non (130).

## **Professionnel**

Le professionnel est toute personne qui est titulaire d'un permis délivré par un ordre professionnel et qui est inscrite au tableau de ce dernier (128).

## **Qualité des soins et services**

La qualité est un ensemble d'attributs du processus de coproduction de soins et services qui favorisent le meilleur résultat possible, tel que défini par rapport aux données probantes, à la technologie, aux attentes et aux besoins des usagers ainsi qu'aux normes sociales (10).

## Réadaptation

La réadaptation vise à aider la personne à composer avec les symptômes d'une maladie ou à améliorer ses habiletés. Elle est utilisée entre autres auprès des personnes présentant des problèmes significatifs de santé mentale afin de leur permettre d'atteindre un degré optimal d'autonomie en vue d'un rétablissement. La réadaptation peut s'insérer dans le cadre de rencontres d'accompagnement ou de soutien et intégrer, par exemple, la gestion des hallucinations et l'entraînement aux habiletés quotidiennes et sociales (114).

## Référence

La référence est une mesure personnalisée consistant à procéder à une recommandation directe de la personne auprès du service le plus apte à l'aider à résoudre les difficultés avec lesquelles elle est aux prises. Elle est réalisée au moyen d'un document papier ou électronique ou d'une communication téléphonique faite à un intervenant exerçant la fonction d'accueil. La référence peut se situer dans un contexte de crise et exiger, le cas échéant, la mise en place immédiate d'un processus d'intervention de crise par le biais des services d'intervention en situation de crise, notamment le service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 ou toute autre ressource appropriée (115).

## Région sociosanitaire (RSS)

Une RSS représente une unité géographique définie. Dans le contexte du système de santé et de services sociaux, le territoire québécois est divisé, par décrets gouvernementaux, en 18 RSS (116).

## Réseau local de services (RLS)

Un RLS est un réseau qui a été mis en place conformément à un décret du gouvernement et qui vise à responsabiliser tous les intervenants de ce réseau afin qu'ils assurent, de façon continue à la population du territoire de ce réseau, l'accès à une large gamme de services de santé et de services sociaux généraux, spécialisés et surspécialisés. Le centre intégré est responsable d'assurer le développement et le bon fonctionnement des RLS de son territoire. Ils sont au nombre de 93, répartis sur les 22 territoires de RTS (116).

## Réseau territorial de services (RTS)

Le territoire d'un centre intégré constitue le RTS de l'établissement. Les RTS sont au nombre de 22 et visent à assurer des services de proximité et leur continuité à la population. Une région sociosanitaire peut compter un seul ou plusieurs RTS. La coordination des services au sein du RTS est assurée par le centre intégré (116).

## Repérage

Le repérage est un processus de reconnaissance des personnes présentant des indices d'un trouble, d'un problème ou d'une maladie afin de les orienter vers les services pertinents, notamment par l'utilisation d'outils auto-administrés (129).

## Responsabilité populationnelle

La responsabilité populationnelle, comme indiqué dans la *Loi sur la santé et les services sociaux* et d'autres dispositions législatives, implique l'obligation de maintenir et d'améliorer la santé et le bien-être de la population d'un territoire donné en :

- Rendant accessible un ensemble de services sociaux et de santé pertinents, coordonnés, qui répondent de manière optimale aux besoins exprimés et non exprimés de la population;
- Assurant l'accompagnement des personnes et le soutien requis;
- Agissant en amont sur les déterminants de la santé.

Cet exercice requiert une collaboration entre les organisations publiques et communautaires des divers secteurs, les établissements privés de santé et les partenaires socioéconomiques agissant sur le territoire local et régional. Ensemble, ils mettent à profit leurs leviers et leurs compétences au bénéfice de la population et assument collectivement leurs responsabilités. Les établissements du RSSS ont pour rôle de susciter, d'animer et de soutenir ces collaborations sur leur territoire (31, 32).

## Santé mentale

La santé mentale est un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté. Dans ce sens positif, la santé mentale est le fondement du bien-être d'un individu et du bon fonctionnement d'une communauté (131).

## Sécurisation culturelle

La sécurisation culturelle consiste à rétablir et à soutenir l'équité pour les Autochtones. Elle reconnaît la présence des iniquités et cherche à combler ces écarts par des pratiques pertinentes (14).

## **Services de proximité**

Les services de proximité sont un ensemble de services généraux, spécifiques et spécialisés (santé et social) ainsi que de services de santé publique adaptés aux besoins de la population à l'intérieur d'un territoire ciblé, grâce à l'intervention des différents partenaires publics, privés et communautaires intrasectoriels et intersectoriels. Les services de proximité sont visibles et connus pour assurer un accès optimal aux ressources de la communauté et du RSSS, en plus de maintenir un lien de confiance avec la population.

## **Services généraux**

Ces services font référence à la partie sociale des activités cliniques et d'aide du programme-services – services généraux – activités cliniques et d'aide. En ce sens, ils s'inscrivent dans une approche plus large qui vise à répondre à l'ensemble des besoins de santé et de bien-être de la population (129).

## **Services spécifiques**

Les services spécifiques destinés aux clientèles particulières (personnes en perte d'autonomie, personnes atteintes d'une maladie chronique, dont le cancer, personnes en fin de vie, personnes ayant une déficience physique, intellectuelle ou un trouble envahissant du développement, jeunes en difficulté et leur famille, personnes aux prises avec une ou des dépendances, personnes victimes de violence, personnes ayant des problèmes de santé mentale et autre). Ce sont habituellement des services à moyen et à long terme, et principalement des services de soutien à domicile, des services psychosociaux, des services de réadaptation et certains soins et services offerts en fin de vie (129).

## **Services spécialisés**

Les services spécialisés, accessibles habituellement sur référence, s'adressent à des personnes ayant des problèmes très complexes, dont la prévalence est très faible. Ils s'appuient sur des technologies, des expertises et des équipements sophistiqués et rares (27).

## **Territoire**

Le territoire est soit administratif, soit vécu. Le territoire vécu se construit par l'interaction entre des individus, par les attributs physiques du territoire, par les institutions et les partenaires qui le composent, dans un cadre de valeurs partagées (132-134).

## **Trajectoire de soins et services**

La trajectoire de soins et services est une portion du parcours d'un regroupement d'usagers ayant une condition clinique ou un profil similaire. La trajectoire intègre de manière transversale les mécanismes d'accès, les interventions de promotion de la santé, de prévention, d'évaluation/d'investigation/d'orientation, de traitement, de suivi/accompagnement et de soutien en fin de vie. Les étapes de la trajectoire nécessitent une coordination en interdisciplinarité par les usagers, les intervenants, les professionnels et les partenaires sur le territoire de desserte (102).

