

Le projet clinique : un défi de formalisation

Paule Laramée
Travailleuse sociale
Conseillère cadre aux projets cliniques
Centre de santé et de services sociaux Jardins-Roussillon
paule.laramee@rrsss16.gouv.qc.ca

Résumé de la communication

Le thème central de la communication consiste à présenter la réalisation d'une démarche concrète d'élaboration d'un « projet clinique » menée par un Centre de santé et de services sociaux (CSSS) au Québec en collaboration avec des partenaires du territoire desservi. Cette démarche illustre l'accomplissement d'une métamorphose importante dans l'approche organisationnelle des services de santé et des services sociaux afin de mieux desservir la population du territoire.

Cette mutation s'articule principalement autour de deux nouveaux paradigmes : la responsabilité populationnelle et la hiérarchisation des services. Ce défi impose d'emprunter de nouvelles avenues, d'explorer de nouvelles possibilités en s'inspirant de nouvelles valeurs en vue d'améliorer la santé et le bien-être de la population.

Cette approche ne se limite pas à l'univers des services de santé et de services sociaux, mais dans une perspective de santé publique, elle engage également le développement social et vise à établir des partenariats notamment avec le milieu communautaire, de l'éducation, du travail, de l'environnement et des municipalités. Ce passage exige l'adhésion de tous à une responsabilité commune à l'égard de la population dans l'optique d'un travail en réseau.

Notre expérience comme architecte de ce projet nous permettra de partager nos constats sur la nécessité de développer et de partager une vision élargie des besoins de la population permettant aux différents acteurs concernés de mieux répondre aux besoins sociosanitaires de cette population, donc de favoriser une approche misant sur la complémentarité des rôles et des fonctions plutôt que sur une vision sectaire souvent caractéristique de l'approche par services.

1. Introduction

Afin de favoriser la transformation dans le réseau de la santé et des services sociaux amorcée au Québec en 2004, l'élaboration du projet clinique est apparue comme le moyen privilégié permettant de sortir du travail en silo et de faire des choix en fonction véritablement des besoins de la population. Après une brève présentation du contexte de la transformation dans le réseau, nous décrivons la démarche concrète d'élaboration du projet clinique vécue dans un CSSS. Nous ferons ressortir particulièrement :

- les concepts-clés tels la responsabilité populationnelle, l'approche populationnelle, la hiérarchisation des services et l'intégration des services ;
- les objectifs poursuivis par le projet clinique ;
- la démarche proposée et réalisée dans notre territoire pour élaborer le projet clinique ;
- les défis et les enjeux d'un tel projet ;
- les impacts de cette démarche.

2. Le contexte

Le système de santé et de services sociaux québécois a connu depuis les années soixante-dix, plusieurs restructurations ou réformes, parfois majeures, de son organisation. De façon particulière, l'entrée en vigueur en 2003 et 2005 de nouveaux cadres législatifs au Québec vient bousculer la gouvernance et la régulation du système. Ce changement cible principalement l'amélioration de la cohérence et de l'efficacité ainsi que la prise en charge des problèmes sociosanitaires de la population au niveau local. On vise à rapprocher les services de la population et ainsi faciliter le cheminement de toute personne dans le réseau.

Une des caractéristiques de notre système sociosanitaire tient au fait qu'il repose sur trois paliers de régulation : le central ou national, le régional et le local. Cette réforme vient instaurer sur une base locale une organisation de services intégrés appelée réseau local de services de santé et de services sociaux (RLS) et lie formellement l'ensemble des partenaires d'un territoire dans la réponse aux besoins d'une population et les centres de santé et de services sociaux (CSSS). Ces derniers résultent de la fusion d'établissements publics à vocation communautaire (CLSC), d'hébergement et dans plusieurs cas, hospitalière. Ainsi, en 2004, 95 RLS ont été créés au Québec et au cœur de chaque réseau, un CSSS à qui la nouvelle législation confie le leadership dans l'actualisation des nouveaux

principes mis de l'avant. On fait ainsi progresser la décentralisation du système de santé au profit du palier local, officialisé clairement pour la première fois.

3. Les principes directeurs au cœur de la transformation

3.1 La responsabilité populationnelle

La responsabilité populationnelle signifie que les intervenants qui offrent des services à la population d'un territoire local sont amenés à partager collectivement une responsabilité envers cette population, 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 population et des communautés qui la compose¹.

