

Centre de santé et de services sociaux
de Beauce

CSSSB 2007-2010

Projet clinique
et organisationnel



« Avec vous...
pour bâtir **ensemble**
une communauté **responsable**
de sa **santé** »



Centre de santé et de services sociaux
de Beauce



**PROJET CLINIQUE ET ORGANISATIONNEL
ORIENTATIONS 2007-2010**



TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE

PARTIE 1 LE PROJET ORGANISATIONNEL

1. Notre population	4
2. Notre mission	7
3. Notre vision	8
4. Nos valeurs et notre philosophie	8
5. Nos principes d'action	10
6. Notre plan d'organisation	12
7. Nos ressources.....	14

PARTIE 2 LE PROJET D'ORGANISATION CLINIQUE

1. Les assises du projet clinique.....	18
2. L'élaboration et le suivi du projet clinique.....	20
3. Les orientations en santé publique.....	22
4. Le programme régional Info-Santé / Sociale	25
5. Le programme Famille-Enfance-Jeunesse	29
6. Le programme Santé physique et sociale.....	36
7. Le programme Adultes avec trouble d'adaptation.....	42
8. Le programme Personnes en perte d'autonomie	49

PARTIE 3 L'OFFRE DE SERVICE DES DIRECTIONS DE PROGRAMME-SUPPORT

1. La Direction des ressources humaines	59
2. La Direction des ressources informationnelles.....	64
3. La Direction des services de support administratif.....	68
4. La Direction de l'évaluation, de la qualité et de la performance	71

PARTIE 4 LES ORIENTATIONS 2007-2010

1. Nos principaux défis	76
2. Les axes stratégiques	77

TABLEAUX ET ANNEXES

Notre population

Répartition par groupe d'âge	4
Statut familial	5
Revenu (2000)	5
Scolarisation	5
Espérance de vie à la naissance	6
Consommation des soins et services de santé, une journée type au CSSSB.....	7

Le programme Famille-Enfance-Jeunesse

TABLEAU I Offre de service actuelle du CSSSB	34
TABLEAU II Priorités 2007-2010	35

Le programme Santé physique et sociale

TABLEAU I Offre de service actuelle du CSSSB	40
TABLEAU II Priorités 2007-2010	41

Le programme Adultes avec trouble d'adaptation

TABLEAU I Offre de service actuelle du CSSSB	47
TABLEAU II Priorités 2007-2010	48

Le programme Personnes en perte d'autonomie

TABLEAU I Offre de service actuelle du CSSSB	54
TABLEAU II Priorités 2007-2010	55

Direction des ressources humaines

TABLEAU I Orientations 2007-2010.....	63
---------------------------------------	----

Direction des ressources informationnelles

TABLEAU I Orientations 2007-2010.....	67
---------------------------------------	----

Direction des services de support administratif

TABLEAU I Orientations 2007-2010.....	70
---------------------------------------	----

Direction de l'évaluation, de la qualité et de la performance

TABLEAU I Orientations 2007-2010.....	74
---------------------------------------	----

ANNEXE I Philosophie organisationnelle	80
----------------------------------------------	----

ANNEXE II Philosophie d'intervention	82
--------------------------------------------	----

ANNEXE III Structure organisationnelle / Organigramme du CSSS de Beauce	84
-------------------------------------------------------------------------------	----

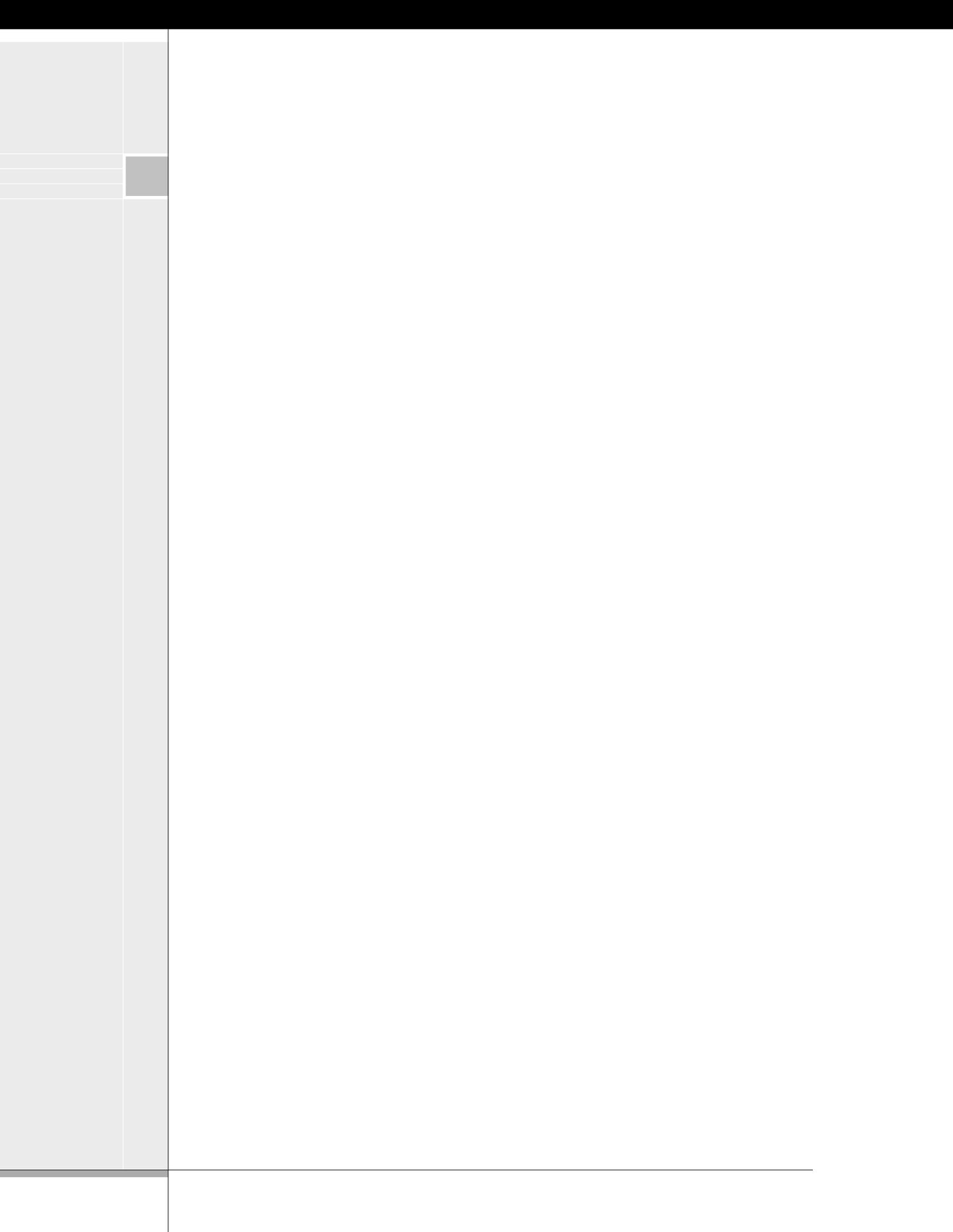
ANNEXE IV Responsabilités de l'équipe de direction.....	86
---------------------------------------------------------	----

ANNEXE V Cheminements cliniques	87
- Cheminement d'un client devant subir une chirurgie pour une prothèse de la hanche ou du genou	
- Cheminement de la personne atteinte du cancer : du dépistage au suivi après traitement	

ANNEXE VI Programme Personnes en perte d'autonomie : offre de service.....	88
----------------------------------------------------------------------------	----

RÉFÉRENCES





2006 L'AMORCE D'UN VIRAGE...

2010 Des services plus appropriés et une population plus en santé

Préambule

La Loi sur les services de santé et les services sociaux adoptée en 1991 conférait aux établissements la responsabilité de donner aux individus l'accès à des services continus, sécuritaires et de qualité qui répondent aux besoins de la population tout en travaillant à réduire ou solutionner ses problèmes de santé et de bien-être (art. 100).

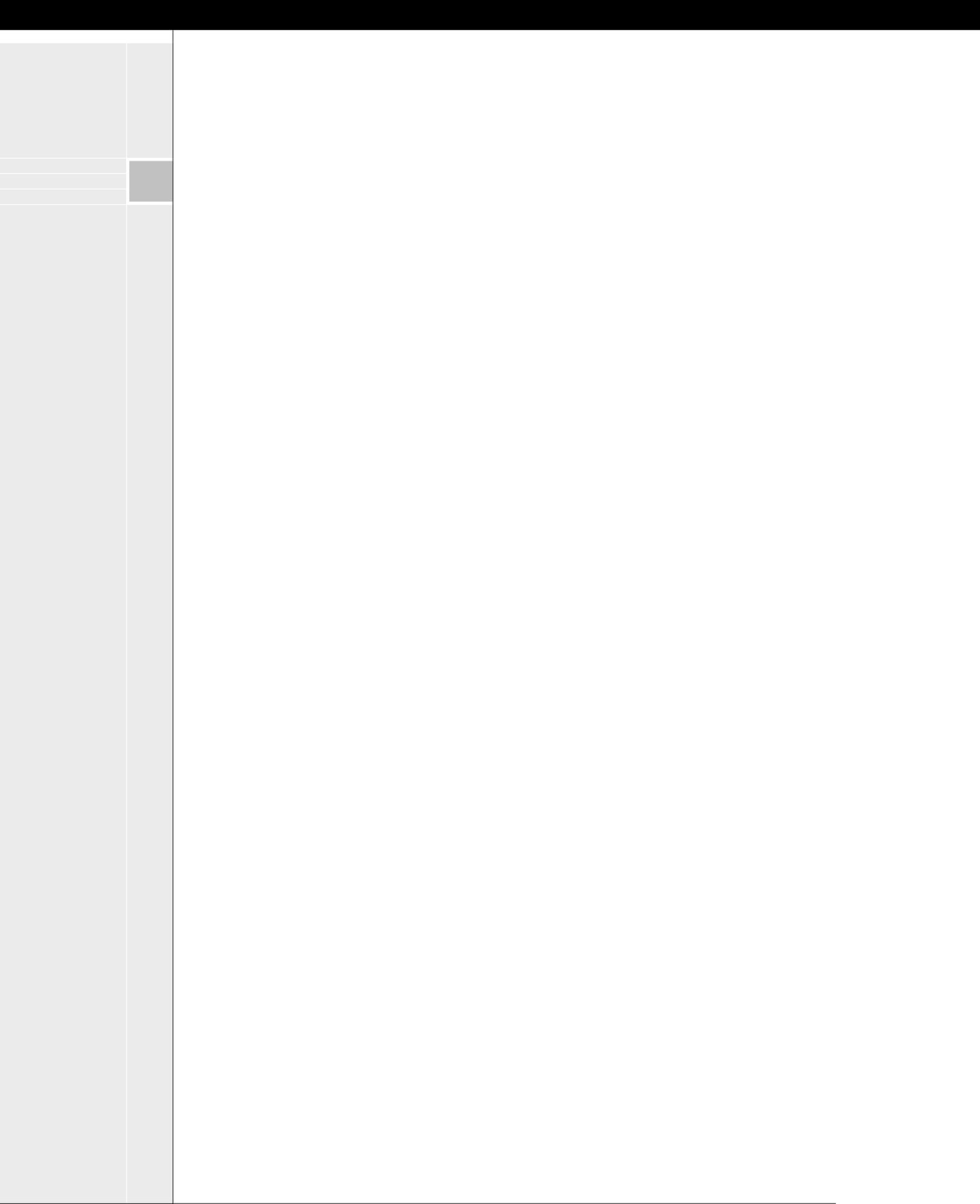
La Loi 83 modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux a reconduit cette responsabilité. Cependant, depuis 2004, la configuration des services de santé et des services sociaux a changé. Sur le territoire des MRC Beauce-Sartigan et Robert-Cliche, les cloisons administratives ont été abolies pour faire place au Centre de santé et de services sociaux de Beauce (CSSSB) qui regroupe le Centre hospitalier Beauce-Etchemin, les CLSC Beauce-Centre et Beauce-Sartigan ainsi que les 5 CHSLD de Beauce (CHSLD de Beauceville, Foyer Mgr O. Roy, Foyer l'Accueil, Foyer St-Georges, Pavillon Notre-Dame).

Selon la volonté du ministre, la création des CSSS transcende les structures administratives pour faire place à une approche renouvelée dans laquelle le lien de partenariat avec les organismes communautaires et avec le milieu occupe une place névralgique.

En élaborant son projet clinique et organisationnel, le CSSSB s'inscrit dans la continuité des orientations ministérielles et définit son rôle dans le plus grand respect de la population qu'il dessert et avec qui il veut bâtir une communauté responsable de sa santé.

Le conseil d'administration et la direction sont fiers de présenter comment le CSSSB entend jouer son rôle dans les prochaines années. Les pas déjà franchis et les réflexions qui se poursuivent sont prometteurs. C'est donc avec confiance et avec conviction que le conseil d'administration et la direction témoignent de leur engagement en formulant le projet clinique et organisationnel du CSSSB. Celui-ci se veut évolutif pour répondre aux besoins changeants de la population ainsi qu'aux orientations ministérielles et pour s'inscrire en complémentarité à l'offre de service de nos partenaires.

Le conseil d'administration et la direction espèrent que le projet clinique et organisationnel du CSSSB contribuera à la mobilisation du personnel, des médecins et des bénévoles, informera les partenaires et la population et préparera l'ensemble des acteurs aux changements en cours et à venir.





Première partie | Le projet
organisationnel

Cap sur le CSSSB *de demain*

Centre de santé et de services sociaux
de Beauce



NOTRE POPULATION

Notre raison d'être

En implantant les CSSS, le ministre de la Santé et des Services sociaux a voulu leur définir un territoire à échelle humaine qui correspond à une référence naturelle pour la population et favorise l'accessibilité et la continuité des services. Le territoire couvert par les MRC Beauce-Sartigan et Robert-Cliche est donc devenu la référence pour de la prise en charge de la population et la base de l'organisation des services pour le CSSSB.

Un vaste territoire

Le CSSSB dessert une population de 69 046 personnes qui se répartit dans 26 municipalités distribuées sur un territoire d'une superficie de 2843 km². Les municipalités sont de taille variable, la plus petite ne comptant que 94 personnes et la plus importante 29 271.

Quelques particularités

La population est plutôt homogène dans les deux MRC, avec un faible pourcentage d'immigrants (0,02 % et 0,08 %) et d'autochtones (0,26 % et 0,25 %). La population rurale est en baisse depuis 1991.

Les principaux enjeux environnementaux qui touchent le territoire sont en lien avec les activités manufacturières et agricoles : pollution des eaux de surface et des eaux souterraines.

Comme en Chaudière-Appalaches, on note en Beauce une forte tradition d'économie coopérative et d'entraide communautaire qui dépasse les légendaires corvées beauceronnes.

Par contre, il serait illusoire de vouloir assimiler les deux MRC qui sont toutes deux conscientes de leur spécificité démographique, culturelle et économique.

Une population : deux réalités

La configuration socio-démographique varie quelque peu dans chaque MRC. La MRC Beauce-Sartigan est plus urbanisée. Elle est la deuxième plus importante en étendue de territoire pour la densité de sa population dans la région Chaudière Appalaches. Sa population augmente alors que celle de la MRC Robert-Cliche est stable. Selon les prévisions, cette tendance se maintiendra dans les années à venir.

	RÉPARTITION PAR GROUPE D'ÂGE							
	0-17 ans		18-64 ans		65 ans et +		Total	
	2004	2010	2004	2010	2004	2010	2004	2010
Beauce-Sartigan	10 689	9 775	32 775	33 358	5 844	7 019	49 327	50 152
Robert-Cliche	3 990	3 742	12 334	12 343	2 811	3 202	19 126	19 281
RLS	21,4 %	19,5 %	32,95 %	32,9 %	6,3 %	7,35 %	68 453	69 433
Québec	20,5 %	18,8 %	32,95 %	32,85 %	6,8 %	7,75 %		

Le pourcentage de population active demeurera sensiblement le même dans les prochaines années mais la MRC Beauce-Sartigan verra le nombre de personnes âgées de plus de 65 ans augmenter de façon plus importante. En même temps, le nombre de jeunes de 0 à 17 ans diminuera.



« Notre population, notre raison d'être »



Dans les deux MRC, le pourcentage de personnes mariées ou vivant en union libre dépasse les 60 %. Bon nombre de familles (environ 40 %) ont un seul enfant. Le pourcentage de familles comptant plus de 3 enfants est plus élevé dans la MRC Robert-Cliche (20,3 %) alors que le revenu moyen par famille y est plus bas.

	STATUT FAMILIAL				
	Mariés Union libre	Célibataires	Séparés	Veufs	Enfants à la maison
Beauce-Sartigan	61,6 %	30,5 %	6,4 %	1,4 %	65,7 %
Robert-Cliche	67 %	31,3 %	5,15 %	1,7 %	64,8 %
Québec	58,2 %	32,0 %	8,4 %	1,5 %	62,8 %

Le revenu moyen par ménage est inférieur à celui de Chaudière-Appalaches (46 522 \$) et à celui du Québec (49 998 \$). Le pourcentage de familles à faible revenu a diminué dans les deux MRC passant de 14,6 % en 1990 à 12,8 % en 2000 en Beauce-Sartigan et de 14,4 % à 10,2 % pour la même période dans la MRC Robert-Cliche.

	REVENU (2000)			
	Revenu moyen hommes	Revenu moyen femmes	Revenu moyen familles	Familles à faible revenu
Beauce-Sartigan	28 373 \$	18 034 \$	44 785 \$	12,8 %
Robert-Cliche	26 797 \$	17 411 \$	45 246 \$	10,2 %
Québec	33 117 \$	21 286 \$	49 998 \$	19,1 %

Le taux de chômage est parmi les plus bas au Québec : 4,8 % dans Robert-Cliche et 5,3 % en Beauce-Sartigan par rapport à 6,1 % en Chaudière-Appalaches et à 8,2 % au Québec.

Sur le territoire de la Beauce, le niveau de scolarisation est moins élevé que dans Chaudière-Appalaches et qu'au Québec. Cette disparité est plus marquée dans la MRC Robert-Cliche où 61,4 % de la population n'a qu'une formation primaire ou secondaire par rapport à 58,9 % en Beauce-Sartigan, à 52,4 % en Chaudière-Appalaches et à 46,9 % pour l'ensemble du Québec. On peut établir un lien entre cette réalité et le développement du secteur manufacturier où les emplois sont peu qualifiés. Le secteur manufacturier procure 36,8 % des emplois dans la MRC Robert-Cliche et 34 % en Beauce-Sartigan. De même, on peut établir une corrélation entre le niveau d'emploi et le taux de décrochage à la Commission scolaire de la Beauce-Etchemin en comparaison avec les autres territoires : 26,7 % chez les hommes et 10,4 % chez les femmes.

	SCOLARISATION			
	9 ^e année et -	9 ^e -13 ^e année	Post-secondaire	Universitaire
Beauce-Sartigan	21,9 %	36,5 %	43,3 %	11,4 %
Robert-Cliche	22,7 %	38,7 %	28,0 %	9,6 %
Québec	15,1 %	31,7 %	37,2 %	14,0 %



Une réalité qui influence l'état de santé et de bien-être

L'espérance de vie à la naissance a évolué entre 1991 et 2001 démontrant une amélioration de l'état de santé de la population du territoire.

	ESPÉRANCE DE VIE À LA NAISSANCE		
	1991	2001	2006
Hommes	72,3	74,6	76,9
Femmes	80,4	82,0	83,0

Cependant, une étude récente de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) qui documente l'écart entre les régions rurales et urbaines concernant l'état de santé met en évidence certains éléments auxquels il convient d'accorder une attention particulière :

- les risques de décès plus élevés liés aux maladies de l'appareil circulatoire, de l'appareil respiratoire, au diabète, aux blessures impliquant des véhicules à moteur et au suicide;
- l'excès de poids et même l'obésité chez 57 % de la population rurale alors qu'ils sont de 47 % en région urbaine;
- le taux de mortalité lié au cancer plus bas pour certains types de cancer;
- une population moins stressée qui éprouve un fort sentiment d'appartenance envers sa communauté.

D'autre part, conformément à la responsabilité populationnelle qui lui est dévolue, le CSSSB porte une attention particulière à l'analyse de la réalité sociale de son territoire : revenu, niveau d'instruction, emploi et conditions de travail, des déterminants qui influencent fortement l'état de santé.

Le CSSSB reconnaît que les besoins en matière de services de santé sont nombreux, variés, évolutifs et souvent complexes et qu'il importe d'y trouver une réponse pour continuer d'agir sur l'état de santé de la population.

Ainsi, dans l'élaboration de son projet clinique, le CSSSB tient compte des problématiques émergentes telles que :

- les maladies chroniques et évolutives liées au vieillissement;
- l'obésité qui a une incidence sur les systèmes cardio-vasculaire, respiratoire et ostéo-articulaire et qui peut être à l'origine de certains cancers;
- les nouveaux cas de cancer (sein, colon, poumon, prostate).

Il considère aussi des problématiques sociales telles que :

- le suicide qui constitue la deuxième cause de décès chez les 18-49 ans;
- la prévalence des troubles psychotiques qui est plus élevée en Beauce qu'en Chaudière-Appalaches;
- les situations de négligence parentale qui enregistrent une augmentation de 12 %;
- l'usage régulier et excessif d'alcool et de drogues qui est légèrement plus élevé sur le territoire qu'en Chaudière-Appalaches;
- la situation précaire des personnes âgées de plus de 65 ans vivant seules (environ 30 %).



Une population qui fait appel aux services offerts dans la région

À la responsabilité de répondre aux besoins de la population s'ajoute celle d'offrir des services de qualité. Un bon pourcentage de la population fait déjà confiance à son réseau local de services comme en témoignent le taux de consommation. Reste le défi de démontrer à ceux qui consultent ailleurs comme à ceux qui ont des attentes précises qu'ils peuvent trouver une réponse satisfaisante à leurs besoins, dans leur milieu.

CONSOMMATION DES SOINS ET SERVICES DE SANTÉ UNE JOURNÉE TYPE AU CССSB*	
Volumes d'activités	Activités
30	Sorties d'un épisode de soins
20	Sorties d'une hospitalisation en courte durée
25	Chirurgies au bloc opératoire
10	Chirurgies d'un jour
165	Clients présents en soins de courte durée
105	Usagers vus en CLSC
465	Interventions aux usagers des CLSC
270	Clients en centre d'hébergement
90	Visites à l'urgence
220	Visites aux cliniques externes

* Estimation faite sur 365 jours sauf en ce qui concerne les chirurgies pour lesquelles elle a été faite sur 240 jours.

2.

NOTRE MISSION

L'incontournable dicté par la Loi

Au CССSB, notre définition de la santé s'inspire de celle de l'Organisation mondiale de la santé :

« La santé est un état complet de bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. » (Vers l'unité pour la santé, Charles Boelen, OMS, 2001, p.4)

C'est dans cette perspective que nous définissons notre mission première et que nous l'actualisons en collaborant avec les intervenants du milieu pour mieux agir sur les déterminants de la santé et améliorer l'offre de service à la population :

« Contribuer de façon significative au maintien et à l'amélioration de la santé de la population en assurant de façon continue, l'accès à une large gamme de services de santé, de services sociaux et de services médicaux généraux et spécialisés et surspécialisés à la population des MRC Beauce-Sartigan et Robert-Cliche ainsi que des services spécialisés et surspécialisés à la population de la MRC des Etchemins. »

À celle-ci s'ajoute la mission régionale du programme Info-Santé / Sociale en collaboration avec les autres CССS de la région Chaudière-Appalaches.



« Contribuer de façon significative au maintien et à l'amélioration de la santé de la population »



3.

NOTRE VISION

Un idéal inspiré de la culture beauceronne

Porté par des aspirations à la hauteur de la transformation du réseau de la santé et des services sociaux, le CSSSB s'est doté d'une vision qui parle de qualités humaines et scientifiques et de partenariat dynamique pour maintenir et développer la richesse collective que constitue la santé.

Au CSSSB, tous les acteurs se sont donc engagés à consacrer leurs énergies pour être :

« des personnes qui allient le sens de l'humain à la compétence pour bâtir ensemble un réseau de services vivant avec et pour une communauté responsable de sa santé. »

Cette vision se traduit par une promesse de service qui reflète un parti pris pour la santé et pour la population :

« Avec vous... pour bâtir ensemble une communauté responsable de sa santé ».

4.

NOS VALEURS ET NOTRE PHILOSOPHIE

Le reflet d'une organisation ancrée dans sa communauté

Pour guider les décisions et la conduite des actions qui en découlent, le CSSSB opte pour des valeurs et des principes directeurs qui constituent une assise pour l'organisation des services et l'intervention clinique tout autant que pour l'exercice des fonctions administratives et de soutien. En mettant des mots sur les valeurs que nous partageons, nous souhaitons éclairer nos façons d'être et d'agir.

VALEURS PRIVILÉGIÉES POUR L'ORGANISATION DES SERVICES

Pour guider l'organisation des services, le CSSSB a choisi de privilégier trois valeurs parmi celles énoncées dans les documents ministériels. Il en donne une définition qui colle au contexte :

Équité

Équilibre dans la distribution des ressources et des services de santé et des services sociaux afin de réduire les écarts entre les personnes et les communautés du territoire.

Accessibilité

Disponibilité et facilité d'accès à une gamme de services de base et de services spécialisés sur le territoire, le plus près des communautés et dans les meilleurs délais.

Qualité

Satisfaction optimale des clients, des standards et des normes de bonnes pratiques inspirées de l'action et de la recherche.

VALEURS ORGANISATIONNELLES POUR GUIDER LES ACTIONS AU QUOTIDIEN

Pour leur part, le personnel et les bénévoles retiennent trois valeurs qui peuvent se traduire dans le quotidien :

Respect

Ouverture à la différence de l'autre et reconnaissance des forces et limites de chacun autant employés, médecins, stagiaires, bénévoles que clients.



