

# Centre de santé et de services sociaux Cavendish

Health and Social Services Centre

Centre affilié universitaire

## **PLAN D'ORGANISATION**

**Encadrement intermédiaire**

**VERSION MISE À JOUR  
FRANÇAIS**

**Avril 2009**

Préparé par Luce Beauregard  
Directrice Qualité, Programmes et Mission universitaire

# Table des matières

## I. DÉMARCHE

|                                  |   |
|----------------------------------|---|
| 1. Mandat .....                  | 3 |
| 2. Processus.....                | 4 |
| 3. Résultat de la démarche ..... | 5 |

## II. LIVRABLE : PROJET DE PLAN D'ORGANISATION

|  |    |
|--|----|
| 1. Mission et valeurs organisationnelles .....   | 6  |
| 2. Informations sur les priorités régionales et locales .....                              | 7  |
| 3. Organisation générale du CSSS Cavendish .....   | 8  |
| 4. Valeurs de gestion du CSSS Cavendish.....   | 9  |
| 5. Concept de supervision clinique retenu au sein du CSSS .....                            | 9  |
| 6. Description des fonctions <sup>1</sup> .....  | 10 |
| 6.1 Directeur de programmes.....   | 10 |
| 6.2 Directeur des soins infirmiers et des services multidisciplinaires .....               | 11 |
| 6.3 Chef d'administration de programmes.....   | 11 |
| 6.4 Cadre responsable du développement de l'enseignement<br>et des services de pointe..... | 13 |
| 6.5 Spécialiste en activité clinique.....  | 13 |
| 6.6 Personnel en support administratif ou clinique.....                                    | 14 |
| 6.7 Intervenant .....  | 14 |
| 7. Scénario d'encadrement intermédiaire.....   | 15 |
| 7.1 Principes directeurs .....   | 15 |
| 7.2 Scénario .....   | 16 |
| 7.3 Changements internes aux directions par rapport à la supervision .....                 | 17 |
| 7.4 Changements organisationnels à prévoir pour actualiser<br>le scénario proposé .....    | 17 |
| 8. Plan de communication .....   | 18 |
| 8.1 Selon les publics cibles .....   | 18 |
| 8.2 Chronologie des actions .....  | 19 |

## ANNEXES

|  |    |
|--|----|
| Annexe 1 : Composition du groupe Forces .....  | 20 |
| Annexe 2: Synthèse de l'évaluation préparée par l'assistant.....                             | 21 |
| Annexe 3: Autorité hiérarchique et fonctionnelle .....                                       | 25 |
| Annexe 4 : Données interne .....   | 26 |
| Annexe 5 : Description du Coordonnateur enseignement<br>dévelop. des services de pointe..... | 32 |

---

<sup>1</sup> À partir du *Guide profil de responsabilité de gestion, fonction type du personnel d'encadrement, secteur santé et services sociaux* (Québec, le 11 juillet 2006),

## **I. DÉMARCHE**

### **1. Mandat**

Depuis la fusion du CSSS Cavendish, les mandats et responsabilités de gestion s'accumulent et la charge de travail du personnel d'encadrement s'alourdit. Les rôles et responsabilités étant exercés différemment dans les organisations d'origine, une certaine confusion est peu à peu apparue à ce sujet, dans les programmes et entre les différentes directions. Certains identifient également un débordement quant aux mandats de développement des réseaux locaux de services qui sont jumelés à la gestion des opérations. L'accessibilité à la supervision clinique est également devenue un enjeu pour une grande partie du personnel, duquel on attend des interventions de qualité pour la population. Dans ce contexte, la direction générale a confié le mandat suivant à la directrice de la Planification, Qualité, Enseignement, Recherche, boursière du programme FORCES, qui y associe un groupe de travail représentatif (annexe 1).

### **Mandat du groupe FORCES**

- Développer un scénario de répartition des ressources actuelles d'encadrement de niveau intermédiaire, dans les programmes de services à la communauté.
- Identifier des principes directeurs pour le scénario à développer.
- Harmoniser la définition des rôles et responsabilités des cadres intermédiaires et des spécialistes en activités cliniques (appelés adjoints cliniques).
- Préparer un plan d'implantation du scénario retenu qui assurera le succès du changement.
- Déposer à temps les recommandations à la direction générale pour le suivi.

### **Les six directions concernées sont :**

- PPALV (incl. DP 18ans+, centre de jour, centre d'aidants naturels, services de pointe (abus, aidants, PPSV), RNI;
- Réadaptation;
- Hébergement;
- Fam-Enf-Jeun (incl. jeunes en diff, santé mentale 0-17ans, scol, périnat, SIPP);
- Santé mentale, DI, TED (incl. santé publique, DP 0-17ans, service de pointe 60+)
- Services généraux.

### **Les rôles et responsabilités des membres du groupe FORCES sont :**

- Chargée de projet : préparation, liaison avec la direction, animation, évaluation, gestion du processus
- Assistant : préparation, évaluation et participation à la gestion du processus
- Membre : participation, «le statut quo n'est qu'une option » : ouverture, honnêteté de l'exercice, cueillette et lecture de l'information, respect du fonctionnement du groupe et de l'échéancier, transmission des messages clés aux personnes cibles, tels que convenus en groupe.

## 1. Processus

Le groupe FORCES utilise un processus de prise de décision éthique basé sur des données probantes, processus faisant l'objet d'une expérimentation dans le cadre du programme FORCES, programme canadien dont la mission consiste à promouvoir l'utilisation des données probantes par les gestionnaires du système de santé canadien.

Ce processus et le fonctionnement du groupe FORCES s'appuie sur des principes tels :

- Engagement
- Fidélité
- Confiance
- Transparence
- Aucun jugement porté
- Solidarité
- Écoute active

L'évaluation des scénarios de plan d'organisation se fait à l'aide de principes éthiques, à propos desquels les membres du groupe ont été formés par une éthicienne. Ce sont :

- Justice : les individus doivent être traités de la même façon. « Est-ce que cette décision apporte le plus grand bien au plus grand nombre? »
- Équité : fournir à chacun ce qui lui est dû en fonction de ses besoins. « Est-ce que cette décision tient compte de ceux qui éprouvent le plus grand besoin? »
- Efficience : obtenir le meilleur résultat en tenant compte des ressources limitées. « Est-ce que cette décision donne le plus grand bénéfice compte tenu des ressources disponibles? »
- Pertinence : Les résultats doivent démontrer du bon sens et être appropriés à la situation. « Est-ce que cette décision est la meilleure compte tenu des effets escomptés? »
- Utilité : Le résultat de la décision doit s'avérer nécessaire et non superflu. « Est-ce que cette décision profitera aux personnes concernées dans les tâches à accomplir? »
- Transparence : les raisons qui sous-tendent la décision sont honnêtement connues par toutes les personnes concernées. « Est-ce que cette décision laisse transparaître les raisons qui la justifient? »
- Non malfaisance : ne pas causer du tort à autrui par nos actions. « Est-ce que cette décision risque de causer du tort à des individus dans l'équipe, dans la population? »
- Bienfaisance : servir le plus grand intérêt des personnes concernées. « Est-ce que cette décision contribue au meilleur intérêt de ceux qui sont concernés? »

Le processus s'est effectué en huit rencontres du groupe FORCES, lesquelles se sont déroulées dans le respect de l'échéancier et des principes de fonctionnement établis au départ. Les membres ont été assidus et ont complété une évaluation à la fin de chaque rencontre. Cette dernière portait sur l'engagement des membres, la qualité des données, le processus et les résultats. Elle a permis de faire les ajustements nécessaires au fur et à mesure des réunions (annexe 2).

## 2. Résultats

- Les échanges concernant les descriptions de fonctions ont conduit à un consensus;
- La présentation du modèle de supervision clinique par les représentants du comité interne a permis d'adopter le concept de supervision clinique du CSSS Cavendish, et ce, de façon unanime.
- La compréhension des rôles des directions professionnelles (DSI DSM) et surtout la compréhension de l'exercice de leur autorité fonctionnelle (annexe 3) a été fondamentale pour permettre une réelle actualisation du scénario retenu.
- L'examen des données sur les effectifs, les ressources et le volume d'activités des différentes directions a engendré une meilleure connaissance mutuelle de la situation de chacun des programmes. Cette information commune et partagée sur les rôles et l'information sur la situation actuelle a soutenu le travail effectué par chacune des directions à propos de l'organisation interne, et ce, hors les rencontres du groupe. Chaque direction a présenté au groupe son propre projet de scénario qui tient compte à la fois des consensus préalables, et des principes directeurs soutenant le plan d'organisation du CSSS (annexe 4).
- L'élaboration du scénario d'encadrement final s'est inspirée des scénarios effectués par la direction.
- Il a été évalué conforme à chacun des principes éthiques, et ce, par tous les membres.
- Le plan de communication a été discuté et quelques idées générales ont été partagées. Le plan devra être validé par le Groupe qui souhaite devenir un groupe de suivi à l'implantation.

## **II. LIVRABLE : PROJET DE PLAN D'ORGANISATION**

Le groupe FORCES soumet ici le livrable qui consiste en un projet de plan d'organisation pour les directions des services à la communauté sur l'encadrement clinique et administratif de niveau intermédiaire, incluant des descriptions de fonctions, un concept de supervision clinique harmonisés et un plan d'implantation.

### **1. Mission, vision et valeurs organisationnelles**

#### **Mission**

Le CSSS de Cavendish a pour mission d'améliorer la santé et le bien-être de la population de son territoire. Riche de la diversité et des forces de sa communauté et de son personnel, il vise à s'assurer que chaque personne ait accès à des services de santé et des services sociaux qui répondent à ses besoins à chaque étape de sa vie.

Le CSSS offre des services de santé et des services sociaux à la communauté incluant des services de réadaptation et d'hébergement. Son statut de centre affilié universitaire de gérontologie sociale lui confère une mission d'enseignement et de recherche.

