



UNIS
dans TOUS les
SENS

PLAN D'ACTION 2011-2013 DU PLAN STRATÉGIQUE 2010-2015 DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC

pour S'ALIMENTER
pour S'ÉPAULER
pour VOIR LOIN
pour TENDRE L'OREILLE
pour AVOIR DU FLAIR

Agence de la santé
et des services sociaux
de la Mauricie
et du Centre-du-Québec

Québec



PLAN D'ACTION 2011-2013
DU PLAN STRATÉGIQUE 2010-2015
DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC

Le présent document a été publié en quantité limitée et est disponible sur le site Internet de l'Agence.

www.agencesss04.qc.ca

Le générique masculin est utilisé dans le seul but d'alléger le texte et désigne tant les femmes que les hommes.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2011

Bibliothèque et Archives Canada, 2011

ISBN : 978-2-89340-219-2 (version imprimée)

ISBN : 978-2-89340-220-8 (version pdf)

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à condition que la source soit mentionnée.

MESSAGE DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL

Nous sommes heureux de vous présenter le Plan d'action 2011-2013 de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Celui-ci constitue la première phase de mise en œuvre de notre Plan stratégique régional 2010-2015 qui a été approuvé, le 20 décembre 2011, par monsieur le ministre Yves Bolduc et madame la ministre déléguée Dominique Vien.

Comme vous le constaterez à sa lecture, ce plan se déploie sur deux années : 2011-2012 et 2012-2013. Cette façon de faire, convenue avec les directeurs généraux des établissements de notre région, vise à nous donner une perspective et une planification de plus d'une année pour l'atteinte des cibles 2015. Évidemment, les ententes de gestion et d'imputabilité associées au Plan d'action 2011-2013 seront annuelles et, le cas échéant, des ajustements seront apportés aux résultats attendus pour la deuxième année.

La première partie du document contient un tableau synthèse où sont repris les objectifs de résultats du plan stratégique. Sous chacun de ces objectifs, les actions et les résultats attendus annuellement sont déclinés. À la suite de ce tableau, le lecteur pourra prendre connaissance des fiches descriptives dans lesquelles chaque action est détaillée : situation actuelle (problématique), bien-fondé des actions, action(s), résultats attendus, indicateurs, contributeurs avec les rôles et engagements attendus ainsi que les opportunités et contraintes dans la réalisation des actions choisies.

Nous tenons à souligner que le Plan d'action régional 2011-2013 a fait l'objet d'un processus d'appropriation par les équipes de direction des établissements du réseau régional. Bien que le contexte actuel pose d'importants défis, les établissements adhèrent de façon générale au plan d'action, à la pertinence de ses actions et aux résultats qui y sont attendus. Les prochaines ententes de gestion et d'imputabilité Agence-Établissements permettront de concrétiser les contributions de chacun à la réalisation de ce plan d'action.

En terminant, nous sommes convaincus que le présent plan d'action saura, tant par la démarche associative qui l'a vu naître que par son contenu, mobiliser l'ensemble des organisations du réseau de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

C'est un outil de travail à garder à portée de main!



Jean-Denis Allaire
Président-directeur général

LISTE DES ACRONYMES

AÉO	Accueil – Évaluation – Orientation
AQESSS	Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux
AVC	Accident vasculaire cérébral
AVQ	Activités de la vie quotidienne
C.I.N.Q.	Comité sur les infections nosocomiales du Québec
CA	Conseil d'administration
CAR	Conférence administrative régionale
CAT	Centre d'abandon du tabagisme
CCLAT	Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies
CES	Chèque emploi-service
CH	Centre hospitalier
CHRTR	Centre hospitalier régional de Trois-Rivières
CHSGS	Centre hospitalier de services généraux et spécialisés
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CJ	Centre jeunesse
CLSC	Centre local de services communautaires
CPS	Comité de pilotage stratégique
CR	Centre de réadaptation
CRDG	Comité régional des directeurs généraux
CRDITED	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement de la Mauricie et du Centre-du-Québec
MCQ	Centre de réadaptation en déficience physique
CRDP	Centre de réadaptation en déficience physique
CS	Commission scolaire
CSBE	Commissaire à la santé et au bien-être
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CSSS TR	Centre de santé et de services sociaux de Trois-Rivières
DCI	Dossier clinique informatisé
DEC	Diplôme d'études collégiales
DG	Directeur général
DGA	Directeur général adjoint
DI-TED	Déficience intellectuelle – trouble envahissant du développement
DME	Dossier médical électronique
DP	Déficience physique
DPE	Dossier patient électronique
DPMOSC	Direction de la planification de la main-d'œuvre et du soutien au changement
DRH	Direction ou directeur de ressources humaines
DRMG	Département régional de médecine générale
DRTI	Direction ou directeur des ressources et technologies de l'information
DSAQ	Direction ou directeur des services administratifs et de la qualité
DSI	Direction ou directeur des soins infirmiers
DSP	Direction ou directeur de santé publique
DSQ	Dossier de santé du Québec
DSS	Direction ou directeur des services sociaux
DSSAM	Direction ou directeur des services de santé et des affaires médicales
EES	Entreprise d'économie sociale
ESCC	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
ETC	Équivalent temps complet

FMOQ	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
GACO	Guichet d'accès pour la clientèle orpheline
GMF	Groupe de médecine familiale
HLM	Habitation à loyer modique
HTA	Hypertension artérielle
I.M.P.	Intervention multifactorielle personnalisée
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
INESSS	Institut national d'excellence en santé et services sociaux
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IPO	Infirmière pivot en oncologie
IPSPL	Infirmière praticienne spécialisée en première ligne
ITSS	Infections transmissibles sexuellement et par le sang
LEGG	Laboratoire d'expérimentation en gestion et en gouvernance
LIRISS	Laboratoire interdisciplinaire de recherche et d'intervention dans les services de santé
LSP	Loi sur la santé publique
LSSSS	Loi sur les services de santé et de services sociaux
MCQ	Mauricie et Centre-du-Québec
MELS	Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
MESS	Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale
MOI	Main-d'œuvre indépendante
MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
N/A	Non applicable
N/D	Non disponible
OIIQ-MCQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec - Mauricie et Centre-du-Québec
OSIRSIPA	Outil de suivi de l'implantation du réseau de services intégrés aux personnes âgées
P.I.E.D.	Programme intégré d'équilibre dynamique
PALSP	Plan d'action local en santé publique
PALV	Perte d'autonomie liée au vieillissement
PAR	Progiciels administratifs régionaux
PARSP	Plan d'action régional de santé publique
PCP	Pratique clinique préventive
PDG	Président-directeur général
PGIMC	Plan de gestion intégrée des maladies chroniques
PI	Plan individualisé
PII	Plan d'intervention interdisciplinaire
PMO	Plan ou planification de main-d'œuvre
PNSP	Programme national de santé publique
PREM	Plan régional d'effectifs médicaux
PSI	Plan de services individualisés
PSRRI	Plan stratégique régional en ressources informationnelles
RA	Ressources autonomes
RH	Ressources humaines
RI	Ressources intermédiaires
RIGIC	Réseau intégré de gestion de l'information clinique
RLS	Réseau local de services
RNI	Ressource non institutionnelle
RPA	Ressource privée autonome
RQAM	Réseau québécois de l'asthme et de la MPOC
RSIPA	Réseau de services intégrés aux personnes âgées

RUIS	Réseau universitaire intégré et de santé
SAD	Soutien à domicile
SARDM	Systèmes automatisés et robotisés pour la distribution des médicaments
SHHS	Service d'hospitalisation et d'hébergement sécuritaire
SHV	Saines habitudes de vie
SIM	Soutien intensif dans le milieu
SIMASS	Système d'information sur les mécanismes d'accès aux services spécialisés
SISSS	Système d'information sur la sécurité des soins et des services
SIV	Soutien d'intensité variable
SRISIS	Service régional Info-Santé/Info-Social
TCRSP	Table de coordination régionale en santé publique
TMT	Table médicale territoriale
TR	Trois-Rivières
TRCDMS	Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée
TRQ	Table régionale de la qualité
TS	Temps supplémentaire
UMF	Unité de médecine familiale
UQTR	Université du Québec à Trois-Rivières
VES	Vieillesse en santé

TABLE DES MATIÈRES

Message du président-directeur général	3
Liste des acronymes	4
Introduction – mise en contexte	8
Le processus	9
Une synthèse du plan d'action	10
▶ Visuel.....	10
▶ Projets régionaux intégrateurs.....	11
▶ Priorités et plans d'action – parachèvement.....	18
Conditions de succès	25
Des orientations et des résultats à atteindre pour réaliser une vision régionale	26
Fiches descriptives des actions	27
Enjeu 1 Action concertée sur les déterminants et réduction des inégalités de santé et de bien-être	27
ORIENTATION 1. Contribuer au renforcement de l'action intersectorielle	29
AXE 1.1 Développement des communautés locales.....	29
AXE 1.2 Soutien de l'action intersectorielle à portée régionale sur les principaux déterminants de la santé.....	32
Enjeu 2 Accessibilité, continuité et hiérarchisation des services	35
ORIENTATION 2. Améliorer l'accès aux services médicaux.....	37
AXE 2.1 Accès, lorsque requis, à des services médicaux de première ligne dans une approche intégrée et interdisciplinaire (disponibilité, proximité, délai acceptable)	37
AXE 2.2 Accès aux services diagnostiques et médicaux spécialisés	44
ORIENTATION 3. Améliorer l'accès, la continuité et la complémentarité des services de première ligne et des services spécialisés	46
AXE 3.1 Intégration de la promotion-prévention dans le continuum de services	46
AXE 3.2 Harmonisation, hiérarchisation et intégration des services.....	52
Enjeu 3 Qualité et efficience des services à la population	87
ORIENTATION 4. Consolider les réseaux locaux de services et la dynamique du réseau régional	89
AXE 4.1 Consolidation de notre culture réseau.....	89
AXE 4.2 Intégration et circulation d'information clinique et de gestion	91
AXE 4.3 Optimisation de l'utilisation des ressources.....	96
ORIENTATION 5. Assurer l'amélioration continue des pratiques.....	101
AXE 5.1 Meilleures pratiques cliniques et de gestion.....	101
AXE 5.2 Innovation et transfert des connaissances	103
AXE 5.3 Gestion des risques	109
ORIENTATION 6. Assurer un suivi et une rétroaction sur la performance du système de santé et de services sociaux.....	114
AXE 6.1 Évaluation de la performance du réseau.....	114
Enjeu 4 Gestion renouvelée des ressources humaines	117
ORIENTATION 7. Mobiliser les ressources humaines et reconnaître leur contribution	119
AXE 7.1 Qualité de vie au travail.....	119
AXE 7.2 Développement des ressources humaines	121
ORIENTATION 8. S'assurer de la disponibilité de la main-d'œuvre requise pour la pérennité de l'offre de service	127
AXE 8.1 Planification de la main-d'oeuvre	127

INTRODUCTION – MISE EN CONTEXTE

En collaboration avec les directeurs généraux des établissements, l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec a élaboré son Plan stratégique régional 2010-2015 et l'a soumis au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) en mai 2010. Le 20 décembre 2010, monsieur le ministre Yves Bolduc et madame la ministre déléguée Dominique Vien confirmaient l'approbation de ce plan stratégique qui s'inscrit en cohérence avec les orientations ministérielles.

Porteur d'une ambition régionale, le plan stratégique s'articule autour de quatre enjeux stratégiques pour lesquels une action collective et cohérente doit être menée afin d'améliorer la performance du réseau régional de santé et de services sociaux. La stratégie de réalisation du plan stratégique régional commande un premier plan d'action bisannuel couvrant les années 2011-2012 et 2012-2013.

Des choix

Soulignons d'entrée de jeu que le Plan d'action régional 2011-2013 est élaboré dans un contexte de ralentissement du rythme de croissance des dépenses. Il a donc été conçu de façon à être réalisé à même l'ensemble des ressources dont la région dispose. Des choix ont été faits pour favoriser une vision intégrée, une concentration et une intégration des efforts sur des leviers nécessaires à l'amélioration de la performance.

Dans l'éventualité où l'atteinte des résultats du plan d'action nécessiterait des marges de manœuvre, les démarches d'optimisation et l'amélioration de la performance constituent les moyens privilégiés pour les dégager. De plus, certaines actions portent plus spécifiquement sur la pénurie de ressources humaines et sur la réduction de ses effets nuisibles sur l'offre de service et sa pérennité. Les facteurs tels la pertinence des actions structurantes choisies, leur séquence, le rythme de réalisation de celles-ci et la contribution réaliste des divers acteurs conditionnent le contenu du plan d'action.

De par sa nature même de mise en œuvre du Plan stratégique régional 2010-2015, le plan d'action ne peut toutefois prétendre constituer une intégration de tous les plans, actions et activités en cours dans le réseau.

Un contenu

Le plan de mise en œuvre précise pour chacun des objectifs de résultats du plan stratégique les actions et leur bien-fondé, les résultats attendus, les contributeurs à la réalisation de chaque action et les rôles et responsabilités de ceux-ci. Chaque action est décrite dans une fiche spécifique. Les 76 actions que compte le plan 2011-2013 forment deux groupes. D'une part, 29 actions convergent vers la réalisation de trois projets intégrateurs, à savoir : maladies chroniques, vieillissement de la population et ressources humaines. D'autre part, les 47 autres actions visent le parachèvement de priorités et de plans d'action déjà en cours dans la région.

LE PROCESSUS

Le processus

Le processus d'élaboration du Plan d'action 2011-2013 a débuté par le choix d'une démarche en septembre 2010 pour se terminer en décembre 2010. L'échéancier ministériel, tel que signifié par l'entente de gestion MSSS-Agence, fixe le dépôt du plan régional en janvier 2011, ce qui en fait une condition incontournable.

Rôle et responsabilités de l'Agence

Dans l'exercice de son rôle, l'Agence a assuré la cohérence des actions priorisées avec le Plan stratégique régional 2010-2015 tel qu'approuvé par les ministres. La trame guidant les choix de processus reflète la volonté de faire du plan d'action régional un projet prioritaire et intégré tout en assurant une participation adéquate favorisant l'adhésion et la mobilisation des acteurs et partenaires pour sa mise en œuvre.

Un processus intégré au sein de l'Agence

Le Plan d'action 2011-2013 est le fruit d'un processus suscitant l'intégration de tous les programmes-services et les secteurs de soutien (ex. : finances, ressources informationnelles, ressources humaines) de l'Agence. Il a été porté par tous les chefs de services de l'organisation, lesquels ont été soutenus par la Direction générale adjointe. C'est à travers des rencontres statutaires hebdomadaires que leur participation s'est concrétisée tout au long du processus, que ce soit sur l'appropriation, la conception, le sens à donner, la précision à apporter, le soutien aux professionnels, la coordination des travaux et le suivi avec leurs équipes.

Les comités de gestion de chaque direction ont constitué une plate-forme incontournable soutenant la circulation d'information entre les chefs de services et les directeurs.

Plusieurs professionnels de l'Agence, experts de contenu, ont été sollicités pour l'élaboration des fiches descriptives des actions. Les analyses de faisabilité réalisées par les comités de direction des établissements lors de la consultation du printemps 2010 sur le Plan stratégique régional 2010-2015 ont été réinvesties pour l'élaboration des contenus.

Participation des établissements

Les directeurs généraux des établissements ont validé au cours de l'automne les balises et le choix de projets régionaux intégrateurs lors de leurs rencontres statutaires avec l'Agence dans le cadre du Comité régional des directeurs généraux. Puis, une étape d'appropriation de l'ensemble du plan d'action a été réalisée au sein des établissements en décembre 2010 et janvier 2011. Quant aux contributions spécifiques attendues par chacun, elles seront discutées dans le cadre des prochaines ententes de gestion et d'imputabilité Agence-Établissements. À cet égard, il convient de souligner que le Plan d'action 2011-2013 constituera l'assise principale de ces ententes de gestion et d'imputabilité.

