

Partenaires pour l'amélioration



Planification stratégique 2010-2015
de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie

Mars 2011

Ce document a été produit par l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, en collaboration avec le Comité de coordination stratégique de la Montérégie (CCSM).

Adopté par le conseil d'administration le 16 septembre 2010

Approuvé par le MSSS le 14 mars 2011

Nota bene :

- Dans ce document, le générique masculin est utilisé sans intention discriminatoire et uniquement dans le but d'alléger le texte.

Partenaires pour l'amélioration – Planification stratégique 2010-2015 est disponible à la section « Documentation » du site Web de l'Agence : www.santemonteregie.qc.ca .

Reproduction autorisée à des fins non commerciales avec mention de la source.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives Canada, 2011

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2011

ISBN : 978-2-89342-473-6 (PDF)

Table des matières

Message de la présidente-directrice générale	3
1. Mission de l'Agence.....	4
2. Portrait de la région et de la population desservie	4
2.1 Établissements de la Montérégie	5
2.2 Organismes communautaires	6
2.3 Portrait de la main-d'œuvre	6
2.4 Portrait socioéconomique.....	6
3. Portrait de santé de la population.....	8
3.1 Santé physique.....	8
3.2 Déficience intellectuelle.....	11
3.3 Troubles envahissants du développement	12
3.4 Déficience physique	13
3.5 Santé mentale	13
3.6 Santé psychosociale	14
4. Projet montérégien de santé et de bien-être.....	15
4.1 Chemin parcouru depuis 2004.....	15
4.2 Bilan et perspective pour les années à venir	19
5. Principes directeurs.....	24
5.1 Se centrer sur une intention stratégique maîtresse : accroître l'accès à des continuums d'intervention performants	24
5.2 Accroître la capacité d'exécution.....	24
5.3 Faire évoluer la gouvernance régionale.....	27
6. Enjeux, orientations et objectifs pour 2010-2015.....	33
Enjeu 1 L'action en amont des problèmes et la réduction des inégalités de santé et de bien-être	34
Enjeu 2 La primauté des services de première ligne dans une perspective d'intégration et de hiérarchisation des services	34
Enjeu 3 Un délai raisonnable pour l'accès aux services.....	39
Enjeu 4 La qualité des services et l'innovation	42

Enjeu 5	
L'attraction, la rétention et la contribution optimale des ressources humaines	43
Enjeu 6	
Une gestion performante et imputable.....	45
Conclusion	47
Annexe 1 Résumé des consultations	48
Consultation des partenaires.....	48
Consultation des instances	51
Annexe 2 Abréviations et sigles	53

Message de la présidente-directrice générale

Depuis décembre 2004, le réseau de la Montérégie a accompli un travail colossal en mettant en place un nouveau modèle d'organisation des services basé sur la création de onze centres de santé et de services sociaux (CSSS). Ce changement organisationnel a initié une nouvelle dynamique régionale basée sur la collaboration, la complémentarité et la concertation avec les divers acteurs du réseau montérégien.

Afin d'améliorer de façon tangible la performance du système de santé et de services sociaux, l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie (Agence) s'est dotée d'une planification stratégique qui contribuera à augmenter sa capacité d'exécution. Cette planification a été produite en collaboration avec le Comité de coordination stratégique de la Montérégie (CCSM) qui regroupe les directeurs généraux des établissements du réseau de santé et de services sociaux de la Montérégie. Elle intègre à la fois les objectifs transmis par le ministère de la Santé et des Services sociaux et les objectifs spécifiques de la Montérégie.

La planification stratégique 2010-2015 est guidée par une conviction fondamentale : pour être performant et répondre le mieux possible aux besoins de la population, le système de santé et de services sociaux doit avoir la capacité de s'améliorer continuellement. Ainsi, les auteurs de cette nouvelle planification se sont inspirés d'études portant sur les organisations les plus performantes qui réussissent continuellement à s'améliorer.

Tel que prévu par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, l'Agence a entrepris une démarche visant à recueillir les commentaires de ses instances et de ses partenaires concernés par l'amélioration des services de santé et des services sociaux en Montérégie. Dans le cadre de cet exercice de consultation, des rencontres régionales ont été réalisées les 8 et 9 juin 2010 avec les partenaires et les organismes communautaires, tandis que les instances de l'Agence ont été invitées à commenter la planification stratégique proposée dans le cadre d'une réunion spécifique de leur groupe.

C'est donc avec plaisir que je vous présente la planification stratégique montérégienne. Intitulée « Partenaires pour l'amélioration », elle repose sur la volonté du milieu de travailler ensemble à un objectif commun : améliorer la santé et le bien-être de la population.

La présidente-directrice générale,



Claire Pagé

1. Mission de l'Agence

L'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie a pour mission d'assurer la gouvernance du système de santé et de services sociaux de la région afin d'en améliorer la performance jusqu'à l'excellence et ainsi contribuer à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population dont elle est responsable.

L'Agence vise à devenir le chef de file de la transformation et de l'amélioration du système régional de santé et de services sociaux en misant sur :

- une perspective populationnelle de santé publique;
- une approche de programme intégré;
- une organisation en mode réseau.

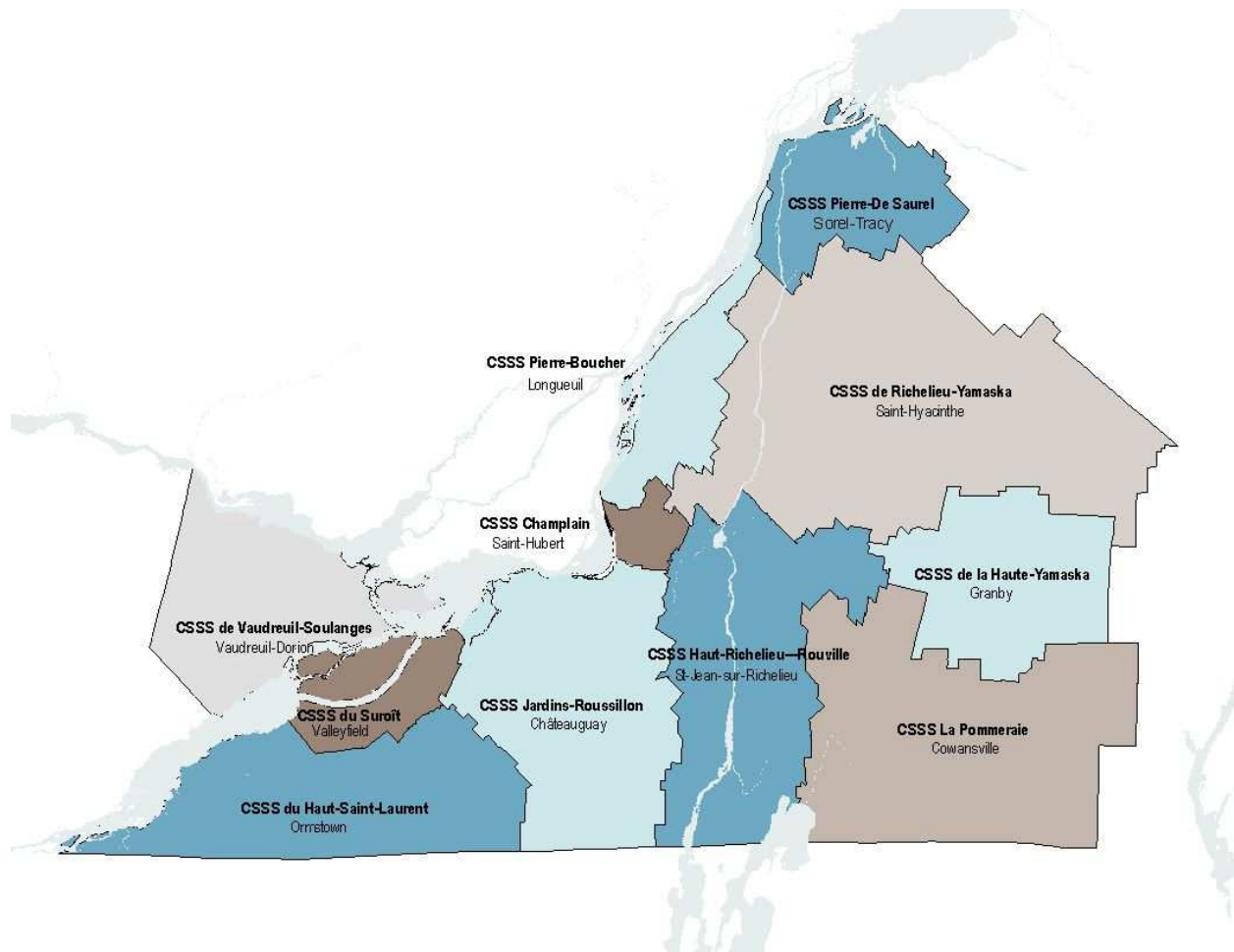
Elle compte y arriver en mettant en valeur l'expertise de son personnel, tout en y associant activement des partenaires sectoriels et intersectoriels au bénéfice de la population montérégienne.

L'Agence souscrit aux valeurs de l'administration publique, soit la compétence, l'impartialité, l'intégrité, la loyauté et le respect. Sa charte des valeurs est centrée sur les besoins de la personne et de la population.

2. Portrait de la région et de la population desservie

La région représente un territoire de plus de 10 000 km² à vocations résidentielle, industrielle et agricole et s'étend de Valleyfield à Sorel, d'ouest en est, de Longueuil à la frontière américaine, du nord au sud, et de Longueuil à Sutton vers le sud-est. Elle comprend également L'Île-Perrot ainsi que le secteur qui va de Vaudreuil à la frontière ontarienne. Elle compte aujourd'hui 177 municipalités, 14 municipalités régionales de comté (MRC), un territoire équivalent de MRC pour l'agglomération de Longueuil, et deux réserves autochtones : Akwesasne et Kahnawake. Sa zone urbaine, située en bordure du fleuve Saint-Laurent, est densément peuplée contrairement à son milieu rural qui occupe la majorité du territoire. Le territoire est composé de onze CSSS, comme le démontre la figure 1.

Figure 1 : Territoires des CSSS en Montérégie



2.1 Établissements de la Montérégie

La population de la région est desservie par un réseau comportant 18 établissements publics : 11 centres de santé et de services sociaux (CSSS), un hôpital affilié à l'Université de Sherbrooke et 6 centres spécialisés (jeunesse et réadaptation); 10 établissements privés conventionnés et 8 établissements privés.

Les établissements publics : les CSSS Champlain, du Suroît, de la Haute-Yamaska, Haut-Richelieu–Rouville, du Haut-Saint-Laurent, Jardins-Roussillon, La Pommerai, Pierre-Boucher, Richelieu-Yamaska, Pierre-De Saurel, de Vaudreuil-Soulanges; l'Hôpital Charles LeMoine, le Centre jeunesse de la Montérégie, le Centre montréalais de réadaptation, le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle Montérégie-Est, l'Institut Nazareth et Louis-Braille, Les Services de Réadaptation du Sud-Ouest et du Renfort, le Virage, réadaptation en alcoolisme et toxicomanie.

Les établissements privés conventionnés : Accueil du Rivage inc., C.A. Marcelle-Ferron, Centre d'hébergement Champlain Châteauguay, Centre d'hébergement Champlain Jean-Louis-Lapierre, Centre d'hébergement Champlain des Pometiers, Centre hospitaliser Kateri Memorial, CHSLD Vigi de Brossard, CHSLD Vigi de la Montérégie, Résidence Sorel-Tracy inc. et Santé Courville inc., installation de Waterloo.

Les établissements privés non conventionnés : Centre d'accueil St-Laurent inc., Centre de soins de la Gare, IAKHIHSOHTHA Lodge, Maison des Aîné(e)s, Manoir Harwood (Le), Manoir Soleil, Résidence du Parc et Pavillon Foster, centre de réadaptation privé.

2.2 Organismes communautaires

Le territoire montérégien se caractérise également par un grand nombre d'organismes communautaires qui coexistent sur son territoire. En effet, plus de 500 organismes offrent de nombreux services à la communauté. De ce nombre, 400 ont été financés, en 2009-2010 par le Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC). Les organismes communautaires constituent des partenaires privilégiés qui sont complémentaires au réseau des établissements publics. L'Agence se soucie du maintien de leur mission, de leur financement et de leur contribution à la santé et au bien-être de la population.

2.3 Portrait de la main-d'œuvre

Outre les quelque 30 000 personnes œuvrant au sein du réseau de la santé et des services sociaux montérégien, la région compte plus de 2 000 médecins omnipraticiens et spécialistes. La planification de la main-d'œuvre fait partie des préoccupations de l'Agence et des établissements depuis longtemps, mais en raison du contexte de pénurie qui persiste, elle prend une dimension encore plus importante.

L'Agence poursuit des travaux pour mieux cerner les causes de la pénurie qui se manifeste dans plusieurs catégories d'emploi. De plus, elle travaille activement sur l'élaboration de stratégies d'attraction et de rétention basées sur les meilleures pratiques et sur l'augmentation de la visibilité des emplois vulnérables. Afin d'améliorer les conditions d'exercice et d'offrir un milieu de travail plus attrayant et valorisant pour le personnel, l'Agence soutient également le déploiement de mesures structurantes et de projets d'organisation du travail dans les établissements. Enfin, des mécanismes de concertation avec d'autres partenaires, tels que le ministère de l'Éducation, des Loisirs et du Sport et Emploi-Québec, se poursuivent dans le but de soutenir des projets novateurs visant à réduire la pénurie de personnel dans les secteurs touchés.

2.4 Portrait socioéconomique

Une population en croissance, mais tout de même vieillissante

Entre 2001 et 2006, la croissance de la population a été d'un peu plus de 5 %. Avec une population de 1 444 047 habitants en 2010, soit 18 % de la population québécoise, la Montérégie est la deuxième région sociosanitaire la plus peuplée du Québec, après celle de Montréal.

Tableau 1 : Répartition de la population par grand groupe d'âge, Montérégie, 2010

Jeunes moins de 18 ans	Adultes 18 à 64 ans	Personnes âgées 65 ans et plus
21 %	65 %	14 %

Le vieillissement de la population est un des défis majeurs auxquels la région fait face. Au cours des vingt prochaines années, le rythme du vieillissement y sera plus accéléré qu'au Québec. Entre 2006 et 2031, le poids démographique des personnes âgées de 65 ans et plus s'accroîtra de 97 % en Montérégie, comparativement à 83 % au Québec. Ainsi, en Montérégie, le nombre d'aînés va plus que doubler entre 2006 et 2031, passant de 175 000 à 419 000. En 2014, pour la première fois, la proportion des personnes de 65 ans et plus surpassera celle des jeunes de moins de 15 ans.

Tableau 2 : Nombre projeté de personnes âgées de 65 ans et plus et pourcentage de variation selon le RLS, Montérégie, 2010 et 2020

Territoires	Nombre projeté de personnes de 65 ans et plus		Variation 2010-2020
	2010	2020	
RLS du Haut-Saint-Laurent	4 088	5 629	38 %
RLS du Suroît	10 588	14 458	37 %
RLS Jardins-Roussillon	24 515	36 230	48 %
RLS Champlain	30 886	44 227	43 %
RLS Pierre-Boucher	34 821	50 379	45 %
RLS Haut-Richelieu Rouville	23 861	35 624	49 %
RLS Richelieu-Yamaska	30 898	45 311	47 %
RLS Pierre-De Saurel	10 093	14 420	43 %
RLS La Pommeraie	9 315	13 347	43 %
RLS de la Haute-Yamaska	14 432	22 530	56 %
RLS de Vaudreuil-Soulanges	14 851	24 422	64 %
TOTAL – Montérégie	208 348	306 577	47 %

Des disparités socioéconomiques et culturelles à considérer

En 2006, environ 22 % des adultes de 25 ans et plus ne détenaient aucun certificat ou diplôme. En 2005, plus de 167 000 personnes vivaient sous le seuil de faible revenu, soit 11 % des hommes et 14 % des femmes. En 2006, près de 13 % de la population de 15 ans et plus vivait seule, proportion qui grimpe à 28 % chez les personnes âgées de 65 ans et plus vivant dans les ménages privés. Environ 51 000 adultes, soit près de 5 % de la population de 18-64 ans, vivaient de l'assistance sociale en 2009. Ces chiffres cachent des disparités géographiques importantes : selon les RLS, ces proportions varient de 17 % à 34 % pour la faible scolarité, de 9 % à 16 % pour le faible revenu et de 2 % à 11 % pour l'assistance emploi.