« Bâtir ensemble une communauté responsable de sa santé »



« Une organisation ancrée dans sa communauté »



Travail d'équipe

Mise en commun des forces et des expertises dans un esprit d'échange, de confiance, de collaboration et de complémentarité.

Autonomie

Faculté de mettre lucidement son expertise, ses compétences personnelles et son intelligence au profit de la clientèle en faisant preuve de rigueur et de loyauté envers l'organisation.

PHILOSOPHIE ORGANISATIONNELLE

En complément aux valeurs retenues, des principes directeurs précisent quelle est la spécificité du CSSSB. Ils peuvent être vus comme le credo qui rallie l'ensemble des acteurs alors que l'organisation prend forme. (Annexe I)

Éthique de service

Conscients que la finalité du CSSSB est de contribuer à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population en lui offrant une gamme de soins et de services appropriés et en prenant en compte les déterminants de la santé, la notion de service est au cœur de nos décisions et de nos actions. Ainsi, notre préoccupation de réponse optimale aux besoins des personnes, des familles et des communautés et notre souci de dispenser avec humanisme de bons soins et services sont générateurs de sens.

Organisation apprenante

Forts de l'intelligence de chacun, de la conscience que nous avons de nos forces et de nos faiblesses et de notre capacité à tirer des leçons de nos expériences, nous croyons que nous pouvons apprendre dans l'action, développer nos compétences et questionner ouvertement nos pratiques pour une amélioration continue de la qualité des soins et services.

Reconnaissance

Soucieux de mieux nous connaître et nous reconnaître, nous jugeons important de manifester au quotidien et de façon plus formelle une juste appréciation de l'engagement, de l'expertise, des forces spécifiques et de la contribution particulière de chacun.

Communication efficace

Convaincus que tout changement d'envergure passe par les personnes qui constituent les véritables experts du milieu, nous encourageons l'écoute et les échanges significatifs tout autant que la transmission d'informations pertinentes au bon moment. Ainsi, nous souhaitons développer un climat de partage et de confiance.

Solidarité-créativité

Inspirés par la culture beauceronne qui valorise la « corvée » comme moyen d'atteindre un objectif concret, nous valorisons la coopération et le travail concerté pour créer un milieu valorisant, dynamique et efficace.

PHILOSOPHIE DE GESTION

Reconnaissant leurs différences et souhaitant former une véritable équipe, les gestionnaires issus des diverses instances se dotent de valeurs communes pour inspirer leurs décisions, leurs conduites et leurs relations interpersonnelles :



Cohérence

Harmonie entre les paroles et les comportements, entre le discours et les actions (Les bottines suivent les babines).

Authenticité

Art de dire les choses telles qu'elles sont dans le respect de soi et des autres.

Respect

Considération apportée aux collègues, à toutes les personnes qui gravitent au CSSSB et à la clientèle.

PHILOSOPHIE D'INTERVENTION

Approche par programme-clientèle

La structure organisationnelle adoptée par le CSSSB repose sur l'approche par programme clientèle. Celle-ci place le client au centre de l'organisation des soins et services et favorise l'intégration des services et des activités afin de répondre à des besoins spécifiques. Elle permet d'offrir un continuum de services à des clientèles ciblées dans un souci de complémentarité et d'interdisciplinarité : promotion, prévention, traitement, suivi, réadaptation, soutien à l'intégration sociale et soutien en fin de vie.

L'approche par programme-clientèle favorise l'émergence d'équipes plus « naturelles » qui se préoccupent d'une même clientèle et qui constituent son « réseau ». L'expertise et les compétences des intervenants sont utilisées avec souplesse dans une logique de cheminement clinique plutôt que dans une logique de service ponctuel et isolé.

L'approche par programme-clientèle apparaît donc comme le fil conducteur commun aux philosophies d'intervention préconisées dans les divers programmes-clientèles. (Annexe II)

5.

NOS PRINCIPES D'ACTION

L'art de concilier les exigences de la Loi et les attentes de la population

Au CSSSB, nous faisons une lecture des responsabilités qui nous sont dévolues par la Loi en nous inspirant de la vaste démarche de consultation réalisée auprès de la population, des partenaires et des employés. Nos principes d'action s'énoncent ainsi :

Responsabilité populationnelle face à l'amélioration et au maintien de la santé et du bien-être de la population en :

- faisant la promotion d'une approche globale de la santé qui tient compte des déterminants de la santé;
- fournissant à la population des informations adaptées qui favorisent un partage éclairé de la responsabilité de l'amélioration de sa santé et de sa qualité de vie (co-responsabilité);
- identifiant les besoins de santé et de bien-être de la population du territoire;
- apportant une attention particulière aux besoins différenciés selon le sexe;
- prévoyant divers modes de dispensation de services adaptés aux réalités locales;
- reconnaissant la diversité des communautés d'identité et d'intérêt autant que des communautés géographiques;



«...en nous inspirant de la vaste démarche de consultation»



- valorisant les forces et l'autonomie des communautés tout en supportant les ressources existantes;
- favorisant la complémentarité des actions, la concertation et le partage des expertises avec nos partenaires du milieu;
- ayant une préoccupation pour la distribution équitable et l'organisation efficace des services médicaux sur le territoire.

Accessibilité des services de base individuels et communautaires pour tous qui se traduit par :

- l'accompagnement respectueux des personnes et des communautés exprimant des besoins de services;
- le maintien des services le plus près possible des communautés.

Accessibilité des services spécifiques pour les personnes présentant des problématiques particulières par :

- l'accompagnement des personnes nécessitant des services spécialisés à l'intérieur du CSSSB;
- l'accompagnement des personnes nécessitant des services surspécialisés en dehors du CSSSB;
- le recrutement et la rétention de médecins spécialistes et de personnel spécialisé pour assurer la dispensation des services.

Continuité des services par :

- une organisation du travail souple qui permet des ajustements en fonction des besoins et assure la continuité;
- la recherche de complémentarité à l'intérieur du CSSSB et avec les partenaires;
- la mise en place d'outils de référence qui permettent la transmission fluide des informations cliniques tout en respectant la confidentialité;
- des ententes de services ou des mécanismes de référence formels avec des centres spécialisés et surspécialisés.

Intégration et hiérarchisation des services pour offrir un ensemble de services organisés, coordonnés, interdépendants, en complémentarité et en concertation avec les ressources publiques, communautaires et privées du milieu.

Amélioration continue de la qualité en :

- consultant la population pour connaître ses besoins, ses attentes et son niveau de satisfaction;
- questionnant les pratiques et en les ajustant aux normes et standards reconnus;
- évaluant périodiquement les soins et services et en apportant des correctifs si nécessaire;
- mettant en place une gestion des risques pro-active et préventive;
- se soumettant à un programme d'agrément par un organisme reconnu.



NOTRE PLAN D'ORGANISATION

Pour mieux assumer les nouvelles responsabilités octroyées par la Loi

UNE STRUCTURE MIXTE

Pour mieux assumer les responsabilités qui lui sont octroyées par la Loi, le CSSSB se dote d'une structure mixte dont les fondements sont l'approche par programme-clientèle et l'approche matricielle.

Les programmes-clientèles sont préférés aux programmes-services afin de :

- englober l'ensemble des interventions relatives à la promotion, à la prévention, au traitement, au suivi, à la réadaptation, au soutien à l'intégration sociale et au soutien en fin de vie pour une clientèle définie;
- faciliter le partage des responsabilités entre les intervenants pour la réponse aux besoins de clients communs, la résolution des problèmes et l'atteinte des objectifs de santé;
- favoriser l'émergence d'équipes plus « naturelles » qui se préoccupent d'une même clientèle, ces équipes incluant les partenaires externes (publics, communautaires, privés).

L'approche matricielle est aussi retenue pour encourager un fonctionnement systémique et maximiser les avantages escomptés dans l'approche par programme-clientèle, soit :

- l'utilisation souple de l'expertise et des compétences des professionnels des différents programmes;
- l'élimination des cloisons entre les programmes-clientèles et les secteurs d'activités;
- le développement et le maintien d'un maximum de cohérence entre les différentes entités de l'organisation.

UN ORGANIGRAMME MULTIDIMENSIONNEL

L'organigramme adopté par le conseil d'administration du 20 juin 2006 illustre le plan d'organisation en faisant ressortir son aspect multidimensionnel (Annexe III).

Les programmes cliniques sont regroupés en quatre (4) grands programmes-clientèles : Famille-Enfance-Jeunesse, Adultes avec trouble d'adaptation, Personnes en perte d'autonomie, Santé physique et sociale qui inclut les services généraux et les services spécialisés. Le directeur des services professionnels (DSP) et la directrice des soins infirmiers (DSI) assument des fonctions transversales. L'autorité hiérarchique et fonctionnelle dans le programme de santé physique et sociale spécialisée est attribuée à la DSI. (Annexe III)

Les programmes de support ont des fonctions transversales : Direction des ressources humaines, Direction de l'évaluation, de la qualité et de la performance, Direction des ressources informationnelles et Direction des services de support administratif.

Le programme régional Info-Santé / Sociale fait aussi partie du plan d'organisation du CSSSB qui en a obtenu la gestion. Il est en étroite relation avec les programmes cliniques.

DES RESPONSABILITÉS PARTAGÉES

La Loi confère aux CSSS des mandats qui entraînent un changement de paradigme dans l'organisation et la dispensation des services. Il en découle des responsabilités différentes qui sont distribuées dans toutes les directions dans un souci d'équité, de vision systémique et de gestion dynamique.

« Le CSSSB se dote d'une structure mixte dont les fondements sont l'approche par programme-clientèle et l'approche matricielle »



NOS MÉCANISMES DE CONSULTATION

Le succès d'une organisation de l'envergure du CSSSB repose sur la cohérence des décisions, la coordination des actions et la concertation pour leur actualisation. Il implique une gestion démocratique et participative supportée par des mécanismes de consultation formels :

Mécanismes de consultation interne

- **Comité d'orientation stratégique** qui est chargé de réfléchir sur les grandes orientations et sur les paramètres qui doivent baliser le suivi des projets cliniques;
- **Comité de vigilance** qui, conformément à Loi, s'intéresse à la satisfaction de la clientèle et au respect de ses droits;
- **Comité de gestion des risques** qui, conformément à la Loi, se préoccupe de la sécurité des services;
- **Comité des usagers** qui est mandaté par la Loi pour assurer le respect des droits et les intérêts individuels ou collectifs des usagers et des résidents;
- **Comité d'éthique clinique** qui est appelé à délibérer sur des questions éthiques en lien avec les services à la clientèle;
- **Comité d'éthique de la recherche** qui exerce une vigie sur les activités de recherche et s'assure de la protection des clients participant à des projets de recherche;
- **Conseils professionnels et paraprofessionnels (CMDP, CII, CIIA, CM, CPNC)** qui sont mandatés par la Loi pour assurer la qualité des actes;
- **Comité des gestionnaires** qui se réunit à chaque mois pour un échange bi-directionnel d'informations en suivi au conseil d'administration ou pour toute question de gestion en lien avec les orientations, les objectifs du CSSSB ou avec les résultats;
- **Comité des directeurs cliniques** qui se réunit périodiquement pour identifier dans une perspective systémique les problématiques émergentes et les actions à poser;
- **Comité des directeurs administratifs** qui se réunit périodiquement pour identifier dans une perspective systémique les problématiques émergentes et les actions à poser;
- **Comité Image** qui s'intéresse aux questions pouvant contribuer au développement et au maintien d'une image corporative conforme aux valeurs et orientations du CSSSB;
- **Comités paritaires (santé-sécurité au travail et qualité de vie au travail)** qui jouent un rôle primordial dans le maintien d'un milieu de travail sain et sécuritaire;
- **Comités de pilotage (gestion de la qualité, gestion de la sécurité et gestion de l'information)** qui assurent l'évaluation, la coordination et le suivi des actions en lien avec leur domaine d'intérêt;
- **Équipes de gestion de programme** qui évaluent sur une base continue la qualité, la pertinence et l'efficacité de leurs services;
- **Syndicats** avec qui la Direction des ressources humaines entretient un dialogue pour maintenir des relations de travail harmonieuses;
- **Groupes de discussion périodiques** auxquels les employés, médecins et bénévoles sont conviés par la Direction générale.



Mécanismes de consultation du milieu

Aux mécanismes de consultation interne s'ajoutent des mécanismes de consultation des partenaires du milieu :

- *les focus-groupes* avec la clientèle pour évaluer ses besoins, ses attentes, son niveau de satisfaction et accueillir ses suggestions d'amélioration;
- *les équipes-chantiers* mises en place pour l'élaboration du projet clinique qui deviennent les tables de partenaires permanentes pour en assurer le suivi;
- *les diverses tables intersectorielles* actives dans le milieu;
- *le Conseil des partenaires* créé pour actualiser le mandat d'animation du réseau local de services (RLS) confié aux CSSS mais surtout pour se doter d'espaces de parole pour informer les partenaires, les consulter, les accompagner et adapter avec eux la trajectoire de services.

7.

NOS RESSOURCES

Une certaine richesse...

Le recensement des ressources dont nous disposons comme établissement et comme partenaire du réseau local de santé (RLS) révèle une certaine richesse que nous avons l'obligation morale d'utiliser de façon rationnelle et équitable.

Le CSSSB

Au 1^{er} avril 2007, le CSSSB se positionne comme un établissement multivocationnel regroupant :

- 1960 employés;
- 165 médecins;
- des centaines de bénévoles qui oeuvrent dans :
 - un centre d'hébergement de 200 lits de longue durée répartis dans 3 installations
 - un hôpital de soins généraux et spécialisés avec 142 lits de courte durée
 - 2 CLSC éclatés dans 5 installations différentes;
- un budget d'environ 100 millions pour faire fonctionner cette organisation imposante.

Le RLS

Le RLS est composé des partenaires qui partagent avec le CSSSB une responsabilité de santé envers la population des MRC Beauce-Sartigan et Robert-Cliche :

- un groupe de médecine familiale (GMF) et un autre en préparation;
- 23 cliniques médicales;
- 26 pharmacies communautaires;
- 92 organismes communautaires dont 31 subventionnés;
- 2 entreprises d'économie sociale;
- 51 ressources de type familial gérées par le CSSSB (233 places);
- 6 ressources de type intermédiaire (95 places au 1^{er} avril 2007);
- 39 ressources privées d'hébergement pour personnes âgées;



« Utiliser nos ressources de façon rationnelle et équitable »



- un CHSLD privé conventionné.

Le réseau élargi

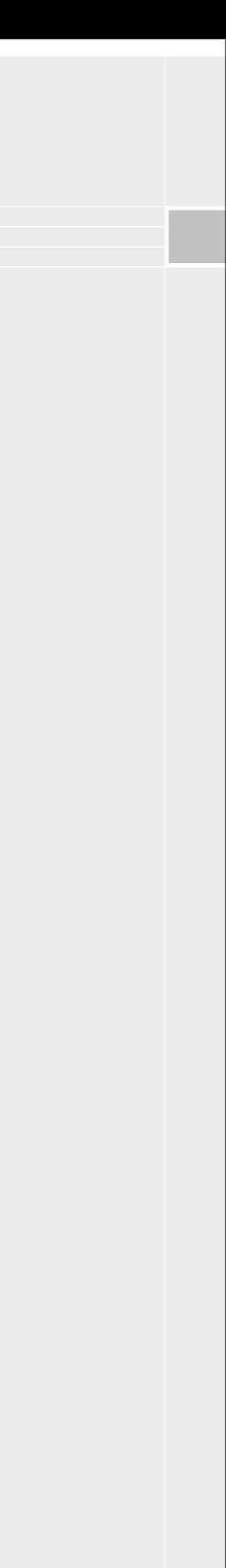
Au réseau local, s'ajoutent des partenaires intersectoriels :

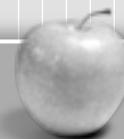
- Municipalités
- Sécurité publique
- Commission scolaire
- Acteurs socio-économiques, etc.

Les partenaires du réseau de la santé qui offrent des services de 2^e et de 3^e ligne :

- Le Centre de réadaptation en alcoolisme, toxicomanie et dépendance (CRAT-CA)
- Le Centre de réadaptation en déficience physique (CRDP)
- Le Centre-Jeunesse
- Le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle (CRDI)
- Les hôpitaux de niveau tertiaire.







Deuxième partie

Le projet d'organisation clinique

Une démarche *logique*
Des apprentissages *pratiques*
Par des personnes *dynamiques*
Pour une population *unique*

Centre de santé et de services sociaux
de Beauce



LES ASSISES DU PROJET CLINIQUE

Des responsabilités partagées



« Des responsabilités partagées »

En créant les centres de santé et de services sociaux, le Ministre affichait la volonté ferme que cette nouvelle réforme de la santé et des services sociaux dépasse les réorganisations administratives. C'est pourquoi, il a introduit le concept de projet clinique auquel sont accolées des responsabilités précises.

Un comité d'orientation stratégique s'est penché sur le mandat et les responsabilités définis dans la Loi et en a proposé une définition au conseil d'administration. Il traduit ainsi sa compréhension des responsabilités qui sont confiées au CSSSB :

Évaluer :

- comment les services actuels répondent aux besoins de la population en matière de santé et de bien-être;
- comment les services contribuent à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population en fonction des déterminants de la santé;
- si la façon dont les services sont dispensés est satisfaisante;
- si les services sont conformes aux standards et normes de bonnes pratiques.

Informier et consulter la population pour une juste utilisation des services, une satisfaction maximale et un partage de la responsabilité de sa santé et de son bien-être.

Définir la gamme de services qui peut être offerte en tenant compte des priorités qui se dégagent des analyses faites en collaboration avec les partenaires mais aussi de nos ressources et de celles du milieu.

Assurer une gamme de services généraux incluant au moins des services de promotion, de prévention, d'évaluation, de diagnostic et de traitement, de réadaptation, d'intégration sociale, de soutien, d'hébergement et de soins de fin de vie.

Favoriser l'accessibilité et la continuité des services en mettant en place des conditions telles que :

- un accueil personnalisé et un accompagnement attentionné à toutes les personnes ayant besoin de soins ou de services;
- la consolidation des services de 1^{re} ligne comme porte d'entrée dans le système et des services de proximité aux communautés du territoire;
- la mise en place de mécanismes de référence et de suivi en collaboration avec les différents partenaires dont les établissements offrant des services spécialisés et surspécialisés, les médecins, les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale et les ressources privées;
- le développement d'un véritable réseau de services médicaux en assurant aux médecins de 1^{re} ligne l'accessibilité à des plateaux techniques et diagnostiques, à l'information clinique et aux médecins spécialistes dans une perspective de hiérarchisation des services;
- la consolidation de la médecine spécialisée en assurant un maximum de services au C^{SSSB};
- la prise en charge des demandes des personnes ayant des besoins particuliers et plus complexes (accompagnement et soutien).



Maximiser l'utilisation des ressources pour répondre de façon satisfaisante aux besoins prioritaires.

Animer le milieu pour que se développent des partenariats efficaces basés sur une mise en commun des objectifs de santé et sur la connaissance et la reconnaissance mutuelles de l'expertise, de l'engagement et de la contribution de chacun.



L'ÉLABORATION ET LE SUIVI DU PROJET CLINIQUE

L'occasion de se connaître et de mettre les forces en commun



« Une gamme de services adaptée aux besoins de la population »

L'objectif ultime du projet clinique est d'offrir une gamme de services adaptée aux besoins de la population qui soit la plus complète possible (de la prévention-promotion aux soins de fin de vie). Ces services doivent être accessibles et coordonnés pour avoir le plus d'impact possible sur la santé et le bien-être de la population.

Une démarche et des objectifs à partager

Au CSSSB, les services sont regroupés en quatre programmes-clientèles afin de bien placer le client au centre des préoccupations. Chaque programme est sensible aux besoins spécifiques et à la réalité de vie de la clientèle à laquelle il est dédié. Il est aussi responsable d'offrir à cette clientèle un continuum de services. Dans chaque programme, les partenaires du milieu qui partagent cette préoccupation pour la clientèle ciblée ont été invités à participer à l'élaboration du projet clinique.

Le projet d'organisation clinique est donc le résultat d'une démarche faite en collaboration avec les partenaires du CSSSB pour évaluer si les services offerts à la population des MRC Beauce-Sartigan et Robert-Cliche répondent à ses besoins et comment il est possible, ensemble, de les améliorer pour y répondre de façon optimale.

Cette démarche a été coordonnée par le comité de direction qui agissait alors comme comité de pilotage.

Une première évaluation par la communauté

Avant même d'instaurer des tables de travail pour l'élaboration du projet clinique, une vaste opération de consultation a été menée dans les 26 municipalités du territoire et auprès des principaux partenaires du milieu. Cette démarche a permis de cerner les attentes de la communauté et de cibler des besoins prioritaires. Les résultats de cette consultation ont alimenté les réflexions des équipes-chantiers chargées de l'élaboration du projet clinique.

Un défi relevé

Cinq équipes-chantiers ont été mises en place pour revoir l'offre de service pour chaque clientèle : Famille-Enfance-Jeunesse, Personnes en perte d'autonomie, Adultes avec trouble d'adaptation, Santé physique et sociale générale, Santé physique et sociale spécialisée. Composées d'acteurs représentatifs du CSSSB et du milieu, ces équipes ont dressé le portrait de leur clientèle, identifié les forces et lacunes de l'offre de service actuelle et fait consensus sur les actions prioritaires qui garantiront des résultats en termes de continuité, d'accessibilité et de qualité.

Des travaux complémentaires ont été menés pour documenter l'offre de service pour des clientèles spécifiques bénéficiant déjà de services offerts par des organismes régionaux : dépendances, déficience intellectuelle, déficience physique.

Dans chaque équipe-chantier, les responsabilités ont été partagées de façon lucide et équitable. Chacun s'est montré conscient que les échanges qui ont donné lieu à un plan d'action ne constituaient que l'amorce d'une démarche qui devra se poursuivre dans le temps.

C'est d'ailleurs la conclusion à laquelle sont arrivés l'ensemble des participants animés par une dynamique et un enthousiasme renouvelés.

Plus que des vœux pieux

Dans chaque équipe-chantier, des comités de travail ont été mis en place pour évaluer plus en profondeur des problématiques et pour identifier des pistes de solution. Des plans d'action ont été élaborés pour faciliter le suivi des priorités retenues et des résultats attendus.



Comme elles en ont exprimé le souhait, les équipes-chantiers se sont fixé des rendez-vous formels (2 par année) pour évaluer le degré de réalisation des actions et l'atteinte des résultats, faire des ajustements, s'il y a lieu, et déterminer d'autres priorités pour que se complète le cycle d'amélioration continue.

Le premier rendez-vous s'est inscrit dans la préparation de la visite d'agrément de novembre 2006. Par le biais des grilles d'auto-évaluation fournies par le Conseil canadien d'agrément des services de santé, les équipes ont poursuivi leur réflexion sur l'organisation du continuum de services et ont eu l'occasion de valider leur plan d'action.

Une démarche à approfondir

Les équipes-chantiers ont relevé le défi qui leur avait été lancé : cerner les principales lacunes de l'offre de service et les actions pour y pallier en tenant compte des ressources du milieu.

Cependant, les résultats des travaux démontrent que l'analyse a surtout été qualitative et basée sur la connaissance que chacun avait des besoins de la population. Même si les premiers échanges ont été fructueux, il nous reste à approfondir l'analyse des besoins et des problématiques du milieu avec des outils objectifs. Ceux-ci faciliteront la mise en priorité de nos actions pour agir sur la santé et le bien-être de la population.

Le suivi et l'évaluation formelle sont coordonnés par la Direction de l'évaluation, de la qualité et de la performance qui travaille en étroite collaboration avec les directions concernées, incluant la Direction des ressources informationnelles, la Direction des services de support administratif et la Direction des ressources humaines. Des indicateurs sont sélectionnés pour apprécier l'évolution du projet clinique en comparant les performances réalisées aux performances attendues.

Dans cette perspective, le projet clinique n'est ni fini ni final. Il s'inscrit dans une démarche d'amélioration continue qui interpelle le CSSSB et ses partenaires au niveau de :

- l'accessibilité des services;
- la continuité et l'intégration des services;
- l'amélioration de la qualité des services;
- l'amélioration de la santé de la population.





« Évaluer et mettre à jour un plan d'action local de santé publique, le PAL »

CONTEXTE

L'adoption de la Loi sur la santé publique par le Gouvernement du Québec en 2001 confirme le rôle majeur qui incombe aux anciens CLSC en maintenant les CSSS dans la mise en œuvre des mesures de santé publique. L'article 14 de la Loi précise que les établissements assumant un mandat de CLSC doivent élaborer, mettre en œuvre, évaluer et mettre à jour régulièrement un plan d'action local de santé publique, le PAL. Ce plan s'inscrit à la fois dans le cadre général du Programme national de santé publique 2003-2012 lancé par le ministère de la Santé et des Services sociaux en 2003 et dans celui du Plan régional de santé publique, le PAR 2004-2007, adopté par l'Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches.

Les deux CLSC constituant le CSSS de Beauce ont complété et adopté leur plan d'action local au cours de l'année 2004. Ces plans identifiaient des services ou activités à consolider ou à développer au cours de l'année financière 2004-2005. Compte tenu que les PAL sont récents et que le PAR couvre la période 2004 –2007, il n'est pas apparu pertinent de mettre en place une équipe chantier sur le même modèle que celui adopté pour les programmes-clientèles. Une démarche simplifiée semblait plus appropriée.

Les principales étapes ont été les suivantes :

1. Validation des informations en lien avec les PAL et le PAR.
2. Bilan des actions ayant été reconnues prioritaires par chacun des anciens CLSC dans le cadre des PAL 2004 – 2005 qui s'est prolongé en 2005-2006.
3. Identification des problématiques émergentes en santé publique et des mesures prévues au PAR pour lesquelles le contexte nécessite des interventions plus soutenues.
4. Rencontre de travail avec les directeurs de programme en vue de cibler les actions prioritaires de santé publique devant être incluses dans le projet clinique du CSSSB en complément des cibles retenues par les équipes-chantiers, s'il y a lieu.