## **Trajectoire des soins et services (la gestion par)**

La gestion par trajectoires est une gestion collaborative et transversale soutenue par une logique matricielle visant à évaluer et à améliorer en continu l'intégration des soins et services en partenariat avec les usagers, les intervenants, les professionnels et les partenaires. Il s'agit d'une façon de faire qui repose sur des assises structurantes et des critères permettant d'améliorer les trajectoires afin qu'elles respectent les besoins de l'utilisateur. Les assises sont :

- Partenariat et responsabilité partagée;
- Amélioration continue;
- Évaluation de la performance et suivi d'indicateurs;
- Gouvernance matricielle.

L'application efficace de la gestion par trajectoires repose sur une évolution des modalités de gestion, un changement de culture organisationnelle et un leadership transformationnel. En gestion par trajectoires, l'ensemble des acteurs améliore petit à petit une trajectoire afin d'atteindre une trajectoire souhaitée visée. Cette vision est définie de manière collaborative et permet de donner une orientation aux travaux. Les trajectoires gérées sont ainsi mieux ajustées, coordonnées et sans bris de continuité. Elles intègrent également des mécanismes d'accès performants et permettent une communication efficace entre les acteurs concernés. De plus, elles intègrent les résultats attendus et se fondent sur les meilleures pratiques clinico-administratives (102).

## Traitement

Le traitement est un ensemble de mesures destinées à guérir, à soulager ou à prévenir un trouble. Dans ce guide de pratique, les traitements incluent la pharmacothérapie, la psychothérapie et les autres types d'interventions (129).

### **ANNEXE 3 :**

## **LISTE DES DIRECTIONS DU MSSS AYANT CONTRIBUÉ À UN MOMENT OU UN AUTRE AUX DIFFÉRENTS TRAVAUX DE CE CADRE DE RÉFÉRENCE**

Nous tenons à exprimer notre reconnaissance aux nombreuses personnes qui, à un moment ou à un autre, ont participé à l'un des comités de travail ou ont apporté leur contribution à l'une des étapes de production de ce cadre de référence. Un grand merci à toutes les personnes qui ont contribué à l'analyse de besoins ainsi qu'à la phase de consultation et de relecture du présent cadre.

Merci également, à toutes les personnes du MSSS ainsi qu'aux collaborateurs et collaboratrices que nous aurions pu oublier par inadvertance.

#### **Ministère de la Santé et des Services sociaux :**

Direction générale des aînés et des proches aidants (DGAPA)

Direction générale des programmes dédiés aux personnes, aux familles et aux communautés (DGPPFC)

Direction générale des services sociaux (DGSS)

Direction générale de la santé publique (DGSP)

Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques (DGAUMIP)

Direction générale de la coordination réseau et ministérielle et des affaires institutionnelles (DGCRMAI)

Direction générale du financement, de l'allocation des ressources et du budget (DGFARB)

Direction générale des technologies de l'information (DGTI)

Direction générale de la planification stratégique et de la performance (DGPSP)

Direction générale des ressources humaines et de la rémunération (DGRHR)

Direction générale de la gestion de la main-d'œuvre (DGGMO)

Direction des communications (DC)

## **Collaborateurs et collaboratrices :**

**Jean-François Allaire**, coordonnateur de l'axe de recherche en développement des communautés, IUPLSSS, CIUSSS de l'Estrie – CHUS

**Alexandra Aubry**, organisatrice communautaire, Bureau du président-directeur général adjoint (BPDGA), coordonnatrice professionnelle-conseil, Direction des services multidisciplinaires, secteur des pratiques professionnelles, CIUSSS de la Capitale-Nationale

**Nancy Côté**, professeure adjointe, chercheure boursière FRQS, Sciences sociales – Département de sociologie, Université Laval, VITAM – Centre de recherche en santé durable, CIUSSS de la Capitale-Nationale

**Nathalie Brière**, adjointe au développement des pratiques professionnelles de la Direction des services multidisciplinaires, CIUSSS de la Capitale-Nationale

**Yves Couturier**, professeur titulaire, Département de travail social, Université de Sherbrooke, directeur scientifique, Réseau de connaissances sur les soins primaires

**Chantal Doré**, professeure titulaire, École des sciences infirmières, Université de Sherbrooke, responsable scientifique de l'axe de recherche-développement des communautés, IUPLSSS, CIUSSS de l'Estrie – CHUS

**Patrick Dubé**, organisateur communautaire, BPDGA, CIUSSS de la Capitale-Nationale

**Marie-Marthe Gagnon**, bibliothécaire, CIUSSS de la Capitale-Nationale

**Bernard Gauvreau**, coordonnateur aux opérations et au développement organisationnel, organisme communautaire et incubateur universitaire, Parole d'excluEs

**Éric Genest**, adjoint au président-directeur général adjoint, relations avec la communauté et organisation communautaire, CIUSSS de la Capitale-Nationale

**Catherine Germain Perron**, agente administrative, Direction de l'enseignement et des affaires universitaires, CIUSSS de la Capitale-Nationale

**Nadia Julien**, travailleuse sociale professionnelle, responsable de la coordination du Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et en services sociaux (RCPI) et du soutien au développement des pratiques de collaboration interprofessionnelle, CIUSSS de la Capitale-Nationale

**Isabel Keck**, professeure associée, Université du Québec à Montréal (UQAM), codirectrice, Incubateur universitaire de Parole d'excluEs, Coordination de la recherche et développement, Parole d'excluEs

**Lise Lévesque**, coordonnatrice de l'axe « *De la pratique à la gouvernance des services sociaux et de santé* », IUPLSSS, CIUSSS de l'Estrie – CHUS

**Jean Maziade**, professeur titulaire de psychiatrie, Faculté de médecine, Université Laval, directeur, Centre de neuromédecine personnalisée et du neurodéveloppement de l'enfant, Centre de recherche CERVO, CIUSSS de la Capitale-Nationale

**Matthew Menear**, professeur associé, Département de médecine de famille et médecine d'urgence, Faculté de médecine, Université Laval, chercheur régulier, VITAM – Centre de recherche en santé durable, CIUSSS de la Capitale-Nationale

**Christine Pelletier**, courtière de connaissances, Équipe des projets nationaux en transfert des connaissances, IUPLSSS, CIUSSS de l'Estrie – CHUS

**Marie-Michelle Racine**, conseillère-cadre à l'amélioration continue de la qualité pour les GMF-U du Québec, Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique, CIUSSS de la Capitale-Nationale

**Judith Rose-Maltais**, coordonnatrice de la planification et de l'évaluation, équité en santé, surveillance et administration, Direction de santé publique, CIUSSS de la Capitale-Nationale

**Karel-Ann St-Martin**, courtière de connaissances, Équipe des projets nationaux en transfert des connaissances, IUPLSSS, CIUSSS de l'Estrie – CHUS

