



## PROJET CLINIQUE PRÉLIMINAIRE (phase I)

### SYNTHÈSE DE LA CONSULTATION

#### INTRODUCTION

Ce document présente les résultats du processus de consultation entrepris suite à l'adoption par le conseil d'administration du 21 juin 2005 du document « Projet d'organisation clinique préliminaire ».

Nous tenons à remercier toutes les personnes qui nous ont transmis leurs commentaires, soit dans le cadre de rencontres, soit par écrit. Les commentaires recueillis au cours de cette démarche seront soumis au comité d'orientation du projet clinique et seront pris en considération dans la rédaction du document final de cette phase.

#### 1. SOMMAIRE DE LA DÉMARCHE

La consultation s'est effectuée en même temps auprès du personnel de l'établissement et des partenaires externes, soit les établissements du réseau de la santé et des services sociaux, les organismes communautaires, les partenaires intersectoriels et les élus. Différentes modalités ont été utilisées pour procéder à cette consultation. Des lettres personnalisées ont été adressées avec invitation à nous faire parvenir des commentaires ou à nous rencontrer; des rencontres avec les tables de concertation existant dans les trois territoires du CSSS ont été tenues; des rencontres individuelles ont été réalisées avec les élus et les directeurs généraux d'établissements de santé et de services sociaux; enfin le personnel du CSSS a été rejoint à travers une tournée. Certains partenaires n'ont pu être rejoints à cette étape du projet, notamment les médecins de la communauté, les entreprises d'économie sociale, certains organismes communautaires. Au cours de 2006, différents moyens adaptés à leur contexte seront utilisés, pour les rencontrer et les impliquer.

De façon plus spécifique, les activités suivantes ont été réalisées dans le cadre de cette consultation :

- a) envoi de 60 lettres personnalisées, avec le document;
- b) 23 rencontres auprès du personnel du CSSS : cadres, personnel des programmes et de l'hébergement, des services administratifs, instances professionnelles, syndicats;
- c) une rencontre avec l'équipe des gestionnaires cliniques et administratifs de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont;
- d) 10 rencontres avec des directeurs généraux d'établissements;
- e) 6 rencontres avec des élus;

- f) 1 rencontre avec des commissaires de la CSDM;
- g) 17 rencontres de tables intersectorielles et communautaires représentant plus de 200 partenaires.

De plus nous avons élaboré et diffusé un document synthèse à l'ensemble du personnel du CSSS.

Le CM (conseil multidisciplinaire) et le CECII (comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers) ont assuré une présence à toutes les rencontres avec le personnel, ce qui leur a permis d'entendre avec nous les questions et commentaires du personnel.

Les commentaires ont été recueillis de différentes façons. Nous avons reçu des lettres, nous avons pris des notes pendant les rencontres, avec la collaboration des organisateurs communautaires et des représentants des conseils professionnels. Enfin, nous avons distribué un formulaire permettant aux participants de nous acheminer des commentaires.

## **2. LES RÉSULTATS DE LA DÉMARCHE**

### **2.1 Un processus aussi important que sa finalité :**

Cette démarche a été une occasion extraordinaire pour l'équipe de direction de prendre contact avec le personnel du CSSS d'une part et un nombre important des partenaires, d'autre part. Plus de mille personnes ont été rencontrées au cours des mois d'octobre, novembre et décembre. L'intérêt était manifeste et de grande qualité. Le directeur général et la directrice générale associée ont été présents dans la majorité des rencontres, les directeurs cliniques se sont joints à un grand nombre de rencontres qui visaient plus spécifiquement le personnel ou les organismes intéressés par leur secteur d'activités. Cette démarche nous a permis d'expliquer, de démystifier, de concrétiser, mais a aussi donné lieu à des échanges à travers lesquels sont ressorties les préoccupations, questions et suggestions. Les nombreux commentaires reçus font foi de l'effort déployé pour comprendre les enjeux associés, explorer les différents impacts et poursuivre le dialogue. Ils permettront de bonifier le document et la démarche.

### **2.2 Des réactions et commentaires positifs et constructifs :**

L'ensemble des commentaires sont en appui au contenu du document et plusieurs y voient une occasion de développer une vision commune et reconnaissent que nous avons là un levier très intéressant pour faire évoluer les pratiques, avancer vers l'harmonisation des services et améliorer l'offre de service. Tous les partenaires institutionnels nous assurent de leur engagement et de leur volonté à collaborer. Les organismes communautaires manifestent beaucoup d'intérêt tout en souhaitant en général qu'on continue à les reconnaître comme des partenaires autonomes dont la participation se fera sur une base volontaire. On est en général d'accord sur l'approche et les principes proposés. On note beaucoup de convergence dans les commentaires recueillis.