PRINCIPAUX CONSTATS

Le bilan des actions entreprises dans le cadre du PAL 2004-2005 et reconduites en 2005-2006 a permis d'identifier quelques éléments qui compromettent leur efficacité :

- les activités sont pertinentes mais éclatées, morcelées et peu intégrées;
- les activités sont souvent rendues sur une base individuelle, dans le cadre des services courants ce qui est susceptible de diminuer leur impact;
- les budgets sont morcelés, ce qui entraîne une reddition de compte exigeante en termes de temps et d'énergie.

ORIENTATIONS

Étant donné l'approche par programme-clientèle retenue, les activités de santé publique sont intégrées dans chaque programme-clientèle qui est responsable d'offrir toute la gamme de services à la clientèle à qui il s'adresse. Toutes les activités de promotion et prévention sont réorganisées pour une intégration et une efficacité maximale.



Dans l'organisation et la prestation des services de promotion et de prévention, le CSSSB a une préoccupation d'équité et de respect du milieu. C'est pourquoi, il a été convenu de n'élaborer qu'un seul PAL en respectant les réalités de chaque MRC. Les structures de concertation-réseau sont révisées dans chaque programme-clientèle avec la collaboration d'un organisateur communautaire par programme. Ainsi, les activités sont coordonnées mais peuvent différer d'un territoire à l'autre en fonction des besoins identifiés et des ressources disponibles.

Conformément à la responsabilité populationnelle, le suivi et l'évaluation des résultats des actions s'inscrivent en priorité. Tous les intervenants concernés s'entendent pour dresser un état de situation annuel en collaboration avec les partenaires du milieu :

- Les activités offertes sont-elles planifiées à partir d'un besoin identifié et documenté ?
- Le porteur de dossier est-il le plus susceptible d'arriver aux résultats escomptés ?
- Apportons-nous une réponse appropriée au besoin ?
- Quelles activités sont offertes ?
- Quel mode de prestation est privilégié ?
- Quel temps est consacré ?
- L'impact est-il évalué ? Comment ?

Un comité territorial des partenaires issu des tables de concertation est mis en place pour assurer cette évaluation annuelle mais aussi pour ajuster les actions en fonction du contexte, des priorités locales et des déterminants de la santé. Cette initiative vise à promouvoir l'approche et la responsabilisation populationnelles.

PRIORITÉS

En plus de poursuivre les actions retenues au PAL et au PAR, chaque programme-clientèle a identifié des priorités en matière de prévention et de promotion, et ce, en lien avec le projet clinique régional en santé publique. Ces priorités s'inscrivent dans le projet clinique élaboré par chaque programme-clientèle.

Programme FEJ

- Projet Ami des Bébés
- École en santé

Programme Adultes avec trouble d'adaptation

- Déploiement du projet REMI
- Implantation d'une table de concertation

Programme PPA

- Programme de prévention des chutes
- Soutien aux proches aidants



Programme de santé physique et sociale

- Rehaussement de la promotion des saines habitudes de vie : 0-5-30
- Rehaussement de la prévention secondaire : MPOC
- Révision de la trajectoire de services dans la lutte au cancer
- Révision de la trajectoire de services pour les personnes atteintes de maladies chroniques.



4.

LE PROGRAMME RÉGIONAL INFO-SANTÉ / SOCIALE



« Le programme Info-Santé / Sociale est une porte d'entrée et un maillon important pour la continuité des services dans tous les programmes-clients »

UN PROGRAMME RÉGIONAL

Le programme régional Info-Santé / Sociale est géré par le CSSSB et s'adresse à la population de Chaudière-Appalaches. Dans le rapport *Révision du rôle et de l'organisation du service de réponse téléphonique Info-Santé*, il est clairement indiqué que le rôle d'Info-Santé / Sociale est en soutien aux CSSS à qui incombe la responsabilité première de définir et d'organiser l'offre de service à la population du territoire qu'ils desservent et de conclure les ententes avec les partenaires. Le programme Info-Santé / Sociale s'inscrit dans une optique de continuité avec les programmes et les autres services locaux, régionaux et nationaux offerts. Dans cette optique, ce service ne vient pas se substituer aux autres services disponibles sur les territoires.

Au CSSSB, le programme Info-Santé / Sociale constitue à la fois une porte d'entrée et un maillon important pour la continuité des services dans tous les programmes-clients.

MISSION

Le programme Info-Santé / Sociale offre à la population un accès téléphonique rapide à une consultation professionnelle en réponse à des besoins en matière de santé et de services psychosociaux. Il a pour but de renforcer la capacité des individus de prendre en charge leur santé et leur bien-être ou celui de leurs proches, de les soutenir en situation de crise et de les orienter, au besoin, vers les ressources du réseau local les plus appropriées. Le programme contribue ainsi à une utilisation judicieuse des ressources.

PHILOSOPHIE

La philosophie du programme privilégie une approche globale qui intègre à la fois les dimensions biologique, psychologique et sociale et qui favorise le maintien et le renforcement de l'autonomie des personnes, leur responsabilisation, la participation du réseau de la personne et l'ancrage dans la communauté.

Cette approche fait appel à un partenariat avec le client qui vise à lui permettre de prendre en charge sa santé et son bien-être et favorise une utilisation judicieuse des services de santé et des services sociaux et les services de la communauté.

L'intervention téléphonique vise le maintien de la personne dans son milieu de vie, que ce soit à son domicile ou à un autre lieu de résidence, et s'inscrit dans une continuité de services le cas échéant.

La complémentarité et la continuité d'intervention entre Info-Santé / Sociale et les différents services font aussi partie des principes directeurs retenus. Celles-ci sont réalisées dans la mesure où le degré de spécificité et le champ d'action respectifs sont très bien circonscrits et où les mécanismes efficaces de concertation interprofessionnelle sont mis en place.

OFFRE DE SERVICE

Intervention professionnelle téléphonique

Le service consiste à offrir à toute la population, de façon centralisée régionalement, une intervention professionnelle téléphonique par des infirmières et des professionnels psychosociaux, 24 heures par jour, 7 jours par semaine. Il s'adresse aux personnes qui ont un besoin d'information, de référence, d'orientation, d'avis professionnels ou de conseils en matière de services de santé



et de services sociaux. La réponse et l'intervention en découlant sont généralement ponctuelles. Pour le volet psychosocial, l'intervention peut se situer dans un contexte de crise.

Accès téléphonique pour des clientèles particulières

Un autre service consiste en un accès téléphonique aux services de santé et services psychosociaux pour certaines clientèles spécifiques comme les clientèles admissibles à la garde infirmière ou médicale 24 / 7, les clientèles vulnérables des GMF ainsi que les clientèles d'autres programmes telles que celles ayant des problèmes de dépendance, de santé mentale ou ayant une maladie chronique. Les professionnels leur offrent des conseils ou les réfèrent pour des interventions en dehors des heures d'ouverture habituelles des services, selon un plan de traitement ou d'intervention fait en concertation avec le client, les CSSS et lorsque requis, avec les partenaires du réseau local.

Soutien aux intervenants

Le programme dessert également les intervenants qui requièrent, pour leur intervention auprès des usagers, une information sur la disponibilité des ressources, un conseil, une orientation, une référence, ou une discussion de cas dans le cadre d'une intervention particulière.

OBJECTIFS

Des objectifs de deux ordres sont poursuivis : le premier vise les clients et leur entourage et le second, le réseau de la santé et des services sociaux.

Objectifs relatifs aux clients

- Assurer l'accessibilité à une consultation téléphonique en matière de santé et de services sociaux, 24 heures par jour, 7 jours par semaine, à toute personne qui le requiert, dans l'ensemble des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux; ce qui inclut des services d'intervention téléphonique en situation de crise avec ou sans urgence ou de prévention de crise, 24 heures par jour, 7 jours par semaine, en lien avec les services d'intervention de crise dans le milieu;
- Assurer une réponse 24 / 7 aux clientèles enregistrées, vulnérables ou à risque provenant de différents programmes – services en dehors des heures d'ouverture des ressources du CSSS ou des GMF, selon les modalités de collaboration convenues, notamment avec les services de garde médicale ou infirmière ou avec les services d'intervention de crise dans le milieu, 24 / 7.

En vue de :

- prévenir la détérioration de la situation de santé ou psychosociale;
- dépister les situations comportant un risque pour la personne ou la communauté;
- conseiller le client dans le choix des actions à prendre concernant le problème décrit, et au besoin, des ressources à consulter;
- favoriser le maintien du client dans son milieu de vie et l'éducation à la santé;
- soutenir et renforcer le réseau social (famille, amis, etc.) de la personne en besoin.

Objectifs relatifs au réseau de la santé et des services sociaux

- Favoriser le recours aux ressources disponibles les plus aptes à répondre aux besoins des personnes qui font appel au service;



- Contribuer à diminuer le recours aux urgences hospitalières, à la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) ou aux autres services spécialisés du réseau lorsque les besoins ne le justifient pas;
- Répondre aux obligations légales de signalement en matière de vigie sanitaire, participer à la surveillance continue en santé publique et transmettre à la population l'information utile à la prévention de problèmes et à la promotion de la santé;
- Assurer la complémentarité avec les partenaires du milieu et du réseau de la santé et des services sociaux afin d'intervenir de façon optimale;
- Assurer une plus grande harmonisation dans le type de réponse ou de services offerts;
- Contribuer aux interventions de sécurité civile lors de situations critiques (pandémies, catastrophes, terrorisme).

LES GRANDS ENJEUX

Positionnement régional de la centrale Info-Santé / Sociale

L'harmonisation des services de la centrale Info-Santé / Sociale avec ceux des partenaires du réseau est essentielle afin d'assurer une réponse téléphonique efficace et efficiente. La concertation entre les professionnels de ces divers services revêt une grande importance en vue d'assurer la cohérence, tout comme l'uniformité de l'information fournie aux utilisateurs.

Ainsi, le *Rapport sur la révision du rôle et de l'organisation d'Info-Santé* a clarifié que trois conditions s'appliquent lorsque Info-Santé / Sociale est sollicité pour soutenir la continuité des services offerts :

- la responsabilité populationnelle de la santé et du bien-être de la population est celle des CSSS localement en collaboration avec leurs partenaires, dont les GMF;
- pour que Info-Santé / Sociale assume la première ligne par des interventions téléphoniques auprès des clients de ces partenaires, ceux-ci doivent transmettre l'information clinique pertinente pour favoriser une intervention professionnelle adéquate et cohérente avec leur plan de traitement ou d'intervention;
- pour que les clients aient accès pleinement aux services en continuité, les responsables populationnels doivent disposer en tout temps de professionnels qui répondront aux besoins immédiats non résolus, et ce, même à domicile, lorsque requis.

Enjeux régionaux en Chaudière-Appalaches

Le programme régional Info-Santé / Sociale participe aux travaux visant à actualiser les orientations ministérielles concernant l'organisation des services d'Info-Santé / Sociale. Les principaux axes de changement sont :

- le regroupement des services sur une base régionale et la mise en réseau des centrales régionales;
- l'amélioration de la facilité d'accès pour la clientèle par l'utilisation d'un numéro unique;
- l'élargissement de l'offre de service par l'ajout des services de réponse spécialisée pour les appels portant sur les médicaments;
- la transition du concept de service d'Urgence-Détresse vers celui d'Info-Sociale;
- l'amélioration des services à la clientèle enregistrée par la mise en place de systèmes d'information permettant le partage d'informations avec les partenaires externes.



D'autre part, le programme régional InfoSanté / Sociale fait face à d'autres défis :

- procéder à l'inventaire des ententes de partenariat, en assurer la mise à jour et en élaborer de nouvelles tenant compte de la mise en place des réseaux locaux de services;
- renforcer l'expertise et le plateau technologique de la centrale Info-Santé / Sociale en intégrant les clientèles de télésurveillance, celles enregistrées à Info-Santé et Info-Sociale, et en utilisant les nouvelles technologies de télé-soins permettant le soutien aux malades chroniques;
- maintenir des mécanismes de coordination avec les CSSS en vue de garantir la complémentarité et la continuité des services.



5.

LE PROGRAMME FAMILLE-ENFANCE-JEUNESSE



« Mettre en lumière la place et l'importance de la jeunesse et de la famille »

MISSION

Le programme Famille-Enfance-Jeunesse (FEJ) dispense aux jeunes de 0 à 18 ans et à leur famille, dans leur milieu (garderie, école, communauté), des services sociaux et de soins de santé de nature préventive, curative, de réadaptation et de réinsertion, et ce, avec une préoccupation de prévention et de promotion, en complémentarité avec les partenaires institutionnels et communautaires concernés. Ils s'adressent aussi aux jeunes présentant une déficience intellectuelle ou physique et à leur famille et visent à supporter le développement optimal et intégral des jeunes depuis la conception jusqu'à l'âge adulte.

PHILOSOPHIE DE SERVICE

Dans un monde où le vieillissement de la population est au centre des préoccupations sociales et politiques, le programme FEJ se dote d'une vision que partagent l'ensemble de ses intervenants : mettre en lumière la place et l'importance de la jeunesse et de la famille.

Pour y arriver, ils partagent des valeurs qui teintent leurs décisions et leurs interventions :

- l'équité dans le partage des ressources et dans l'offre de service à toutes les communautés du territoire;
- l'authenticité dans les relations avec les collègues et avec la clientèle afin de protéger la relation de confiance nécessaire à leurs interventions;
- la congruence entre les valeurs qui les animent et les moyens pour les actualiser : pas de promesse vaine;
- le respect entre collègues qui se manifeste entre autres par la reconnaissance des compétences de chacun envers la clientèle à qui on reconnaît des droits et des compétences, envers l'organisation à laquelle on est loyal;
- la concertation pour une efficacité maximale : « **Faire Ensemble pour les Jeunes** ».

LES GRANDS ENJEUX

Dans les dernières années, de nombreux travaux et documents ont alimenté la réflexion sur la réponse la plus appropriée à apporter aux familles et aux jeunes en difficulté. Ces travaux mettaient en évidence l'importance d'une action précoce et intensive, surtout auprès des clientèles vulnérables, pour éviter l'installation de dynamiques malsaines ou pathologiques qui compromettent le développement harmonieux des jeunes.

À cette stratégie de prévention et de promotion s'ajoute le dépistage précoce des clientèles susceptibles de vulnérabilité. Celui-ci se fera en collaboration avec les milieux où évoluent les jeunes : centres de la petite enfance, écoles, maisons de jeunes et autres organismes communautaires, services municipaux de loisirs, habitations à loyer modique, etc.

Pour que les actions soient porteuses, il importe de renforcer le pouvoir d'agir des personnes et des communautés et de soutenir le développement de leur capacité d'agir. Ainsi, les parents se reconnaissent un rôle primordial dans le développement de leur enfant et les jeunes sont eux aussi considérés comme des acteurs importants.

Enfin, comme la réforme le préconise, sont améliorées l'accessibilité et la continuité de services adéquats aux enfants, aux adolescents et aux parents quelles que soient la nature, l'intensité et la complexité des besoins.

Pour relever ce défi avec succès, la concertation et la complémentarité de toutes les ressources autant celles du réseau que celles du milieu sont essentielles. Le développement d'une approche globale, interdisciplinaire et intersectorielle s'avère incontournable.

QUELQUES CONSTATS

Données socio-sanitaires

Sur le territoire desservi par le CSSSB, la proportion de jeunes est de 21,3 % alors qu'elle est de 20,7 % pour la région. La décroissance du nombre de jeunes y est moins importante: 7,8 % en Beauce et 9,3 % en Chaudière-Appalaches. Cependant, on prévoit une décroissance de 10,9 % dans la MRC Robert-Cliche.

Le nombre de naissances est en diminution constante depuis 1987 et cette tendance est plus marquée dans la région que dans la province: 23,9 % en Beauce, 17,4 % en Chaudière-Appalaches et 12 % au Québec. Cependant, les familles ayant trois enfants et plus sont plus nombreuses en Beauce (19 % en Beauce-Sartigan et 20,3 % en Robert-Cliche) que dans l'ensemble du Québec (15 %). Les naissances prématurées sont plus fréquentes et les naissances de bébés de petit poids demeurent stables comme ailleurs en province. La proportion des mères âgées de moins de 20 ans (3,7 %) est légèrement supérieure à celle de la région (3 %) mais inférieure à celle du Québec (4,6 %). Le niveau de scolarisation des mères est en augmentation.

La monoparentalité est un phénomène qui prend plus d'ampleur au Québec (20,5 %) qu'en Beauce (14,6 %). Les prises en charge pour négligence et pour troubles du comportement ont augmenté davantage en Beauce (8,1 % et 3,8 %) qu'en Chaudière-Appalaches (5 % et 2,9 %).

Le décrochage scolaire était plus élevé en Beauce qu'ailleurs en Chaudière-Appalaches jusqu'en 2003 où la tendance s'est renversée: 17,7 % vs 18,2 %. Il s'agit d'un problème qui est plus marqué chez les jeunes garçons (26 %) que chez les jeunes filles (9,7 %).

En ce qui concerne les habitudes de vie recensées en 2001 par la Commission scolaire de la Beauce-Etchemin, 11,8 % des jeunes faisaient un usage régulier du tabac, 24,7 % consommaient de l'alcool régulièrement et 22,9 % de façon excessive, 12,8 % prenaient du cannabis de façon régulière et 5,8 % consommaient des hallucinogènes de façon occasionnelle. Par contre, la consommation problématique (4,8 %) semblait moins alarmante qu'ailleurs dans la région (5,8 %) et qu'au Québec (6 %). 52 % des jeunes du secondaire s'adonnaient à des jeux d'argent et un sur quarante avouait un problème de jeu.

En ce qui a trait aux problèmes de santé, on note :

- des hospitalisations attribuables surtout à des problèmes respiratoires et à des maladies de l'appareil digestif;
- des consultations en pédopsychiatrie pour des problèmes de santé mentale non diagnostiqués, des troubles de l'attention avec ou sans hyperactivité, des troubles du comportement;
- des consultations en pédiatrie ambulatoire pour des suivis post-hospitalisation, des infections urinaires, des problèmes de diabète et des retards de développement;
- un taux de césarienne supérieur à la moyenne provinciale;
- des suivis de prématurés en périnatalité;
- des décès attribuables principalement à des accidents de transport impliquant un véhicule à moteur (24 décès entre 1997 et 2001).



Le diagnostic de la communauté et des intervenants

La tournée de consultation effectuée à l'hiver 2005 a permis d'identifier les principales lacunes du système mais aussi les attentes et préoccupations de la population et des partenaires. L'analyse des forces et faiblesses faite par l'équipe-chantier a corroboré les lacunes et les besoins énoncés lors de la tournée de consultation.

▪ *Au niveau de l'accessibilité*

Les services en périnatalité sont décrits comme efficaces et faciles d'accès. La présence des intervenants du CLSC en milieu scolaire est appréciée. La collaboration avec les centres de la petite enfance, les maisons des jeunes et autres organismes communautaires apparaît aussi comme un atout pour rejoindre les jeunes en difficulté et bien cerner les besoins.

Par contre, la méconnaissance des services disponibles peut compromettre une demande d'aide au moment opportun tout comme la difficulté d'accès aux services en raison des heures d'ouverture, de l'éloignement relatif de certaines municipalités ou de la disponibilité restreinte des médecins et ressources professionnelles spécialisées. On déplore aussi l'absence de ressources médicales de 1^{re} ligne dédiées à la clientèle du programme FEJ et de ressources professionnelles pour les clientèles qui ne sont pas considérées vulnérables.

▪ *Au niveau de la continuité et de l'intégration*

La collaboration entre les intervenants des diverses instances est tangible que ce soit en périnatalité, en milieu scolaire ou avec les établissements de 2^e ligne. On espère que des initiatives comme l'approche École en santé et Initiative Ami des bébés viendront rehausser les partenariats déjà établis. On souhaite aussi que la hiérarchisation des services préconisée par la réforme permettra d'ajuster les services, évitant ainsi les délais d'attente et les dédoublements de services.

▪ *Au niveau de la qualité*

La qualité des services n'est pas mise en doute même si l'on constate des disparités dans les approches privilégiées et dans les services offerts dans les deux MRC. Comme pistes d'amélioration, on identifie le dépistage précoce des diverses problématiques, la mise en place d'un guichet unique pour l'accès aux services, la décentralisation des services et le développement de divers programmes de support. Il y a aussi consensus sur l'importance de rehausser le financement des organismes communautaires.

Les clientèles à privilégier

Autant au niveau provincial que niveau régional, on a identifié certaines clientèles qui méritent une attention particulière dans la définition de l'offre de service :

▪ *Clientèles prioritaires*

- enfants de moins de 5 ans nés d'une mère sous-scolarisée et / ou âgée de moins de 20 ans et / ou ayant un faible revenu;
- enfants et jeunes présentant des problèmes de développement, d'adaptation ou de comportement;
- enfants de 0-5 ans atteints de déficience motrice et de déficience de la parole et du langage;
- enfants atteints de DI / TED qui nécessitent des services dans leur milieu;
- enfants et jeunes ayant fait l'objet d'un signalement non retenu par la Direction de la protection de la jeunesse mais ayant besoin de services;



- enfants et jeunes ayant complété un suivi sous un régime de protection et nécessitant une continuité;
 - jeunes ayant des problèmes de dépendance ou étant à risque d'en développer.
- **Clientèles émergentes**
 - jeunes éprouvant des problèmes multiples qui nécessitent un arrimage entre plusieurs ressources;
 - jeunes décrocheurs;
 - jeunes de 16-17 ans présentant des troubles de comportement;
 - jeunes sans projet de vie qui sortent d'un régime de protection et qui atteignent 18 ans;
 - jeunes ayant un problème d'obésité ou de diabète;
 - enfants avec un retard de développement;
 - bébés prématurés et bébés de petit poids susceptibles de présenter des déficiences congénitales.

L'OFFRE DE SERVICE ACTUELLE

Le programme FEJ offre une gamme complète de services qui s'adresse à la famille et aux jeunes de moins de 18 ans : prévention, promotion, dépistage précoce, services sociaux, soins physiques, pédopsychiatrie, soutien, réadaptation et soins de fin de vie.

La clientèle desservie par le programme inclut les femmes enceintes, les nouveaux-nés, les enfants, les adolescents, les nouveaux parents, les familles en difficulté, les enfants et les jeunes présentant une déficience physique ou intellectuelle et ceux ayant un problème de dépendance.

La gamme de services est offerte en milieu hospitalier et dans la communauté avec une préoccupation de complémentarité avec les différents partenaires (tableau I).

LES PRIORITÉS RETENUES

Dans le cadre du projet clinique régional, des balises ont été élaborées par l'Agence de santé et de services sociaux. Celles-ci précisent que des activités de prévention et de promotion doivent être effectuées en amont des interventions auprès de la clientèle vulnérable, que l'offre de service de 1^{re} et de 2^e ligne doit être consolidée et que l'organisation des services doit encourager le décloisonnement et la complémentarité.

Des cibles cliniques ont été reconnues prioritaires :

- réponse appropriée aux besoins des femmes enceintes et des mères de moins de 20 ans et / ou sous-scolarisées et vivant avec un faible revenu;
- interventions requises en période pré et postnatale auprès des femmes rejointes;
- suivi intensif pour les mères et les familles en contexte de vulnérabilité dans le cadre du programme de soutien aux jeunes parents (PSJP);
- amélioration de l'accessibilité et de l'intensité des services jeunesse (1^{re} et 2^e ligne);
- partenariat avec le réseau de l'éducation et les autres partenaires pour le déploiement de l'intervention globale École en santé;



- intervention précoce afin de réduire le délai d'attente pour l'évaluation des signalements à la DPJ.

L'équipe-chantier du programme FEJ a pris en compte son analyse de la réalité territoriale et des résultats de la consultation populaire ainsi que les balises régionales pour définir ses priorités pour les trois années à venir (tableau II).

D'autres pistes d'action qui impliquent un moindre déploiement de ressources ont été identifiées et certaines sont même en voie de réalisation. À travers elles, la concertation se dessine. Il restera à évaluer l'impact des efforts collectifs sur la santé et le bien-être des jeunes et de leur famille.