UNE SYNTHÈSE DU PLAN D'ACTION

2010-2015 **Plan stratégique** de la Mauricie et du Centre-du-Québec

4 enjeux, 8 orientations, 34 objectifs
de résultats (dont 24 sous-objectifs)

Plan d'action régional 2011-2013

76 actions avec des résultats attendus annuellement

Trois projets intégrateurs sur 2 ans

Maladies chroniques

8 actions; 15 résultats attendus

- Implantation de PCP
- Concertation active sur les déterminants
- Éducation à la santé, soins intégrés, partage d'information clinique
- Trajectoires/cheminements cliniques

5 actions;
7 résultats
attendus

- IPSPL
- GACO
- Urgences
- Monitoring de performance

Vieillesse de la population

6 actions; 10 résultats attendus

- Prévention des chutes
- Approche intégrée en milieu hospitalier
- RSIPA
- Ressources non institutionnelles

Optimisation

Ressources humaines

10 actions; 16 résultats attendus

Qualité de vie au travail – Relève – Mobilisation –
Appréciation – Recrutement

Priorités et plans d'action – parachèvement

47 actions; 63 résultats attendus sur 2 ans

PSRRI – Optimisation de processus – PARSP/PALSP – Jeunes en difficulté – Santé mentale – Déficiences – Dépendances – Info-Santé/Info-Social – GMF/cliniques réseau – Prestation sécuritaire des soins et services – Problématiques multiples – Lutte au cancer – Infections nosocomiales – Arrimage éducation-santé

PROJETS RÉGIONAUX INTÉGRATEURS

Des projets intégrateurs

La volonté d'atteindre les objectifs du Plan stratégique régional 2010-2015 implique un nombre important d'actions et de résultats attendus. Dans le contexte budgétaire et économique actuel, il devient impératif de se donner les moyens d'atteindre ces résultats en tenant compte de la capacité des organisations.

Outre l'effort consenti à restreindre les choix d'actions selon leur plus grande pertinence et en partant de la loi de Pareto, il a été décidé de regrouper une partie substantielle des énergies prioritairement autour de trois projets intégrateurs qui concernent les maladies chroniques, le vieillissement de la population et les ressources humaines du réseau. Cette façon de canaliser les actions du réseau devrait permettre d'agir simultanément sur l'ensemble du continuum de soins et services et, par conséquent, d'améliorer la performance du système et la réponse aux besoins de ces clientèles.

Des maladies chroniques

Les maladies chroniques sont devenues l'enjeu prioritaire des systèmes de santé dans de nombreux pays. L'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec a choisi en 2008-2009 d'en faire sa priorité régionale pour les cinq prochaines années. Face à la croissance fulgurante des maladies chroniques au sein de notre population, l'objectif est d'éviter ou de retarder l'apparition et la progression de ces maladies, et ainsi améliorer la qualité de vie des personnes atteintes tout en réduisant le recours à des services plus lourds telles l'urgence et l'hospitalisation.

En collaboration avec les CSSS de la région et le CHRTR, le projet *Ma santé à vie* est en voie de s'implanter. La première orientation consiste à repérer les personnes présentant des facteurs de risques cardiovasculaires par des équipes interdisciplinaires en première ligne afin de les soutenir dans l'adoption de saines habitudes de vie et l'autogestion de leur santé. Le deuxième volet concerne le suivi systématique à développer en première ligne pour les personnes atteintes de maladie obstructive pulmonaire chronique (MPOC) pour Trois-Rivières et sa périphérie.

Le vieillissement de la population

Une société vieillissante est signe de richesse et de prospérité. La plupart des aînés contribuent activement au bien-être de leur communauté, et ce, de multiples façons. Des écarts importants de santé et de bien-être entre les territoires, entre les classes sociales et entre les hommes et les femmes sont aussi présents chez les aînés. L'accroissement du nombre de personnes âgées incite à faire preuve d'ingéniosité dès maintenant afin de répondre aux besoins des aînés d'aujourd'hui et de demain. L'amélioration des conditions de vie (revenus, éducation, etc.), la création d'environnements sociaux et physiques favorables à la santé (logement, aménagement urbain, transport, sécurité, etc.) ainsi que la mise en place d'interventions préventives et de réseaux de services intégrés constituent des leviers prometteurs.

Ce défi d'offrir à la population aînée de notre région toutes les opportunités qui lui permettront de vieillir en santé interpelle tous les secteurs de la société. L'approche *Vieillesse en santé* (VES) envisage le vieillissement sous l'angle des problèmes biopsychosociaux dont on peut diminuer l'incidence en agissant sur les facteurs de risque et en intervenant précocement pour

ainsi en atténuer les conséquences. L'approche *Vieillissement en santé* s'appuie aussi sur les grands déterminants de la santé et de la qualité de vie pour toutes les personnes âgées, sans égard à leur état de santé, leurs problèmes, leurs incapacités et leur niveau d'autonomie. Au-delà de la longévité, le *Vieillissement en santé* signifie un fonctionnement optimal dans la vie quotidienne et le bien-être, avec ou sans limites fonctionnelles. Une vision globale partagée de l'hétérogénéité des cohortes de personnes âgées et des possibilités d'action sous différents angles (problèmes biopsychosociaux, déterminants de la santé et facteurs de risque) vont assurer l'accès à un continuum de services, et ce, dans un véritable réseau de services. Le respect de l'autodétermination des âgés par tous les acteurs qui s'engagent auprès d'eux va favoriser le maintien le plus longtemps possible de leur participation sociale et de leur intégration dans la communauté quels que soient leur niveau d'autonomie, leur état de santé et de bien-être. Cette approche facilite le soutien aux âgés vulnérables et à leurs proches aidants indépendamment de leur milieu de vie.

Des ressources humaines essentielles

Le réseau de la santé et des services sociaux est confronté depuis plusieurs années à des défis considérables en matière de main-d'œuvre. En effet, à l'instar de plusieurs secteurs d'activités, nous constatons une plus grande rareté de main-d'œuvre dans certaines disciplines et composons avec une pénurie de main-d'œuvre dans des disciplines aussi critiques que les soins infirmiers, les services médicaux, les technologistes et professionnels en réadaptation, comme c'est le cas en ergothérapie et en orthophonie. Ces difficultés d'attraction et de rétention de main-d'œuvre ont des répercussions directes sur l'offre et la qualité des services offerts à la population. À certains égards, ne pas agir en conséquence rendrait le réseau vulnérable dans sa capacité d'assumer sa mission. Pour faire face à cet enjeu déterminant, nous nous sommes dotés d'une stratégie régionale d'actions en planification de la main-d'œuvre, laquelle est mise à jour annuellement. Cette stratégie vise à ce que nous nous démarquions comme région et comme réseau et que nos établissements soient reconnus comme des employeurs de choix. La stratégie se décline en 9 axes d'intervention, à savoir :

1. Le partenariat
2. La gestion des stages et de l'externat
3. La promotion des professions et des emplois
4. L'instrumentation et la diffusion des connaissances
5. L'organisation du travail et le développement des pratiques professionnelles
6. Le développement des compétences
7. La planification de la main-d'œuvre
8. La concertation régionale en planification de la main-d'œuvre
9. Les actions locales en gestion des ressources humaines

La mise en œuvre de cette stratégie depuis 2002 porte déjà ses fruits. Cependant, étant donné la compétition qui prévaut en matière de main-d'œuvre dans tous les secteurs d'activités et les besoins croissants en santé reliés au vieillissement de la population, la gestion renouvelée des ressources humaines demeure un enjeu déterminant, afin que nous puissions compter sur la main-d'œuvre de qualité et en quantité suffisante.

PRÉREQUIS AUX PROJETS INTÉGRATEURS : D'ici le 31 mars 2011, le manuel d'organisation de chacun des projets intégrateurs incluant, entre autres, la définition, la structure, les rôles et responsabilités ainsi que les livrables est déposé.

MALADIES CHRONIQUES

Actions	Résultats attendus en 2012	Résultats attendus en 2013
► 1.2.1 Renforcer la collaboration avec les partenaires régionaux des autres secteurs afin de favoriser l'action locale et régionale sur les principaux déterminants de la santé et du bien-être ► p. 32		
Réaliser au sein des instances de concertation régionales pertinentes des activités visant à sensibiliser les partenaires intersectoriels à l'importance de se mobiliser collectivement sur un enjeu commun	▪ D'ici le 31 mars 2013, l'Agence a participé à au moins 80 % des rencontres des instances de concertation régionales pertinentes à l'action sur les déterminants de la santé et du bien-être ▪ D'ici le 31 mars 2013, l'Agence a réalisé au sein de chaque instance identifiée au moins une activité visant à sensibiliser les partenaires intersectoriels à l'action sur les déterminants de la santé	
Identifier les convergences des plans d'action découlant des ententes spécifiques de collaboration intersectorielle dans lesquelles l'Agence est engagée	D'ici le 31 mars 2013, l'Agence possède un portrait complet des convergences concernant les ententes spécifiques de collaboration dans lesquelles elle est engagée	
► 3.1.1 Soutenir l'intégration de la prévention (incluant le repérage, la détection et le dépistage) dans les services cliniques de première ligne en priorisant, dans un premier temps, des problématiques telles les maladies chroniques et, dans un deuxième temps, d'autres besoins émergents ► p. 46		
Soutenir les services-conseils en prévention clinique des CSSS dans l'implantation de pratiques cliniques préventives (PCP) reliées à la problématique des maladies chroniques auprès des professionnels de la santé	D'ici le 31 mars 2012, chaque CSSS a produit une compilation du nombre d'usagers différents ayant reçu des services en lien avec le tabac (CAT) et qui ont été référés par les cliniques privées, les GMF ou les pharmacies	D'ici le 31 mars 2013, chaque CSSS a augmenté le nombre d'usagers différents ayant reçu des services en lien avec le tabac (CAT) et qui ont été référés par les cliniques privées, les GMF ou les pharmacies par rapport à l'année de référence 2011-2012
► 3.2.2 Mettre en œuvre dans chacun des huit territoires, le modèle de gestion intégrée des maladies chroniques retenu régionalement ► p. 54		
Implanter le programme d'éducation à la santé <i>Ma santé à vie</i> dans les CSSS de la région pour la clientèle avec plusieurs facteurs de risques cardiovasculaires (volet 1)	D'ici le 31 mars 2012, tous les CSSS repèrent et interviennent auprès des personnes aux prises avec au moins trois facteurs de risques cardiovasculaires sur leur territoire	D'ici le 31 mars 2013, tous les CSSS offrent le programme d'éducation à la santé <i>Ma santé à vie</i> aux patients et à leurs proches selon une approche multi-disciplinaire (comprenant minimalement les professionnels suivants : médecin, infirmière, kinésiologue, nutritionniste)
Développer ou consolider un modèle de soins intégrés de prise en charge des patients atteints de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) dans tous les CSSS (volet 2)	D'ici le 31 mars 2012, une clinique d'enseignement et de suivi MPOC est opérationnelle au CSSS de Trois-Rivières – CHRTR	D'ici le 31 mars 2013, la spirométrie de dépistage est disponible et accessible dans tous les CSSS de la région
Mettre en place un outil de partage d'information clinique entre les partenaires impliqués dans le modèle, et ce, en temps réel (volet 3)	D'ici le 31 mars 2012, un outil de partage d'information clinique est mis en place dans chacun des CSSS visés par le projet MPOC	D'ici le 31 mars 2013, l'information clinique est partagée entre les partenaires, et ce, en temps réel
► 3.2.3 Appliquer de façon adéquate les trajectoires et les cheminements cliniques standardisés, en particulier auprès de personnes souffrant de maladies chroniques ► p. 58		
Élaborer et implanter la trajectoire clinique de l'hypertension en GMF	D'ici le 31 mars 2012, 100 % des GMF acceptent d'implanter la trajectoire clinique de l'hypertension	D'ici le 31 mars 2013, 70 % des GMF ont implanté la trajectoire clinique de l'hypertension

VEILLISSEMENT DE LA POPULATION

Actions	Résultats attendus en 2012	Résultats attendus 2013
► 3.1.1 Soutenir l'intégration de la prévention (incluant le repérage, la détection et le dépistage) dans les services cliniques de première ligne en priorisant, dans un premier temps, les problématiques telles les chutes chez les personnes âgées vivant à domicile et, dans un deuxième temps, d'autres besoins émergents ► p. 46		
Réviser l'organisation des différents programmes en prévention des chutes (Debout!, P.I.E.D. et I.M.P.) dans l'ensemble des CSSS pour offrir le corridor de services requis à la pratique clinique préventive à implanter	▪ D'ici le 31 mars 2012, le cadre de référence du programme Debout! a été revu et son plan d'action régional convenu avec les CSSS ▪ D'ici le 31 mars 2012, le programme I.M.P. est démarré dans 50 % des CSSS de la région	D'ici le 31 mars 2013, le programme I.M.P. est démarré dans 100 % des CSSS de la région
► 3.2.6 Poursuivre la réalisation des plans d'action régionaux		
F) Plan régional sur le vieillissement, en particulier : ► p. 79		
F-1 La mise en place des réseaux de services intégrés pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (RSIPA) dans chaque territoire de RLS en favorisant leur implantation telle que définie dans les lignes directrices du MSSS F-2 L'adoption en centre hospitalier de pratiques organisationnelles et cliniques adaptées aux besoins particuliers des personnes âgées		
Élaborer la stratégie et le plan de formation (RSIPA) en gestion de cas pour les CSSS	D'ici le 31 mars 2012, le matériel de formation est diffusé	D'ici le 31 mars 2013, tous les gestionnaires de cas (ou intervenants qui actualisent l'approche en gestion de cas) sont formés sur les connaissances de base selon diverses modalités pédagogiques
S'assurer de la mise en place des préalables à l'implantation de l'Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier	D'ici le 1 ^{er} octobre 2011, les préalables à l'implantation sont mis en place dans l'ensemble des établissements avec mission hospitalière : ▪ Utilisation d'un outil de repérage à l'urgence ▪ Mise en place et application des mécanismes de suivi requis pour les repérages positifs ▪ Présence à l'urgence d'un intervenant pivot ou de liaison dédié à la clientèle des personnes âgées vulnérables et qui assure les liens interétablissements ▪ Application d'un programme de marche à l'urgence et/ou aux unités d'hospitalisation	
Élaborer et adopter un plan d'action relatif à la stratégie globale de déploiement de l'Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier dans les établissements à mission hospitalière	▪ D'ici le 31 mars 2012, chaque établissement ayant une mission hospitalière a identifié son responsable de l'implantation de l'Approche adaptée ▪ D'ici le 31 mars 2012, chaque établissement ayant une mission hospitalière a déposé un plan d'action à l'Agence	
► 3.2.7 Augmenter l'offre globale de service de soutien à domicile de longue durée pour s'adapter à l'augmentation des besoins de l'ensemble des clientèles, incluant les familles et les proches aidants ► p. 83		
Améliorer l'intensification des services de soutien à domicile	D'ici le 31 mars 2012 et le 31 mars 2013, le nombre d'heures de services professionnels, d'aide et de répit a augmenté de 2,5 % annuellement sur la base des résultats de 2009-2010	

Actions	Résultats attendus en 2012	Résultats attendus 2013
► 3.2.8 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) ► p. 85		
Dans un premier temps, à partir de son offre de service actuelle et des besoins des personnes âgées en perte d'autonomie, chaque CSSS doit déterminer ses priorités lui permettant d'augmenter le nombre de places en ressources résidentielles de proximité (RNI, achat de places ou autre entente de partenariat)	D'ici le 31 mars 2012, augmentation des places en ressources résidentielles de proximité	D'ici le 31 mars 2013, augmentation des places en ressources résidentielles de proximité

COMMUN AUX DEUX CHANTIERS : MALADIES CHRONIQUES ET VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION

Actions	Résultats attendus en 2012	Résultats attendus en 2013
► 2.1.1 Coordonner les services médicaux de 1 ^{re} ligne dans chaque territoire local et mettre en œuvre les mécanismes, tel l'accueil clinique, qui assurent les liens cliniques et diagnostiques entre les médecins omnipraticiens et le CSSS ► p. 37		
Assurer un support professionnel aux différents comités stratégiques des CSSS dans le démarrage des travaux d'implantation de l'accueil clinique et dans les travaux de consolidation du Guichet d'accès pour la clientèle orpheline (GACO)	D'ici le 31 mars 2013, un accueil clinique est implanté dans les 4 CSSS urbains et amélioration de 10 % de la participation médicale au GACO	
► 2.1.3 Accroître la disponibilité de différents types de professionnels de CSSS, dont les infirmières praticiennes spécialisées (IPS), et l'arrimage de ces professionnels avec les groupes de médecine familiale et les cliniques réseau ► p. 42		
Mettre en œuvre la séquence de déploiement des IPSPL dans la région selon la cible de répartition annuelle et les règles de priorisation de la séquence de déploiement transmises par le MSSS	D'ici le 31 mars de chaque année, la cible de répartition annuelle des IPSPL pour la séquence de déploiement régional transmise par le Ministère est réalisée	
► 3.2.1 Assurer une durée de séjour acceptable à l'urgence pour les personnes sur civière ► p. 52		
S'assurer de la mise en place de mécanismes de suivi et de gestion optimale des urgences par les établissements	▪ D'ici le 31 mars 2013, les urgences ont au plus 15 % des séjours de plus de 24 heures sur civière ▪ D'ici le 31 mars 2013, les urgences ont moins de 1 % des séjours de plus de 48 heures sur civière ▪ D'ici le 31 mars 2013, le séjour moyen sur civière est de 12 heures ou moins	
► 6.1.1 Mettre en œuvre le monitoring des objets priorisés d'évaluation de la performance issus du cadre évaluatif convenu en région de façon cohérente avec celui du MSSS ► p. 114		
Convenir d'un cadre évaluatif régional de la performance et des indicateurs qui alimenteront les projets priorisés : maladies chroniques et vieillissement de la population	D'ici le 31 mars 2012, la Mauricie et le Centre-du-Québec dispose de son répertoire d'indicateurs qui permet de mesurer la performance du réseau dans les projets priorisés (maladies chroniques et vieillissement de la population) conformément au cadre évaluatif convenu	

