

POLITIQUE	DÉPARTEMENT : Direction générale	
POLITIQUE CADRE SUR L'HARMONISATION DES PROGRAMMES-SERVICES AU CRSSS DE LA BAIE-JAMES		Version n° 2
Destinataire : Tout le personnel et les médecins du CRSSS de la Baie-James		
Responsable de l'application : Présidente-directrice générale		
Signature :	<u>LU ET APPROUVÉ PAR</u> Présidente-directrice générale	<u>14 mars 2017</u> Date

1. PRÉAMBULE, OBJECTIF ET BUTS

Plus qu'une obligation légale, la mission du CRSSS de la Baie-James est l'amélioration et le maintien de la santé et du bien-être de la population jamésienne.

Partant de cette responsabilité populationnelle, le CRSSS de la Baie-James offre une gamme de services sécuritaires la plus complète, notamment des services de surveillance, de protection, de promotion, de prévention, d'évaluation, d'intervention (diagnostic et traitement), de réadaptation, de soutien et d'hébergement, ainsi que l'accompagnement en fin de vie. Ces services doivent être offerts selon des standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience, et ce, dans le respect des orientations ministérielles et des ressources disponibles. Il est le seul établissement de santé et de services sociaux en Jamésie.

Tenant compte des besoins de santé et de bien-être de la population de son territoire et des partenaires de son réseau local (organismes communautaires, pharmacies, cliniques médicales ou groupe de médecine familiale, autres partenaires intersectoriels tels que les autres ministères) le CRSSS de la Baie-James a comme mandat de coordonner les services de santé et les services sociaux selon un principe de hiérarchisation des services, soit, des services de première ligne à proximité des communautés jusqu'aux services spécialisés offerts par des établissements à vocation universitaire. L'établissement possède toutes les fonctions d'organisation et de prestation de services, lesquelles font partie intégrante du réseau local de services.

Cette coordination est au cœur du projet clinique et organisationnel. En effet, elle représente la démarche visant à traduire à la population quels sont les services offerts, non seulement par l'établissement, mais également ceux disponibles par les partenaires du réseau.

Adoptée le : 13 janvier 2015 N° résolution CRSSSBJ-2015-01-223	Entrée en vigueur le : 13 janvier 2015	Révisée le : 14 mars 2017 CRSSSBJ-2017-03-344	Abroge :	Page 1 de 15
---	--	--	-----------------	------------------------

Considérant que le projet clinique et organisationnel représente une démarche continue, cette politique vise à :

- Mettre au premier plan les stratégies de promotion et de prévention de la santé, les services destinés à la population ainsi qu'aux clientèles vulnérables parmi les préoccupations de gestion de l'établissement;
- Consolider la qualité, la continuité et l'accès à une gamme de services sécuritaires, de base, à proximité des communautés et de façon équitable;
- Clarifier les rôles et responsabilités entre les directions du CRSSS de la Baie-James pour encadrer la démarche de projet clinique et organisationnel dans un esprit de saine collaboration;
- Développer les mécanismes de concertation et de coordination avec les partenaires du réseau local de services en vue de définir des priorités et d'atteindre des objectifs d'amélioration de santé et de bien-être de la population et des clientèles vulnérables selon des continuums et des trajectoires bien définies.

2. CADRE JURIDIQUE

Cette politique est en complément de et s'attache à :

- La Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2) (ci-après : la Loi) et ses règlements;
- La Loi sur la santé publique (L.R.Q, chapitre S-2.2);
- Le Code des professions (L.R.Q., c. C-26);
- La Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (L.R.Q., c. A-2.1);
- Les cadres normatifs, ainsi que les normes et pratiques de gestion du ministère diffusées sous forme de circulaires;
- La Politique gouvernementale du Gouvernement du Québec : L'action communautaire : une contribution essentielle à l'exercice de la citoyenneté et au développement social du Québec ainsi que le Cadre de référence en matière d'action communautaire qui découle de la politique gouvernementale;
- Toutes les orientations ministérielles et régionales disponibles dans chacun des programmes destinés à la population ou répondant à des problématiques particulières ainsi que les programmes-soutien (selon l'architecture des programmes du MSSS).