**TABEAU I Programme Famille-Enfance-Jeunesse
Offre de service actuelle du CSSSB**

SERVICES OFFERTS	
Hôpital	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Obstétrique et soins post-partum ▪ Néonatalogie légère ▪ Vaccination (vaccins spéciaux) ▪ Clinique de grossesse à risque ▪ Clinique du nourrisson ▪ Hôtellerie pour les mamans dont le nouveau-né reste hospitalisé ▪ Soins de courte durée en pédiatrie ▪ Soins ambulatoires en pédiatrie : <ul style="list-style-type: none"> • clinique de diabète, clinique d'enseignement sur l'asthme, sur le moniteur d'apnée et le RCR, antibiothérapie intraveineuse, etc. ▪ Services de pédopsychiatrie
CLSC	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Activités de promotion de saines habitudes de vie ▪ Activités de santé préventive selon le protocole MSSS-MEQ ▪ Prévention des traumatismes non intentionnels ▪ Vaccination ▪ Rencontres prénatales incluant une visite de l'hôpital ▪ Soutien à l'allaitement ▪ Visites postnatales et postadoption ▪ Soutien aux jeunes parents (PSJP) et Naïte égaux, grandir en santé (NEGS) ▪ Soins infirmiers et services psychosociaux (familles, CPE, écoles) ▪ Hygiène dentaire ▪ Clinique Jeunesse ▪ Soutien à la famille (déficience physique ou intellectuelle) ▪ Réadaptation externe pour les jeunes avec un diagnostic en pédopsychiatrie ▪ Organisation communautaire
PARTENAIRES DU RLS	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Commission scolaire de la Beauce-Etchemin ▪ Centre Jeunesse ▪ Centre de réadaptation en déficience physique ▪ Centre de réadaptation en déficience intellectuelle ▪ CRAT-CA ▪ Hôpitaux (HDL, CHUL, Sainte-Justine) ▪ Cliniques médicales ▪ CPE ▪ Organismes communautaires : <ul style="list-style-type: none"> • Maison de la famille, Parentaide, Le Berceau, Maisons de jeunes, Association des familles monoparentales et reconstituées, VI-SA-VI, Havre L'Éclaircie, Partage au masculin, Association des personnes handicapées, Association pour l'intégration sociale, Le Sillon ▪ Coopératives de services ▪ Sécurité publique ▪ Municipalités (services de loisirs et OMH) ▪ Allaitement Québec et organismes locaux de soutien à l'allaitement 	



**TABEAU II Programme Famille-Enfance-Jeunesse
Priorités 2007-2010**

Priorités	Moyens/actions
Prévention-promotion	
Développer et implanter en partenariat une intervention globale et concertée en privilégiant deux approches : IAB (Initiative Ami des Bébé) et École en santé	<ul style="list-style-type: none">▪ Mettre en place 2 équipes de travail pour l'élaboration d'un plan d'action avec échéanciers
Intensifier le développement d'attitudes propices à l'attachement et à la stimulation (0-5 ans) et le soutien à l'encadrement parental (0-18 ans)	<ul style="list-style-type: none">▪ Intensifier les services psychosociaux en 1^{re} ligne▪ Intensifier les programmes PSJP et NEGS▪ Mettre en place des groupes d'adolescents▪ Poursuivre les projets qui donnent de bons résultats : Magicien du temps, etc.
Accessibilité	
Développer et rendre accessible une gamme de services spécifiques pour la clientèle de 1 ^{re} et 2 ^e ligne	<ul style="list-style-type: none">▪ Évaluer les besoins en matière de services spécifiques (ergothérapie, orthophonie, etc.)▪ Mettre en place une équipe de travail intersectorielle pour l'élaboration d'un plan d'action
Augmenter l'accès aux services en santé mentale (6-18 ans)	<ul style="list-style-type: none">▪ Informer la clientèle jeunesse des services existants lors des situations de crise▪ Implanter une équipe spécifique en santé mentale de 1^{re} ligne avec un volet de prévention▪ Mettre en place un guichet unique pour l'accès aux services de 1^{re} ligne▪ Actualiser la hiérarchisation des services
Continuité	
Favoriser la transition à la vie adulte des jeunes en difficulté (17 ans) en facilitant le transfert inter-programmes	<ul style="list-style-type: none">▪ Assurer l'élaboration d'un plan de service individualisé au cours de la 17^e année▪ Établir un protocole inter-programmes





« Ce programme cible la clientèle adulte qui présente des problèmes de santé physique ou sociale »

MISSION

Conformément à l'approche par programme-clientèle retenue au CSSSB, le programme de santé physique et sociale cible la clientèle adulte qui présente des problèmes de santé physique ou sociale pour lesquels des services de 1^{re} ou de 2^e ligne sont requis : accueil, évaluation et orientation vers les services appropriés, services diagnostiques, services généraux et courants, soins aigus spécialisés et surspécialisés, réadaptation, soins palliatifs et de fin de vie.

La prévention et la promotion font partie intégrante des services du programme de santé physique et sociale au même titre que les services curatifs. L'enseignement et la recherche appuient le développement et l'amélioration de l'offre de service.

PHILOSOPHIE DE SERVICE

La philosophie de service du programme de santé physique et sociale s'inspire de la philosophie organisationnelle du CSSSB. Elle vise l'actualisation des responsabilités qui incombent à tous les programmes-clientèles soient l'amélioration de l'accessibilité, de la continuité et de la qualité des services.

Sa préoccupation centrale concerne la qualité des services qui se définit comme la conjugaison d'une réponse appropriée aux besoins de la clientèle, de pratiques conformes aux standards et d'une utilisation rationnelle des ressources.

L'organisation de services intégrés est privilégiée pour améliorer le processus de prise en charge des clientèles dans une optique interdisciplinaire qui favorise la valorisation des compétences et la collaboration inter-professionnelle.

Dans l'organisation et la distribution des services, les équipes du programme de santé physique et sociale misent sur les potentialités des clients et de leur famille tout autant que sur la complémentarité des partenaires locaux et régionaux.

LES GRANDS ENJEUX

Les grands enjeux du programme de santé physique et sociale se situent dans une organisation de services qui tient compte de la hiérarchisation des services dans un contexte où la notion d'urgence est aussi mal comprise que la gamme des services est mal connue.

Les échanges dans le cadre des équipes-chantiers ont permis de cerner les défis qui attendent les équipes du programme de santé physique et sociale :

- réussir l'organisation en fonction des groupes clientèles alors qu'il s'agit là d'un concept nouveau pour beaucoup d'intervenants, de médecins et de bénévoles;
- maximiser l'interdisciplinarité sans doubler les interventions;
- intégrer la notion d'accompagnement dans les interventions pour faciliter le cheminement des clients dans le réseau;
- hiérarchiser les activités médicales en les positionnant à la 1^{re}, 2^e et 3^e ligne;
- simplifier les processus et apprécier les résultats des activités préconisées;
- favoriser l'émergence de projets novateurs de distribution de soins et services pour assurer la performance des services et la satisfaction des clients;



- considérer le projet clinique comme une démarche d'amélioration continue de la qualité qui se poursuivra au fil des ans dans une relation de confiance avec les partenaires internes et externes.

D'autre part, le vieillissement de la population va de pair avec l'augmentation des maladies chroniques. Cette réalité a beaucoup d'impact sur le programme de santé physique et sociale qui est la porte d'entrée dans le réseau de services tout autant que la référence pour le traitement des problèmes complexes.

Enfin, un autre enjeu de taille consiste à passer d'une logique de services en réponse aux besoins à une logique de responsabilité populationnelle qui implique qu'on prévient l'émergence des problèmes plutôt que de se contenter de les soigner.

QUELQUES CONSTATS

Données socio-sanitaires

Les adultes entre 18 et 64 ans constituent 66,1 % de la population totale de la Beauce qui devrait s'accroître de 3,3 % entre 2004 et 2012. On prévoit que le nombre des 50-64 ans augmentera davantage en Beauce (26 %) qu'ailleurs dans la région (20,2 %).

Considérant que la santé et le bien-être de la population sont influencés par plusieurs déterminants, il importe de souligner quelques particularités du territoire desservi par le CSSSB : la scolarité y est plus faible qu'ailleurs au Québec, les emplois plus nombreux, le taux de chômage plus bas tout comme les revenus. Les personnes vivent davantage en famille ou en couple mais la proportion des familles monoparentales est en croissance.

Au niveau environnemental, la situation est similaire à celle rapportée pour Chaudière-Appalaches :

- environ cinq périodes de smog en période estivale;
- un smog hivernal en raison de l'utilisation importante des poêles à bois;
- la qualité de l'air extérieur influencée par la production agricole;
- le bruit nocif et les odeurs chimiques en lien avec des activités industrielles;
- des problèmes de contamination microbiologique de l'eau.

La Beauce comme Chaudière-Appalaches est touchée par la problématique des accidents de la route souvent associés à la conduite avec facultés affaiblies. Par contre, elle se démarque favorablement pour l'espérance de vie en bonne santé. Chez les 18-34 ans, la principale cause de décès est attribuée aux accidents de transport impliquant un véhicule à moteur (39,3 %) alors que ce sont les tumeurs qui sont la cause la plus importante de décès chez les 35-49 ans (31,7 %) et chez les 50-64 ans (45,7 %).

L'incidence des problèmes de santé ne diffère pas de façon significative en ce qui a trait au diabète et aux maladies entériques. Cependant, la situation diffère quelque peu pour ce qui est du cancer : taux plus élevé du cancer du sein, du colon-rectum mais plus bas pour le cancer de la prostate chez les 50-64 ans; taux plus élevé du cancer du poumon et du colon-rectum chez les 35-49 ans.

L'utilisation des services hospitaliers se traduit par un taux de rétention de 80,2 % dans la MRC Beauce-Sartigan, en hausse entre 1998 et 2003 alors qu'il atteint 61,2 %, avec une tendance à la baisse pour la MRC Robert-Cliche. Des analyses effectuées par l'Association des hôpitaux du Québec (AHQ) indiquent que les taux de rétention sont plus élevés en médecine qu'en chirurgie, ce qui s'explique par le fait que les cas complexes sont traités en centre tertiaire.



Les motifs d'hospitalisation varient en fonction de la strate d'âge. Chez les 18-34 ans, 63,5 % des hospitalisations sont attribuables à des complications de la grossesse ou de l'accouchement ou à des suites de couches. Chez les 35-49 ans, ce sont des causes diverses qui motivent 55,5 % des hospitalisations. Chez les 50-64 ans, les maladies de l'appareil circulatoire comptent pour 32,1 % des hospitalisations et les causes diverses pour 43,1 %. Environ 60 % des clients hospitalisés sont admis via l'urgence alors que la moyenne au Québec est de 52 %.

Le diagnostic de la communauté et des intervenants

▪ *Au niveau de l'accessibilité*

L'accessibilité apparaît comme une lacune importante autant pour la population que pour les professionnels. Cette lacune est attribuée à la méconnaissance des services disponibles, à la complexité des mécanismes de communication et aux délais d'attente qui rendent difficile l'accès aux services diagnostiques et aux consultations spécialisées.

Une demande générale est formulée : mettre en place un guichet unique pour donner un accès facile, offrir une réponse rapide et éviter les démarches multiples autant pour la population que pour les professionnels.

▪ *Au niveau de la continuité et de l'intégration*

Le manque de fluidité dans la transmission des informations cliniques apparaît comme le principal obstacle à la continuité et à l'intégration des services. Il en résulte parfois des dédoublements qui irritent autant les clients que les intervenants.

D'autre part, les infirmières pivots (GPS) sont appréciées à un point tel qu'on souhaite les voir se multiplier pour être disponibles à l'ensemble des clientèles qui nécessitent un suivi post-hospitalisation. De même, le suivi systématique tel que celui offert aux clientèles de chirurgie orthopédique apparaît comme une approche qui devrait être généralisée à celles qui présentent une maladie chronique.

▪ *Au niveau de la qualité*

La qualité des services est un constat unanime : dès qu'ils ont accès aux services, les clients sentent qu'on répond à leurs besoins et même parfois qu'on dépasse leurs attentes. La population est consciente qu'elle dispose d'équipements de haute technologie et qu'elle peut compter sur la compétence des cliniciens.

De même, certains services sont cités comme exemplaires : suivi téléphonique postopératoire, soins palliatifs à domicile, anticoagulothérapie en collaboration avec les pharmacies communautaires, dépistage, enseignement et réhabilitation des personnes ayant un trouble cardiaque en collaboration avec la Fondation Louis-Georges Fortin, prêt d'équipement en soutien à la réhabilitation à domicile, etc.

Les clientèles à privilégier

Autant au niveau provincial qu'au niveau régional, on a identifié certaines clientèles qui méritent une attention particulière dans la définition de l'offre de service en santé physique. Ce sont les clientèles dites vulnérables.

▪ *Clientèles prioritaires*

- personnes nécessitant des services de cardiologie tertiaire;
- personnes nécessitant une chirurgie orthopédique de remplacement (hanche, genou);
- personnes nécessitant une chirurgie ophtalmologique (cataracte);
- personnes nécessitant une chirurgie;



- personnes nécessitant des traitements en oncologie;
 - personnes atteintes de maladie chronique;
 - personnes atteintes d'un cancer du sein, du col, du poumon;
 - personnes en phase terminale nécessitant des soins physiques et psychologiques;
 - personnes en perte d'autonomie qui nécessitent des soins pour atténuer la souffrance globale (physique et psychologique) et les proches de la personne recevant des services de soins palliatifs.
- **Clientèle émergente**

La clientèle émergente est celle qui est atteinte de maladie évolutive et chronique telle que sclérose en plaques, Parkinson, etc.

L'OFFRE DE SERVICE ACTUELLE

L'offre de service du programme de santé physique et sociale est assujettie à celle du CSSSB qui est le premier responsable de dispenser avec ses différents partenaires des soins et services sur le territoire des MRC Beauce-Sartigan et Robert-Cliche. Soucieux de réussir cette intégration, le programme privilégie différentes approches dont le suivi systématique de la clientèle, l'approche communautaire et l'empowerment. Selon les besoins de la clientèle, ces approches sont utilisées à l'hôpital, dans les autres installations du CSSSB ou dans la communauté. Elles sont adaptées aux situations, cultures et contextes.

L'offre de service inclut des services de prévention et promotion, d'accueil, d'évaluation et orientation, des services généraux et courants, des services spécialisés et surspécialisés, de la réadaptation, des services palliatifs et de fin de vie. Les services spécialisés et surspécialisés sont également offerts à la population de la MRC des Etchemins.

Plusieurs services surspécialisés sont disponibles grâce à des protocoles d'entente bidirectionnels avec des centres tertiaires.

LES PRIORITÉS RETENUES

Dans le cadre du projet clinique régional, des balises ont été élaborées par l'Agence de santé et de services sociaux. Celles-ci précisent que des activités de prévention et de promotion doivent être effectuées en amont des interventions auprès de la clientèle vulnérable, que l'offre de service de 1^{re} et de 2^e ligne doit être consolidée et que l'organisation des services doit encourager le décloisonnement et la complémentarité.

D'autre part, le MSSS a précisé plus de trente attentes en regard du programme de santé physique et sociale. Celles-ci concernent entre autres les délais d'attente, notamment en chirurgie, l'accès à un médecin en 1^{re} ligne, le dépistage du cancer du sein, la lutte au cancer en équipe interdisciplinaire et les services en oncologie, le développement de saines habitudes de vie.

Des cibles ont été priorisées par les deux équipes-chantiers du programme de santé physique et sociale. Longuement discutées, elles ont fait l'objet d'un consensus, et ce, en tenant compte des forces, lacunes et constats généraux rapportés lors des différentes consultations. Ces cibles sont à court terme (2006-08) et répondent aux objectifs d'accessibilité, de continuité et de qualité.



**TABEAU I Programme Santé physique et sociale
Offre de service actuelle du CSSSB**

SERVICES OFFERTS	
Hôpital	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Urgence mineure et majeure ▪ Services médicaux généraux ▪ Services médicaux spécialisés : <ul style="list-style-type: none"> • anesthésiologie, chirurgie générale, orthopédie, médecine interne, cardiologie, ophtalmologie, urologie, oto-rhino-laryngologie ▪ Services diagnostiques : <ul style="list-style-type: none"> • biologie médicale, anatomopathologie, imagerie médicale (IRM/TDM, échographie, radiologie), électrophysiologie ▪ Consultations spécialisées : <ul style="list-style-type: none"> • hémato-oncologie, neurologie, endocrinologie, infectiologie, gastro-entérologie, pneumologie, etc. ▪ Pharmacie ▪ Médecine de jour
CLSC	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Activités de prévention et de promotion de la santé ▪ Accueil, évaluation, orientation ▪ Services courants destinés à l'ensemble de la population ▪ Services psychosociaux ▪ Réadaptation physique ▪ Soins palliatifs à domicile ▪ Soins spécifiques pour les personnes atteintes d'une maladie chronique ▪ Vaccination ▪ Services dentaires préventifs ▪ Organisation communautaire
PARTENAIRES DU RLS	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cliniques médicales et GMF ▪ Pharmacies communautaires ▪ Cliniques professionnelles ▪ Info-Santé/Sociale ▪ CRDP (URFI) ▪ Hôpitaux tertiaires (CHA Hôtel-Dieu de Lévis, Enfant-Jésus, Saint-Sacrement, Hôpital Laval), CHUQ et CUSE ▪ CSSS des Etchemins, de Thetford et du Granit ▪ Maison Catherine de Longpré ▪ Héma-Québec et Québec-Transplant ▪ Entreprises d'économie sociale ▪ Transport adapté ▪ Fondation Louis-Georges Fortin inc. ▪ Organismes communautaires : <ul style="list-style-type: none"> • Action volontaire de Beauce, Association bénévole des Cantons, DIA-LOGUE inc, Groupe d'entraide pour arthritiques de Beauce-Appalaches, Groupe Espérance et Cancer, Société canadienne du cancer, Association québécoise de l'épilepsie, Moisson Beauce inc., Popote roulante ▪ Services municipaux 	



**TABEAU II Programme Santé physique et sociale
Priorités 2007-2010**

Priorités	Moyens/actions
Prévention-promotion	
Implanter des services de promotion de saines habitudes de vie et de prévention des maladies chroniques	<ul style="list-style-type: none">Rehausser la collaboration avec la Fondation Louis Georges Fortin inc.
Accessibilité	
Mettre en place un plan local d'accessibilité aux services de 1 ^{re} ligne et aux services spécialisés	<ul style="list-style-type: none">Définir les critères d'accessibilité aux examens diagnostiques et aux interventions chirurgicalesAménager une 4^e salle d'opérationAcquérir l'équipement spécialisé pour les fins de meilleures pratiques
Continuité	
Poursuivre l'implantation des services intégrés pour les personnes atteintes d'une maladie chronique : diabète, MPOC, problèmes cardio-vasculaires dont l'insuffisance cardiaque	<ul style="list-style-type: none">Poursuivre le réseautage pour l'intégration des servicesDévelopper des algorithmes pour les clients nécessitant un cheminement dans plusieurs programmesConsolider l'information et l'enseignement de base pour les clientèles prioritaires
Qualité	
Améliorer la transmission de l'information professionnelle utile à travers le CSSSB et avec les partenaires dans le respect des lois et à la demande du client	<ul style="list-style-type: none">Améliorer le recensement et la diffusion du profil médicamenteux
Assurer le suivi des agréments du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) et de Lutte au cancer	<ul style="list-style-type: none">Former des comités aviseurs pour l'élaboration et le suivi des plans d'action





« Ce programme accorde une place importante aux activités de prévention et de promotion »

MISSION

Le programme Adultes avec trouble d'adaptation offre une gamme de services complète qui vise à donner à toute personne adulte dont la santé mentale est perturbée, à sa famille et à son environnement immédiat, une réponse rapide et adaptée à ses besoins et appropriée à sa situation. Ce programme accorde une place importante aux activités de prévention et de promotion afin de réduire la prévalence des maladies mentales et autres troubles d'adaptation.

PHILOSOPHIE DE SERVICE

La philosophie de service du programme Adultes avec trouble d'adaptation s'inspire des grands principes mis de l'avant dans le Plan d'action en santé mentale 2005-2008 déposé par le MSSS en janvier 2006. Ainsi, les membres de l'équipe-chantier et l'ensemble des intervenants s'entendent sur l'importance de :

- répondre aux besoins des personnes en assouplissant les frontières (interétablissements et interprogrammes) qui balisent les interventions;
- informer et outiller les personnes utilisatrices afin de favoriser la participation des clients à l'implantation du plan d'action;
- intervenir précocement et dans les services de 1^{re} ligne et ainsi réserver les ressources spécialisées aux seuls cas qui les requièrent;
- favoriser l'intégration sociale et le rétablissement des personnes ayant un trouble mental grave;
- reconnaître le potentiel des personnes ayant un trouble mental de faire des choix et de participer activement aux décisions qui les concernent;
- développer une culture de collaboration, basée sur le respect et la confiance, entre les différents acteurs.

LES GRANDS ENJEUX

L'OMS définit la santé mentale « *comme un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté* ». (OMS, Santé mentale : renforcement de la promotion de la santé mentale, 2001). C'est dans cette perspective que le programme Adultes avec trouble d'adaptation perçoit les principaux enjeux en termes d'organisation de services, de prévention et de promotion.

La transformation des services de santé mentale au Québec est entreprise depuis de nombreuses années. En 1989, le Québec se dotait d'une politique de santé mentale qui faisait chose du passé le modèle asilaire et qui proposait le virage vers un modèle de réadaptation basé sur le développement des capacités de chaque individu et sur une réponse adaptée à ses besoins. Près de 10 ans plus tard, soit en 1998, le MSSS publiait son plan d'action en santé mentale qui soulignait de manière encore plus marquée, la nécessité de faire de l'appropriation individuelle et collective du pouvoir par les personnes atteintes, la trame de fond de l'ensemble de la transformation des services.

Plus récemment, le ministre de la Santé et des Services sociaux ciblait la santé mentale à titre de priorité nationale et s'engageait à mobiliser l'ensemble des acteurs concernés, pour améliorer



l'aide que nous offrons, comme société, aux personnes ayant un trouble mental. En ce sens, il déposait, en janvier 2006, un plan d'action qui prend assise sur le développement prioritaire d'une forte offre de service de 1^{re} ligne rapidement accessible pour toute la population.

D'autre part, des données de l'OMS démontrent que les stratégies visant à promouvoir la santé mentale et à prévenir les maladies psychiatriques s'avèrent efficaces et donnent des résultats dans les domaines sanitaire, social et économique, lorsqu'elles sont dûment mises en œuvre :

« Agir en amont, c'est (...) permettre aux personnes de prendre en main leur santé et de l'améliorer. C'est développer les facteurs de robustesse et de conditions sociales et économiques favorables. C'est (...) reconnaître les facteurs de risque et chercher à les réduire, à les modifier (...). La promotion de la santé mentale est une expression qui recouvre tout un éventail de stratégies visant à améliorer la santé mentale (...) à encourager les ressources et compétences individuelles, ainsi que l'environnement socioéconomique. La promotion de la santé mentale requiert une action plurisectorielle, associant plusieurs secteurs publics tels que ceux de la santé, de l'industrie, de l'emploi, de l'éducation, de l'environnement, des transports et des services sociaux et communautaires, ainsi que des organisations non-gouvernementales ou communautaires telles que des groupes d'appui sanitaire, des églises, des clubs et d'autres organismes. ». (OMS, *Santé mentale: renforcement de la promotion de la santé mentale, 2001*)

Ainsi, sont mises en place des stratégies qui encouragent non seulement le développement d'aptitudes personnelles et sociales afin que tous, enfants, jeunes, adultes et aînés des deux sexes, soient en mesure d'adopter des habitudes de vie saines et sécuritaires et d'améliorer leurs conditions de vie mais aussi la création d'environnements favorables pour la mobilisation et le soutien dans les milieux de vie.

QUELQUES CONSTATS

Données socio-sanitaires

Les données provinciales et régionales font état d'un taux important de troubles d'adaptation plus ou moins sévères :

- **Au Québec**
 - 20 % des jeunes présentent au moins un trouble mental et un trouble mental avec problème d'adaptation;
 - la co-morbidité est d'environ 30 % dans la population en général;
 - 20 % de la population est aux prises avec un taux élevé de détresse psychologique;
 - les réclamations en invalidité pour problèmes de santé mentale représentent 33 % de l'ensemble des demandes;
 - le suicide est devenu la première cause de mortalité au Québec chez les hommes de 15-39 ans, plaçant le Québec au 3^e rang dans le monde pour son taux de mortalité par suicide chez les hommes et au 6^e en ce qui concerne les femmes.
- **En Chaudière-Appalaches**
 - le suicide est la 2^e cause de mortalité chez les 18-34 ans;
 - la région se situe au 4^e rang parmi les 15 régions du Québec quant à la mortalité par suicide avec un taux ajusté de 24,9 % alors que le taux moyen du Québec est de 19,1 %.



- **En Beauce**

- en 2001, la Beauce obtenait le plus haut taux de suicide de la région (36,6 / 10 000 habitants) chez les 18-34 ans et chez les 35-49 ans (30,2 / 10 000 habitants);
- les hommes comptent plus de décès et affichent un taux de mortalité par suicide plus élevé que celui des femmes;
- un pourcentage important de personnes ayant un trouble mental ont un faible revenu ce qui influe sur les possibilités de réadaptation et de participation sociale.

Les données sur les motifs d'hospitalisation complètent les données socio-sanitaires liées aux troubles d'adaptation :

- chez les 18-34 ans, le taux d'hospitalisation pour psychose est supérieur (29,2 / 10 000) à celui de Chaudière-Appalaches (23,8 / 10 000);
- chez les 35-49 ans et les 50-64 ans, les taux d'hospitalisation sont plus élevés qu'au Québec, pour ce qui est de la psychose et des troubles névrotiques;
- chez les 35-49 ans et les 50-64 ans, le taux d'hospitalisation pour psychose est supérieur (54,7 % et 47,9 %) à celui de la région (36,9 % et 33,4 %);
- le taux d'occupation de l'unité de psychiatrie a été de 106 % en 2004-2005.

Le diagnostic de la communauté et des intervenants

La tournée de consultation effectuée à l'hiver 2005 a permis d'identifier les principales lacunes du système mais aussi les attentes et préoccupations de la population et des partenaires. L'analyse des forces et faiblesses faite par l'équipe-chantier a corroboré les lacunes et les besoins énoncés lors de la tournée de consultation.

- **Au niveau de l'accessibilité**

Certaines initiatives rehaussent la gamme et l'efficacité des services sur le territoire : Urgence Détresse accessible en tout temps, appartements supervisés comme moyen de favoriser l'autonomie, programme REMI en prévention du suicide, Programme PARCOUR pour la clientèle judiciarisée, protocoles avec le ministère de la Justice pour l'évaluation et la prise en charge des personnes présentant une problématique de santé mentale, présence d'un intervenant du CRAT-CA à l'hôpital et au CLSC, etc.

Cependant, plusieurs lacunes sont notées : méconnaissance des diverses problématiques et des mécanismes d'accès en santé mentale, difficulté d'accès aux services spécialisés, délais d'attente, non-disponibilité du transport adapté pour la clientèle en santé mentale et de ressources de répit-dépannage.

- **Au niveau de la continuité et de l'intégration**

Dans les dernières années, la table de concertation en santé mentale et des comités de travail ont initié plusieurs actions pour améliorer la continuité et l'intégration des services. Cependant, des efforts restent à faire pour rehausser l'encadrement de la clientèle dans la communauté, renforcer l'arrimage avec les organismes communautaires et autres partenaires du milieu et pour supporter la communauté afin qu'elle vienne en aide aux personnes vulnérables.