#### **Vision**

Le CSSS Cavendish veut améliorer les conditions de vie des résidents de son territoire, favoriser l'accessibilité, la continuité, la qualité et la sécurité des soins et des services et exercer un leadership auprès de ses partenaires public et communautaire.

Le CSSS s'engage à s'assurer l'excellence de ses services en favorisant l'amélioration continue des compétences de son personnel et des bénévoles et en encourageant le développement de leurs expertises. De plus, le CSSS vise à devenir un chef de file en gérontologie sociale et en réadaptation gériatrique.

#### **Valeurs organisationnelles**

Le CSSS Cavendish s'est dotée de valeurs organisationnelles notamment :

- Accueil, compassion et engagement
- Respect de la dignité de la personne
- Ouverture à la diversité culturelle, linguistique et sociale
- Renforcement de l'autonomie des personnes et des familles
- Réponse équitable aux besoins
- Promotion de conditions de vie sécuritaires
- Collaboration, interdisciplinarité et partenariat engagés
- Valorisation des compétences et de la contribution de son personnel à la réalisation de sa mission
- Engagement au développement continu des compétences du personnel
- Responsabilité, transparence, efficacité et intégrité
- Qualité, créativité et innovation
- Recherche de l'excellence et partage des connaissances.

## **2. Informations sur les priorités régionales et locales**

### **Priorités régionales**

- Service médical de première ligne (services généraux)
- Personnes âgées : maladies chroniques, désengorgement des urgences
- Santé mentale

### **Priorités locales (Plan stratégique 2009-2013)**

#### ***Axe 1 Vision de croissance du CSSS Cavendish***

- 1.1 Intégration de l'hôpital Catherine Booth
- 1.2 Ajout d'une nouvelle aile au Centre d'hébergement Henri-Bradet
- 1.3 Construction du site CLSC de Notre-Dame-de-Grace-de-Montréal-Ouest
- 1.4 Agrandissement du site de CLSC René-Cassin
- 1.5 Exploration de toute possibilité de croissance du CSSS Cavendish

#### ***Axe 2 Accessibilité du service à la clientèle***

- 2.1 Implantation du projet clinique et organisationnel
  - 2.1.1 Services généraux et médicaux de 1<sup>ère</sup> ligne
  - 2.1.2 Perte d'autonomie liée au vieillissement
  - 2.1.3 Santé mentale
  - 2.1.4 Jeunes en difficulté – jeunes et santé mentale
- 2.2 Amélioration de l'organisation des services (projet FORCES)
- 2.3 Promotion du CSSS Cavendish

#### ***Axe 3 Développement du réseau local***

- 3.1 Création de ressources intermédiaires (hébergement, RI conval. RNI)
- 3.2 Consolidation des services médicaux de 1<sup>ère</sup> ligne
- 3.3 Consolidation des liens cliniques avec les établissements de proximité
- 3.4 Réorganisation des services post-hospitaliers de réadaptation
- 3.5 Réorganisation des services en santé mentale

#### ***Axe 4 Amélioration de la Qualité-Performance***

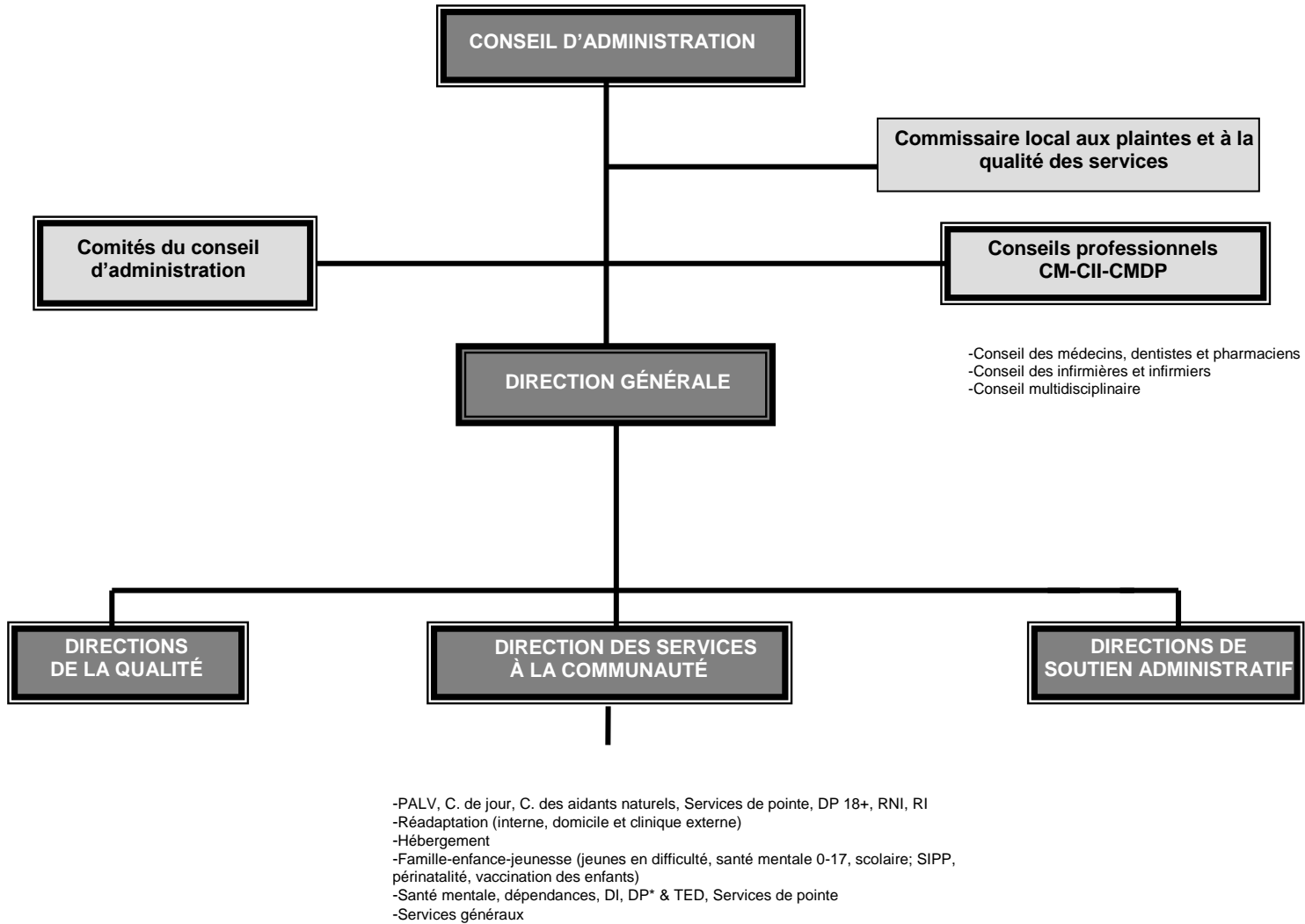
- 4.1 Agrément du CSSS Cavendish
- 4.2 Développement de la mission de recherche et des services de pointe
- 4.3 Suivi de l'entente de gestion et d'imputabilité
- 4.4 Amélioration de la qualité des services du CSSS

#### ***Axe 5 Gestion dynamique des ressources humaines***

- 5.1 Leadership dans la gestion des équipes
- 5.2 Promotion de la santé, sécurité et développement des ress. Humaines, (PDRH)
- 5.3 Implantation des ententes locales avec les syndicats
- 5.4 Développement continu des compétences
- 5.5 Consolidation de la mission d'enseignement du CSSS

### 3. Organisation générale du CSSS Cavendish

#### STRUCTURE ORGANISATIONNELLE



\*Jusqu'à 17 ans 364 jours

### **3. Valeurs de gestion du CSSS Cavendish**

- Respect
- Loyauté
- Intégrité
- Transparence
- Équité
- Responsabilisation
- Communications avec le personnel
- Interdisciplinarité
- Harmonisation
- Efficacité
- Productivité
- Imputabilité (gestion des données statistiques et financières)
- Recherche de la qualité
- Développement des compétences

### **5. Concept d'encadrement et de supervision clinique retenu au sein du CSSS Cavendish<sup>2</sup>**

La supervision clinique a pour objet le développement et l'approfondissement des compétences, et le maintien et l'amélioration de la qualité des actes professionnels et des pratiques interdisciplinaires des intervenants, qu'elles soient individuelles ou de groupe.

À l'instar d'une activité éducative, la supervision clinique offre un espace de réflexion sur l'objectif visé, le plan d'intervention unidisciplinaire ou interdisciplinaire (PI, PII, PTI), le plan de services individualisé PSI ou le plan d'action communautaire, et sur l'acte professionnel lui-même, le tout dans une approche interdisciplinaire ou communautaire. Elle permet d'anticiper ou de faire un retour sur les interventions afin d'en analyser les différents aspects, dans une optique de compréhension et de performance, et ce en respectant le cadre normatif, les politiques et les standards de pratique du CSSS. La supervision clinique s'applique autant aux interventions individuelles que de groupe.

Dans les situations problématiques, le superviseur exerce son autorité clinique pour guider et indiquer les options d'intervention les plus probantes à retenir par l'intervenant. Il peut aussi être appelé à contribuer à l'évaluation régulière du rendement du professionnel par rapport aux aspects liés à sa pratique clinique, et ce par le contrôle et l'appréciation des actes professionnels.

La supervision clinique offre aussi à l'intervenant l'opportunité d'examiner ce que la relation avec le client, individu ou groupe, ou avec l'équipe lui fait vivre, afin qu'il puisse réinvestir de façon adéquate et constructive.

---

<sup>2</sup> Synthèse des travaux effectués par le directeur des services multidisciplinaires, M. Kevin Hayes, la représentante du comité de supervision clinique, Mme Cindy Starnino, la présidente du conseil multidisciplinaire, Mme Katéri Germain et par le groupe Forces.

La supervision de l'acte professionnel doit se faire par un professionnel de la même discipline ou d'une discipline connexe. En l'absence d'un SAC adéquat par rapport au besoin à combler, la supervision peut aussi se faire par un pair reconnu par le CSSS et mandaté par ce dernier, ou par un expert externe.