Actions	Résultats attendus en 2012	Résultats attendus en 2013
Élaborer un tableau de bord sur la performance des projets prioritisés : maladies chroniques et vieillissement de la population	D'ici le 31 mars 2013, la Mauricie et le Centre-du-Québec dispose d'un tableau de bord de suivi de la performance du réseau dans les deux projets prioritaires : maladies chroniques et vieillissement de la population	

RESSOURCES HUMAINES

Actions	Résultats attendus en 2012	Résultats attendus en 2013
► 4.3.1 Mettre en œuvre des projets structurés d'optimisation des services et des processus de travail dans chaque établissement ► p. 96		
Mettre en œuvre au moins un projet d'optimisation par gestionnaire inscrit au programme court du LIRISS dans 9 établissements	D'ici le 31 mars 2012, 9 établissements ont assuré l'inscription d'un gestionnaire au programme court du LIRISS	D'ici le 31 mars 2013, avoir implanté le projet d'optimisation dans l'établissement en démarche concertée avec les partenaires internes
► 7.1.1 Agir favorablement sur les déterminants de la qualité de vie au travail en s'inspirant du cadre de référence convenu régionalement ► p. 119		
Établir le calendrier des démarches d'agrément des établissements selon le cycle triennal	D'ici le 31 mars 2013, 100 % des établissements qui ont réalisé une démarche d'agrément reçoivent leur agrément sur le volet de mobilisation des ressources humaines	
Sensibiliser les établissements aux programmes de type Entreprise en santé	D'ici le 31 mars 2012, tous les établissements sont inscrits dans un processus d'accréditation de type Entreprise en santé	
► 7.2.1 Accroître la proportion des employés du réseau bénéficiant d'un processus d'appréciation de leur contribution, inspiré du cadre de référence régional ► p. 121		
Faire le bilan des programmes existants dans le réseau	D'ici le 31 mars 2013, 100 % des organisations ont adopté un programme d'appréciation de la contribution	
► 7.2.2 Favoriser l'adaptation de la relève professionnelle à la profession et au milieu de travail ► p. 123		
Se doter, régionalement, d'un cadre de référence en matière de soutien à la relève professionnelle avec l'implication des établissements	D'ici le 31 mars 2012, avoir constitué un groupe de travail sur le sujet et avoir défini régionalement la stratégie conduisant à l'élaboration d'un cadre de référence qui interpelle l'ensemble du personnel du réseau	D'ici le 31 mars 2013, avoir élaboré et diffusé un cadre de référence de soutien à la relève professionnelle
► 7.2.3 Assurer le développement des compétences et l'accompagnement des gestionnaires en fonction des enjeux actuels et à venir ► p. 125		
Diffuser et soutenir le partage et le transfert de connaissances en lien avec les projets réalisés dans le cadre du programme de développement de l'environnement de travail, des rôles et des responsabilités des cadres	D'ici le 31 mars 2012, avoir un premier portrait de la situation en matière de développement individuel (nombre de cadres bénéficiant d'un plan individualisé)	D'ici le 31 mars 2013, élaborer un plan régional pour soutenir les établissements dans l'appropriation des résultats des projets provinciaux retenus par le MSSS dans le cadre du programme de développement de l'environnement de travail, des rôles et responsabilités des cadres
► 8.1.1 Produire et mettre à jour annuellement le plan de main-d'œuvre aux paliers local et régional de façon à identifier et à mettre en œuvre les stratégies visant à assurer l'équilibre entre les effectifs requis et ceux disponibles ► p. 127		
Produire annuellement un plan d'action régional de main-d'œuvre et des plans locaux de main-d'œuvre pour les établissements	- Au 31 octobre de chaque année, 100 % des établissements produisent et déposent leur plan local de main-d'œuvre - Au 31 décembre de chaque année, l'Agence produit et dépose sa planification régionale de main-d'œuvre	

Actions	Résultats attendus en 2012	Résultats attendus en 2013
► 8.1.2 Consolider le partenariat intersectoriel régional afin de soutenir les établissements dans leur gestion prévisionnelle de la main-d'œuvre eu égard à la promotion de la région, à la promotion du réseau, à la promotion des métiers, à la gestion des stages et à l'immigration ► p. 129		
À la lumière des données sur les étudiants et finissants des programmes reliés aux professions en difficulté de recrutement, mettre à jour la stratégie régionale de main-d'œuvre, notamment les axes de partenariat, de promotion et de la Table régionale PMO	D'ici le 31 mars 2012, avoir constaté une augmentation des inscriptions et du taux de fidélisation des finissants des programmes de formation des professions en difficulté de recrutement	D'ici le 31 mars 2013, avoir instauré un mécanisme de traçabilité des candidatures reçues sur <i>Travailler en santé</i> et avoir orienté le Salon des carrières et professions en santé et services sociaux en fonction du bilan des années antérieures
Instaurer ou consolider les mécanismes de coordination régionale éducation-santé en matière de stages dans tous les secteurs d'activités et pour tous les territoires	D'ici le 31 mars 2012, poursuivre les travaux dans la gestion des stages en soins infirmiers et avoir instauré des structures régionales pour la gestion des stages des secteurs autres que soins infirmiers	D'ici le 31 mars 2013, tous les établissements, peu importe leur mission, ont accès à l'outil informatique de gestion des stages HSPnet, et ce, pour toutes les disciplines dont la formation est offerte en région
► 8.1.3 Optimiser l'utilisation de la main-d'œuvre, en particulier : ► p. 134 ▪ Le ratio des heures travaillées en heures supplémentaires dans l'ensemble des secteurs d'activités ▪ Le recours à la main-d'œuvre indépendante (MOI) dans les secteurs d'activités cliniques ▪ L'absentéisme associé à la maladie dans les établissements		
Identifier les cibles annuelles avec les établissements	Au 31 mars de chaque année, les cibles régionales sont atteintes en considérant la modulation par établissement	

PRIORITÉS ET PLANS D'ACTION – PARACHÈVEMENT

Outre les projets intégrateurs, plusieurs actions et résultats attendus pour les deux prochaines années visent à poursuivre la réalisation de plans d'action ou de grands projets en cours actuellement. Ces projets et plans sont eux aussi importants pour l'amélioration de la performance du réseau régional et donc pour l'amélioration de la réponse aux besoins de services de la population.

Ce parachèvement s'inscrit dans la réponse aux grands enjeux du Plan stratégique régional 2010-2015. Tous contribuent à l'amélioration de l'accessibilité, la continuité, la hiérarchisation, l'efficacité, la qualité, la sécurité des soins et services. Leur principale caractéristique est de produire un effet d'ensemble sur des continuums de services ou encore sur des éléments fondamentaux et transversaux au réseau. Ainsi, deux grandes catégories les regroupent :

- Des projets transversaux qui portent sur les ressources informationnelles, les groupes de médecine familiale et les cliniques réseau, l'optimisation de processus, les bonnes pratiques cliniques et de gestion, l'arrimage entre les secteurs de l'éducation et de la santé et des services sociaux, la santé publique, la prestation sécuritaire de soins et de services.
- Des plans d'action qui portent sur l'organisation de services pour des problématiques tels la santé mentale, la déficience physique, la déficience intellectuelle et les troubles envahissants du développement, le cancer, les jeunes en difficulté et leur famille, les dépendances et les problématiques multiples.

PRIORITÉS ET PLANS D'ACTION – PARACHÈVEMENT

Actions	Résultats attendus en 2012	Résultats attendus en 2013
► 1.1.1 Mettre en œuvre dans chaque réseau local de services (RLS) au moins un projet visant le développement d'une ou de plusieurs communautés locales de son territoire, identifiées à partir de l'instrumentation permettant d'en apprécier le potentiel ► p. 29		
Développer l'expertise des CSSS à l'utilisation de l'instrumentation permettant de caractériser les communautés locales et d'en apprécier le potentiel de développement	D'ici le 31 mars 2013, au moins deux personnes-ressources par CSSS sont habilitées à utiliser l'instrumentation visant à apprécier le potentiel de développement des communautés	
► 2.1.2 Compléter le déploiement des groupes de médecine familiale (GMF) dans tous les territoires de la région ainsi que le déploiement, dans les milieux urbains, des mécanismes d'accès aux services médicaux en réseau comme les cliniques réseau ► p. 39		
Identifier et initier un nouveau projet GMF pouvant s'ajouter aux 21 déployés en 2010 dans la région	D'ici le 31 mars 2012, les démarches d'implantation d'au moins un nouveau projet sont initiées	D'ici le 31 mars 2013, l'accréditation d'un nouveau GMF est réalisée
Identifier et préparer l'implantation d'une clinique réseau pouvant s'ajouter à celle implantée en 2010	D'ici le 31 mars 2012, les démarches d'implantation d'au moins une clinique réseau sont initiées	D'ici le 31 mars 2013, une clinique réseau additionnelle est mise en place et respecte les balises convenues
► 2.2.1 Assurer un accès : ► p. 44 ▪ Aux chirurgies pour les personnes inscrites au mécanisme central dans un délai de 6 mois ▪ Aux services diagnostiques et aux médecins spécialistes pour les personnes présentant certaines conditions cliniques et référées par un médecin de famille		
Effectuer un suivi étroit auprès des établissements qui éprouvent des difficultés à respecter les normes spécifiques d'accessibilité (délais d'attente) établies par le MSSS (chirurgies électorales, services diagnostiques, consultations en spécialité médicale)	D'ici le 31 mars 2012, les délais d'attente des personnes inscrites au mécanisme central (SIMASS) n'excèdent pas 1 an	D'ici le 31 mars 2013, les délais d'attente des personnes inscrites au mécanisme central (SIMASS) n'excèdent pas 9 mois
► 3.1.1 Soutenir l'intégration de la prévention (incluant le repérage, la détection et le dépistage) dans les services cliniques de première ligne en priorisant, dans un premier temps, les problématiques suivantes et, dans un deuxième temps, d'autres besoins émergents ► p. 46		
Dépendances : Soutenir les services-conseils en prévention clinique des CSSS dans l'implantation de la pratique clinique préventive reliée à la problématique de la consommation d'alcool auprès des professionnels de la santé	D'ici le 31 mars 2013, chaque CSSS a augmenté le nombre d'utilisateurs différents ayant reçu des services en lien avec l'alcool (Alcochoix+) et qui ont été référés par les cliniques privées, les GMF ou les pharmacies par rapport à l'année de référence 2011-2012 (point de départ documenté)	
Négligence (enfants) : Intégrée à 3.2.6 E		
Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) : Réviser l'organisation des services de dépistage des ITSS en CSSS pour rejoindre les groupes les plus touchés par les ITSS	D'ici le 31 mars 2012, 100 % des CSSS ont remis les plans d'organisation des services de dépistage des ITSS à l'Agence	D'ici le 31 mars 2013, chaque CSSS dépiste 20 % des jeunes de 15 à 24 ans pour la chlamydia
Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) : Promouvoir l'utilisation d'une consultation dans les milieux cliniques pour faire du dépistage des ITSS lorsque pertinent (cliniques médicales et GMF)	D'ici le 31 mars 2013, la proportion de tests positifs a augmenté par rapport à l'ensemble des tests réalisés	
Suicide : Implanter les orientations du MSSS (comité ministériel sur la promotion de la santé mentale, prévention des troubles mentaux et suicide) au regard du dépistage de la dépression	D'ici le 31 mars 2012, chaque CSSS a implanté des mesures de dépistage et de suivi de la dépression auprès de clientèles spécifiques, particulièrement à risque de suicide, dans la mesure de la capacité à les desservir selon les orientations du MSSS	

Actions	Résultats attendus en 2012	Résultats attendus en 2013
► 3.1.2 Poursuivre la réalisation du Plan d'action régional de santé publique (PARSP) et des plans d'action locaux en santé publique (PALSP) ► p. 50		
Produire un bilan complet de l'état d'avancement du PNSP, à travers le PARSP 2009-2012 et les PALSP (secteurs de vulnérabilité, excès, etc.), incluant des pistes de solution/recommandations	D'ici le 31 mars 2012, 76 % des activités du PNSP sont implantées par le PARSP et les PALSP	D'ici le 31 mars 2013, 79 % des activités du PNSP sont implantées par le PARSP et les PALSP
► 3.2.4 Assurer l'accès téléphonique en moins de 4 minutes 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 et 7 jours par semaine ► p. 60		
Mettre en œuvre le mécanisme régional convenu afin d'assurer la continuité et l'accessibilité des services et favoriser la concertation entre les différents partenaires	D'ici le 31 mars 2012, 75 % des appels au service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux sont répondus en moins de 4 minutes	D'ici le 31 mars 2013, 90 % des appels au service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux sont répondus en moins de 4 minutes
► 3.2.5 Mettre en œuvre les mesures annoncées dans le Complément aux orientations régionales concernant les services offerts aux personnes présentant des problématiques multiples ► p. 62		
Développer une offre de service régionale pour chacune des quatre mesures du <i>Complément aux orientations régionales concernant les services offerts aux personnes présentant des problématiques multiples</i>	D'ici le 31 août 2011, les quatre propositions des établissements mandataires ont été validées par l'Agence	
Actualiser l'implantation des quatre mesures du <i>Complément aux orientations régionales concernant les services offerts aux personnes présentant des problématiques multiples</i>	D'ici le 31 décembre 2012, 100 % des mesures sont opérationnelles permettant l'accès, la continuité et la complémentarité des services de première ligne et des services spécialisés	
► 3.2.6 Poursuivre la réalisation des plans d'action régionaux suivants :		
A) Plan régional de lutte contre le cancer, en particulier : ► p. 65 ▪ L'accès à un intervenant pivot dans les 48 h suivant le diagnostic ▪ L'accès aux services de radio-oncologie, chimiothérapie/traitements systémiques et chirurgie oncologique à l'intérieur d'un délai de 28 jours		
Mettre en œuvre le plan régional, en portant une attention particulière aux volets suivants : - Disponibilité des données clinico-administratives nécessaires au suivi, au monitoring et à l'évaluation des services - Activités d'évaluation et d'amélioration continue de la qualité des services - Implication du médecin de famille dans le continuum de services - Poursuite de la mise en œuvre de la politique en soins palliatifs	D'ici le 31 mars 2013, 90 % des actions prévues au plan pour cette période ont été réalisées	
Coordonner l'implantation d'outils permettant l'accès aux données requises pour mesurer l'atteinte des diverses cibles, notamment le délai d'accès à l'infirmière pivot et aux traitements	▪ D'ici le 31 mars 2013, les 5 établissements au sein desquels œuvrent les équipes interdisciplinaires en oncologie alimentent un registre local du cancer ▪ D'ici le 31 mars 2013, les délais d'accès à l'infirmière pivot en oncologie (IPO) et aux traitements (radio-oncologie, chirurgie oncologique, chimiothérapie ou traitements systémiques) sont disponibles	