Un réseau d'acteurs collectivement responsable d'agir dans le but de maintenir et d'améliorer la santé et le bien-être de la population du territoire.

3.2 La hiérarchisation des services

Le principe de hiérarchisation implique d'améliorer la complémentarité pour faciliter le cheminement des personnes entre les niveaux de services, suivant des mécanismes de référence entre les intervenants. Ces mécanismes touchent non seulement les références entre la première et la deuxième ligne mais également les références entre la deuxième ligne et les services surspécialisés de troisième ligne.

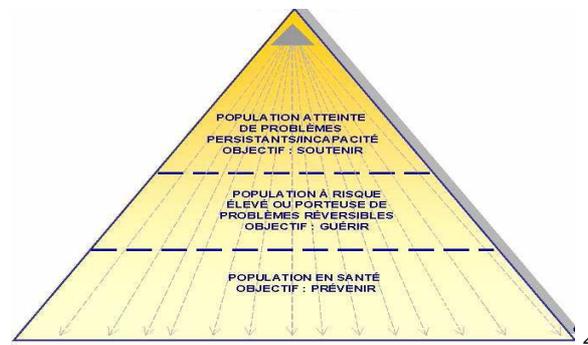
Une meilleure accessibilité sera assurée par les ententes et corridors de services établis entre les dispensateurs. Cela implique la mise en place de mécanismes bidirectionnels assurant la référence mais aussi la planification du retour de la personne dans son milieu de vie².

La hiérarchisation des services doit être accompagnée de mécanismes de coordination qui permettent un passage aisé d'un échelon à l'autre. Voilà pourquoi il faut organiser des « réseaux intégrés de services », en mettant à contribution les organismes communautaires et les entreprises d'économie sociale pour les clientèles de longue durée (santé mentale, personnes âgées, etc.) et des corridors de services pour les clientèles de courte durée. Toutes ces filières sont essentielles pour offrir des services sans rupture³.

3.3 L'approche populationnelle

L'approche populationnelle considère l'ensemble des besoins de la population aux fins de la planification stratégique de l'offre de service du territoire. Elle intègre les éléments reliés à la prévention, la guérison et le soutien. Cette approche exige des changements importants de paradigmes. Elle repose en effet sur un changement de culture majeur en voulant réaliser le passage d'une culture de services à une culture visant l'amélioration de la santé et le

bien-être de la population du territoire. Il y a donc nécessité d'emprunter de nouvelles avenues, d'explorer de nouvelles possibilités en s'inspirant de nouvelles valeurs en vue d'améliorer la santé et le bien-être de la population.



3.4 L'intégration des services

C'est par la mise en place de véritables réseaux de services intégrés en fonction des contextes locaux que des solutions satisfaisantes aux problèmes du système sont attendues. Cette recherche de nouvelles avenues en vue de répondre aux problèmes croissants de santé de la population s'inscrit d'ailleurs dans le mouvement international de montée du libéralisme.

C'est par l'intégration des services qu'il sera possible d'atteindre les objectifs suivants pour l'organisation et la gestion du système de santé et de services sociaux :

- offrir aux citoyens des services plus accessibles, mieux coordonnés, plus personnalisés et sans rupture ;
- assurer une meilleure prise en charge des personnes ;
- agir pour améliorer la santé et le bien-être de la population ;
- rapprocher la prise de décision de ceux qui offrent les services ou qui les utilisent ;
- consolider le partenariat avec les nombreux acteurs concernés par les services de première, de deuxième et de troisième ligne ;
- donner aux gestionnaires des moyens qui encouragent l'esprit d'initiative et favorisent le dynamisme ;
- mobiliser les cliniciens et favoriser leur participation à l'organisation et à la gestion des services ;

- encourager l'engagement et la responsabilité de chacun ⁵.