La supervision clinique s'exerce aussi auprès des équipes interdisciplinaires, relativement à des dossiers qui le requièrent, afin de répondre aux besoins complexes présentés par les usagers et par le plan d'intervention requis par la situation.

La supervision clinique s'exerce individuellement ou en petit groupe et peut impliquer de la part du superviseur des interventions directes auprès des usagers, individus ou groupes.

La supervision clinique nécessite l'établissement du lien de confiance entre l'intervenant et le superviseur. Pour ce faire, la supervision doit être formalisée autour d'objectifs convenus entre le superviseur et le supervisé. La supervision doit aussi prévoir des balises claires et explicites par rapport à la confidentialité, au suivi des besoins et par rapport aux informations à transmettre au gestionnaire du programme.

Le superviseur collige le tout dans un dossier de supervision clinique soumis aux mêmes règles de confidentialité et de conservation que les dossiers des usagers.

## **6. Description des fonctions<sup>3</sup>**

### **6.1 Directeur de programmes**

#### **Responsabilités de gestion stratégique et organisationnelle**

- Définit conjointement le projet clinique et organisationnel.
- Identifie les actions et les ressources.
- Identifie les cibles de performance de sa direction.
- Participe à la définition et à l'élaboration des orientations et des priorités, du modèle organisationnel, du cadre de référence relatif à la gestion des partenariats, du plan de communication de l'établissement
- S'assure du suivi du plan d'amélioration continu de la qualité relatif à ses services

#### **Responsabilités de gestion des ressources humaines**

- Détermine les besoins, procède à leur allocation et propose des plans de rétention, d'attraction et de renouvellement.
- Oriente le choix des différents leviers de mobilisation des RH, et détermine les mécanismes de contrôle.
- Participe à l'élaboration du PDRH et du transfert des compétences.
- Participe au choix du programme d'appréciation des RH et l'exécute.

---

<sup>3</sup> À partir du *Guide profil de responsabilité de gestion, fonction type du personnel d'encadrement, secteur santé et services sociaux* (Québec, le 11 juillet 2006),

### **Responsabilités de gestion des ressources financières**

- Détermine les besoins, procède à leur allocation et propose des stratégies et des modalités de financement spécifiques et détermine les mécanismes de contrôle

### **Responsabilités de gestion des ressources matérielles et techniques**

### **Responsabilités de gestion des ressources et actifs informationnels**

### **Responsabilités de gestion des communications à préciser**

### **Responsabilités de gestion des partenariats**

### **Responsabilités de gestion de l'enseignement, de la recherche et des services de pointe**

### **Responsabilités de gestion des services à la clientèle et de la qualité.**

## **6.2 Directeurs des soins infirmiers et des services multidisciplinaires et de la réadaptation**

### **Responsabilités générales de gestion de la qualité des services cliniques**

- Définit les orientations et approches cliniques de l'établissement et des disciplines en collaboration avec les spécialistes en activités cliniques (SAC).
- Développe et actualise les normes et standards de pratique professionnelle de même que les diverses politiques, procédures, protocoles, règles de soins, outils cliniques et s'assure de leur application avec la collaboration des SAC.
- Identifie le modèle de supervision clinique et développe les outils pour en assurer l'accès aux professionnels par l'intermédiaire des SAC
- Identifie les compétences cliniques requises par le personnel et s'assure de leur acquisition en collaboration avec les SAC.
- Assure la mise en place de mécanismes de contrôle et d'appréciation de la qualité des actes professionnels (ex : audits de dossiers).

Autorité fonctionnelle auprès des cadres et spécialistes en activité clinique quant à l'application des orientations, des normes et standards de pratique, du modèle de supervision, des profils de compétences et des contrôles de qualité. (voir annexe 3)

## **6.3 Chef d'administration de programme (CAP)**

### **Responsabilités de gestion stratégique et organisationnelle**

- S'approprié et intègre le projet clinique et organisationnel, ses orientations et ses priorités.
- Contribue à l'élaboration du modèle organisationnel et des cadres de référence relatifs à la gestion des partenariats; assure leur contrôle.
- S'assure de l'atteinte des objectifs organisationnels de performance
- Assure le suivi du plan d'amélioration continu de la qualité relié à ses services

### **Responsabilités de gestion des ressources humaines**

- Identifie et analyse les besoins, contribue à l'élaboration de stratégies d'attraction de rétention et de renouvellement des RH et au contrôle.
- Participe au processus de dotation (sélection, etc.)
- Propose et recommande un PDRH et le transfert des connaissances, et en assure le suivi auprès de la DRH.
- Assure l'application de la politique d'appréciation du rendement et le contrôle des RH sous sa responsabilité (incluant les mesures disciplinaires, de concert avec DRH)
- S'assure d'un bon climat de travail au sein de son unité et de la mobilisation du personnel (gère les conflits au besoin)

### **Responsabilités de gestion des ressources financières**

- Distribue et contrôle les enveloppes budgétaires allouées à sa direction.

### **Responsabilités de gestion des ressources matérielles et techniques**

### **Responsabilités de gestion des ressources et des actifs informationnels**

### **Responsabilités de gestion des communications à préciser**

### **Responsabilités de gestion des partenariats**

### **Responsabilités de gestion de l'enseignement, recherche et des services de pointe**

- Assure le support aux services de pointe et le suivi des contrats et ententes intervenues avec les maisons d'enseignement, de concert avec la coordonnatrice de l'enseignement et des services de pointe.

### **Responsabilités de gestion des services à la clientèle et de qualité**

- Actualise les programmes de soins et les services sous sa responsabilité, établit les priorités, et traite les situations complexes.
- Assure l'accessibilité (attente) et la continuité des soins et services
- S'assure que le personnel connaît les mécanismes de réponse aux urgences cliniques.
- S'assure que chaque usager ait un PII ou PSI à jour et en assure la planification et l'évaluation (dossier)
- Est imputable de l'enquête sur les cas d'accidents/incidents, apporte les correctifs, transmet ses recommandations aux personnes concernées, assure le suivi.
- Collabore aux enquêtes du Commissaire aux plaintes en lien avec ses services
- S'assure du contrôle et de l'appréciation des actes professionnels posés par le personnel sous sa responsabilité, conformément aux standards de pratique émis par les DSI et DSM
- Assume la responsabilité et la réalisation de dossiers particuliers
- Participe aux comités organisationnels pour les quels il est désigné.

## **6.4 Cadre responsable du développement de l'enseignement et des services de pointe (voir description de fonction détaillée, Annexe 5)**

### **Responsabilité de support et développement des services de pointe**

- Identifie et analyse les opportunités de développement en ce qui concerne les services de pointe et en mesure les impacts.
- Supervise et supporte la mise en œuvre des activités des services de pointe en collaboration la personne chargée de la coordination des activités du service de pointe.
- Supporte le SAC dans le transfert des connaissances et de l'expertise clinique

### **Responsabilité de support au développement de l'enseignement**

- Supporte la mise en œuvre des activités d'enseignement notamment en mobilisant et outillant les superviseurs de stage, et ce en étroite collaboration avec les SAC
- Contribue à l'établissement de contrats et d'ententes avec les maisons d'enseignement

## **6.5 Spécialiste en activité clinique**

Personne qui participe à l'évaluation et à l'analyse des besoins des usagers, à l'élaboration des normes et standards de pratique professionnelle et à la recherche de solutions appropriées, dans le but d'aider l'intervenant et l'établissement à améliorer la qualité des pratiques professionnelles, en lien avec les directions professionnelles (DSI, DSM).

- Exerce un rôle d'encadrement clinique des intervenants et un rôle de superviseur clinique de l'acte professionnel de sa discipline ou d'une discipline connexe, tel que présenté précédemment dans la définition du concept au CSSS
- Assure la planification, les discussions de cas, l'élaboration et la révision des plans d'intervention (PII), des plans de services individualisés (PSI) et des plans thérapeutiques infirmiers (PTI)
- Exerce le rôle de superviseur clinique des intervenants de toutes les disciplines dans une approche interdisciplinaire
- Facilite le suivi systématique des clientèles ciblées par les intervenants
- S'assure de la compréhension et de l'application du cadre normatif par les intervenants
- Effectue l'évaluation des charges de cas, du nombre de visites et du temps clinique des intervenants des équipes selon les normes établies
- Fournit un support et une disponibilité auprès des intervenants et contribue à leur mobilisation quant à une culture de la qualité
- Coordonner les phases d'accueil, d'orientation et d'intégration des nouveaux employés et des stagiaires de ses équipes
- Participer à l'évaluation du personnel pour fin de probation et contribue à l'évaluation du personnel à la demande du gestionnaire
- Peut participer aux comités de sélection
- Collabore à l'identification des besoins de formation et de développement du personnel et au transfert de l'expertise et identifie les besoins d'amélioration des pratiques cliniques
- Supporte le fonctionnement, le développement et l'implantation de pratiques novatrices basées sur des données probantes et de pratiques développées dans les services de pointe
- Contribue à l'élaboration du projet clinique.

## **6.6 Personnel en support administratif ou clinique (ex : coordonnateur des activités des services de pointe, chef d'équipe, porteur du dossier, ASI, commis aux horaires...)**

Assume diverses responsabilités en support aux CAP ou aux SAC, telles que définies par le directeur de programme.

### **6.7 Intervenant**

Toute personne occupant un emploi ou exerçant sa profession au CSSS et qui intervient directement auprès de l'utilisateur (individu, groupe, communauté). Les bénévoles ne sont donc pas considérés comme des intervenants. On retrouve trois rôles-types chez les intervenants, soient l'intervenant assigné, l'intervenant pivot et le gestionnaire de cas.