La proportion d'élèves s'engageant dans la voie du décrochage scolaire demeure préoccupante. Pour la période 2005-2007, en moyenne 23 % des élèves inscrits dans les écoles secondaires de la Montérégie en sortaient sans avoir obtenu de diplôme. Cette situation concerne plus du tiers des étudiants dans certaines municipalités. Heureusement, une part des décrocheurs réintègrent le réseau scolaire.

La Montérégie compte également un nombre important d'immigrants et de personnes parlant le plus souvent l'anglais. En 2006, les immigrants représentent 7,5 % de la population, soit environ 100 000 personnes, ce qui fait de la Montérégie la troisième région d'accueil d'immigrants après Montréal et Laval. Par ailleurs, selon l'information portant sur la première langue officielle parlée, la population d'expression anglaise représentait environ 11 % de la population de la Montérégie en 2006.

3. Portrait de santé de la population

3.1 Santé physique

L'état de santé de la population montréalaise s'est globalement amélioré au cours des dernières décennies. Toutefois, plusieurs problématiques demeurent préoccupantes.

L'espérance de vie progresse, mais des inégalités persistent

Entre 1985 et 2006, l'espérance de vie à la naissance a progressé de 3 ans chez les femmes et de 6,2 ans chez les hommes pour atteindre respectivement 83 ans et 78,4 ans. L'écart entre les femmes et les hommes se rétrécit.

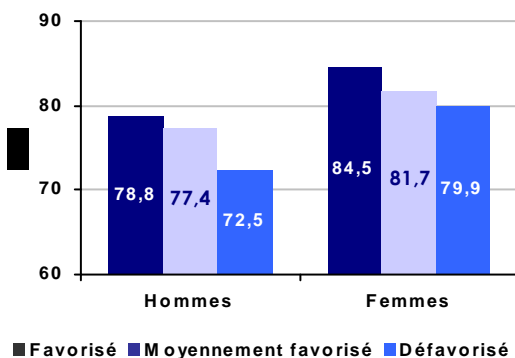
On note aussi une diminution substantielle de la mortalité infantile : entre 1984-1988 et 2003-2007, le taux annuel moyen de mortalité infantile a chuté de 35 % en Montérégie, passant de 6,3 à 4,1 décès pour 1 000 naissances vivantes, soit un taux plus faible que la moyenne du Québec (4,7 pour 1 000). Le taux de mortalité infantile est un indicateur qui, en plus de mesurer la santé chez les nouveau-nés, reflète la santé globale, les conditions sociales, économiques et notamment l'accès à des services de santé de qualité.

Néanmoins, en 2007-2008, environ 9 % de la population de 12 ans et plus percevait son état de santé général comme passable ou mauvais et 17 % présentait des limitations d'activités en raison de l'état de

santé. De plus, 14 % de la population de cet âge déclarait éprouver des problèmes fonctionnels modérés ou sérieux.

Des inégalités persistent entre les différents groupes. En introduisant les indices de défavorisation matérielle et sociale de la Montérégie dans le calcul de l'espérance de vie, on s'aperçoit qu'en 2000-2003, les femmes habitant les zones plus défavorisées vivaient 5 années de moins que celles qui résidaient dans des secteurs plus favorisés (79,9 ans contre 84,4 ans). Chez les hommes, l'écart atteignait 6 ans (72,5 ans contre 78,7 ans). En conséquence, dans les zones les plus défavorisées, les hommes vivaient 7,4 ans de moins que les femmes, cet écart étant de 5,7 ans pour les zones favorisées.

Figure 2. Espérance de vie à la naissance selon l'indice de défavorisation matérielle et sociale, Montérégie 2000-2003



Les tumeurs, au premier rang des causes de décès

Près d'un décès sur trois (33 %) est causé par une tumeur. Avec une moyenne de 3 000 décès par année, il s'agissait de la principale cause de décès pour la période 2004-2006. En Montérégie, le nombre annuel moyen de nouveaux cas de cancer s'élevait à 6 352 pour la période 2003-2005. Depuis plus de 20 ans, le nombre de nouveaux cas est en augmentation tant chez les femmes que chez les hommes, notamment en raison de la croissance démographique de la région et du vieillissement de la population. Cependant, le taux ajusté d'incidence du cancer a peu varié.

On compte en moyenne 10 004 hospitalisations pour cause de tumeurs, ce qui représente 10 % de toutes les hospitalisations de 2006-2009 en soins physiques de courte durée.

Les maladies de l'appareil circulatoire : un problème préoccupant en Montérégie

Au Québec comme en Montérégie, la mortalité par maladies de l'appareil circulatoire a beaucoup diminué depuis quelques années; ces maladies sont passées au second rang parmi les principales causes de décès. Ainsi, en 2004-2006, 28 % de la mortalité, soit en moyenne 2 520 décès par année, sont dus à ces maladies.

Cependant, toutes proportions gardées, on meurt davantage de maladies de l'appareil circulatoire en Montérégie qu'au Québec. En effet, en Montérégie, le taux ajusté de mortalité pour cette cause demeure supérieur à celui du Québec (191 contre 182 pour 100 000 en 2004-2006) et ce, depuis

plusieurs décennies. Cette situation est en partie attribuable à un excès de mortalité par cardiopathies ischémiques en Montérégie (109 contre 99 pour 100 000).

En 2007-2008, environ 5 % des Montérégiens de 12 ans et plus, vivant à domicile, ont déclaré souffrir d'une maladie cardiaque et 16 % d'hypertension, ce qui, en 2010, représentait respectivement près de 59 000 et 199 000 personnes.

En Montérégie, environ 11 % des hospitalisations de 2006-2009 en soins physiques de courte durée – soit en moyenne 16 114 hospitalisations par année – sont attribuables aux maladies de l'appareil circulatoire. Elles sont non seulement l'une des principales causes de mortalité, mais aussi d'hospitalisation.

Les maladies de l'appareil respiratoire : responsables de plus d'une hospitalisation sur dix

En 2006-2009, les maladies de l'appareil respiratoire sont responsables de près de 10 % de toutes les hospitalisations en soins physiques de courte durée, soit en moyenne 9 897 hospitalisations par année. Environ 8 % de la mortalité, soit 752 décès en moyenne par année, sont attribuables à ces maladies pour la période 2004-2006.

En 2007-2008, environ 9 % des Montérégiens de 12 ans et plus, vivant à domicile, ont déclaré souffrir d'asthme et 1 % étaient atteints de bronchite chronique ou d'emphysème, ce qui représentait respectivement près de 116 000 et de 14 000 personnes en 2010.

Une personne sur quatre âgée de 12 ans et plus déclare souffrir d'allergies autres qu'alimentaires, ce qui en fait un des problèmes les plus fréquemment rapportés, sans que l'on puisse distinguer s'il s'agit d'allergie respiratoire, cutanée ou autres.

Le diabète n'est pas en reste

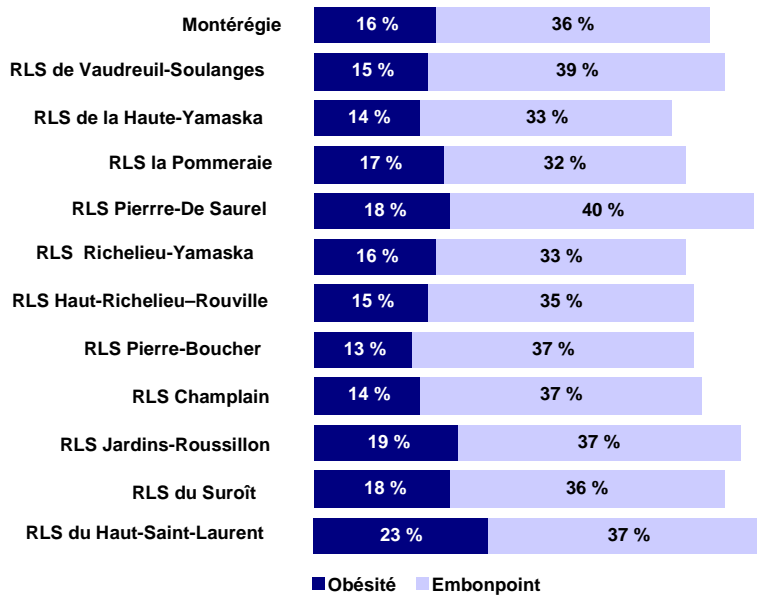
Le diabète est parmi les maladies chroniques dont l'impact pour les personnes atteintes et le système de soins de santé est significatif. En 2006-2007, le taux ajusté de prévalence du diabète a atteint 7 % chez les 20 ans et plus, soit 78 375 Montérégiens.

Quelques facteurs de risque

En 2007-2008, les adultes de la Montérégie vivant en ménages privés présentent les facteurs de risque suivants :

- environ une personne sur quatre fume (24 %), parmi la population de 18 ans ou plus, soit 20 % tous les jours et 4 % à l'occasion;
- près de deux adultes sur trois (65 %) ne font pas suffisamment d'activités physiques durant leurs loisirs;
- 49 % des adultes de 18 ans et plus présentent un surplus de poids, soit 31 % de l'embonpoint et 18 % de l'obésité, selon des données autodéclarées qui sous-estiment le phénomène;
- près de la moitié (45 %) des adultes consomment moins de cinq portions de fruits et légumes par jour.

Figure 3. Prévalence de l’embonpoint et de l’obésité chez les 18 ans et plus selon le RLS, Montérégie 2005



Les maladies transmissibles : encore de belles batailles à livrer

La Montérégie affiche des taux d’incidence de diarrhées associées au *Clostridium difficile* semblables à ceux du Québec depuis le début de l’année 2009.

En ce qui concerne les comportements préventifs individuels, le retour en force des infections transmissibles sexuellement démontre les dangers de relâcher la vigilance :

- Le nombre de cas déclarés en Montérégie de syphilis contagieuse est passé d’un seul cas en 2001 à 39 cas en 2008;
- Le taux d’incidence de la gonorrhée a plus que doublé entre 2004 et 2008;
- Le taux d’incidence de l’infection à *Chlamydia trachomatis* a augmenté de plus de 124 % entre 1998 et 2008.

Par ailleurs, la diminution du taux d’incidence de l’hépatite B entre 1990 et 2008 illustre la contribution importante de la vaccination. Celle-ci demeure une mesure extrêmement efficace lorsque les personnes visées reçoivent les vaccins recommandés dès qu’elles y sont éligibles.

3.2 Déficience intellectuelle

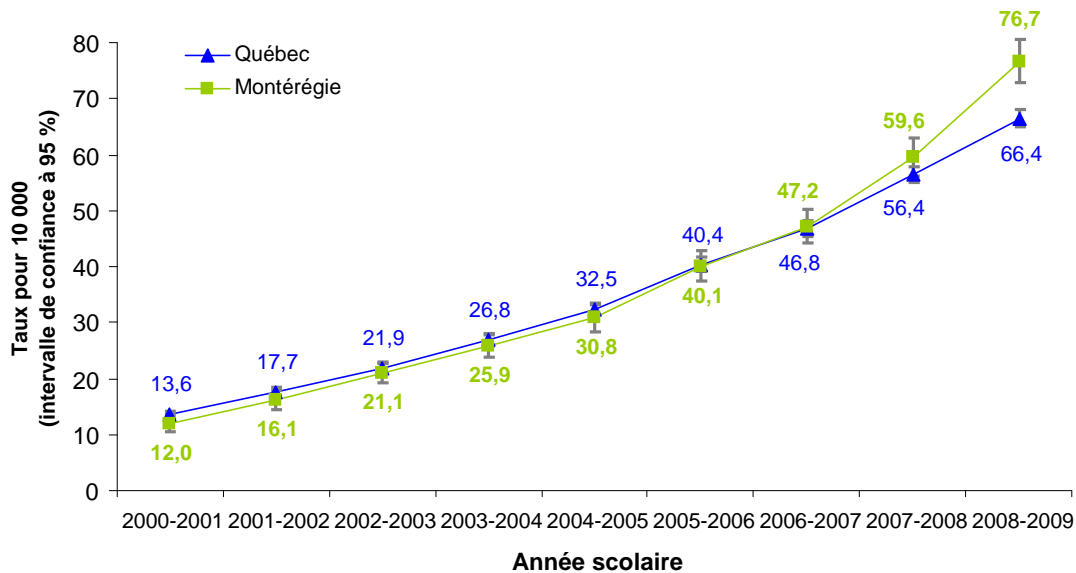
En Montérégie, environ 3 % de la population présente des caractéristiques de déficience intellectuelle légère, modérée ou grave. Le taux de prévalence de la déficience intellectuelle est stable dans le temps. Quatre-vingt-dix pour cent (90 %) de ces personnes seraient affectées par une déficience légère ne

requérant pas nécessairement de services spécialisés tandis que la prévalence de la déficience intellectuelle moyenne à sévère et profonde s'établit à 32 pour 10 000 en Montérégie en 2008-2009, affectant ainsi 619 enfants de 4 à 17 ans. En Montérégie, le nombre total de personnes ayant une déficience intellectuelle requérant des services spécialisés est estimé à 3 600.

3.3 Troubles envahissants du développement

L'autisme est, de tous les troubles graves de développement, celui qui connaît la plus rapide expansion dans le monde. En 2008-2009, la Montérégie compte 1 519 enfants de 4 à 17 ans avec un diagnostic de trouble envahissant du développement (TED) pour qui des mesures d'appui ont été mises en place; ce qui représente un taux de prévalence de 77 pour 10 000, c'est-à-dire 1 enfant sur 130. La prévalence augmente, en moyenne, de 26 % par an, faisant de ce handicap le plus recensé en milieu scolaire. En 2008-2009, il y avait environ 300 élèves TED de plus dans les écoles de la Montérégie que l'année précédente, et ce, malgré la décroissance des effectifs scolaires de plus de 4 000 élèves entre les deux périodes. En 2008-2009, en Montérégie, le taux de prévalence des TED est significativement plus élevé que celui du Québec. Le nombre total de Montérégiens ayant un TED est estimé à 3 700.

Figure 4. Prévalence des TED, élèves de 4 à 17 ans, Montérégie et Québec, 2000-2001 à 2008-2009



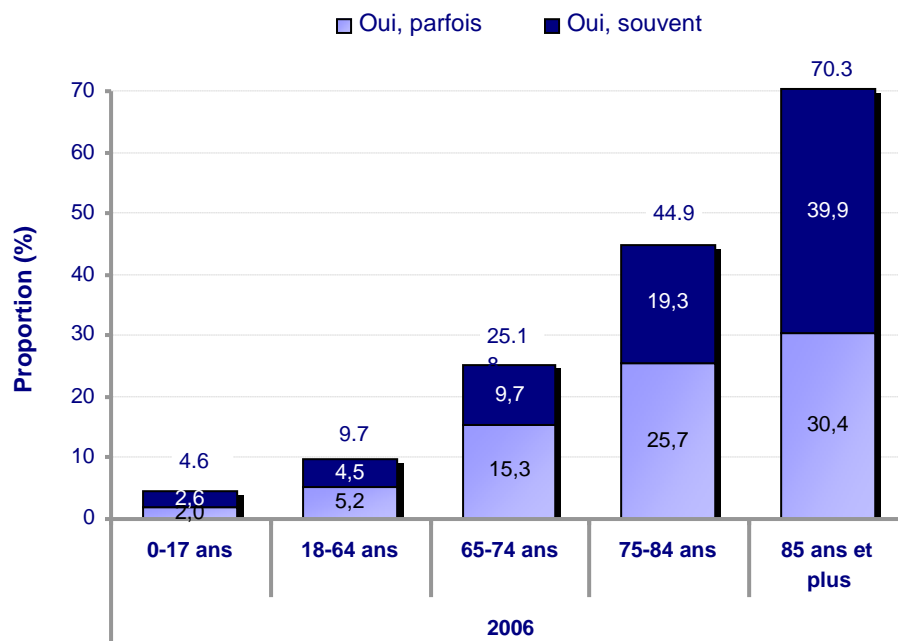
Source : MELs, DRSI, Portail informationnel, système Charlemagne, données au 2010-01-31.

