



EHESP

DESSMS

Promotion : **2016-2017**

RAPPORT DE STAGE INTERNATIONAL

**Réorganisation des services de santé :
pour une trajectoire de services plus fluide et mieux
intégrée**

Delphine LEROUX

Remerciements

J'aimerais tout d'abord remercier Sylvie Bilodeau, directrice des programmes DI, TSA, DP au CISSS de Montérégie-centre qui a fait preuve d'une grande disponibilité, d'un grand professionnalisme et d'un accompagnement d'une grande qualité. Nos échanges furent, grâce à son expérience de directrice, sa connaissance du handicap sensoriel et sa vision stratégique d'une grande richesse et m'ont permis de cheminer dans mes réflexions.

Merci à l'ensemble de l'équipe pour l'accueil chaleureux et les échanges aussi bien formels qu'informels. Merci aussi à Francine Gingras pour sa gentillesse et sa disponibilité. J'aimerais remercier Josée Hebert et Sylvie Cantin avec qui j'ai eu l'occasion de travailler sur différents dossiers.

Je tiens à remercier également Richard Deschamp, président directeur général du CISSS de Montérégie Centre et Lise Poulliot, présidente directrice adjointe pour m'avoir accordé leur confiance en me permettant d'assister aux comités de direction et comités de coordination clinique, instances stratégiques de l'organisation.

Merci aussi à toutes les personnes qui ont accepté de s'entretenir avec moi pour me présenter leur secteur/direction et répondre à mes questions afin que je puisse mener à bien cette étude. Je suis très honorée d'avoir rencontré des personnes autant impliquées dans leurs missions et qui ont le souci d'améliorer les services rendus aux usagers : Benoit Geneau, Marie-Johanne Nadeau, Jacques Fortin, Gyslaine Samson-Saulnier, Pierre-Paul Lachapelle, Marie-Claude Parent, Sylvie Auclair, Isabelle Lavoie, représentants des usagers ...

Je remercie l'EHESP et la Direction des relations internationales pour avoir rendu possible cette expérience très riche, qui me sera sans aucun doute utile dans ma pratique professionnelle de directrice.

Enfin, je remercie Fanny Salle, directrice de l'Institut Public de la Persagotière, qui m'a permis via le « réseau francophone en déficience sensoriel et troubles du langage » de vivre cette expérience.

Sommaire

1	Description de la structure d'accueil.....	3
1.1	Contexte démographique du Québec et compétences en matière de santé	3
1.2	Centre intégré de santé et des services sociaux (CISSS) de Montérégie Centre	3
1.2.1	Création et mandat du CISSS.....	3
1.2.2	Population et territoire.....	4
1.2.3	Clientèle et installations	4
1.3	Direction des programmes DI, TSA, DP.....	5
2	« Réorganisation des services de santé au Québec : pour une trajectoire de services plus fluide, mieux intégrée »	6
2.1	Réorganisation des services de santé et sociaux	6
2.1.1	Une réforme dans la continuité de plusieurs réorganisations du réseau	6
2.1.2	Objectifs poursuivis par la réforme.....	7
2.1.3	Grands axes de la réforme	8
2.2	La stratégie développée par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et le CISSS pour une meilleure fluidité et continuité des trajectoires de services.....	9
2.2.1	La diminution des strates administratives et une centralisation du pouvoir ..	9
2.2.2	La création des CISSS et l'organisation interne : une marge de manœuvre interstitielle pour les Présidents Directeurs Généraux.....	10
2.2.3	Un cadrage provincial des travaux sur les continuums de services : une tendance à la standardisation	10
	Des plans territoriaux d'accès : spécificité des programmes DI-TSA, DP.....	11
2.2.4	Un management stratégique basé sur la performance, la recherche et l'innovation.....	12
2.2.5	L'utilisateur au cœur du dispositif : vers l'empowerement	12
2.3	Une réorganisation ambitieuse qui doit encore faire ses preuves	13
2.3.1	Une réforme toujours en cours de mise en œuvre	13
2.3.2	Un bilan prématuré, difficilement objectivable et mitigé de l'impact de la loi 10 sur les services rendus	14
2.3.3	Perspectives de succès de la réforme selon les personnes interviewées ...	15
2.4	Conclusions de l'étude.....	17
3	Découverte de la richesse travail en réseau	18
3.1	Réseautage au niveau régional, provincial	18
3.2	Le réseau francophone en déficience sensorielle et trouble du langage	19

3.2.1	Missions et intérêt du réseau francophone	19
3.2.2	Description des différentes conférences et visites lors de la semaine	19
	Bilan sur cette expérience :	21
	Conclusion	23
	Bibliographie	25
	Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

CA	Conseil d'administration
CH	Centre hospitalier
CHU	Centre hospitalier universitaire
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
CPEJ	Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse
CR	Centre de Réadaptation
CRIR	Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation
CSSS	Centres de santé et de services sociaux
DI	Déficiência intellectuelle
DP	Déficiência physique
EHESP	École des hautes études en santé publique
ETP	Equivalent temps plein
GMF	Groupe de médecins de famille
INLB	Institut Nazareth et Louis Braille
MC	Montérégie-Centre
MSSS	Ministère de la santé et des services sociaux
PII	Plan d'intervention individualisé
PIB	Produit intérieur brut
PDG	Président directeur général
PDGA	Président directeur général adjoint
PPS	Programme de partenariat de soins
TED	Troubles envahissants du développement
TSA	Trouble du spectre de l'autisme
RI-RTF	Ressources intermédiaires et de type familial
RLS	Réseau locaux de santé
RTS	Réseau territorial de services
UMF	Unité de médecine familiale
US	United-States

Introduction

Motivations

Effectuer un stage à l'international était une forte volonté de ma part car je souhaitais profiter d'une telle opportunité pour élargir ma vision des politiques/systèmes de santé et appréhender une réalité différente de celle de la France, en particulier dans les modes de travail et de management.

Mon choix s'est tourné vers le Canada et en particulier le Québec pour différentes raisons. Tout d'abord, la province est connue pour la capacité de ses professionnels de santé à innover et développer de nouveaux modes d'accompagnement des usagers. Ensuite, assister au déploiement de la réorganisation des services de santé et sociaux entreprise en 2015 au Québec, est une occasion unique pour en tirer des leçons pour ma pratique future. La France est confrontée à des problématiques semblables à celles de la province canadienne.

Enfin, le CISSS de Montérégie centre s'inscrit dans le réseau francophone en déficience sensorielle et du langage, à l'instar de l'Institut de la Persagotière, structure dans laquelle je réalise mon stage de professionnalisation. Coordonner mon stage à l'international avec mon stage de professionnalisation était pour moi un souhait et une réelle opportunité. Cela permet d'instaurer une cohérence entre ces 2 expériences.

Objectifs du stage

Comme convenu dans le projet de stage, les thèmes d'étude ont été les suivants :

1. **Thème principal du stage** : « **Réorganisation des services de santé au Québec : pour une trajectoire de services plus fluide et mieux intégrée** »

En découle le **premier objectif du stage** : Analyser la réorganisation des services de santé Québécois et vérifier si cette réorganisation permet bien d'assurer, comme elle le prévoit, une trajectoire de services plus fluide et mieux intégrée aux usagers Québécois.

2. **Approfondir ma connaissance du secteur du handicap**
3. **Appréhender le métier de directeur et les différences managériales outre-Atlantique**
4. **Découvrir la richesse du travail en réseau**

1 Description de la structure d'accueil

1.1 Contexte démographique du Québec et compétences en matière de santé

Le Québec, qui s'organise en 17 régions administratives dont la capitale est Québec, est l'une des dix provinces du Canada. Il possède une superficie de 1 300 866 km² et la population totale s'élève à 8 326 089 d'habitants¹. La densité de population était ainsi de 6,4 hab. /km² en 2015².