L'intégration des services doit s'effectuer à plusieurs niveaux et de ce fait, elle constitue une mosaïque complexe d'actions et de stratégies à concevoir et à gérer. Il s'agit de :

- mobiliser l'ensemble des acteurs autour de valeurs et de croyances communes, sur la base d'une vision partagée, pour favoriser l'adaptation des pratiques aux réalités locales. Il importe de développer une compréhension commune des besoins de la population (processus continu) et des stratégies gagnantes d'intégration à mettre en place qui font l'objet d'une adhésion élargie (*intégration normative*) ;
- mettre en place un ensemble de pratiques variées d'interventions et de procédures permettant la coordination et la continuité des soins et des activités (*intégration clinique*) ;
- mettre en place des mécanismes de gouvernance et de gestion aux niveaux stratégique et tactique qui vont soutenir les stratégies d'intégration clinique. Établir des modalités de collaboration et d'ententes de services avec les partenaires basées sur l'engagement mutuel et une vision partagée (*intégration organisationnelle - administrative ou fonctionnelle*) ;
- mettre en place des modalités communes de collecte et de traitement de l'information permettant de connaître les besoins de notre population (pour des fins cliniques et de gestion). Mettre en place un système d'information facilitant l'échange d'information clinique, en temps opportun et selon les règles de confidentialité, entre les partenaires afin de soutenir l'intégration clinique (accessibilité, continuité, coordination) (*intégration informationnelle*) ;
- établir des choix de financement des services et d'allocation des budgets qui tiennent compte des enjeux des autres niveaux d'intégration, tout en considérant les ressources disponibles et les modes d'allocation budgétaire existants (*intégration financière*).

4. L'outil de la transformation : le projet clinique

Le projet clinique consiste principalement en une démarche collective qui vise à répondre aux besoins de santé et de bien-être de la population du territoire à partir de divers modes de prestation de services adaptés aux réalités locales et articulés entre eux.

À cette fin, les CSSS avec les partenaires de leur réseau local de services doivent définir leur projet clinique en identifiant, pour le territoire du réseau local de services de santé et de services sociaux, les éléments suivants :

- les besoins sociosanitaires et les particularités de la population en fonction d'une connaissance de l'état de santé et de bien-être de celle-ci ;
- les objectifs poursuivis concernant l'amélioration de la santé et du bien-être de la population ;
- l'offre de service requise pour satisfaire aux besoins et aux particularités de la population ;
- les modes d'organisation et les contributions attendues des différents partenaires de ce réseau.

Pour ce faire, les CSSS doivent, pour le territoire de leur réseau local, mobiliser les établissements offrant des services spécialisés et surspécialisés, les divers groupes de professionnels, les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale, les ressources privées et les intervenants des autres secteurs d'activité ayant un impact sur les services de santé et les services sociaux et s'assurer de leur participation.

Ainsi les CSSS ont une double responsabilité : élaborer un projet clinique pour son territoire et favoriser la collaboration de tous ses partenaires pour son élaboration et sa mise en œuvre. Le projet clinique doit donc devenir l'instrument de ralliement des équipes et des partenaires.

4.1 Le projet clinique au CSSS Jardins-Roussillon

Le CSSS Jardins-Roussillon est né en 2004 de la fusion de trois CLSC, un centre d'hébergement de soins de longue durée et d'un hôpital. Le CSSS Jardins-Roussillon dessert une population d'environ 189 000 personnes (2007) réparties sur un territoire de 1 346 km², ce qui en fait le troisième territoire le plus grand de la Montérégie. 78 % de la population vivent en milieu urbain et 22 % en milieu rural. La population desservie inclut la population autochtone de Kahnawake qui se chiffre à environ 8 000 habitants.

Lors de sa création, le CSSS a signifié formellement dans son outil de référence « *Mission, vision, valeurs* » qu'on entendait endosser pro-activement les responsabilités qui lui étaient conférées et être à l'avant-garde dans les domaines de sa compétence.

À cette fin, dans la mise en place du réseau local de services, il entend exercer un leadership axé sur le respect de ses partenaires et établir une véritable collaboration avec les acteurs impliqués.

Un autre document du CSSS Jardins-Roussillon « *Des enjeux à partager pour le mieux-être de la population* » vient pour sa part préciser les enjeux sur lesquels il faut miser dans la réponse aux besoins de la population du territoire du réseau local de services Jardins-Roussillon. En privilégiant l'existence de liens continus avec la population, on entend tenir compte de l'expression de son niveau de satisfaction et de ses attentes.

L'élaboration du projet clinique venait donc s'inscrire dans ces orientations et statuait clairement que le processus serait aussi important que les résultats.