**Mélanie St-Onge**, chef de service de l'équipe Surveillance et Vigie, Direction de santé publique, CIUSSS de la Capitale-Nationale

## BIBLIOGRAPHIE

1. Assemblée nationale du Québec. Projet de loi n10 [En ligne]. 2014. Disponible : <http://m.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-10-41-1.html>.
2. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Mécanismes d'accès aux services de proximité. Rapport rédigé par Isabelle Boisvert et Paula L. Bush. [En ligne]. Québec, Qc : INESSS; 2019. 55 p. Disponible : [https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS\\_Mecanisme-acces-services-proximite.pdf](https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Mecanisme-acces-services-proximite.pdf).
3. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Plan stratégique 2019-2023 - Ministère de la Santé et des Services sociaux (mise à jour : février 2021) [En ligne]. Québec : MSSS; 2021. Disponible : [https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/sante-services-sociaux/publications-adm/plan-strategique/PL\\_20-717-01W\\_MSSS.pdf?1617281010](https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/sante-services-sociaux/publications-adm/plan-strategique/PL_20-717-01W_MSSS.pdf?1617281010).
4. Clément M, Gélinau L, McKay A-Monica. Proximités : lien, accompagnement et soin. Québec : Presses de l'Université du Québec; 2009. 361 p. (Collection Problèmes sociaux & interventions sociales).
5. Thiam Y, Allaire J-F, Morin P, Hyppolite S-R, Dore C, Zomahoun H.T.V., et al. A conceptual framework for integrated community care. *Int J Integr Care International Journal of Integrated Care*. 2021;21(1):1-13.
6. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants : résultat d'une réflexion commune [En ligne]. Québec : MSSS; 2010. Disponible : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000761/>.
7. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Plan national de santé publique 2015-2025 [En ligne]. Québec : MSSS; 2015. 88 p. Disponible : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001565/>.
8. Blum HL. *Planning for Health : Development and Application of Social Change Theory*. New York : Human Science Press; 1974.
9. Sicotte C, Champagne F, Contandriopoulos A, Tilquin C. La performance organisationnelle dans les organisations et les soins de santé. *Rupture*. 1999;6(1):34-101.
10. Champagne F, rédacteur. *Un cadre d'évaluation de la performance des systèmes de services de santé : le modèle EGIPSS, Évaluation globale et intégrée de la performance des systèmes de santé : rapport technique*. Montréal : Université de Montréal; 2005. 139 p. (Cahiers du GRIS).

11. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Guide pour l'élaboration du programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise [En ligne]. 2018. Disponible : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-406-01W.pdf>.
12. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Une passerelle vers un avenir en santé [En ligne]. 2018. Disponible : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-616-01W.pdf>.
13. Gouvernement du Québec. Politique québécoise de lutte contre l'homophobie [En ligne]. 2009. Disponible : [https://www.justice.gouv.qc.ca/fileadmin/user\\_upload/contenu/documents/Fr\\_\\_français\\_/centredoc/publications/ministere/politiques/homophobie.pdf](https://www.justice.gouv.qc.ca/fileadmin/user_upload/contenu/documents/Fr__français_/centredoc/publications/ministere/politiques/homophobie.pdf).
14. Ministère de la Santé et des Services sociaux. La sécurisation culturelle en santé et en services sociaux : vers des soins et des services culturellement sécurisants pour les Premières Nations et les Inuit [En ligne]. 2021. Disponible : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-613-02W.pdf>.
15. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Vieillir et vivre ensemble - Chez soi, dans sa communauté, au Québec [En ligne]. 2012. Disponible : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/ainee/F-5234-MSSS.pdf>.
16. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Le soutien à l'action intersectorielle favorable à la santé : stratégie ministérielle [En ligne]. Québec : MSSS; 2017. Disponible : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001904/>.
17. Observatoire du développement de l'Outaouais (ODO). Document de référence : structure de gouvernance de l'ODO [En ligne]. 2018. Disponible : <https://odooutaouais.ca/wp-content/uploads/2019/04/20468-la-structure-gouvernance-lodo.pdf>.
18. Jancarik A-S, Vermette L. Recension des écrits relatifs à des méthodes de type Lean. [En ligne]. Longueuil : ASSS Montérégie; 2013. 130 p. Disponible : <http://extranet.santemonteregie.qc.ca/documentation/visage/recherche.fr.html?q=jancarik%20recension%20%E9crits%20lean>.
19. Buttrick Robert, Nailly A-M de. Gestion de projets. 5<sup>e</sup> édition. Paris : Pearson; 2015. (Management en action).
20. CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal. Lean 101 et DMAIC [En ligne]. Colloque annuel de la CvPAC 2015; 2015. Disponible : [https://cvpac-sante.com/documents/981295/995638/ATELIER\\_6\\_DMAIC\\_et\\_Lean\\_101\\_s\\_.pdf](https://cvpac-sante.com/documents/981295/995638/ATELIER_6_DMAIC_et_Lean_101_s_.pdf).

21. Diallo T. Cinq exemples d'actions intersectorielles en faveur de la santé à l'échelle locale et régionale au Canada [En ligne]. Montréal, Québec : Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé; 2020 p. 48. Disponible : <http://www.ccnpps.ca/docs/2020-GouvIntGov-5-Exemples-Actions-Intersectorielles-Sante-Canada.pdf>.
22. Gagnon F, Kouri D. Gouvernance intégrée et politiques publiques favorables à la santé : deux exemples canadiens [En ligne]. Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé; 2008 p. 43. Disponible : [http://www.ccnpps.ca/docs/Gouvernance\\_int%C3%A9gr%C3%A9eFR.pdf](http://www.ccnpps.ca/docs/Gouvernance_int%C3%A9gr%C3%A9eFR.pdf).
23. Gagnon F, Kouri D. Concepts en matière de gouvernance intégrée [En ligne]. Montréal : Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé; 2008. Disponible : [http://www.ccnpps.ca/153/Publications.ccnpps?id\\_article=403](http://www.ccnpps.ca/153/Publications.ccnpps?id_article=403).
24. Beaulieu M, Landry S. Lean, kata et système de gestion au quotidien. JFD Edition; 2015.
25. Réseau-1 [En ligne]. Amélioration continue de la qualité, Réseau-1; [cité le 5 juin 2021]. Disponible : <https://reseau1quebec.ca/recherche-et-ressources/amelioration-continue-de-la-qualite/>.
26. Morin P, Ducreux E, Allaire J-F, Bossé P-L, Gagné A-A. Évaluation du déploiement des intervenants dédiés et des changements associés au sein de l'équipe quartier : Intervention de quartier (Sherbrooke) du CIUSSS de l'Estrie – CHUS, Rapport de recherche [En ligne]. CIUSSS de l'Estrie – CHUS; 2017. Disponible : [http://www.csss-iugs.ca/c3s/data/files/IUPL/Rapp\\_Rech\\_Eval\\_Deploiement\\_Interv\\_Chang\\_Eq\\_Quartier.pdf](http://www.csss-iugs.ca/c3s/data/files/IUPL/Rapp_Rech_Eval_Deploiement_Interv_Chang_Eq_Quartier.pdf).
27. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Projet clinique : cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux [En ligne]. Québec : MSSS; 2004. Disponible : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2004/04-009-07.pdf>.
28. Organisation mondiale de la santé [En ligne]. Déterminants de la santé; 2012 [cité le 1<sup>er</sup> juin 2021]. Disponible : [https://www.who.int/social\\_determinants/fr/](https://www.who.int/social_determinants/fr/).
29. Putnam R. The Prosperous Community : Social Capital and Public Life. The American Prospect. 1993;(13):35-42.
30. Dupuy S. Étude du capital social de la communauté de Val-d'Or au regard des problématiques jeunesse [En ligne]. Régie régionale de la santé et des services sociaux Abitibi-Témiscamingue D. de santé publique, rédacteur. Rouyn-Noranda; 2004 [cité le 4 juin 2021]. Disponible : <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/46935>.

31. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives. Projet de loi no83. 2004.
32. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Stratégie de soutien à l'exercice de la responsabilité populationnelle [En ligne]. Québec : MSSS; 2012. Disponible : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000573/>.
33. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Cadre de référence de l'approche de partenariat entre les usagers, leurs proches et les acteurs en santé et en services sociaux [En ligne]. Québec : MSSS; 2018. Disponible : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002061/>.
34. Centre intégré universitaire de santé et services sociaux de la Capitale-Nationale. Programme ciblé d'octroi de subvention du MSSS en partenariat avec l'Unité de soutien SRAP du Québec et le FRQS : la recherche axée sur le patient en appui aux transformations cliniques et organisationnelles en soins et services de proximité intégrés [En ligne]. Québec, CIUSSS de la Capitale-Nationale; 2018 [cité le 20 mai 2021]. Disponible : <https://frq.gouv.qc.ca/programme/programme-cible-doctroi-de-subventions-du-msss-en-partenariat-avec-lunite-de-soutien-srap-du-quebec-et-le-frqs-la-recherche-axee-sur-le-patient-en-appui-aux-transformations-cliniqu/>.
35. St-Pierre L, Gauvin F-P. La gouvernance intersectorielle dans le cadre de la « Santé dans toutes les politiques », un cadre conceptuel intégrateur [En ligne]. Montréal : Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé; 2010. Disponible : [http://www.ccnpps.ca/153/Publications.ccnpps?id\\_article=591](http://www.ccnpps.ca/153/Publications.ccnpps?id_article=591).
36. Institut national de santé publique du Québec. Vieillesse en santé et responsabilité populationnelle : évaluation d'un accompagnement dans trois milieux locaux du Québec [En ligne]. Montréal : INSPQ; 2015. 30 p. Disponible : [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1940\\_Vieillesse\\_Responsabilite\\_Populationnelle.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1940_Vieillesse_Responsabilite_Populationnelle.pdf).
37. Institut national de santé publique du Québec. Appropriation de la démarche Prendre soin de notre monde : rapport d'évaluation [En ligne]. Montréal : INSPQ; 2021. 105 p. Disponible : <https://www.inspq.qc.ca/publications/2763>.
38. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale. Orienter efficacement l'utilisateur dans le continuum de soins et de services par le soutien d'une pratique collaborative impliquant les usagers, les GMF, GMF-U et GMF-R et les professionnels dans le cadre de l'accès intégré et harmonisé au service de proximité, Rapport préliminaire des résultats. Évaluation de l'équipe accès-Phase 1. [document à paraître]; 2021.

39. Shang M. Élaboration de trajectoires de services à l'intention d'une population vivant avec une déficience : recension des écrits et recommandations [En ligne]. Longueuil : Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie; 2012. 29 p. Disponible : <http://www.santecom.qc.ca/bibliothequevirtuelle/Monteregie/64148.pdf>.
40. Arsenault C, Métivier P. Intégration des services : guide sur les meilleures pratiques [En ligne]. CISSS de Chaudière-Appalaches; 2016 [cité le 28 mai 2021]. 90 p. Disponible : <http://www.santecom.qc.ca/Bibliothequevirtuelle/Chaudiere-appalaches/9782550770787.pdf>.
41. Hollander MJ, Prince MJ. Organizing healthcare delivery systems for persons with ongoing care needs and their families : a best practices framework. *Healthc Q*. 2008;11(1):44-54, 2.
42. Déry J, Ruiz A, Routhier F, Bélanger V, Côté A, Ait-Kadi D, et al. A systematic review of patient prioritization tools in non-emergency healthcare services. *Systematic Reviews*. 6 octobre 2020;9.
43. Imison C, Naylor C. Referral Management : Lessons for success, [En ligne]. The King's Fund, 1-61.; 2010. Disponible : [http://www.em-online.com/download/medical\\_article/37623\\_Referral\\_management.pdf](http://www.em-online.com/download/medical_article/37623_Referral_management.pdf).
44. Salesse E. Dépistage des enfants vulnérables : avenir prometteur pour Le projet HoPE. *Perspective infirmière*. 16(1):19-20.
45. Autin G. Amener des soins de proximité à Montréal-Nord. La clinique pop-up, un cas de collaboration réussie. [En ligne]. 2020. Disponible : <http://www.parole-dexclues.ca/wp-content/uploads/2020/11/20201116-Rapport-Clinique-Pop-Up.pdf>. Version synthèse : <https://iupe.wordpress.com/la-clinique-pop-up-de-montreal-nord/>.
46. Tremblay S, Angus D, Hubert B. Étude exploratoire en matière de services de santé intégrés pour les communautés francophones : Rapport présenté au Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario [En ligne]. Ottawa, ON : PGF Consultants Inc.; 2012. Disponible : <https://d3n8a8pro7vhmx.cloudfront.net/coopontariofr/pages/46/attachments/original/1510261561/Etudeexploratoireenmatieredeservicesdesanteintegrespourlescommunautesfrancophones.pdf?1510261561>.
47. Agence de la santé publique du Canada. Évaluation du Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les collectivités urbaines et nordiques, de 2011-2012 à 2015-2016 [En ligne]. 2017 p. 16. Disponible : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/organisation/transparence/rapports-gestion/evaluation/2011-2012-2015-2016-aide-prescolaire-aux-autochtones-dans-les-collectivites-urbaines-et-nordiques.html>.