En 2013, le PIB par habitant du Québec était légèrement inférieur à celui de la France. En effet, il s'élevait à 36 216 \$ (US) au Québec quand celui de la France était de 37 134 \$ (US[°]). Quant aux inégalités de revenus entre les deux pays, elles restent relativement similaires, respectivement 0,29 et 0,30, pour l'année 2010³.

Le gouvernement fédéral possède des responsabilités en matière de santé, mais c'est aux provinces qu'il revient de fournir des soins de santé à la majorité des Canadiens.

Ainsi, l'organisation et le financement du système de santé relèvent de la responsabilité du gouvernement Québécois.

1.2 Centre intégré de santé et des services sociaux (CISSS) de Montérégie Centre

1.2.1 Création et mandat du CISSS

La création du Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre fait suite à l'adoption, le 7 février 2015 de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux, notamment par l'abolition des agences régionales.

La Montérégie possède la particularité d'être divisée en 3 CISSS (ouest, centre, est). Le CISSS de la Montérégie-Centre est issu du regroupement des Centres de santé et de services sociaux (CSSS) Champlain–Charles-Le Moyne et Haut-Richelieu-Rouville, de l'Institut Nazareth et Louis-Braille.

Afin d'intégrer les services offerts à la population, le CISSS de la Montérégie-Centre est au cœur d'un réseau territorial de services (RTS) et a la responsabilité d'assurer la prestation de soins et de services à la population de son territoire sociosanitaire, incluant le volet santé publique pour toute la Montérégie. Il assume une responsabilité

¹http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/structure/qc_1971-20xx.htm

²http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/profils/region_00/region_00.htm

³<http://www.stat.gouv.qc.ca/salle-presse/communique/communique-presse-2014/mai/mai1422.html>

populationnelle envers la population de son territoire sociosanitaire et veille à l'organisation des services et à leur complémentarité sur son territoire dans le cadre de ses multiples missions, (CH, CLSC, CHSLD, CPEJ, CR), et ce, en fonction des besoins de sa population et de ses réalités territoriales. Il conclut des ententes avec les autres installations et les organisations partenaires de son RTS (centres hospitaliers universitaires, cliniques médicales, groupes de médecine de famille, cliniques réseau, organismes communautaires, pharmacies communautaires, partenaires externes, etc.)⁴.

Ce mandat est réalisé par près de 9000 employés et de 500 médecins équivalents temps plein.

1.2.2 Population et territoire

Le CISSS est situé dans la partie centre de la Montérégie et dessert la population d'un territoire de 1 391 km². Il inclut partiellement quatre municipalités régionales de comté (Agglomération de Longueuil, de Rouville, du Haut-Richelieu et de la Vallée-du-Richelieu).

Comptant près de 383 000 habitants, le territoire du CISSS de la Montérégie-Centre est le moins peuplé des 3 CISSS de la Montérégie et représente 29 % de la population de la région. Les personnes de 65 ans et plus représentent 14,8 % des résidents de la Montérégie-Centre et les jeunes de moins de 18 ans, 19,8 %.

1.2.3 Clientèle et installations

Sur son territoire, le CISSS exploite 878 lits de courte durée, 1 671 lits en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), 378 places en ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF) pour les personnes âgées et 348 places en RI-RTF pour les autres clientèles. Le CISSS compte également 76 civières fonctionnelles à l'urgence et 19 salles d'opération dans ses 2 hôpitaux.

En ce qui concerne les services offerts, les hôpitaux du CISSS comptabilisent annuellement environ 35 000 hospitalisations de courte durée, 16 000 chirurgies d'un jour et 135 000 visites à l'urgence. On note que les hôpitaux du CISSS prennent en charge 67 % des hospitalisations des résidents du territoire du CISSS.

Par ailleurs, le CISSS héberge 1 450 personnes en CHSLD et 333 personnes en RI (dans le programme Personnes âgées). Annuellement, les centres locaux de services communautaires (CLSC) du CISSS desservent environ 112 000 usagers uniques.

En première ligne, sur le territoire du CISSS, on trouve 60 cliniques médicales, dont 7 groupes de médecine de famille (GMF) et 3 unités de médecine familiale (UMF). Au total, 236 médecins ETP travaillent dans les cliniques du territoire.

⁴ <http://www.santemonteregie.qc.ca/portail/apropos/csss.fr.html#.WC1bdfnhBeU>

Finalement, le CISSS a certaines responsabilités régionales et suprarégionales en raison de ses hôpitaux qui réalisent 21 % des hospitalisations des résidents du CISSS de la Montérégie-Est, et de l'Institut Nazareth et Louis-Braille (INLB) qui fournit des services spécialisés et surspécialisés en déficience visuelle à l'ensemble de la Montérégie, mais également à l'échelle du Québec. L'Institut Nazareth et Louis-Braille a desservi en 2015-2016, 6 286 usagers différents.

Le CISSS de la Montérégie-Centre établit des ententes avec le CISSS de la Montérégie-Ouest où sont intégrés la plupart des centres de réadaptation de la région (en déficience physique, en DI-TSA ou en dépendances). Il collabore également avec le CISSS de la Montérégie-Est où est situé le Centre jeunesse de la Montérégie.

1.3 Direction des programmes DI, TSA, DP

La directrice des programmes DI, TSA, DP est responsable des trajectoires de services des usagers correspondants desservis dans le cadre de leur déficience. Environ 250 professionnels interviennent auprès des usagers. Certains intervenants dépendent hiérarchiquement de d'autres directions du CISSS.

Les particularités de la clientèle desservie sont décrites en annexe.

La finalité des programme-services DI-TSA, DP est de compenser les incapacités des personnes, de développer et maintenir leurs capacités, de favoriser leur autonomie fonctionnelle et de soutenir leur pleine participation sociale. La nature des besoins de ces personnes fait en sorte qu'elles doivent recourir à un moment ou à un autre à des services spécialisés de réadaptation et lorsque cela est nécessaire, à des services de soutien à la participation sociale.

2 « Réorganisation des services de santé au Québec : pour une trajectoire de services plus fluide, mieux intégrée »

2.1 Réorganisation des services de santé et sociaux

2.1.1 Une réforme dans la continuité de plusieurs réorganisations du réseau

Le système de santé Québécois a fait l'objet de nombreuses réformes ces cinquante dernières années. Quatre grandes phases de ces évolutions peuvent être distinguées : 1961-85, prise en charge du système par l'Etat et bureaucratisation de la gouverne ; 1985-2000 : technocratisation et démocratisation ; 2000-07, poussée managériale ; 2007-10 : tentation du privé.

Les modifications de structure ont été prépondérantes et affichent une continuité en faveur d'une gestion intégrée et d'une responsabilité populationnelle⁵. 2 réformes se déroulant au début des années 2000 méritent une analyse plus poussée car elles sont caractéristiques de cette dynamique d'intégration des services et de responsabilité populationnelle qui va se renforcer avec la loi 10.

En premier lieu, dans le but d'améliorer la première ligne des services sociosanitaires par un meilleur accès et une intégration efficace des soins et services, il a été décidé, la mise en place des groupes de médecine de famille (GMF), structures multi-professionnelles liées avec un établissement public, à partir de 2002.