Adoptée le : 13 janvier 2015 N° résolution CRSSSBJ-2015-01-223	Entrée en vigueur le : 13 janvier 2015	Révisée le : 14 mars 2017 CRSSSBJ-2017-03-344	Abroge :	Page 2 de 15
---	--	--	-----------------	------------------------

3. CHAMPS D'APPLICATION

Cette politique s'applique à l'égard de toute personne qui exerce des fonctions au sein de l'établissement ou qui œuvre au bénéfice de celui-ci, sans exception. Elle s'applique aussi à tous ceux qui, sur une base régionale, en collaboration avec les instances locales, ont la responsabilité de planifier l'offre de services qui ciblent l'ensemble de la population et ceux répondant à des problématiques particulières.

4. DÉFINITIONS ET ABRÉVIATIONS

Imputabilité :

Évaluation pour déterminer si l'établissement produit les résultats attendus ou s'il s'acquitte convenablement de ses responsabilités.

Programme-service :

Un programme-services désigne un ensemble de services et d'activités organisé dans le but de répondre aux besoins de la population en matière de santé et de services sociaux ou, encore, aux besoins d'un groupe de personnes qui partagent une problématique commune¹. Selon cette nouvelle configuration, on y trouve les programmes destinés à la population qui sont : santé publique et services généraux – activités cliniques et d'aide ainsi que les programmes répondant à des problématiques particulières (déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement, santé mentale, jeunes en difficulté, dépendances, santé physique, personnes âgées en perte d'autonomie).

Programme-soutien :

Un programme-soutien désigne un ensemble d'activités de nature administrative et technique en appui aux programmes². On y retrouve l'administration et le soutien aux services ainsi que la gestion des bâtiments et des équipements. Ces programmes ne sont pas composés de services directs à la clientèle, cependant, les activités de ces programmes sont nécessaires à la prestation des services et au fonctionnement de l'établissement (la gestion générale de l'établissement, l'administration des services techniques, les activités liées à l'intégration de l'informatique, le fonctionnement des installations, la gestion des déchets biomédicaux et la sécurité).

¹ MSSS, *L'architecture des services de santé et des services sociaux Les programmes-services et les programmes-soutien*, Gouvernement du Québec, janvier 2004, p. 2

² Idem

Adoptée le : 13 janvier 2015 N° résolution CRSSSBJ-2015-01-223	Entrée en vigueur le : 13 janvier 2015	Révisée le : 14 mars 2017 CRSSSBJ-2017-03-344	Abroge :	Page 3 de 15
---	--	--	-----------------	------------------------

Responsabilité :

Obligation faite au titulaire d'une fonction de s'acquitter d'une tâche ou d'une catégorie de tâches, et de répondre de leur exécution à son supérieur ou à l'autorité compétente, suivant des critères établis et auxquels il a consenti.

5. PRINCIPES DIRECTEURS

Les principes directeurs qui gouvernent l'interprétation et l'application de cette politique sont les suivants :

- L'atteinte des objectifs de santé et de bien-être qui proviennent des orientations ministérielles et régionales en matière de santé et de services sociaux, ainsi que de la planification stratégique. Ces orientations permettent d'assurer une harmonisation de la gamme de services offerts sur le territoire tout en répondant à des cibles d'amélioration de la santé et du bien-être.
- Les interventions le sont à partir de la notion de continuum d'intervention. Celles-ci sont réunies dans un ensemble équilibré et cohérent visant à prévenir, guérir et soutenir les personnes et les groupes en lien avec un problème de santé ou un problème social particulier. La gamme de services sert à combler les besoins liés tant à la population en bonne santé qu'à celle présentant des problématiques particulières. Elle doit être ajustée de façon à refléter l'évolution des pratiques et des interventions et à laisser une flexibilité pour que les intervenants puissent offrir des services adaptés aux besoins. Elle vise également à uniformiser l'accessibilité sur territoire dans le respect des besoins et des ressources consenties.
- La sécurité des patients est une priorité stratégique de l'établissement. L'ensemble du personnel et les médecins sont tenus d'offrir des services de santé et des services sociaux qui répondent minimalement aux tests de conformité des pratiques organisationnelles requises. Des plans d'amélioration continue contribuent à instaurer une culture de sécurité au sein de l'établissement.
- L'efficacité et l'efficience font appel à une notion de performance qui dépasse l'aspect financier. Des critères propres à notre réseau jamésien de santé et de bien-être doivent être pris en compte pour assurer un équilibre entre la capacité de maintenir et d'améliorer la santé et le bien-être et la capacité d'utiliser les ressources disponibles de façon optimale ainsi que les autres dimensions d'un modèle intégré de performance.
- La mise en œuvre de pratiques efficaces et efficientes comportant notamment une évaluation préalable des besoins populationnels et des ressources disponibles afin d'en arriver à des contributions convenues avec les partenaires internes et/ou externes.