48. Institut national de santé publique du Québec. Entre adaptabilité et fragilité : les conditions d'accès aux services de santé des communautés rurales et éloignées, rapport de recherche [En ligne]. Montréal : INSPQ; 2009. 34 p. Disponible : [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1014\\_ConditionsAccesServSanteCommunRurales.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1014_ConditionsAccesServSanteCommunRurales.pdf).
49. Gaudet A, Kelley ML, Williams AM. Understanding the distinct experience of rural interprofessional collaboration in developing palliative care programs. *Rural Remote Health*. 2014;14(2):2711.
50. D'amour D, Goudreault J, Beaulieu MD, Lamothe L, Jobin G, Gilbert F. L'essor des soins infirmiers en GMF. *Perspective infirmière*. 2008;5(7):4-11.
51. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Évaluation de l'implantation et des effets des premiers Groupes de médecine de famille au Québec [En ligne]. Québec : MSSS; 2009. Disponible : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2008/08-920-02.pdf>.
52. Vedel I, Couturier Y. Résultats de la recherche évaluative et pistes d'action pour la généralisation à l'ensemble du territoire de « l'initiative ministérielle sur la maladie d'alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs », rapport final [En ligne]. Université McGill; 2016. Disponible : [https://www.mcgill.ca/familymed/files/familymed/executive\\_summary\\_rapport\\_final\\_pour\\_msss\\_2016-10-17\\_fr.pdf](https://www.mcgill.ca/familymed/files/familymed/executive_summary_rapport_final_pour_msss_2016-10-17_fr.pdf).
53. Vedel I, Sourial N, Arsenault-Lapierre G, Godard-Sebillotte C, Bergman H. Impact of the Quebec Alzheimer Plan on the detection and management of Alzheimer disease and other neurocognitive disorders in primary health care : a retrospective study. *CMAJ Open*. Juin 2019;7(2):E391-8.
54. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Relever le défi de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées : une vision centrée sur la personne, l'humanisme et l'excellence, rapport du comité d'experts en vue de l'élaboration d'un plan d'action pour la maladie d'alzheimer [En ligne]. Québec : MSSS; 2009. Disponible : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2009/09-829-01W.pdf>.
55. Arsenault-Lapierre G, Godard-Sebillotte C, Sourial N, Couturier Y, Bouchard P, Rozo LR, et al. Le Plan Alzheimer québécois, un plan basé sur les soins primaires. *Santé Publique*. Laxou : S.F.S.P.; 2020;32(4):375-80.
56. Heck I, Lapalme V. Étude sur les besoins et aspirations des citoyenNEs en termes de services de santé à Montréal-Nord : vers un service complémentaire de santé dans le quartier [En ligne]. 2017. Disponible : <http://www.parole-dexclues.ca/wp-content/uploads/2020/08/Heck-Lapalme-ServiceSante-2017.pdf>.

57. Association canadienne de soins et services à domicile. La prestation de services de soins à domicile au Canada dans les régions rurales et les régions éloignées : Recenser les lacunes et examiner les pratiques innovatrices [En ligne]. 2020. Disponible : <https://cdnhomecare.ca/wp-content/uploads/2020/04/Rural-and-Remote-Home-Care-Gaps-and-Innovations-French.pdf>.
58. Roy M, Lavoie-Trudeau É, Roy M-A, Clapperton I, Couturier Y, Lane J, et al. Community Outreach with Families of Young Children : Practices and Impacts in Quebec, Canada. *Journal of Social Service Research*. 1<sup>er</sup> février 2021;1-11.
59. Gélinau L, Langlois L, Roberge G, Hanna L. Recherche évaluative de l'intervention de proximité – Phase 1. [document non publié]; 2008.
60. Institut national de santé publique du Québec. Analyse sur la pertinence des services d'injection supervisée [En ligne]. 2009. Disponible : [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/962\\_PertinenceInjecSupervisee.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/962_PertinenceInjecSupervisee.pdf).
61. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Politique gouvernementale de prévention en santé [En ligne]. Québec : MSSS; 2016. Disponible : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/16-297-08W.pdf>.
62. Gélinau L, et collaborateurs. Modèle d'intervention de proximité : recherche évaluative. [document non publié]; 2010.
63. McBrien KA, Ivers N, Barnieh L, Bailey JJ, Lorenzetti DL, Nicholas D, et al. Patient navigators for people with chronic disease : A systematic review. *PLOS ONE*. 20 février 2018;13(2):e0191980.
64. Institut national de santé publique du Québec. Capacité d'agir des sentinelles en prévention du suicide au Québec : étude descriptive [En ligne]. Montréal : INSPQ; 2018. 86 p. Disponible : [https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2469\\_capacite\\_agir\\_sentinelles\\_prevention\\_suicide\\_sommaire.pdf](https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2469_capacite_agir_sentinelles_prevention_suicide_sommaire.pdf).
65. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Implantation des réseaux de sentinelles en prévention du suicide dans quatre régions du Québec : rapport d'évaluation [En ligne]. Québec : MSSS; 2012. Disponible : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-825-01W.pdf>.
66. Grenier J, Thibault S, Chamberland M, St-Germain L, Chénard J, Bourque M. La pratique émergente de la Maison de Sophia et son effet sur les femmes itinérantes ou à risque d'itinérance sur le territoire de la MRC de la Rivière-du-Nord dans les Laurentides : rapport de recherche évaluative-participative déposé à la Maison de Sophia et Emploi et Développement social Canada, solution novatrice. St-Jérôme : Université du Québec en Outaouais; 2019.
67. Institut national de santé publique du Québec. La santé des communautés : perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés. Montréal : INSPQ; 2002.

68. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal. L'organisation communautaire enracinée dans la communauté [En ligne]. 2018. Disponible : [https://ciusss-nordmtl.gouv.qc.ca/fileadmin/ciusss\\_nim/Menu/Votre\\_CIUSSS/Documentation/Cadres\\_de\\_reference\\_et\\_de\\_pratique/180604\\_Cadre\\_de\\_reference\\_FINAL\\_5\\_juin\\_2018.pdf](https://ciusss-nordmtl.gouv.qc.ca/fileadmin/ciusss_nim/Menu/Votre_CIUSSS/Documentation/Cadres_de_reference_et_de_pratique/180604_Cadre_de_reference_FINAL_5_juin_2018.pdf).
69. Institut national de santé publique du Québec. Le Dispositif participatif de caractérisation des communautés locales : évaluation d'implantation dans trois régions du Québec [En ligne]. Montréal : INSPQ; 2014. 99 p. Disponible : <https://www.inspq.qc.ca/publications/1785>.
70. Deslandes R. Collaboration École-Famille-Communauté : Recension des écrits, Tome 1 Relations école-famille [En ligne]. Plateforme Échange, Recherche et Intervention sur la SCOLarité : Persévérance et réussitE (PERISCOPE); 2018 p. 63. Disponible : [https://www.periscope-r.quebec/sites/default/files/relations-ecole-famille\\_deslandes\\_2019.pdf](https://www.periscope-r.quebec/sites/default/files/relations-ecole-famille_deslandes_2019.pdf).
71. Deslandes R. Collaboration École-Famille-Communauté : Recension des écrits, Tome 2, Relations école-famille [En ligne]. Plateforme Échange, Recherche et Intervention sur la SCOLarité : Persévérance et réussitE (PERISCOPE); 2019 p. 58. Disponible : [https://www.periscope-r.quebec/sites/default/files/relations-ecole-communautaire\\_2019.pdf](https://www.periscope-r.quebec/sites/default/files/relations-ecole-communautaire_2019.pdf).
72. Boulanger D, Larose F, Larivée S, Couturier Y, Mérini C, Blain F, et al. Critique des fondements et usages de l'écosystémisme dans le domaine du partenariat école-famille-communauté : application d'une perspective contextuelle et socioculturelle dans le cadre du programme Famille, école, communauté, réussir ensemble. ss. École de service social de l'Université Laval; 2011;57(2):129-57.
73. Institut national de santé publique du Québec. Développement des communautés au sein des communautés d'expression anglaise au Québec : leçons tirées d'un projet de recherche-action participative [En ligne]. Montréal : INSPQ; 2014. Disponible : <https://www.inspq.qc.ca/publications/1767>.
74. Légaré F, Kearing S, Clay K, Gagnon S, D'Amours D, Rousseau M, et al. Are you SURE? : Assessing patient decisional conflict with a 4-item screening test. Can Fam Physician. août 2010;56(8):e308-314.
75. Chaire de recherche du Canada sur la décision partagée [En ligne]. Implanter la prise de décision partagée dans les soins primaires; 2019 [cité le 20 mai 2021]. Disponible : <http://www.decision.chaire.fmed.ulaval.ca/lachaire>.
76. Institut national d'excellence en santé et services sociaux. La prise de décision partagée : une approche gagnante (capsule narrée) [En ligne]. 2019. Disponible : <https://www.inesss.qc.ca/accueil/nouveaute/la-prise-de-decision-partagee-une-approche-gagnante.html#:~:text=3%20octobre%202019,comportent%20une%20part%20d'incertitude>.

77. Légaré F, Adekpedjou R, Stacey D, Turcotte S, Kryworuchko J, Graham ID, et al. Interventions for increasing the use of shared decision making by healthcare professionals. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [En ligne]. John Wiley & Sons, Ltd; 2018;(7). Disponible : <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006732.pub4/full>.
78. Bujold M, Pluye P, Légaré F, Haggerty J, Gore GC, Sherif RE, et al. Decisional needs assessment of patients with complex care needs in primary care : a participatory systematic mixed studies review protocol. *BMJ Open*. novembre 2017;7(11):e016400.
79. Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé. Échange de connaissances sur la diversification de la participation du patient : relier les apprentissages. [En ligne]. 2019. Disponible : [https://www.fcass-cfhi.ca/docs/default-source/itr/tools-and-resources/dle-report-f.pdf?sfvrsn=4a880e3d\\_2](https://www.fcass-cfhi.ca/docs/default-source/itr/tools-and-resources/dle-report-f.pdf?sfvrsn=4a880e3d_2).
80. Ruelland I. Pratiques collaboratives en santé de proximité à Montréal-Nord au croisement des initiatives citoyennes : rapport de recherche [En ligne]. 2020. Disponible : <https://iupe.files.wordpress.com/2020/11/rapport-esc-isabelle-ruelland-2020.pdf>.
81. De Coninck P, Séguin M. La consultation par consensus informé : quand citoyens et experts participent ensemble à éclairer les décideurs, guide de bonnes pratiques. 2<sup>e</sup> éd. [En ligne]. Montréal : RÉFIPS, section des Amériques; 2010. Disponible : <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/4052335>.
82. Cariès R, Heck I, Socquet-Juglard F, Simard M. L'îlot Pelletier à Montréal-Nord : quels enjeux prioritaires 10 ans après l'implantation d'un modèle de transformation socioterritoriale dans le secteur? [En ligne]. Centre de recherche sur les innovations sociales; 2021. (Études de cas). Rapport no ES2101. Disponible : <https://crises.uqam.ca/cahiers/lilot-pelletier-a-montreal-nord-quels-enjeux-prioritaires-10-ans-apres-limplantation-dun-modele-de-transformation-socioterritoriale-dans-le-secteur/>.
83. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Cadre de référence relatif aux comités des usagers et aux comités de résidents [En ligne]. Québec : MSSS; 2018. Disponible : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-740-01W.pdf>.
84. Pomey M-P, Pierre M, Ghadi V. La participation des usagers à la gestion de la qualité des CSSS : Un mirage ou une réalité? *La Revue de l'innovation dans le secteur public*. 1<sup>er</sup> janvier 2009;14(2):1-23.
85. Fancott C, Baker GR, Judd M, Morin AH and A. Supporting Patient and Family Engagement for Healthcare Improvement : Reflections on "Engagement-Capable Environments" Pan-Canadian Learning Collaboratives. *Healthcare Quarterly*. 6 décembre 2018;21(Special Issue):12-30.