Actions	Résultats attendus en 2012	Résultats attendus en 2013
B) Plan d'action régional en santé mentale, en particulier : ➡ p. 67 ▪ L'accès pour les personnes qui le requièrent, en moins de 30 jours, à des services de santé mentale de première ligne par une équipe multidisciplinaire ▪ L'accès aux services d'intégration dans la communauté pour les adultes ayant des troubles mentaux graves (soutien intensif dans le milieu – SIM et soutien d'intensité variable – SIV) ▪ L'accès aux services spécialisés de 2^e et 3^e ligne en santé mentale dans un délai de 60 jours		
Mettre en place la mesure concernant la fonction de psychiatre répondant en première ligne	D'ici le 31 mars 2013, chaque CSSS a accès au soutien continu d'un psychiatre répondant dédié à son équipe de première ligne en santé mentale	
Établir des ententes de service formelles en 3 ^e ligne	D'ici le 31 mars 2012, les ententes de service sont formalisées avec, entre autres, l'Institut universitaire en santé mentale Douglas et l'Institut Philippe-Pinel	
C) Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience, en particulier : ➡ p. 69 C-1 L'accès aux services de première ligne ou spécialisés dont les personnes ayant une déficience ont besoin, et ce, dans le respect des délais établis C-2 La coordination des services par les plans de services individualisés (PSI) en centre de réadaptation (CR) et avec les CSSS		
Optimiser les processus de réception, d'analyse et d'orientation des nouvelles demandes de services pour les personnes ayant une déficience	D'ici le 31 mars 2012, les taux de respect des délais atteignent les cibles suivantes pour les demandes de niveau de priorité : ▪ Urgent = 90 % ▪ Élevé = 90 % ▪ Modéré = 75 % (standard en implantation)	
S'assurer que les données suivies reflètent bien les taux de respect des délais d'accès tels qu'ils sont observés sur le terrain	D'ici le 31 mars 2013, s'assurer de la qualité des données sur le suivi du taux de respect des délais d'accès tels qu'observés sur le terrain	
Dresser le portrait réel du nombre de PSI réalisés dans l'année 2011-2012	D'ici le 31 mars 2012, un point de départ documenté du nombre de PSI réalisés par les établissements concernés est disponible à partir des données saisies dans I-CLSC et SIPAD	
Augmenter le nombre de PSI réalisés dans l'année 2012-2013 par rapport à l'année précédente	D'ici le 31 mars 2013, le nombre de PSI réalisés pour les personnes ayant une déficience est supérieur au nombre de PSI documentés l'année précédente	
D) Plan de mise en œuvre des Orientations régionales en dépendances, en particulier : ➡ p. 74 ▪ L'accès aux services de première ligne offerts en toxicomanie et en jeu pathologique pour les personnes à risque d'abus ou de dépendances ▪ L'accès aux services d'évaluation spécialisée dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins pour les personnes ayant une dépendante		
Implanter la politique de repérage, de détection, d'orientation et de référence en matière de dépendances	D'ici le 31 mars 2013, le nombre d'adultes ayant reçu des services de première ligne en toxicomanie et en jeu pathologique par les CSSS a augmenté	
Mettre en œuvre un programme régional d'évaluation spécialisée pour les personnes dépendantes	D'ici le 30 juin 2012, le programme régional d'évaluation spécialisée est déposé à l'Agence	D'ici le 31 mars 2013, le programme régional d'évaluation spécialisée est en fonction

Actions	Résultats attendus en 2012	Résultats attendus en 2013
E) Offre de service pour les jeunes en difficulté et leur famille, en particulier : ► p. 77 - Une intervention 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 - La continuité des soins et la stabilité des liens pour les enfants placés en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse		
Se doter d'un mécanisme conjoint (CJ-CSSS-Domrémy-Commission scolaire) pour assurer la prise en charge des cas complexes et litigieux dans chaque territoire de mécanisme local MELS-MSSS	D'ici le 31 mars 2012, tous les territoires MELS-MSSS ont un mécanisme conjoint (CJ-CSSS-Domrémy-Commission scolaire) qui permet d'assurer la prise en charge des cas complexes et litigieux	
Mettre en œuvre, assurer le suivi et ajuster les protocoles d'arrimage entre le Centre jeunesse, les CSSS et le milieu scolaire, entre autres, celui : - Sur le retrait et le placement - Sur l'intervention en troubles de comportement chez les 5-18 ans et la gestion de la crise - Sur la négligence	D'ici le 31 mars 2012, tous les CSSS et le Centre jeunesse ont mis en œuvre les protocoles d'arrimage	D'ici le 31 mars 2013, tous les CSSS et le Centre jeunesse assurent le suivi et ajustent les protocoles au besoin
► 4.1.1 Mettre en œuvre de façon coordonnée des projets reconnus structurants pour la dynamique du réseau telle la gouvernance des progiciels administratifs régionaux (PAR) ► p. 89		
Convenir des indicateurs pour évaluer l'impact de la mise en place des deux modes de gouvernance sur notre culture et la dynamique réseau	D'ici le 31 mars 2012, avoir identifié les indicateurs permettant d'évaluer l'impact de la mise en place des mécanismes de gouvernance pour les PAR et le PSRRI	D'ici le 31 mars 2013, avoir complété une évaluation des modes de gouvernance des PAR et du PSRRI
► 4.2.1 Mettre en œuvre les projets structurants du Plan stratégique régional en ressources informationnelles ► p. 91		
Promouvoir le Plan stratégique régional des ressources informationnelles	D'ici le 30 juin 2011, 100 % des activités prévues au plan de communication sont réalisées	
Réviser le modèle de gouvernance et optimiser la gestion des ressources informationnelles	D'ici le 30 juin 2011, le nouveau modèle de gouvernance est approuvé par le Comité régional des directeurs généraux (CRDG) et en fonction	
Mettre en place un cadre formel de gestion de projets et un portefeuille régional de projets	D'ici le 30 juin 2011, le bureau de projets et le portefeuille régional de projets sont en place et le cadre de gestion de projets en vigueur	
Réviser les besoins régionaux de circulation d'information clinique et réévaluer la solution du dossier clinique informatisé déjà en place (RIGIC)	D'ici le 30 juin 2011, l'inventaire des besoins est déposé et analysé, la réévaluation du dossier clinique informatisé déjà en place (RIGIC) est terminée et le devis technique d'un dossier clinique informatisé (DCI) a été élaboré	
Normaliser la documentation des ressources informationnelles et en assurer la mise à jour constante	D'ici le 30 juin 2011, dépôt du processus générique à l'ensemble des établissements; convenir des items et caractéristiques communes à inventorier; recommandation d'outils pouvant soutenir le processus	
Sécurité des actifs informationnels - Normaliser la catégorisation des actifs informationnels de la région et en assurer la mise à jour régulière	D'ici le 30 juin 2011, 100 % de la catégorisation des actifs informationnels de la région sont normalisés de façon unique pour tous les établissements	

Actions	Résultats attendus en 2012	Résultats attendus en 2013
Sécurité des actifs informationnels - Mise en place d'un site de relève pour assurer la sécurité des données	D'ici le 30 juin 2015, une infrastructure permettant une relève fonctionnelle des données les plus critiques est mise sur pied	
► 4.3.2 Réaliser les projets régionaux prioritaires d'optimisation ► p. 98		
Service de buanderie des établissements : Déterminer les processus et l'organisation des services de buanderie dans la région	D'ici le 31 mars 2012, avoir complété la révision des processus de buanderie de tous les établissements et établi le modèle d'organisation régional	D'ici le 31 mars 2013, avoir complété la planification en vue de la mise en place de l'organisation des services de buanderie de la région
Processus administratifs en lien avec les PAR : Identifier, optimiser et harmoniser des sous-processus à l'intérieur d'une démarche impliquant les 13 établissements et l'Agence	D'ici le 31 mars 2012, avoir complété l'optimisation et l'harmonisation du cycle de paie dans tous les établissements et l'Agence	D'ici le 31 mars 2013, avoir complété un second cycle d'optimisation et d'harmonisation avec d'autres sous-processus sélectionnés par les tables fonctionnelles
Fusion du CSSS de Trois-Rivières et du CHRTR : Procéder à la création d'un nouvel établissement par la fusion du CSSS de Trois-Rivières et du CHRTR	▪ D'ici le 31 mars 2012, le nouveau CSSS a procédé au choix de son DG, s'est doté d'une vision, d'orientations et d'un plan de travail guidant la mise sur pied, la consolidation et l'optimisation de la nouvelle organisation; il a adopté son nouveau plan d'organisation et a entamé la mise en œuvre ▪ D'ici le 31 mars 2012, le nouveau CSSS a réalisé l'optimisation qu'il avait prévue à cette date	
Systèmes automatisés et robotisés pour la distribution des médicaments (SARDM) : Mettre en œuvre le plan de réalisation du projet régional SARDM approuvé par le Ministère selon les modalités du cadre de gestion prévu pour la phase II	D'ici le 31 mars 2012, tous les projets inscrits au plan de réalisation du projet régional SARDM, approuvé par le MSSS, sont réalisés	
Services d'ergothérapie en soutien à domicile : Réaliser les projets d'optimisation de services d'ergothérapie à domicile acceptés par l'Agence	D'ici le 31 mars 2012, les bilans des projets d'optimisation sont déposés à l'Agence	D'ici le 31 mars 2013, augmentation du nombre de personnes rejointes en ergothérapie aux services à domicile
► 5.1.1 Adopter une stratégie régionale d'identification et de diffusion des meilleures pratiques cliniques en cohérence avec l'action de l'INSPQ, de l'INESSS, des milieux universitaires et des milieux de pratiques ► p. 101		
Convenir d'un modèle de mécanisme régional à mettre en œuvre pour l'accès aux portefeuilles de projets innovants, d'expérimentations ou de guides de pratiques	D'ici le 31 mars 2012, l'Agence dispose d'un mécanisme régional convenu avec les établissements, lequel soutient l'identification, la diffusion et l'adoption des meilleures pratiques	
Implanter le mécanisme régional convenu	D'ici le 31 mars 2013, l'Agence a débuté l'implantation du mécanisme régional	
► 5.2.1 Mettre en œuvre une stratégie régionale qui permet l'implantation d'une approche intégrée et interuniversitaire visant à ce que la région puisse être reconnue à titre de milieu universitaire ► p. 103		
Circonscrire la vision sous-jacente à l'objectif et esquisser les éléments d'une stratégie régionale	D'ici le 31 mars 2012, les éléments d'une stratégie régionale qui répondent à la vision partagée Agence-Etablissements sont déterminés	
À la lumière de la stratégie régionale établie, élaborer le Plan d'action 2013-2015	D'ici le 31 mars 2013, se doter d'un Plan d'action 2013-2015	

Actions	Résultats attendus en 2012	Résultats attendus en 2013
► 5.2.2 Accroître de façon significative les arrimages qui favorisent la synergie entre le réseau de l'éducation et le réseau de la santé et des services sociaux en matière d'enseignement et de recherche ► p. 105		
Définir les secteurs névralgiques pour lesquels il serait opportun de convenir d'ententes spécifiques en matière de recherche et d'enseignement avec le milieu de l'éducation, peu importe l'ordre d'enseignement	D'ici le 31 décembre 2011, se doter d'un portrait des domaines névralgiques à couvrir potentiellement par des ententes spécifiques avec le milieu de l'éducation en matière d'enseignement et de recherche	
Connaître l'état de situation en matière de couverture par ententes spécifiques avec le milieu de l'enseignement, des domaines névralgiques par rapport au potentiel d'ententes et se doter d'un plan d'action identifiant les domaines névralgiques pour lesquels il serait opportun de se doter d'une entente spécifique	D'ici le 31 mars 2012, sur la base du portrait des domaines névralgiques, établir l'inventaire des ententes spécifiques convenues avec le milieu de l'éducation en matière d'enseignement et de recherche	D'ici le 31 mars 2013, sur la base de l'inventaire des ententes spécifiques et du portrait des domaines névralgiques, avoir défini un plan d'action visant à doter les secteurs névralgiques non couverts par une entente spécifique
► 5.2.3 Accroître de façon significative le transfert des connaissances entre les milieux d'enseignement secondaire, collégial et universitaire, et les milieux de pratiques, dans une perspective d'enrichissement mutuel ► p. 107		
Établir le calendrier des démarches d'agrément des établissements selon le cycle triennal	D'ici le 31 mars 2013, 100 % des établissements qui ont réalisé une démarche d'agrément reçoivent leur agrément sur le volet des stratégies d'innovation et de développement	
► 5.3.1 Assurer la prestation sécuritaire des soins et des services dans tous les établissements ► p. 109		
Développer et implanter un cadre de référence régional sur la gestion des risques selon une perspective d'approche intégrée en matière de qualité et incluant des indicateurs qui permettent de mesurer le niveau de déclaration et de divulgation des incidents et des accidents	▪ D'ici le 30 septembre 2011, les établissements ont des données fiables et comparées sur le taux de déclaration et de divulgation des incidents et des accidents ▪ D'ici le 31 décembre 2012, le cadre de référence est élaboré et implanté dans les établissements	D'ici le 30 juin 2013, les établissements ont des plans d'action en matière de gestion des risques
Développer des indicateurs communs d'application des mesures de contrôle et évaluer périodiquement si les orientations ministérielles à cet égard sont respectées selon une approche intégrée en matière de qualité de services, incluant la sécurité des soins et des services	D'ici le 31 décembre 2012, le personnel visé est formé sur l'application des mesures de contrôle	D'ici le 30 juin 2013, un portrait régional est produit en matière d'application des mesures de contrôle à partir d'indicateurs communs
► 5.3.2 Maintenir les taux d'infections nosocomiales faisant l'objet d'une surveillance provinciale en deçà des seuils établis ► p. 112		
Évaluer l'application des normes recommandées par les experts (C.I.N.Q., MSSS, INSPQ) pour les CHSGS ayant un taux supérieur aux seuils établis	Tous les établissements dont les taux sont supérieurs aux seuils établis pour les infections nosocomiales à surveillance provinciale ont reçu des recommandations de l'Agence	

CONDITIONS DE SUCCÈS

Dans un environnement complexe tel que celui de la santé et des services sociaux, il est nécessaire de se donner un aperçu des conditions qui sont associées à la réussite d'un tel projet régional.

Des projets intégrateurs

La mise en place de trois projets régionaux intégrateurs permet de créer une synergie nécessaire à l'atteinte de résultats qui requiert l'effort de plusieurs acteurs tant à l'interne de l'Agence qu'avec ses partenaires du réseau. Canaliser nos efforts pour se donner une plus grande force dans l'amélioration de notre performance demeure l'atout majeur de ce type de projets.

En contrepartie, ces projets requièrent certaines conditions de succès telles que :

- Se doter d'un manuel d'organisation de projet dans lequel on retrouve minimalement une définition, des livrables, des rôles et responsabilités clairement définis, une structure et un mode de fonctionnement.
- Se donner la capacité de maintenir la concentration des efforts sur la réalisation de ces projets, et ce, dans un environnement dynamique.
- S'assurer de la collaboration des établissements dans la mesure de leur capacité et dans le respect de leurs rôles et responsabilités.

Un parachèvement des priorités et des plans d'action

Le fait d'inscrire ces actions au présent plan confirme le caractère essentiel de l'atteinte des résultats pour la réalisation du Plan stratégique régional 2010-2015. Il est donc nécessaire que les efforts consentis ne soient pas seulement limités aux projets intégrateurs.

Le Plan d'action 2011-2013 représente un premier mouvement nécessaire à la réalisation de nos ambitions inscrites au plan stratégique régional. Il vise à s'outiller, à mettre en place les premières étapes de changements. L'atteinte des résultats attendus constitue en soi une condition de succès et le point de départ du prochain Plan d'action 2013-2015.

DES ORIENTATIONS ET DES RÉSULTATS À ATTEINDRE POUR RÉALISER UNE VISION RÉGIONALE

MISSION

Maintenir et améliorer la santé et le bien-être de la population
de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Enjeu 1

**Action concertée sur les déterminants
et réduction des inégalités de santé
et de bien-être**

Page 27

Page 35

Enjeu 2

**Accessibilité, continuité et
hiérarchisation des services**

Enjeu 3

**Qualité et efficience
des services à la population**

Page 87

Page 117

Enjeu 4

**Gestion renouvelée
des ressources humaines**

Vision régionale

**Agir en réseaux locaux performants
au sein d'un réseau régional
cohérent qui assurent à la population
l'accès aux services le plus près
possible de son milieu de vie**

FICHES DESCRIPTIVES DES ACTIONS

ENJEU 1 ACTION CONCERTÉE SUR LES DÉTERMINANTS ET RÉDUCTION DES INÉGALITÉS DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE

ORIENTATION 1. Contribuer au renforcement de l'action intersectorielle

AXE 1.1 Développement des communautés locales

AXE 1.2 Soutien de l'action intersectorielle à portée régionale sur les principaux déterminants de la santé

ORIENTATION 1

CONTRIBUER AU RENFORCEMENT DE L'ACTION INTERSECTORIELLE

1.1 Développement des communautés locales

Objectif stratégique de résultat 1.1.1

Mettre en œuvre dans chaque réseau local de services (RLS) au moins un projet visant le développement d'une ou plusieurs communautés locales de son territoire, identifiées à partir de l'instrumentation permettant d'en apprécier le potentiel

→ Cible 2015 : 8 réseaux locaux de services ont mis en œuvre au moins un projet

Situation actuelle (problématique)

En 2002, la Direction de santé publique de la Mauricie et du Centre-du-Québec s'est dotée d'un cadre de référence basé sur une approche de développement des communautés. Depuis, le développement des communautés est une priorité régionale du Plan d'action régional de santé publique (PARSP) et des plans d'action locaux de santé publique. La région de la Mauricie et du Centre-du-Québec est d'ailleurs très active dans ce domaine, notamment depuis la création du Consortium en développement social de la Mauricie (en 2000) et du Comité régional en développement social du Centre-du-Québec (en 2001), dont les mandats sont d'assurer la pleine participation sociale et la mobilisation des citoyens, des communautés et des partenaires en vue de contribuer à la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, et d'améliorer la santé et le bien-être de la population. La concertation et la mobilisation des acteurs régionaux et locaux et le soutien aux initiatives de développement local des communautés sont des stratégies utilisées par ces instances. L'Agence est impliquée professionnellement et financièrement dans ces deux comités régionaux.