4.2 Les bénéfices recherchés par le projet clinique

À la fin des travaux d'élaboration, le projet clinique du CSSS Jardins-Roussillon devait correspondre aux caractéristiques suivantes :

- être adapté aux besoins de la population ;
- intégrer l'approche populationnelle ;
- répondre aux lacunes du fonctionnement actuel ;
- s'appuyer sur des données probantes ;
- permettre une souplesse et de la flexibilité ;
- répondre à des standards et des normes de qualité ;
- assurer la continuité dans l'offre de service intra et inter programmes clientèles ;
- miser sur les services de la communauté ;
- être innovateur.

5. L'approche retenue d'élaboration du projet clinique : une démarche de gestion de projet

Il faut distinguer la démarche liée à l'élaboration du projet clinique et les processus liés à la gestion du projet. Ces derniers font référence aux processus liés au démarrage du projet, à la planification du projet, à son exécution, à sa surveillance et à son monitoring ainsi qu'à sa clôture. Comme conseillère cadre aux projets cliniques, j'ai exercé la fonction de chargée de projet.

5.1 La planification du projet

Le succès d'une démarche aussi imposante et complexe nécessite l'adoption d'une approche et d'une méthodologie de réalisation structurante et rigoureuse.

Au départ, l'élaboration d'un manuel d'organisation de projet a permis de bien orienter le projet en vertu d'une planification rigoureuse. Ce manuel vient en effet structurer la réalisation du projet et favoriser une vision commune en décrivant, entre autres, les étapes, la structure de fonctionnement et l'échéancier.

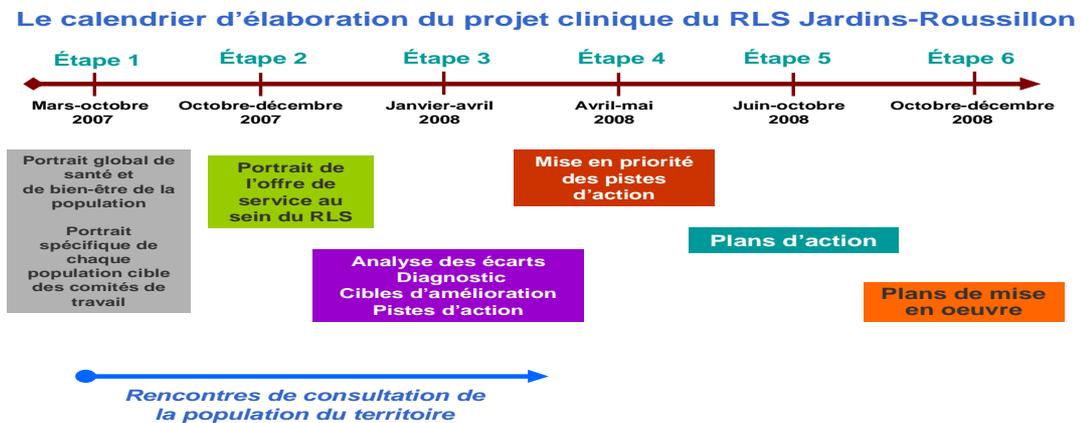
5.1.1 Les étapes de réalisation du projet

La prévision de la réalisation de l'élaboration du projet clinique s'est effectuée en six étapes :

1. définir le portrait de santé et de bien-être de la population ;
2. effectuer le portrait de l'offre de service actuelle du RLS ;
3. procéder à l'analyse des écarts entre les besoins et l'offre de service ;
4. établir un ordre de mise en priorité des pistes d'action ;
5. élaborer un plan d'action pour chacune des pistes retenues ;
6. se doter de plans de mise en œuvre.