Adoptée le : 13 janvier 2015 N° résolution CRSSSBJ-2015-01-223	Entrée en vigueur le : 13 janvier 2015	Révisée le : 14 mars 2017 CRSSSBJ-2017-03-344	Abroge :	Page 4 de 15
---	--	--	-----------------	------------------------

- Le principe de responsabilité populationnelle implique que les intervenants et autres professionnels qui offrent des services à la population d'un territoire seront amenés à partager collectivement une responsabilité à son endroit, en rendant accessible un ensemble de services le plus complet possible et en assurant la prise en charge et l'accompagnement des personnes dans le système de santé et de services sociaux, tout en favorisant la convergence des efforts pour maintenir et améliorer la santé et le bien-être de la population³.
- Les soins et les services professionnels (évaluation des besoins, services médicaux, soins infirmiers, services de pharmacie, etc.) donnés en ambulatoire ou en établissement sont offerts à tous les résidents de la région et hors-région selon un principe d'universalité qui implique de protéger toutes les personnes assurées inscrites au régime d'assurance-maladie selon des modalités uniformes.
- La notion de hiérarchisation des services implique d'améliorer la complémentarité pour faciliter le cheminement des personnes entre les niveaux de services, suivant des mécanismes de référence entre les dispensateurs. Ces mécanismes touchent non seulement les références entre la première et la deuxième ligne, mais aussi celles entre la deuxième ligne et les services surspécialisés de troisième ligne⁴.
- L'évaluation et l'adaptation des pratiques professionnelles et les interventions dans les milieux doivent s'appuyer sur une meilleure compréhension des besoins des personnes; sur des données probantes et des pratiques exemplaires pour assurer des standards de qualité et accroître les connaissances portant sur les modes d'intervention et des activités de prévention. Pour ce faire, il est important d'établir des standards de qualité et des guides d'interventions basés sur :
 - La dimension « Services centrés sur l'utilisateur » et la famille que l'on retrouve notamment dans la norme leadership d'Agrément Canada. On y recommande un véritable engagement à l'égard de l'utilisateur et sa famille. C'est une approche qui oriente tous les aspects de la planification, de la prestation et de l'évaluation de services et qui peut prendre diverses formes.
 - La qualité des pratiques : le travail en équipe interdisciplinaire, l'utilisation de la technologie de façon systématique, les guides de pratique reconnus efficaces, les protocoles normalisés, les comités d'experts et les démarches d'agrément sont tous des moyens qui amènent une contribution pour améliorer la qualité des pratiques et des services.

³ Considérant qu'il n'y a qu'un seul réseau local de services et que nous sommes réputé être un seul établissement (avec des fonctions d'agence), il n'y a qu'un seul projet clinique et organisationnel pour l'ensemble du CRSSS de la Baie-James. Toutefois, les réalités locales doivent être prises en compte.

⁴ MSSS, Projet clinique Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux Résumé, Québec, octobre 2004, p. 5

Adoptée le : 13 janvier 2015 N° résolution CRSSSBJ-2015-01-223	Entrée en vigueur le : 13 janvier 2015	Révisée le : 14 mars 2017 CRSSSBJ-2017-03-344	Abroge :	Page 5 de 15
---	--	--	-----------------	------------------------

- L'évolution des interventions : Les résultats de recherche, le transfert de connaissances, la supervision clinique et la formation continue du personnel sont des possibilités pour améliorer les connaissances et les compétences à mettre en pratique. Ces connaissances proviennent d'organismes partenaires du ministère de la Santé et des services sociaux tels que l'Institut national de santé publique, les centres d'excellence, les ordres professionnels, etc. Ces connaissances doivent considérer le patient dans sa globalité et démontrer leur pertinence clinique.
- Le développement professionnel continu : Les sujets à prioriser sont : la prévention, la gestion de cas, l'approche centrée sur les besoins, l'application de guides de pratique, l'utilisation des outils de dépistage, l'intervention auprès des personnes atteintes de maladies ou de troubles et de leurs proches jumelés aux expériences de réorganisation du travail identifiés et aux démarches à prioriser. L'acquisition continue du savoir, en tant que responsabilité professionnelle et individuelle, est soutenue sur le plan organisationnel comme élément qui favorise l'excellence dans la pratique afin de maintenir une prestation optimale de soins.
- La responsabilité de l'ensemble du réseau de services intégrés (RSI) offerts pour la population ainsi que la responsabilité budgétaire territoriale sont les stratégies pour assurer la continuité des soins et des services de qualité, spécialisés et ponctuels.
 - Cette responsabilité s'appuie sur la contribution d'un réseau de partenaires ainsi que sur des ententes qui facilitent l'accès aux services spécialisés organisés dans la région, le plus près possible des milieux de vie. Le choix des partenaires de services spécialisés doit se faire dans la plus grande prudence selon des critères de coût-efficacité, de pertinence clinique et d'approche globale du patient que ce soit sur le plan contractuel ou seulement sur le plan de la référence.
 - La stratégie de l'intégration des services est basée sur l'étroite collaboration des intervenantes, des gestionnaires, des usagers et de leurs proches.
 - L'implantation des composantes du réseau de services intégrés est importante pour l'organisation de l'offre locale et une utilisation complémentaire des ressources permettant une réponse mieux adaptée aux besoins des personnes.