Par ailleurs, la Direction de la santé publique à l'Agence, en collaboration avec divers partenaires, a récemment développé une instrumentation qui permet d'apprécier le potentiel de développement des communautés et, ce faisant, de déterminer des actions visant à soutenir ces communautés dans leurs projets de développement, le tout en tenant compte du portrait des inégalités sociales de santé et de bien-être. Actuellement, plusieurs regroupements locaux et régionaux (organismes, municipalités, etc.) manifestent leur intérêt à s'approprier cet outil de connaissance en vue de soutenir la mobilisation des acteurs de leur milieu au regard du développement des communautés. Soulignons que cet outil évoluera avec son utilisation.

Si beaucoup d'acteurs locaux sont déjà engagés dans diverses actions de soutien au développement des communautés, l'axe de la contribution du réseau sociosanitaire, notamment des CSSS et de l'Agence, reste à développer ou à consolider. La DSP et les CSSS devront déployer de façon plus intégrée la stratégie de soutien au développement des communautés, l'approche populationnelle et les interventions visant la réduction des inégalités de santé et de bien-être au sein de la population. Cette intégration appelle un changement de paradigme, participant plus à une approche par projet, mieux adaptée au développement des communautés. Ce nouveau paradigme est en complément à l'approche par programme déjà bien implantée dans les CSSS et qui constitue la base de l'offre de service à la population.

Bien-fondé des actions

Des recherches confirment que la participation sociale, la coopération et l'entraide dans une communauté peuvent avoir un impact positif sur la santé d'une population¹. Le soutien au développement des communautés, de par ses stratégies d'action communautaire et de participation sociale, permet de développer un sentiment d'appartenance au milieu, de renforcer l'estime de soi et le sentiment de pouvoir et de contrôle sur sa destinée et sur son environnement chez les personnes impliquées et dans la communauté. Ces facteurs sont connus pour entraîner des effets bénéfiques sur la santé et le bien-être. D'ailleurs, l'interaction entre les citoyens ainsi que les liens de confiance et de réciprocité créés constituent, selon le PNSP, le déterminant le plus important pour améliorer la santé et le bien-être d'une collectivité (PNSP p. 62). Le PNSP réaffirme d'ailleurs l'importance du soutien au développement des communautés en le reconnaissant comme une stratégie d'influence réelle sur la santé de la population.

¹ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme national de santé publique 2003-2012 – Mise à jour 2008*, 101 p.

La *Stratégie gouvernementale de développement durable 2008-2013, Un projet de société pour le Québec*, situe aussi la participation à la vie collective comme une orientation importante : accroître l'implication des citoyens dans leur communauté et accroître la prise en compte de leurs préoccupations dans les décisions sont les deux objectifs qui s'y rattachent.

En tant qu'instance locale, les CSSS doivent connaître l'état de santé de la population de leur territoire et planifier des actions visant à l'améliorer, tout en réduisant les inégalités sociales de santé, ce que vise aussi la stratégie de soutien au développement des communautés. L'efficacité de cette stratégie sera renforcée si elle repose sur une connaissance approfondie des communautés locales que l'on souhaite soutenir et, en particulier, de leur potentiel de développement. L'acquisition des habiletés nécessaires à l'utilisation de l'outil de caractérisation et d'appréciation du potentiel de développement des communautés est un pas important dans la consolidation de la contribution du réseau de la santé et des services sociaux au développement des communautés. Rappelons que cette expertise, référant aux outils et aux processus, se distingue de celle déjà présente dans la communauté et qui s'exprime chez les personnes qui y vivent et qui animent son développement. L'expertise du CSSS permettra notamment de faciliter l'émergence ou l'expression du leadership au sein de la communauté pour favoriser son épanouissement.

Le renforcement de la contribution du réseau de la santé et des services sociaux au soutien du développement des communautés est donc nécessaire même s'il ne s'appuie pas sur la même logique que l'offre de service balisée par des programmes de santé et de services sociaux. Cette stratégie doit s'incarner dans un effort de synergie et de cohésion avec les approches et initiatives de lutte à la pauvreté et de réduction des inégalités dans les communautés locales et s'appuiera sur un nouveau paradigme pour les établissements.

Objectifs 2011-2013

- Intégrer l'instrumentation permettant d'apprécier le potentiel de développement des communautés comme outil d'identification des priorités et pistes d'action en développement des communautés.
- Participer (ou initier le cas échéant) aux partenariats pertinents au soutien du développement des communautés sur les plans local et régional.

ACTION 1	
Développer l'expertise des CSSS à l'utilisation de l'instrumentation permettant de caractériser les communautés locales et d'en apprécier le potentiel de développement	
Résultat attendu	D'ici le 31 mars 2013, au moins deux personnes-ressources par CSSS sont habilitées à utiliser l'instrumentation visant à caractériser et à apprécier le potentiel de développement des communautés
Indicateur	Nombre de personnes-ressources qui sont habilitées à utiliser l'instrumentation permettant d'apprécier le potentiel de développement des communautés

Contributeurs	Rôles et engagements attendus	À convenir
Agence : DSP	▪ Offrir une expertise régionale au regard de la caractérisation et de l'appréciation du potentiel de développement des communautés locales ▪ Former et accompagner les gestionnaires et intervenants ciblés de chaque CSSS dans l'utilisation de cet outil ▪ Soutenir les équipes régionales et locales au regard des meilleures pratiques en développement des communautés. Soutenir les comités régionaux en développement social, mettre à l'ordre du jour la question des inégalités sociales de santé dans la région par une participation active aux diverses instances concernées afin que la région les prenne en compte dans ses décisions. Coordonner l'évaluation de l'implantation des services (consulter la section Évaluation).	✓

Contributeurs	Rôles et engagements attendus	À convenir
CSSS	▪ Acquérir l'expertise nécessaire pour soutenir les partenaires locaux ou les communautés dans leur démarche de caractérisation et d'appréciation du potentiel de développement des communautés et dans leurs projets de développement ▪ Participer à la concertation territoriale en faveur du développement des communautés et la susciter au besoin ▪ Soutenir les initiatives collectives faites en partenariat intersectoriel et qui favorisent la participation citoyenne et le renforcement de la capacité d'agir des personnes et des communautés ▪ Identifier une ou plusieurs communautés locales susceptibles de faire l'objet d'un projet de développement des communautés dans leur territoire ▪ S'assurer que l'instrumentation est utilisée dans les différentes démarches locales ▪ Participer à l'évaluation de l'implantation des services (consulter la section Évaluation)	✓
Comité régional de développement social du Centre-du-Québec, Consortium en développement social de la Mauricie	▪ Promouvoir le développement des communautés locales ▪ Soutenir les initiatives en développement des communautés	

Opportunités et contraintes dans la réalisation de cet objectif 2011-2013

Opportunités :

- La Table de coordination régionale de santé publique (TCRSP), formée de la DSP et des directeurs locaux de santé publique, manifeste son intérêt à développer ses compétences dans le volet « connaissance et surveillance » de l'état de santé de la population.
- La DSP de la Mauricie et du Centre-du-Québec, en collaboration avec divers partenaires, a développé une expertise unique dans l'appréciation du potentiel de développement des communautés.
- La région de la Mauricie et du Centre-du-Québec est avant-gardiste en matière de développement des communautés tant par l'implication des ressources de ses différents milieux locaux et régionaux que par les partenariats qui fondent leurs actions.
- Le prochain rapport du directeur de santé publique portera sur les inégalités sociales de santé et sur les moyens de soutenir les communautés dans leurs efforts de développement. Dès que les données du recensement 2011 seront disponibles, une nouvelle mise à jour du portrait des inégalités sociales de santé sera produite, en tenant compte des mises en garde de la communauté scientifique sur la crédibilité des données du recensement 2011.

Contraintes :

- Historiquement, les CSSS ont davantage été animés par une logique de rétablissement de la santé pour des individus, ce qui les a conduits à développer une solide expertise de planification et d'organisation axée sur la prestation de services individuels. L'action sur les déterminants de la santé au moyen d'une stratégie comme le développement des communautés fait plutôt appel à une logique de « production de la santé », ce qui nécessite une planification à l'échelle populationnelle permettant d'agir sur des facteurs qui ne relèvent pas directement de la compétence du système de soins. Cette nouvelle expertise, de même que les indicateurs qui permettent d'en rendre compte, sont à développer dans les CSSS.
- La contribution spécifique des CSSS en matière de développement des communautés n'a jamais été clarifiée.



PERSONNES-RESSOURCES

Agence de la santé et des services sociaux

Direction de santé publique

- ▶ Lucie Lafrance 819 693-3920
- ▶ Réal Boisvert..... 819 693-3905

ORIENTATION 1

CONTRIBUER AU RENFORCEMENT DE L'ACTION INTERSECTORIELLE

1.2 Soutien de l'action intersectorielle à portée régionale sur les principaux déterminants de la santé

Objectif stratégique de résultat 1.2.1

Renforcer la collaboration avec les partenaires régionaux des autres secteurs afin de favoriser l'action locale et régionale sur les principaux déterminants de la santé et du bien-être

→ Cible 2015 :

- 80 % de présence de l'Agence aux instances de concertation régionales
- Niveau élevé de satisfaction de l'Agence et des partenaires vis-à-vis la contribution de l'Agence

Situation actuelle (problématique)

Le soutien à l'action intersectorielle constitue une stratégie efficace pour agir sur les déterminants de la santé en ce qu'il permet, grâce à la collaboration d'acteurs œuvrant dans d'autres champs d'activités, d'agir avec cohésion sur des facteurs qui ne relèvent pas directement de la compétence du réseau de la santé. De plus, des alliances et des actions convenues au niveau régional facilitent généralement la concertation aux niveaux territorial et local.

L'Agence est déjà active en matière de soutien à l'action intersectorielle. Elle participe à diverses instances de concertation et de collaboration comme les conférences administratives régionales (CAR), l'entente MSSS-MELS, les comités intersectoriels CAR-PAG en saines habitudes de vie, les comités régionaux de développement social, etc. Elle est aussi signataire de 4 ententes spécifiques régionales où sont présents plusieurs partenaires intersectoriels dont l'action touche les déterminants de la santé que sont l'éducation, les conditions de vie, le développement des communautés, l'égalité des chances, etc. Ce type de collaboration est aussi fort présent en protection de la santé et en matière de mesures d'urgence. Toutefois, pour que la dynamique intersectorielle sur les déterminants de la santé porte des résultats optimaux, il est nécessaire que l'Agence assume son leadership, notamment en assurant une présence soutenue au sein des différentes instances de concertation régionale et en exerçant une influence quant au développement d'une vision commune de l'action sur les déterminants de la santé. L'Agence doit aussi s'assurer que le partenariat établi au regard de l'action intersectorielle favorable à la santé et au bien-être en soit un de qualité, dont on peut mesurer l'efficacité en termes de satisfaction et de résultats obtenus.

Force est de constater que l'action sur les déterminants de la santé ne constitue pas une stratégie bien maîtrisée dans le réseau régional, pour qui l'organisation des services sociaux et de santé vise principalement le rétablissement de la santé. Agir sur les déterminants de la santé et du bien-être consiste davantage à préconiser la santé et nécessite une planification à l'échelle populationnelle permettant d'agir sur des facteurs qui ne relèvent pas directement de la compétence du système de soins. Cette nouvelle expertise, de même que les indicateurs qui permettent d'en rendre compte, sont à développer dans le réseau sociosanitaire.

De plus, concernant les différentes ententes spécifiques auxquelles participe l'Agence, on constate une faible analyse transversale de la portée des engagements et des actions contenus dans ces ententes, ce qui peut limiter les impacts potentiels sur les déterminants de la santé et du bien-être.

Bien-fondé des actions

L'action intersectorielle favorable à la santé et au bien-être emprunte les diverses formes d'intervention publiques (programmes, projets ponctuels, lois et règlements, etc.) qui ont cours dans tous les secteurs d'activité et à différents niveaux et qui visent des déterminants modifiables : conditions de vie, environnement de travail, comportements des personnes, environnement social et environnement physique. La promotion de la santé et la prévention de nombreux problèmes sociaux et de santé requièrent donc l'engagement et la participation soutenue d'acteurs œuvrant dans plusieurs secteurs d'activité.

D'ailleurs, l'Agence a la responsabilité de mobiliser ou d'influencer ces différents acteurs autour d'objectifs de santé et de bien-être (LSSSS, art. 1 et 2) en s'assurant notamment que leurs actions sont orientées vers des buts communs en vue d'en augmenter la portée et l'impact positif sur la santé et le bien-être de la population.

L'action intersectorielle sur les déterminants de la santé constitue un enjeu majeur pour améliorer l'état de santé et de bien-être de la population et pour assurer la pérennité du système de soins et de services.

Objectif 2011-2013

Assurer un leadership dynamique en matière d'action intersectorielle favorable à la santé et au bien-être au sein des instances régionales dont les acteurs sont susceptibles de contribuer à l'action sur les déterminants de la santé et du bien-être.

ACTION 1

Réaliser au sein des instances de concertation régionales pertinentes des activités visant à sensibiliser les partenaires intersectoriels à l'importance de se mobiliser collectivement sur un enjeu commun

Résultats attendus	▪ D'ici le 31 mars 2013, l'Agence a participé à au moins 80 % des rencontres des instances de concertation régionales pertinentes à l'action sur les déterminants de la santé et du bien-être ▪ D'ici le 31 mars 2013, l'Agence a réalisé au sein de chaque instance identifiée au moins une activité visant à sensibiliser les partenaires intersectoriels à l'action sur les déterminants de la santé
Indicateurs	▪ Pourcentage de rencontres auxquelles l'Agence a participé dans les instances de concertation régionales pertinentes à l'action sur les déterminants de la santé et du bien-être ▪ Nombre d'activités de sensibilisation à l'action sur les déterminants réalisées par l'Agence dans chacune des instances intersectorielles pertinentes

Contributeurs	Rôles et engagements attendus	À convenir
Agence : DSP	▪ Participer de façon soutenue aux instances de concertation régionales pertinentes à l'action sur les déterminants de la santé et du bien-être ▪ Réaliser au sein des instances des activités visant à sensibiliser et mobiliser les acteurs à l'action sur les déterminants de la santé et à l'importance d'en tenir compte dans les orientations et actions régionales de différents secteurs	✓

ACTION 2

Identifier les convergences des plans d'action découlant des ententes spécifiques de collaboration intersectorielle dans lesquelles l'Agence est engagée

Résultat attendu	D'ici le 31 mars 2013, l'Agence possède un portrait complet des convergences concernant les ententes spécifiques de collaboration dans lesquelles elle est engagée
Indicateur	Dépôt du portrait des convergences des plans d'action découlant des ententes spécifiques de collaboration intersectorielle

Contributeurs	Rôles et engagements attendus	À convenir
Agence : DSP	▪ Faire une analyse transversale des plans d'action découlant des ententes intersectorielles	✓
Partenaires intersectoriels concernés par les ententes spécifiques de collaboration	▪ Partager les plans d'action ▪ Collaborer à l'analyse et à l'élaboration de recommandations	✓

Opportunités et contraintes dans la réalisation de cet objectif 2011-2013

Opportunités :

- La pression exercée sur le système de soins et services appelle des actions en amont.
- L'action sur les déterminants de la santé est positionnée dans la LSSSS et la LSP comme une responsabilité du réseau de la santé et des services sociaux.