#### **L'intervenant-pivot (à préciser)**

- Est nommé pour tout usager pris en charge qui ne fait pas partie de la clientèle guichet unique;
- Est généralement nommé selon la problématique majeure de l'utilisateur mais il peut changer si la problématique est modifiée;
- Peut agir seul ou peut gérer une équipe composée de 1 ou plusieurs intervenants assignés;
- Intervient auprès de l'utilisateur, coordonne le plan d'intervention de services et y participe et ce, dans les limites du plan d'intervention;
- Révise le plan d'intervention avec le support d'autres intervenants selon l'échéancier prévu, et ce au moins 1 fois/année

#### **Le gestionnaire de cas (à préciser ex. intervenant-pivot en DI-TED)**

- Est nommé uniquement lorsqu'il s'agit d'un cas de guichet unique, c'est-à-dire quand il y a nécessité d'un plan de services (PSI) et ce, jusqu'au retour à l'autonomie de l'utilisateur ou jusqu'à son hébergement définitif, son décès ou son déménagement hors-territoire;
- Est choisi selon ses compétences et non selon la problématique de l'utilisateur;
- Planifie, organise et coordonne les services internes et inter-établissements;
- Révise le plan de services avec le support d'autres intervenants selon l'échéancier prévu, et ce au moins 1 fois/année;
- Accompagne, représente et défend l'utilisateur;
- Peut agir seul ou peut gérer une équipe composée de 1 ou plusieurs intervenants assignés

### **L'intervenant assigné**

- Est choisi selon sa discipline spécifique suite à l'élaboration du plan d'intervention
- Fait toujours partie d'une équipe et ce, qu'elle soit gérée par un intervenant pivot ou par un gestionnaire de cas;

### **L'intervenant de références (à préciser)**

- Maintient le dossier actif en cas d'urgence ou de besoin, quand l'intervenant-pivot n'est plus nécessaire

### **Le guichet unique et le guichet d'accès (à préciser)**

Mécanisme permettant l'accès à un ensemble de ressources du réseau local de services (internes et externes) et ce, dans les différents programmes-services (PPALV, SM, DI-TED, Jeunes en difficulté, Réadaptation).

## **7. Scénario d'encadrement intermédiaire**

### **7.1 Principes directeurs**

- Harmonisation du fonctionnement pour une meilleure continuité
- Efficacité pour une meilleure accessibilité
- Communication accrue des cadres avec le personnel
- Interdisciplinarité et travail d'équipe
- Support et responsabilisation du personnel
- Meilleure qualité des services
- Ouverture à la supervision interprogramme pour une même discipline

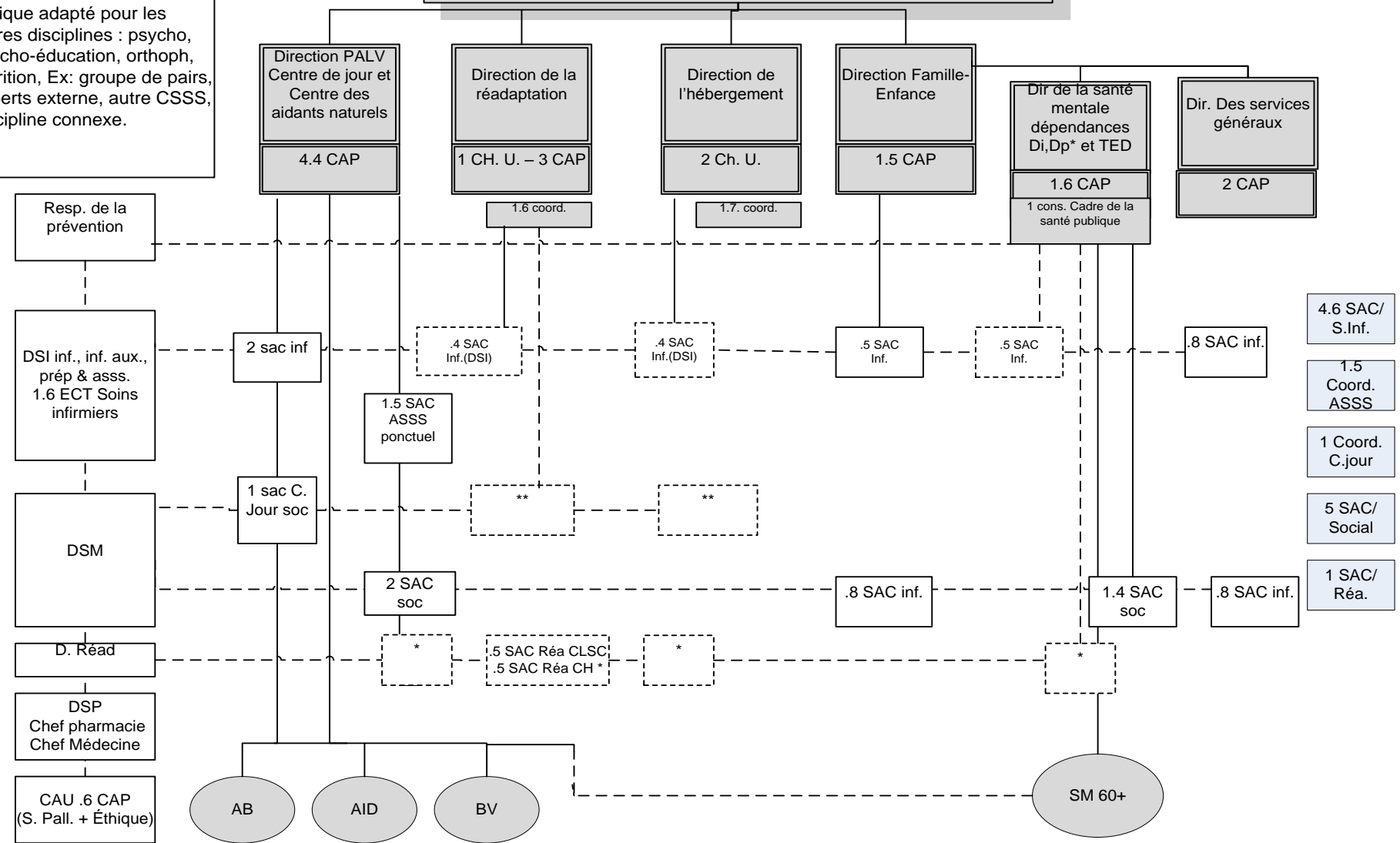
## 7.2 Scénario (retenu par le CSSS)

# Directions des services à la communauté

Ce scénario vise exclusivement l'encadrement de services à la communauté, d'où l'absence des directions de soutien administratif

N.B. Prévoir un encadrement clinique adapté pour les autres disciplines : psycho, psycho-éducation, orthoph, nutrition, Ex: groupe de pairs, experts externe, autre CSSS, discipline connexe.

PROGRAMMES QUALITÉ MISSION



|               |      |     |     |     |     |     |       |
|---------------|------|-----|-----|-----|-----|-----|-------|
| Total CAP     | 4,4  | 4,0 | 2   | 1,5 | 1,6 | 2   | =15,5 |
| Total SAC     | 6,5  | 0,4 | 0,4 | 1,3 | 1,9 | 1,6 | =12,1 |
| Total CAP+SAC | 10,9 | 4,4 | 2,4 | 2,8 | 3,5 | 3,6 | =27,6 |

Les SAC Réa sont CAP et ont un rôle mixte : 0,5 ETC fonction clinique et 0,5 ETC fonction administrative. Elles supervisent le personnel de réadaptation des autres programmes.  
 \*\*La supervision du personnel psychosocial de l'hébergement et de la réadaptation est exercée par la SAC du centre de jour.



### **7.3 Changements internes aux directions par rapport à la supervision :**

PPALV : La coordonnatrice du C. Jour (SAC soc) dessert HEB+ RÉA

RÉA : La direction reçoit .4 SAC inf et reçoit les services du SAC social du Centre de Jour (PPALV) La SAC Réa dessert les RNI, la SM adulte et SM jeune

HEB : La direction reçoit .4 SAC inf et reçoit les services du SAC soc du C Jour (PPALV)

FEJ : La direction reçoit les services du SAC Réa

SP SM DITED : La direction reçoit les services du SAC Réa

SG : Statu quo

### **7.4 Changements organisationnels à prévoir pour actualiser le scénario proposé :**

- S’assurer que tous les directeurs (programmes, qualité, support administratif) les CAP et les SAC s’approprient leurs rôles respectifs complémentaires, pour permettre un message et un fonctionnement cohérent et compréhensible pour le personnel
- Réviser les fonctions et responsabilités des directeurs et des CAP, en revoir la pertinence quant au rôle des directions support ou qualité et déléguer tout ce qui est possible au personnel interne de support administratif (programmes)
- Déterminer le type et la quantité de support administratif et clérical requis et sa répartition dans le programme (programmes)
- Réviser les tâches du personnel de support actuel (secrétariat, chefs d’équipe etc), en revoir la pertinence et y intégrer les nouvelles tâches incluant les outils modernisés et la formation requise (programmes)
- Réviser les tâches des SAC pour leur permettre de faire la supervision clinique et répartir celles qui doivent absolument être exercées (support administratif, chefs d’équipe, ASI, professionnels eux-mêmes selon le principe de la responsabilisation (programmes)
- Déterminer au besoin la source de financement additionnel à prévoir pour assurer le support requis (programmes)
- Assurer la disponibilité d’un SAC pour chaque discipline majeure (programmes)
- Déterminer au besoin les nouveaux titres d’emploi du personnel concerné
- Identifier avec les DSI-DSM comment et par qui la supervision clinique sera exercée pour les disciplines connexes (programmes-qualité)
- Revoir le processus d’allocation des services (comité d’allocation etc) (programmes)
- Rendre disponibles les outils pour permettre la responsabilisation des intervenants : normes et standards de pratique, formation sur les normes de services, système de contrôle de qualité des décisions d’allocation etc.(programmes –qualité)
- Revoir et uniformiser la définition de la gestion de cas et réorganiser en fonction de cette dernière (ex programme de surveillance à distance en PPALV)
- Revoir le guichet d’accès.