Les composantes des réseaux de services intégrés sont au nombre de trois :

- La composante organisationnelle, soit :
 - Un guichet d'accès unique;
 - Un système d'évaluation des besoins des individus;

Adoptée le : 13 janvier 2015 N° résolution CRSSSBJ-2015-01-223	Entrée en vigueur le : 13 janvier 2015	Révisée le : 14 mars 2017 CRSSSBJ-2017-03-344	Abroge :	Page 6 de 15
---	--	--	-----------------	------------------------

- Un système de communication permettant de relier efficacement les intervenants du réseau.
- La composante clinique, soit :
 - Un système de gestion de cas (la coordination d'un plan de services par un intervenant qui s'assure que celui-ci soit effectivement donné et qui procède à une évaluation périodique des besoins);
 - Une équipe locale de service;
 - Des médecins de famille travaillant auprès des personnes;
 - Une équipe de spécialistes qui assure une intervention plus ponctuelle ou spécialisée.
- La composante administrative, soit :
 - Des mécanismes de concertation qui assurent la cohésion des impératifs cliniques et administratifs;
 - Un budget par programme-service.

Les liens de confiance avec les partenaires qui tiennent compte des orientations gouvernementales en matière d'action communautaire.

- Le CRSSS de la Baie-James est l'entité responsable de développer des mécanismes de coordination avec ses partenaires en ce qui concerne l'offre de service à déployer en réponse aux besoins de santé et de bien-être de la population.
 - Les cadres de références ministériels sur les ententes dans un réseau local de service ainsi que le Cadre de référence portant sur les relations entre le CRSSS de la Baie-James et les organismes communautaires œuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux sont les véhicules reflétant les principes, notamment financiers, qui guident les liens à maintenir.
 - Des conventions de soutien financier viennent préciser les modalités d'ententes entre le CRSSS de la Baie-James et les organismes communautaires reconnus et admissibles au Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC).
 - Parmi les mécanismes de coordination à sa disposition, les ententes de service, les ententes pour des activités complémentaires et les ententes de collaboration constituent des moyens privilégiés pour interpeller les partenaires sur les besoins de santé et de bien-être de la population et de les engager sur leurs contributions attendues. Lorsque le CRSSS de la Baie-James finance un organisme communautaire pour un service complémentaire ou un projet ponctuel, l'entente de service et de

Adoptée le : 13 janvier 2015 N° résolution CRSSSBJ-2015-01-223	Entrée en vigueur le : 13 janvier 2015	Révisée le : 14 mars 2017 CRSSSBJ-2017-03-344	Abroge :	Page 7 de 15
---	--	--	-----------------	------------------------

collaboration doit être réalisée en prenant en compte l'autonomie des organismes, ce qui signifie qu'elle doit être conclue dans un contexte de collaboration mutuelle, libre et volontaire. Elle doit également prévoir une durée déterminée, renouvelable avec l'accord des parties ainsi que les autres modalités du modèle d'entente présenté dans la procédure à cet effet.

- La reddition de comptes fondée sur l'imputabilité des dirigeants de l'établissement et sur la bonne utilisation de fonds publics;
 - La gestion par résultat et l'utilisation d'indicateurs favorisent la prise de décision. En effet, elle constitue la capacité d'atteindre les buts visés en optimisant la gestion des ressources humaines, matérielles, financières et technologiques de son organisation au moyen d'une démarche d'amélioration continue.
 - L'entente de service ou de collaboration est un contrat qui traduit avec précision les engagements des parties. Un processus de reddition de comptes y est donc associé à propos duquel les parties se sont préalablement entendues.