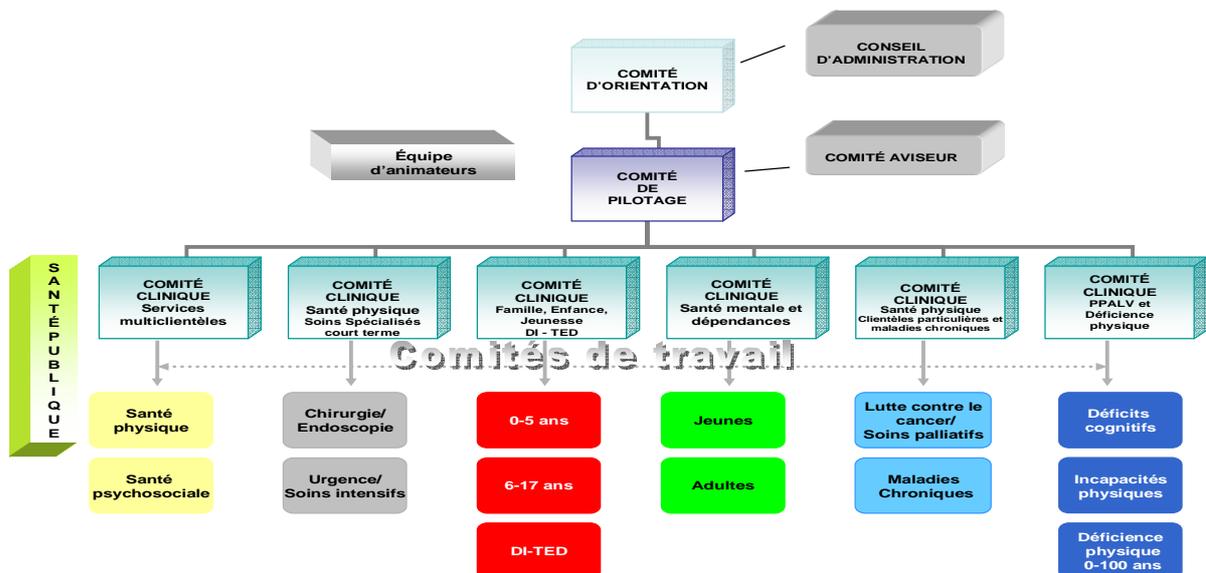
5.1.2 Le calendrier de réalisation du projet

L'établissement avait établi un échéancier de deux ans pour la réalisation du projet. Il importait d'établir un calendrier réaliste afin de réaliser les six étapes planifiées.



5.2 La structure de fonctionnement du projet

Dans la planification du projet, nous avons prévu et défini un niveau stratégique, un niveau tactique et un niveau opérationnel. Les rôles et responsabilités de chaque comité et ceux des acteurs-clés ont été définis. Les comités cliniques et de travail sont constitués autour de populations cibles.



5.2.1 Le rationnel que sous-tend la structure de fonctionnement du projet s'appuie sur les principes suivants :

- statuer clairement sur l'appui du conseil d'administration et la direction générale du CSSS au projet ;
- signifier l'importance du projet en désignant la directrice générale adjointe du CSSS comme porteur du projet clinique et en assignant une personne dédiée à sa coordination et sa réalisation (la chargée de projet) ;
- favoriser la participation d'un plus grand nombre d'acteurs possible afin de tenir compte des différents niveaux de préoccupations. Ainsi, plusieurs comités ont été mis en place composés du personnel du CSSS et de membres désignés des organisations partenaires ;
- démocratiser les processus liés à l'élaboration du projet clinique. À cet égard, les travaux sont réalisés par les comités de travail (niveau opérationnel composé d'intervenants « terrain » et d'usagers) et rapportés aux comités cliniques (composés de gestionnaires du CSSS et des organismes partenaires). Ces derniers voient à bonifier les travaux, s'il y a lieu, et à les recommander au comité de pilotage. Le bilan des travaux est déposé au comité d'orientation du projet composé de représentants du RLS ;
- favoriser l'appropriation de ces processus par le niveau opérationnel afin de susciter l'adhésion au projet clinique ;
- favoriser l'expression des points de vue les plus diversifiés. L'animation des comités de travail est assumée par des intervenants et les comités cliniques par un cadre de niveau intermédiaire et non pas par les cadres supérieurs de l'organisation ;
- proposer une structure d'animation commune aux divers comités. Une équipe d'animateurs a été mise sur pied composée d'intervenants (comités de travail) et de gestionnaires (comités cliniques). Ces personnes proviennent toutes du CSSS et ont été désignés par chacune des directions cliniques par différents processus de nomination. Cette équipe est encadrée par la chargée de projet. Tous les comités suivent le même modèle et utilisent les mêmes outils tout en permettant une souplesse dans l'animation ;
- développer des agents multiplicateurs (les animateurs) qui auront une vision transversale des différents continuums ;
- permettre la mise en place simultanément de plusieurs comités (avec une équipe d'animateurs) permettant de réduire les délais liés à l'élaboration du projet clinique.

6. La réalisation du projet

Nous décrivons ici le déroulement des six étapes de la démarche d'élaboration du projet clinique.