3.4 Déficience physique

En 2006, un peu plus de 154 000 Montérégiens, soit 11,6 % de la population vivant dans les ménages privés, ont déclaré souffrir d'incapacité. Une personne a une incapacité si elle a de la difficulté à entendre, à voir, à communiquer, à marcher, à monter un escalier, à se pencher, à apprendre ou à faire d'autres activités semblables. Il s'agit d'une augmentation de 1,5 % par rapport au recensement de 2001. Au Québec, 12,6 % de la population vivant en ménage privé a déclaré souffrir d'incapacité parfois ou souvent, soit la même hausse qu'en Montérégie.

La proportion de la population dans les ménages privés ayant une incapacité augmente avec l'âge. En Montérégie, cette proportion passe de 4,6 % chez les jeunes de 0-17 ans à 70 % chez les personnes âgées de 85 ans et plus. Les personnes âgées vivant à domicile souffrent plus souvent d'incapacité.

Figure 5. Proportion de la population dans les ménages privés ayant une incapacité selon l'âge et la fréquence (souvent ou parfois), Montérégie, 2006



3.5 Santé mentale

En 2007-2008, 3 % des Montérégiens de 12 ans et plus, vivant à domicile, percevaient leur état de santé mentale comme passable ou mauvais. Environ 8 % des Montérégiens de 18 ans et plus ont consulté un psychologue ou un travailleur social pour un problème de santé physique, mentale ou émotionnelle au cours de l'année précédente. On estime aussi que près de 17 % des Montérégiens de 18 ans et plus se classent dans la catégorie élevée sur l'échelle de détresse psychologique de Kessler.

En Montérégie, on dénombre en moyenne, pour la période 2006-2009, 6 584 hospitalisations par année pour troubles mentaux dans un centre hospitalier de courte durée.

Selon les données du coroner, près de 180 personnes sont décédées par suicide en 2008, soit un taux brut de 13 décès pour 100 000 personnes. La mortalité par suicide, quoique en baisse, est nettement plus élevée chez les hommes que chez les femmes (20 contre 7 décès pour 100 000).

3.6 Santé psychosociale

Dans les CSSS, plus de 19 650 demandes de service ont été traitées en 2009-2010 dans le cadre de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*.

En Montérégie, en 2008-2009, le Centre jeunesse a retenu 3 875 signalements. La négligence est la principale cause de ces signalements. Une analyse sur une période de cinq ans montre que la négligence représente 74 % des signalements retenus chez les enfants de 0-4 ans et 59 % chez les jeunes de 5-11 ans. Chez les jeunes de 12-17 ans, les troubles de comportement sont les principales causes de signalements retenus (46 %), la négligence (30 %) étant la deuxième.

Certains jeunes de 12 à 17 ans sont considérés comme auteurs présumés de transgression au Code criminel et aux lois. Pour la période 2005-2007, le taux moyen de perpétration est de 427 pour 10 000 chez les 12-17 ans de la Montérégie. À l'échelle du Québec, les jeunes de cet âge sont surreprésentés parmi les auteurs d'infractions criminelles. Leur taux de perpétration est deux fois plus élevé que celui des adultes (206 pour 10 000 en 2005-2007).

En Montérégie, le taux de grossesse chez les adolescentes, quoique en baisse, se situait néanmoins à 17 pour 1 000 chez les jeunes filles de 14-17 ans entre 1999 et 2003.

La précocité de la consommation d'alcool et de drogues est préoccupante chez les jeunes du secondaire. Au Québec, en 2008, environ 60 % d'entre eux ont consommé de l'alcool et 28 % une drogue illicite au moins une fois au cours d'une période de douze mois. Environ 14 % des élèves consomment régulièrement de l'alcool. Entre 2000 et 2008, au Québec, la proportion de jeunes ayant fait usage de cannabis au cours d'une période de douze mois était en baisse (41 % à 27 %) tandis que celle d'amphétamines est demeurée la même (7 %).

En 2007, au Québec et en Montérégie, près du quart des infractions contre la personne déclarées aux policiers ont été commises dans un contexte conjugal, les femmes ayant été les victimes dans plus de quatre cas sur cinq. En Montérégie, en 2007, ces statistiques indiquaient un taux de victimisation pour violence conjugale de 34 pour 10 000 chez les femmes de 12 ans et plus et de 7 pour 10 000 chez les hommes de même âge. Une enquête réalisée au Canada en 2004 permet d'estimer, pour l'ensemble de la population de 15 ans et plus, le taux de prévalence de la violence conjugale de la part du conjoint ou d'un ex-conjoint. Au Québec, environ 52 femmes sur 1 000 et 42 hommes sur 1 000 déclarent avoir été victimes d'une forme de violence conjugale, au moins une fois au cours des cinq années ayant précédé l'enquête.

4. Projet montréalais de santé et de bien-être

Le mandat de développement des réseaux locaux de services confié à l'Agence en janvier 2004 par la *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux* a créé une transformation importante des structures et de la dynamique de fonctionnement dans le but de relever efficacement les défis nouveaux et significatifs que pose l'exercice de la responsabilité populationnelle.

Pour les dirigeants du système de santé et de services sociaux de la Montérégie, ce changement a été l'occasion d'enclencher un processus de modernisation des approches, tant sur le plan local que régional, que l'on désigne sous le vocable de « Projet montréalais de santé et de bien-être ».

Des transformations considérables se sont opérées dans la région à trois niveaux : au niveau structurel, au niveau clinico-administratif et au niveau de la gouvernance. Elles ont été soutenues par des investissements significatifs du ministère de la Santé et des Services sociaux ainsi que par des efforts importants de gestion du changement, qui commencent à porter ses fruits (5^e colloque sur les RLS, 13 novembre 2008).

4.1 Chemin parcouru depuis 2004

4.1.1 La transformation structurelle (CSSS et RLS)

Le mandat d'implantation des réseaux locaux de services confié à l'Agence en décembre 2004 a créé une transformation des structures de plusieurs établissements en Montérégie. Des efforts importants ont dû être consentis afin de réaliser la fusion requise par la création des 11 centres de santé et de services sociaux de la région (tableau 3).

Compte tenu de la taille des établissements en Montérégie et du grand nombre de personnes touchées par le changement organisationnel (environ 30 000 personnes), la définition et la mise en place d'un projet organisationnel renouvelé ont beaucoup sollicité les acteurs de la base. La révision des affiliations syndicales et la négociation de conventions collectives locales sont venues ajouter à la complexité de la gestion du changement. La transformation structurelle ne s'est d'ailleurs pas implantée de la même manière d'un territoire à l'autre. Cette diversité fait écho aux différentes réalités et dynamiques dans la région. À l'heure actuelle, les unités opérationnelles qui regroupent les équipes cliniques et les équipes administratives n'ont pas encore toutes retrouvé un état d'équilibre optimal.

Tableau 3 : La transformation structurelle en Montérégie

Période 2002-2003	Situation en 2010
13 CLSC	11 CSSS
6 CLSC – CHSLD	
7 CHSLD publics	
10 CH	
	1 CH à vocation régionale et centre affilié universitaire (CAU) : Hôpital Charles LeMoyne
21 CHSLD privés <ul style="list-style-type: none"> ▪ 12 privés conventionnés ▪ 9 privés non conventionnés 	20 CHSLD privés <ul style="list-style-type: none"> ▪ 11 privés conventionnés ▪ 9 privés non conventionnés
5 centres de réadaptation publics	Idem
1 centre de réadaptation privé	Idem
1 centre à vocation jeunesse : CJM	idem

L'entrée en vigueur concomitante de plusieurs autres changements a également représenté un défi significatif pour les dirigeants et les gestionnaires de la base. Pensons, entre autres, outre l'élaboration des projets cliniques, à l'instauration des ententes de gestion, au renforcement de la gestion des risques et des plaintes, aux démarches d'agrément qui venaient s'ajouter à l'impératif de respecter l'équilibre budgétaire et de composer avec la réalité des pénuries d'effectifs médicaux et de personnel professionnel et technique.

Bien que la transformation structurelle exigée par l'implantation des réseaux locaux de services était nécessaire, elle a été plus exigeante qu'escomptée et elle ne s'est pas concrétisée de façon uniforme à travers la région. Il reste encore beaucoup à faire pour atteindre le plein potentiel des RLS. Entre autres, l'énergie sollicitée par les fusions n'a pas permis le déploiement optimal des projets cliniques et plusieurs liens avec les partenaires restent à être développés, formalisés ou institutionnalisés.

4.1.2 La transformation clinico-administrative

En Montérégie, l'implantation des réseaux locaux de services a misé sur une vision de projets cliniques élaborés autour de continuums d'interventions intégrées visant à « Prévenir, guérir et soutenir » et adoptant une perspective populationnelle, une approche programme et une organisation en mode réseau. Cette vision forte, mobilisatrice, et largement diffusée sur le territoire, a suscité de nombreux échanges qui se sont avérés fructueux à plusieurs niveaux et a donné naissance à différents travaux permettant d'instrumenter la transformation clinico-administrative requise.

Localement, la vision de projets cliniques élaborés autour de continuums d'interventions a donné lieu à de nombreuses discussions entre les partenaires des réseaux locaux de services, auxquels ont également participé les établissements régionaux. Les partenaires locaux se sont ainsi donné des projets cliniques qui ont fait l'objet d'échanges structurés et qui ont permis des maillages nouveaux, notamment de nouveaux rapports avec les médecins de famille, particulièrement ceux des GMF qui ont connu un essor notable au cours de la période.

Sur le plan régional, cette vision de continuums d'interventions intégrées a donné lieu au développement d'outils d'aide à la décision et d'une offre de service en appui à l'élaboration du projet clinique. Notons particulièrement l'établissement de balises et d'orientations régionales, la consolidation des services de surveillance et des services-conseils en approche populationnelle en soutien à la mise en place des projets cliniques, de même que le développement de services de courtage de connaissances et d'appréciation de la performance.

Malgré les contraintes et les pressions organisationnelles et administratives décrites dans la section précédente, la transformation clinico-administrative a commencé à porter ses fruits, même si certains acquis demeurent fragiles. Des avancées en santé mentale et dans le dossier Enfance-Famille-Jeunesse, entre autres, ont été remarquées. Des innovations ont émergé sur le terrain et diverses réalisations des établissements ont remporté des prix de reconnaissance sur le plan provincial. Le leadership de l'Agence en matière de prise de décision éclairée par les données probantes a également été confirmé lorsqu'elle s'est vue décerner le prix de l'avancement de la recherche en santé au Canada (Fondation canadienne de recherche sur les services de santé, 2007).

Malgré ces progrès, il reste des défis importants à surmonter. En effet, bien que la Montérégie se soit engagée dans un processus d'amélioration, les efforts consentis jusqu'à présent ne sont pas suffisants pour contrer les pressions environnementales.

De plus, malgré la forte adhésion des dirigeants et des partenaires à la nouvelle vision, il semble que celle-ci n'ait pas été suffisamment présente et visible pour les intervenants de la base et ultimement, pour les patients et la population montérégienne. Il reste donc un important travail d'appropriation de la vision par les équipes de base afin qu'elle se concrétise dans les pratiques organisationnelle et professionnelle des organisations.

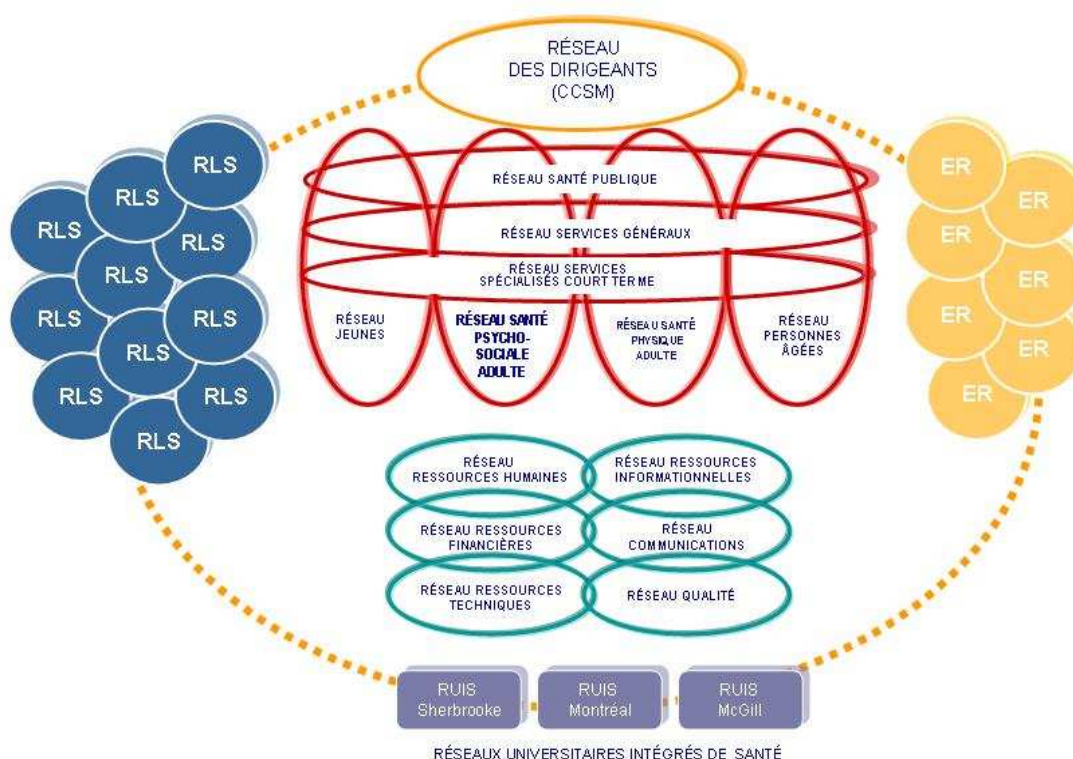
4.1.3 La transformation de la gouvernance

Pour répondre adéquatement aux exigences de la responsabilité populationnelle et réaliser la transformation qui s'imposait, l'Agence et les établissements de la Montérégie ont choisi de faire alliance et ont convenu d'un nouveau mode de fonctionnement. Ce partenariat a pris la forme d'un leadership collectif ancré dans un Comité de coordination stratégique de la Montérégie (CCSM) qui regroupe l'ensemble des directeurs généraux des établissements locaux et régionaux ainsi que les directeurs de l'Agence. Lieu privilégié pour la concertation autour des choix stratégiques, le CCSM s'est ensuite doté de réseaux de collaboration autour des grands domaines d'intervention auprès de la population (réseaux clinico-administratifs [RCA]) et des fonctions de gestion (réseaux ressources [RR]).

Des gestionnaires provenant de chacun des établissements et de l'Agence sont regroupés au sein de ces réseaux régionaux et collaborent dans le cadre de plans de travail axés sur les meilleures pratiques. Dans

chacun des domaines d'affaires, le choix des objets de travail découle des orientations ministérielles et des préoccupations des décideurs au palier local. Plus particulièrement, les RCA ont travaillé sur plus d'une trentaine de projets ayant principalement pour but d'améliorer la qualité des services offerts, d'harmoniser les façons de faire dans la région et de faciliter l'intégration des services. Bien que l'on reconnaisse le bien-fondé et l'apport de ces nouveaux mécanismes de collaboration (CCSM, RCA, réseaux ressources) et que les participants y voient une utilité (Fortin, 2008), les dirigeants remarquent que ces différentes interactions posent des exigences additionnelles, et ce, dans un contexte où il faut également répondre aux nombreuses demandes ministérielles. De plus, ces instances n'ont pas encore permis de faire converger totalement les questions soulevées au niveau des RCA et celles discutées dans les réseaux ressources.

Figure 6 : Les réseaux au cœur du projet montérégien



D'autre part, la nature de la contribution de la gouverne régionale et, conséquemment, la structure et l'offre de service de l'Agence ont été redéfinies dans l'optique de mieux soutenir l'amélioration continue de la performance du système de santé et de services sociaux régional. La mise en place d'une Direction générale associée à la coordination des programmes et du réseau et la création d'une Direction de la gestion de l'information et des connaissances constituent les éléments marquants de ces changements. Les réalisations relatives à l'appréciation de la performance sont bien reçues et sont soutenues par les dirigeants au plan stratégique (Lemire, 2008). Ils souhaitent toutefois mieux les arrimer aux processus de gestion courante, aux décisions du projet clinique et aux démarches d'agrément des établissements.