6. STRUCTURE FONCTIONNELLE

6.1 Responsabilités des différents intervenants

Le conseil d'administration

Le conseil d'administration adopte la présente politique. Celui-ci soutient les valeurs organisationnelles et favorise l'ensemble des principes directeurs dans leurs décisions. Le CA détermine les enveloppes budgétaires locales ou régionales visant à mettre en œuvre les programmes.

Le président-directeur général

Le président-directeur général exerce le leadership entourant les activités prescrites par la LSSSS. À titre de représentant du Ministère, il contribue à la coordination interrégionale des services de santé et des services sociaux et à la détermination des orientations et des politiques de santé et de services sociaux. Il assure également les liens avec les partenaires institutionnels.

Le président-directeur général assure le leadership entourant l'élaboration du projet clinique et organisationnel de l'établissement, tel que prévu dans la LSSSS et doit rendre compte de sa gestion : il en est le seul imputable. Ainsi, l'évaluation ou l'appréciation du rendement, la reddition de compte et les plans de redressement sont parmi les moyens permettant au PDG d'assurer la ligne d'imputabilité.

Adoptée le : 13 janvier 2015 N° résolution CRSSSBJ-2015-01-223	Entrée en vigueur le : 13 janvier 2015	Révisée le : 14 mars 2017 CRSSSBJ-2017-03-344	Abroge :	Page 8 de 15
---	--	--	-----------------	------------------------

Le PDG, par le mécanisme d'imputabilité et de reddition de compte, veille à ce que des mesures de redressement soient entreprises par des mandats confiés. Il détermine les enveloppes budgétaires locales ou régionales.

Le comité de direction

Pour soutenir le président-directeur général dans l'exercice de son mandat (portrait des besoins, respect des orientations et utilisation efficiente des ressources), le comité de direction, donne son avis, évalue, révisé et recommande des décisions de gestion. Son apport permet d'assurer la congruence des décisions et des actions dans l'ensemble de l'organisation.

La démarche de projet clinique et organisationnel doit être soutenue et chapeautée par le comité de direction afin qu'elle se concrétise en cohérence avec les valeurs et les priorités organisationnelles. Ainsi, les personnes œuvrant dans l'établissement seront mobilisées et motivées à mieux adapter leur approche et l'organisation de leur travail.

Les directions cliniques

Les directions cliniques (DSP, DPS, DSPSM, DSI), en conformité avec les responsabilités prévues à la Loi sur les services de santé et les services sociaux ou à l'intérieur du plan d'organisation ont pour principales fonctions de contribuer à la réalisation de la mission de l'établissement, à la mise en place d'une organisation de services de santé et de services sociaux intégrés et, contribuer à rapprocher les services de la population et à faciliter le cheminement de toute personne dans notre réseau.

Les directeurs cliniques sont responsables de consolider la fonction de coordination de l'offre de services en vue d'obtenir la collaboration de tous pour la prestation de services à toute personne présentant des besoins. À cet effet, les équipes sous sa charge assurent une cohérence entre les pratiques, les modes d'organisation et l'aménagement des lieux en fonction des attentes et des besoins des clientèles. Les directions cliniques sont également responsables de s'assurer que toutes les actions entreprises s'appuient sur l'adaptation des pratiques professionnelles, l'évolution des interventions et l'amélioration continue de la qualité. Les directeurs cliniques et leurs gestionnaires mettent en œuvre des services dans le respect de l'offre de services attendue⁵.

Les directions cliniques reçoivent toute personne qui requiert ses services et évaluent ses besoins; dispensent elles-mêmes les services de santé ou les services sociaux requis ou le fait dispenser par un établissement, un

⁵ Les autres directeurs qui ont des mandats d'organisation de services à portée régionale (ex. : pharmacie) sont également concernés par les rôles et responsabilités décrits dans cette section.

Adoptée le : 13 janvier 2015 N° résolution CRSSSBJ-2015-01-223	Entrée en vigueur le : 13 janvier 2015	Révisée le : 14 mars 2017 CRSSSBJ-2017-03-344	Abroge :	Page 9 de 15
---	--	--	-----------------	------------------------

organisme ou une personne avec lesquels l'établissement a conclu une entente de services. Ainsi, l'établissement contribue à la consolidation de la trajectoire de soins et de services en actualisant les ententes de services et autres partenariats complémentaires convenus lorsqu'il dirige les personnes à qui il ne peut assurer certains services vers un autre établissement ou organisme ou une autre personne qui dispense ces services. Ces directions conviennent des ententes avec d'autres établissements (les centres de réadaptation, les centres jeunesse, etc.), partagent des ressources professionnelles et réalisent des visioconférences pour permettre l'accès à l'expertise professionnelle à distance. Le partenariat et la collaboration entre les différents établissements assurent les services qui ne sont pas présents dans la région.