En second lieu, les centres de santé et de services sociaux (CSSS), issus d'une fusion en juin 2004 des centres locaux de services communautaires (CLSC), centres d'hébergement de soins de longue durée et hôpitaux communautaires d'un territoire donné, ont pour responsabilité de « faire vivre » les Réseaux locaux de santé (RLS), créés simultanément. Les CSSS, nouveaux établissements publics, sont donc caractérisés par leur approche populationnelle, leur organisation par programme et par l'implication des organismes communautaires. Avec la création des Réseaux Locaux de services (RLS), est instaurée une gradation des services. L'objectif est :

- « d'assurer à la population l'accès à un large éventail de services de première ligne, de garantir par le biais d'ententes ou de diverses modalités l'accès à des services spécialisés ou surspécialisés,
- de mettre en place des mécanismes de référence et de suivi,

⁵ Jean Turgeon et al., « Québec : cinquante ans d'évolution au prisme des réformes (1961-2010) », Les Tribunes de la santé 2011/1 (n°30), p. 57-85.

- d'impliquer les divers professionnels, de favoriser la collaboration des divers partenaires associés au domaine de la santé et des services sociaux,
- et enfin d'assurer la participation des ressources humaines»⁶.

Cependant, la performance du système n'étant toujours pas jugée satisfaisante, les pouvoirs publics ont souhaité aller plus loin dans l'intégration. Parmi les faiblesses du système, on note un difficile accès à un médecin de famille (uniquement 60% de la population y a accès) et de nombreuses trajectoires de services concernées par des « coupures ». Ces ruptures dans les parcours sont liées à « des problèmes de coordination dans les interventions réalisées auprès des usagers dès lors que deux établissements ou plus sont sollicités dans un parcours de services à l'intérieur d'une même région (ex : fonctionnement en silos notamment pour les structures desservant usagers ayant des troubles envahissants du développement) »⁷. Dans le champ de la déficience particulièrement, les associations d'usagers et professionnels de santé constataient un déséquilibre entre les missions grandissantes allouées à la 1ère ligne et les financements modestes ; la seconde ligne ou services spécialisés étant quant à eux mieux lotis.

2.1.2 Objectifs poursuivis par la réforme

Les pouvoirs publics se sont rapidement mobilisés pour proposer une nouvelle réforme, le projet de loi 10, dont les objectifs affichés étaient de simplifier l'accès aux soins et aux services, assurer une trajectoire de services plus fluides et mieux intégrés aux usagers Québécois et de réaliser des économies, en ces temps de rigueur budgétaire. En d'autres termes, il est proposé de décloisonner l'action publique ainsi que de la territorialiser.

Dans son ouvrage, Jean Turgeon dénonçait en 2011 le trop grand nombre de « réformes de structure consécutives dont le système de santé québécois avait été l'objet, laissant trop peu de temps aux acteurs sur le terrain pour les mettre pleinement en œuvre » ; Il considère en effet que « les changements structurels sont très peu sensibles aux processus et au temps que commandent des changements de pratiques et des changements dans les modes d'organisation des services ». Il n'est pas déraisonnable de penser que son analyse s'applique à nouveau avec l'émergence d'une nouvelle réforme structurelle.

⁶ Jean Turgeon et al., « Québec : cinquante ans d'évolution au prisme des réformes (1961-2010) », Les Tribunes de la santé 2011/1 (n°30), p. 57-85.

⁷ Mémoire du Protecteur du citoyen présenté à la Commission de la santé et des services sociaux dans le cadre des consultations particulières et auditions publiques sur le Projet de loi no 10 , Québec, le 27 octobre 2014.

2.1.3 Grands axes de la réforme

La loi 10, adoptée le 7 février 2015, instaure une nouvelle gouvernance dans le réseau de santé et de services sociaux, en modifiant substantiellement l'actuelle organisation administrative par l'intégration régionale des services de santé et des services sociaux.

Les mesures emblématiques de la réforme sont les suivantes :

- Création des centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS), qui couvrent tout le réseau, à raison d'un CISSS pour chacune des 16 régions sociosanitaires du Québec, exception faite de Montréal, qui en a 5 et de la Montérégie qui en a 3.
- Abolition des 18 agences de santé et de services sociaux de la province ;
- Fusion des 182 centres de santé et de services sociaux (CSSS) qui ne sont plus qu'une trentaine
- Diminution du nombre de conseils d'administration.

Sur la forme, alors que la protectrice du citoyen conseillait de prévoir « des délais réalistes et raisonnables au nécessaire plan de transition, le projet de loi a été adopté en « bâillon » sans transition. La bâillon est une procédure à l'Assemblée nationale qui permet au gouvernement de modifier les règles relatives à l'adoption d'un projet de loi et donc de limiter le temps de débat et de procéder plus rapidement à l'adoption d'un projet de loi.

Si mon étude est consacrée essentiellement à l'analyse de l'impact de la loi 10 sur l'intégration et la fluidité des services, il me semblait intéressant de rappeler brièvement le contenu de la loi 20, en cours de mise en œuvre également, qui vise à améliorer l'accès des usagers à un médecin de famille. Les mesures phares de cette loi sont les suivantes :

- Les médecins de famille devront assurer le suivi médical d'un nombre minimal de patients sous peine de se voir infliger des sanctions pouvant aller jusqu'à 30 % de leur rémunération ;
- Ils devront également assurer un nombre minimal d'heures de travail en institution (CHSLD, hôpitaux, etc.) ;
- Les médecins spécialistes devront eux aussi respecter certaines conditions pour toucher leur pleine rémunération ;

2.2 La stratégie développée par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et le CISSS pour une meilleure fluidité et continuité des trajectoires de services

2.2.1 La diminution des strates administratives et une centralisation du pouvoir

La loi 10 a fusionné par région sociosanitaire l'ensemble des établissements publics de santé et de services sociaux et l'agence d'une même région pour constituer un CISSS, à l'exception de la région de Montréal et de celle de la Montérégie qui comprennent respectivement 5 et 3 CISSS compte tenu de leurs caractéristiques populationnelles. Comme l'indique la protectrice du citoyen dans son mémoire, le passage de 182 établissements à 34 CISSS constitue une diminution très marquée du nombre d'établissements, qui devrait théoriquement favoriser l'intégration des services et leur prestation davantage en réseau.

Par ailleurs, les agences régionales étant fusionnées aux établissements publics de chaque région, la structure administrative du réseau est réduite à deux paliers, soit le régional (celui des établissements régionaux) et le national (celui du ministre, assisté du ministère de la Santé et des Services sociaux) proposant ainsi l'allégement des structures et la clarification des responsabilités des différents intervenants. Sous cet angle, il met également fin au chevauchement des responsabilités entre le ministre, les agences et les établissements. Il renforce de plus la coordination du réseau et son imputabilité, sous l'autorité du ministre dont ces établissements relèvent.

En termes de frontières, la réforme redessine donc les configurations bureaucratiques locales/territoriales et nationales.

Ces différentes mesures, en particulier l'abolition du palier administratif, que constituaient les agences de santé génèrent une concentration du pouvoir entre les mains du ministre et une centralisation de la prise de décision. Ce sont les principales critiques de fond faites à cette réforme par les fédérations et syndicats de professionnels. En réalité, se conjuguent « la rationalité de politique publique » (parvenir à une meilleure intégration des différents compartiments du système de santé) qui a prévalu dans les discours officiels, avec « la rationalité budgétaire » (mutualiser les moyens pour faire face à la compression budgétaire). « La rationalité budgétaire tend à accentuer la centralisation du gouvernement quand la rationalité de politique publique est propice à une plus grande déconcentration »⁸.

⁸ Collectivités, territoires et santé, sous la direction de Thomas ALAM et Marion GARRUCHAGA ; L'Harmattan
Delphine Leroux – Rapport de stage international au Québec - 2016

2.2.2 La création des CISSS et l'organisation interne : une marge de manœuvre interstitielle pour les Présidents Directeurs Généraux

Les présidents directeurs généraux des CISSS et leurs présidents de conseils d'administration sont nommés par le ministre de la santé et des services sociaux, c'est également le cas des présidents directeurs généraux adjoints. Cette autonomie de gestion restreinte laissée aux PDG a fait l'objet d'une remarque de la part de la protectrice du citoyen⁹.