## 8. Plan de communication

### 8.1 Selon les publics cibles

| <b>ACTIONS</b>   | <b>RESPONSABLES</b>   | <b>ÉCHÉANCIER</b>                 |
|--|---|-----------------------------------|
| <b>Directeurs</b>  |   |                                   |
| Envoyer le document à tous les directeurs  | Dir Qualité   | Début oct.                        |
| Présenter le doc. au dir. des services à la communauté et répondre aux questions | Dir Qualité<br>Dir Forces                                   | 6 oct                             |
| Présenter le doc. au dir. de la Qualité, répondre aux questions                  | Dir. Qualité<br>Dir Forces                                  | 21 oct                            |
| Présenter le doc. au directeur des services administratifs                       | Dir Qualité   | 30 octobre                        |
| <b>CAP</b>   |   |                                   |
| Envoyer le document  | Dir Qualité   | Début oct.                        |
| Présenter le doc., répondre aux questions  | DIR Qualité<br>CAP Forces                                   | À planifier                       |
| Suivi d'implantation (quest, renc)   | DIR Qualité<br>CAP Forces                                   | Février                           |
| <b>SAC</b>   |   |                                   |
| Envoyer le document  | Dir Qualité   | Début oct.                        |
| Présenter le doc., répondre aux questions  | Dir. Qualité, DSM,<br>DRH, SAC Forces                       | 8 Octobre                         |
| Suivi d'implantation (quest, renc)   | DSM DSI<br>SAC Forces                                       | Mars                              |
| <b>CONSEILS PROFESSIONNELS (CM-CII)</b>  |   |                                   |
| Envoyer le document  | Dir. Qualité  | Début oct.                        |
| Présenter le doc. Répondre aux questions   | Dir Qualité<br>+ prés. CM ou<br>Prés. CII                   | Nov. -Déc.<br>(réunion régulière) |
| <b>Intervenants des équipes</b>  |   |                                   |
| Tournée des équipes : présentation, questions                                    | Dir. prog. CAP-SAC<br>Forces prog. Dir.<br>Qualité DSM, DSI | Novembre<br>(à planifier)         |
| Suivi d'implantation (quest)   | Dir. programme  | Mai 2009                          |
| <b>Programmes</b>  |   |                                   |
| Actualiser la nouvelle organisation du travail                                   | Dir. Programme<br>CAP-SAC                                   | Continu                           |
| <b>Groupe Forces Élargi</b>  |   |                                   |
| Le groupe Forces Élargi fait le suivi de l'implantation                          | Dir Qualité   | 16 jan 2009                       |
| Le groupe Forces Élargi fait le suivi de l'implantation                          | Dir Qualité   | Juin 2009                         |

## 8.2 Chronologie des actions

| SÉQUENCE DES ACTIONS   | CIBLE     | RESPONSABLES   | ÉCHÉANCIER                     |
|--|-----------|--|--------------------------------|
| 1. Envoyer le document à tous les directeurs                                 | DIR       | Dir. Qualité   | Début oct.                     |
| 2. Envoyer le document   | CAP       | Dir. Qualité   | Début octobre                  |
| 3. Envoyer le document   | SAC       | Dir. Qualité   | Début oct.                     |
| 4. Envoyer le document   | CM-CII    | Dir. Qualité<br>DRH  | Début oct.                     |
| 5. Présenter le doc. aux dir. Serv. Communauté, répondre aux questions       | DIR       | Dir. Qualité<br>Directeurs Forces  | 6 oct.                         |
| 6. Présenter le doc., répondre aux questions                                 | SAC       | Dir. Qualité,DSM,<br>SAC Forces  | 8 octobre                      |
| 7. Présenter aux Directeurs de la Qualité et répondre aux questions          | DIR       | Dir. Qualité<br>Dir. Forces  | 21 oct.                        |
| 8. Présenter le doc. aux dir. Serv. Administratifs et répondre aux questions | DIR       | Dir. Qualité   | 30 Oct.                        |
| 9. Présenter le doc., répondre aux questions                                 | CAP       | Dir. Qualité<br>CAP Forces   | mi-novembre<br>(à planifier)   |
| 10. Présenter le doc. Répondre aux questions                                 | CM-CII    | Dir. Qualité<br>Prés. CM<br>Prés. CII                                    | Nov. Dec.<br>Réunion régulière |
| 11. Tournée des équipes : présentation, questions                            | Personnel | Dir. programme<br>CAP/SAC Forces<br>du programme<br>Dir. Qualité,DSM,DSI | Nov-Dec<br>A planifier         |
| 12. Le groupe Forces Elargi fait le suivi de l'implantation                  |           | Dir. Qualité   | 16 jan 2009                    |
| 13. Suivi (quest, renc)  | CAP       | Dir. Qualité<br>CAP Forces   | Février 2009                   |
| 14. Suivi (quest, renc)  | SAC       | DSM DSI<br>SAC Forces  | Mars 2009                      |
| 15. Suivi (quest)  | Personnel | Dir. programme   | Mai 2009                       |
| 16. Le groupe Forces Elargi fait le suivi de l'implantation                  |           | Dir. Qualité   | Juin 2009                      |
| 17. Actualiser la nouvelle organisation du travail                           |           | Dir. programmes CAP-<br>SAC  | Continue                       |

## ANNEXE 1

### Composition du groupe Forces

| <b>Nom</b>          | <b>CADRES INTERMÉDIAIRES</b>   | <b>PROGRAMME</b>             | <b>REPRÉSENTATIVITÉ</b>               |
|---------------------|--|------------------------------|---------------------------------------|
| Labrecque, Sylvie   | Chef d'administration de programmes (physio)   | READAPTATION                 | RÉAD + chef + physio                  |
| Moscovitz, Nona     | Chef d'administration de programmes (Services en santé mentale, dépendances, déficience physique, déficience intellectuelle, Services de pointe 60+) | S MENTALE                    | SMENT+ chef + soc                     |
| Starnino, Cindy     | Chef d'administration de programmes  | PALV                         | PPALV + chef+ soc+ SUPERV             |
| <b>Nom</b>          | <b>ADJOINTS CLINIQUES</b>  | <b>PROGRAMME</b>             | <b>REPRÉSENTATIVITÉ</b>               |
| Anna Nunez          | Adjointe clinique soins infirmiers   | PALV                         | PPALV+ Adj clin inf+ CII              |
| Katéri Germain      | Adjointe clinique sociale  | EFJ                          | EIJ +Adj clin soc+ CM                 |
| Danielle Sigouin    | Adjointe clinique sociale  | S GENERAUX                   | SGÉN+ adj clin soc                    |
| Francine Cytrynbaum | Adjointe clinique sociale  | PALV                         | PPALV+adj clin soc+ Service de pointe |
| <b>Nom</b>          | <b>CADRES SUPÉRIEURS</b>   | <b>PROGRAMME</b>             | <b>REPRÉSENTATIVITÉ</b>               |
| Diane Podsiadlo     | Directrice   | PALV                         | PPALV+ dir                            |
| Arlène Ducharme     | Directrice   | S GENERAUX                   | SGÉN+ dir                             |
| Céline Dépelteau    | Directrice   | RESS HUM                     | RH+ dir                               |
| Kevin Hayes         | Directeur  | SERVICES MULTIDISCIPLINAIRES | Qualité+dir                           |

## ANNEXE 2

### Synthèse de l'évaluation préparée par l'assistant

#### **Étape de l'investigation :**

L'évaluation vérifie au niveau individuel, la faisabilité des buts et objectifs identifiés, de la validité, de la pertinence des faits. Elle oriente le groupe sur les activités requises pour atteindre les processus et les résultats.

#### **Étape de Projection**

L'évaluation consiste à déterminer si les buts sont uniques, partagés ou contrastés entre les membres du groupe. Elle permet de déterminer le poids relatif des alternatives de remue-méninges.

#### **Étape de prévision**

L'évaluation consiste à écrire la décision retenue et les stratégies d'actions pour son implantation. Les membres déterminent leur position commune et s'expriment sur la pertinence des stratégies retenues et la crédibilité des informations dans l'accomplissement des buts identifiés.

#### **Étape de décision**

L'évaluation sert à déterminer si les membres du groupe deviendront les agents des changements retenus par rapport à la culture éthique et l'intérêt de l'organisation (réallocation des ressources, abandons de certaines activités, développement de nouvelles activités, mise en œuvre de nouvelles politiques, procédures ou critères). Elle permet de prévoir aussi leur disponibilité à collaborer à la réalisation du plan d'implantation.