Ces directions veillent à ce que les services dispensés le soient en continuité et en complémentarité avec ceux dispensés par les autres établissements sectoriels et les autres ressources de la région. Il doit également le faire en respect de la mission et de l'autonomie des organismes communautaires qui agissent sur le territoire; et enfin, de collaborer avec les différents partenaires internes et externes et de les soutenir dans la réalisation de leurs activités, dans les limites des mandats et des ressources de chacun. Ils ont aussi l'obligation de représentation, d'implication et d'évaluation des besoins. Pour ce faire, ils animent des tables de concertation intersectorielles dans le but de clarifier les trajectoires de services et les modalités de collaboration.

Ce sont les directions cliniques qui questionnent les façons de faire dans les installations et qui sont responsables de la gestion des ressources mises à leur disposition. Ces directions inscrivent leurs décisions de gestion selon un principe de responsabilisation et dans le respect des budgets dédiés. Ces directions ont le devoir d'identifier, d'informer et d'expliquer les écarts rencontrés tout en préconisant la recherche de solutions. En effet, tout processus de suivi et de contrôle doit avoir pour but la recherche de solutions par les personnes elles-mêmes.

Ces directions ont pour fonction de veiller à ce que les services offerts soient sécuritaires, accessibles, adéquats et de qualité pour l'ensemble de la population du territoire. Les directions cliniques veillent au continuum de service, pour ce faire elles prennent connaissance des missions et des orientations en matière d'offre de services ministérielle. Dans le cadre de la norme gouvernance, ces directions présentent l'offre de service au conseil d'administration afin d'orienter la prise de décision des administrateurs. Ces directions dictent les bonnes pratiques cliniques et s'assurent de la vigie à l'égard des pratiques novatrices.

Adoptée le : 13 janvier 2015 N° résolution CRSSSBJ-2015-01-223	Entrée en vigueur le : 13 janvier 2015	Révisée le : 14 mars 2017 CRSSSBJ-2017-03-344	Abroge :	Page 10 de 15
---	--	--	-----------------	-------------------------

Avec la Loi sur la santé publique, le directeur de santé publique doit aussi mettre en place des mécanismes de concertation entre les divers intervenants aptes à agir sur les situations pouvant présenter des problèmes de morbidité, d'incapacité et de mortalité évitables.

Par ailleurs, les stratégies de développement social et de développement des communautés visant à agir sur les déterminants de la santé et du bien-être font également partie des stratégies d'action sur lesquelles il importe d'agir en concertation avec le milieu. Pour ce faire, ces directions animent et participent aux tables intersectorielles régionales.

Les directions-soutien

Les directeurs-soutien, soit le président-directeur-général, le directeur des ressources humaines (DRH) et le directeur de la des ressources financières, techniques et informationnelles (DRFTI) viennent en appui aux directions cliniques.

Le président-directeur général vient en appui aux activités cliniques avec ses volets qualité, performance, évaluation, éthique, soutien et administration ainsi que dans ses volets relations médias, communication et affaires juridiques. La direction générale agit dans ses obligations légales que sont, notamment, la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux, le développement et la mise en œuvre de stratégies et de mesures visant l'application de normes de qualité dans tous les volets dont il a les responsabilités. Elle soutient les directions cliniques dans le suivi des activités en regard des informations disponibles dans différents systèmes clinico-administratifs.

Le directeur des ressources humaines collabore de façon étroite avec les autres directions, les partenaires internes et externes quant à la gestion des ressources humaines. Il assure la cohérence organisationnelle en matière de gestion des ressources humaines, du développement des compétences et du développement organisationnel.

Le directeur de la DRFTI conseille et coordonne les activités visant à soutenir le CRSSS de la Baie-James. Il met également en œuvre des technologies de l'information en soutien aux activités des directions afin de favoriser une saine utilisation des ressources.

Les responsables de sites

Les responsables de sites sont les interlocuteurs de première ligne privilégiée du CRSSS de la Baie-James, pour chacune des communautés de leur territoire.