Un modèle de structure organisationnelle a été élaboré par le Ministère dans le but de favoriser et de simplifier l'accès aux services pour la population. Ce modèle de continuum de services se décline en 9 versions. Chaque CISSS ou CIUSSS a déterminé le modèle qui s'applique le mieux à sa réalité en fonction du profil de ses hauts dirigeants (PDG et PDGA) ainsi que du nombre de DGA prévu selon la taille de l'établissement¹⁰. Les CISSS sont organisés par directions de services supports (logistiques, etc.) et de services cliniques par programme (santé mentale et dépendance, personnes âgées, déficience, etc.) et par type de professionnels (soins infirmiers, médecins, services multidisciplinaires, enseignements et services universitaires).

A l'instar du CISSS de Montérégie centre, une réflexion autour des valeurs organisationnelles est engagée par la plupart des CISSS qui préconisent des valeurs dynamiques en lien avec la planification stratégique (valeurs de soins, valeurs professionnelles, valeurs organisationnelles). Au CIUSS centre ouest de l'île de Montréal, les valeurs sont l'innovation, la continuité, l'accessibilité, la pertinence et la consécration d'un pôle d'excellence. On constate que ces valeurs sont cohérentes avec les objectifs de la réforme.

2.2.3 Un cadrage provincial des travaux sur les continuums de services : une tendance à la standardisation

Le ministère invite les directions des programmes de chacun des CISSS à retravailler, à l'échelle du CISSS, les trajectoires de services des usagers qu'ils prennent en charge (déficience, personnes âgées, santé mentale, etc.) selon des standards définis au niveau provincial. La standardisation concerne les délais d'accès, de desserte des usagers, la présence obligatoire d'un intervenant pivot chargé de coordonner les différents intervenants, l'obligation d'un plan d'intervention, les outils d'évaluation, etc.

Les trajectoires s'organisent dans le cadre d'une graduation des soins et services, introduite lors de la réforme de 2004, et reprécisée avec la loi 10. La première ligne

⁹ Rapport annuel d'activités 2015-2016 et le Rapport annuel de gestion 2015-2016 du Protecteur du citoyen peuvent être consultés sur le site www.protecteurducitoyen.qc.ca; Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2016 ISBN 978-2-550-76230-0

¹⁰ www.msss.gouv.qc.ca/reseau/reorganisation/portrait

correspond désormais aux services spécifiques, la deuxième aux services spécialisés et la troisième aux services surspécialisés avec une compétence supra régionale.

Les travaux sur les continuums de service, peuvent être également transversaux aux différentes directions du CISSS, comme ceux sur le continuum AVC, auxquels j'ai participé. Le ministère a demandé à chaque CISSS de mandater un comité chargé de piloter les travaux et de nommer des comités opérationnels sur chaque phase du continuum (hyper aigue, aigue, de réadaptation post-AVC, de réintégration et de soutien dans la communauté). Pour ces travaux, le MSSS définit le planning et fournit une trame que chaque structure doit adapter à ses spécificités.

Des plans territoriaux d'accès : spécificité des programmes DI-TSA, DP

A l'instar des programmes de santé mentale dans le cadre du plan d'action santé mentale 2005-2010, conformément à la demande du ministère, les programmes DI-TSA DP doivent se restructurer selon les standards du plan d'accès et mettre en place un guichet d'accès.

Le CISSS-MC était donc en cours de déploiement, lors de mon stage, du plan d'accès aux services spécifiques et spécialisés pour les personnes ayant une déficience. L'objectif est d'instaurer un mécanisme d'accès simple, intégré et fluide pour accueillir et traiter toutes les demandes de services pour ses programmes. Le CISSS fait en sorte d'assurer l'accès aux services dans un délai raisonnable en optimisant les processus, la gestion de l'accès aux services et l'organisation des services. Cela passe par la mise en place d'un guichet d'accès et l'identification d'un intervenant pivot dès l'évaluation des besoins mais aussi l'élaboration d'un plan d'intervention pour chaque usager.

Un gestionnaire d'accès reçoit son mandat de la direction générale du CISSS. Il est responsable de l'implantation et du suivi du Plan d'accès au sein de son établissement. Il coordonne l'élaboration du plan territorial d'amélioration de l'accès et assure la mise en place d'une gestion centralisée des listes d'attente.

J'ai contribué à la réflexion sur ce chantier complexe de la direction DI-TSA, DP. La complexité réside dans plusieurs éléments :

- Spécificité Montérégienne de comporter 3 CISSS par région : ententes à mener avec les autres CISSS de Montérégie pour les services spécialisés
- Fusion encore récente : nomination de nouveaux directeurs prenant connaissance de leur directions (secteurs, fonctionnements, personnes, etc.), territoires plus grands
- Fonctionnement par programme : les directeurs sont responsables des programmes mais n'ont pas forcément l'autorité hiérarchique sur les intervenants
- Diversité de la déficience physique : motrice, surdité, vue

2.2.4 Un management stratégique basé sur la performance, la recherche et l'innovation

La recherche de performance est centrale dans la stratégie opérée par le MSSS. Cela se manifeste par plusieurs mesures :

- Contractualisation d'ententes de gestion avec le MSSS (équivalent des CPOM en France), orientations du CISSS suivies par des indicateurs
- Instauration de salles de pilotage (obligation ministérielle) : suivi standardisé en comité de direction du CISSS des indicateurs des ententes de gestion ; indicateurs déclinés au niveau tactique dans les directions cliniques et dans les services => Pression ministérielle
- La performance, le Lean, les bases de données et leur exploitation relèvent de la direction de la qualité (CISSS Montérégie Centre)
- Financements non récurrents pour projets destinés à améliorer la performance
- Formation des personnels et gestionnaire à la performance
- Depuis le programme ministériel Lean Santé HSFA : Concept de Lean management déployé dans les structures : Culture axée sur une manière de voir et de penser qui se focalise sur un certain nombre de notions telles que des activités centrées sur le client, la réduction des gaspillages, la réduction des délais pour le client, l'élimination des activités sans valeur ajoutée. L'objectif est d'offrir le service requis, au moment requis et en quantité requise.

Par ailleurs, on constate un lien étroit entre les services cliniques et la recherche : des antennes de centres de recherches sont notamment implantés sur les sites cliniques : exemple des Centres de recherche interdisciplinaire en réadaptation (CRIR).

Enfin, au CISSS de Montérégie Centre et en particulier à l'INLB, il existe une valorisation et une incitation des professionnels à développer des projets innovants : Une méthode de management de projet, « la démarche axée sur les résultats » a été développée par une des professionnels pour favoriser le développement, la mise en œuvre et le suivi des projets innovants. L'INLB a ainsi été le premier établissement au Québec à terminer la phase 2 de sa certification Milieu novateur décernée par le Conseil québécois d'agrément.

2.2.5 L'utilisateur au cœur du dispositif : vers l'empowerement

Si les usagers et la protectrice des citoyens craignent une diminution de la démocratie sanitaire avec la loi 10, notamment avec la diminution des lieux d'expression des usagers, j'ai pu constater, lors des échanges avec les professionnels et des visites d'établissements que les usagers étaient bien au cœur du dispositif.

Tout d'abord, la participation sociale est favorisée, comme en témoigne notamment l'intégration du Processus de Production du Handicap dans les politiques ministérielles

pour les prise en charge des personnes en situation de handicap. Par ailleurs, nos collègues d'outre-Atlantique vont au-delà de ce concept. Le vocable « pris en charge » est banni de leur vocabulaire pour lui préférer « desservit ». En effet, l'objectif est bien de responsabiliser l'usager, acteur de son projet d'intervention. On évoque le concept d'« empowerment » qui se veut un processus de transfert des connaissances visant à développer un potentiel jusqu'à présent caché ou ignoré chez un individu ou groupe d'individus”.