On constate également que la dualité de l'autorité administrative et clinique au sein des établissements demeure l'une des limites importantes des modes de fonctionnement actuels. D'une part, on retrouve un leadership administratif formel sur qui porte la gestion de l'imputabilité d'ensemble du réseau. D'autre part, on retrouve l'imputabilité médicale qui est essentiellement de nature professionnelle et obéit à une logique différente.

Plus largement, on constate que la complexité du système de santé fait en sorte qu'il faut être à la recherche constante d'un équilibre pour gérer les tensions qui découlent des nombreuses dynamiques dont il faut tenir compte :

- la gouverne locale d'un CSSS et les tensions engendrées par la nécessité d'harmoniser les pratiques au sein de chacune des missions, de même qu'entre les différentes missions;
- le rôle mandataire confié au CSSS pour la création des RLS et l'impératif de s'adapter à la dynamique propre de chaque territoire;
- la volonté de maintenir une alliance régionale et d'optimiser les mécanismes de collaboration;
- l'ambiguïté qui persiste autour de la dualité du rôle de l'Agence (soutien et contrôle);
- les exigences ministérielles qui ne sont pas toujours alignées avec les dynamiques locale et régionale.

Les tensions qui découlent de ces agendas concurrents ralentissent les efforts de transformation visant l'exercice optimal de la responsabilité populationnelle. Par conséquent, les dirigeants de la région croient que pour accroître l'impact des actions, il faudra mieux faire converger les objectifs locaux, régionaux et provinciaux, optimiser les rôles et les processus à chaque palier et faire évoluer la gouvernance de façon à améliorer la performance d'ensemble du système de santé et de services sociaux (SSSS) régional.

4.2 Bilan et perspective pour les années à venir

Globalement, les dirigeants de la région reconnaissent l'importance du travail accompli au cours des dernières années. Des efforts importants ont été déployés pour réaliser la fusion requise pour la création des 11 RLS. Ensuite, l'adhésion des dirigeants à une vision forte et mobilisatrice autour de continuums d'intervention axés sur les meilleures pratiques et le développement d'outils pour soutenir cette vision a enclenché une réelle transformation clinico-administrative. Des progrès ont ainsi été enregistrés dans certains secteurs en matière de services à la population. Enfin, la création d'une alliance stratégique entre les dirigeants des établissements et ceux de l'Agence ainsi que la mise sur pied de nouveaux mécanismes de collaboration (RCA, réseaux ressources) ont contribué favorablement à la transformation de la gouvernance.

Malgré ces progrès, les dirigeants constatent encore certaines limites. Il faut notamment mieux connecter les stratégies de transformation et l'action sur le terrain. De plus, il est nécessaire d'arrimer les priorités d'amélioration entre les partenaires du palier local, d'une part, et avec les paliers régional et national, d'autre part. Enfin, il faut renforcer les liens entre les partenaires afin de construire une

synergie plus grande entre tous les acteurs, entre ceux des établissements et ceux de l'Agence, afin de partager l'expertise et potentialiser les actions.

D'autre part, la conjoncture économique et la somme des pressions environnementales exercées sur le système de santé et de services sociaux montréalais (tableau 4) rappellent qu'il est plus que jamais nécessaire de s'adapter à un rythme soutenu et d'optimiser l'ensemble du travail du réseau, à tous les niveaux.

Tableau 4 : Pressions environnementales exercées sur le réseau montréalais

Le contexte démographique et épidémiologique :

- vieillissement de la population;
- complexification et chronicisation des problèmes de santé et d'adaptation sociale;
- augmentation soutenue du nombre de personnes en perte d'autonomie et croissance des besoins des clientèles vulnérables;
- augmentation des inégalités sociales.

Le contexte économique, technologique et organisationnel :

- équité budgétaire interrégionale défavorable pour la région;
- perspective d'austérité budgétaire à court et moyen termes;
- inquiétudes concernant l'ouverture au secteur privé;
- augmentation de la demande et des coûts de la technologie et des médicaments;
- budgets requis pour l'adaptation du parc immobilier;
- retards en matière d'informatisation;
- spécialisation accrue des savoirs et des compétences qui génère une fragmentation de l'offre de service.

Les difficultés d'accès :

- difficultés d'accès à un médecin de famille et fragilité de la première ligne;
- difficultés d'accès aux services médicaux spécialisés;
- difficultés d'accès aux services sociaux et de réadaptation qui sont des secteurs historiquement sous-financés.

La disponibilité des ressources humaines :

- pénuries de main-d'œuvre actuelles ou anticipées de plusieurs professions;
- difficultés d'attraction et de rétention de la main-d'œuvre;
- difficultés à bien répartir les rôles entre les différentes disciplines professionnelles qui composent les équipes de travail.

Les contraintes et les limites d'une gestion plus efficiente :

- multiplicité des priorités concurrentes entraînant une dispersion des efforts;
- lourdeurs administratives créées par la multiplication des mécanismes de contrôle;
- dualité des logiques de gouvernance : médicale et administrative;
- absence de standards cliniques reconnus par tous;
- politisation et médiatisation des dossiers.

La gestion du changement :

- nécessité de consolider la réforme;
- exigences lourdes pour les gestionnaires;
- attentes élevées, parfois irréalistes, de la population;
- image négative du réseau dans les médias.

Il faut donc redoubler d'effort, et ce, dans un contexte économique défavorable, qui vient ajouter aux pressions déjà considérables exercées sur le système.

Deux démarches parallèles ont été entreprises pour alimenter la réflexion et convenir des prochaines étapes à entreprendre pour réussir la transformation amorcée. D'une part, les dirigeants de la région se sont prononcés sur les conditions essentielles, de leur point de vue, pour la réussite de la prochaine phase du projet montérégien. D'autre part, des consultations externes et la recherche de données probantes nous ont permis de nous rallier autour d'un cadre de référence que nous jugeons fort utile pour la suite de notre projet.

4.2.1 Conditions essentielles à la poursuite de la transformation

Cinq conditions ont été identifiées par l'ensemble des dirigeants comme étant essentielles à la réussite de la prochaine phase du projet montérégien.

Un engagement soutenu de la part des dirigeants

L'actualisation d'une vision régionale de l'organisation des services en Montérégie ne peut se concrétiser sans l'engagement réel et continu des dirigeants de chaque établissement et des dirigeants de l'Agence. Cet engagement est présent en Montérégie et se manifeste, entre autres, par une volonté de plus en plus forte de baser les décisions collectives à partir des données probantes, des meilleures pratiques et en tenant compte des données de recherche disponibles. Il est souhaitable que cet engagement se manifeste également par un désir de s'harmoniser, de se soutenir et de travailler ensemble afin de trouver les meilleures solutions.

Le respect de l'autonomie des partenaires

Le respect de l'autonomie, des responsabilités et des contraintes de chacun des partenaires est indispensable pour un bon fonctionnement en réseau : la performance collective repose en effet sur un réseau cohérent et harmonisé d'organisations autonomes. L'autonomie suppose que chaque partenaire dispose d'une marge de manœuvre suffisante pour exercer avec jugement, et en tenant compte de la dynamique et des contraintes de son milieu, les actions qu'il doit accomplir afin de contribuer aux résultats souhaités collectivement. Le respect de l'autonomie implique également que l'on reconnaisse la diversité des contextes en Montérégie. Les sous-régions de la Montérégie sont en effet très différentes les unes des autres. Cette diversité représente certes une richesse, mais elle pose également des défis au niveau de l'harmonisation des pratiques. Harmoniser ne signifie pas uniformiser. Il est souvent possible d'adapter une pratique ou une innovation de façon à tenir compte des particularités de chaque contexte.

La valorisation de l'expertise, des meilleures pratiques et de l'innovation

Une bonne connaissance de l'expertise de chacun permet de tenir compte des services déjà présents dans la région, entraîne une plus grande fluidité des services et évite la redondance ou la duplication inutile. D'autre part, l'amélioration passe nécessairement par la capitalisation, le partage et le transfert des meilleures pratiques développées ici ou ailleurs. Les mécanismes de participation instaurés en Montérégie (CCSM, RCA et réseaux ressources) sont des lieux privilégiés pour exercer ces activités. Enfin, les innovations sont des pratiques, des interventions ou des modes d'organisation nouveaux ayant

un fort potentiel de résoudre des problématiques et d'améliorer la performance des organisations et des réseaux. Valoriser l'innovation implique de soutenir le développement et l'expérimentation de ces pratiques de pointe en créant les conditions nécessaires à leur émergence. La propagation d'une culture organisationnelle axée sur l'innovation et l'amélioration continue dans toutes les sphères d'activités et à tous les niveaux de l'organisation est une condition nécessaire, ce qui fera appel à l'acquisition de nouvelles compétences individuelles et collectives.

Le renforcement de la contribution médicale

La participation active des médecins à l'actualisation du projet montérégien est essentielle pour accroître la capacité de transformation et pour améliorer la performance des organisations. Plusieurs organisations ayant réussi leur processus de transformation ont établi des modèles de gouvernance clinique qui reposent sur un engagement plus important des professionnels, notamment de la profession médicale, dans les processus décisionnels de l'organisation. Selon cette perspective, les professionnels et les gestionnaires acceptent de porter ensemble la responsabilité de la qualité des actes et l'utilisation optimale des ressources (Brault et coll., 2008). Ces stratégies peuvent s'appliquer à différents paliers de fonctionnement, que ce soit au niveau des programmes, des installations ou même du réseau dans son ensemble.

Ce rapprochement souhaité entre l'autorité administrative et l'autorité clinique est déjà présent en Montérégie, comme en font foi les pratiques de cogestion de programmes établis dans plusieurs établissements, les tables locales du DRMG et plusieurs groupes de travail ou équipes-projets issus des réseaux clinico-administratifs. Il faudra nettement intensifier ces nouveaux modes de fonctionnement afin de relever efficacement les défis du plan stratégique.

Des suivis et une reddition de comptes axée sur les résultats

L'amélioration de la performance du réseau de services implique un suivi et la mesure des résultats des actions. Cette reddition de comptes doit cependant se faire sur les résultats et non sur les moyens, cette dernière approche constituant souvent un frein à l'innovation. C'est dans ce sens que l'ensemble des partenaires de la région sont prêts à s'engager solidairement dans un effort régional cohérent et intégré axé sur l'amélioration.

4.2.2 Un cadre de référence pour guider nos actions

En 2007, l'*Institute for Healthcare Improvement* (IHI) a publié un document qui rapporte les résultats d'une étude menée auprès d'organisations du secteur privé et du domaine de la santé qui sont reconnues sur le plan international comme étant des chefs de file en matière de performance et d'amélioration de la qualité (Nolan, 2007).

Les travaux de l'IHI suggèrent que la réussite d'initiatives stratégiques d'amélioration de la performance repose sur trois leviers fondamentaux :

- une volonté stratégique, en particulier de la part des dirigeants, qui doit se traduire en objectifs et en cibles précis;

- des idées sur comment on peut modifier le statu quo et devenir plus performant, qui pourront se traduire en projets concrets;
- une capacité d'exécution pour mettre en œuvre nos idées et produire des améliorations durables.

Le troisième levier, celui de l'exécution, représente souvent le maillon faible dans les organisations. Or, on observe que les organisations qui ont une capacité d'exécution qui dépasse celle de leurs pairs et qui réussissent des percées significatives sur la plan de la performance suivent certaines règles de base qui sont résumées ci-dessous :

1. Elles se fixent des objectifs organisationnels et des objectifs pour chaque division ou chaque secteur, en nombre limité. Ici s'applique un principe important : moins on fait de choses simultanément, plus vite on atteint des résultats. Elles investissent dans un portfolio de projets d'amélioration visant spécifiquement à atteindre ces objectifs et choisissent grâce à un processus de sélection rigoureux.
2. Elles ont du focus (quelques projets à la fois) et le courage de reconnaître les zones de non-performance sur lesquelles elles ne travailleront pas dans l'immédiat.
3. Elles ont un système formel de suivi périodique des projets par les gestionnaires et les dirigeants et les progrès sont communiqués de manière transparente dans l'organisation. Cette transparence, jumelée au désir toujours présent de servir les clients, devient une source supplémentaire de motivation.
4. Elles font des efforts pour diffuser les bonnes idées et les nouvelles méthodes développées dans le cadre des projets à toute l'organisation (souvent en standardisant des processus).

L'une des limitations dans les organisations de santé est le temps alloué pour la gestion des projets stratégiques. Dans les entreprises privées, un chargé de projet est habituellement assigné à temps plein pour piloter le projet. Dans les établissements de santé et de services sociaux, on s'attend souvent à ce que la personne désignée accomplisse ce travail au-delà de sa tâche première. Déployer les ressources appropriées implique d'identifier et de libérer des *leaders* pour piloter le changement, de les former et de les soutenir tout au long du processus de changement.

Ce cadre de référence de l'IHI a largement inspiré le choix des objectifs régionaux et les principes directeurs mis de l'avant dans la dernière section.

5. Principes directeurs

Pour cette planification stratégique, l'Agence et les établissements de la région ont décidé de faire un pas de plus en se dotant d'un mode de fonctionnement qui contribuera à rehausser la capacité d'exécution, afin de livrer des améliorations concrètes et durables en lien avec les objectifs stratégiques.

Pour ce faire, l'Agence a adopté un cadre de mise en œuvre de la planification stratégique régionale 2010-2015 qui s'inspire des données probantes et du modèle de l'IHI décrit dans la section 4. Ce cadre repose sur les trois principes directeurs suivants :

- Se centrer sur une intention stratégique maîtresse qui se déclinera en objectifs et en projets concrets au niveau des établissements et de l'Agence, dans le respect du mandat et des priorités de chacun;
- Accroître la capacité d'exécution en déployant un mode de gestion par projets, en renforçant la culture d'amélioration et en développant les compétences requises;
- Faire évoluer la gouvernance régionale en adhérant à une vision renouvelée du rôle de l'Agence.

5.1 Se centrer sur une intention stratégique maîtresse : accroître l'accès à des continuums d'intervention performants

Cette intention stratégique répond au besoin exprimé le plus fréquemment par la population et permet, de plus, de tenir compte de l'ensemble des besoins dans l'esprit de l'approche populationnelle. Elle représente ainsi l'intérêt supérieur partagé entre les acteurs de la région, auxquels adhèrent solidairement l'ensemble des partenaires. L'Agence et chacun des établissements auront la responsabilité d'identifier des objectifs prioritaires qui découlent de cette intention stratégique maîtresse. Les objectifs de l'Agence font partie intégrante de ce plan stratégique et sont présentés à la section 6.

5.2 Accroître la capacité d'exécution

5.2.1 Déployer un mode de gestion par projets

Les établissements et l'Agence veulent miser sur l'accroissement de la capacité des équipes d'exécuter des projets visant à optimiser leurs processus ainsi qu'à s'adapter aux besoins et aux conditions changeantes de leur environnement.

Ainsi, les établissements et l'Agence seront appelés à participer à l'effort collectif en s'engageant à réaliser et à partager les résultats de projets jugés prioritaires pour leur organisation, compte tenu de leur responsabilité populationnelle et des grandes orientations du plan stratégique régional.