Contrainte :

- Les partenaires intersectoriels sont sollicités pour participer à de nombreuses instances de concertation, ce qui limite parfois leur engagement à des niveaux restreints.



PERSONNES-RESSOURCES

Agence de la santé et des services sociaux

Direction de santé publique

- ▶ Lucie Lafrance 819 693-3920
- ▶ Gilles W. Grenier..... 819 693-3938

FICHES DESCRIPTIVES DES ACTIONS

ENJEU 2 ACCESSIBILITÉ, CONTINUITÉ ET HIÉRARCHISATION DES SERVICES

ORIENTATION 2. Améliorer l'accès aux services médicaux

AXE 2.1 Accès, lorsque requis, à des services médicaux de première ligne dans une approche intégrée et interdisciplinaire (disponibilité, proximité, délai acceptable)

AXE 2.2 Accès aux services diagnostiques et médicaux spécialisés

ORIENTATION 3. Améliorer l'accès, la continuité et la complémentarité des services de première ligne et des services spécialisés

AXE 3.1 Intégration de la promotion-prévention dans le continuum de services

AXE 3.2 Harmonisation, hiérarchisation et intégration des services

ORIENTATION 2

AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SERVICES MÉDICAUX

2.1 Accès, lorsque requis, à des services médicaux de première ligne dans une approche intégrée et interdisciplinaire (disponibilité, proximité, délai acceptable)

Objectif stratégique de résultat 2.1.1

Coordonner les services médicaux de première ligne dans chaque territoire local et mettre en œuvre les mécanismes, tel l'accueil clinique, qui assurent les liens cliniques et diagnostiques entre les médecins omnipraticiens et le CSSS

→ Cible 2015 :

- 100 % des CSSS ont mis en place des mécanismes assurant les liens cliniques médecins-CSSS
- Diminution du nombre total de patients orphelins et augmentation de la proportion de clients priorités P1 à P5 pris en charge dans les délais suggérés
- 70 % de la population est inscrite auprès d'un médecin de famille

Situation actuelle (problématique)

Étant donné que la couverture médicale en première ligne selon les besoins populationnels est de 79 % (MSSS 2009), il est difficile pour la population de se trouver un médecin de famille. De plus, les médecins en première ligne déplorent l'accès restreint aux examens diagnostiques, aux plateaux techniques spécialisés ainsi qu'aux traitements dispensés en milieu hospitalier. Ceux-ci perdent beaucoup de temps à tenter d'organiser l'accès à ces services qui occasionnent souvent des délais dans l'initiation du traitement requis, amenant parfois à la détérioration de leur état de santé. La trajectoire choisie est souvent la référence à l'urgence hospitalière, ce qui contribue à son engorgement.

Bien-fondé des actions

- Dans le cadre de l'application des mesures du Plan d'amélioration de l'accessibilité, des conditions de pratique et de l'organisation des services médicaux, lequel découlait des négociations FMOQ-MSSS en 2007, l'implantation du guichet d'accès aux clientèles orphelines et de l'accueil clinique figurait parmi les mesures privilégiées.
- Au début de 2007, le MSSS demandait aux agences d'entreprendre un processus d'orientation de la clientèle sans médecin de famille (orpheline), supporté par la lettre d'entente 195. Cette démarche s'inscrit dans l'ensemble des orientations mises sur pied pour renforcer le support à l'organisation des services en omnipratique dans les territoires et, ainsi, améliorer l'accès aux services médicaux pour la population.
- La prise en charge de clientèles orphelines s'inscrit dans la responsabilité populationnelle des CSSS. Une meilleure prise en charge devrait entraîner une diminution des consultations répétitives à l'urgence et la diminution des durées de séjour en centre hospitalier.
- Parmi les difficultés mentionnées par les médecins en 1^{re} ligne figure l'accès à des ressources diagnostiques et aux médecins spécialistes, obligeant les omnipraticiens au recours aux services d'urgence pour y remédier. Les initiatives d'organisation des services du type « accueil clinique » offrent une réponse à ces préoccupations.
- L'accessibilité à des services médicaux de 1^{re} ligne constitue une des priorités majeures pour la région depuis plus d'une décennie.

Objectif 2011-2013

Planter l'accueil clinique dans les CSSS urbains à mission CH et améliorer le fonctionnement du Guichet d'accès pour la clientèle orpheline (GACO) dans tous les CSSS, en collaboration avec les GMF et les cliniques privées.

ACTION 1	
Assurer un support professionnel aux différents comités stratégiques des CSSS dans le démarrage des travaux d'implantation de l'accueil clinique et dans les travaux de consolidation du GACO	
Résultat attendu	▪ D'ici le 31 mars 2013, un accueil clinique est implanté dans les 4 CSSS urbains et amélioration de 10 % de la participation médicale au GACO
Indicateurs	▪ Pourcentage de CSSS urbains ayant implanté leur accueil clinique ▪ Pourcentage de médecins qui participent au GACO

Contributeurs	Rôles et engagements attendus	À convenir
Agence : DSSAM	Assurer le leadership régional et le support aux établissements	
CSSS et CHRTR	- Planifier, organiser et implanter l'accueil clinique - Élaborer des algorithmes des diagnostics ciblés	✓
GMF et cliniques privées	- Participer aux travaux de consultation - Prendre connaissance du cadre de référence au moment de l'implantation	✓

Opportunités et contraintes dans la réalisation de cet objectif 2011-2013

Opportunités :

- Volonté ministérielle d'implanter les accueils cliniques
- Complémentarité avec le Guichet d'accès pour la clientèle orpheline
- GACO fonctionnels dans les 8 RLS depuis 2009
- Lettre d'entente 195 (2008)
- Rencontre annuelle des médecins coordonnateurs du GACO par le MSSS

Contraintes :

- CHRTR et CSSS TR en processus de fusion
- Demande de ressources à l'Agence de la part des CSSS
- Pas de ressources humaines, financières, techniques et informationnelles allouées par le MSSS pour l'organisation et le fonctionnement du GACO
- Participation volontaire des médecins de famille au GACO
- Pas de barèmes établis pour la prise en charge
- Mode de fonctionnement et organisation des GACO différent d'un CSSS à l'autre



PERSONNE-RESSOURCE

Agence de la santé et des services sociaux

Direction des services de santé et des affaires médicales

► Patrick Hubert 819 693-3902

ORIENTATION 2

AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SERVICES MÉDICAUX

2.1 Accès, lorsque requis, à des services médicaux de première ligne dans une approche intégrée et interdisciplinaire (disponibilité, proximité, délai acceptable)

Objectif stratégique de résultat 2.1.2

Compléter le déploiement des groupes de médecine familiale (GMF) dans tous les territoires de la région ainsi que le déploiement, dans les milieux urbains, des mécanismes d'accès aux services médicaux en réseau comme les cliniques réseau

→ Cible 2015 :

- 23 GMF implantés dans la région
- 4 mécanismes d'accès aux services médicaux en réseau implantés en milieu urbain
- 70 % des médecins de famille pratiquent dans un GMF ou un modèle équivalent

Situation actuelle (problématique)

Les besoins de la population évoluent rapidement et les problèmes de santé, souvent chroniques, sont de plus en plus complexes. Ils requièrent une adaptation constante de la pratique médicale et des pratiques professionnelles en première ligne.

Les facteurs justifiant l'implantation des GMF sont :

- Les problèmes d'accessibilité et de fragmentation des soins et services médicaux;
- Le manque de disponibilité médicale dans la communauté, conduisant à l'engorgement des salles d'urgence;
- L'effritement du rôle du médecin de famille;
- La duplication de soins et services;
- Le manque de continuité.

Les GMF doivent couvrir plusieurs champs d'intervention, soit le diagnostic et le traitement des problèmes de santé par la prise en charge, la coordination des soins avec les programmes du CSSS en 1^{re} ligne et, finalement, la prévention, la promotion de la santé et l'information.

De plus, les progrès technologiques au niveau des ressources informationnelles ont un impact important dans le domaine de la santé. Le soutien informatique doit permettre d'interrelier les GMF et tous les établissements du réseau de la santé afin que les professionnels puissent avoir accès et partager l'information clinique nécessaire au suivi de la clientèle inscrite (liste de problèmes, résultats de laboratoire, rapports de consultations, résultats de l'imagerie médicale, fiches liaisons interétablissements, fiches liaisons Info-Santé, etc.).

Bien-fondé des actions

GMF

- Assurer une plus grande accessibilité des services en heures défavorables, la prise en charge globale et le suivi des patients inscrits auprès d'un médecin membre d'un GMF
- Permettre à moyen terme à plus de gens d'avoir accès à un médecin de famille
- Améliorer la prestation et la qualité des soins médicaux de première ligne ainsi que l'organisation des services de première ligne
- Favoriser la prise en charge interdisciplinaire de la clientèle
- Développer une plus grande complémentarité des services avec les CLSC
- Reconnaître et valoriser le rôle du médecin de famille
- Offrir une garde 24/7 à leurs patients vulnérables

Clinique réseau

- Améliorer l'offre de services médicaux telles les consultations avec et sans rendez-vous, la prise en charge des patients vulnérables et n'ayant pas de médecin de famille, et la garde en disponibilité pour les clientèles vulnérables

- Mettre en place un réseau de services en harmonie avec le projet clinique et organisationnel dont les CSSS doivent assumer la coordination pour leur territoire de RLS
- Améliorer pour les médecins du territoire l'accès aux services diagnostiques, l'accès aux services spécialisés et la circulation de l'information clinique pertinente de leurs patients (liens informatiques)
- Offrir à la population deux points de services en services médicaux généraux de première ligne, afin d'éviter, notamment, le recours aux salles d'urgence

Objectif 2011-2013

Amorcer les travaux d'implantation (phase préparatoire) d'un GMF dans la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec auprès du groupe de médecins ciblés et le MSSS.

ACTION 1

Identifier et initier un nouveau projet GMF pouvant s'ajouter aux 21 déployés en 2010 dans la région

Résultats attendus	▪ D'ici le 31 mars 2012, les démarches d'implantation d'au moins un nouveau projet sont initiées ▪ D'ici le 31 mars 2013, l'accréditation d'un nouveau GMF est réalisée
Indicateurs	▪ Nombre de GMF en démarche d'implantation ▪ Nombre de GMF accrédités

Contributeurs	Rôles et engagements attendus	À convenir
CSSS	Leadership mobilisateur pour l'organisation des services de 1 ^{re} ligne	✓
Agence : DSSAM	Accompagnement du chargé de projet régional des GMF lors des tournées	✓
Agence : DRMG	Reconnaissance du besoin et diffusion des attentes aux TMT de Trois-Rivières et Vallée-de-la-Batiscan	✓
TMT Trois-Rivières et Vallée-de-la-Batiscan	Reconnaissance du besoin et diffusion des attentes aux médecins de famille en cliniques privées (non GMF)	✓

ACTION 2

Identifier et préparer l'implantation d'une clinique réseau pouvant s'ajouter à celle implantée en 2010

Résultats attendus	▪ D'ici le 31 mars 2012, les démarches d'implantation d'au moins une clinique réseau sont initiées ▪ D'ici le 31 mars 2013, une clinique réseau additionnelle est mise en place et respecte les balises convenues
Indicateurs	▪ Nombre de cliniques réseau en démarche d'implantation ▪ Nombre de cliniques réseau fonctionnelles

Contributeurs	Rôles et engagements attendus	À convenir
CSSS	Leadership mobilisateur pour l'organisation des services de 1 ^{re} ligne	✓
Agence : DSSAM	Accompagnement du chargé de projet régional des cliniques réseau lors des tournées	✓
Agence : DRMG	Reconnaissance du besoin et diffusion des attentes aux TMT de Trois-Rivières, d'Arthabaska-et-de-l'Érable et de l'Énergie	✓
TMT de Trois-Rivières, d'Arthabaska-et-de-l'Érable et de l'Énergie	Reconnaissance du besoin et diffusion des attentes aux médecins de famille en cliniques privées (non GMF)	✓
Agence	Reconnaissance du besoin et diffusion des attentes aux directeurs généraux des CSSS de Trois-Rivières, d'Arthabaska-et-de-l'Érable et de l'Énergie	✓

Opportunités et contraintes dans la réalisation de cet objectif 2011-2013

Opportunités :

- Leadership mobilisateur du DRMG
- 2 GMF accrédités en avril 2010 à Trois-Rivières pour un total de 4 GMF
- 4 GMF à d'Arthabaska-et-de-l'Érable (adjoint administratif commun), maturité des GMF
- 3 GMF à de l'Énergie
- Dossier médical électronique régional (Omnimed) et développement de Kinlogic
- Succès du réseau d'accessibilité médicale de Drummondville et expérience d'implantation
- Opportunité de partenariat avec l'urgence mineure de Cloutier-du-Rivage sur le territoire de Trois-Rivières
- Opportunité de partenariat avec l'urgence mineure de Grand-Mère (Laflèche) sur le territoire de l'Énergie

Contraintes :

- Instabilité du fournisseur Omnimed
- 3 GMF progressifs à Trois-Rivières dont 2 GMF accrédités en avril 2010
- Peu d'ouverture de la part des médecins pour couvrir les heures défavorables (soir et fin de semaine)
- Pas d'urgence mineure à Victoriaville
- Tributaire du choix des lieux de pratique des médecins



PERSONNE-RESSOURCE

Agence de la santé et des services sociaux

Direction des services de santé et des affaires médicales

► Luc Grégoire 819 693-3641

ORIENTATION 2

AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SERVICES MÉDICAUX

2.1 Accès, lorsque requis, à des services médicaux de première ligne dans une approche intégrée et interdisciplinaire (disponibilité, proximité, délai acceptable)

Objectif stratégique de résultat 2.1.3

Accroître la disponibilité de différents types de professionnels de CSSS, dont les infirmières praticiennes spécialisées (IPS), et l'arrimage de ces professionnels avec les groupes de médecine familiale et les cliniques réseau

→ Cible 2015 : Avoir titularisé 44 infirmières praticiennes spécialisées en première ligne (IPSPL)

Situation actuelle (problématique)

En 2008-2009, la région obtenait douze bourses d'études du MSSS pour l'implantation du rôle de l'IPSPL en Mauricie et au Centre-du-Québec. L'Agence s'engageait alors à financer sur une base récurrente la titularisation de l'équivalent de ces bourses en postes. Depuis, le MSSS a annoncé la nouvelle orientation de déployer 500 IPSPL d'ici 2017 au Québec, tout en assurant désormais le financement récurrent du salaire moyen de celles-ci. Par ailleurs, la nouvelle méthodologie de répartition annuelle des IPSPL s'apparente au calcul du PREM en omnipratique et la cible pour la région est de 44 d'ici 2017, incluant les 11 IPSPL actuellement en formation ainsi que celle présentement en fonction sur le territoire de Shawinigan.

Le Ministère fera ainsi connaître, à chaque année aux agences, la cible de répartition des IPSPL par région. Les travaux de recrutement de médecins partenaires intéressés à développer cette nouvelle pratique de collaboration interdisciplinaire devront faire l'objet de règles de priorisation de la séquence de déploiement proposées par le Ministère pour éclairer les choix. Il faut comprendre que la formation d'une IPSPL nécessite deux années d'études de deuxième cycle et six mois de stage avant l'obtention d'un droit de pratique. D'ailleurs, l'implantation de cette pratique avancée nécessite plus de huit mois de préparation incluant la planification simultanée du volet clinique ou entente de partenariat, le volet communication interne et externe, et le volet ressources humaines ou intégration de l'IPSPL dans l'établissement et la communauté.

Malgré l'importance de déterminer les champs d'activités pouvant le mieux bénéficier de ce travail de collaboration interdisciplinaire, les principaux enjeux reposent sur la volonté des médecins à vouloir travailler en partenariat avec les IPSPL ainsi que la volonté de ces dernières à vouloir exercer dans un champ d'activités cliniques ou un territoire donné.

Bien-fondé des actions

Dans une perspective de hiérarchisation des soins et des services, l'implantation du rôle de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne a pour but d'améliorer l'offre et l'accès aux soins et services médicaux de première ligne en favorisant la prise en charge de nouveaux clients, et en répondant aux besoins populationnels non comblés. Les IPSPL contribuent ainsi à la prise en charge et au suivi de la clientèle en partenariat avec le médecin de famille.

Objectif 2011-2013

Compléter le déploiement des infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne dans le cadre de la planification régionale de l'organisation des services médicaux.