- **Au niveau de la qualité**

La qualité des services n'est pas mise en doute. La compétence et l'expertise des intervenants est reconnue. Des pistes d'amélioration ont tout de même été avancées : campagnes d'information pour démystifier la maladie mentale, regroupement des ressources pour une meilleure efficacité, décentralisation des services, concertation pour la gestion des situations de crise, amélioration des conditions d'hospitalisation à l'urgence.



Les clientèles à privilégier

Autant au niveau provincial que régional, on a identifié certaines clientèles qui méritent une attention particulière dans la définition de l'offre de service :

- **Clientèles prioritaires**
 - adultes ayant des troubles transitoires ou sévères de santé mentale;
 - personnes aux prises avec des idéations suicidaires et de la détresse psychologique;
 - personnes aux prises avec une double problématique;
 - jeunes adultes présentant une déficience intellectuelle ou un TED et vivant dans la communauté;
 - personnes présentant un problème de dépendances multiples.
- **Clientèles émergentes**
 - personnes âgées avec des problèmes de santé mentale, de DI / TED;
 - personnes avec des problèmes de dépendance associés;
 - chômeurs et travailleurs de tous les secteurs d'activité économique, particulièrement ceux de la santé et des services sociaux.

L'OFFRE DE SERVICE ACTUELLE

Le programme Adultes avec trouble d'adaptation offre une gamme complète de services qui s'adresse aux adultes et à leur famille : prévention, promotion, dépistage précoce, services psychosociaux et psychiatriques, soutien, réadaptation et réinsertion.

La clientèle desservie par le programme inclut les adultes présentant des troubles d'adaptation transitoires tout autant que des troubles sévères et persistants. Sont aussi touchés les adultes présentant une déficience intellectuelle et ceux ayant un problème de dépendance.

La gamme de services est offerte en milieu hospitalier et dans la communauté avec une préoccupation de complémentarité avec les différents partenaires (Tableau I). Cinq principes fondamentaux sous-tendent l'organisation des services de 1^{re} ligne : l'appropriation du pouvoir, l'accessibilité, la complémentarité, la continuité des services et l'approche globale. Quant aux services de 2^e ligne, ils offrent l'expertise nécessaire pour le traitement de problématiques complexes.

LES PRIORITÉS RETENUES

Dans le cadre du projet clinique régional, des balises ont été élaborées par l'Agence de santé et de services sociaux. Celles-ci précisent que des activités de prévention et de promotion doivent être effectuées en amont des interventions auprès de la clientèle vulnérable, que l'offre de service de 1^{re} et de 2^e ligne doit être consolidée et que l'organisation des services doit encourager le décloisonnement et la complémentarité.



Des cibles cliniques ont été reconnues prioritaires :

- ***Pour la clientèle présentant un problème de santé mentale***
 - accès à des services d'évaluation et de traitement en 1^{re} ligne pour les personnes ayant des troubles mentaux modérés;
 - ajout de services pour permettre aux personnes sévèrement atteintes de vivre en société (services de soutien intensif et services résidentiels);
 - mise en place d'une trajectoire de services pour les personnes suicidaires (Projet RÉMI);
 - consolidation de l'offre de service du soutien à domicile (suivi intensif et suivi d'intensité variable) dans une optique d'éviter l'hébergement et l'hospitalisation.
- ***Pour la clientèle présentant une déficience intellectuelle***
 - maintenir et rehausser l'offre globale de service de soutien à domicile pour les personnes ayant une DI et aux prises avec un TED;
 - maintenir et rehausser les mesures de soutien aux familles et aux proches aidants;
 - mettre en place des mécanismes de référence et de suivi des clientèles;
 - assurer des services adéquats, personnalisés, continus, complémentaires et intégrés aux autres secteurs de l'activité sociale.

L'équipe-chantier du programme Adultes avec trouble d'adaptation a pris en compte son analyse de la réalité territoriale et des résultats de la consultation populaire ainsi que les balises régionales pour définir ses priorités pour des trois prochaines années (Tableau II).

La concertation qui était déjà présente en santé mentale se poursuit. Plusieurs pistes d'action déjà identifiées sont en voie de réalisation et d'autres se concrétiseront à mesure que le projet clinique s'implantera et qu'il s'ajustera en fonction des résultats et des nouvelles réalités.



TABEAU I **Programme Adultes avec trouble d'adaptation**
Offre de service actuelle du CSSSB

SERVICES OFFERTS	
Hôpital	<ul style="list-style-type: none">▪ Intervention psychiatrique à l'urgence▪ Cliniques externes spécialisées▪ Consultations électives▪ Soutien professionnel aux intervenants de 1^{re} ligne▪ Unité de courte durée▪ Module d'observation▪ Psychiatrie légale▪ Hôpital de jour▪ Module de traitement de moyenne durée et de réadaptation pour les troubles sévères résistants au traitement habituel
CLSC	<ul style="list-style-type: none">▪ Intervention psychosociale de 1^{re} ligne▪ Services de crise (Urgence-Détresse)▪ Suivi communautaire d'intensité variable▪ Suivi intensif▪ Services résidentiels : RTF, RI, appartements supervisés▪ Soutien à domicile et au logement autonome▪ Programme PARCOUR (clientèle judiciairisée avec troubles mentaux sévères)▪ Programmes de développement des habiletés personnelles en regard de problématiques particulières (jeunes schizophrènes, troubles de la personnalité, anxiété, deuils)▪ Liaison avec les services spécialisés de psychiatrie▪ Réponse aux besoins de subsistance (urgence psychosociale et fiduciaire)▪ Prévention du suicide : réseau de sentinelles▪ Organisation communautaire
PARTENAIRES DU RLS	
<ul style="list-style-type: none">▪ Médecins de 1^{re} ligne▪ Pharmacies communautaires▪ Centre de réadaptation en déficience intellectuelle▪ CRAT-CA▪ CSSS des Etchemins▪ Pavillon Sainte-Hénédiène (troubles du comportement)▪ Hôpitaux spécialisés (Robert Giffard et Institut Philippe Pinel)▪ L'À-Droit pour la promotion et la défense des droits▪ Groupes d'entraide pour personnes atteintes : le Rappel et le Murmure▪ Commission scolaire : éducation aux adultes▪ SDME : développement et maintien à l'emploi▪ Le Sillon : entraide et répit dépannage pour les parents et les proches▪ Le Bercaïl : hébergement de crise▪ La Croisée des Chemins▪ Partage au masculin▪ Centre Femmes de Beauce▪ Centre d'écoute et de prévention du suicide▪ Coopératives de services▪ Société Saint-Vincent de Paul▪ Sécurité publique▪ OMH	



**TABEAU II Programme Adultes avec trouble d'adaptation
Priorités 2007-2010**

Priorités	Moyens/actions
Prévention-promotion	
Rejoindre et impliquer des partenaires en prévention	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Compléter le déploiement du projet REMI ▪ Sensibiliser la population et les intervenants aux services d'Urgence-Détresse ▪ Créer une table commune pour choisir des thématiques communes et diffuser les messages de prévention ▪ Mettre en place une table de prévention promotion pour les problématiques de dépendance
Accessibilité	
Offrir des services d'intervention de crise 24/7 en consolidant la gamme de services offerts	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Consolider l'hébergement de crise ▪ Évaluer la possibilité de créer un centre de crise en lien avec l'hôpital de jour ▪ Développer l'hébergement de dégrisement ▪ Améliorer la réponse de l'urgence de l'hôpital à la clientèle avec troubles d'adaptation ▪ Intensifier l'utilisation d'Urgence-Détresse
Améliorer l'accessibilité pour le traitement, la réadaptation et la réintégration pour des clientèles ciblées	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Poursuivre l'implantation du suivi intensif et du soutien d'intensité variable ▪ Identifier un lieu genre « drop-in » pour les personnes marginales ▪ Créer un lieu qui appuie la réadaptation ▪ Diminuer les délais d'attente pour les personnes présentant un trouble transitoire
Rehausser l'offre de service DI dans la communauté	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Développer des services de loisirs pour les jeunes ▪ Développer des services de loisirs et de répit pour les proches aidants
Continuité	
Convenir de collaboration interprogrammes pour la clientèle atteinte de multi-problématiques	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Définir les mécanismes d'accès interprogrammes pour la clientèle en perte d'autonomie et en déficience intellectuelle ▪ Développer un modèle de co-intervention pour la clientèle dépendance/santé mentale ▪ Développer une équipe ambulatoire interprogrammes pour les troubles de comportement complexes ▪ Développer une unité de psychogériatrie.
Compléter la réorganisation des ressources résidentielles	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diminuer le nombre de RTF en conformité avec le plan ministériel ▪ Développer des ressources spécifiques ou spécialisées pour les clients présentant des troubles de comportement et nécessitant un encadrement et une réadaptation
Promouvoir le développement de logements autonomes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Développer des programmes de soutien aux logements sociaux en collaboration avec des partenaires privés, particulièrement pour les chambreurs
Clarifier les relations et la complémentarité entre la 1 ^{re} et la 2 ^e ligne pour les clientèles DI et Dépendance	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mettre sur pied une table permanente DI sur le territoire ▪ Développer des mécanismes d'accès locaux ▪ Harmoniser les outils diagnostiques ▪ Développer la fonction intervenant-pivot 1^{re} ligne



8.

LE PROGRAMME PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE



« Ce programme offre ses services aux personnes en perte d'autonomie et à leurs proches aidants »

MISSION

Le programme Personnes en perte d'autonomie (PPA) offre ses services aux personnes en perte d'autonomie et à leurs proches aidants : aînés du territoire qui, pour des raisons tant de santé que sociales, ont des difficultés à répondre de façon autonome à leurs besoins globaux, personnes présentant une déficience physique qui entraîne ou risque d'entraîner des incapacités significatives et persistantes nécessitant des services spécialisés de réadaptation et de soutien à la participation sociale, personnes ayant une maladie dégénérative et correspondant à un profil de besoins de déficience physique.

PHILOSOPHIE DE SERVICES

La philosophie de service du programme PPA est largement inspirée des orientations du MSSS inscrites dans « *Les services aux aînés en perte d'autonomie, Un défi de solidarité* ».

Les principes directeurs retenus se résument ainsi :

- une approche préventive qui permet le maintien dans la communauté le plus longtemps possible;
- des relations de partenariat qui prennent la forme de liens serrés pour des trajectoires de services où la complémentarité garantit l'efficacité;
- une hiérarchisation des services qui permet à toutes les ressources de s'inscrire dans le continuum de services par et pour la bonne personne, au bon moment;
- l'interdisciplinarité qui devient l'intersectorialité quand le travail en réseau intégré s'impose.

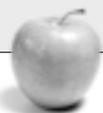
LES GRANDS ENJEUX

Depuis la fin des années 80, la Beauce, à l'instar de l'ensemble des territoires et régions du Québec, a travaillé au développement d'un système de services aux aînés, pour leur maintien dans la communauté, grâce aux divers services de soutien à domicile. Elle a aussi mis en place des ressources d'hébergement, principalement en soins de longue durée, pour les personnes dont le maintien à domicile devenait impossible. L'évolution des besoins a obligé le réseau à s'adapter et à développer d'autres services et ressources connexes et complémentaires. C'est dans ce contexte que la croissance des résidences privées s'est manifestée. Malgré cela, à ce jour, l'organisation des services aux aînés se greffe encore trop à un fonctionnement binaire, à savoir le soutien à domicile et l'hébergement en soins de longue durée.

Les Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes en perte d'autonomie et le Plan d'action provincial 2005-2010 : un défi de solidarité situent les choix d'organisation des services à la population dans une perspective de partage des responsabilités, de hiérarchisation et surtout, de maintien des personnes le plus longtemps possible dans la communauté.

Cette approche rejoint les attentes de la population qui a affirmé, lors de la consultation populaire réalisée en 2005, sa volonté de maintenir les personnes âgées dans leur communauté.

Enfin, les défis liés à l'augmentation du nombre de personnes de 65 ans et plus croisée à une pénurie de main-d'œuvre et à une offre de service peu diversifiée s'appuyant majoritairement sur le réseau public, amènent le CSSSB à faire des choix éclairés permettant de faire face à un avenir très rapproché. C'est avec la communauté que le CSSSB le fait dans une optique de responsabilité populationnelle et de réponse aux besoins de la population.



QUELQUES CONSTATS

Données socio-sanitaires

▪ *Personnes âgées*

Sur le territoire, la très grande majorité des aînés vit dans la communauté : en 2001, 87,9 % demeuraient dans un domicile conventionnel, 7,6 % en résidence privée collective avec services et 0,6 % dans une ressource intermédiaire ou une résidence d'accueil. Les autres, soit un peu moins de 4 %, résidaient dans un établissement d'hébergement.

De façon plus précise, 80,2 % des personnes âgées qui quittent leur domicile optent pour des alternatives à l'hébergement public : 66,7 % vont en résidence privée pour personnes autonomes et semi-autonomes et 13,5 % en HLM. Dans le réseau public, 4,1 % sont hébergées en ressources de type familial (RTF), 7,8 % en ressource intermédiaire (RI), 88,1 % en centre d'hébergement dont 23,2 % au CH l'Assomption, un établissement privé conventionné.

Selon une étude canadienne, 8 % des personnes âgées de 65 ans et plus souffriraient d'une forme de démence dont la prévalence est très faible chez les 65-74 ans (2,4 %), s'élève de façon importante chez les 85-89 ans (23 %) et touche plus de la moitié des personnes chez les 95 ans et plus (55 %).

Un portrait de la population de Chaudière-Appalaches réalisé par la Direction de la santé publique en 2004 révèle que les problématiques vécues par les aînés sont : la diminution de l'état de santé physique, la consommation accrue de médicaments, l'isolement, la pauvreté. Les données statistiques pour le prouver manquent, mais ces réalités existent.

En Beauce, le revenu moyen et le niveau de scolarisation plus bas que dans la région Chaudière-Appalaches ont des répercussions chez les aînés, dont la situation socio-économique se fragilise avec l'âge. Cette problématique touche surtout les femmes qui sont plus nombreuses au grand âge. Près de 30 % (26,7 % dans Robert-Cliche et 30,7 % dans Beauce-Sartigan) des personnes de 65 ans et plus vivent seules, et 31,7 % sont veuves.

Le vieillissement démographique annoncé au Québec est aussi projeté en Beauce où on prévoit une croissance de la population de plus de 65 ans de 25,8 % d'ici à 2012. Ce vieillissement de la population se fera particulièrement sentir dans Beauce-Sartigan (30,2 %) comparativement à la MRC Robert-Cliche (16,2 %).

Dans le même rapport, on note que l'hospitalisation augmente avec l'âge et que les motifs d'hospitalisation sont semblables en Beauce qu'ailleurs au Québec :

- 65-74 ans :
 - taux d'hospitalisation : 14 %;
 - principaux motifs d'hospitalisation : maladies des appareils respiratoire (14,2 %) et circulatoire (35,6 %), cancer (9,8 %), autres (40,4 %).
- 75 ans et plus :
 - taux d'hospitalisation : 23 %;
 - principaux motifs d'hospitalisation : maladies des appareils respiratoire (18 %), circulatoire (32,8 %) et digestif (9,5 %), cancer (8,3 %), autres (31,4 %).

Le taux d'hospitalisation pour chutes accidentelles se compare avantageusement à celui enregistré au Québec : 292,3 / 10 000 en Beauce pour 300,5 / 10 000 au Québec.



▪ *Déficiences physiques*

L'exercice du projet clinique a permis de constater l'absence ou du moins la rareté de statistiques spécifiques à la déficience physique chez la population beauceronne. Cependant, l'élaboration d'un projet d'habitation visant à offrir des logements adaptés aux adultes ayant des handicaps physiques a permis d'obtenir des statistiques intéressantes sur cette clientèle. Dans le cadre de ce projet, 43 personnes adultes ont été interviewées et parmi ces personnes :

- près des deux tiers ont entre 18 et 54 ans;
- 51 % sont des hommes;
- 70 % ont un revenu familial inférieur à 20,000 \$;
- 69 % ont un état de santé stable mais 56 % ont besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne (soins à la personne) et la vie domestique;
- 44 % sont célibataires.

Le diagnostic de la communauté et des intervenants

La tournée de consultation effectuée à l'hiver 2005 a permis d'identifier les principales lacunes du système mais aussi les attentes et préoccupations de la population et des partenaires. L'analyse des forces et faiblesses faite par l'équipe-chantier a corroboré les lacunes et les besoins énoncés lors de la tournée de consultation.

▪ *Au niveau de l'accessibilité*

L'analyse des besoins faite par l'équipe-chantier et par d'autres intervenants du programme PPA va dans le même sens que les attentes exprimées par la population. On déplore que les services existants soient peu ou pas connus ce qui rend difficile leur accès, que les services à domicile soient insuffisants pour garantir le maintien dans le milieu naturel et que les ressources d'hébergement soient concentrées dans les grandes municipalités. Globalement, on souhaiterait voir apparaître une gamme plus diversifiée de services pour apporter une réponse adaptée aux besoins des personnes en perte d'autonomie. Cette gamme de services devrait inclure des alternatives à l'hébergement traditionnel et des activités de prévention et de promotion de la santé.

▪ *Au niveau de la continuité et de l'intégration*

L'intégration des services apparaît essentielle à leur continuité. Celle-ci exige un rehaussement du partenariat qui pourrait passer par des ententes de services entre le CSSS et les ressources privées et communautaires du milieu et par la présence d'intervenants pivots. Des moyens concrets peuvent aussi contribuer à la continuité : une plus grande disponibilité du transport adapté, une feuille sommaire de référence inter-ressources, des activités de formation communes pour les intervenants de tous les milieux, etc.

▪ *Au niveau de la qualité*

Comme dans les autres programmes, la qualité des services est reconnue par les intervenants et partenaires et est attribuée à la qualité même des personnes qui sont dédiées à la cause des personnes en perte d'autonomie. Pour l'ensemble des personnes consultées, la qualité est aussi synonyme d'accessibilité et de continuité. C'est dans cette perspective que diverses pistes d'amélioration ont été proposées : informations pertinentes et actuelles sur les problématiques vécues par les personnes en perte d'autonomie, développement de moyens diversifiés pour le maintien dans la communauté, allègement des processus administratifs pour la réponse aux demandes de services, implication des médecins de 1^{re} ligne et des pharmacies communautaires dans le continuum de services, initiatives intergénérationnelles et soutien aux bénévoles et proches aidants.



Les clientèles à privilégier

Autant au niveau provincial que régional, on a identifié certaines clientèles qui méritent une attention particulière dans la définition de l'offre de service :

- **Clientèles prioritaires**
 - personnes de 75 ans et plus vivant à domicile (logements collectifs, résidences privées et ressources non institutionnelles);
 - personnes présentant une perte d'autonomie associée à des déficits cognitifs;
 - proches aidants âgés ou non;
 - personnes présentant des comportements perturbateurs;
 - jeunes adultes à profil gériatrique;
 - personnes de 65 ans et plus dont les habitudes de vie compromettent leur santé;
 - personnes ayant une déficience physique vivant à domicile et requérant des services dans leur milieu ainsi que leur famille et leurs proches aidants.
- **Clientèles émergentes**
 - personnes en perte d'autonomie souffrant de déficience intellectuelle ou de problèmes de santé mentale;
 - personnes âgées victimes de violence;
 - personnes aux prises avec des problèmes liés à des infections ou à des allergies;
 - personnes âgées présentant des problèmes de dépendance aux psychotropes.

L'OFFRE DE SERVICE ACTUELLE

Le programme PPA offre une gamme complète de services qui s'adresse aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement ou à une déficience physique et à leur famille : prévention, promotion, dépistage précoce, services psychosociaux, soutien, réadaptation et réinsertion, hébergement.

La gamme de services est offerte en milieu hospitalier, en centre d'hébergement et dans la communauté avec une préoccupation de complémentarité avec les différents partenaires (Tableau I et Annexe VI).

L'évaluation qui en a été faite par l'équipe-chantier répertorie :

- des services plus réactifs que pro-actifs;
- quelques activités de prévention et de promotion de la santé en centre de jour, en soutien à domicile et par les organismes communautaires, mais peu nombreuses et peu intégrées;
- un réseau d'hébergement très développé par rapport au soutien à domicile et qui s'avère très institutionnel, plus ou moins adapté aux clientèles spécifiques et particulières;
- peu de ressources intermédiaires et alternatives;
- beaucoup de places en résidences privées, mais pas d'assurance de qualité.



LES PRIORITÉS RETENUES

Dans le cadre du projet clinique régional, des balises ont été élaborées par l'Agence de santé et de services sociaux. Celles-ci précisent que des activités de prévention et de promotion doivent être effectuées en amont des interventions auprès de la clientèle vulnérable, que l'offre de service de 1^{re} et de 2^e ligne doit être consolidée et que l'organisation des services doit encourager le décloisonnement et la complémentarité.

Des cibles cliniques ont été reconnues prioritaires. Celles-ci ont été prises en considération dans l'élaboration des grands objectifs du programme PPA présentés dans le projet «*Les aînés dans leur milieu*» :

- soutenir et impliquer les clients, leurs proches et la communauté dans l'organisation des services aux personnes en perte d'autonomie;
- diversifier et augmenter l'offre de service en soutien à domicile;
- s'associer les entreprises d'économie sociale, les organismes communautaires, les ressources privées à but non lucratif et à but lucratif, dans l'organisation de l'offre de service aux aînés;
- diversifier et augmenter l'offre de service en hébergement non institutionnel;
- développer un partenariat vivant et concret, consacré par la signature d'ententes de services;
- soutenir les partenaires pour qu'ils augmentent leur offre et pour qu'ils puissent garantir la qualité et la continuité de leurs services;
- atteindre la norme de 3,0 en soins de longue durée par une première transformation de 65 places d'hébergement.

Ces orientations ont été retenues par l'équipe-chantier qui a défini d'autres objectifs d'intégration de services :

- mettre en place et développer des outils communs et des mécanismes d'évaluation des besoins;
- élaborer un plan d'organisation pour des services intégrés dans le réseau local;
- mettre en place des mécanismes efficaces de concertation et de coordination entre la 1^{re} et la 2^e ligne, et entre les partenaires du réseau local, prenant en compte la problématique du partage de l'information et la confidentialité;
- développer un modèle d'intervention interdisciplinaire et implanter les plans d'intervention individualisés (PII) et plans de service individualisés (PSI).

De même, pour la clientèle présentant une déficience physique, le programme PPA a fait siennes les cibles cliniques identifiées au niveau régional :

- maintenir et rehausser l'offre globale de service de soutien à domicile (par les établissements de 1^{re} ligne et par les services spécialisés) : réponse accrue aux besoins (augmentation de l'intensité), mesures de soutien aux familles et proches aidants, accès plus rapide et plus approprié aux services offerts.

Des priorités ont été sélectionnées pour les trois prochaines années (Tableau II). Un plan d'action a été élaboré pour en assurer le suivi. L'équipe-chantier mise sur les personnes qui se montrent engagées, qui déploient beaucoup d'énergie pour la continuité et la pérennité des services et qui croient profondément en ce qu'elles font.



**TABEAU I Programme Personnes en perte d'autonomie
Offre de service actuelle du CSSSB**

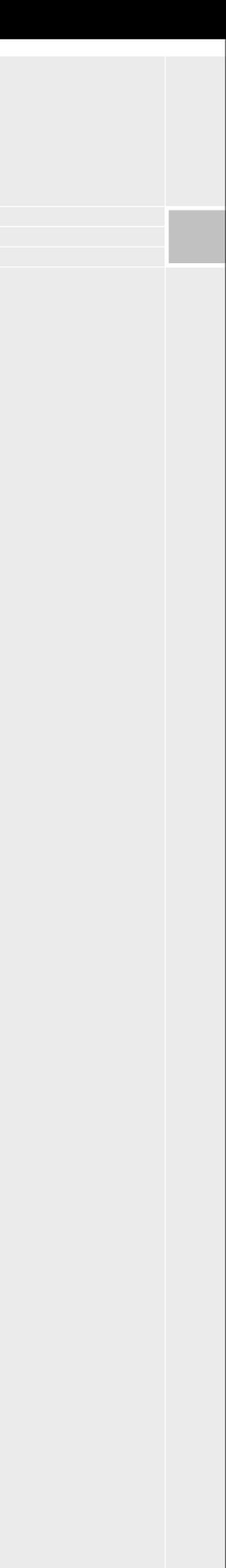
SERVICES OFFERTS	
Hôpital	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Unité de courte durée gériatrique ▪ Évaluation gériatrique ▪ Services gériatriques ambulatoires ▪ Psychogériatrie ▪ Services professionnels spécialisés : neuropsychologie, ergothérapie, physiothérapie, services sociaux, nutrition, inhalothérapie, pharmacie
Centre d'hébergement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hébergement de longue durée ▪ Hébergement temporaire : lits de transition et de répit dépannage ▪ Ressources intermédiaires ▪ Soins infirmiers et d'assistance ▪ Service social ▪ Réadaptation physique ▪ Services de loisirs ▪ Soins palliatifs
CLSC	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Activités en centre de jour : dépistage, suivi, prévention, réadaptation physique, etc. ▪ Vaccination ▪ Programme de prévention des chutes ▪ Services et soins à domicile ▪ Services infirmiers 24/7 ▪ Services psychosociaux et professionnels spécialisés ▪ Soins respiratoires ▪ Adaptation à domicile ▪ Aide matérielle et dépannage alimentaire ▪ Camps de vacances (clientèle SIMAD IV) ▪ Mécanismes d'accès à l'hébergement ▪ Soins palliatifs à domicile ▪ Organisation communautaire
PARTENAIRES DU RLS	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Info-Santé (Télésurveillance) ▪ Cliniques médicales ▪ Pharmacies communautaires ▪ CH l'Assomption ▪ CRDP (URFI) ▪ Ressources privées d'hébergement pour personnes âgées autonomes et semi-autonomes ▪ Transport adapté ▪ Entreprises d'économie sociale ▪ Association bénévole de Beauce-Sartigan et Association de l'action volontaire ▪ Popote roulante et Moisson Beauce ▪ Association des personnes handicapées et Association pour l'intégration sociale ▪ Société Alzheimer ▪ Municipalités (OMH) ▪ Télé-surveillance santé de Chaudière-Appalaches (TSSCA) ▪ Fédération de l'âge d'or du Québec (FADOQ) ▪ Sécurité publique 	

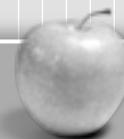


**TABEAU II Programme Personnes en perte d'autonomie
Priorités 2007-2010**

Priorités	Moyens/actions
Prévention-promotion	
Prévention et intervention précoce pour garder la santé et prévenir la perte d'autonomie physique et sociale	<ul style="list-style-type: none">▪ Repérage et accompagnement des personnes isolées et démunies tant socialement que financièrement▪ Intervention pro-active pour les personnes de 75 ans et plus vivant à domicile
Accessibilité	
Création de ressources et de services adaptés pour répondre aux besoins spécifiques	<ul style="list-style-type: none">▪ Mise en place de ressources alternatives pour les personnes en attente d'hébergement▪ Implantation d'un guichet unique pour faciliter l'accès aux services
Continuité	
Mise en place de mécanismes garantissant la continuité dans l'évaluation et le suivi des demandes	<ul style="list-style-type: none">▪ Mise en place d'intervenants-pivots▪ Élaboration de PII et de PSI
Qualité	
Réponse aux demandes à partir d'une évaluation des besoins individuels	<ul style="list-style-type: none">▪ Implantation d'une approche milieu de vie dans tous les centres d'hébergement du CSSSB▪ Accompagnement des personnes en fin de vie dans le respect de leur choix, peu importe leur milieu de vie▪ Élaboration d'une offre de service aux proches aidants selon une approche individualisée et collective







Troisième partie

L'offre de service des directions de programme-support

Un plus pour la qualité des services à *la clientèle*

Centre de santé et de services sociaux
de Beauce



LES DIRECTIONS DE PROGRAMME-SUPPORT

Le plan d'organisation prévoit quatre directions de programme-support qui ont toutes adopté une approche clientèle pour supporter les programmes-clients dans l'actualisation de leur offre de service :

- Direction des ressources humaines
- Direction des ressources informationnelles
- Direction des services de support administratif
- Direction de l'évaluation, de la qualité et de la performance

Leur apport est essentiel au bon fonctionnement de l'organisation et à l'amélioration continue de la qualité des services.