### **2.3 Les modifications proposées sur le projet dans son ensemble :**

Ces commentaires nous invitent à clarifier, préciser, appuyer davantage certains volets, à ajouter ou compléter des volets qui n'apparaissent pas ou peu dans le projet. Suite à l'analyse des commentaires, voici les modifications suggérées :

- 2.3.1 Pour arriver à un véritable leadership partagé, intérêt d'affirmer que nous voulons que les intervenants et les partenaires s'y retrouvent et s'y reconnaissent.
- 2.3.2 Nécessité d'appuyer davantage sur le respect des réalités et spécificités locales.
- 2.3.3 Plusieurs expriment leur inquiétude du glissement vers le privé : nécessité d'aborder cette question dans le document.

### **2.4 Les modifications proposées sur les principes « responsabilité populationnelle et hiérarchisation des services » :**

- 2.4.1 Nécessité de clarifier les questions liées à l'imputabilité des partenaires, particulièrement chez les organismes communautaires.
- 2.4.2 Inquiétudes sur la pression que le projet va faire porter à la première ligne : nécessité d'aborder cette question dans le document.

### **2.5 Les modifications proposées sur la population et les clientèles :**

- 2.5.1 Nécessité de reconnaître les limites des statistiques, le danger de faire disparaître les problématiques de pauvreté et d'inégalités sociales dans les moyennes et l'importance de pouvoir compléter par des informations qualitatives.
- 2.5.2 Nécessité de souligner notre volonté d'encourager l'implication des citoyens, utilisateurs ou non des services dans les travaux sur le projet clinique.
- 2.5.3 Nécessité d'aborder la question des communautés culturelles et des clientèles de langue anglaise : lien à faire avec le projet « services aux clientèles anglophones ».
- 2.5.4 Nécessité de souligner la valeur accordée à « l'empowerment » des personnes en regard de leur santé et de leur bien-être (co-responsabilité).
- 2.5.5 Certaines clientèles ne sont pas identifiées : nécessité de compléter l'information, notamment sur les clientèles scolaires hors territoire, les clientèles avec dépendances, les familles, les jeunes, etc.

## **2.6 Les modifications proposées sur le partenariat :**

- 2.6.1 Nécessité de préciser notre vision de la dynamique de collaboration avec le milieu communautaire, d'appuyer davantage sur le sens qu'on donne au respect de l'autonomie et sur notre vision du rôle de CSSS dans le financement.
- 2.6.2 Nécessité de préciser la manière dont nous pensons intéresser et rejoindre les milieux communautaires.
- 2.6.3 Nécessité d'aborder la question de l'évolution du rôle des organisateurs communautaires.
- 2.6.4 Nécessité de reconnaître le rôle de prévention et promotion joué par les organismes communautaires.
- 2.6.5 Nécessité de reconnaître que plusieurs organismes communautaires rejoignent plusieurs clientèles cibles, notamment les organismes en sécurité alimentaire ou en insertion sociale (santé mentale, maladies chroniques, dépendances, personnes âgées...) et que cela pose un défi particulier en regard de leur implication sur les projets autour de clientèles spécifiques.
- 2.6.6 Préoccupation de ne pas positionner les organismes en compétition les uns contre les autres : aborder cette préoccupation.
- 2.6.7 Nécessité de différencier les catégories de partenaires : les partenaires établissements et communautaires comprennent et réagissent différemment à certains libellés, notamment au niveau des principes, les enjeux étant différents pour chaque groupe. Il nous apparaît nécessaire de distinguer les groupes de partenaires dans le texte et d'apporter des précisions spécifiques à chaque groupe. De plus notre mandat ne concerne pas les partenaires intersectoriels, mais nous continuons de nous situer en partenariat avec eux : précisions à apporter.
- 2.6.8 Nécessité de spécifier notre vision du « leadership partagé ».
- 2.6.9 On note que les médecins de la communauté apparaissent très peu dans le projet : appuyer sur l'importance accordée à la participation des médecins dans l'organisation des services et les modalités qu'on veut se donner pour favoriser leur implication.
- 2.6.10 Certains partenaires ont été omis dans le plan d'action : CLE, CPE et garderies, services de police, transporteurs, organismes bénévoles, pédopsychiatrie, CHSLD privés conventionnés : nous devons les ajouter dans le plan d'action.
- 2.6.11 Nécessité de souligner la complémentarité et la collaboration nécessaire dans l'élaboration des plans d'action en développement social, mesures

d'urgence, prévention/promotion entre les arrondissements municipaux, la Ville de Montréal, la CSDM et le CSSS.