Tableau des points attribués au Fortement en accord lors des évaluations.<sup>4</sup>

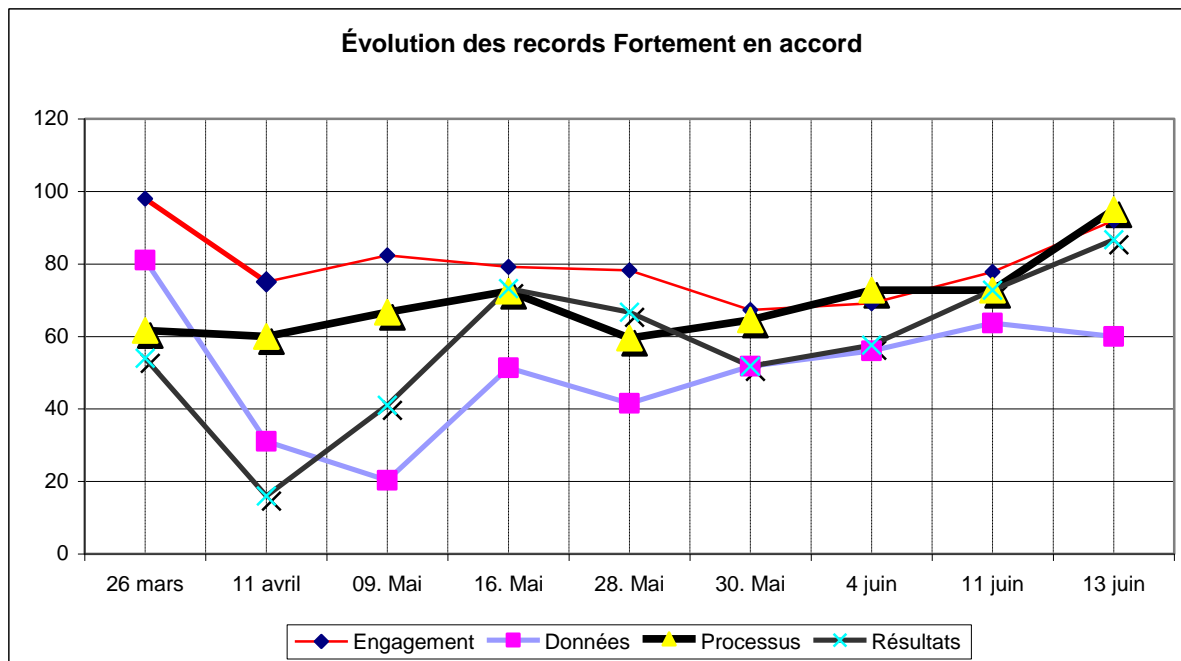
|            | 26 mars   | 11 avril | 09 Mai       | 16 Mai       | 28 Mai       | 30 Mai       | 4 juin       | 11 juin      | 13 juin      | Moyenne | Var* |
|------------|-----------|----------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------|------|
| Engagement | <b>98</b> | 75       | <b>82,35</b> | <b>79,17</b> | 78,18        | 67,31        | 69,09        | 77,78        | <b>92,00</b> | 79,88   | 23   |
| Données    | <b>81</b> | 31       | 20,31        | <b>51,28</b> | 41,51        | <b>51,72</b> | <b>56</b>    | <b>63,64</b> | <b>60,00</b> | 50,72   | 94   |
| Processus  | 61,6      | 60       | 66,67        | <b>72,52</b> | 59,52        | 64,52        | <b>72,73</b> | <b>72,73</b> | <b>95,00</b> | 69,48   | 58   |
| Résultats  | 54        | 16       | 41,03        | <b>73,17</b> | <b>66,67</b> | 51,72        | 57,58        | <b>72,73</b> | <b>86,67</b> | 57,73   | 442  |

\*Var = variation entre le 13 juin et le 11 avril en %

Tous les aspects du projet ont recueilli des pointages au dessus de la moyenne les 16 mai et 13 juin. Le 13 juin étant la date de l'étape de décision, ce pointage permet de mesurer la disponibilité des membres de l'équipe à supporter l'implantation du plan organisationnel. Le 11 avril est un point de référence, car tous les aspects du projet ont enregistré ensemble des résultats en dessous de leur moyenne. En rapportant les résultats du 11 avril à ceux du 13 juin, il ressort des variations qui traduisent un progrès significatif de 23 à 442%.

<sup>4</sup> Après le 9 mai, nous avons modifié la forme des questions 9 et 14 de la grille d'évaluation. Ces 2 questions ont été retranscrites à la forme affirmative comme les autres.

La représentation graphique suivante permet d'apprécier l'évolution chronologique de ces résultats.



### Interprétation du graphique :

Les résultats du 11 avril méritent d'être commentés. En effet, la chute des pointages est due au fait que les membres se sont rabattus au côté du *plutôt en accord*.

Il y a eu 5% de désaccord aux niveaux des données et des mesures ont été prises afin de poursuivre la validation des statistiques.

Les membres ont salué le dynamisme de l'équipe, la cohérence du processus, la qualité des échanges qui permettent d'appréhender dans une large mesure la réalité de chacun. Mais pour certains, le contenu du livrable reste encore à préciser.

Le 9 mai, l'aspect *Données* a connu une évolution dans le sens contraire des autres. Il y a eu en effet certaines réserves à propos des chiffres et des ratios d'encadrement. Certains programmes en l'occurrence les Services généraux, ont mentionné le fait que le SIC ne relève pas le vrai portrait de leur situation. Par rapport à ces difficultés de cohérence entre les chiffres des diverses sources, il a été suggéré de se focaliser plutôt sur les aspects qualitatifs et de regarder les données du point de vue de leur utilité potentielle.

Ces suggestions et celles prônées par les principes éthiques, ont aidé les membres groupe à transcender leurs réserves sur les statistiques; c'est ce que traduisent les résultats à partir du 16 mai

Les 16 et 28 mai

Les données statistiques ont été enrichies avec des précisions qualitatives. Mais l'engagement a perdu un peu du terrain, car le projet rentre dans une phase critique et des enjeux ont commencé par peser dans la balance. Les membres ont commencé par demander des détails sur le rôle des directeurs et l'impact des changements sur tous les niveaux de la hiérarchie organisationnelle. Ils suggèrent d'avoir des scénarios concrets afin d'en faire l'analyse au regard des principes éthiques. Certains souhaiteraient avoir plus de temps pour écumer chaque point jusque dans les petits détails.

La suite du processus permettra de mettre en confiance les membres par rapport au livrable, en s'appuyant surtout sur la valeur des principes de prise de décision éthique. Les apports sur la description des rôles des cadres supérieurs, des cadres intermédiaires et des spécialistes en activités cliniques, ainsi que la définition de la supervision clinique et de la supervision administrative ont aidé le groupe à aller de l'avant; ce qui se traduit au 30 mai par une approbation de 90% et plus, de tous les aspects du projet.

Néanmoins à cette étape, il y a eu des désaccords mineurs sur la confiance d'atteindre les résultats avec le processus en cours. Le membre qui l'a soulevé, trouve que le groupe hésite à appliquer les principes éthiques dans l'analyse des scénarios en projection.

Les points forts qui ont été soulignés à cette étape sont :

- les échanges et les supports des scénarios (tableaux) de la séance.
- l'étape d'identification des besoins des programmes
- les apports de précisions sur les fonctions comme celles de chef d'équipe
- l'idée de demander à chaque Direction d'exprimer ses besoins et de l'analyser au regard des principes éthiques.

Le 4 juin

Les scénarios de chaque programme ont été présentés. Mais les souhaits des membres étaient de dégager des principes communs pour guider les scénarios.

Ce souhait est en rapport avec les 2% de Plutôt en désaccord, enregistrés au niveau des Données; ce désaccord est enregistré au niveau de la question 10 (support de la valeur des données auprès des collègues).

Les 11 et 13 juin

Une forte appréciation de la façon d'animer le groupe (une animation dégagée et engagée à la fois), de son efficacité et de la qualité des apports de chaque membre. La structure recommandée reflète la transparence et amène les membres à avoir une vision plus ouverte.

Les membres du groupe sont fortement en accord avec toutes les variantes du projet. Les variantes tel que : l'engagement, le processus, les résultats ont un record supérieur à 85% en *Fortement en accord*.

Les données sont créditées de 60% de Fortement en accord. Cela ne voudra pas dire qu'il y a des désaccords sur les données. Les, *Plutôt d'accord* 20% et *Pas de réponses* 20% ont influé sur ces résultats.

Si nous considérons le cumul des Accords (fortement en accord + plutôt d'accord), nous obtenons 100% d'accord sur les engagements, le processus, les résultats et 80% pour les données. Les membres ont souligné que les principes éthiques ont été bien appliqués à cette étape. Mais il n'y a pas eu assez de temps pour préciser le plan d'implantation. La perspective de rencontre en septembre est très appréciée.

## ANNEXE 3

### Autorité hiérarchique et fonctionnelle

#### **Autorité hiérarchique (Verticale)**

- Pouvoir de faire-faire
- Reconnu par l'organisation
- Autorité du supérieur sur le subordonné
- Ligne d'autorité en provenance du conseil
- Autorité finale

#### **Autorité fonctionnelle (Horizontale)**

- Pouvoir de recommandation
- Reconnu par l'organisation
- En fonction d'un champ d'expertise spécifique
- Droit d'exiger une réponse

#### **Exigences de l'autorité fonctionnelle (horizontale) pour son détenteur**

- Développer son champ d'expertise
- Développer des outils accessibles
- Conseiller et supporter cadres et personnel
- Mettre l'expertise au service de l'organisation
- Intervenir d'autorité si nécessaire (recommandation et droit d'exiger une réponse)
- Imputabilité en fonction du champ d'expertise