Étape 1 : Le portrait de santé et bien-être de la population

Trois dimensions ont été considérées pour effectuer ce portrait : les données sociosanitaires fournies par la santé publique, l'expérience et l'expertise des acteurs participant au projet clinique, la population dans le cadre de modalités de consultation.

Étape 2 : Le portrait de l'offre de service actuel du RLS

Un inventaire des programmes, activités et services offerts au sein du RLS (CSSS et des partenaires) a été réalisé sous les rubriques prévenir, guérir et soutenir. Cet exercice a permis aux membres des comités de mieux connaître ce qui se fait dans le territoire ainsi que les liens de collaboration existants.

Étape 3 : L'analyse des écarts

Cette étape a permis de faire ressortir les écarts entre les besoins de la population identifiés (étape 1) et l'offre de service (étape 2). Cet exercice a permis d'identifier des cibles visant l'amélioration de la santé et du bien-être de la population.

Étape 4 : La mise en priorité

Compte tenu du nombre de cibles d'amélioration mises de l'avant par les membres, il était nécessaire d'établir des priorités. Des critères ont été convenus pour établir ces priorités avec la méthode du groupe nominal. Cinq pistes d'action ont ainsi été retenues par chacun des comités de travail. Par la suite, chaque comité clinique a choisi trois pistes parmi les cinq pistes des comités de travail. Le processus de mise en priorité a été très mobilisateur et les pistes retenues ont résulté en un ralliement inconditionnel de tous les membres.

Étape 5 : Les plans d'action

Pour chacune des pistes retenues en priorité, les membres des comités de travail ont élaboré un plan d'action définissant la population cible, le but et les objectifs poursuivis, les moyens pour les atteindre, les indicateurs de réussite ainsi que les partenaires

concernés. Ces plans ont été soumis aux comités cliniques qui les ont bonifiés et entérinés.

Étape 6 : Les plans de mise en œuvre

Ce plan vient préciser comment on entend réaliser les moyens identifiés dans chacun des plans d'action en faire le suivi et l'évaluation

7. Les défis et les enjeux

Ces travaux se sont effectués dans un contexte qui constituait en soi un double défi. Le CSSS était en plein changement. Il importait de développer chez le personnel un sentiment d'appartenance à la nouvelle entité. De plus, la mise en place d'une nouvelle structure organisationnelle par programmes clientèles venait modifier la composition des équipes et impliquait la nomination de nouveaux cadres. Enfin, autant le personnel que les cadres n'ont pu bénéficier d'une libération de tâches pour participer aux travaux du projet clinique.

Par ailleurs, les liens de collaboration avec les établissements et les organismes du territoire se redéfinissaient en fonction d'une nouvelle entité. Certains organismes dont du secteur communautaire exprimaient certaines réserves quant à leur participation au projet clinique : la crainte que tout soit décidé à l'avance, la crainte de ne pas être considérés, la crainte de devenir les exécutants de mandats déterminés par le CSSS, la crainte de perdre leur autonomie.

Ce fut un défi majeur de mobiliser les membres des comités autour de l'approche populationnelle, c'est-à-dire d'être axés sur les besoins de l'ensemble de la population plutôt que seulement sur les besoins de services. Tout au long de la démarche, il a fallu être vigilant à cet égard et réaffirmer ce changement de paradigme.

L'étendue du territoire et les disparités ont été un autre enjeu. Il fallait tenir compte des réalités propres aux divers milieux.

Le projet s'est échelonné tel que prévu sur une période de deux ans environ. Près de 400 personnes de différentes organisations ont été mobilisées pour l'élaboration du projet. La mobilisation des membres à toutes les étapes était un défi compte tenu des horaires

chargés, des sujets traités, du roulement du personnel. Malgré ces inconvénients, le taux moyen de participation a été assez élevé.

8. Les impacts de la démarche d'élaboration du projet clinique

La démarche d'élaboration du projet clinique a permis aux intervenants et aux gestionnaires du CSSS participant aux différents comités de se connaître, d'amorcer un sentiment d'appartenance à la nouvelle organisation et surtout de reconnaître des avantages de cette transformation.

Cette démarche a également favorisé une meilleure connaissance entre les partenaires et de reconnaître leurs expériences et expertises mutuelles. Le fait que les comités étaient animés par des intervenants « du terrain » a grandement facilité la participation des partenaires.