Ensuite, de nombreux CISSS développent et formalisent dans leur organisation interne les partenariats de soins et de service avec les usagers. On assiste à un changement de paradigme sur la place réservée à l'usager. Ses savoirs expérientiels sont reconnus et ses compétences de soins se développent avec l'aide de l'équipe clinique. Il est progressivement habilité à faire des choix de santé libres et éclairés. Il est respecté dans tous les aspects de son humanité et membre à part entière de l'équipe clinique. Il oriente le cœur des préoccupations autour de son projet de vie et participe ainsi aux décisions cliniques qui le concernent. Au CISSS de Laval, la formalisation passe par la création d'un bureau du partenariat de soins et services et d'un guide d'intégration des usagers/patients partenaires explicitant les différents rôles que peuvent prendre les usagers dans la structure. Au CISSS de Montérégie, la présidente directrice adjointe visite chaque semaine des usagers pour mener ce qu'elle appelle l'expérience patient. L'objectif est de tenir compte de la composante émotionnelle vécue par le patient lors de son épisode de soins, dans une optique d'amélioration continue des soins et services.

2.3 Une réorganisation ambitieuse qui doit encore faire ses preuves

2.3.1 Une réforme toujours en cours de mise en œuvre

Comme évoqué en amont, les délais de mise en œuvre de la réforme ont été très courts. L'absence de transition et de préparation ainsi que l'abolition de tous les postes de directeurs, non prévue initialement par le projet de loi a causé une désorganisation du système. Après 18 mois de mise en œuvre, les organisations internes ne sont pas encore toutes fiabilisées et font l'objet d'ajustements récurrents. L'instabilité des organigrammes s'explique également par le contexte de maraudage syndical. Avec la fusion, les règles de représentation syndicale ont changé et des élections doivent avoir lieu prochainement. La fusion implique également des déménagements de professionnels pour optimiser le fonctionnement des services cliniques et supports (projets 514-450 et domino au CISSS-MC).

Ainsi, les premiers mois ont été consacrés majoritairement à la réorganisation interne. Il serait périlleux de s'engager dans une évaluation approfondie de l'intégration et de la

continuité des trajectoires quand les travaux de restructuration des continuums commencent tout juste.

2.3.2 Un bilan prématuré, difficilement objectivable et mitigé de l'impact de la loi 10 sur les services rendus

Dans son rapport 2015-2016, la protectrice des citoyens dresse un premier bilan de la loi 10 et aborde son impact sur la qualité des services aux usagers.

De manière globale, elle relève « que le problème d'accès aux services, demeure bien présent » et dénonce l'absence de « plan de transition énonçant entre autres clairement les étapes du changement, les garanties de maintien des services aux usagers et la réallocation des ressources selon les priorités » qui « aurait pu réduire ces difficultés d'accès ».

Par ailleurs, concernant le continuum de services pour les personnes ayant une déficience, elle constate un « nivellement vers le bas de l'offre résultant de l'intégration des politiques régionales ». Le ministère « appliquerait, à l'échelle régionale, la moins généreuse des offres de services locales ». Cela se vérifierait dans la manière restrictive d'appliquer les critères d'admission aux programmes destinés aux personnes présentant une déficience physique, intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme. Les services ne seraient par ailleurs pas toujours rendus selon l'intensité requise. Elle se veut toutefois rassurante et rappelle que le déploiement du plan territorial d'accès devrait améliorer cette situation.

En 2015-2016, le nombre de plaintes qu'a traitées le Protecteur du citoyen en matière de santé et de services sociaux a connu une baisse de 1,9 % par rapport à l'année précédente. Le nombre de signalements a aussi diminué, passant de 258 à 160. Le pourcentage de plaintes fondées a toutefois augmenté (de 40,2 % à 43,2 %), tout comme le pourcentage de signalements fondés (de 8,1 % à 67,2 %)¹¹.

Bilan au sein du CISSS-MC

Les indicateurs pertinents pour objectiver une éventuelle amélioration de l'intégration et de la fluidité des parcours sont notamment les suivants :

- Les délais d'accès aux services
- Le délai avant la première intervention
- La présence systématique d'un intervenant pivot
- La présence systématique d'un plan d'intervention

¹¹ Rapport annuel d'activités 2015-2016 et le Rapport annuel de gestion 2015-2016 du Protecteur du citoyen peuvent être consultés sur le site www.protecteurducitoyen.gc.ca; Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2016 ISBN 978-2-550-76230-0.

- % orientations pertinentes pour les diagnostics en cliniques CETSA
- Les plaintes (accessibilité public vulnérable, délais d'accès, qualité des services, fluidité des parcours, etc.)
- La satisfaction des usagers (agrément)
- % de déploiement du plan territorial d'accès pour les usagers ayant une déficience

En dehors du fait qu'une évaluation reste prématurée comme expliqué en amont, j'ai rencontré des freins à l'analyse pour les raisons suivantes :

- Le suivi des indicateurs n'est parfois pas encore mis en place
- Il n'existe pas toujours de comparaison possible : avec la réforme, le périmètre a changé : les indicateurs sont désormais calculés/disponibles pour le CISSS dans sa globalité

Ainsi, les éléments récoltés au CISSS-MC ne permettent pas en tant que tels de juger de l'impact de la loi 10 sur les trajectoires de service :

- Les usagers de l'INLB ne semblent pas avoir subi de modification de la qualité des services offerts, comme le montre le questionnaire de satisfaction réalisé en aout 2016 dans le cadre de la procédure d'agrément
- L'amélioration des délais d'attente pour le diagnostic TSA résulte principalement d'un projet de réorganisation interne du programme non lié à la réforme
- L'absence de plainte ne semble pas révélatrice de la qualité de l'accessibilité et continuité mais plus de la méconnaissance du processus de déclaration des plaintes

2.3.3 Perspectives de succès de la réforme selon les personnes interviewées

Si les personnes interrogées ont indiqué qu'il était prématuré de tirer des conclusions, elles ont toutefois livré un premier constat à 18 mois.

Aspects relevés en défaveur de l'amélioration du service rendu

Protectrice des citoyens :

« La réforme proposée porte le risque de médicaliser la réponse à des besoins avant tout psychosociaux et, en conséquence, d'orienter en trop grande proportion les budgets disponibles vers la mission médico-hospitalière du CISSS. »

« Il est impératif que les usagers et les comités qui les représentent puissent donner leur point de vue aux autorités sur la qualité des services et le respect de leurs droits. Il y a ici une lacune importante dans la restructuration introduite par le projet de loi no 10¹². »

¹² Mémoire du Protecteur du citoyen présenté à la Commission de la santé et des services sociaux dans le cadre des consultations particulières et auditions publiques sur le Projet de loi no 10 , Québec, le 27 octobre 2014.