#### **Gestion verticale et horizontale**

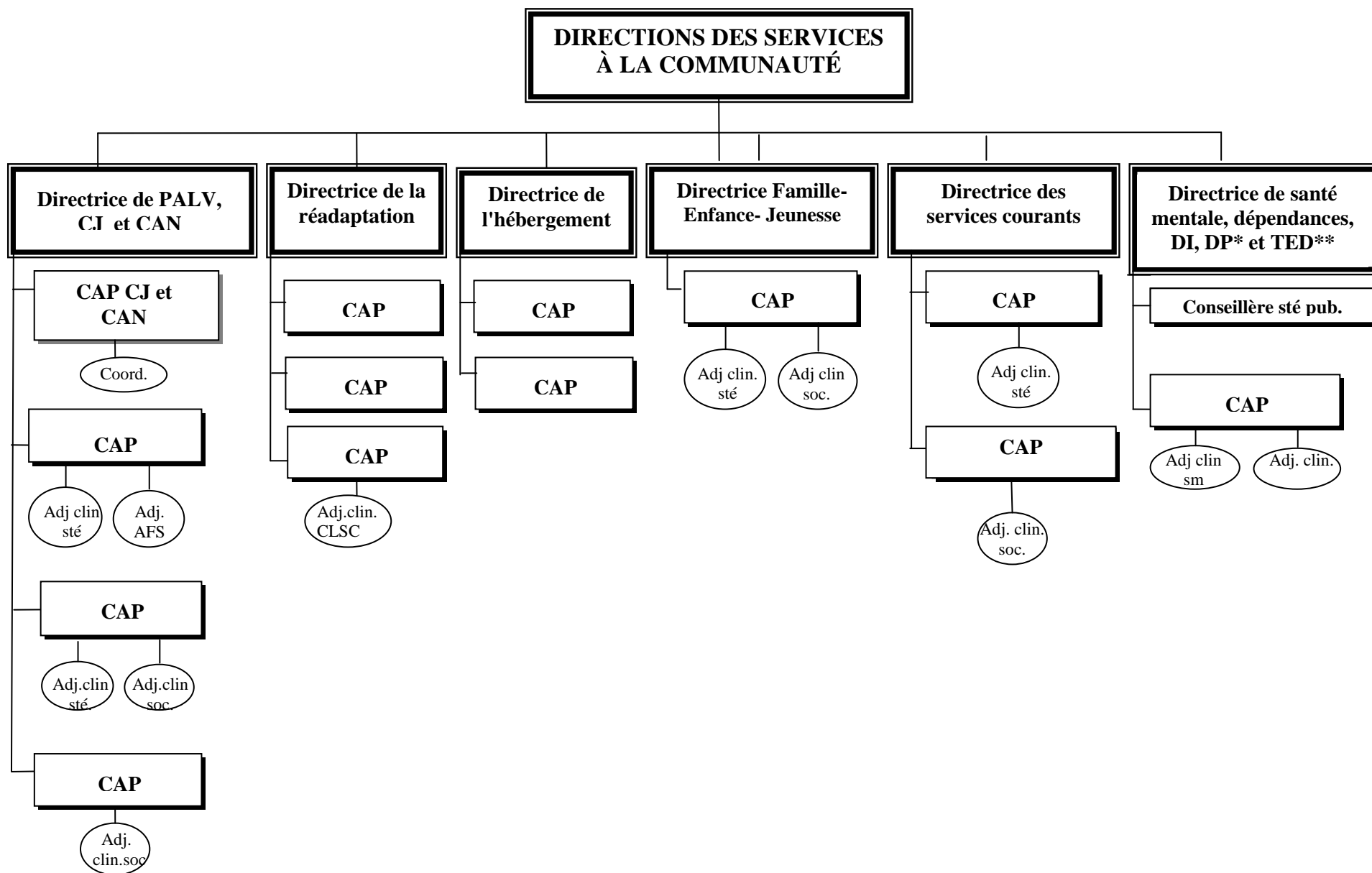
##### **Gestion verticale :**

- Du haut vers le bas (orientations, priorités, règles du jeu).
- Du bas vers le haut (feedback, évaluation, perceptions de la base).

##### **Gestion horizontale :**

- D'individu à individu, d'équipe à équipe, de cadre à cadre : on y règle tout ce qui peut s'y régler, sans remonter dans la hiérarchie.

4.1 Structure organisationnelle



## 4.2 Répartition des effectifs

Tableau 1 : Effectifs globaux en ETC<sup>5</sup> et ratios d'encadrement des programmes (personnel et agences privées)

| DIR.               | CAP. (i) | Sp.Act. Clini. (ii) | Intervenant <sup>6</sup> (iii) | Agences (iv) | Total personnel (v) | Ratio enc.clin <sup>7</sup> . (vi) | Ratio enc. Adminis. <sup>8</sup> (vii) | Ratio gal <sup>9</sup> . (viii) | Ratio enc.clin <sup>10</sup> . (v) | Ratio enc. Adminis. (vii) <sup>11</sup> | Ratio gal. <sup>12</sup> (viii) |
|--------------------|----------|---------------------|--------------------------------|--------------|---------------------|------------------------------------|--|---------------------------------|------------------------------------|---|---------------------------------|
| <b>PALV (1)</b>    | 4,4      | 6,5                 | 129,2                          | 49           | 178,2               | 27,42                              | 40,5                                   | 16,35                           | 19,88                              | 29,36                                   | 11,85                           |
| <b>READ. (1)</b>   | 3,57     |                     | 71.49- 15.3                    |              | 71.49               |                                    |  | 15,64                           |                                    | 20,03                                   | 15,64                           |
|                    |          | 1                   | 15.3                           |              |                     |                                    |  |                                 | 15.3                               |   |                                 |
| <b>HEB. (1)</b>    | 3,72     |                     | 89,3                           |              | 89,3                |                                    |  | 24,01                           |                                    | 24,01                                   | 24,01                           |
| <b>FEJ (1)</b>     | 1        | 1,8                 | 41,11                          |              | 41,11               | 22,84                              | 41,11                                  | 14,68                           | 22,84                              | 41,11                                   | 14,68                           |
| <b>S M (0.6)</b>   | 1        | 2                   | 21                             |              | 21                  | 10,50                              | 21,00                                  | 7,00                            | 10,50                              | 21,00                                   | 7,00                            |
| <b>S. Pu (.4)</b>  |          |                     | 6,2                            |              | 6,2                 |                                    |  |                                 |                                    |   |                                 |
| <b>S.GEN. (1)</b>  | 1        | 2,6                 | 26,41                          | 12,5         | 38,91               | 14,97                              | 38,91                                  | 10,81                           | 10,16                              | 26,41                                   | 7,34                            |
| <b>TOTAL(6)</b>    | 14,69    | 13,9                | 400,01                         | 61,5         | 461,51              |                                    |  |                                 |                                    |   |                                 |
| <b>Ratio moyen</b> |          |                     |                                |              |                     | 18.93                              | 35.38                                  | 14.75                           | <b>15.74</b>                       | <b>26.99</b>                            | 19.03                           |

Une analyse sommaire des données sur les effectifs nous indique que les ratios d'encadrement clinique (sans les agences) varient d'un ratio moyen de **1 SAC pour 15.74** intervenants en ETC et **1 CAP pour 26.99** intervenants en ETC. On reconnaît que les CAP, supportés par le personnel en support ( tableau 2), gèrent surtout les services des agences et les ressources financières qui y sont rattachées et plutôt que leur personnel. Cependant, les SAC doivent s'impliquer auprès du personnel des agences pour s'assurer de la qualité des services.

<sup>5</sup> Tiré de : « Analyse évaluation des classes de poste du personnel d'encadrement » Nov 2007 et de données fournies par les membres de FORCES

<sup>6</sup> Inclut les autres personnels en support (tableau 2 plus bas)

<sup>7</sup> Ratio Enc Clin = Intervenants + Agences/ SAC

<sup>8</sup> Ratio Enc Adm = Intervenants + Agences/ CAP

<sup>9</sup> Ratio Gén = (Intervenants+Agences)/ CAP+SAC

<sup>10</sup> Ratio Enc Clin = Intervenants/SAC

<sup>11</sup> Ratio Enc Adm= Intervenants/ CAP

<sup>12</sup> Ratio Gén = Intervenants/ SAC+CAP

Tableau 2 : Autre personnel en support administratif ou clinique

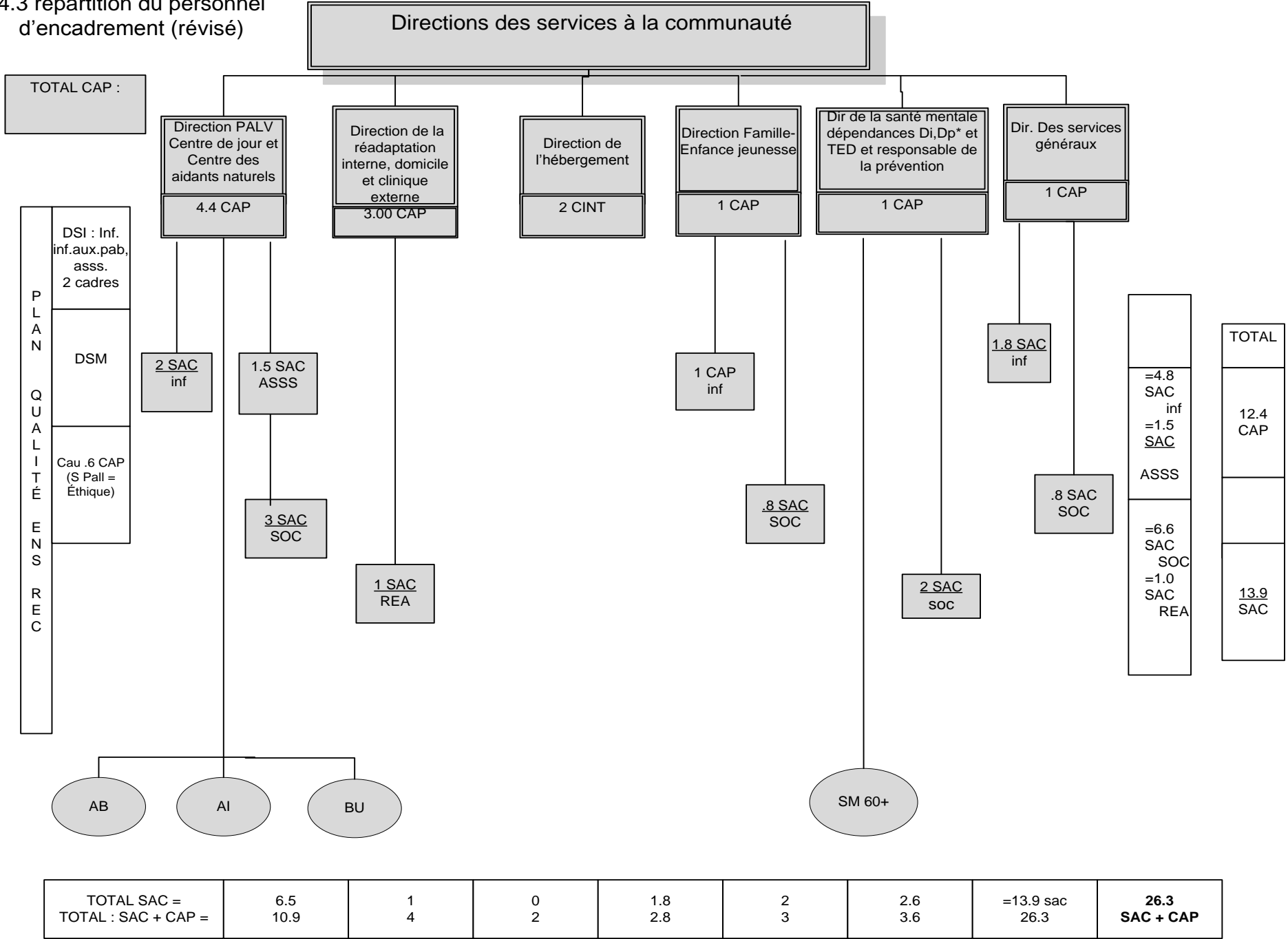
| <b>DIR.</b>      | <b>Interv. Adminis.</b> | <b>Rec. Assig.</b> | <b>ASI</b> | <b>Chef équipe</b> | <b>Total</b> |
|------------------|-------------------------|--------------------|------------|--------------------|--------------|
| <b>PALV (1)</b>  |                         | 3,5                |            |                    | 3,5          |
| <b>READ (1)</b>  |                         | 1                  | 1          |                    | 2            |
| <b>HEB (1)</b>   |                         |                    | 2          |                    | 2            |
| <b>FEJ (1)</b>   | 0                       | 1,7                |            |                    | 1,7          |
| <b>SM (.6)</b>   | 0,5                     | 1,4                |            |                    | 1,9          |
| <b>SPUB (.4)</b> | 0,4                     |                    |            |                    | 0,4          |
| <b>SGEN</b>      | 0                       |                    |            | 1                  | 1            |
| <b>TOTAL</b>     | 0,9                     | 7,6                | 3          | 1                  | 11,5         |