Différentes méthodes peuvent être utilisées pour guider les équipes dans le choix et la réalisation des projets (par exemple, LEAN, Six Sigma, Kaizen, etc.). Ces méthodes reposent toutes sur une démarche

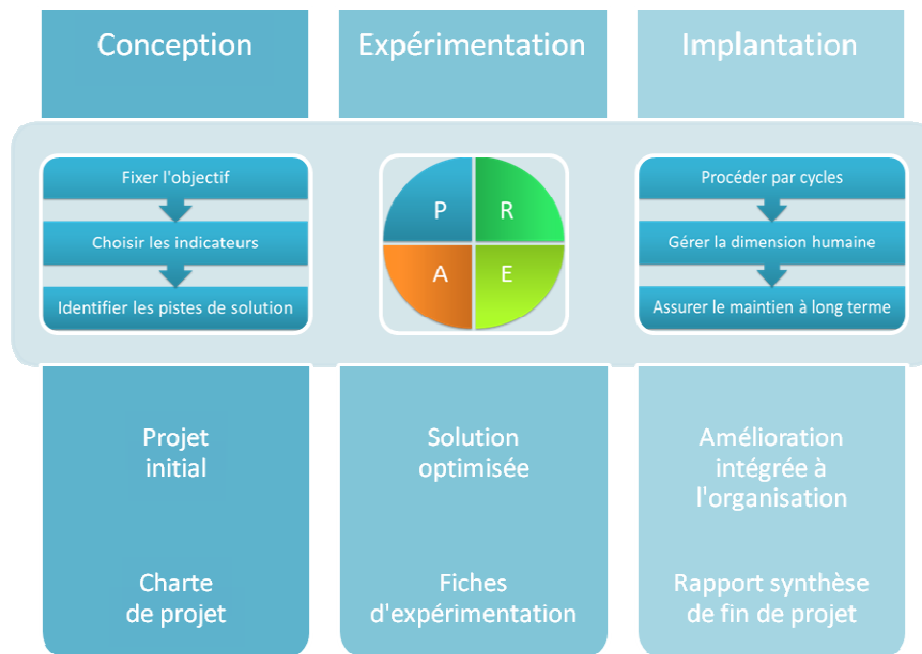
similaire qui est cyclique et qui comporte quatre étapes : Planifier, Réaliser, Étudier, Agir (en anglais, *Plan-Do-Study-Act* ou *PDSA*). Le modèle d'amélioration adopté dans la région s'inspire de ces approches et adhère de près au modèle général promu par l'IHI (Figure 4).

L'intention stratégique d'accroître l'accès à des continuums d'intervention performants se déclinera donc différemment d'un établissement à l'autre, de façon à tenir compte à la fois des contextes spécifiques, des priorités et besoins de la population locale et des projets déjà en cours ou en développement.

Les projets choisis par les établissements pourront s'inscrire en continuité avec les travaux sur les continuums et les travaux des RCA, provenir de projets déjà en développement ou en cours de réalisation, ou encore être complètement nouveaux.

Plusieurs de ces projets pourront viser directement l'un ou l'autre des objectifs du plan stratégique régional. Il sera alors avantageux pour l'ensemble de la région d'en partager les résultats. D'autres projets répondront à des préoccupations plus étroitement reliées à un contexte spécifique.

Figure 7 : Modèle montérégien pour la réalisation d'un projet d'amélioration en trois phases (inspiré du modèle de l'IHI)



5.2.2 Renforcer la culture d'amélioration et développer les compétences requises

Pour accroître l'accès à des continuums de services performants, la réalisation de quelques projets prioritaires ne suffira pas. À terme, l'enjeu est de réussir à propager une culture organisationnelle d'innovation et d'amélioration continue dans toutes les sphères d'activités et à tous les niveaux des organisations. L'engagement des dirigeants envers des projets prioritaires, l'accroissement de la

capacité d'exécution des équipes de base ainsi que le renforcement du leadership et l'acquisition de nouvelles compétences chez les gestionnaires sont les prochaines étapes du changement culturel souhaité.

Ce changement de culture implique de manière plus générale une révision de l'organisation du travail, des modes de gestion et des modes de gouvernance. Le tableau ci-dessous présente les principaux changements nécessaires pour instaurer une culture d'amélioration continue dans la perspective de répondre rapidement aux besoins des clients et d'offrir la meilleure prise en charge au meilleur coût.

Tableau 5 : Différences entre la culture traditionnelle et la culture d'amélioration continue

Culture traditionnelle	Culture d'amélioration continue
Fonctionnement en silos	Équipes interdisciplinaires
Les gestionnaires dirigent	Les gestionnaires enseignent- <i>coachent</i>
Standard de qualité : la moyenne	Recherche de la meilleure performance
Blâme sur les employés	Recherche de la source du problème
Récompense individuelle	Récompense d'équipe
Le fournisseur est l'ennemi	Le fournisseur est l'allié
Protection de l'information	Partage de l'information
Le volume diminue les coûts	L'élimination du gaspillage diminue les coûts
Focus sur les activités internes	Focus sur le client
Les experts mènent (<i>expert driven</i>)	Le processus mène (<i>process driven</i>)

Source : IHI (2005), *Going Lean in Health Care*, IHI Innovation Series 2005 White Paper, Cambridge, MA.

Un tel changement de culture représente un défi de taille pour les organisations de santé. Il ne peut se faire sans l'engagement et la détermination de tous les gestionnaires du système, y compris le corps médical, mais repose encore plus sur le leadership des dirigeants. Ces derniers devront savoir à la fois :

- communiquer efficacement cette nouvelle vision au sein de leur organisation et de leurs partenaires;
- mobiliser et outiller leurs gestionnaires pour qu'ils puissent jouer leur nouveau rôle au sein des équipes de base;
- faire face aux différentes attentes que ce changement de culture risque de susciter;
- être prêts à revoir autant les façons de faire de leur organisation que leur propre pratique de gestion.

Cependant, le défi n'est pas insurmontable et certaines expériences en ce sens démontrent des résultats forts intéressants¹.

Par ailleurs, les compétences techniques et relationnelles requises chez les gestionnaires ne sont pas innées. Elles doivent faire l'objet d'un apprentissage ou de mentorat par des pairs ayant acquis de telles compétences. Pour y arriver, le renforcement du leadership et l'acquisition de nouvelles compétences devront être à l'agenda des travaux du réseau ressources humaines et des directions des ressources humaines des établissements.

5.3 Faire évoluer la gouvernance régionale

Pour réaliser l'intention stratégique, il est souhaitable d'ajuster les rôles de l'Agence ainsi que les modes de collaboration entre l'Agence et les établissements.

Précisons d'emblée qu'il n'est nullement question de changer ni la nature ni les structures de gouvernance déjà en place dans les établissements et à l'Agence. Il s'agit plutôt de faire évoluer les modes de collaboration afin de mieux servir les prochaines étapes du projet montérégien.

Cette section rappelle les rôles et les responsabilités des principales instances. Par la suite, elle décrit comment les fonctions de l'Agence devront évoluer pour mieux soutenir les efforts d'amélioration des établissements.

5.3.1 Rôles et responsabilités

Responsabilités des CSSS

« Les responsabilités des CSSS sont de promouvoir la santé et le bien-être; accueillir, évaluer et diriger les personnes et leurs proches vers les services requis et de prendre en charge, accompagner et soutenir les personnes vulnérables. En tant qu'établissements, ils doivent également offrir une gamme de services généraux de santé et de services sociaux et certains services spécialisés. Par ailleurs, afin de couvrir l'ensemble des besoins de sa population qu'il ne peut combler à lui seul, le CSSS doit conclure des ententes de services avec d'autres partenaires (cliniques médicales, groupes de médecine de famille, centres jeunesse, centres de réadaptation, organismes communautaires, centres hospitaliers universitaires, etc.).² » Pour exercer sa responsabilité populationnelle, le CSSS doit aussi renforcer la collaboration avec les partenaires des autres secteurs d'activité.

¹ IHI (2005), *Going Lean in Health Care*, IHI Innovation Series 2005 White Paper, Cambridge, MA.

² Source : www.msss.gouv.qc.ca/reseau/rls/index.php.

Responsabilités des établissements régionaux

Les établissements régionaux ont la responsabilité d'offrir des services spécialisés d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociale à des clientèles aux prises avec des problématiques spécifiques telles la déficience physique, la déficience intellectuelle, les dépendances ainsi que les problématiques reliées aux jeunes en difficulté et leur famille.

En règle générale, les établissements régionaux s'assurent que les besoins de leur clientèle sont évalués et que les services requis sont offerts dans leurs installations ou dans les différents milieux de vie des clients tels l'école, le travail ou la résidence. Les établissements doivent également offrir des services d'accompagnement et de support à l'entourage des personnes touchées par la problématique.

Rôle de l'Agence

L'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie constitue le palier régional de gouvernance des services de santé et des services sociaux. Elle a pour mission d'assurer la coordination du réseau montérégien afin d'en améliorer la performance et ainsi contribuer à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population.

Concrètement, l'Agence doit :

- élaborer les orientations et les priorités régionales en matière de santé et de services sociaux;
- assurer l'intégration et la cohérence des services et des soins;
- allouer les budgets aux établissements;
- veiller à une prestation sécuritaire des services;
- s'assurer du respect des droits des usagers;
- exercer les fonctions régionales de la santé publique;
- promouvoir, prévenir et protéger la santé des Montérégiens;
- informer la population, les décideurs et les différents intervenants de la région sur leur état de santé et de bien-être;
- faciliter le déploiement et la gestion des réseaux locaux de services (CSSS);
- allouer les subventions aux organismes communautaires;
- s'assurer de la participation de la population à la gestion des services;
- collaborer avec les partenaires des autres secteurs d'activité;
- soutenir le développement des réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) dans les différents volets de leur mission;
- évaluer la performance du réseau montérégien³.

³ Roy, D. (2006) Un système de gouvernance régionale axé sur l'amélioration continue de la performance : le projet de santé et de bien-être de la Montérégie, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 57 p.

Rôle du CCSM⁴

Le CCSM se définit comme un réseau de dirigeants collectivement responsables d'orienter leur prise de décision dans le but d'améliorer la santé de la population du territoire montérégien.

Les objectifs :

- partager l'information;
- partager les meilleures pratiques de gestion ;
- harmoniser les offres de services des RLS et des établissements régionaux;
- faire le point sur le *monitoring* des projets locaux et régionaux ;
- suivre les résultats et les indicateurs de performance;
- déterminer les groupes de travail et leur attribuer des mandats;
- optimiser l'utilisation des ressources régionales.

Le CCSM devient ainsi la plate-forme d'échange des informations nécessaires à une prise de décision éclairée dans le respect mutuel des responsabilités des participants.

Rôle des réseaux clinico-administratifs

Les réseaux clinico-administratifs regroupent l'ensemble des continuums d'intervention, lesquels animent la collaboration entre les leaders clinico-administratifs dans la perspective d'optimiser l'impact des interventions du réseau montérégien sur la santé et le bien-être de la population en favorisant le recours aux données probantes dans les processus décisionnels et en assurant un alignement approprié entre les orientations provinciales, régionales et locales.

Rôle des réseaux ressources

Les réseaux ressources visent à optimiser l'effet de levier des différentes ressources professionnelles, médicales, matérielles, financières, technologiques et informationnelles disponibles et à favoriser un accès équitable, en Montérégie, aux ressources nécessaires à l'exercice de notre responsabilité.

L'intention stratégique qui a présidé à la mise en place des différents mécanismes de participation régionaux reste la même. Les modalités seront toutefois appelées à évoluer afin de mieux appuyer la dynamique axée sur l'amélioration qui est recherchée dans le cadre de la mise en œuvre du plan stratégique.

⁴ Vers une coalition dirigeante : un modèle de structure et de fonctionnement. Document adopté le 9 décembre 2004 par le Comité de coordination stratégique de la Montérégie (CCSM).

5.3.2 Vision renouvelée du rôle de l'Agence

Pour mieux arrimer les priorités et les modes de gouvernance entre les partenaires des paliers local, régional et national, les rôles de l'Agence et les modes de fonctionnement entre celle-ci et les établissements devront être ajustés.

La contribution distinctive et à valeur ajoutée de l'Agence, en appui aux efforts d'amélioration des établissements, se résume essentiellement aux quatre grandes fonctions suivantes : orienter les actions, soutenir les efforts d'amélioration, suivre et rendre compte des résultats et assurer l'équité.

Dans l'exercice de chacune de ces fonctions, l'Agence souhaite travailler en mode collaboratif avec chacun des établissements de la région, tout en continuant d'assurer un leadership régional et de favoriser la recherche de consensus entre les membres du CCSM et des réseaux qui s'y rattachent relativement aux grandes orientations stratégiques.

Orienter les actions

En plus de proposer une vision et des objectifs stratégiques, l'Agence s'assure que les cibles des projets d'innovation, d'amélioration et d'optimisation sont en lien direct avec les grandes orientations du MSSS et les besoins de la population de la région. Elle dirige, et redirige au besoin, les efforts d'adaptation et d'amélioration vers les grands enjeux du plan stratégique.

Pour les cinq prochaines années, l'Agence s'engage de plus à servir d'exemple en optimisant ses propres processus, en poursuivant ses efforts pour recentrer ses activités autour de ses clients, en encourageant le développement ou le maintien d'une culture d'amélioration continue au sein de chacune de ses équipes de travail et en menant elle-même à terme un ou plusieurs projets d'amélioration spécifiques par année. Ces projets d'amélioration seront diffusés, avec les projets d'innovation du LEGG et les projets d'amélioration des établissements, lors des sommets annuels⁵.

L'Agence s'engage également à proposer, chaque année, un thème à approfondir en lien avec l'objectif commun, thème qui sera choisi à partir des préoccupations des dirigeants.

Soutenir l'amélioration

L'Agence offre différents services aux établissements pour mieux accompagner le changement (services-conseils, ressources, expertises, mise en réseau, coordination), et elle crée les conditions propices (autonomie, marge de manœuvre locale, appui du MSSS) pour que les établissements soient vraiment en mesure d'améliorer leur performance.

Pour ce faire, l'Agence travaille en étroite collaboration avec les équipes qui développent des projets d'amélioration dans les établissements, elle aide à documenter les efforts consentis et les résultats

⁵ Pour l'année 2009-2010, le projet d'amélioration spécifique pourrait être la mise en place d'un nouveau mode de fonctionnement Agence-établissements en matière de gestion de l'information.

obtenus, elle apprend avec ses partenaires et favorise le partage des différents apprentissages. Elle participe, lorsque pertinent, à la réflexion et à l'élaboration des solutions.

Pour développer et maintenir des liens plus étroits avec ses partenaires, les représentants de l'Agence se déplacent plus régulièrement vers les établissements, non pas pour contrôler, mais pour mieux comprendre leur réalité, pour voir ce qui s'y passe, pour engager et maintenir une communication ouverte et constante. Ces rencontres régulières « sur le terrain » favorisent le développement de relations de confiance, le maintien d'un dialogue productif entre les partenaires et le partage d'information entre les deux niveaux.

Bref, l'Agence soutient de façon proactive les établissements dans leur effort d'amélioration et profite pleinement de sa position unique pour favoriser les bons contacts, au bon moment, entre les personnes de différents établissements. De plus, elle fait tout ce qui est en son pouvoir pour alléger les formalités administratives afin de recentrer les énergies et les échanges sur les efforts et les résultats d'amélioration.

Ce type de collaboration entre l'Agence et les établissements représente pour plusieurs un virage important. En effet, malgré les efforts et la mise en place de mécanismes de collaboration, force est de reconnaître qu'il existe encore de la méfiance entre les établissements et l'Agence. Cette méfiance vient peut-être du fait que l'Agence, en même temps qu'elle cherche à soutenir les établissements, doit exercer un contrôle, pour le MSSS, sur un nombre considérable de dossiers. Cette tension entre soutien et contrôle peut être mieux dirigée, de manière à ce que ces deux forces convergent vers une même finalité : l'exercice performant de la responsabilité populationnelle.

Suivre et rendre compte des résultats

L'une des fonctions primordiales de l'Agence demeure la gestion de l'imputabilité et la reddition de comptes au MSSS au regard des services rendus à la population de la région. L'Agence s'acquitte de son obligation de reddition de comptes au MSSS par le monitoring continu, pour la région, des différents indicateurs découlant du plan stratégique ministériel.

L'entente de gestion Agence-établissements permet une reddition de comptes axée sur l'amélioration et les résultats plutôt que sur les moyens. Cette modalité de gouvernance vise à être la plus constructive possible et à libérer les établissements, autant que cela sera possible, des fardeaux administratifs liés à la reddition de comptes.

Assurer l'équité

L'Agence veille enfin à ce que la répartition des ressources soit la plus juste possible, en fonction des orientations et règles ministérielles, des besoins de la population desservie et des contraintes organisationnelles propres à chaque établissement. Elle arbitre la répartition régionale des ressources, après consultation avec les directeurs généraux des établissements.