Représentants des Usagers :

« Il y a le problème des compressions budgétaires : comment mettre en œuvre la réforme (orientations et bonnes pratiques) sans moyens ? »

« On assiste à une neutralisation citoyenne : Il y a moins d'instances pour s'exprimer » « Quant est-il de la liberté de parole des membres du conseil d'administration rémunérés »

« Avec un seul conseil d'administration et un seul comité de direction, les problématiques sociales risquent de passer inaperçues, ou d'être traitées à la marge »

Professionnels :

« Modèle médical trop centré sur le diagnostic. On accentue les choses sur le diagnostic et non sur les besoins. On peut nuire aux usagers en posant un diagnostic trop tôt. »

« Trop de standardisation, tue l'initiative. Le métier de travailleur social devient moins varié »

« Il y a une obsession de la performance. » « Le ministre veut mettre les établissements en compétition. On observe de la détresse chez les travailleurs sociaux » « Les orientations du ministre contradictoires avec celles de l'ordre. Et pourtant au CISSS-MC, l'ambiance est plus saine qu'ailleurs. »

« L'agence a disparu : elle jouait un rôle de médiation, collaboration »

« Le maintien des liens des établissements avec les partenaires communautaires est plus difficile car il y a moins de directeurs ; c'est plus difficile de s'enraciner dans le milieu »

Aspects relevés en faveur d'une amélioration du service rendu

Protecteur du citoyen,

« L'une des forces du projet de loi no 10 est la meilleure intégration des services qu'il permet d'anticiper. La fusion des établissements au palier régional a le potentiel certain d'améliorer la continuité des services, leur fluidité et, par voie de conséquence, leur accessibilité. »

Professionnels :

« Impose une culture de l'excellence plus qu'avant » ; « On assiste à une augmentation de la performance dans les services clinico-administratifs ». « On est obligé de revoir les processus pour les optimiser. Il y a une émulation entre établissements du CISSS : on passe de la concurrence à la comparaison »

« Opportunités de développer certains domaines, pôles d'expertise restreints : cela évite de dupliquer les efforts »

« L'itinérance et la dépendance ont été intégrées au sein des programmes santé mentale, cela va permettre une meilleure fluidité des trajectoires de services des usagers »

« La réforme a permis un changement de paradigme, la direction de la santé publique accompagne, fait avec ; élabore en commun. Le travail avec les partenaires (collectivités, commissions scolaires, petite enfance, communautaire, etc.) est de plus en plus collaboratif »

Usagers

« Les concepts de guichet unique et d'intervenant pivot sont intéressants »

« La création d'un programme DI-TSA-DP va probablement permettre des gains en termes de continuité »

« Un seul conseil d'administration et un seul comité de direction peut aider à la continuité ».

2.4 Conclusions de l'étude

18 mois après le début de mise en œuvre de la réforme, il semble clair que les objectifs d'amélioration de l'accès aux services et de la fluidité des trajectoires ne sont pas encore au rendez-vous. L'absence de solide plan de transition a causé une désorganisation et a généré dans certains secteurs une dégradation du service rendu aux usagers.

La réorganisation interne des CISSS/CIUSS se finalisant et les travaux sur les continuums se concrétisant, la mise en œuvre entre dans une phase déterminante. Le ministre, devenu l'interlocuteur direct d'une trentaine de PDG de CISSS/CIUSSS, mène une stratégie de standardisation et d'optimisation de la performance de ces services, qui pourrait laisser présager d'une amélioration de la fluidité des parcours des usagers. Au sein d'un même territoire, la concurrence semble laisser place à la comparaison et à l'échange de bonnes pratiques et la mutualisation de compétences.

Cependant, les acteurs semblent s'inquiéter face aux risques de dilution des problématiques sociales dans une mégastucture dominée par le champ sanitaire et au sein d'un modèle redevenu très médical. Il ne faut également pas sous-estimer l'impact des mesures de « compression » budgétaire sur l'efficacité du système de santé et les limites des plans d'action visant à fluidifier les trajectoires, à moyens et capacités constants.

Si une phase de découragement a été observée chez les professionnels face à l'ampleur de la réforme, ils semblent être désormais résignés et impliqués. Certains corps de métiers, comme les travailleurs sociaux, semblent subir plus que d'autres la pression imposée par des objectifs de productivité. Toutefois, de manière générale, la motivation des différents intervenants rencontrés et leur volonté d'améliorer le système et le service rendu aux usagers est remarquable. Ceci est étonnant surtout si on considère qu'aucune mesure particulière n'a été déployée pour anticiper et prévenir les risques psychosociaux liés à la fusion. Une telle réforme n'aurait certainement pas suscité les mêmes réactions en France. La dimension culturelle, est sans aucun doute un facteur déterminant dans le succès de cette réforme.

Cette analyse est bien évidemment incomplète et limitée aux observations réalisées sur le terrain ainsi qu'à une étude bibliographique restreinte. Les auteurs¹³ sont divisés quant à « la nature des répercussions des fusions d'établissements de santé, tant sur le plan de la qualité et de l'accessibilité des soins et des services, qu'aux plans économique et humain ». Il serait judicieux de documenter de façon rigoureuse les impacts des fusions des établissements, notamment sur les aspects qualitatifs auprès des professionnels de santé et des services sociaux.

La reconfiguration des services de santé et des services sociaux est toujours en cours de mise en œuvre et ses multiples impacts devront faire l'objet de recherches afin d'en mesurer les effets, positifs ou négatifs, à moyen et à long terme.

3 Découverte de la richesse travail en réseau

3.1 Réseautage au niveau régional, provincial

De manière générale, le « réseautage » est une institution au Québec et est une excellente porte d'accès à une intégration sociale et professionnelle. Dans une recherche d'emploi, la constitution et l'entretien du réseau se révèlent primordiaux. Au Québec, il se dit que 40 % à 80 % des postes à pourvoir ne sont pas affichés, mais se combinent grâce au bouche à oreille et aux recommandations.

Pour des directeurs en poste, notamment au sein du réseau de santé, l'intérêt du réseautage réside dans plusieurs aspects :

- Se coordonner entre directions de programmes au sein d'un même CISSS, surtout compte tenu des « arrimages » à réaliser suite à la réforme
- Collaborer et signer des ententes entre les différents CISSS pour fluidifier les trajectoires de service
- Échanger les bonnes pratiques avec les collègues des autres CISSS (ex : implantation du guichet d'accès DI-TSA, DP et santé mentale, expériences de partenariat de soins, expériences lean, etc.)
- Innover et proposer de nouveaux projets

Cette pratique, considérée comme indispensable outre-atlantique, est intégrée dans les organisations de travail. Du temps est consacré, avant et après les réunions institutionnelles pour échanger sur les dossiers en commun.

¹³ Marie-Claude Richard et al., La fusion des établissements de santé et de services sociaux : recension des écrits sur ses enjeux et ses impacts, *Nouvelles pratiques sociales*, Volume 20, numéro 1, automne 2007, p. 151-164, <http://id.erudit.org/iderudit/016982ar>, 10.7202/016982a

3.2 Le réseau francophone en déficience sensorielle et trouble du langage

Ayant pu être mise en relation avec mon maître de stage au Québec via le réseau francophone, j'étais d'ores et déjà convaincue des gains du réseautage. La semaine de séminaire du réseau francophone, se déroulant à Montréal du 24 au 28 octobre 2016, j'ai pu approfondir mon analyse sur ce thème et bénéficier des échanges, visites et conférences organisées à cette occasion.

3.2.1 Missions et intérêt du réseau francophone

- Partage et transfert d'expertises spécialisées sur les pratiques cliniques, les pratiques de gestion, les démarches d'amélioration continue de la qualité
- Le développement de projets communs dans l'enseignement et la recherche
- L'échange et la création de liens entre les professionnels par la réalisation d'activités conjointes (forum, voyages d'études, groupes d'intérêts, webinaires, visio-conférences, mobilité professionnelle, actions de soutien dans les pays d'Afrique et de l'océan indien)

3.2.2 Description des différentes conférences et visites lors de la semaine

- Le partenariat de soins et l'expérience patient
- Le Lean management
- Lien entre la recherche et les services cliniques
- Présentation et visite du continuum de services aux personnes âgées CIUSSS Centre sud de l'île de Montréal
- Présentation et visite d'un continuum de services DI-TSA, DP CIUSSS centre ouest île de Montréal
- Présentation et visite de l'école Jacques Ouellette offrant un enseignement spécialisé aux élèves ayant une déficience visuelle (partenaire privilégié de l'INLB en Montérégie°)
- Formation sur la démarche axée sur les résultats

Bilan sur cette expérience :

Tout d'abord, comme abordé en introduction, ce stage réalisé au Québec au CISSS de Montérégie Centre m'intéressait particulièrement car il s'inscrivait dans le réseau francophone en déficience sensorielle et du langage, à l'instar de l'Institut de la Persagotière, structure dans laquelle je réalise mon stage de professionnalisation. Coordonner mon stage à l'international avec mon stage de professionnalisation a été une réelle opportunité qui m'a permis d'instaurer une cohérence et une continuité entre ces 2 expériences. Les liens établis, depuis une dizaine d'années entre les membres, au sein du réseau francophone, étant solides, cela m'a permis d'appréhender des problématiques communes et de comprendre certains positionnements, certaines modalités d'organisations et pratiques innovantes mises en place au sein de l'Institut de la Persagotière.