2.6.12 On souligne qu'on n'évoque pas l'importance de la recherche et les liens avec les établissements qui ont une mission de recherche : nécessité d'ajouter ces partenaires.

2.6.13 Nécessité de souligner le partenariat avec les autres CSSS qui ont des mandats régionaux ou sous-régionaux : IVG, CSST, etc.

## **2.7 Les modifications proposées sur le plan d'organisation :**

2.7.1 Direction de la prévention-promotion et services communautaires : on se questionne sur le passage de la prévention-promotion des infirmières aux organisateurs communautaires : nécessité de clarifier les mandats, rôles et responsabilités.

## **2.8 Les modifications proposées sur l'offre de service actuelle du CSSS :**

2.8.1 Certains services non mentionnés : besoin de compléter.

2.8.2 Intérêt d'ajouter des statistiques d'utilisation des services du CSSS et des établissements partenaires.

2.8.3 On souligne l'importance de maintenir et consolider le soutien aux besoins spirituels dans l'offre de service.

## **2.9 Les modifications proposées sur la vision, les valeurs et les principes :**

2.9.1 Intérêt de savoir d'où on part, quelle est la situation actuelle.

2.9.2 Nécessité de reformuler certains principes qui ont été interprétés différemment par certains, d'en donner le rationnel et de donner des exemples.

2.9.3 Le principe « petits projets concrets » fait craindre par certains un effet de saupoudrage ou éparpillement : expliquer davantage le sens de ce principe.

2.9.4 Nécessité de reformuler certaines visions pour les rendre plus « mesurables » ou spécifier les modalités de mesure des résultats.

2.9.5 Au niveau des valeurs : on nous suggère de faire ressortir des valeurs maîtresses plus en lien direct avec le projet clinique.

2.9.6 La vision relative à la diminution du taux d'hébergement soulève beaucoup de questions et d'inquiétude : reformuler, préciser.

- 2.9.7 Nécessité d'ajouter les valeurs suivantes : approche globale de la personne, importance accordée au développement et au maintien de la compétence du personnel, protection de l'intégrité des clientèles et équité dans l'offre de service.

## **2.10 Les modifications proposées sur les programmes-clientèles :**

- 2.10.1 Besoin de décrire chaque programmes-clientèles et de faire ressortir le volet psychosocial dans les services généraux.
- 2.10.2 Le projet apparaît trop axé «santé», on a l'impression que les services psychosociaux de base ont disparu : on nous invite à assurer un équilibre entre les volets santé et social et à intégrer ce volet au cœur des valeurs.
- 2.10.3 Le projet apparaît trop « soins », on nous invite à appuyer beaucoup plus sur le volet prévention-promotion.
- 2.10.4 Sur la prévention-promotion, on aimerait voir apparaître un engagement de notre part d'être les porteurs des préoccupations locales vis-à-vis la santé publique : nécessité de faire ressortir les liens et cohérences entre les priorités provinciales, régionales et locales.
- 2.10.5 La prévention et la promotion ont aussi leur place en hébergement, à ajouter.
- 2.10.6 On relève qu'on n'a pas abordé la question de la vigie santé, mesures d'urgence : ajouter dans la description du programme et dans le plan d'action.
- 2.10.7 On souligne que la dimension « environnement » n'apparaît pas dans la prévention-promotion.
- 2.10.8 Le projet apparaît trop axé sur les personnes âgées, on nous invite à faire ressortir davantage les familles, les jeunes en difficulté, les personnes handicapées. Les clientèles vulnérables ne sont pas seulement des personnes âgées.
- 2.10.9 Le projet semble trop axé sur le curatif par rapport aux besoins de soutien à long terme. On souligne aussi les dilemmes d'équité engendrés par les programmes ciblés tels le désengorgement des urgences. Il est nécessaire d'aborder la question de l'équité en regard des priorités de clientèles.
- 2.10.10 Crainte que la structure des neuf programmes-clientèles provoque une nouvelle forme de « silo » et la « dispersion » des personnes ou nous amène à échapper certaines problématiques. Plusieurs problématiques traversent les programmes (comme la pauvreté), plusieurs personnes ont différentes problématiques (jeunes en difficulté-toxicomanie-santé

mentale...) : nécessité d'affirmer la valeur de l'approche globale de la personne, biopsychosociale et de l'approche systémique.