L'octroi des ressources s'effectue en tenant compte à la fois de l'agenda d'amélioration de l'établissement, en même temps que de l'ensemble des enjeux auxquels il est confronté au niveau des ressources financières, humaines, technologiques, matérielles et informationnelles. En d'autres termes, le processus d'allocation vise à mieux utiliser les ressources en appui à la stratégie d'amélioration de la

performance préconisée, en l’adaptant au contexte particulier de chaque établissement. Enfin, l’allocation tient compte du degré d’atteinte des résultats, de manière à inciter les acteurs et à valoriser les efforts et la performance.

Tableau 6 : Rôle et mode de fonctionnement de l’Agence en lien avec l’amélioration

<p>Quatre grandes fonctions</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Orienter : L’Agence assume un leadership régional en proposant une vision forte, des objectifs stratégiques mobilisateurs et en s’assurant que les cibles des projets d’amélioration sont en lien direct avec les grandes orientations du MSSS et les besoins de la population de la région.▪ Soutenir : L’Agence offre différents services aux établissements pour mieux accompagner le changement (services-conseils, ressources, expertises, mise en réseau, coordination) et elle crée les conditions propices (autonomie, marge de manœuvre locale, appui du MSSS) pour que les établissements soient vraiment en mesure d’améliorer leur performance.▪ Suivre et rendre compte des résultats : L’Agence assure le suivi des résultats des projets d’amélioration dans la région. Elle continue, par ailleurs, de s’acquitter de son obligation de reddition de comptes au MSSS.▪ Assurer l’équité : L’Agence veille à ce que la répartition des ressources soit la plus juste possible, en fonction des besoins, des contraintes et du degré d’atteinte des résultats et agit comme arbitre au besoin.
<p>Mode de fonctionnement privilégié :</p> <p>L’Agence assume un leadership régional, recherche le consensus du CCSM sur les grandes orientations stratégiques et travaille en mode collaboratif avec les établissements pour la réalisation et le suivi des projets d’amélioration spécifiques.</p>

Tout comme le changement de culture proposé aux établissements pour soutenir une véritable culture d’amélioration dans leur organisation représente un défi majeur pour les dirigeants des établissements, les dirigeants de l’Agence sont conscients que les ajustements qu’ils s’engagent à réaliser, et qui auront des répercussions à la fois sur leurs façons de faire et leurs façons d’interagir avec les établissements, représentent un défi tout aussi grand. Ils s’engagent solidairement dans cette démarche à faire converger leurs actions de façon à favoriser l’atteinte des objectifs d’amélioration visés, en accord avec les principes qui fondent la culture d’amélioration continue.

En somme, l’objectif est de mettre tout en œuvre pour assurer la convergence des actions de l’Agence en appui aux projets d’amélioration des établissements et que les résultats de ces projets profitent à l’ensemble de la région.

Pour y arriver, il faudra consolider les liens de confiance, ce qui exige de respecter les rôles respectifs, l’autonomie, les contraintes et les impératifs de chacun des partenaires. Cela dit, les zones d’interdépendance et les pressions environnementales croissantes qui s’exercent sur le réseau incitent à une cohésion plus grande des efforts d’amélioration et à un partage de leurs résultats.

Il s’agit là d’un défi prioritaire, non seulement pour l’Agence et les établissements, mais aussi pour les structures participatives régionales qui pourront agir comme lieu d’échange privilégié, et ainsi être en mesure d’apporter une contribution significative dans l’amélioration de la performance tant au niveau local que régional.

6. Enjeux, orientations et objectifs pour 2010-2015

Cette section présente les objectifs que la région entend poursuivre au cours des cinq prochaines années. Par souci de cohérence entre les paliers et en réponse aux constats du Vérificateur général du Québec pour l'année 2007-2008, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a formulé des attentes précises à l'égard des agences. En effet, il est attendu que celles-ci intègrent dans leur plan stratégique les objectifs du MSSS qui les concernent. Par conséquent, les objectifs décrits dans cette section reprennent les enjeux, orientations et objectifs du plan stratégique 2010-2015 du MSSS (tableau 7), en faisant ressortir ceux pour lesquels un engagement régional est attendu.

Tableau 7. Liste des enjeux et orientations du plan stratégique du MSSS

Enjeu 1 L'action en amont des problèmes et la réduction des inégalités de santé et de bien-être

Orientation 1.1 Agir de façon concertée sur les principaux déterminants de la santé et du bien-être

Enjeu 2 La primauté des services de première ligne dans une perspective d'intégration et de hiérarchisation des services

Orientation 2.1 Améliorer l'accès aux services généraux de première ligne

Orientation 2.2 Assurer un suivi interdisciplinaire et continue des clientèles ayant des besoins particuliers

Orientation 2.3 Répondre aux besoins d'une population vieillissante

Orientation 2.4 Favoriser le soutien à domicile des personnes ayant des incapacités

Enjeu 3 Un délai raisonnable pour l'accès aux services

Orientation 3.1 Assurer l'accès aux services dans les délais acceptables

Enjeu 4 La qualité des services et l'innovation

Orientation 4.1 Assurer la qualité et la sécurité des soins et des services

Orientation 4.2 Soutenir l'implantation des standards cliniques

Orientation 4.3 Valoriser l'apport de la mission universitaire au sein du réseau de la santé et des services sociaux

Orientation 4.4 Assurer l'intégration et la circulation de l'information clinique

Enjeu 5 L'attraction, la rétention et la contribution optimale des ressources humaines

Orientation 5.1 Assurer l'équilibre entre l'offre et la demande de main-d'œuvre qualifiée

Orientation 5.2 Offrir des conditions de travail et de pratique attractives et valorisantes

Orientation 5.3 Soutenir le renouvellement du personnel d'encadrement et l'évolution des pratiques de management

Enjeu 6 Une gestion performante et imputable

Orientation 6.1 Améliorer la performance du système de santé et de services sociaux

Orientation 6.2 Clarifier les rôles, les responsabilités et l'imputabilité des organisations et des gouvernants du réseau de la santé et des services sociaux

De plus, des objectifs spécifiques viennent s'ajouter aux objectifs formulés par le MSSS qui représentent les principales priorités régionales distinctives pour les cinq prochaines années. En conformité avec les données probantes indiquant que les organisations font des gains appréciables de performance dans la mesure où elles concentrent leurs efforts sur un nombre limité d'objectifs stratégiques, le nombre d'objectifs régionaux a été intentionnellement limité, dans la mesure du possible.

Enjeu 1

L'action en amont des problèmes et la réduction des inégalités de santé et de bien-être

Orientation 1.1

Agir de façon concertée sur les principaux déterminants de la santé et du bien-être

Axe d'intervention : Prévention dans les continuums de services

Objectifs du MSSS avec contribution de l'Agence ⁶	Indicateurs	Cibles
Assurer la mise en œuvre des activités de promotion, de prévention et de protection prévues au Programme national de santé publique (PNSP)	Pourcentage des activités du Programme national de santé publique (PNSP) implantées	85 % des activités implantées en 2015
Soutenir l'intégration de la prévention dans les services cliniques de première ligne, en donnant la priorité aux problèmes suivants : <ul style="list-style-type: none">▪ infections transmissibles sexuellement et par le sang▪ habitudes de vie et maladies chroniques▪ chutes chez les personnes âgées▪ suicide	Pourcentage des pratiques cliniques préventives prioritaires qui ont fait l'objet d'activités de soutien (en développement)	85 % des pratiques cliniques préventives prioritaires d'ici 2015

Enjeu 2

La primauté des services de première ligne dans une perspective d'intégration et de hiérarchisation des services

Orientation 2.1

Améliorer l'accès aux services généraux de première ligne

Axe d'intervention : Services médicaux et infirmiers

Objectifs spécifiques de la Montérégie	Indicateurs	Cibles
Poursuivre la mise en place de groupes de médecine de famille (GMF) (ou modèles équivalents)	Nombre total de GMF implantés	37 GMF en 2013
Accroître la disponibilité d'infirmières praticiennes spécialisées (IPS) en soins de première ligne dans la région	Nombre total d'IPS en soins de première ligne titularisées actives dans la région	88 IPS en 2015

⁶ La Montérégie adhère aux objectifs formulés par le MSSS. Notre Plan d'action régional (PAR) de santé publique, qui découle du PNSP, décrit les objectifs spécifiques de la région en matière de prévention et de santé publique. Ceux-ci ne sont pas repris ici pour des fins de concision.

Mettre en place une approche concertée avec les établissements et les universités pour actualiser le rôle des IPS et favoriser leur intégration homogène dans le réseau	Adoption d'un cadre de référence régional pour l'intégration des IPS dans le réseau montérégien	Cadre de référence adopté d'ici 2015
Favoriser le développement des pratiques collaboratives pour optimiser l'utilisation de la main-d'œuvre	Pourcentage d'installations (établissements, GMF et les cliniques-réseau) ayant adopté au moins une ordonnance collective	100 % des installations en 2015
Faciliter l'accès aux services de première ligne des CSSS pour supporter les cliniques réseaux (CR) et les GMF (prise en charge globale des usagers)	Modalités de collaboration établies entre le CSSS et le médecin responsable	Tous les CSSS en 2013

Axe d'intervention : Services psychosociaux généraux

Objectifs du MSSS avec contribution de l'Agence	Indicateurs	Cibles
Offrir un accès téléphonique rapide à une consultation en matière de services psychosociaux (information, intervention, référence-orientation, avis professionnels et conseils) par des professionnels en intervention psychosociale des CSSS, 24 heures par jour, 7 jours par semaine	Mise en place du service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux à l'échelle de la région Pourcentage des appels au service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux auxquels on a répondu dans un délai de quatre minutes ou moins	D'ici 2015 90 % des appels d'ici 2015

Orientation 2.2

Assurer un suivi interdisciplinaire et continu des clientèles ayant des besoins particuliers

Axe d'intervention : Personnes atteintes de maladies chroniques ou de cancer

Objectifs du MSSS avec contribution de l'Agence	Indicateurs	Cibles
Favoriser l'autogestion et la réadaptation des personnes atteintes de maladies chroniques dans un continuum de soins	Pourcentage de territoires locaux où est implanté un programme d'autogestion et de réadaptation (en développement)	50 % des territoires locaux d'ici 2015
Améliorer la coordination des soins et des services en oncologie pour les personnes ayant reçu un diagnostic de cancer et pour leurs proches	Pourcentage des personnes ayant reçu un diagnostic de cancer disposant d'une infirmière pivot dans un délai de 48 heures (en développement)	70 % des personnes d'ici 2015

Objectifs spécifiques de la Montérégie	Indicateurs	Cibles
À partir des résultats du modèle montérégien d'appréciation de la performance, soutenir la mise en œuvre de projets concrets d'amélioration dans les établissements pour le continuum de soins et services lutte contre le cancer	Pourcentage d'établissements ayant un projet concret d'amélioration pour le continuum de soins et de services lutte contre le cancer	50 % des établissements d'ici 2015
À partir des résultats du modèle montérégien d'appréciation de la performance, soutenir la mise en œuvre de projets concrets d'amélioration pour la prise en charge et le suivi des personnes diabétiques, atteintes de maladies pulmonaires ou cardiaques et de problèmes de santé mentale	Atelier de formation continue offert aux médecins de famille, infirmières de GMF et pharmaciens communautaires	1 atelier par RLS annuellement

Axe d'intervention : Jeunes en difficulté, personnes atteintes de problèmes de santé mentale et personnes aux prises avec une dépendance

Objectifs du MSSS avec contribution de l'Agence	Indicateurs	Cibles
Intervenir de façon concertée afin de réduire les difficultés vécues par les jeunes et les familles, dont les problèmes de négligence et les troubles de comportement, selon les orientations relatives aux jeunes en difficulté ⁷	<p>Pourcentage de territoires locaux où est offert un programme d'intervention en négligence reconnu efficace (en développement)</p> <p>Pourcentage de territoires locaux où est offert un programme d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu reconnu efficace (en développement)</p> <p>Taux de signalement suivant la fin de l'application des mesures en protection de la jeunesse</p> <p>Durée moyenne des placements</p>	<p>100 % des territoires locaux en 2015</p> <p>100 % des territoires locaux d'ici 2015</p> <p>Diminution</p> <p>Diminution</p>
Favoriser la continuité des soins et la stabilité des liens pour les enfants placés en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse	Nombre moyen de déplacements vécus par les enfants/jeunes au cours d'une période de trois ans à compter de leur prise en charge (en développement)	Diminution
Assurer aux personnes qui le requièrent des services de santé mentale de première ligne par une équipe multidisciplinaire	Nombre de jeunes et d'adultes ayant des troubles mentaux qui reçoivent des services de santé mentale de première ligne offerts en CSSS	2 % des jeunes et des adultes d'ici 2015

⁷ Ces interventions se réaliseront en s'appuyant sur des continuums de services qui impliquent les CSSS et le Centre jeunesse.

Assurer l'accès aux services d'intégration dans la communauté, pour les adultes ayant des troubles mentaux graves	<p>Nombre de places offertes en CSSS pour les adultes ayant des troubles mentaux graves mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ un suivi intensif dans le milieu (SIM) ▪ des services de soutien d'intensité variable (SIV) 	<p>100 places par 100 000 adultes d'ici 2015</p> <p>250 places par 100 000 adultes d'ici 2015</p>
Faciliter l'accès aux personnes à risque d'abus ou de dépendance à des services de première ligne offerts en toxicomanie et en jeu pathologique	Nombre de jeunes et d'adultes ayant reçu des services en toxicomanie et en jeu pathologique de première ligne offerts par les CSSS	Augmentation
Objectifs spécifiques de la Montérégie	Indicateurs	Cibles
À partir des résultats du modèle montérégien d'évaluation de la performance, soutenir la mise en œuvre de projets concrets d'amélioration dans les RLS pour le continuum de services santé mentale-jeunes	Pourcentage de territoires ayant un projet concret d'amélioration dans les RLS pour le continuum de services santé mentale-jeunes	75 % de territoires d'ici 2015
Optimiser l'offre de services de crise déjà existante et mettre en place des mécanismes pour assurer l'équité d'accès dans tous les territoires	Pourcentage de RLS offrant un accès à des services de crise	100 % d'ici 2015
Actualiser le Cadre de référence Plan de service individualisé (PSI) en jeunesse	Nombre d'utilisateurs requérant des services de plus d'un établissement ayant un PSI	À déterminer avec chaque établissement

Axe d'intervention : Personnes ayant une déficience et leur famille

Objectifs du MSSS avec contribution de l'Agence	Indicateurs	Cibles
Assurer la coordination des services dispensés par plusieurs établissements aux personnes ayant une déficience et à leur famille	<p>Nombre de personnes ayant une déficience pour qui, dans l'année de référence, un plan de services individualisé (PSI) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ a été élaboré par un CR ▪ a impliqué le CSSS 	Augmentation
Objectifs spécifiques de la Montérégie	Indicateurs	Cibles
Déterminer et soutenir l'implantation des trajectoires de services régionales pour les clientèles DI-TED-DP dans tous les territoires de CSSS	Pourcentage des établissements ayant implanté des trajectoires de services	100 % des établissements d'ici 2015
Mesurer la concordance entre les trajectoires de services régionales et l'offre de service dans chaque territoire, prioritairement pour la clientèle DI-TED-DP de 0 à 5 ans	Taux de conformité des trajectoires locales aux trajectoires régionales	75 % de taux de conformité pour tous les établissements d'ici 2015

Orientation 2.3

Répondre aux besoins d'une population vieillissante

Axe d'intervention : Réseaux de services intégrés

Objectifs du MSSS avec contribution de l'Agence	Indicateurs	Cibles
Poursuivre la mise en place des réseaux de services intégrés pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (RSIPA) dans chaque territoire local, en favorisant leur implantation telle que définie dans les lignes directrices du MSSS	Degré d'implantation des réseaux de services intégrés pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (RSIPA)	55 % d'implantation à l'échelle de la région en 2015