Positionnement

Chaque direction de programme-support a mené une démarche de réflexion parallèlement à celle faite par les équipes-chantiers des programmes cliniques. Dans chaque direction, l'équipe s'est appuyée sur les commentaires exprimés par des membres du personnel lors de la consultation menée par la directrice générale, au printemps 2005 ainsi que sur ceux recueillis au quotidien dans l'exercice de leurs fonctions. Le résultat : une offre de service adaptée au contexte et aux responsabilités que le Ministre a confiées aux CSSS.



1.

LA DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES



« Bâtir un milieu de travail sain permettant à toute personne d'offrir le meilleur d'elle-même »

MISSION

En collaboration avec tous les partenaires de l'organisation, la Direction des ressources humaines offre une gamme de services conseils en matière de gestion des ressources humaines aux chapitres des relations de travail, de la présence et de la qualité de vie au travail, de la dotation et du Plan de main-d'oeuvre (PMO), de la rémunération et des avantages sociaux, du personnel d'appoint, du développement des ressources humaines, du climat organisationnel et de la dynamique interdisciplinaire.

VISION ET PHILOSOPHIE

La Direction des ressources humaines s'est dotée d'une vision qui s'inspire de celle de l'organisation à laquelle elle adhère pleinement :

« Des personnes qui allient le sens de l'humain à la compétence pour bâtir, en collaboration avec leurs partenaires, un milieu de travail sain, vivant, propice à l'apprentissage, permettant à toute personne qui y exerce ses compétences, d'offrir le meilleur d'elle-même au service de la clientèle. »

Elle a aussi fait siennes les valeurs organisationnelles auxquelles elle a ajouté une couleur particulière :

- **Respect**

Ouverture à la différence de l'autre et reconnaissance des forces et limites de chacun, autant employés, médecins, stagiaires, bénévoles que clients. *De façon plus spécifique, chaque client qui s'adresse à la Direction des ressources humaines est accueilli avec bienveillance et traité avec équité.*

- **Travail d'équipe**

Mise en commun des forces et des expertises dans un esprit d'échange, de confiance, de collaboration et de complémentarité. *De façon plus spécifique, la Direction des ressources humaines invite les gestionnaires de l'organisation à travailler dans un esprit de co-responsabilité et d'apprentissage continu à l'égard des diverses problématiques qui lui sont adressées.*

- **Autonomie**

Mise à profit de notre expertise, nos compétences personnelles et notre intelligence en faisant preuve de rigueur et de loyauté envers l'organisation. *De façon plus spécifique, la Direction des ressources humaines engage les membres de son équipe à agir comme catalyseur et rassembleur des forces du milieu en vue d'optimiser la synergie organisationnelle.*

LES GRANDS ENJEUX

La Direction des ressources humaines a identifié plusieurs enjeux qui constituent de véritables défis :

- **Supporter la réorganisation des services pour mieux répondre aux besoins de la population**

Accompagnement et soutien aux employés visés par les projets de réorganisation de travail – révision des profils de compétences et accès à des programmes de formation appropriés – stimulation de la dynamique interdisciplinaire.



- ***Mettre en place des mesures de rétention et d'attraction du personnel pour faire face aux problèmes de pénurie dans le réseau de la santé***

Mesures d'accès à une formation continue et de qualité – souplesse dans le réaménagement des horaires de travail – promotion de l'équilibre travail / famille – soutien à l'animation sociale du milieu – promotion d'espaces de décompression à l'intérieur des installations – mobilité inter-installations – programmes de mentorat et de tutorat.

- ***Favoriser un milieu de travail sain et dynamique***

Diminution du taux d'absentéisme – soutien au personnel pour faire face au stress et à l'anxiété – évaluation des charges de travail – information accessible et « comestible » – meilleure utilisation de l'expertise de chacun.

- ***Promouvoir l'apprentissage collectif et l'amélioration continue de la qualité***

Soutien au passage d'un modèle action-réaction à un modèle de réflexion – d'un modèle de conformité rigide aux normes à un modèle éthique – d'un modèle d'autorité disciplinaire à un modèle participatif.

- ***Offrir du soutien aux cadres aux prises avec des problématiques complexes de gestion***

Coaching des cadres dans l'exercice de leur rôle quotidien – formation significative et adaptée aux besoins – soutien concret pour libérer les cadres des tâches techniques – groupes de co-développement.

- ***Préparer la relève des cadres pour faire face à un départ massif dans les cinq prochaines années***

Promotion de la carrière de gestionnaire (surtout dans les services des soins) – dépistage de candidats potentiels – traitement équitable des candidatures – programme de formation.

L'OFFRE DE SERVICE ACTUELLE

La Direction des ressources humaines remplit les diverses fonctions généralement attribuées à cette direction :

- ***Gestion des relations de travail***
 - conseil aux employés et aux gestionnaires sur l'interprétation, l'application des lois, règlements et conventions collectives;
 - soutien et suivi en regard des processus disciplinaires et administratifs;
 - aide dans la gestion des conflits.
- ***Gestion de la dotation et de la planification de la main-d'œuvre***
 - planification et prévision de la main d'œuvre;
 - recrutement, sélection et embauche du personnel;
 - activités d'attraction et de rétention;
 - soutien dans la révision et la rédaction des descriptions d'emploi.
- ***Gestion de la rémunération et des avantages sociaux***
 - accueil des nouveaux employés et des stagiaires;



- soutien et accompagnement des employés en projet de retraite;
 - traitement des demandes de révision des échelles de salaire et des classes salariales;
 - traitement des demandes de classification;
 - reconnaissance de la scolarité et de l'expérience aux fins de rémunération;
 - conseil sur les absences de longue durée.
- ***Développement des ressources humaines et développement organisationnel***
 - soutien à l'identification des besoins de formation;
 - soutien et conseil pour le développement et la mise à niveau des compétences;
 - soutien et conseil dans les processus d'appréciation de la contribution du personnel;
 - coaching des cadres en difficulté;
 - animation de groupes de co-développement;
 - programmes de mentorat et tutorat;
 - soutien dans les processus de révision de l'organisation du travail et de la dynamique interdisciplinaire;
 - soutien et conseil dans l'évaluation du climat de travail et l'état de mobilisation du personnel.
 - ***Gestion de la présence et de la qualité de vie au travail***
 - interventions en santé et sécurité au travail (information, ponctions veineuses, prises de tension artérielle, vaccination, référence, gestion de crise);
 - examen médical pré-embauche;
 - conseil et formation en santé et sécurité au travail et en prévention;
 - référence au programme d'aide aux employés;
 - information lors des départs en retrait préventif, congé de maternité et post-maternité;
 - réaffectation du personnel en invalidité temporaire sur leurs fonctions habituelles.
 - ***Gestion du personnel d'appoint***
 - orientation et intégration du personnel d'appoint;
 - information et inscription sur les différentes listes de rappel;
 - confection des horaires de travail et planification des congés;
 - utilisation des équipes de remplacement;
 - assignation à court et long terme;
 - suivi des équipes.

QUELQUES CONSTATS

En faisant son état de situation, la Direction des ressources humaines a pu identifier ses forces mais aussi quelques faiblesses qui sont converties en pistes d'amélioration.



- *Des forces reconnues*

Une belle synergie se dégage de l'équipe qui accorde un accueil respectueux et bienveillant aux gestionnaires et aux membres du personnel, même si les services sont morcelés dans plusieurs installations. L'équipe met son expertise et ses compétences au service du personnel pour traiter toutes les doléances de façon équitable. Un effort est déployé pour offrir un soutien aux gestionnaires.

- *Quelques éléments à améliorer*

Il semble que les rôles et fonctions « ressources humaines » soient méconnus ce qui peut entraîner des ambiguïtés dans le partage des responsabilités avec les gestionnaires. En mettant en place des mécanismes de consultation, de rétroaction et de concertation, la Direction des ressources humaines fera mieux connaître ses services et pourra ajuster son offre de service dans une perspective d'amélioration continue.

ORIENTATIONS PRIORITAIRES

Après analyse des grands enjeux et des attentes formulées par les employés, les gestionnaires et les partenaires, l'équipe de la Direction des ressources humaines a retenu des priorités et a ébauché son plan d'action :

- 1) le soutien à l'actualisation des projets cliniques;
- 2) l'élaboration et la mise en œuvre du plan de développement des ressources humaines;
- 3) l'actualisation de l'exercice de planification de main-d'œuvre.

Des groupes de travail sont mis en place pour le suivi du plan d'action.



**TABEAU I Direction des ressources humaines
Orientations 2007-2010**

Objectifs	Moyens/actions
1. Soutien à l'actualisation des projets cliniques	
S'assurer de l'accessibilité des intervenants en ressources humaines selon les priorités identifiées	<ul style="list-style-type: none">▪ Soutenir les comités « milieu de vie » dans l'actualisation de leur approche▪ Actualiser le transfert des ressources (replacements, DI-TED, etc.)▪ Actualiser le processus de négociations locales en lien avec les problématiques identifiées et dans le respect de notre philosophie d'intervention et des principes préconisés (responsabilité populationnelle, accessibilité, continuité, intégration et qualité)
2. Élaboration et mise en œuvre du plan de développement des ressources humaines	
Élaborer le cadre de référence du plan de développement des ressources humaines	<ul style="list-style-type: none">▪ Mettre sur pied le comité de développement des ressources humaines (paritaire)▪ Améliorer le processus d'accueil des nouveaux employés et des cadres▪ Réviser ou développer les programmes d'orientation et d'intégration pour tous les titres d'emploi▪ Revoir les processus de témoignage de reconnaissance aux employés▪ Mettre en place, dans l'ensemble du CSSSB, les mécanismes d'appréciation de la contribution▪ Identifier les besoins et les activités de développement en fonction des priorités cliniques, des transformations et en lien avec les principes d'intervention▪ Offrir des activités de perfectionnement et de développement des compétences au personnel cadre en lien avec les priorités (nouveaux cadres et cadres en exercice)
Actualiser le programme de promotion et de prévention de la santé et de la qualité de vie des employés	<ul style="list-style-type: none">▪ Revoir le mandat et le fonctionnement du comité paritaire en santé et sécurité au travail▪ Évaluer et mettre à jour le plan d'action en gestion de la présence au travail et en assurer la diffusion
3. Actualisation de l'exercice de planification de main-d'œuvre (PMO)	
Valider le plan d'action de la planification de la main-d'œuvre	<ul style="list-style-type: none">▪ Dresser, chaque année, le portrait de la main-d'œuvre▪ Revoir l'organisation du travail pour assurer une utilisation optimale des compétences dans les titres d'emploi vulnérables et réduire l'impact des pénuries de main-d'œuvre▪ Rehausser notre système d'information ressources humaines en soutien aux programmes▪ Soutenir le programme de relève des cadres▪ Identifier les indicateurs ressources humaines▪ Élaborer le tableau de bord et en assurer sa diffusion▪ Poursuivre le déploiement des systèmes informatiques en ressources humaines et leur mise à jour





« La Direction des ressources informationnelles assure la qualité et l'exploitation des données des systèmes »

MISSION

La Direction des ressources informationnelles, par son expertise en gestion de l'information, assure la qualité et l'exploitation des données des systèmes d'information ou des systèmes manuels, veille à une architecture informationnelle systémique pour la disponibilité et la circulation de l'information auprès des intervenants et des partenaires, et ceci pour l'ensemble des programmes. Elle collabore à l'organisation des services à la population en lien avec les priorités provinciales, régionales et locales, et selon les normes et standards reconnus en matière de confidentialité, de protection des renseignements personnels et sécurité informationnelle. Elle assure de plus un lien direct avec la population pour les services d'accueil, rendez-vous, admission et d'archives médicales.

VISION ET PHILOSOPHIE

La Direction des ressources informationnelles est en soutien à l'organisation des services et de ce fait, s'ajuste aux priorités des programmes, tout en favorisant une planification et une intégration de l'information, avec comme objectif ultime la circulation de l'information et sa disponibilité en temps opportun.

Les réflexions et les décisions sont basées sur les valeurs privilégiées pour l'organisation des services dans le projet organisationnel du CSSSB :

- équité;
- accessibilité;
- qualité.

Les principes directeurs retenus sont en lien avec ceux du projet organisationnel du CSSSB :

- *L'intégration et la continuité des services* par la mise en place d'outils qui permettent la transmission fluide des informations cliniques tout en respectant la confidentialité.
- *La responsabilité populationnelle, l'accessibilité aux services et l'amélioration continue de la qualité* par la mise en place de mécanismes en lien avec la disponibilité de l'information clinique, administrative et clinico-administrative qui permettent l'évaluation des soins et services, de l'organisation des services, la prise de décision et la reddition de comptes, ainsi qu'un meilleur service à la clientèle.

LES GRANDS ENJEUX

Un premier enjeu concerne le positionnement de la Direction des ressources informationnelles par la définition des rôles et responsabilités des membres de l'équipe et des mécanismes de soutien à la réorganisation des programmes.

Découlant de la mission de la direction, d'autres enjeux sont identifiés :

- mettre en place des processus qui assurent la sécurité informationnelle dont la gestion des accès et du consentement en vertu de la Loi de la protection des renseignements personnels;
- mettre en place des mécanismes qui assurent la fiabilité des données, notamment en ce qui concerne le niveau d'intensité relative des ressources utilisées (NIRRU);



- identifier les moyens qui faciliteront la circulation de l'information clinique (dossier patient électronique (DPI) – Mediresult) et de l'information clinico-administrative (réseau informatique);
- fournir l'information nécessaire au suivi des indicateurs et à l'atteinte des objectifs aux programmes ayant des cibles dans l'entente de gestion;
- intégrer les systèmes, particulièrement les systèmes cliniques;
- agir comme moteur de recherche et de développement informatiques.

L'OFFRE DE SERVICE ACTUELLE

L'offre de service se définit en fonction des deux grands secteurs d'activité :

- ***Service des systèmes d'information***
 - gestion du réseau informatique;
 - analyse et programmation;
 - soutien technique;
 - soutien à l'implantation des systèmes: formation, pilotage;
 - sécurité informationnelle;
 - évaluation et développement des applications informatiques;
 - architecture et intégration des systèmes d'information.
- ***Services accueil- rendez-vous- admission- archives***
 - accueil et inscription;
 - service d'admission;
 - gestion des lits;
 - service des rendez-vous;
 - service des archives médicales: accès au dossier, prêt de dossier, transcription médicale, analyse et codification, recherche et statistiques.

QUELQUES CONSTATS

La consultation populaire menée en 2005 a permis de dégager quelques attentes exprimées par la population et par les partenaires qui concernent l'information :

- ***Un guichet unique***

Une demande largement exprimée pour faciliter et simplifier l'accès aux services : un numéro de téléphone unique et au bout du fil, une « vraie » personne qui prend le temps d'écouter la demande et qui oriente vers le bon service.

- ***Le partage de l'information utile***

La population espère que la mise en place du CSSSB atténuera les dédoublements de services et mettra fin aux évaluations répétitives. Médecins et pharmaciens, pour leur part, rêvent d'une circulation d'information plus fluide pour des motifs d'efficacité, de sécurité et de continuité. Pour



tous, la qualité des services semble passer par un échange facile d'informations pertinentes, donc par une communication plus efficace.

▪ **Attentes des médecins et pharmaciens**

Les médecins et pharmaciens du réseau local ont formulé des attentes précises :

- rendre la circulation des informations plus fluide entre l'hôpital (urgence et autres services), les cliniques privées et les pharmacies communautaires;
- élaborer et diffuser une liste des services avec numéro de téléphone pour faciliter l'accès aux services médicaux et professionnels spécialisés;
- faciliter l'accès direct aux résultats de radiologie à toutes les cliniques médicales;
- explorer la possibilité d'une centrale de rendez-vous régionale accessible par internet;
- accorder un accès informatique gratuit à toutes les cliniques médicales;
- donner aux pharmacies communautaires un accès à Médirésult;
- assurer la transmission des informations sur le profil pharmacologique (hôpital-pharmacies);
- demander le soutien de la Direction de la santé publique pour le relevé des données pertinentes au développement de services et de programmes de prévention-promotion.

ORIENTATIONS PRIORITAIRES

Après analyse des grands enjeux et des attentes formulées par la communauté et les partenaires internes et externes, l'équipe de la Direction des ressources informationnelles a retenu deux priorités (Tableau I) et a ébauché un plan d'action :

- la circulation de l'information clinique;
- le rehaussement de l'information clinico-administrative en soutien aux programmes clientèles.

Des groupes de travail sont mis en place pour le suivi du plan d'action.



**TABEAU I Direction des ressources informationnelles
Orientations 2007-2010**

Objectifs	Moyens/actions
Priorité n° 1 : Circulation de l'information clinique	
Présenter un projet DPI renouvelé	<ul style="list-style-type: none">▪ Former le comité DPI en s'assurant de la présence médicale▪ Produire un document-projet DPI et un scénario de financement
Optimiser l'utilisation des logiciels et des technologies de l'information	<ul style="list-style-type: none">▪ Déployer et rehausser le système d'information Mediresult▪ Déployer certains logiciels dans toutes les installations du CSSSB et dans les cliniques médicales du territoire▪ Évaluer l'intégration de certains systèmes, en lien avec l'aspect clinique▪ Mettre en place une technologie centrale CSSS au niveau informatique pour une communication technologique inter-installations
Assurer la protection des renseignements personnels et la sécurité informationnelle	<ul style="list-style-type: none">▪ Veiller à la gestion du consentement et à la protection des renseignements personnels▪ Veiller à la journalisation et à la révision des accès à certains systèmes▪ Mettre en place leur mesures de sécurité informationnelle
Priorité n° 2 : Rehaussement de l'information clinico-administrative	
Rendre accessible l'information clinico-administrative	<ul style="list-style-type: none">▪ Rechercher et rendre disponible l'information sur l'état de santé de la population pour évaluer les tendances et les impacts des services▪ Optimiser l'utilisation des logiciels et des technologies de l'information▪ Développer des tableaux de bord de gestion
Améliorer la fiabilité (qualité) des données	<ul style="list-style-type: none">▪ Assurer de façon continue la validation des données/secteurs
Assurer le suivi des indicateurs	<ul style="list-style-type: none">▪ Identifier les écarts au niveau des indicateurs et des cibles



3. LA DIRECTION DES SERVICES DE SUPPORT ADMINISTRATIF

MISSION

La Direction des services de support administratif a pour mission de soutenir les programmes du CSSSB dans leur mission respective sur le plan des ressources financières, matérielles et techniques et des services d'hôtellerie, dans le but d'assurer la qualité, l'accessibilité et la continuité des services de santé et des services sociaux à la population desservie par le CSSSB.

VISION ET PHILOSOPHIE

Résolument tournée vers l'avenir, la Direction des services de support administratif veut être reconnue pour son expertise et sa rigueur dans le soutien aux autres programmes de l'établissement dans le but ultime d'assurer la qualité, l'accessibilité et la continuité des services de santé et des services sociaux pour la population desservie par le CSSSB.

La Direction des services de support administratif appuie les valeurs suivantes :

- l'équité;
- la rigueur;
- la transparence;
- l'écoute et le respect des clients, collaborateurs et partenaires;
- la reconnaissance, la valorisation et le développement de son personnel;
- le travail d'équipe.

L'action de la Direction des services de support administratif s'appuie sur les principes suivants :

- l'équité de service entre les programmes;
- la simplicité et la transparence dans ses processus;
- le maintien d'une souplesse et d'une capacité d'ajustement;
- l'anticipation des besoins des clients et des programmes;
- l'utilisation optimale de ses ressources.

LES GRANDS ENJEUX

La plupart des enjeux identifiés par l'équipe de la Direction des services de support administratif sont étroitement liés à la gestion du changement découlant de la réforme :

- gestion de la richesse relative à l'intérieur de la région Chaudière-Appalaches;
- équité de ressources financières entre les programmes-clientèles;
- financement de l'offre de service des programmes ainsi que des relocalisations de services;
- gestion des services techniques, des équipes, des immobilisations et des équipements sur plusieurs installations;
- mise à niveau des bâtisses désuètes et entretien des immeubles dédiés à l'hébergement;



«...assurer la qualité,
l'accessibilité et la continuité
des services de santé et
des services sociaux à la
population desservie par
le CSSSB»



- financement des services de support afin que ceux-ci puissent remplir leurs fonctions adéquatement.

Un autre enjeu important se situe dans l'implantation d'une gestion axée sur les résultats qui suppose une implication accrue des directeurs et des gestionnaires au niveau de la gestion et du suivi de leurs ressources financières ainsi qu'une analyse et un suivi rigoureux des indicateurs de résultats.

Un défi important réside enfin dans l'atteinte de l'équilibre budgétaire dans un contexte de grande transformation.

L'OFFRE DE SERVICE ACTUELLE

On peut définir deux grands secteurs d'activités qui relèvent de la Direction des services de support administratif. L'offre de service actuelle se définit à partir des différents champs d'activités.

- **Les services financiers**
 - budgétisation;
 - comptabilité;
 - paie;
 - approvisionnement.
- **Les services techniques**
 - alimentation à l'hôpital et dans les centres d'hébergement;
 - entretien sanitaire;
 - buanderie;
 - sécurité;
 - fonctionnement des installations;
 - entretien des installations;
 - génie bio-médical;
 - entretien des équipements;
 - immobilisations.

QUELQUES CONSTATS

En faisant son état de situation, la Direction des services de support administratif a pu identifier ses forces mais aussi quelques faiblesses qui sont converties en pistes d'amélioration.

- **Des forces reconnues**

L'expertise du personnel apparaît comme la principale force de la direction autant dans les services financiers que dans les services techniques. Les équipes bénéficient d'outils informatiques et d'équipements qui contribuent à leur efficacité.

Des efforts sont consentis pour regrouper les équipes et pour définir les rôles et fonctions et ainsi faciliter l'accès aux services.



▪ *Quelques éléments à améliorer*

L'envergure de la nouvelle organisation que constitue le CSSSB entraîne des difficultés de fonctionnement attribuables à la complexité de la ligne hiérarchique, à une méconnaissance des différents acteurs, à la diversité dans les modes de gestion et à la transmission déficiente des informations.

La direction est à la recherche de moyens pour simplifier la requête de prestation de services tout en s'assurant que ceux-ci répondent aux attentes de l'organisation en matière de sécurité, d'efficacité, d'efficience et de qualité.

ORIENTATIONS PRIORITAIRES

La Direction des services de support administratif a défini ses orientations prioritaires pour les prochaines années et a ciblé les actions à mettre en place dès 2006-2007 pour atteindre ses objectifs (Tableau I). Ces orientations sont conformes aux ententes de gestion et aux normes du Conseil canadien d'agrément des services de santé.

**TABLEAU I Direction des services de support administratifs
Orientations 2007-2010**

Objectifs	Moyens/actions
Priorité n° 1 : Contribuer à l'efficacité et à l'efficience de l'organisation	
Atteindre l'équilibre budgétaire	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Produire des informations financières en temps opportun : cycle budgétaire, rapports financiers, suivi budgétaire ▪ Mettre en place des processus de contrôle interne ▪ Respecter le pourcentage du coût des services d'administration et de soutien par rapport aux coûts des programmes cliniques
Assurer une utilisation de l'équipement, des fournitures, des appareils médicaux et de l'espace qui soit sécuritaire, efficace et efficiente	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Élaborer un plan de modernisation et de remplacement ▪ Élaborer un calendrier d'entretien préventif et en faire le suivi ▪ Garantir la livraison des fournitures en temps opportun ▪ Réduire au minimum les risques et les pannes ▪ Planifier une formation du personnel et des clients
Priorité n° 2 : Assurer un environnement sécuritaire pour la clientèle et l'ensemble des employés	
Fournir un environnement qui contribue au bien-être des clients, du personnel et des visiteurs	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Appliquer les normes relatives aux fournitures à usage unique ▪ Appliquer la directive des milieux sans fumée
Être prêt à faire face aux sinistres et aux situations d'urgence	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Élaborer les plans des mesures d'urgence avec les partenaires ▪ Faire une révision trimestrielle de ces plans ▪ Élaborer un processus pour réduire les risques d'incendie
Offrir des services tout en protégeant et en améliorant la qualité de l'environnement en collaboration avec la communauté et les autres organismes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Implanter le système d'information sur les matières dangereuses utilisées au travail (SIMDUT) ▪ Mettre en place un processus de contrôle de l'air et de la température ▪ Diminuer les coûts d'énergie
Évaluer et améliorer nos processus de gestion de l'environnement afin d'atteindre les meilleurs résultats possibles	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Élaborer des indicateurs de résultats et en faire le suivi



4.