Par ailleurs, d'un point de vue global, effectuer un stage à l'étranger constitue un enrichissement personnel et professionnel certain : des rencontres, des expériences de travail, des échanges interculturels sont autant d'atouts qui pourront attester de mon dynamisme, de mon ouverture d'esprit et de ma capacité d'adaptation. Il m'a été très instructif d'appréhender une réalité différente de celle de la France, en particulier dans les modes de travail et de me plonger dans un monde professionnel où les codes sont parfois totalement différents. Cette expérience a contribué à me forger ma propre vision du management.

- Si je suis une personne naturellement curieuse, la pratique du réseautage n'était pas spontanée pour moi et le stage au Québec a constitué, en quelques sortes, une initiation. Je suis désormais convaincue par son caractère essentiel pour s'ouvrir à d'autres pratiques, pour organiser au mieux les parcours des usagers mais également prendre de la hauteur en sortant du quotidien de nos structures et en partageant les difficultés et plans d'actions engagés.
- Cette expérience a également été l'occasion de découvrir et d'approfondir ma connaissance de différents modèles conceptuels autour du handicap et de pratiques managériales : Le lean management, l'expérience patient / patient partenaire, processus de production du handicap ou PASS-PAR, accessibilité universelle, etc.
- La réalisation du diagnostic et du plan d'action personnes handicapées a été bénéfique pour appréhender le handicap. Cette obligation s'inscrit dans la Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale (L.R.Q., c. E-20.1) adoptée en 2004.

Elle invite les CISSS à formaliser annuellement, sous forme de plan d'action, ses intentions en ce qui a trait à la réduction des obstacles à l'intégration des personnes handicapées à la société. En outre, l'obligation de produire un plan d'action annuel fait partie de l'entente de gestion entre le CISSS et le MSSS.

- La participation à des réunions de travail sur la procédure d'agrément, qui se rapproche de la procédure de certification des établissements de santé, m'a permis de comparer les différentes approches en termes de politique d'amélioration continue de la qualité

Enfin, avoir la possibilité d'observer la mise en œuvre d'une réforme majeure du système de santé sur le fond et la forme, a été très formateur. S'il est indéniable que la loi 10 n'aurait pu être adoptée en France dans des conditions semblables (pas de phase de préparation et de transition, abolition des postes de direction, etc.) compte tenu de facteurs culturels, on retrouve des similitudes et problématiques communes avec la France.

- Réforme des Groupements Hospitaliers de Territoire
 - Objectifs : cohérence territoriale, décloisonnement, gains, mutualisations, fluidifier les parcours des usagers
 - Approche populationnelle et territoriale
 - Logique intégrative (moins en France, secteur médico-social moins concerné, en tous cas pour l'instant)
 - Dimension centralisatrice
- Problématiques du secteur médico-social ; Rapport Piveteau « zero sans solution », mission « Dessaule » : une réponse accompagnée pour tous »
 - Notion de parcours /trajectoire/continuum /filière
 - Eviter les ruptures de parcours ou « bris de service »
 - Notion de plateforme de services
 - Logique de fusion dans le secteur médico-social : créer des structures de taille suffisante (gains, expertise, etc.)

Conclusion

Ce stage a été une expérience unique, d'une grande richesse et dont l'apport à ma formation de directrice est incontestable.

Pour conclure ce rapport, je souhaite évoquer le profil des directeurs exerçant au sein du réseau de santé et de services sociaux au Québec ainsi que la culture professionnelle

En premier, lieu, les directeurs possèdent majoritairement des profils cliniques (infirmiers, ergothérapeutes, audiologistes, travailleurs sociaux, etc.) et ont bénéficié d'une évolution interne, favorisée au sein du réseau. Leur statut est plus précaire puisqu'ils n'ont pas de garantie d'emploi comme en témoigne l'abolition des postes intervenue avec loi 10.

En dernier lieu, on observe dans le milieu professionnel des attitudes et pratiques qui se différencient de ce que l'on peut observer en France. Les relations interpersonnelles se font sur une base plus simple et spontanée. Il existe peu de formalisme et le protocole est limité. Le tutoiement est rapide. Cela favorise une ambiance de travail plus détendue, mais non moins efficace. La hiérarchie est souple, peu formelle avec un nombre limité de niveaux hiérarchiques. La culture est au consensus et les discussions recherchent l'efficacité. L'organisation et la tenue des réunions est efficace. Elles ont systématiquement un ordre du jour respecté et la ponctualité est la règle. Les dossiers présentés sont courts et vont rapidement à l'essentiel. Une pratique que je tenais à souligner et que je souhaite mettre en œuvre dans ma pratique future est la mise en avant des « bons coups », expression usitée pour évoquer les succès.

Bibliographie

Ouvrages

- Jean Turgeon et al., « Québec : cinquante ans d'évolution au prisme des réformes (1961-2010) », *Les Tribunes de la santé* 2011/1 (n°30), p. 57-85. DOI 10.3917/seve.030.0057
- Michel Crozier, Erhard Friedberg, *L'acteur et le système*, éd. du seuil, 1977.
- Thomas Alam et Marion Gurruchaga ; COLLECTIVITÉS, TERRITOIRES ET SANTÉ, Regards croisés sur les frontières de la santé, éd. L'Harmattan, 2015.
- Henri Bergeron, Patrick Castel, *Sociologie politique de la santé*, éd Puf, Coll. « Quadrige », 2015.
- Patrick Hassenteufel, *Sociologie politique : l'action publique*, Armand Colin, coll. « U Sociologie », 2008, 294 p., EAN : 9782200019853.
- Marie-Claude Richard et al., *La fusion des établissements de santé et de services sociaux : recension des écrits sur ses enjeux et ses impacts*, *Nouvelles pratiques sociales*, Volume 20, numéro 1, automne 2007, p. 151-164, <http://id.erudit.org/iderudit/016982ar>, 10.7202/016982a

Loi

- Assemblée nationale du Québec (2015). *Projet de loi n°10 : Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*, Québec, Éditeur officiel du Québec.
- Assemblée nationale du Québec (2015). *Projet de loi n°20 : Loi édictant la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée*, Québec, Éditeur officiel du Québec.
- Assemblée nationale du Québec (2004). *Projet de loi n° 83. Loi modifiant la Loi sur les services de santé et de services sociaux et d'autres dispositions législatives*, Québec, Éditeur officiel du Québec.
- Assemblée nationale du Québec (2003). *Projet de loi n° 25. Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, Québec, Éditeur officiel du Québec.

Rapports

- Mémoire du Protecteur du citoyen présenté à la Commission de la santé et des services sociaux dans le cadre des consultations particulières et auditions publiques sur le *Projet de loi no 10 - Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* ; Québec, le 27 octobre 2014.
- Rapport annuel d'activités 2015-2016 et le Rapport annuel de gestion 2015-2016 du Protecteur du citoyen peuvent être consultés sur le site www.protecteurducitoyen.gc.ca; Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2016 ISBN 978-2-550-76230-0.