Axe d'intervention : Adaptation des services

Objectifs du MSSS avec contribution de l'Agence	Indicateurs	Cibles
Favoriser l'adoption en centre hospitalier de pratiques organisationnelles et cliniques adaptées aux besoins particuliers des personnes âgées	Pourcentage des centres hospitaliers ayant mis en place la majorité des composantes de l'approche gériatrique (en développement)	60 % des centres hospitaliers en 2015
Objectifs spécifiques de la Montérégie	Indicateurs	Cibles
À partir des résultats du modèle montérégien d'appréciation de la performance, soutenir la mise en œuvre de projets concrets d'amélioration dans les centres hospitaliers visant l'utilisation de l'urgence par les personnes de 75 ans et plus de la Montérégie	Pourcentage de centres hospitaliers (CH) ayant un projet concret d'amélioration visant l'utilisation de l'urgence par les personnes de 75 ans et plus	50 % des CH d'ici 2015
Implanter dans chaque CH de la Montérégie un programme de maintien de la mobilité fonctionnelle et de la réduction des effets de délirium lors des épisodes de soins à l'urgence et dans les unités de soins	Nombre de CH ayant un programme de maintien de la mobilité fonctionnelle et de la réduction des effets de délirium lors des épisodes de soins	100 % des CH d'ici 2015

Orientation 2.4

Favoriser le soutien à domicile des personnes ayant des incapacités

Axe d'intervention : Services de soutien à domicile

Objectifs du MSSS avec contribution de l'Agence	Indicateurs	Cibles
Assurer une offre globale de service de soutien à domicile de longue durée pour s'adapter à l'augmentation des besoins de l'ensemble des clientèles, y compris les familles et les proches aidants	Nombre total d'heures de services de soutien à domicile de longue durée rendues par les différents modes de dispensation de services (CSSS)	Augmentation de 10 % d'ici 2015
Objectifs spécifiques de la Montérégie	Indicateurs	Cibles
Harmoniser les critères d'accès en matière de soutien à domicile (SAD) pour les personnes âgées	Pourcentage de territoires locaux ayant adopté des critères d'accès harmonisés en matière de SAD	100 % des territoires d'ici 2015

Améliorer l'accès aux différents services de maintien à domicile par le déploiement d'un progiciel d'optimisation de processus cliniques et administratifs dans la majorité des soins de première ligne	Pourcentage de CSSS utilisant le progiciel	90 % d'ici 2015
	Pourcentage d'établissements régionaux utilisant le progiciel	75 % d'ici 2015

Axe d'intervention : Diversification des milieux de vie

Objectifs du MSSS avec contribution de l'Agence	Indicateurs	Cibles
Augmenter et diversifier l'offre de milieux de vie accessibles aux personnes ayant des incapacités significatives et persistantes (personnes âgées en perte d'autonomie, personnes atteintes de déficience, personnes atteintes de problèmes de santé mentale et autres)	Nombre de places en ressources résidentielles de proximité	Augmentation

Enjeu 3

Un délai raisonnable pour l'accès aux services

Orientation 3.1

Assurer l'accès aux services dans les délais acceptables

Axe d'intervention : Services sociaux et de réadaptation

Objectifs du MSSS avec contribution de l'Agence	Indicateurs	Cibles
Assurer aux personnes ayant une déficience un accès aux services dont elles ont besoin dans les délais établis : <ul style="list-style-type: none"> ▪ pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité urgente : 3 jours ▪ pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité élevée : 30 jours en CSSS et 90 jours en CR ▪ pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité modérée : 1 an 	Pourcentage de personnes ayant une déficience traitées dans les délais établis	90 % des personnes traitées dans les délais établis en 2015
Assurer aux personnes ayant une dépendance, un accès aux services d'évaluation spécialisée dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins	Pourcentage des personnes qui sont évaluées en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins	80 % des personnes en 2015

Axe d'intervention : Médecine et chirurgie

Objectifs du MSSS avec contribution de l'Agence	Indicateurs	Cibles
Assurer aux personnes inscrites au mécanisme central un accès aux chirurgies dans un délai de 6 mois	<p>Pourcentage de personnes inscrites au mécanisme central traitées à l'intérieur de 6 mois pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ une chirurgie d'un jour ▪ une chirurgie avec hospitalisation ▪ une arthroplastie totale de la hanche ▪ une arthroplastie totale du genou ▪ une cataracte ▪ autres chirurgies (à préciser) 	90 % des personnes en 2015
Assurer aux personnes atteintes d'une maladie cardiovasculaire les services dans les délais établis	<p>Pourcentage des personnes traitées à l'intérieur des délais établis :</p> <p>Hémodynamie</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Catégorie A : moins de 2 semaines ▪ Catégorie B : de 2 semaines à 2 mois <p>Chirurgie cardiaque</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Catégorie A : moins de 2 sem. ▪ Catégorie B : de 2 semaines à 3 mois <p>Électrophysiologie</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Catégorie A : moins de 72 heures ▪ Catégorie B : de 72 heures à 3 mois 	<p>100 % des personnes</p> <p>90 % des personnes</p> <p>100 % des personnes</p> <p>90 % des personnes</p> <p>100 % des personnes</p> <p>75 % des personnes</p>
Assurer aux personnes atteintes de cancer les services à l'intérieur d'un délai de 28 jours	<p>Pourcentage de personnes traitées à l'intérieur d'un délai de 28 jours en :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ radio-oncologie ▪ chirurgie oncologique ▪ chimiothérapie/traitements systémiques (en développement) 	90 % des personnes en 2015
Objectifs spécifiques de la Montérégie	Indicateurs	Cibles
Assurer l'utilisation optimale des plateaux techniques et opératoires au bénéfice de la population par la collaboration inter-établissements	Nombre global de chirurgies effectuées dans la région	Augmentation

Poursuivre le déploiement du projet de prise en charge rapide et de détection précoce des infarctus du myocarde sur l'ensemble du territoire de la Montérégie	Pourcentage de CH participant au projet	100 % des CH d'ici 2015
---	---	-------------------------

Axe d'intervention : Urgences

Objectifs du MSSS avec contribution de l'Agence	Indicateurs	Cibles
Assurer une durée de séjour acceptable à l'urgence pour les personnes sur civière	Pourcentage des séjours de 24 heures et plus sur civière	Au plus 15 % des séjours en 2015
	Pourcentage des séjours de 48 heures et plus sur civière	Moins de 1 % en 2015
	Séjour moyen sur civière	12 heures ou moins
Objectifs spécifiques de la Montérégie	Indicateurs	Cibles
Revoir la desserte ambulancière de la Montérégie afin qu'elle s'inscrive le plus possible dans le respect des découpages territoriaux des CSSS, tout en tenant compte des corridors de spécialités reconnus. Ces travaux seront menés en collaboration avec les centres de communication santé de la région et les CSSS.	Définition des dessertes ambulancières et des critères d'orientation	D'ici 2015

Axe d'intervention : Santé mentale

Objectifs du MSSS avec contribution de l'Agence	Indicateurs	Cibles
Assurer aux personnes ayant des problèmes de santé mentale l'accès : <ul style="list-style-type: none"> ▪ aux services spécifiques de première ligne offerts par les CSSS à l'intérieur de 30 jours ▪ aux services spécialisés de deuxième et troisième lignes à l'intérieur de 60 jours 	Pourcentage de personnes dont les services ont débuté à l'intérieur des délais établis	90 % des personnes d'ici 2015

Axe d'intervention : Références aux services médicaux spécialisés

Objectifs du MSSS avec contribution de l'Agence	Indicateurs	Cibles
Améliorer l'accès aux services diagnostiques et aux médecins spécialistes pour les personnes présentant certaines conditions cliniques et référées par un médecin de famille	Pourcentage des CSSS ayant un mécanisme d'accès aux services diagnostiques et aux médecins spécialistes pour les personnes présentant des conditions cliniques de nature subaiguë ou semi-urgente et référée par un médecin de famille (en développement)	75 % des CSSS en 2015

Objectifs spécifiques de la Montérégie	Indicateurs	Cibles
S'assurer que les corridors de services liés aux RUIS sont cohérents avec notre organisation des services de santé	Pourcentage d'établissements visés par des ententes formelles avec les différents RUIS en fonction des critères d'accessibilité, de continuité et en prenant en compte les corridors traditionnels	100 % des CSSS et des établissements régionaux en 2015

Enjeu 4

La qualité des services et l'innovation

Orientation 4.1

Assurer la qualité et la sécurité des soins et des services

Axe d'intervention : Démarche intégrée de qualité

Objectifs spécifiques de la Montérégie	Indicateurs	Cibles
S'assurer de l'adoption par les établissements publics d'une politique d'assurance qualité	Pourcentage des établissements ayant adopté une politique d'assurance qualité	100 % des établissements d'ici 2015

Axe d'intervention : Contrôle des infections nosocomiales

Objectifs du MSSS avec contribution de l'Agence	Indicateurs	Cibles
Maintenir les taux d'infections nosocomiales faisant l'objet d'une surveillance provinciale inférieurs ou égaux aux seuils établis	Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis	90 % des CHSGS en 2015

Orientation 4.2

Soutenir l'implantation des standards cliniques

La mise en œuvre de cette orientation relève du MSSS.

Orientation 4.3

Valoriser l'apport de la mission universitaire au sein du réseau de la santé et des services sociaux

La mise en œuvre de cette orientation relève du MSSS.

Orientation 4.4

Assurer l'intégration et la circulation de l'information clinique

Objectifs spécifiques de la Montérégie	Indicateurs	Cibles
Réaliser l'analyse préliminaire, préparer un plan d'affaires et débiter l'implantation (si le plan est approuvé) du DCI dans tous les établissements de la Montérégie	Analyse préliminaire Plan d'affaires Pourcentage d'établissements ayant amorcé des travaux d'implantation	2010-2011 2011-2012 100 % en 2015
Réaliser un projet combinant l'implantation du DME, l'accès aux résultats de laboratoire, l'accès au médicament communautaire selon la disponibilité du DSQ	Plan d'affaires Pourcentage des GMF et nombre de cliniques privées où le DME est implanté	2011-2012 100 % des GMF et la majorité des cliniques privées en 2015

Enjeu 5

L'attraction, la rétention et la contribution optimale des ressources humaines

Orientation 5.1

Assurer l'équilibre entre l'offre et la demande de main-d'œuvre qualifiée

Axe d'intervention : Disponibilité de la main-d'œuvre médicale

Objectifs spécifiques de la Montérégie	Indicateurs	Cibles
Revoir l'organisation des services médicaux dans la région à l'occasion de l'élaboration du plan quinquennal d'effectifs en médecine spécialisée en tenant compte de projets structurants tels l'hôpital de Vaudreuil-Soulanges, le rapatriement de la clientèle desservie à Montréal et l'organisation des services en Montérégie-Ouest	Plan quinquennal d'effectifs en médecine spécialisée par territoire de RLS et pour l'Hôpital Charles LeMoine et les établissements régionaux	80 % du recrutement autorisé d'ici 2015
Assurer une répartition équitable de nouveaux médecins de famille dans tous les territoires de la Montérégie	Plan régional d'effectifs en médecine générale	

Axe d'intervention : Disponibilité et utilisation optimale de la main-d'œuvre du réseau

Objectifs du MSSS avec contribution de l'Agence	Indicateurs	Cibles
Produire et mettre à jour annuellement le plan de main-d'œuvre aux paliers local, régional et national de façon à identifier et mettre en œuvre les stratégies pour assurer l'équilibre entre les effectifs requis et disponibles	Pourcentage des établissements et des agences ayant mis à jour annuellement un plan de main-d'œuvre	100 % des établissements et des agences

Assurer une utilisation optimale des compétences du personnel par la mobilisation des établissements à réaliser une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail	Pourcentage des établissements ayant réalisé une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail	100 % des établissements d'ici 2015
Réduire le temps travaillé en heures supplémentaires dans l'ensemble des secteurs d'activité	Pourcentage des heures travaillées en heures supplémentaires	Diminution de 10 % d'ici 2015
Réduire le recours à la main-d'œuvre indépendante dans les secteurs d'activité clinique	Pourcentage des heures travaillées par du personnel clinique à l'emploi des agences privées (soins infirmiers, autres secteurs à préciser)	Diminution de 25 % en soins infirmiers d'ici 2015
Objectifs spécifiques de la Montérégie	Indicateurs	Cibles
Mettre en place un processus régional d'identification des titres d'emploi en vulnérabilité et déployer une stratégie régionale pour augmenter la visibilité et l'attraction	Mise en œuvre de la stratégie	2011

Orientation 5.2

Offrir des conditions de travail et de pratique attractives et valorisantes

Axe d'intervention : Rétention et mieux-être au travail

Objectifs du MSSS avec contribution de l'Agence	Indicateurs	Cibles
Mettre en œuvre des mesures pour améliorer le climat de travail et favoriser la santé et le bien-être du personnel du réseau et du MSSS en s'appuyant sur les programmes de type Entreprise en santé	Pourcentage des établissements ayant obtenu un agrément incluant le volet mobilisation des ressources humaines Pourcentage des établissements accrédités par un programme reconnu visant l'amélioration du climat de travail Ratio des heures en assurance salaire par rapport aux heures travaillées	100 % des établissements d'ici 2015 50 % des établissements d'ici 2015 Diminution de 7,1 % d'ici 2015
Favoriser l'adaptation de la relève professionnelle à la profession et au milieu de travail	Pourcentage des établissements ayant mis en œuvre un programme de soutien à la relève professionnelle	100 % des établissements d'ici 2015

Orientation 5.3

Soutenir le renouvellement du personnel d'encadrement et l'évolution des pratiques de management

Objectifs spécifiques de la Montérégie	Indicateurs	Cibles
Développer un programme de formation et des outils pour soutenir les gestionnaires qui agissent comme leader et agent de changement dans des projets de transformation et d'amélioration de la performance	Pourcentage des gestionnaires qui pilotent des projets ayant participé au programme de formation	75 % des gestionnaires d'ici 2015
Élaborer un modèle régional pour la relève du personnel d'encadrement de niveau supérieur et intermédiaire pouvant être adapté par les établissements en fonction de leur contexte	Nombre de professionnels et de cadres intermédiaires admis aux programmes de relève de chaque établissement Nombre de personnes qui ont accédé à un poste de cadre	À déterminer annuellement

Enjeu 6

Une gestion performante et imputable

Orientation 6.1

Améliorer la performance du système de santé et de services sociaux

Axe d'intervention : Optimisation de l'utilisation des ressources

Objectifs du MSSS avec contribution de l'Agence	Indicateurs	Cibles
Mettre en œuvre des projets structurés d'optimisation de l'utilisation des ressources	Pourcentage des établissements ayant réalisé un projet d'optimisation de l'utilisation des ressources	75 % des établissements en 2015
Objectifs spécifiques de la Montérégie	Indicateurs	Cibles
Optimiser l'utilisation des ressources informationnelles par la réalisation de projets misant sur la standardisation, la normalisation et le regroupement des ressources	Adoption des orientations concernant les achats regroupés et la standardisation de PACS, SIP, DME et ordinateurs personnels Adoption des orientations pour la standardisation et le regroupement pour SIIATH, salles de traitements, Lotus Notes et DCI	2011-2012 2011-2012

Créer le bureau régional de projet informatique offrant les services : <ul style="list-style-type: none"> ▪ de gestion de portefeuille de projets, notamment pour les projets nationaux et régionaux ▪ de formation en gestion de projets ▪ d'utilisation d'outils de gestion de projets 	Implantation du bureau de projet régional	2011-2012
Intégrer les données sur le suivi financier et la productivité au modèle d'appréciation de la performance utilisé dans la région	Analyses de <i>benchmarking</i>	2014-2015

Axe d'intervention : Amélioration de la performance

Objectifs spécifiques de la Montérégie	Indicateurs	Cibles
Développer la capacité d'exécution du réseau montérégien en déployant un cycle annuel de réalisation de projets structurés d'amélioration de la performance à l'Agence et dans les établissements	Pourcentage d'organisations ayant réalisé au moins un projet d'amélioration	100 % d'ici 2015

Axe d'intervention : Suivi et rétroaction sur la performance

Objectifs spécifiques de la Montérégie	Indicateurs	Cibles
Déployer un cycle annuel d'appréciation de la performance du réseau de santé et de services sociaux de la Montérégie en fonction de priorités convenues régionalement	Identification et réalisation de portraits d'appréciation de la performance sur une base annuelle	1 ou 2 portraits par année, selon la portée des thèmes choisis
Assurer un accompagnement à l'interprétation et l'utilisation des résultats de performance auprès des établissements concernés	Production et diffusion des rapports de performance	Selon les portraits réalisés

Conclusion

La création des réseaux locaux de services a été l'occasion, en Montérégie, de lancer une dynamique de collaboration à grande échelle. Pour les dirigeants de la région, la planification stratégique 2010-2015 est maintenant l'occasion d'aller plus loin en concertant leurs actions pour devenir de véritables partenaires pour l'amélioration.