Si on fait l'hypothèse que le personnel de santé mentale est transféré, (17,9 ETC en SM et 5,4 ETC en FEJ sont prévus), les ratios d'encadrement passent : **1 SAC pour 25.84** ETC en FEJ et à **1 SAC pour 19.45** ETC en SM, et **1 CAP pour 46.57** en FEJ et **1 pour 38.90** en SM, ce qui est élevé par rapport aux moyennes respectives de 15.74 et 26.99.

Tableau 3 : Effectifs prévus en ETC après le transfert du personnel en santé mentale

| <b>DIR.</b>      | <b>CAP. (i)</b> | <b>Sp.Act. Clini. (ii)</b> | <b>Intervenant (iii)</b> | <b>Ratio enc.clin. (iv)</b> | <b>Ratio enc. Adminis. (v)</b> | <b>Ratio gal. (vi)</b> |
|------------------|-----------------|----------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------------|------------------------|
| <b>FEJ (1)</b>   | 1               | 1,8                        | 46,51                    | <b>25,84</b>                | 46,51                          | 16,61                  |
| <b>S M (0.6)</b> | 1               | 2                          | 38,9                     | <b>19,45</b>                | 38,90                          | 12,97                  |

### 4.3 répartition du personnel d'encadrement (révisé)





## 4.4 Répartition des charges de cas 2007-2008

### GESTION DE LA CHARGE DE CAS 2007-2008

| CHARGE DE CAS CSSS Cavendish | FEJ<br>(10000) | SG<br>(12000) | PALV (14<br>000) | DI TED<br>DP<br>(15600) | SM<br>(15700) | CAN<br>(16 000) | ABUS<br>(17000) | RÉAD.<br>(18 000) | TOTAL |      |       |
|------------------------------|----------------|---------------|------------------|-------------------------|---------------|-----------------|-----------------|-------------------|-------|------|-------|
|                              |                |               |                  |                         |               |                 |                 |                   | NDG   | RC   |       |
| Nb. Dossiers (usagers diff.) | 2770           | 1826          | 4311             | 291                     | 568           | 317             | 136             | 2230              | 5227  | 4425 | 9652  |
| TOUTES                       | 3557           | 2170          | 11615            | 419                     | 1009          | 507             | 261             | 4519              | 15649 | 8411 | 24060 |
| FERMÉES                      | 1587           | 798           | 8278             | 170                     | 580           | 377             | 164             | 3357              | 10759 | 4555 | 15314 |
| OUVERTES                     | 1970           | 1372          | 3337             | 249                     | 429           | 130             | 97              | 1162              | 4890  | 3856 | 8746  |
| ACTIFS                       | 1720           | 1322          | 3075             | 229                     | 380           | 117             | 91              | 1108              | 4441  | 3601 | 8042  |
| INACTIFS                     | 250            | 50            | 262              | 20                      | 49            | 13              | 6               | 54                | 449   | 255  | 704   |
| RENCONTRÉES                  | 1567           | 893           | 2772             | 182                     | 323           | 91              | 87              | 823               | 3847  | 2890 | 6737  |
| NON RENCONTRÉES              | 403            | 479           | 565              | 67                      | 106           | 39              | 10              | 339               | 1043  | 966  | 2009  |
| PIVOT                        | 1268           | 60            | 1668             | 186                     | 125           | 2               | 24              | 84                | 1606  | 1810 | 3416  |
| NON ASSIGNÉS                 | 88             | 1129          | 310              | 20                      | 26            | 19              | 2               | 85                | 874   | 805  | 1679  |

- TOUTES : Dossiers fermés durant l'année+ dossiers ouverts durant l'année  
 ACTIF : Assignation à l'intervenant sans aucune date de 1<sup>er</sup> intervention + intervention de moins de 3 mois.  
 INACTIF : Assignation à l'intervenant sans date de fin + date de la 1<sup>ere</sup> intervention excède + de 3 mois  
 RENCONTRÉES : Assignation à l'intervenant sans date de fin + une date de 1<sup>ier</sup> intervention  
 NON RENCONTRÉES : Assignation à l'intervenant sans date de fin + sans date de 1<sup>ier</sup> intervention  
 NON ASSIGNÉS : Sans date de début et une date de fin le 2008-03-31  
 N.B. Cette information ne tient pas compte du nombre de demandes de services.

#### 4.5 Répartition des ressources financières 2007-2008

| CSSS CAVENDISH   |                     |                |                  |
|--|---------------------|----------------|------------------|
| BUDGET-DÉPENSES DE L'ÉTABLISSEMENT                           |                     |                |                  |
| 2007-2008  |                     |                |                  |
|  | Dépenses salariales | Autres charges | Dépenses totales |
|  | Budget courant      | Budget courant | Budget courant   |
| 02 Centre d'hébergement Henri-Bradet                         | 5 896 159           | 769 200        | 6 665 359        |
| 03 PALV, Centre de jour et Centre des aidants naturels       | 10 773 103          | 860 369        | 11 633 472       |
| 04 Services généraux   | 2 677 118           | 178 294        | 2 855 412        |
| 05 Famille-Enfance-Jeunesse                                  | 3 283 124           | 274 233        | 3 557 357        |
| 06 Santé mentale, dépend., défic. Physique et intellectuelle | 2 435 466           | 601 753        | 3 037 219        |
| 08 Programme de réadaptation                                 | 6 139 674           | 311 195        | 6 450 869        |

Source : Document fourni par la direction des ressources financières (budget récurrent)

## Annexe 5

### Services de pointe et CAU Description de fonctions 3 jours

#### **Cadre-conseil auprès des Directions, SACS et personnel du CSSS Cavendish**

1. Responsabilités en lien au soutien des programmes de SDP qui sont présentement en place, en plus de l'élaboration de nouveaux programmes de SDP pour l'ensemble du CSSS.
  - S'assurer que les quatre aspects des SDP (services, recherche, transfert des connaissances, partenariat et leadership) soient maintenus, continuent à se développer et soient analysés avec des indicateurs;
  - Donner un soutien aux programmes des SDP lorsque de nouvelles opportunités se présentent en identifiant, avec le programme, les impacts, les bénéficiaires, les résultats et les recommandations;
  - De travailler avec le coordonnateur du CREGÉS de manière à explorer les différents moyens pour pouvoir intégrer les connaissances et les outils qui ont été développés et acquis au niveau des SDP et lorsque cela est possible, de le partager avec les autres départements;
  - De mettre en place un ou plusieurs modèles de SDP qui prend(nent) en considération l'ensemble des services de première ligne du CSSS Cavendish;
  - De superviser – en tant qu'autorité fonctionnelle – et d'offrir un soutien aux activités des SDP en collaboration avec la personne responsable de la coordination des activités des SDP;
  - De soutenir les SACS au niveau du transfert des connaissances et de l'expérience clinique en faisant des recommandations de manière à clarifier les cas qui doivent être maintenus ou qui doivent être l'objet d'un transfert à une équipe d'experts;
  - D'entrer en communication avec les CAPS au niveau de tous les développements et des objectifs de chaque SDP;
  - De travailler avec le CREGÉS pour pouvoir organiser des séminaires et des rencontres des SDP aux praticiens de l'ensemble du CSSS;
  - De travailler directement avec le CREGÉS au niveau des : formations, du marketing, etc.;
  - De coordonner les soumissions pour les demandes de subventions et les présentations lors de conférences en mettant en place des critères en ce qui a trait à laquelle des équipes est la mieux placée pour faire la demande, de manière à pouvoir augmenter les chances de réussite efficacement.
  
2. Responsabilités en lien avec le soutien au développement de l'enseignement
  - De soutenir les activités d'enseignement en particulier en mobilisant et en offrant aux superviseurs de stages les outils appropriés, avec la collaboration des SACS;
  - De mettre en place des contrats et des ententes avec les institutions d'enseignement en collaboration avec Kevin Hayes et avec le directeur scientifique (i.e. influence des contenus de cours, établissement de liens avec des professeurs, mise en place de collaborations avec les enseignants);
  - D'implanter des approches nouvelles de marketing avec Kevin Hayes pour intéresser les étudiants à participer aux programmes de stages;
  - De travailler en collaboration avec le CREGÉS pour mettre en place un centre d'enseignement pour les étudiants et les professionnels;
  - De participer à l'élaboration de programmes d'enseignement.