Sites Web

www.msss.gouv.qc.ca

<http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/reorganisation/portrait>

<http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/en-bref/>

<http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/en-bref/gouvernance-et-organisation-des-services-> Le système de santé et de services sociaux au Québec – Documentation du MSSS – 2008- Le réseau de la santé et des services sociaux - L'Observatoire de l'administration publique, printemps 2012

www.santemc.quebec

www.santemonteregie.qc.ca

[Comment va le système de santé québécois ? Paul Lamarche Professeur titulaire, administration de la santé, Université de Montréal – Vie économique](#)

<http://ici.radio-canada.ca/nouvelles/politique/2014/09/25/001-barette-projet-loi-sante.shtml>

<http://www.lactualite.com/sante-et-science/sante/les-8-cles-pour-comprendre-la-reforme-de-la-sante-du-gouvernement-couillard/>

Liste des annexes

LISTE DES PERSONNES INTERVIEWEES

CLIENTELE DESSERVIE A LA DIRECTION DES PROGRAMMES DI-TSA

LISTE DES COMITES AUXQUELS J'AI ASSISTE

LISTE DES DOCUMENTS CONSULTES

ORGANIGRAMME CISSSMC

ORGANIGRAMME DIRECTION DI-TSA, DP CISSSMC

LISTE DES PERSONNES INTERVIEWEES :

Nom	Fonction
Mireille X	Représentante comité des usagers INLB
Marie Montplaisir Mme Couture	Directrices générales du GAPHRYS et du GAPHRSM (groupements d'association d'usagers)
Marie-Johanne Nadeau	Directrice adjointe de la Santé publique, CISSS de Montérégie
Benoit Geneau	Directeur programme de santé mentale, CISSS de Montérégie Centre
Manuella Mendonça	Analyste INLB, CISSSMC : démarche projets innovants
Sylvie Auclair	Chef de programme
Sylvie Bilodeau	Directrice des programmes DI-TSA, DP du CISSS Montérégie Centre
Josée Hébert	Adjointe à la direction, DI-TSA, DP Gestionnaire d'accès
Marie-Claude Parent	Chef de programme
Isabelle Lavoie	Coordinatrice TSA
Jacques Fortin	Directeur qualité, lean éthique du CISSSMC : présentation de la table de pilotage
Gyslaine Samson Saulnier	Consultante, ancienne directrice au sein du réseau
Pierre-Paul Lachapelle	Consultant, ancien directeur au sein du réseau

CLIENTELE DESSERVIE A LA DIRECTION DES PROGRAMMES DI-TSA, DP :

Personnes avec une Déficience Physique : Personnes de tous âges, dont la déficience d'un système organique entraîne ou risque d'entraîner, selon toutes probabilités, des incapacités significatives et persistantes (y compris épisodiques) liées à l'audition, à la vision, au langage ou aux activités motrices et dont la réalisation des activités courantes ou des rôles sociaux est ou risque d'être réduite. Ne s'adresse pas aux personnes avec incapacités temporaires.

Personnes avec une Déficience Intellectuelle : Personnes qui ont des limitations significatives du fonctionnement intellectuel et du comportement adaptatif lequel se manifeste dans les habilités conceptuelles, sociales et pratiques. Les incapacités se manifestent avant l'âge de 18 ans.

Personnes ayant un trouble du spectre de l'autisme : Ensemble des troubles neurodéveloppementaux qui peuvent causer des déficits significatifs sur les plans de la communication, de la socialisation, et du comportement. Groupe très hétérogène avec divers degrés d'incapacités et la présence ou l'absence de troubles associés (ex : DI)

Personnes ayant un retard significatif de développement : Enfants âgés de moins de 7 ans. Retard par rapport à leur âge chronologique dans au moins deux sphères de leur développement (motricité, cognition, développement socioémotionnel, communication, autonomie)

Population présentant des incapacités et population handicapée : C'est dans la Loi que l'on retrouve la définition de « personne handicapée », inspirée du modèle conceptuel québécois du Processus de Production du Handicap (PPH). Ainsi, on entend par cette expression « Toute personne ayant une déficience entraînant une incapacité significative et persistante et qui est sujette à rencontrer des obstacles dans l'accomplissement d'activités courantes ». Cette définition s'applique à toute personne, femme ou homme, enfant, adulte ou aîné, ayant une déficience. En ce qui a trait à l'incapacité, celle-ci doit être significative et persistante. L'incapacité peut être motrice, intellectuelle, de la parole ou du langage, visuelle, auditive ou associée à d'autres sens. Elle peut être reliée à des fonctions organiques ou, encore, à un trouble envahissant du développement ou à un trouble grave de santé mentale. Notons que la définition permet l'inclusion des personnes ayant des incapacités significatives épisodiques ou cycliques.

LISTE DES COMITES AUXQUELS J'AI ASSISTE :

Liste des réunions :
Table régionale Montérégienne des directeurs DI-TSA DP (CISSSMC, CISSSMO, CISSSME)
Comité de pilotage continuum AVC
Comité opérationnel Continuum AVC – phase de réadaptation (2 réunions de travail)
Table régionale commissions scolaires, directions des programmes déficience et jeunesse
Comité de direction CISSS Montérégie Centre
Comité de coordination clinique CISSS Montérégie Centre
Consortium des directeurs adjoints
Comité des gestionnaires de la direction DI-TSA, DP
Conseil d'administration du CISSS

LISTE DES DOCUMENTS CONSULTÉS :

Projet d'établissement

Rapport d'activité

Plan d'accès pour les personnes ayant une déficience

Organigrammes

Commissaire aux plaintes : statistiques CISSS sur plaintes

Services spécifiques DI-TSA, DP ; DV ; questionnaires de satisfaction, agrément

Indicateurs 2014 - 2015 – 2016 : délais d'accès, problème de pertinence orientation, intervenant pivot, etc.

Guide de gestion des cas complexes et table de continuité

Articles de journaux

Guides divers

LEROUX

Delphine

DESSMS

Promotion 2016-2017

Réorganisation des services de santé pour les personnes ayant une déficience : pour une trajectoire de services plus fluide et mieux intégrée

Résumé :

L'Assemblée nationale Québécoise a adopté, le 7 février 2015, la loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales. Cette loi doit permettre de consolider et de poursuivre les efforts déjà consentis pour améliorer et maintenir le système de santé et de services sociaux. Cette réorganisation s'inscrit en continuité avec celle initiée en 2004-2005, qui visait notamment à créer des réseaux locaux de services (RLS) dans chaque région socio-sanitaire et à fusionner des établissements en centre de santé et de services sociaux (CSSS) au cœur de ces RLS en leur conférant une responsabilité populationnelle.

La réorganisation du système de santé va maintenant plus loin, notamment en confiant à un centre intégré (universitaire) de santé et de services sociaux (CI(U)SSS) la majorité des services de santé et de services sociaux au cœur d'un réseau territorial de services (RTS).

Cette réorganisation est une occasion d'harmoniser les pratiques, tout en assurant une meilleure fluidité des services offerts par la fusion des diverses installations, et ce, au profit des usagers et de la population. Ce mémoire s'intéresse à la stratégie mise en œuvre pour atteindre cet objectif ambitieux compte tenu du contexte d'adoption de cette loi et des mesures de rigueur budgétaire. Il dresse un premier bilan à 18 mois.

Mots clés :

Parcours, trajectoire de services, dispositif centré sur l'utilisateur, empowerment, fusion, intégration, responsabilité populationnelle, territoire

L'École des Hautes Études en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.