Inspirée par des travaux de pointe au plan international, la mise en œuvre de la planification stratégique régionale 2010-2015 repose sur trois principes directeurs :

- se centrer sur une intention stratégique maîtresse qui se déclinera en objectifs et en projets concrets au niveau des établissements et de l'Agence, dans le respect du mandat et des priorités de chacun;
- accroître la capacité d'exécution en déployant un mode de gestion par projets, en renforçant la culture d'amélioration et en développant les compétences requises;
- faire évoluer la gouvernance régionale en adhérant à une vision renouvelée du rôle de l'Agence.

La conjoncture économique et les pressions environnementales exercées sur le système de santé et de services sociaux exigent des solutions novatrices qui reposent sur l'engagement de tous les acteurs régionaux. Les dirigeants de l'Agence et des établissements de la région sont convaincus que le nouveau mode de fonctionnement préconisé dans cette planification stratégique contribuera à améliorer de façon tangible la réponse aux besoins de la population montérégienne.

Annexe 1 Résumé des consultations

En Montérégie, le processus de consultation sur la planification stratégique 2010-2015 de l'Agence s'est échelonné du 31 mai au 22 juin 2010.

Tel que prévu par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, l'Agence a entrepris une démarche visant à recueillir les commentaires de ses instances et de ses partenaires (voir tableau 8) concernés par l'amélioration des services de santé et des services sociaux en Montérégie.

Tableau 8 : Liste des instances et des partenaires

- Forum de la population
- Commission infirmière régionale (CIR)
- Commission multidisciplinaire régionale (CMuR)
- Département régional de médecine générale (DRMG)
- Table régionale des chefs de départements de médecine spécialisée
- Comité régional sur les services pharmaceutiques
- Partenaires intersectoriels : Conférences régionales des élus (CRÉ), municipalités régionales de comtés (MRC), organismes socio-économiques, commissions scolaires, cégeps, université, regroupement des CPE, directions régionales de ministères
- Organismes communautaires de la région

La démarche de consultation avait pour but de recueillir les commentaires des instances et des partenaires, de bonifier les propositions initiales de l'Agence et de favoriser l'adhésion du milieu montérégien au plan stratégique régional des cinq prochaines années.

Dans le cadre de cet exercice de consultation, les partenaires et les instances de l'Agence ont été consultés de façon différente. Des rencontres de consultation régionales ont été réalisées les 8 et 9 juin 2010 avec les partenaires et les organismes communautaires, tandis que les commissions professionnelles régionales et le Forum de la population ont été invités à commenter la planification stratégique dans le cadre d'une réunion spécifique de leur groupe. Quant aux instances médicales, celles-ci ont été consultées lors des réunions prévues à leur agenda de rencontres aux mois de mai et de juin.

Consultation des partenaires

Pour maximiser les échanges, l'Agence a produit et diffusé le document : *Partenaires pour l'amélioration – Document de consultation*. Ce document présentait le portrait de la région, les objectifs ministériels et les objectifs régionaux, les priorités régionales soumises à la consultation et les questions de consultation qui y étaient associées (voir tableau 9).

Tableau 9 : Priorités régionales soumises à la consultation et questions de consultation

Priorités régionales	Questions de consultation
<p>1. L'action en amont des problèmes et la réduction des inégalités de santé et de bien-être</p> <p><i>Assurer la mise en oeuvre des activités de promotion, de prévention et de protection prévues au PNSP et soutenir l'intégration des activités de prévention aux services de 1^{re} ligne.</i></p>	<p>Question 1 : Partagez-vous l'idée que des actions préventives se doivent d'être présentes et maintenues auprès de tous les groupes d'âge et dans tous les continuums de services afin de réduire la pression sur les services curatifs?</p>
<p>2. Accès aux services de médecine de famille</p> <p><i>Faciliter l'accès aux services de 1^{re} ligne et favoriser le développement de pratiques collaboratives.</i></p>	<p>Question 2 : Seriez-vous à l'aise qu'une infirmière, conformément à une entente avec votre médecin de famille, puisse ajuster certaines médications, demander des examens, suivre des clientèles souffrant de maladies chroniques?</p>
<p>3. Personnes âgées, maladies chroniques et services à domicile</p> <p><i>Améliorer l'accès aux services à domicile aux personnes âgées et aux personnes atteintes de maladies chroniques.</i></p>	<p>Question 3 : Seriez-vous d'accord que, dans les cinq prochaines années, tout soit mis en œuvre pour permettre aux personnes âgées et à celles vivant avec une maladie chronique de continuer à vivre dans leur domicile?</p>
<p>4. Santé mentale</p> <p><i>Soutenir les projets d'amélioration dans les RLS pour le continuum de services santé mentale-jeunes.</i></p>	<p>Question 4 : Seriez-vous à l'aise pour que les services aux personnes atteintes de maladie mentale se fassent en 1^{re} ligne, dans une perspective de collaboration entre les médecins de famille, les professionnels des CSSS, les équipes spécialisées et les psychiatres?</p>
<p>5. Accessibilité aux services spécialisés : DI-TED-DP, dépendances et jeunes</p> <p><i>Soutenir l'implantation des trajectoires de services pour les clientèles DI-TED-DP et actualiser le PSI jeunesse.</i></p>	<p>Question 5 : Seriez-vous d'accord pour que les services en DI-TED-DP, dépendances et jeunes soient assurés d'abord par le CSSS et, par la suite, s'il y a lieu, par un établissement spécialisé?</p>
<p>6. Organisation des services médicaux</p> <p><i>Revoir l'organisation des services médicaux et assurer l'utilisation optimale des plateaux techniques dans la région.</i></p>	<p>Question 6 : Pour améliorer l'accès à la plupart des services spécialisés, êtes-vous d'accord pour que certaines spécialités soient concentrées dans quelques hôpitaux de la Montérégie?</p> <p>Question 7 : Accepteriez-vous d'être opéré par votre chirurgien dans un autre hôpital que celui de votre CSSS?</p>
<p>7. Services d'urgence des hôpitaux</p> <p><i>Réviser la répartition ambulancière et soutenir des projets d'amélioration visant l'utilisation de l'urgence par les personnes de 75 ans et plus.</i></p>	<p>Question 8 : Parmi l'ensemble des personnes qui consultent à l'urgence, êtes-vous d'accord pour que la région accorde une attention particulière à la clientèle de 75 ans et plus, dans la perspective d'une meilleure prise en charge avant, pendant et après leur séjour à l'urgence?</p>
	<p>Question 9 : Selon vous, quel est l'ordre d'importance des priorités régionales : du plus important (1) au moins important (7)?</p>

Plus de 600 groupes ont été invités aux rencontres de consultation régionale. Au total, 119 personnes ont participé à l'une ou l'autre des rencontres, soit 20 % des groupes invités. L'assistance des deux rencontres était majoritairement composée de représentants d'organismes communautaires. Cette forte représentation s'explique par le fait que 75 % des invitations leur étaient adressées.

Dans l'ensemble, les partenaires ont bien accueilli les priorités régionales. Plusieurs ont souligné qu'il est difficile, voire impossible, de mettre un ordre d'importance sur ces priorités et qu'à leurs yeux, elles semblent toutes égales. En plus des commentaires recueillis lors des rencontres de consultation, la Table régionale des organismes communautaires et bénévoles de la Montérégie (TROCM) a remis à l'Agence un document rassemblant ses commentaires.

Voici un bref résumé des commentaires reçus :

Priorité 1 : L'action en amont des problèmes et la réduction des inégalités de santé et de bien-être

Les personnes consultées ont souligné l'importance de continuer à investir dans la prévention et la promotion de la santé en protégeant les budgets qui y sont alloués. Les clientèles des 0-5 ans et des familles sont considérées prioritaires. On rappelle également l'importance du rôle joué par les organismes communautaires. Acteurs de changement sur le plan social par leur action citoyenne, ils agissent sur de nombreux déterminants sociaux.

Priorité 2 : Accès aux services de médecine de famille

Plusieurs exemples de collaborations à développer ont été signalés. De plus, les partenaires pensent que la pénurie de main-d'œuvre (notamment des infirmières) sera un facteur limitant et que d'autres efforts devront être faits pour augmenter l'accessibilité aux médecins. De façon générale, on a souligné l'importance de poursuivre les efforts consentis par les établissements pour contrer les impacts de la pénurie de main-d'œuvre.

Priorité 3 : Personnes âgées, maladies chroniques et services à domicile

Les personnes consultées proposent que soient développés des objectifs spécifiques plus variés concernant les personnes âgées. On souligne que l'on doit respecter la disponibilité et les limites des interventions que peuvent réaliser des bénévoles. On doit viser à améliorer la qualité de vie des personnes âgées vivant à domicile et l'accessibilité aux services. On se questionne toutefois sur la faisabilité de rehausser le maintien à domicile compte tenu de la capacité de financement du réseau et de la disponibilité des ressources. À ce titre, l'importance de respecter le choix de chaque personne a été notée par plusieurs. On souligne enfin que, dans le contexte de l'accélération du vieillissement de la population, des structures familiales restreintes et des limites financières de l'État, des interventions devraient être développées pour aider la population à mieux préparer et à planifier son vieillissement.

Priorité 4 : Santé mentale

Plusieurs personnes consultées jugent que les ressources actuelles de la première ligne seront insuffisantes pour arriver à la renforcer. La mise à contribution et la complémentarité avec les organismes communautaires sont considérées essentielles. On insiste aussi sur l'importance des services de proximité, des centres de crise et des services de réponse téléphonique, sur la nécessité de mieux faire connaître les ressources existantes à la population ainsi que sur l'importance d'adapter les services à la réalité des aînés.

Priorité 5 : Accessibilité aux services spécialisés : DI-TED-DP, dépendances et jeunes

Les personnes consultées reconnaissent l'utilité de mesures comme les guichets d'accès, mais pensent que les ressources doivent être rehaussées pour être en mesure de répondre aux besoins de ces clientèles. Certains problèmes ont été soulignés : les listes d'attente, le manque de ressources d'hébergement pour les jeunes et de continuité des services entre les première et deuxième lignes ainsi qu'entre l'enfance et l'âge adulte. Plusieurs suggestions sont faites en ce qui a trait à l'organisation des services : amélioration des corridors de services, meilleure collaboration entre établissements, meilleur arrimage avec les partenaires.

Priorité 6 : Organisation des services médicaux

L'idée de concentrer certaines spécialités dans quelques hôpitaux reçoit un accueil favorable de la majorité des personnes consultées. Cependant, elles veulent éviter que les services ne soient tous concentrés dans la région de Longueuil. Dans ce contexte, il faut mettre en place des mesures pour s'assurer que le transport, l'accueil et l'hébergement soient facilement accessibles pour les personnes et leurs familles, notamment les plus pauvres.

Priorité 7 : Services d'urgence des hôpitaux

Les personnes consultées soutiennent qu'il est important d'assurer une prise en charge de toutes les personnes vulnérables, peu importe leur âge, avant, pendant et après leur passage à l'urgence ou à l'hôpital.

Consultation des instances

Dans l'ensemble, les membres des instances de l'Agence se sont montrés favorables aux solutions mises de l'avant dans le plan stratégique. La Commission multidisciplinaire régionale, la Commission infirmière régionale et le Forum de la population ont produit des avis formels au conseil d'administration de l'Agence tandis que les autres instances ont émis leurs commentaires lors de leurs rencontres régulières. Certains membres ont acheminé par écrit leurs réflexions.

Voici un bref résumé des commentaires reçus :

- On reconnaît que l'utilisation optimale des compétences de chaque professionnel (infirmières, pharmaciens, ergothérapeutes, etc.) permet d'assurer une plus grande disponibilité du médecin dans la prise en charge des cas plus complexes. Il importe donc de sensibiliser la population et tous les acteurs du réseau aux pratiques de collaboration professionnelle.
- Le maintien des gens âgés et des personnes qui ont une maladie chronique dans leur milieu de vie naturel passe par un soutien accru aux aidants naturels et une offre de service adéquate en qualité et en intensité.
- Les mesures préconisées pour l'amélioration de l'accès aux services pour les personnes vivant avec un problème de santé mentale, telles que le renforcement de la 1^{re} ligne et la bonne

utilisation des ressources spécialisées en psychiatrie, reçoivent l'assentiment des personnes consultées.

- Les instances consultées reconnaissent la valeur de la hiérarchisation des services spécialisés pour les clientèles DI-TED-DP, dépendances et jeunes.
- Malgré le droit d'une personne de choisir l'intervenant et l'établissement desquels elle veut recevoir des soins, certains ont mentionné que l'accès à une nouvelle expertise de pointe qui serait concentrée dans quelques endroits en Montérégie pourrait certainement convaincre la population d'utiliser ces nouveaux corridors pour obtenir des services dans leur région plutôt que de se déplacer à Montréal. La clientèle devrait également comprendre que chaque CSSS ne pourra offrir cette expertise de pointe. Les prochains plans d'effectifs médicaux devront tenir compte de ces nouveaux effectifs dans la région.
- Les instances professionnelles insistent sur le fait que l'adaptation des services visant à maintenir la mobilité et le fonctionnement général des 75 ans et plus doit se faire non seulement à l'urgence, mais dans toutes les unités de soins. Par ailleurs, elles recommandent de développer des alternatives aux services d'urgence pour certains types de besoins et de mieux faire connaître ces services auprès de la population et du réseau.
- L'importance de poursuivre les efforts consentis par les établissements pour contrer les impacts de la pénurie de la main-d'œuvre et réduire le recours à la main-d'œuvre indépendante a été soulignée.

En conclusion, les commentaires reçus ont tous été traités et ont permis soit de bonifier, soit d'ajouter des objectifs. Plusieurs recommandations formulées concernent davantage la mise en œuvre. L'Agence en a pris bonne note et pourra en tenir compte lors du déploiement du plan stratégique.

Annexe 2 Abréviations et sigles

Agence	Agence de la santé et de services sociaux de la Montérégie
CCSM	Comité de coordination stratégique de la Montérégie
CH	Centre hospitalier
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CIR	Commission infirmière régionale
CLSC	Centre local de services communautaires
CMuR	Commission multidisciplinaire régionale
CPE	Centre de la petite enfance
CRÉ	Conférence régionale des élus
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DI	Déficiência intellectuelle
DP	Déficiência physique
DPJ	Direction de la protection de la jeunesse
DRMG	Département régional de médecine générale
DSP	Direction de santé publique
GMF	Groupe de médecine de famille
IHI	Institute for Healthcare Improvement
ITSS	Infections transmissibles sexuellement et par le sang
Loi	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MELS	Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
MRC	Municipalité régionale de comté

MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PAL	Plan d'action local de santé publique
PALV	Perte d'autonomie liée au vieillissement
PAR	Plan d'action régional de santé publique
PI	Plan d'intervention
PNSP	Programme national de santé publique
PREM	Plan régional des effectifs médicaux
Projet de loi 33	Loi modifiant la <i>Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives</i>
PSI	Plan de services individualisé
PSOC	Programme de soutien aux organismes communautaires
RAMQ	Régie d'assurance maladie du Québec
RCA	Réseau clinico-administratif
RI	Ressources intermédiaires
RLS	Réseaux locaux de services
RUIS	Réseaux universitaires intégrés de santé
SAD	Soutien à domicile
SM	Santé mentale
SSSS	Système de santé et de services sociaux
TED	Trouble envahissant du développement
TROCM	Table régionale des organismes communautaires et bénévoles de la Montérégie
UMF	Unité de médecine familiale

**Agence de la santé
et des services sociaux
de la Montérégie**

Québec 

1255, rue Beauregard, Longueuil (Québec) J4K 2M3

Téléphone : 450 928-6777

Télécopieur : 450 679-6443

Site Internet : www.santemonteregie.qc.ca