Adoptée le : 13 janvier 2015 N° résolution CRSSSBJ-2015-01-223	Entrée en vigueur le : 13 janvier 2015	Révisée le : 14 mars 2017 CRSSSBJ-2017-03-344	Abroge :	Page 11 de 15
---	--	--	-----------------	-------------------------

Les responsables de sites, en conformité avec les responsabilités prévues à la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* ou à l'intérieur du plan d'organisation, ont comme responsabilités de créer et d'entretenir des liens significatifs avec les communautés desservies et de contribuer à la vie communautaire.

Les gestionnaires

Les directions analysent les écarts par rapport aux rendements des programmes ou du processus de mise en œuvre afin de se doter d'une vision globale de l'établissement. Leurs états de situation permettent d'identifier des pistes d'action et des recommandations pour l'amélioration de l'offre de services du CRSSS de la Baie-James.

Toutes les directions doivent convenir entre elles des cibles et des engagements à mettre de l'avant. Par la suite, eu égard à la coordination et au contrôle, les directions cliniques et de soutien ont le devoir d'évaluer le degré d'atteinte des objectifs, la satisfaction de la clientèle et le respect des orientations et de l'utilisation des ressources financières. Ces directions informent les instances concernées (PDG et MSSS) de la situation par dossier ou par programme pour l'ensemble du territoire.

Comité de coordination clinique

Ce comité s'inscrit dans l'arrimage entre les directions cliniques (Direction des soins infirmiers, Direction de santé publique, Direction des programmes sociaux, Directions des services professionnels et services multidisciplinaires) au sein de la nouvelle structure organisationnelle.

Le Comité de coordination clinique se veut être un lieu d'échanges, d'appropriation, de réflexion et de décisions concernant l'organisation des services de santé et des services sociaux sur le territoire de la région sociosanitaire du Nord-du-Québec. Le comité vise à mettre en place les meilleures stratégies, tant du point de vue clinique que du point de vue de l'organisation des services afin d'assurer aux clientèles un accès facile à des services dispensés par des professionnels qui travaillent en interdisciplinarité.

Les membres du Comité s'assurent que ces services et interventions sont basés sur les meilleures pratiques, offerts par du personnel compétent, notamment grâce au support de chacune des directions.

Comité de cogestion clinico-administrative et médicale (CCCAM)

Le Comité de cogestion clinico-administrative et médicale se veut la continuité du comité de coordination clinique régional au niveau des services cliniques et leur planification (tactique et opérationnelle). Il se veut être un lieu d'échanges et d'appropriation quant aux décisions prises concernant

Adoptée le : 13 janvier 2015 N° résolution CRSSSBJ-2015-01-223	Entrée en vigueur le : 13 janvier 2015	Révisée le : 14 mars 2017 CRSSSBJ-2017-03-344	Abroge :	Page 12 de 15
---	--	--	-----------------	-------------------------

l'organisation des services de santé et des services sociaux sur le territoire de la région sociosanitaire du Nord-du-Québec et les priorités cliniques identifiées.

Il se veut être aussi le comité de cogestion interdirection au sein des services de santé et services sociaux. De par sa position privilégiée de proximité dans l'opérationnel des services de santé et services sociaux, il s'avère être le comité qui assure la rétroaction au comité de coordination clinique régional sur l'organisation de services, les priorités cliniques, l'évolution des services, les enjeux, etc. (principe de cascade-escalade).

Comités de coordination ou de gestion des directions

Les comités de coordination et/ou de gestion sont des tribunes permanentes dûment mandatés afin de discuter et de régler certaines questions relatives à l'implantation des offres de services destinées à la clientèle. Ces tribunes sont généralement animées par les directions cliniques.

Ces comités doivent poursuivre des objectifs communs en conformité aux orientations nationales et régionales et aux besoins populationnels. Ces comités travaillent dans l'optique d'harmoniser les programmes, les pratiques et les modèles d'intervention entre les centres de santé. Un plan d'action annuel des travaux du comité doit être approuvé par les membres et soumis au PDG pour approbation.

Tables cliniques ou Tables d'intervenants (internes)

Ces tables ont pour but de regrouper les intervenants du CRSSS de la Baie-James qui possèdent des besoins et des intérêts communs quant à la mise en œuvre des offres de services (ex. : briser l'isolement professionnel, établir les besoins de formation et d'outils, partager les bons coups, harmoniser les pratiques, etc.).

Ces tables, animées par les directions cliniques orientent les centres de santé dans les critères d'admissibilité des populations à risque, le choix des pratiques reconnues efficaces, l'utilisation d'outils standardisés, l'application de normes d'excellence et de standards d'accès, de qualité et de continuité des services, etc.