ACTION 1

Mettre en œuvre la séquence de déploiement des IPSPL dans la région selon la cible de répartition annuelle et les règles de priorisation de la séquence de déploiement transmises par le Ministère

Résultat attendu	D'ici le 31 mars de chaque année, la cible de répartition annuelle des IPSPL pour la séquence de déploiement régional transmise par le Ministère est réalisée
Indicateur	Nombre d'IPSPL déployées sur chaque territoire concerné de la région

Contributeurs	Rôles et engagements attendus	À convenir
Agence : responsable du dossier régional	Assurer le rôle de leader mobilisateur régional	
Agence : personne-ressource clinique sur le plan régional	Assurer la liaison entre l'UQTR, les médecins partenaires et l'encadrement des stages IPSPL dans le milieu clinique	
Établissements : DRH	Assurer le respect des conditions de travail des IPSPL et les liens avec les accréditations syndicales concernées	
Établissements : directeurs de santé physique	Assurer les conditions optimales d'exercice des IPSPL à titre de supérieurs hiérarchiques de l'IPSPL	
Établissements : DSI	Responsable de la démarche d'implantation locale et de l'évaluation de l'acte infirmier conjointement avec les médecins partenaires	
DSP ou médecin responsable en GMF, UMF, clinique réseau	Responsable de l'évaluation de l'acte médical conjointement avec la DSI	

Opportunités et contraintes dans la réalisation de cet objectif 2011-2013

Opportunité :

Présence de 1,5 ETC IPSPL à l'UQTR pour assurer à la fois la formation et l'encadrement académique des IPSPL en devenir

Contrainte :

Nombre insuffisant d'infirmières détenant une maîtrise en sciences infirmières pour effectuer l'encadrement clinique dans les milieux de soins, exigence requise par l'OIIQ-MCQ



PERSONNE-RESSOURCE
Agence de la santé et des services sociaux

Direction générale adjointe

► Evlyn Matthieu 819 693-3992

ORIENTATION 2

AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SERVICES MÉDICAUX

2.2 Accès aux services diagnostiques et médicaux spécialisés

Objectif stratégique de résultat 2.2.1

Assurer un accès :

- Aux chirurgies pour les personnes inscrites au mécanisme central dans un délai de 6 mois
- Aux services diagnostiques et aux médecins spécialistes pour les personnes présentant certaines conditions cliniques et référées par un médecin de famille

→ Cible 2015 :

- 90 % des personnes inscrites au mécanisme central de chirurgie ont été traitées à l'intérieur de 6 mois
- 75 % des CSSS ont mis en place 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 référées par un médecin de famille

Situation actuelle (problématique)

Depuis juin 2007, suite à l'adoption du projet de loi 33, un mécanisme central de gestion de l'accès aux services spécialisés et surspécialisés a été implanté dans les établissements. La chirurgie a été le premier domaine intégré et des efforts considérables ont été investis par les différents acteurs afin d'offrir à la population un accès équitable, efficient et de qualité. Ainsi, tous les établissements du Québec ayant un bloc opératoire ont mis en place un mécanisme central de gestion de l'accès pour le volet chirurgie. Pour soutenir cette implantation, chaque établissement et chaque agence ont nommé un responsable de l'accès. De plus, un nouveau système informatique permettant la standardisation des calculs des temps d'attente a été développé et implanté, soit le système d'information sur les mécanismes d'accès aux services spécialisés (SIMASS).

Dans la région, les cinq établissements concernés par ce volet ont actualisé les mesures prescrites. Conséquemment, pour les sept premières périodes de la présente année financière, plus de 95 % des patients opérés pour une chirurgie élective l'ont été à l'intérieur de six mois pour une durée moyenne d'attente de 6,9 semaines (source : rapports 4 et 7 de SIMASS). Toutefois, il y a un établissement pour lequel l'accessibilité pour certaines chirurgies ciblées reste problématique. Des mesures ont été actualisées et l'accessibilité devrait s'améliorer d'ici la fin de l'année financière 2010-2011.

Bien-fondé des actions

Au cours du mois de février 2006, le ministre de la Santé et des Services sociaux annonçait sa réponse au jugement de la Cour suprême du Canada dans ce qu'il est convenu d'appeler l'Arrêt Chaoulli. Cette réponse présentait l'instauration progressive d'un mécanisme d'accès aux services dans le secteur public avec une ouverture restreinte au secteur privé (projet de loi 33). En décembre 2006, le projet de loi 33 a été adopté par le gouvernement et depuis le 1^{er} juin 2007, les articles concernant le mécanisme central de gestion de l'accès ont été mis en application.

Depuis le 1^{er} juin 2007, le mécanisme central de gestion de l'accès est en vigueur pour tout le volet chirurgical. Par ailleurs, dans le contexte du projet de loi 33, tous les services spécialisés et surspécialisés devront être couverts par un mécanisme central de gestion de l'accès.

Objectif 2011-2013

D'ici le 31 mars 2013, il n'y a plus aucune personne inscrite au mécanisme central en attente de plus de 9 mois.

ACTION 1

Effectuer un suivi étroit auprès des établissements qui éprouvent des difficultés à respecter les normes spécifiques d'accessibilité (délais d'attente) établies par le MSSS (chirurgies électives, services diagnostiques, consultations en spécialité médicale)

Résultats attendus	▪ D'ici le 31 mars 2012, les délais d'attente des personnes inscrites au mécanisme central (SIMASS) n'excèdent pas 1 an ▪ D'ici le 31 mars 2013, les délais d'attente des personnes inscrites au mécanisme central (SIMASS) n'excèdent pas 9 mois
Indicateurs	▪ Pourcentage de personnes inscrites au mécanisme central traitées dans un délai de 12 mois ▪ Pourcentage de personnes inscrites au mécanisme central traitées dans un délai de 9 mois

Contributeurs	Rôles et engagements attendus	À convenir
CHRT CSSS : de l'Énergie, Drummond, du Haut-St-Maurice et d'Arthabaska-et-de- l'Érable	Assurer un suivi de leur liste d'attente et mettre les mesures en place lorsque requis	

Opportunités et contraintes dans la réalisation de cet objectif 2011-2013

Contrainte :

Comme ce mécanisme est en place depuis 2007, les acteurs concernés assurent les suivis attendus. Toutefois, avec la mise en place de la nouvelle méthode de calcul pour la production supplémentaire de chirurgies, cela risque peut-être d'occasionner des réorganisations pour les services touchés et aussi des délais. Un suivi sera assuré lors de l'actualisation de la nouvelle méthode.



PERSONNE-RESSOURCE

Agence de la santé et des services sociaux

Direction des services de santé et des affaires médicales

► Anne Du Sault..... 819 693-3657

ORIENTATION 3

AMÉLIORER L'ACCÈS, LA CONTINUITÉ ET LA COMPLÉMENTARITÉ DES SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE ET DES SERVICES SPÉCIALISÉS

3.1 Intégration de la promotion-prévention dans le continuum de services

Objectif stratégique de résultat 3.1.1

Soutenir l'intégration de la prévention (incluant le repérage, la détection et le dépistage) dans les services cliniques de première ligne en priorisant, dans un premier temps, les problématiques suivantes et, dans un deuxième temps, d'autres besoins émergents

- Dépendances
- Maladies chroniques
- Vieillesse de la population, notamment les chutes chez les personnes âgées vivant à domicile
- Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)
- Suicide

→ Cible 2015 :

- 85 % des pratiques cliniques préventives prioritaires auront fait l'objet d'activités de soutien pour les problématiques suivantes : maladies chroniques, suicide, chutes chez les personnes âgées et ITSS
- 75 % des actions prévues auront été mises en œuvre dans les 8 CSSS pour la dépendance

Note : Négligence (enfants) a été intégrée à la fiche 3.2.6 E

Situation actuelle (problématique)

L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) indique que dans la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec, plus de 90 % de la population mentionne avoir consulté un professionnel de la santé au cours de la dernière année. Malgré ces multiples contacts, beaucoup de professionnels de la santé ne profitent pas de ces occasions pour parler de prévention et pour promouvoir de saines habitudes de vie².

Les barrières à l'intégration de la prévention sont diverses et varient selon le type de pratique clinique préventive (PCP) à implanter. Les PCP de type counseling requièrent du temps; il est donc essentiel que le professionnel de la santé puisse partager son intervention avec d'autres professionnels. Les PCP de type dépistage requièrent que le professionnel de la santé puisse référer à des services de prise en charge. Ainsi, non seulement faut-il prendre le temps de faire la promotion de la prévention auprès des cliniciens, mais l'on doit aussi s'assurer qu'une fois la PCP implantée, des services seront disponibles pour l'appuyer dans la prise en charge.

Bien-fondé des actions

Le Programme national de santé publique 2003-2012 – Mise à jour 2008 (PNSP) présente une série de pratiques cliniques préventives qui se déclinent dans le Plan d'action régional de santé publique 2009-2012 Mauricie et Centre-du-Québec. Les pratiques cliniques préventives s'actualisent par une offre de service qui comprend des programmes spécifiques tels les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance, les services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS, le Programme québécois d'intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une infection transmissible sexuellement et auprès de leurs partenaires ou encore le Programme québécois de dépistage du cancer du sein. D'autres pratiques cliniques préventives prennent assises dans la pratique quotidienne des professionnels de la santé (opportunisme) comme par exemple le counseling concernant l'abandon du tabagisme. Finalement, certaines pratiques cliniques préventives connaissent une implantation locale à partir de projet pilote tel le projet de démonstration de la clinique de dépistage du cancer du col utérin au CSSS de l'Énergie.

Objectifs 2011-2013

- D'ici le 31 mars 2013, augmenter, dans la pratique quotidienne, l'intégration de la prévention par les médecins et les professionnels de la santé au regard des problématiques ciblées (planification stratégique du MSSS).
- D'ici le 31 mars 2013, consolider l'intégration des pratiques cliniques préventives favorables à la promotion de saines habitudes de vie et à la prévention des maladies chroniques.
- D'ici le 31 mars 2013, compléter les offres de services par la mise en place de corridors de services requis à l'implantation de pratiques cliniques préventives.

² GROULX, S. *Guide pour la promotion et le soutien des pratiques cliniques préventives*, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2007, 72 p.

ACTION 1

Dépendances : Recherche de cas et counseling sur la consommation d'alcool

Soutenir les services-conseils en prévention clinique des CSSS dans l'implantation de la pratique clinique préventive (PCP) reliée à la problématique de la consommation d'alcool auprès des professionnels de la santé

Résultat attendu	D'ici le 31 mars 2013, chaque CSSS a augmenté le nombre d'utilisateurs différents ayant reçu des services en lien avec l'alcool (Alcochoix+) et qui ont été référés par les cliniques privées, les GMF ou les pharmacies par rapport à l'année de référence 2011-2012 (point de départ documenté)
Indicateur	Nombre d'utilisateurs différents avec services Alcochoix+ référés par les cliniques privées, les GMF ou les pharmacies

ACTION 2

Maladies chroniques : Counseling en faveur d'une saine alimentation, counseling concernant l'abandon du tabagisme, recommandation d'une pratique régulière d'activité physique, et dépistage de l'hypertension artérielle

Soutenir les services-conseils en prévention clinique des CSSS dans l'implantation des PCP reliées à la problématique des maladies chroniques auprès des professionnels de la santé

Résultats attendus	▪ D'ici le 31 mars 2012, chaque CSSS a produit une compilation du nombre d'utilisateurs différents ayant reçu des services en lien avec le tabac (CAT) et qui ont été référés par les cliniques privées, les GMF ou les pharmacies ▪ D'ici le 31 mars 2013, chaque CSSS a augmenté le nombre d'utilisateurs différents ayant reçu des services en lien avec le tabac (CAT) et qui ont été référés par les cliniques privées, les GMF ou les pharmacies par rapport à l'année de référence 2011-2012
Indicateur	▪ Nombre d'utilisateurs différents avec services CAT référés par les cliniques privées, les GMF ou les pharmacies

ACTION 3

Chutes chez les personnes âgées vivant à domicile : Évaluation du risque de chute et orientation vers l'évaluation multifactorielle des facteurs de risque

Réviser l'organisation des différents programmes en prévention des chutes (Debout!, P.I.E.D. et I.M.P.) dans l'ensemble des CSSS pour offrir le corridor de services requis à la pratique clinique préventive à implanter

Résultats attendus	▪ D'ici le 31 mars 2012, le cadre de référence du programme Debout! a été revu et son plan d'action régional convenu avec les CSSS ▪ D'ici le 31 mars 2012, le programme I.M.P. est démarré dans 50 % des CSSS de la région ▪ D'ici le 31 mars 2013, le programme I.M.P. est démarré dans 100 % des CSSS de la région
Indicateur	▪ Cadre de référence du programme Debout! revu avec les CSSS ▪ Plan d'action régional convenu avec les CSSS ▪ Pourcentage de CSSS ayant démarré le programme I.M.P.

ACTION 4

Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) : Dépistage des ITSS et interventions préventives auprès des personnes à risque, des personnes atteintes et de leurs partenaires

- Réviser l'organisation des services de dépistage des ITSS en CSSS pour rejoindre les groupes les plus touchés par les ITSS
- Promouvoir l'utilisation d'une consultation dans les milieux cliniques pour faire du dépistage des ITSS lorsque pertinent (cliniques médicales et GMF)

Résultats attendus	▪ D'ici le 31 mars 2012, 100 % des CSSS ont remis les plans d'organisation des services de dépistage des ITSS à l'Agence ▪ D'ici le 31 mars 2013, chaque CSSS dépiste 20 % des jeunes de 15-24 ans pour la chlamydia ▪ D'ici le 31 mars 2013, la proportion de tests positifs a augmenté par rapport à l'ensemble des tests réalisés
Indicateurs	▪ Pourcentage de CSSS ayant déposé à l'Agence leur plan d'organisation des ITSS ▪ Pourcentage de jeunes de 15-24 ans dépistés pour la chlamydia dans chaque CSSS ▪ Pourcentage de tests positifs (chlamydia et gonorrhée) sur l'ensemble des tests réalisés

ACTION 5

Suicide : Dépistage de la dépression chez les personnes âgées et chez les adultes, particulièrement les femmes enceintes et les femmes en postnatal

Implanter les orientations du MSSS (comité ministériel sur la promotion de la santé mentale, prévention des troubles mentaux et suicide) au regard du dépistage de la dépression

Résultat attendu	D'ici le 31 mars 2012, chaque CSSS a implanté des mesures de dépistage et de suivi de la dépression auprès de clientèles spécifiques, particulièrement à risque de suicide, dans la mesure de la capacité à les desservir selon les orientations du MSSS
Indicateur	Nombre de CSSS ayant mis en place des mesures de dépistage et de suivi de la dépression selon les clientèles spécifiques

Contributeurs	Rôles et engagements attendus	À convenir
Agence : DSP, DSSAM et DSS	▪ Planifier, en collaboration avec les partenaires, une offre de service qui s'adresse aux cliniciens de première ligne et des CSSS ▪ Soutenir les milieux cliniques et les CSSS dans l'intégration ou l'optimisation des PCP priorisées	
CSSS DRMG Milieux cliniques (GMF, cliniques médicales) Autres professionnels de la santé (ex. : pharmaciens)	▪ Mettre en œuvre les PCP privilégiées dans l'offre de service	

Opportunités et contraintes dans la réalisation de cet objectif 2011-2013

Opportunités :

- Plusieurs PCP sont en lien avec des priorités régionales de l'Agence auxquelles elles viennent s'intégrer : prévention et gestion des maladies chroniques, programme de lutte au cancer, santé mentale, dépendance, PALV.
- En ce qui concerne la promotion de la prévention auprès des professionnels de la santé, en 2009-2010, chaque CSSS a ajouté à son équipe de professionnels en santé publique un conseiller en prévention clinique.