LA DIRECTION DE L'ÉVALUATION, DE LA QUALITÉ ET DE LA PERFORMANCE



«Évaluer si l'organisation des services permet l'atteinte des objectifs du CSSSB»

MISSION

Avec le concours des autres directions, la Direction de l'évaluation, de la qualité et de la performance est chargée d'anticiper les risques, de conforter le processus d'amélioration continue de la qualité et d'évaluer si l'organisation des services permet l'atteinte des objectifs du CSSSB et de résultats de santé pour la population.

VISION ET PHILOSOPHIE

La vision de la Direction de l'évaluation, de la qualité et de la performance s'inscrit en continuité de la vision du CSSSB à laquelle elle donne une nuance particulière :

« Apporter un soutien au conseil d'administration, à l'équipe de gestion et aux intervenants dans leurs efforts pour bâtir un réseau de services de qualité avec et pour une communauté responsable de sa santé. »

Comme les autres directions de support, la Direction de l'évaluation, de la qualité et de la performance préconise une approche clientèle. Elle adopte des valeurs et principes directeurs conformes à cette approche et à la vision qu'elle a définie :

- **Éthique**

La Direction de l'évaluation, de la qualité et de la performance fait la promotion de l'éthique comme approche réfléchie basée sur une conscience du contexte, des valeurs en jeu et de la finalité du CSSSB qui est de contribuer à l'amélioration de la santé et au bien-être de la population en lui offrant une gamme de soins et de services appropriés tout en prenant en compte les déterminants de la santé.

- **Efficacité / efficacité**

La Direction de l'évaluation, de la qualité et de la performance met ses compétences au service de l'organisation pour contribuer à l'utilisation judicieuse des expertises et des ressources, au respect des normes et standards de qualité et une réponse adéquate aux besoins de la population.

- **Apprentissage continu**

Consciente que l'environnement est changeant et qu'il exige une adaptation continue, la Direction de l'évaluation, de la qualité et de la performance profite des opportunités d'apprentissage que procure le contexte pour encourager l'amélioration des pratiques et la satisfaction optimale des besoins de la population.

- **Travail d'équipe**

Reconnaissant le potentiel de tous les acteurs avec qui elle collabore, la Direction de l'évaluation, de la qualité et de la performance favorise la mise en commun des forces et des expertises dans un esprit d'échange, de confiance, de collaboration et de complémentarité.

LES GRANDS ENJEUX

L'évaluation est un processus complexe qui a souvent été négligé dans la gestion des programmes de santé. Dans le domaine médical, il existe des protocoles qui sont bien au point et dont on



peut observer les résultats. Il en est tout autrement quand on aborde les problématiques en santé publique, en santé sociale et mentale. Une difficulté existe aussi quand il est question de mesurer le degré réel d'efficacité et d'efficience opérationnelles des organisations, celles-ci étant évaluées à partir d'indicateurs financiers et d'indicateurs de volumes d'activités.

Le grand défi de la Direction de l'évaluation, de la qualité et de la performance consiste à développer une méthodologie évaluative basée sur un ensemble d'indicateurs corrélés et sur des données probantes et comparatives.

Concrètement, la Direction de l'évaluation, de la qualité et de la performance joue un rôle stratégique dans l'évaluation continue du projet clinique et organisationnel à partir d'indicateurs tels que :

- la concordance entre le développement de services ou de programmes et la logique de responsabilité populationnelle;
- l'impact des programmes-clientèles sur la santé de la population en tenant compte que la prévention et la promotion ne peuvent procurer de résultats immédiats :
 - efficacité et efficience à partir d'indicateurs cliniques;
 - satisfaction des clients et de la population en regard de leurs besoins et attentes;
 - sécurité des services comme élément inhérent à la qualité;
 - concertation avec les partenaires pour assurer la continuité des services;
 - suivi des processus de certification et d'agrément.

L'OFFRE DE SERVICE

Les secteurs d'activités qui sont sous la gouverne de la Direction de l'évaluation, de la qualité et de la performance sont :

- le projet clinique incluant les indicateurs d'amélioration de la qualité de la santé et du bien-être de la population;
- l'identification et le suivi des indicateurs de performance autres que financiers (suivi des orientations stratégiques et du projet clinique);
- l'évaluation des besoins, des attentes et de la satisfaction de la population en regard des services de santé et des services sociaux;
- la gestion des risques : prévention des risques évitables, déclaration et divulgation des accidents et incidents, analyse des risques, suivi des recommandations et analyses prospectives;
- la coordination et le suivi des activités d'amélioration de la qualité;
- la coordination et le suivi de la démarche d'agrément (CCASS);
- le suivi des agréments et certifications;
- le soutien aux programmes pour le développement de pratiques exemplaires et le transfert des connaissances en lien avec les orientations et responsabilités du CSSSB;
- l'enseignement et la recherche comme activités contribuant à l'amélioration continue de la qualité;
- l'éthique clinique comme composante de la qualité des services;



- le comité des usagers et le réseau de bénévoles comme ressources importantes pour l'amélioration de la qualité des services et de la satisfaction de la clientèle;
- la présence à la communauté pour encourager le partage de la responsabilité populationnelle en regard du maintien et de l'amélioration de sa santé et de son bien-être.

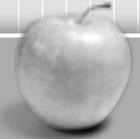
ORIENTATIONS PRIORITAIRES

Trois priorités se dégagent de la mission octroyée à la Direction de l'évaluation, de la qualité et de la performance : le développement d'une culture de qualité et de sécurité dans la prestation des soins et services, la définition de mécanismes de coordination pour assurer une gestion efficace de la qualité et des risques et l'implantation de méthodes d'analyse qui soient conviviales mais suffisamment rigoureuses pour permettre l'évaluation et le suivi de la performance clinique et organisationnelle.



**TABEAU I Direction de l'évaluation, de la qualité et de la performance
Orientations 2007-2010**

Objectifs	Moyens/actions
Priorité n° 1 : Développer une culture d'amélioration continue de la qualité	
Mettre en place des actions pour favoriser le développement d'une culture d'amélioration continue de la qualité	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Soutenir les directions de programmes et les conseils professionnels et para-professionnels dans l'élaboration de leurs objectifs opérationnels annuels et dans le choix d'indicateurs pour en assurer le suivi et l'évaluation ▪ Soutenir les directions de programme et les équipes dans le développement des pratiques professionnelles ▪ Prévoir des activités d'information, de sensibilisation et de formation en matière de qualité ▪ Élaborer et diffuser un Code d'éthique pour le CSSSB ▪ Élaborer une Charte de la Qualité du CSSSB en concordance avec le Code d'éthique ▪ Soutenir les démarches de certification et d'agrément et leur suivi ▪ Faire connaître le Comité d'éthique clinique comme soutien à la qualité des soins et services et à la satisfaction de la clientèle ▪ Mettre en place des mécanismes continus d'évaluation de la satisfaction de la clientèle et de la population ▪ Développer un réseau de bénévoles CSSS à partir des associations existantes ▪ Rehausser le rôle du comité de lecture pour assurer une qualité uniforme des documents
Priorité n° 2 : Développer une culture de sécurité dans une perspective d'amélioration continue de la qualité	
Mettre en évidence le lien entre la sécurité et la qualité des soins et services	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prévoir des activités d'information, de sensibilisation et de formation sur l'importance de la déclaration des incidents et des accidents, de la divulgation des accidents, des événements sentinelles et de la prévention des infections ▪ Élaborer des outils pour faciliter l'analyse et le suivi des risques potentiels et réels ainsi que l'évaluation des résultats des actions correctives et préventives ▪ Collaborer aux analyses prospectives en matière de sécurité (une/programme/an) ▪ Collaborer à la mise en place de mécanismes d'évaluation et de suivi en matière de sécurité en conformité avec les réglementations en vigueur et avec les exigences du CCASS
Priorité n° 3 : Rehausser la culture d'évaluation des résultats	
Mesurer l'impact des actions et des services sur l'état de santé et de bien-être de la population	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mettre en place des mécanismes pour obtenir un portrait évolutif des besoins de la population : sondages, groupes de discussion, liens formels avec la communauté, etc. ▪ Collaborer à l'implantation et à l'animation du Conseil des partenaires ▪ Obtenir la collaboration de la Direction de la Santé publique pour l'élaboration d'un portrait évolutif de l'état de santé et de bien-être de la population ▪ Contribuer au développement et au monitoring des indicateurs de suivi des orientations stratégiques et du projet clinique ▪ Contribuer au développement d'une culture de partenariat



Quatrième partie

Nos orientations 2007-2010

Le futur que nous voulons nous donner

Centre de santé et de services sociaux
de Beauce



NOS PRINCIPAUX DÉFIS

Donner forme au futur

Bâtir une organisation à la suite d'une fusion d'établissements dictée par la Loi comporte son lot de défis et exige de la lucidité tout autant que de la persévérance.

Depuis la création du CSSSB, en juillet 2004, plusieurs défis ont été identifiés, certains ont même été partiellement relevés. Globalement, il fallait passer :

- d'une logique de dispensation de services à une logique de résultats de santé;
- d'une offre de service basée sur les demandes quand les problèmes surgissent au dépistage précoce et à la prévention et la promotion de la santé;
- d'une responsabilité individuelle à une responsabilité collective face à la santé et au bien-être de la population.

Concrètement, ces changements entraînent des défis à plusieurs niveaux :

Des défis humains

- transcender le dérangement initial pour se tourner vers un avenir commun porteur de sens;
- intégrer les acteurs des diverses instances en combinant les forces et en respectant les particularités;
- mettre en valeur la complémentarité des diverses expertises;
- développer des interactions satisfaisantes en facilitant la connaissance et la reconnaissance mutuelles;
- encourager le développement d'une culture commune en misant sur l'éthique et l'apprentissage continu.

Des défis d'organisation de services

- s'assurer que la fusion des établissements entraîne des avantages tangibles pour la population, pour les partenaires et pour les intervenants;
- revoir l'offre de service en collaboration avec les partenaires pour une amélioration de l'accessibilité, de la continuité et de la qualité;
- utiliser pertinemment les ressources disponibles pour offrir de bons services, au bon moment et au bon endroit;
- rehausser la notion de prévention et de promotion de la santé auprès des gestionnaires et intervenants du CSSSB, de ses partenaires et de la population;
- intégrer les notions de santé individuelle et de santé communautaire en prenant en compte les déterminants de la santé;
- concilier l'équité dans la distribution des services et la qualité dans la réponse aux besoins;
- harmoniser et développer les pratiques;
- articuler les services médicaux et sociaux de 1^{re} ligne comme assises du réseau de services;
- développer de nouvelles stratégies d'action avec une préoccupation de qualité mesurée par des indicateurs de résultats.

Des défis de leadership dans le milieu

- asseoir solidement la crédibilité du CSSSB dans le milieu;



« Ces changements entraînent des défis à plusieurs niveaux »



- démontrer le sérieux de cette nouvelle instance par une cohérence entre le discours et les actions;
- tisser des liens étroits avec les différents acteurs du milieu.

Des défis financiers

- harmoniser les pratiques et processus administratifs dans un souci d'équité, d'efficacité et d'efficience;
- promouvoir les besoins de la population pour un financement équitable;
- s'assurer du meilleur usage des ressources;
- concilier les limites financières et l'augmentation des coûts liés à l'évolution des technologies et des pratiques.

2.

LES AXES STRATÉGIQUES

Les orientations stratégiques pour la période allant de 2007 à 2010 précisent les grandes priorités et les ambitions du CССSB. Elles sont regroupées sous deux axes :

- la responsabilité populationnelle;
- le leadership du réseau local en matière de santé et de bien-être.

Ces orientations sont étroitement liées aux responsabilités qui sont dévolues au CССSB. Elles constituent une balise pour la prise de décision et pour l'élaboration des objectifs opérationnels annuels. Leur actualisation se fera avec souplesse en tenant compte de l'environnement changeant.

RESPONSABILITÉ POPULATIONNELLE

Quand le Ministre a confié une responsabilité populationnelle aux CССS, il poursuivait un double objectif : assurer à la population de tous les territoires l'accès à une gamme de services la plus complète possible tout en amenant celle-ci à se responsabiliser face à sa santé.

Les services à la population

Par son approche par programme-clientèle, le CССSB aborde l'organisation de ses services sous l'angle de la continuité avec la ferme conviction que celle-ci aura un impact sur l'accessibilité et la qualité des services.

Pour y arriver, il mise sur une organisation de services évolutive qui :

- est basée sur une évaluation régulière des besoins et attentes de la clientèle et de la population;
- assure la pertinence et l'équité des programmes-clientèles par une adéquation maximale entre les besoins de la population et les services dispensés sur le territoire;
- tend vers la simplification en misant sur l'utilisation optimale des compétences et expertises de tous les acteurs du réseau (le bon service, par la bonne personne, au bon moment);
- réduit les chevauchements inutiles;
- brise les barrières entre les missions et entre les diverses instances du réseau local pour bénéficier de leur complémentarité;
- met les médecins à contribution dans la planification et l'organisation des services;



« La responsabilité populationnelle et le leadership du réseau local »



- accroît l'efficacité organisationnelle par un renouvellement réel et profond des pratiques professionnelles individuelles et collectives bien plus que par des changements de structures;
- place l'exigence de qualité au cœur de ses activités pour le bénéfice de la clientèle et de la population.

L'approche populationnelle

En mettant l'accent sur l'approche populationnelle, le CSSSB induit un changement de paradigme qui se traduira par :

- le passage d'une approche curative à une approche de santé globale;
- un rapprochement entre l'univers de la production des services et les domaines de la promotion de la santé et de la prévention;
- l'intégration de la composante prévention / promotion dans le continuum de services des quatre programmes-clients;
- le développement d'une perception du client comme partenaire et comme premier acteur de sa santé plutôt que comme consommateur de services;
- le renforcement de « l'empowerment » des personnes et des communautés que ce soit dans le « prévenir », « le guérir » ou « le soutenir »;
- la diffusion des informations pertinentes et nécessaires pour que la population puisse se responsabiliser et faire des choix éclairés;
- l'évaluation de sa contribution au maintien et à l'amélioration de la santé de la population.

LEADERSHIP DU RÉSEAU LOCAL

Tel que la Loi le stipule, le CSSSB a la responsabilité de coordonner les services offerts par les intervenants du réseau local de services de santé et de services sociaux (art. 99.4). Comme il est entendu que le réseau local est beaucoup plus étendu que l'instance que constitue le CSSSB, celui-ci se préoccupe d'y inclure tous les organismes ou personnes pouvant avoir un impact sur la santé et le bien-être de la population.

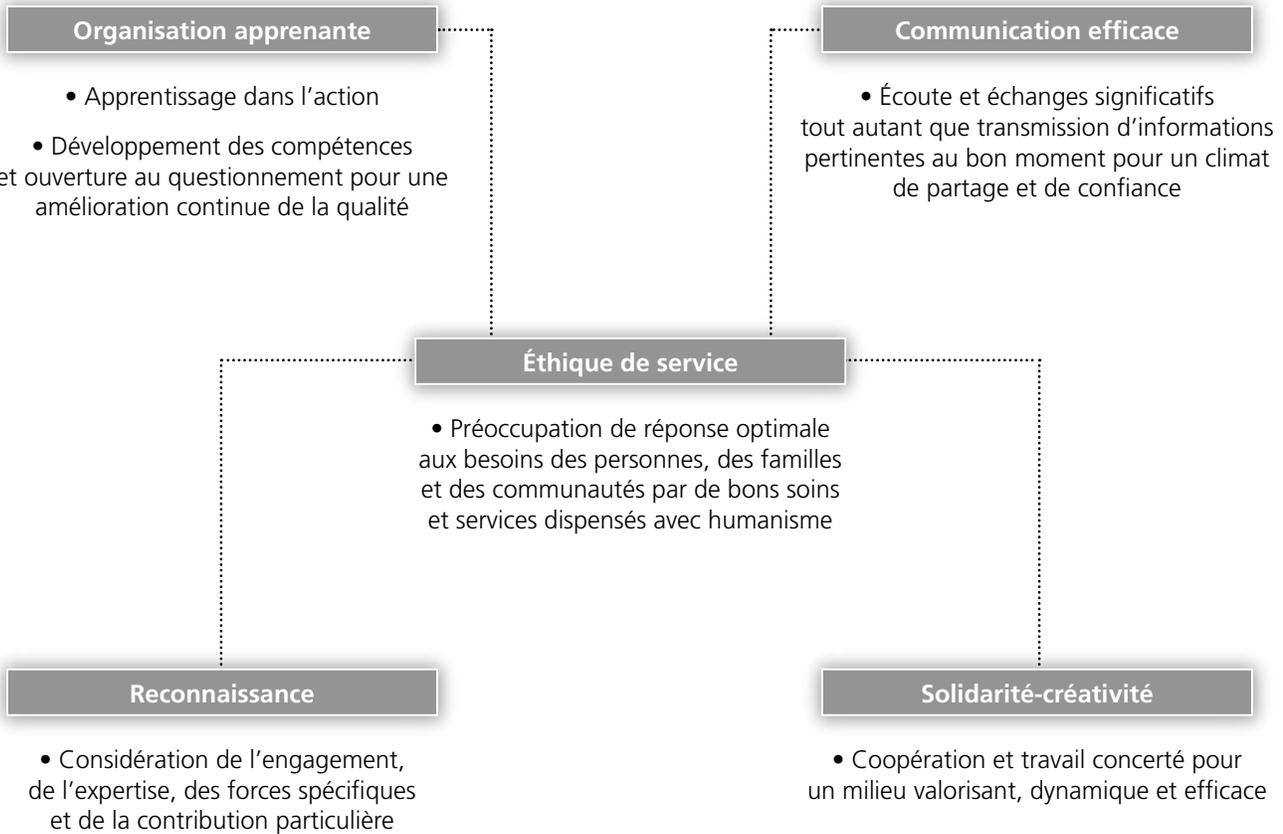
Le CSSSB entend assumer sa responsabilité de coordination en mobilisant les acteurs du milieu autour d'une définition partagée de la responsabilité populationnelle et de la promotion de pratiques de coresponsabilité. Cette mobilisation sera favorisée par :

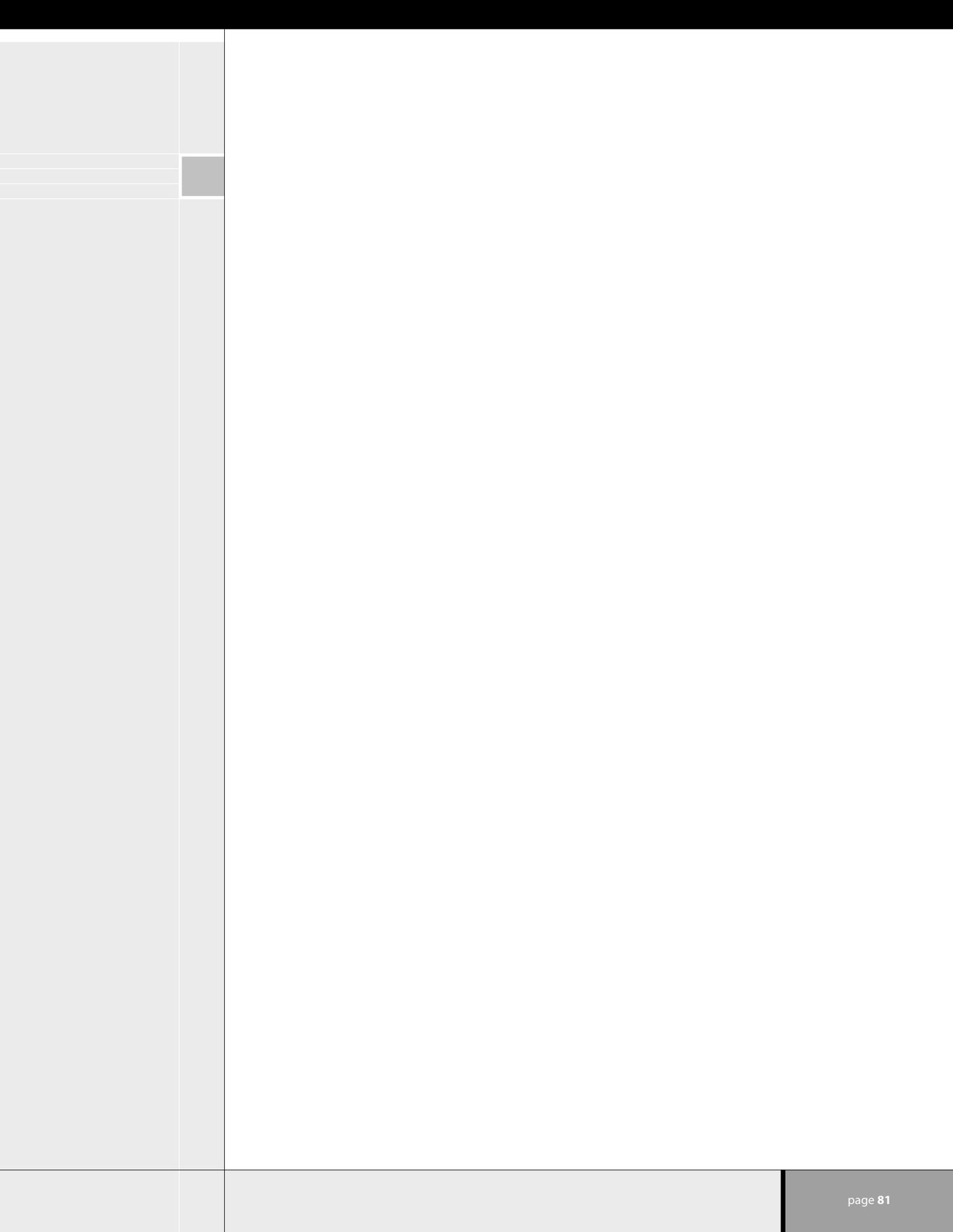
- le respect des intérêts et des expertises spécifiques;
- le développement d'une synergie qui maximisera l'impact des actions sur la santé et le bien-être de la population;
- le développement de partenariats durables qui pourront être formalisés par des protocoles d'entente;
- la valorisation de la dimension sociale et de l'approche communautaire dans le développement de la communauté.

Concrètement, la mise en place d'un conseil des partenaires permettra de s'entendre sur les résultats de santé à atteindre et sur les services à offrir et de créer des alliances pour **« bâtir ensemble une communauté responsable de sa santé »**.



ANNEXE I / PHILOSOPHIE ORGANISATIONNELLE





ANNEXE II / PHILOSOPHIE D'INTERVENTION

1 Approche interdisciplinaire

- Les différentes expertises sont mises en commun et les actions sont coordonnées pour évaluer les besoins et y apporter une réponse et pour arriver à des résultats santé

2 Approche communautaire

- Les interventions sont guidées par la conviction que les personnes et les communautés ont le potentiel et la capacité de s'organiser et de prendre en charge les problèmes qu'ils vivent
- Une attention est apportée aux déterminants de la santé, au capital social et au potentiel de développement

Approche programme-clientèle

- Les interventions sont intégrées dans une boucle de services complète pour une clientèle définie
- Les intervenants partagent les responsabilités pour la réponse aux besoins, la résolution de problèmes et l'atteinte d'objectifs de santé

3 Approche holistique

- La personne est considérée dans sa globalité et dans sa capacité d'auto-détermination
- Elle évolue dans un milieu significatif pour elle qui influence sa santé et son bien-être

4 Approche milieu de vie

- Les interventions sont décidées avec la personne vivant en milieu substitut et ses proches pour un respect optimal de ses valeurs, de ses croyances et de ses choix, la valorisation de son autonomie et de ses capacités

❶ Approche interdisciplinaire

Facilitée par l'approche par programme-clientèle et basée sur la croyance que les meilleures décisions surgissent de l'échange et de la mise en commun des expertises, l'approche interdisciplinaire est actualisée par les intervenants issus de diverses disciplines professionnelles. Ceux-ci peuvent œuvrer au CSSSB ou dans un organisme partenaire. Chacun a une responsabilité clinique qui dépasse son intervention immédiate et qui s'inscrit dans une perspective systémique. Le partage des responsabilités est formalisé par un plan d'intervention ou de services individualisé qui vise la réponse aux besoins de clients communs, la résolution des problèmes et l'atteinte d'objectifs de santé.

❷ Approche communautaire

L'approche interdisciplinaire prend une connotation intersectorielle lors des interventions dans la communauté. On mise sur la « reconnaissance et la valorisation du potentiel des individus, des réseaux sociaux et des communautés pour prendre en mains leurs problèmes sociaux et de santé (...) » et on « met l'emphase sur le partage des responsabilités individuelles et collectives dans la réponse aux besoins de la personne. » (Bourque, 1987, cité dans *L'approche communautaire, Guide de référence*, CRDI M.-E., 2003)

Au CSSSB, l'approche communautaire vise aussi l'autonomisation des personnes et des communautés c'est-à-dire le développement de l'autonomie décisionnelle. Dans cette perspective, les rapports entre les intervenants et les personnes ou les communautés sont fondés sur la réciprocité et sont foncièrement égalitaires. (Ninacs, W.A. *Empowerment et service social: approches et enjeux*. *Service social*, 44(1), p. 69-93, 1995)

❸ Approche holistique

Les approches préconisées ont toutes une perspective holistique. Ainsi, les interventions auprès de la clientèle se font en tenant compte de sa globalité et de son appartenance à un milieu qui peut agir sur sa santé et son bien-être. Les interventions peuvent être préventives ou curatives, individuelles ou collectives. Elles visent à maintenir ou améliorer la santé et le bien-être des personnes et à renforcer l'autonomie individuelle, familiale et communautaire. Elles s'inscrivent dans une logique de continuité et de complémentarité clinique et administrative, autant au sein de l'organisation qu'avec les partenaires.