- 2.10.11 Certaines problématiques semblent « passées sous le tapis » dans le projet; telles les dépendances, le décrochage scolaire, la DI, etc. : on nous invite à aborder aussi ces problématiques : spécifier des objectifs dans le plan d'action.
- 2.10.12 Le virage hébergement-SAD soulève beaucoup de questions, de scepticisme et d'inquiétudes relativement au réalisme de ce virage, considérant entre autres les caractéristiques d'isolement social et de pauvreté de notre clientèle. On est inquiet aussi de la qualité des services dans les milieux alternatifs d'hébergement ou des résidences privées. On s'inquiète de l'absence de réflexion sur les besoins de « convalescence » à la sortie de l'hôpital. Si on ne les considère pas on risque de précipiter l'hébergement. Les besoins de transport des personnes à domicile sont aussi soulignés. Importance de préciser dans le projet.
- 2.10.13 On traite peu d'hébergement et du concept « milieu de vie » : pertinence d'ajouter un paragraphe dans les orientations et d'être plus spécifique dans le plan d'action.

## **2.11 Modifications proposées sur la structure du projet :**

- 2.11.1 Intérêt d'appuyer le processus d'élaboration des projets cliniques par un exemple concret (suggestion : démarche du comité sur les déficits cognitifs).

## **2.12 Modifications proposées sur les enjeux et les défis :**

- 2.12.1 Élaborer davantage sur le défi des communications et les moyens qu'on veut se donner pour fournir des systèmes d'information adéquats, considérant le nombre et la complexité des liens de communication à assurer.
- 2.12.2 Ajouter dans les enjeux, les impacts sur les services collatéraux, par exemple, l'impact de l'augmentation du nombre de personnes à domicile et leur alourdissement sur les besoins de transport, accompagnement, organismes en sécurité alimentaire, etc.
- 2.12.3 Référer dans le projet aux différentes lois qui ont un impact sur le projet clinique et comment on va faciliter leur intégration et leur application (loi 25, loi 83, loi 90, loi 30).
- 2.12.4 Les échéanciers paraissent à plusieurs irréalistes et on craint qu'on ne prenne pas le temps requis pour bien faire les choses : nécessité de préciser dans les principes le sens de l'approche « à petits pas, petits projets concrets », qui fait craindre qu'on s'éparpille, qu'on saupoudre.

### **2.13 Modifications proposées sur les orientations :**

2.13.1 Concernant l'offre de service du CSSS, nécessité d'affirmer qu'on ne veut pas défaire ce qui va bien, qu'on ne prendra pas de décisions de modifier l'offre de service sans bien en mesurer les impacts.

### **2.14 Modifications proposées sur le plan d'action :**

2.14.1 Nécessité d'être plus spécifique en regard du développement des communautés et de la contribution du CSSS sur les déterminants de la santé.

2.14.2 Nécessité de préciser des éléments plus concrets pour les programmes qui ne sont pas traités en priorité au niveau régional cette année : services généraux, EFJ, dépendances, DP, DI et TED.

### **2.15 Autres suggestions :**

2.15.1 Intérêt d'affirmer qu'on va chercher à simplifier les processus de communication et de référence inter-établissements, notamment au niveau du processus d'admission et de transfert en hébergement.

## **CONCLUSION**

Cette belle démarche n'aurait pas été possible sans la complicité et le travail de toute une équipe. Nous tenons à remercier toutes les personnes qui y ont apporté leur contribution : l'équipe des organisatrices et organisateurs communautaires qui ont organisé les rencontres avec les tables communautaires et intersectorielles et ont pris les notes; les membres du conseil multidisciplinaire et du conseil des infirmiers et infirmières qui ont assisté aux rencontres avec le personnel et ont recueilli les commentaires; les directeurs et membres du conseil d'administration qui ont participé aux rencontres et contribué aux présentations. Nous soulignons le travail de Mme Louise Gaudreau, attachée de direction, qui a assuré la gestion des agendas, la logistique de l'organisation des rencontres et la préparation des documents. Enfin nous remercions les centaines de personnes qui ont répondu à notre invitation.