Ces tables ont un pouvoir de recommandation auprès des instances de coordination qui les chapeautent. Les membres de ces tables informent leur supérieur immédiat de certains besoins.

Enfin, un plan d'action annuel des travaux de la table doit être élaboré par les membres et soumis aux divers comités de coordination pour approbation.

Adoptée le : 13 janvier 2015 N° résolution CRSSSBJ-2015-01-223	Entrée en vigueur le : 13 janvier 2015	Révisée le : 14 mars 2017 CRSSSBJ-2017-03-344	Abroge :	Page 13 de 15
---	--	--	-----------------	-------------------------

Tables régionales et locales intersectorielles

Dans le cadre de la démarche de projet clinique et organisationnel, les directions cliniques animent des tables locales intersectorielles ou y participent afin de convenir d'objectifs communs et d'actions susceptibles de les engager ou non dans des partenariats. Ces tables sont mises en œuvre selon diverses opportunités de concertation.

L'adjoint à la direction générale — qualité, performance, évaluation, éthique, soutien et administration

L'adjoint à la direction générale relève du président-directeur général. Il a le mandat de coordonner les activités du plan d'action annuel ainsi que le pilotage de la démarche de projet clinique et organisationnel ainsi que son suivi et son évaluation. Une démarche concertée est préconisée. Pour ce faire, il assure une veille stratégique afin de cerner les enjeux du système jamésien de santé et les risques stratégiques, il coordonne le processus d'entente de gestion et d'imputabilité avec le ministère, il clarifie les rôles et responsabilités des acteurs entourant la responsabilité populationnelle et la coordination des ententes dans le réseau local de services, il soutient financièrement les organismes communautaires dans leur mission globale et il contribue à l'appréciation de la performance de l'établissement.

6.2 Responsabilités de l'application

Le président-directeur général outre les responsabilités prévues à la Loi sur les services de santé et les services sociaux, voit à l'application et au respect de la politique par les différentes directions et personnes qui exercent des fonctions au sein de l'établissement ou œuvrent au bénéfice de celui-ci.

Les directeurs doivent s'assurer que cette directive est comprise et appliquée par tous.

7. ENTRÉE EN VIGUEUR

La politique entre en vigueur à compter de son adoption par le conseil d'administration.

8. BIBLIOGRAPHIE

CENTRE RÉGIONAL DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA BAIE-JAMES, *Cadre de référence portant sur les relations entre le CRSSS de la Baie-James et les organismes communautaires œuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux, 2009.*

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *L'architecture des services de santé et des services sociaux Les programmes-services et les programmes-soutien*, Gouvernement du Québec, janvier 2004.

Adoptée le : 13 janvier 2015 N° résolution CRSSSBJ-2015-01-223	Entrée en vigueur le : 13 janvier 2015	Révisée le : 14 mars 2017 CRSSSBJ-2017-03-344	Abroge :	Page 14 de 15
---	--	--	-----------------	-------------------------

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

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Projet clinique Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux Résumé*, Québec, octobre 2004

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, 47 p.

PUBLICATIONS DU QUÉBEC. Loi sur la santé et les services sociaux. L.R.Q., c. S-4.2, (en ligne). 2012.

http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_4_2/S4_2.html (consulté septembre 2012).

PUBLICATIONS DU QUÉBEC. Loi sur la santé et les services sociaux. L.R.Q., c. S-4.2, (en ligne). 2012.

http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_4_2/S4_2.html (consulté novembre 2012).

9. LISTE DES MODIFICATIONS ET COMMENTAIRES

DATE aaaa-mm-jj	VERSION	MODIFICATIONS/COMMENTAIRES	ARCHIVÉ
2017-01-13	2	Ajout de la dimension « Services centrés sur l'utilisateur » en tant que principe directeur	
2017-01-13	2	Mise à jour des rôles et responsabilités en fonction du plan d'organisation au 1 ^{er} avril 2016	
2017-02-02	2	Ajout de critères de pertinence pour lignes directrices Norme leadership	

10. RÉVISION ANNUELLE

La personne soussignée a revu ce document à la date indiquée et l'a reconduit sans modification.

DATE	SIGNATURE AUTORISÉE

Adoptée le : 13 janvier 2015 N° résolution CRSSSBJ-2015-01-223	Entrée en vigueur le : 13 janvier 2015	Révisée le : 14 mars 2017 CRSSSBJ-2017-03-344	Abroge :	Page 15 de 15
---	--	--	-----------------	-------------------------