❹ Approche milieu de vie

L'approche interdisciplinaire se traduit, en milieu d'hébergement, par l'approche milieu de vie. Elle est fondée sur le respect des valeurs, croyances et choix de la personne, sur le maintien de ses capacités et de son autonomie. Soutenue par un plan d'intervention élaboré avec la personne concernée et ses proches, cette approche encourage une réponse optimale aux besoins particuliers de la personne en lien avec son histoire de vie.

ANNEXE III / STRUCTURE ORGANISATIONNELLE

NOS PROGRAMMES-CLIENTÈLES

Le Ministère a identifié neuf (9) programmes-services que le CSSSB a répartis dans ses programmes-clientèles. Le programme de santé publique est intégré dans tous les programmes-clientèles qui doivent inclure dans leur boucle de services des activités de prévention et de promotion en continuité avec les services curatifs. Les programmes Dépendance, Déficience intellectuelle et Déficience physique sont aussi éclatés dans plusieurs programmes-clientèles pour des motifs d'intégration de services.

Famille-Enfance-Jeunesse

En plus des services pour les jeunes en difficulté et leur famille, ce programme inclut des services pour la clientèle jeune présentant des problèmes de déficience intellectuelle, de santé mentale, de dépendance ou de déficience physique.

Santé physique et sociale

Ce programme se divise en deux secteurs d'activités, chacun étant sous la responsabilité d'un directeur différent.

- *Santé physique et sociale générale*

Ce programme offre des services à caractère universel qui s'inscrivent en continuité avec les autres programmes-clientèles et avec les services offerts par la communauté.

- *Santé physique et sociale spécialisée*

Ce programme s'adresse aux personnes aux prises avec une maladie ou un traumatisme qui doivent recevoir des traitements spécialisés ou surspécialisés. Il s'adresse aussi aux personnes atteintes d'une maladie chronique ou requérant des services d'oncologie ou de soins palliatifs.

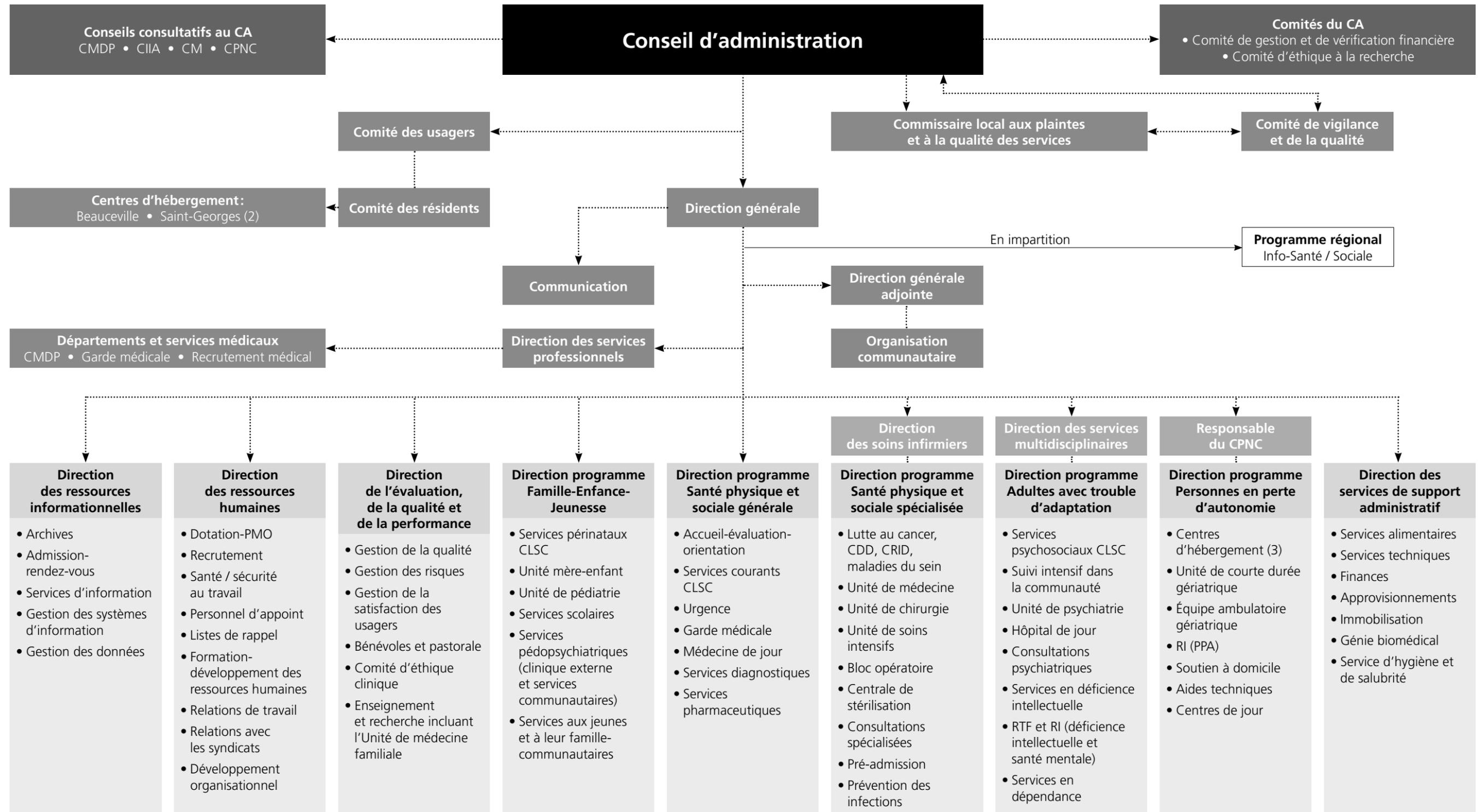
Adultes avec trouble d'adaptation

Ce programme regroupe les services pour la clientèle présentant des troubles de santé mentale sévères et persistants mais aussi les services d'accueil psychosocial et d'intervention auprès des personnes adultes présentant des troubles transitoires. Il inclut des services pour la clientèle adulte présentant des problèmes de dépendance ou de déficience intellectuelle.

Personnes en perte d'autonomie

Ce programme s'adresse aux personnes en perte d'autonomie et à leurs proches avec un intérêt particulier pour les personnes âgées. Il est en lien étroit avec les programmes de santé physique et de santé mentale. Ce programme inclut les services de soutien à domicile et les services aux personnes présentant une déficience physique.

ORGANIGRAMME DU CSSS DE BEAUCE



Promotion • Prévention • Diagnostic • Traitement • Réadaptation • Intégration sociale • Fin de vie

ANNEXE IV / RESPONSABILITÉS DE L'ÉQUIPE DE DIRECTION

Direction générale

La Direction générale assume la responsabilité stratégique de la relation avec les partenaires. Pour ce faire, elle travaille en étroite collaboration avec les organisateurs communautaires du CSSSB. Elle est la principale gardienne de la vision systémique et du respect des orientations, autant les orientations ministérielles que les orientations du CSSSB.

Directions des programmes-clientèles

Les directeurs responsables des programmes-clientèles gèrent les activités de prévention et de promotion de la santé en lien avec le programme de santé publique. Ils s'assurent aussi de l'accessibilité, de la continuité et de la qualité des services en collaboration avec les organismes partenaires qui partagent un intérêt pour la réponse aux besoins des clientèles ciblées dans chaque programme-clientèle.

Certains assument des responsabilités spécifiques transversales à tous les programmes-clientèles :

- *Direction du programme Santé physique et sociale spécialisée et des soins infirmiers*: gestion des soins infirmiers;
- *Direction du programme Adultes avec trouble d'adaptation*: gestion des approches psychosociales;
- *Direction du programme Personnes en perte d'autonomie*: gestion des alternatives communautaires en hébergement.

La *Direction d'Info-Santé / Sociale*, pour sa part, assume le lien avec la Direction de la santé publique pour le suivi des activités de prévention et de promotion de la santé et collabore au processus d'accès aux services.

Directions de programme-support

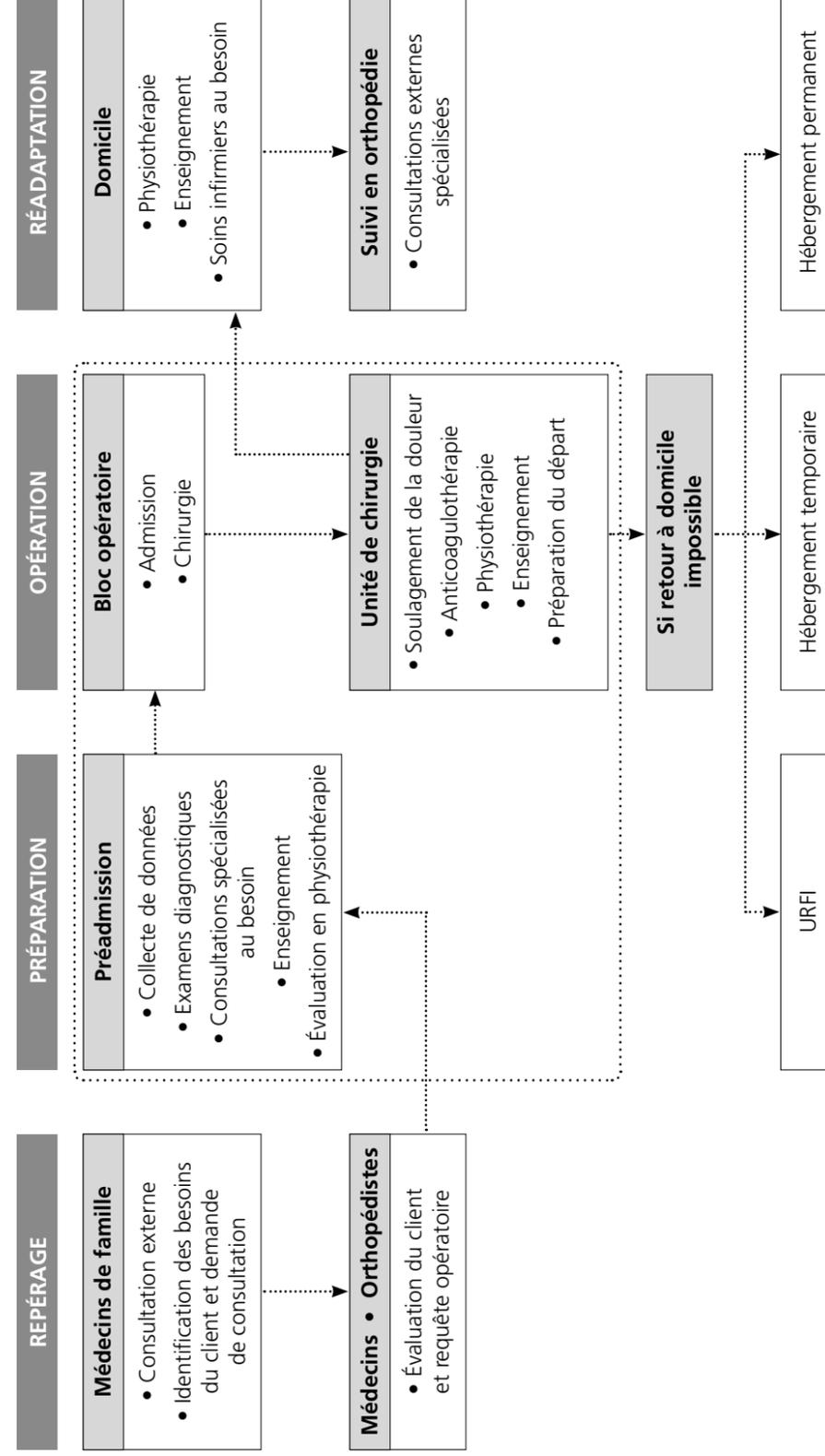
Les directions de programme-support assument la gestion essentielle au bon fonctionnement du CSSSB et posent au quotidien des gestes qui permettent aux professionnels de la santé de disposer des outils nécessaires pour assurer des services de qualité à la population.

En plus d'assumer les responsabilités propres à sa direction, chaque directeur s'est vu confier des responsabilités en lien avec les mandats et orientations du CSSSB :

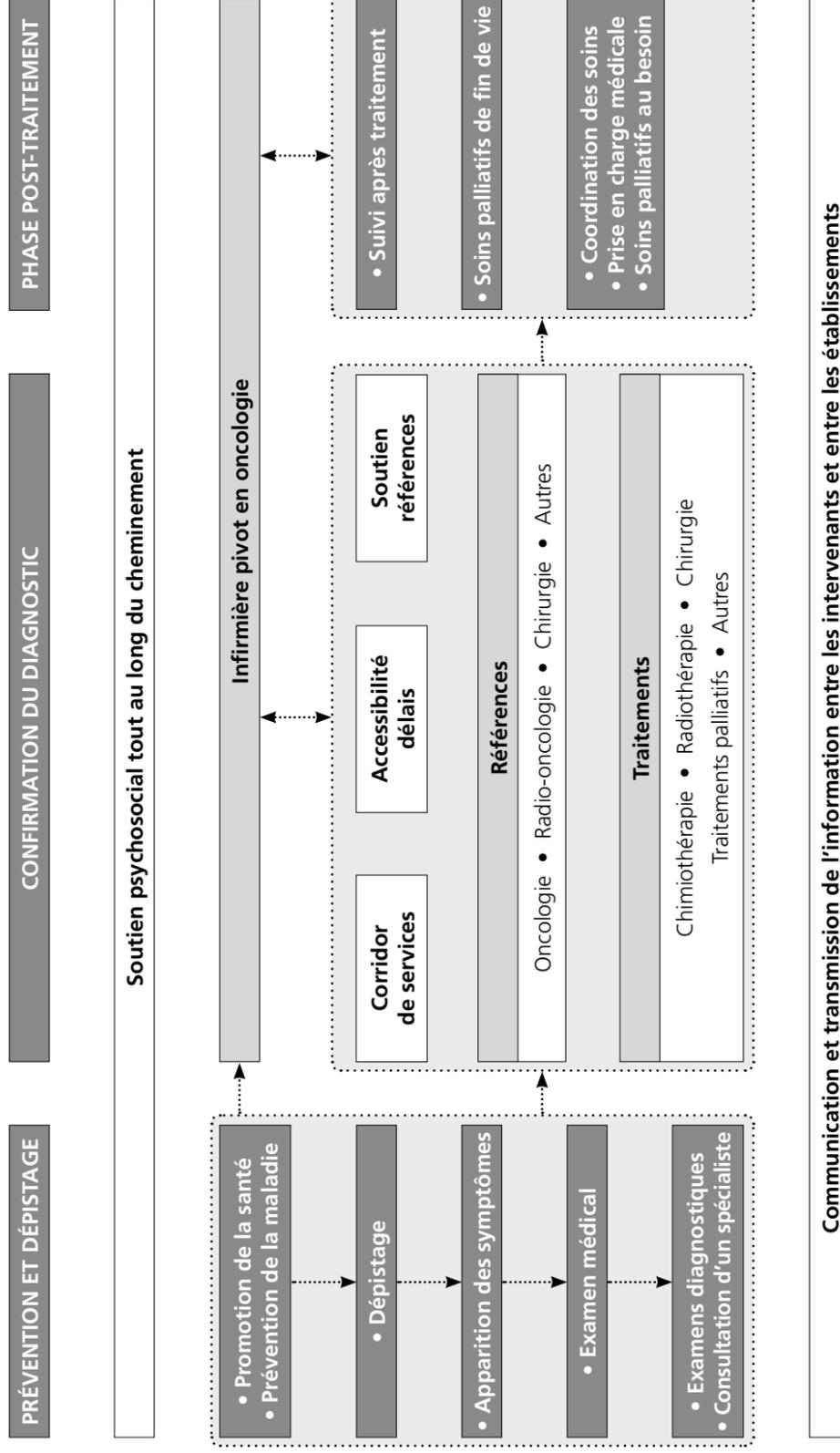
- *Direction des ressources humaines*: gestion du développement organisationnel, de la dynamique interdisciplinaire et de la pratique professionnelle;
- *Direction de l'évaluation, de la qualité et de la performance*: gestion du suivi de l'état de santé et de bien-être de la population, de l'accompagnement à la responsabilité populationnelle et des processus de qualité et de sécurité des services;
- *Direction des ressources informationnelles*: gestion de l'information, de la sécurité informationnelle et de l'évaluation des indicateurs et des standards;
- *Direction des services de support administratif*: gestion des actifs immobiliers et des équipements et atteinte de l'équilibre budgétaire.

ANNEXE V / CHEMINEMENTS CLINIQUES

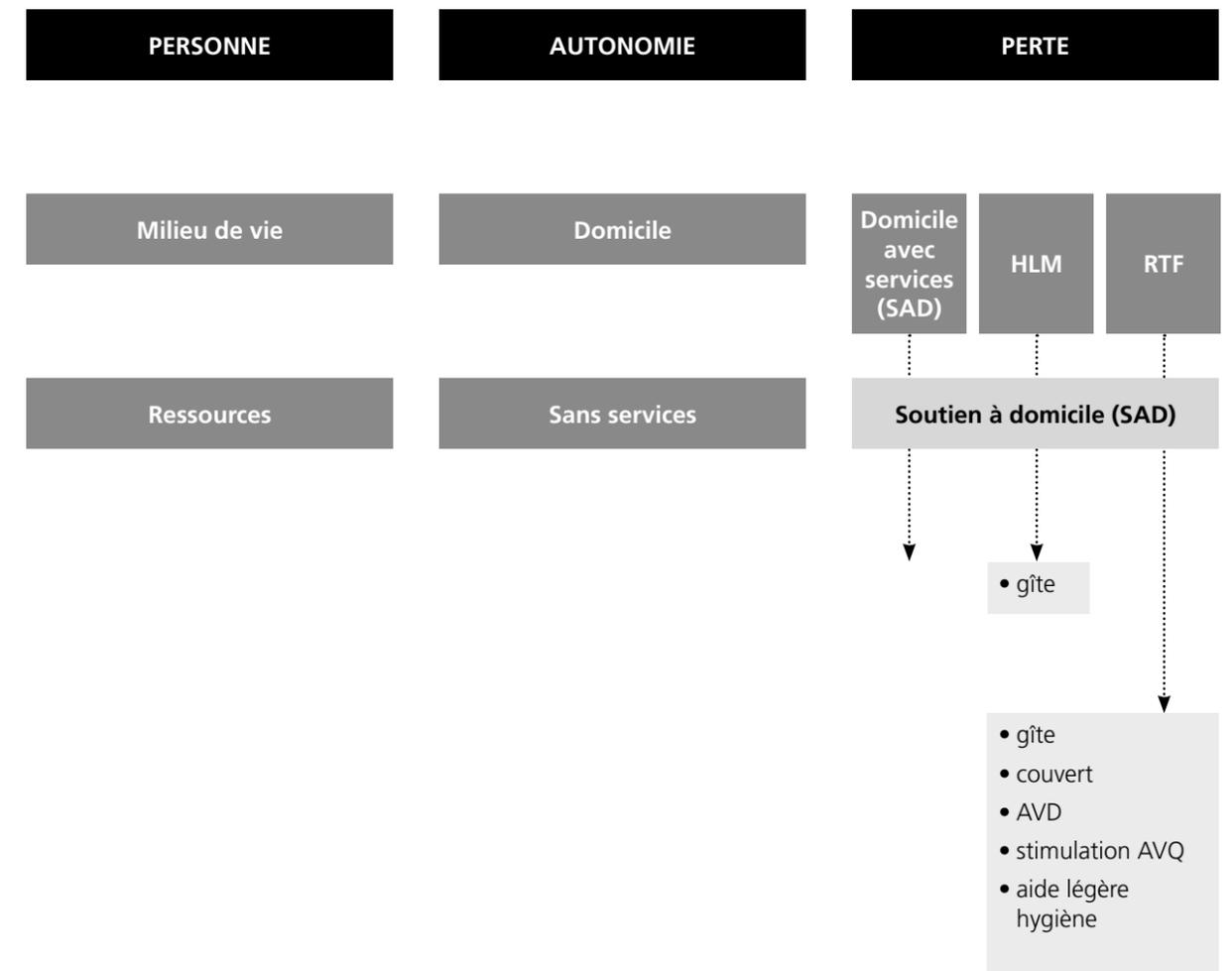
Cheminement d'un client devant subir une chirurgie pour prothèse de hanche ou de genou

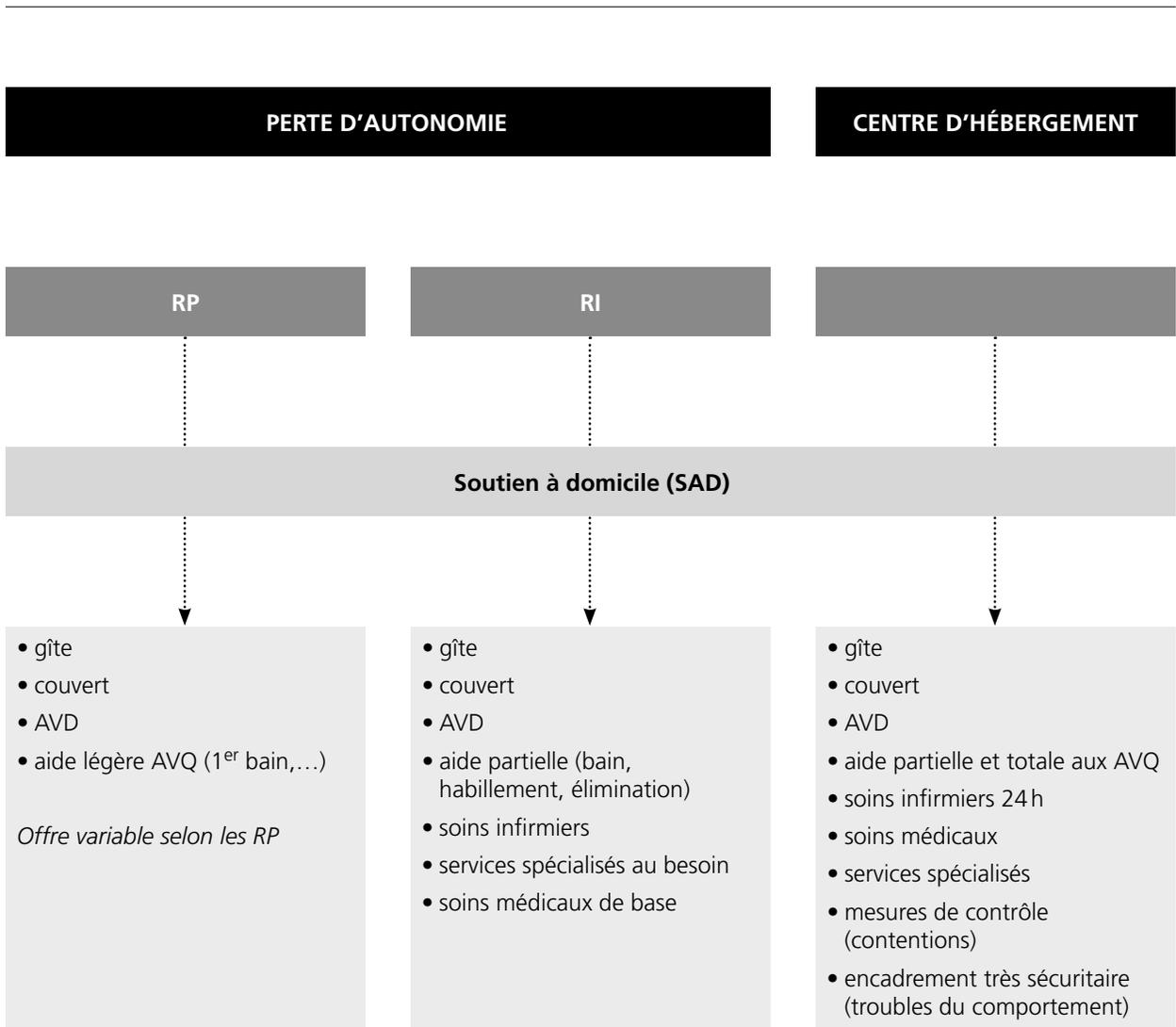


Cheminement de la personne atteinte du cancer : du dépistage au suivi après traitement



**ANNEXE VI / PROGRAMME PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE :
OFFRE DE SERVICE**





RÉFÉRENCES

L'approche communautaire, Guide de référence, CRDI Montérégie-Est., 2003.

Ninacs, W.A. *L'empowerment et l'intervention sociale*, Les journées d'animation 2003, CDÉAFCF.

OMS, *Santé mentale: renforcement de la promotion de la santé mentale*, 2001.

Les données statistiques sont tirées des documents suivants :

- Portrait du bassin de desserte du CHBE, Denis Savage, AHQ, mars 2004.
- Portraits de la population des RLSSS de la région Chaudière-Appalaches, ADRLSSS-Chaudière Appalaches, mars 2005.
- CSSS de Beauce, Les dossiers prioritaires, sommaire de la situation, CIM, octobre 2006.
- Profil socioéconomique de la Chaudière-Appalaches, mars 2005 : www.chaudière-appalaches.qc.ca
- www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/population
- www.rrsss12.gouv.qc.ca/dr.htm



« Avec vous... pour bâtir ensemble une communauté responsable de sa santé »

**Centre de santé et de services sociaux
de Beauce**



Pour toutes informations, veuillez contacter le service des communications
418 228-2031 poste 7340 | csssbeauce@ssss.gouv.qc.ca