Au fur et à mesure de l'évolution des travaux, il est apparu que des problèmes de coordination ou de fonctionnement pouvaient facilement se résoudre entre des niveaux de services ou avec des partenaires compte tenu qu'ils étaient mis en évidence dans un climat d'ouverture et de respect et que chacun était à même de mieux comprendre les réalités de l'autre. Cet aspect a eu un effet mobilisateur sur le niveau d'intérêt de la démarche.

Le déroulement des travaux était cohérent avec l'objectif attendu que le processus de travail était aussi important que les résultats (*bottom up*, animation, etc.). Ainsi, comme gains secondaires, des ententes de collaboration et de services se sont réalisées en cours de route entre le CSSS et des partenaires du RLS.

Un atout majeur de ce processus est de pouvoir maintenant compter sur une quantité et une qualité de données imposantes sur l'état de santé et de bien-être de la population permettant une meilleure connaissance des besoins de cette dernière. Ces données constituent un référentiel important pour la gestion du réseau.

L'évaluation des membres des divers comités au terme du projet a été des plus positives autant sur les résultats que sur le processus. La réalisation du projet clinique est venue concrétiser de façon tangible les valeurs organisationnelles quant à la participation et au

partenariat. Il sert ainsi de modèle et donne confiance pour la réalisation d'autres projets autant pour la direction du CSSS que pour le personnel qui s'est vu confirmer l'ouverture au dialogue et la reconnaissance de sa contribution. Dans cette foulée, un autre projet s'amorce au CSSS concernant une démarche paritaire patronale syndicale de réorganisation du travail.

9. Le futur

Il importe que l'implantation du projet clinique soit considérée comme un projet majeur au sein du CSSS et du RLS. On doit éviter le risque qu'une fois le projet élaboré, les acteurs passent à d'autres préoccupations et qu'ainsi les moyens mis en priorité soient mis au rancart. À cet égard, le CSSS Jardins-Roussillon veut se doter de mécanismes de suivi et d'évaluation qui viseront à s'assurer que tous les éléments-clés du projet clinique soient mis en place pour une véritable actualisation des plans d'action et de mise en œuvre des pistes prioritaires retenues.

Des mécanismes de suivi et d'évaluation du projet clinique sont des impondérables pour témoigner de l'atteinte des résultats attendus et de mesurer la progression de la mise en œuvre ainsi que des retombées.

Compte tenu du nombre de personnes mobilisées aux travaux d'élaboration du projet clinique, les mécanismes de suivi et d'évaluation constituent une rétroaction essentielle auprès des gestionnaires, des intervenants, des médecins, des partenaires et de la population qui ont contribué de manière significative à la réalisation de cette imposante démarche.

Cette démarche permettra aussi de rendre compte à la population des services disponibles au sein du RLS Jardins-Roussillon dans le cadre du projet clinique et de la façon d'y accéder.

Bibliographie

1. 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 - Document principal*, Québec, MSSS, 2004, page 6.
2. 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 - Document principal*, Québec, MSSS, 2004, page 6.

3. Direction de santé publique de Montréal. *Rapport annuel 1999 sur la santé de la population : Les défis d'une société vieillissante*, Québec, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, page 3.
4. ROY, D. (2006), « Des connaissances à la décision : l'expérience de la Montérégie » (chapitre 11), dans M.-J. Fleury, M. Tremblay, H. Nguyen et L. Bordeleau, *Le système sociosanitaire au Québec. Régulation, gouverne et participation*, Québec (Montréal), Gaëtan Morin : 183.
5. 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, MSSS, février 2004.

Autres références

- Bonin, Lucie Dr. *Présentation PowerPoint Dr Lucie Bonin*, Santé publique, ASSSMCQ et PRISMA.
- Centre de santé et de services sociaux Jardins-Roussillon. *Des enjeux à partager pour le mieux-être de la population*, Québec, CSSS Jardins-Roussillon, septembre 2005.
- Centre de santé et de services sociaux Jardins-Roussillon. *Manuel d'organisation de projet - Projet clinique du réseau local de services Jardins-Roussillon* (adopté le 16 janvier 2009), Québec, CSSS Jardins-Roussillon.
- Québec. *Projet de loi no 83 (2005, chapitre 32). Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives*, Québec, Éditeur officiel du Québec, 2005.