86. Vachon B, Pomey M-P. De COMPAS à COMPAS+ : déploiement provincial du collectif pour les meilleures pratiques et l'amélioration des soins et services de première ligne en prévention et en gestion des maladies chroniques, recherche évaluative [En ligne]. Formation du Collectif pour les meilleures pratiques et l'amélioration des soins et services; 2016. Disponible : [https://reseau1quebec.ca/wp-content/uploads/2016/06/1\\_PPT\\_COMPAS\\_RQ1\\_20160617\\_Brigitte.pdf](https://reseau1quebec.ca/wp-content/uploads/2016/06/1_PPT_COMPAS_RQ1_20160617_Brigitte.pdf).
87. Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé. Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme [En ligne]. Vancouver : Université de la Colombie-Britannique; 2010 [cité le 20 mai 2021]. 37 p. Disponible : [https://www.rcpi.ulaval.ca/fileadmin/media/Coffre\\_a\\_outils/CIHC\\_IPCompetencies-FrR\\_Sep710.pdf](https://www.rcpi.ulaval.ca/fileadmin/media/Coffre_a_outils/CIHC_IPCompetencies-FrR_Sep710.pdf).
88. Milot É, Fortin G, Noël J, Careau E. Collaboration interprofessionnelle centrée sur la personne 1 : capsule narrée sur les indicateurs de transition. Faculté des sciences infirmières, Université Laval; 2016.
89. Careau E, Briere N, Houle N, Dumont S, Maziade J, Paré L, et al. Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux : guide explicatif [En ligne]. Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI); 2018. Disponible : [https://www.rcpi.ulaval.ca/fileadmin/media/documents/Outils/Guide\\_explicatif-Continuum\\_\\_vFR\\_\\_18-07-31.pdf](https://www.rcpi.ulaval.ca/fileadmin/media/documents/Outils/Guide_explicatif-Continuum__vFR__18-07-31.pdf).
90. Paré L. Des indicateurs de transition : Aide-mémoire pour cibler un changement de pratique de CIP au bon moment (Adaptation de Milot, É., Fortin, G., Noël, J. et Careau, E. (2016). Capsule narrée sur les indicateurs de transition). 2019.
91. Tremblay J. Glossaire : stratégie de soutien au développement des communautés. 2015.
92. Careau E, Paré L, Maziade J, Biba G. Inclure les compétences relatives à la collaboration interprofessionnelle dans la supervision : effets d'un programme de formation destiné aux superviseurs. *Pédagogie Médicale*. EDP Sciences; 1<sup>er</sup> novembre 2015;16(4):219-31.
93. Brashers V, Haizlip J, Owen JA. The ASPIRE Model : Grounding the IPEC core competencies for interprofessional collaborative practice within a foundational framework. *Journal of Interprofessional Care*. Taylor & Francis; 2 janvier 2020;34(1):128-32.
94. Lefebvre C, Bilodeau A, Galarneau M, Potvin L. La production des effets de l'action intersectorielle locale sur les milieux de vie : le cas de la Table de développement social de Pointe-aux-Trembles à Montréal, rapport de recherche [En ligne]. Centre Léa-Roback – Centre de recherche sur les inégalités sociales de santé de Montréal; Disponible : [https://chairecacis.org/fichiers/publications/2017-11-29rapport\\_pat\\_final.pdf](https://chairecacis.org/fichiers/publications/2017-11-29rapport_pat_final.pdf).

95. Lemay L, Gallant-Revelin C. La petite histoire de la recherche entourant les Équipes Intervention Jeunesse (ÉIJ) du Québec : quelques repères historiques (2003-2016) [En ligne]. Université de Sherbrooke; 2019. Disponible : [https://reijq.espaceweb.usherbrooke.ca/phocadownloadpap/Recherche-action-petite-histoire/Lemay%20et%20al%20\(2016\)%20La%20petite%20histoire-Recherche-sch%C3%A9ma%20LL%2016-10-2016.pdf](https://reijq.espaceweb.usherbrooke.ca/phocadownloadpap/Recherche-action-petite-histoire/Lemay%20et%20al%20(2016)%20La%20petite%20histoire-Recherche-sch%C3%A9ma%20LL%2016-10-2016.pdf).
96. Regroupement des équipes intervention jeunesse du Québec. Documentation Recherche-Action; [cité le 28 mai 2021]. [En ligne] Disponible : <https://reijq.espaceweb.usherbrooke.ca/index.php/recherche-action-2/documentation>.
97. Landry M, Blais É, Chapdelaine A, Carrier S, Elazhary N. Évaluation de l'implantation et des effets d'une équipe mobile d'intervention psychosociale (ÉMIP) intervenant auprès de personnes en situation de crise sur le territoire de la Ville de Sherbrooke - Rapport de recherche [En ligne]. Sherbrooke : CIUSSS de l'Estrie – CHUS; 2018. 140 p. Disponible : <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/3548158>.
98. Morin P, Lain G, Vallée A. Le Programme Clé en main Capitale-Nationale : Des pratiques exemplaires d'accessibilité et de soutien en logement auprès des populations ayant des enjeux de santé mentale, de dépendances et d'itinérance : rapport complet. Une collaboration entre le Programme Clés en main Capitale-Nationale, le Programme d'encadrement clinique et d'hébergement (Pech) et l'Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux du CIUSSS de l'Estrie CHUS. [En ligne]. 2020. 182 p. Disponible : [https://9c585447-d7f9-4794-adaa-66824c89c03f.filesusr.com/ugd/f059f6\\_835242b624654e1a9ae03b6a3d2bcd62.pdf](https://9c585447-d7f9-4794-adaa-66824c89c03f.filesusr.com/ugd/f059f6_835242b624654e1a9ae03b6a3d2bcd62.pdf).
99. Lemay L, Lambert H, Bouchard A, Lamontagne J-M. Ensemble pour le développement et le bien-être des jeunes en besoins multiples et complexes : guide de soutien à l'implantation ou consolidation des mécanismes de coordination intersectorielle ou des Équipes d'Intervention Jeunesse (ÉIJ), et à la réalisation des démarches de plan de services individualisé (PSI) et de plan de services individualisé et intersectoriel (PSII) [En ligne]. Sherbrooke : Université de Sherbrooke; 2017. 59 p. Disponible : [https://reijq.espaceweb.usherbrooke.ca/phocadownloadpap/Recherche-action-monographies/Lemay%20et%20al%20\(2017\)%20Guide%20d'implantation%20E%CC%81IJ-Version%20finale2-23oct17-v2.pdf](https://reijq.espaceweb.usherbrooke.ca/phocadownloadpap/Recherche-action-monographies/Lemay%20et%20al%20(2017)%20Guide%20d'implantation%20E%CC%81IJ-Version%20finale2-23oct17-v2.pdf).
100. College of Family Physicians of Canada, the Canadian Psychiatric Association, Canadian Psychological Association. Innovation in Primary Care : Integrated mental health services in primary care. 2020.
101. Carreau E. Équipe PassaJe des Basques : Bilan d'implantation. [En ligne]. 2015. Disponible : [https://www.rcpi.ulaval.ca/fileadmin/media/documents/Actualites/Bilan\\_d\\_implantation\\_EquipePassaje.pdf](https://www.rcpi.ulaval.ca/fileadmin/media/documents/Actualites/Bilan_d_implantation_EquipePassaje.pdf).

102. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-Montréal. La gestion par trajectoire de soins et de services : guide théorique et pratique. Montréal : CIUSSS du Nord-de-l'Île-Montréal; 2019.
103. Emerson K, Nabatchi T, Balogh S. An Integrative Framework for Collaborative Governance. *Journal of Public Administration Research and Theory*. 1<sup>er</sup> janvier 2012;22(1):1-29.
104. Ansell C, Gash A. Collaborative Governance in Theory and Practice. *Journal of Public Administration Research and Theory*. 1<sup>er</sup> octobre 2008;18(4):543-71.
105. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Modèle de gestion de proximité - Rapport préliminaire. 2019.
106. Leblanc J, Poulin A-M. Guide de pratiques sur la gestion de proximité dans un contexte de distance [En ligne]. Sherbrooke : Service de transfert des connaissances, des bibliothèques et des pratiques de pointe, Direction administrative de la recherche, CIUSSS de l'Estrie – CHUS; 2017. Disponible : <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs3239699>.
107. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Institut national de santé publique du Québec, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. Regarder en arrière pour mieux avancer : synthèse de l'évaluation de la réforme des soins de première ligne dans les provinces canadiennes : rapport du forum de synthèse et d'échange des connaissances sur l'impact des modèles d'organisation des soins de première ligne et de leurs contextes [En ligne]. Montréal : INSPQ; 2012. 61 p. Disponible : [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1438\\_RegarderArriereMieuxAvancer\\_SynthEvalReforSoins1Ligne.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1438_RegarderArriereMieuxAvancer_SynthEvalReforSoins1Ligne.pdf).
108. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Cadre de référence ministériel d'évaluation de la performance du système public de la santé et des services sociaux à des fins de gestion. [En ligne]. 2012. Disponible : [https://www.sss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/mesure-et-analyse-de-la-performance/Cadre\\_de\\_reference\\_ministeriel\\_devaluation\\_de\\_la\\_performance.pdf](https://www.sss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/mesure-et-analyse-de-la-performance/Cadre_de_reference_ministeriel_devaluation_de_la_performance.pdf).
109. Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. Dissiper la confusion : concepts et mesures de la continuité des soins, rapport final. Ottawa : FCRSS; 2002.
110. Couturier Y, Belzile L, Bonin L. L'intégration des services en santé : une approche populationnelle. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal; 2016. (Paramètres).
111. Gouvernement du Québec [En ligne]. Dossier Santé Québec; 2018. Disponible : <https://www.quebec.ca/sante/vos-informations-de-sante/dossier-sante-quebec/>.

112. Donabedian A, Commonwealth Fund. Aspects of medical care administration: specifying requirements for health care. Cambridge : Published for the Commonwealth Fund by Harvard University Press; 1973.
113. Haggerty J, Burge F, Lévesque J-F, Gass D, Pineault R, Beaulieu M-D, et al. Operational definitions of attributes of primary health care : consensus among Canadian experts. Ann Fam Med. Copyright 2007 Annals of Family Medicine, Inc.; 2007;5(4):336-44.
114. Collège des médecins du Québec, Ordre des conseillers et conseillères d'orientation du Québec, Ordre des ergothérapeutes du Québec, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec, Ordre des psychologues du Québec, Ordre professionnel des criminologues du Québec, Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec et Ordre professionnel des sexologues du Québec. L'exercice de la psychothérapie et des interventions qui s'y apparentent - Trouver la frontière entre les interventions de différents professionnels et la psychothérapie. [En ligne]. 2018. Disponible : [https://www.orientation.qc.ca/files/OPQ\\_TravauxInterordres\\_Complet\\_FINAL\\_Web.pdf](https://www.orientation.qc.ca/files/OPQ_TravauxInterordres_Complet_FINAL_Web.pdf).
115. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Offre de services sociaux généraux - Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience. [En ligne]. 2013. Disponible : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000345/>.
116. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Glossaire : définition de termes relatifs au réseau de la santé et des services sociaux [En ligne]. Québec : MSSS; 2017. Disponible : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001189/>.
117. Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux du CIUSSS de l'Estrie – CHUS. S'outiller pour favoriser la participation des usagers, des proches, des citoyens et des communautés à l'amélioration continue de la qualité des soins et des services : recueil d'idées inspirantes [En ligne]. Sherbrooke : CIUSSS de l'Estrie – CHUS; 2018. Disponible : <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/3487091>.
118. Foudriat J-F. La co-construction : Une alternative managériale. EHESP; 2016.
119. Institut national de santé publique du Québec. Comment assumer la responsabilité populationnelle? [En ligne]. Montréal : 2016. Disponible : <https://www.inspq.qc.ca/exercer-la-responsabilite-populationnelle/responsabilite-populationnelle/comment-assumer-la-responsabilite-populationnelle>.
120. Thompson JD. Organizations in Action, Social Science Bases of Administrative Theory. New York : Transaction Publishers; 1967. 222 p.

121. Van De Ven AH, Delbecq AL, Koenig Richard. Determinants of Coordination Modes within Organizations. *American Sociological Review*. 1976;41(2):322-38.
122. Dever G, Champagne F. *Epidemiology in health services management*. Burlington : Jones & Bartlett Learning; 1984.
123. Office des professions. Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines : Guide explicatif. [En ligne]. 2013. Disponible : [https://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Systeme\\_professionnel/Guide\\_explicatif\\_decembre\\_2013.pdf](https://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Systeme_professionnel/Guide_explicatif_decembre_2013.pdf).
124. Ministère de la Santé et des Services sociaux. La santé et ses déterminants : Mieux comprendre pour mieux agir [En ligne]. Québec : MSSS; 2012. Disponible : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2011/11-202-06.pdf>.
125. Organisation mondiale de la Santé. Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé : rapport final de la Commission des déterminants sociaux de la santé [En ligne]. 2009. Disponible : [https://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/fr/](https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/fr/).
126. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Programme national de santé publique 2015-2025 [En ligne]. Québec : MSSS; 2015. Disponible : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-216-01W.pdf>.
127. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Vers une meilleure intégration des soins et des services pour les personnes ayant une déficience [En ligne]. Québec : MSSS; 2017. Disponible : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-824-04W.pdf>.
128. Office des professions. Code des professions [En ligne]. 2016;1:1c). Disponible : <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/en/document/cs/C-26/20160101?langcont=fr>.
129. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Les Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience des services sociaux du programme-services – services généraux – activités cliniques et d'aide [En ligne]. 2013. Disponible : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-803-01F.pdf>.
130. Blais M. Loi visant à reconnaître et à soutenir les personnes proches aidantes et modifiant diverses dispositions législatives [En ligne]. 2020. Disponible : <http://m.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-56-42-1.html>.
131. Organisation mondiale de la santé. La santé mentale : renforcer notre action. 2018.
132. Caillouette J, Dallaire N, Boyer G, Garon S. Territorialité, action publique et développement des communautés. *Économie et Solidarités*. 2007;38:16.

133. Institut national de santé publique du Québec. Se positionner comme CISSS/CIUSSS pour soutenir le développement des communautés [En ligne]. Montréal : INSPQ; 2015. Disponible : <https://www.inspq.qc.ca/publications/72>.
134. Vibert S, Potvin L. La communauté, une notion à redéfinir pour la santé publique. Dans : Aubry F, rédacteur. Construire l'espace sociosanitaire : expériences et pratiques de recherche dans la production locale de la santé [En ligne]. Montréal : Presses de l'Université de Montréal; 2018. p. 99-117. (Paramètres). Disponible : <http://books.openedition.org/pum/6082>.