Contrainte :

- Disponibilité des ressources humaines et sollicitation intensive du milieu clinique



PERSONNES-RESSOURCES

Agence de la santé et des services sociaux

Direction de santé publique

- ▶ Pratiques cliniques préventives et maladies chroniques : Lucie Delisle..... 819 693-3914
- ▶ Dépendances : Mélanie Houle 819 693-3993
- ▶ Chutes chez les personnes âgées : Chantal Pinard 819 693-3994
- ▶ ITSS : Johanne Milette..... 819 693-3926
- ▶ Suicide : Manon Toupin 819 693-3967

ORIENTATION 3

AMÉLIORER L'ACCÈS, LA CONTINUITÉ ET LA COMPLÉMENTARITÉ DES SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE ET DES SERVICES SPÉCIALISÉS

3.1 Intégration de la promotion-prévention dans le continuum de services

Objectif stratégique de résultat 3.1.2

Poursuivre la réalisation du Plan d'action régional de santé publique (PARSP) et des plans d'action locaux en santé publique (PALSP)

→ Cible 2015 : 85 % des activités réalisées du Programme national de santé publique (PNSP) par le PARSP et les PALSP

Situation actuelle (problématique)

Il y a 85 activités dans le Programme national de santé publique 2003-2012 – Mise à jour 2008 (PNSP) divisées en six domaines d'intervention. Deux de ces activités sont uniquement sous la responsabilité du MSSS. En Mauricie et au Centre-du-Québec, 72 % des activités (60/83) sont implantées ou en implantation³.

1. Développement, adaptation et intégration sociale : 6/13
2. Habitudes de vie et maladies chroniques : 11/13
3. Traumatismes non intentionnels : 3/10
4. Maladies infectieuses : 20/23
5. Santé environnementale : 10/14
6. Santé en milieu de travail : 10/10

Le PNSP comprend également 20 pratiques cliniques préventives à implanter. Elles font l'objet d'une fiche dans ce plan d'action (fiche 3.1.1).

Bien-fondé des actions

Le PNSP est la référence pour les fondements en santé publique; l'efficacité des services et les activités recommandées sont reconnues par des évaluations scientifiques ou un consensus d'experts (PNSP p. 10). Adaptés aux particularités régionales et locales, le PARSP et les PALSP ont été conçus à partir du PNSP.

Objectif 2011-2013

D'ici le 31 mars 2013, 79 % des activités du PNSP sont implantées dans la région.

ACTION 1

Produire un bilan complet de l'état d'avancement du PNSP, à travers le PARSP 2009-2012 et les PALSP (secteurs de vulnérabilité, excès, etc.), incluant des pistes de solution/recommandations

Résultats attendus	▪ D'ici le 31 mars 2012, 76 % des activités du PNSP sont implantées par le PARSP et les PALSP ▪ D'ici le 31 mars 2013, 79 % des activités du PNSP sont implantées par le PARSP et les PALSP
Indicateur	▪ Pourcentage d'activités du PNSP implantées dans la région

³ À partir du bilan national 2008-2009, déposé en janvier 2010 par le MSSS

Contributeurs	Rôles et engagements attendus	À convenir
Agence : DSP	▪ Produire un bilan de l'état d'avancement du PNSP par le PARSP et les PALSP (secteurs de vulnérabilité, etc.) et proposer des pistes de solution ▪ Identifier les activités du PNSP qui devront être priorisées d'ici 2013 et voir à leur implantation ▪ Planter/consolider des conditions favorables à la mise en œuvre du PARSP et des PALSP	
CSSS : TCRSP	▪ Participer à l'identification des activités du PNSP à prioriser d'ici 2013 et les planter ▪ Contribuer, sur demande, au bilan de l'état d'avancement du PNSP par le PARSP et les PALSP ▪ Participer à l'implantation/consolidation des conditions favorables à la mise en œuvre du PARSP et des PALSP	✓

Opportunités et contraintes dans la réalisation de cet objectif 2011-2013

Opportunité :

Excellente cohérence entre les 8 PALSP et le PARSP en Mauricie et au Centre-du-Québec

Contrainte :

Capacité de développement des activités limitée en raison de la disponibilité des ressources



PERSONNE-RESSOURCE

Agence de la santé et des services sociaux

Direction de santé publique

► Gilles W. Grenier..... 819 693-3938

ORIENTATION 3

AMÉLIORER L'ACCÈS, LA CONTINUITÉ ET LA COMPLÉMENTARITÉ DES SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE ET DES SERVICES SPÉCIALISÉS

3.2 Harmonisation, hiérarchisation et intégration des services

Objectif stratégique de résultat 3.2.1

Assurer une durée de séjour acceptable à l'urgence pour les personnes sur civière

→ Cible 2015 :

- 15 % des séjours de 24 heures et plus
- Moins de 1 % des séjours de 48 heures et plus
- Séjour moyen de 12 heures ou moins

Situation actuelle (problématique)

En 2009-2010, la durée moyenne de séjour à l'urgence dans les établissements de la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec a été en moyenne de 14,3 heures. Plusieurs facteurs influencent le temps de séjour d'un patient à l'urgence.

Tout d'abord en amont, le service de première ligne ne permet pas une prise en charge suffisante de la clientèle. Conséquemment, celle-ci se présente à l'urgence en dernier recours. Pour le moment, l'accès aux médecins de famille est limité, ce qui cause un achalandage important aux services d'urgence.

Certaines clientèles sont particulièrement concernées par cette problématique d'organisation de services soient les personnes âgées, les personnes souffrant de maladies chroniques et celles souffrant de problèmes de santé mentale. Les clientèles regroupent de grands consommateurs de ce service et les services d'urgence ne sont pas nécessairement adaptés à leurs besoins. Une prise en charge insuffisante, une rupture dans le continuum ou la coordination des services se répercutent rapidement sur les services d'urgence.

Enfin, la prise en charge des personnes âgées ayant terminé leur période de soins actifs est également déficiente. Il faut assurer une orientation plus rapide de cette clientèle vers des services d'hébergement ou de soutien à domicile.

Bien-fondé des actions

Outre des actions pertinentes en amont des services d'urgence, l'implantation d'un mécanisme de coordination des urgences dans notre région aidera à réduire la durée moyenne de séjour dans les urgences afin d'atteindre les cibles du MSSS.

Objectif 2011-2013

Réduire la durée moyenne de séjour à l'urgence pour tous les établissements de la Mauricie et du Centre-du-Québec au-dessus des seuils établis.

ACTION 1

S'assurer de la mise en place de mécanismes de suivi et de gestion optimale des urgences par les établissements

Résultats attendus	▪ D'ici le 31 mars 2013, les urgences ont au plus 15 % des séjours de plus de 24 heures sur civière ▪ D'ici le 31 mars 2013, les urgences ont moins de 1 % des séjours de plus de 48 heures sur civière ▪ D'ici le 31 mars 2013, le séjour moyen sur civière est de 12 heures ou moins
Indicateurs	▪ Pourcentage des séjours de 24 heures et plus sur civière ▪ Pourcentage des séjours de 48 heures et plus sur civière ▪ Séjour moyen sur civière

Contributeurs	Rôles et engagements attendus	À convenir
Agence : DSS et DSSAM	Coordination régionale (interne et externe) ▪ Mise en place de l'Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier ▪ Amélioration de l'organisation des services de première ligne	
Établissements	Collaboration de la direction de chacun des établissements ayant à atteindre la cible	

Opportunités et contraintes dans la réalisation de cet objectif 2011-2013

Opportunité :

Projets intégrateurs : perte d'autonomie et maladies chroniques

Contrainte :

Les problématiques de santé mentale devront être abordées dans la 2^e partie du plan d'action. Cette clientèle contribue à engorger les services d'urgence de par ses particularités au niveau de la prise en charge.



PERSONNES-RESSOURCES

Agence de la santé et des services sociaux

Direction des services de santé et des affaires médicales

- ▶ Jean-François Lupien 819 693-5267
- ▶ Lorraine Croteau 819 693-3960

ORIENTATION 3

AMÉLIORER L'ACCÈS, LA CONTINUITÉ ET LA COMPLÉMENTARITÉ DES SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE ET DES SERVICES SPÉCIALISÉS

3.2 Harmonisation, hiérarchisation et intégration des services

Objectif stratégique de résultat 3.2.2

Mettre en œuvre dans chacun des huit territoires, le modèle de gestion intégrée des maladies chroniques retenu régionalement

→ Cible 2015 : 80 % des territoires de RLS ont implanté le modèle régional de gestion intégrée des maladies chroniques

Situation actuelle (problématique)

Il n'y a actuellement aucun service de soutien harmonisé pour les patients présentant des facteurs de risques de maladies cardiovasculaires. Le suivi est assuré de façon individuelle par les médecins de famille qui se sentent souvent dépassés par le manque de ressources et d'outils pour aider leurs patients à modifier leurs habitudes de vie malgré leur état de santé précaire. Les services sont disponibles lorsque le patient reçoit un diagnostic (diabète ou infarctus), alors que tous les facteurs de risques avaient été identifiés longtemps auparavant.

Nos principales préoccupations de gestion sont de favoriser l'accès à des services d'éducation à la santé interdisciplinaires de première ligne et de rejoindre la clientèle présentant plusieurs facteurs de risques de maladies cardiovasculaires afin de les supporter dans l'adoption de saines habitudes de vie. Nous souhaitons ainsi supporter les médecins et professionnels de première ligne dans la prévention des maladies chroniques par la prise en charge précoce de ces patients. L'Agence de la santé et des services sociaux en a fait une priorité régionale et nous voulons nous assurer de l'implantation de ce programme d'éducation à la santé dans nos CSSS.

Bien-fondé des actions

L'importance et l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques, associées au vieillissement de notre population et à la pénurie de ressources, nous forcent à prendre une stratégie collective afin de faire face adéquatement à ce nouveau défi. Une de ces approches est la prévention primaire qui vise à réduire l'impact des maladies chroniques à long terme. Il a été démontré qu'une saine alimentation, l'abandon du tabac, la modération par rapport à la consommation d'alcool et l'activité physique réduisent les facteurs de risques cardiovasculaires et de développer une maladie chronique.

En effet, de saines habitudes de vie incluant une pratique régulière d'activité physique améliorent le taux de cholestérol, diminuent la pression artérielle, améliorent le contrôle du poids, diminuent le taux de sucre dans le sang et le risque de développer le diabète de type 2. Dans le cadre du projet régional de prévention et gestion intégrée des maladies chroniques, ce programme d'éducation à la santé *Ma santé à vie*, qui assiste les individus et leurs proches à adopter de saines habitudes de vie dans le but de réduire leur risque cardiovasculaire, servira de référence dans les centres de santé et de services sociaux de notre région pour guider nos actions en prévention primaire. Une approche interdisciplinaire en lien avec les ressources de la communauté et basée sur la motivation est à la base de ce programme.

Dans une publication par le Réseau québécois de l'asthme et la MPOC en 2008, il est documenté que la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) est la 4^e cause de mortalité au Canada et sera bientôt la 3^e dans le monde; le Québec n'y échappera pas. On y mentionne également que moins de 6 % des patients atteints de MPOC étaient traités adéquatement pour ce problème. La situation représente de plus en plus un fardeau physique, émotif et souvent économique pour les proches de ces malades et les aidants naturels. À partir des données de Statistique Canada, une étude estime la prévalence de la MPOC à 5,7 % pour les gens âgés de 55 ans et plus, et à près de 10 % chez les 75 ans et plus.

La prévention et la gestion intégrée des maladies chroniques constituent une des priorités de la région pour la période 2010-2015.

Objectif 2011-2013

Planter les volets 1, 2 et 3 du programme adopté régionalement en 2008 de Prévention et gestion intégrée des maladies chroniques (PGIMC).

ACTION 1**Implanter le programme d'éducation à la santé *Ma santé à vie* dans les CSSS de la région pour la clientèle avec plusieurs facteurs de risques cardiovasculaires (volet 1)**

Résultats attendus	▪ D'ici le 31 mars 2012, tous les CSSS repèrent et interviennent auprès des personnes aux prises avec au moins trois facteurs de risques cardiovasculaires sur leur territoire ▪ D'ici le 31 mars 2013, tous les CSSS offrent le programme d'éducation à la santé <i>Ma santé à vie</i> aux patients et à leurs proches selon une approche multidisciplinaire (comprenant minimalement les professionnels suivants : médecin, infirmière, kinésiologue, nutritionniste)
Indicateurs	▪ Nombre d'usagers différents avec facteurs de risques ou syndrome métabolique en nutrition et en kinésiologie selon le type d'intervention ▪ Nombre de CSSS qui offrent le programme d'éducation <i>Ma santé à vie</i>

Contributeurs	Rôles et engagements attendus	À convenir
Agence : DSSAM	Effectuer le suivi de l'implantation, offrir du soutien et des outils aux infirmières – conseils en PGIMC	
CSSS : directeurs de santé physique	Procéder à l'embauche du personnel selon le budget alloué à cette fin en 2010-2011	
CSSS : infirmière-conseil en maladies chroniques	Orienter les actions du personnel et faire connaître le programme d'éducation à la santé dans le RLS	
UQTR	Répondre positivement à l'offre de milieux de stage des CSSS intéressés, faire des liens avec les chercheurs pour le volet évaluatif	

ACTION 2**Développer ou consolider un modèle de soins intégrés de prise en charge des patients atteints de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) dans tous les CSSS (volet 2)**

Résultats attendus	▪ D'ici le 31 mars 2012, une clinique d'enseignement et de suivi MPOC est opérationnelle au CSSS de Trois-Rivières – CHRTR ▪ D'ici le 31 mars 2013, la spirométrie de dépistage est disponible et accessible dans tous les CSSS de la région
Indicateurs	▪ Nombre d'usagers différents MPOC ayant reçu des services de la clinique d'enseignement et de suivi ▪ Nombre de CSSS qui offrent la spirométrie de dépistage de la MPOC ▪ Nombre d'exams en spirométrie de dépistage de la MPOC

Contributeurs	Rôles et engagements attendus	À convenir
Comité MPOC TR métropolitain	Planifier les actions et s'assurer de la formation du personnel impliqué	
CHRTTR : département des services informatiques	Préparer le DPE pour l'exportation du volet clinique MPOC, piloter le projet d'implantation	
Agence : DSSAM	Participer au Comité MPOC, s'assurer que les travaux s'inscrivent dans les orientations convenues dans le projet régional de prévention et gestion intégrée des maladies chroniques et contribuer à la recherche de financement	
Réseau québécois de l'asthme et de la MPOC	Offrir la formation de base et avancée en MPOC, mettre au point les outils cliniques selon les dernières lignes directrices	

ACTION 3

Mettre en place un outil de partage d'information clinique entre les partenaires impliqués dans le modèle, et ce, en temps réel (volet 3)

Résultats attendus	- D'ici le 31 mars 2012, un outil de partage d'information clinique est mis en place dans chacun des CSSS visés par le projet MPOC - D'ici le 31 mars 2013, l'information clinique est partagée entre les partenaires, et ce, en temps réel
Indicateurs	- Nombre de CSSS visés qui ont un dossier patient électronique (DPE) fonctionnel - Nombre de patients MPOC inscrits dans le DPE

Contributeurs	Rôles et engagements attendus	À convenir
Agence : DSSAM	- Définir les besoins - Analyser les modèles - Prendre décision sur les recommandations de la DRTI	
Agence : DRTI	- Accompagner les professionnels de la DSSAM - Proposer des modèles - Faire des recommandations	

Opportunités et contraintes dans la réalisation de cet objectif 2011-2013

Opportunités :

- Budget alloué, regroupement des médecins de famille en GMF
- Les pneumologues sont proactifs et acceptent de collaborer à l'amélioration de la trajectoire MPOC. Deux pneumologues s'ajouteront à l'équipe du CHRTR en 2011-2012.
- Un budget a été alloué par l'Agence pour démarrer une clinique ambulatoire d'enseignement et de suivi pour la clientèle MPOC au CSSS de Trois-Rivières, et pour une infirmière à la coordination et gestion de l'épisode de soins en MPOC pour le Trois-Rivières métro.
- Les formulaires et outils cliniques sont déjà au dossier patient électronique du CHRTR.
- Deux pneumologues vont s'ajouter à l'équipe de pneumologie du CHRTR.

Contraintes :

- Participation nécessaire des médecins de famille et infirmières en GMF, oblige un changement de pratique; agir en prévention plutôt qu'en curatif, clientèle orpheline sera difficile à rejoindre
- Le dépistage de la MPOC par le recours à la spirométrie est encore insuffisant en première ligne.
- Les ressources en inhalothérapie sont peu disponibles dans certains RLS.
- L'interdisciplinarité n'est pas intégrée facilement dans certains milieux.



PERSONNE-RESSOURCE

Agence de la santé et des services sociaux

Direction des services de santé et des affaires médicales

► Josée Massicotte 819 693-5421

ORIENTATION 3

AMÉLIORER L'ACCÈS, LA CONTINUITÉ ET LA COMPLÉMENTARITÉ DES SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE ET DES SERVICES SPÉCIALISÉS

3.2 Harmonisation, hiérarchisation et intégration des services

Objectif stratégique de résultat 3.2.3

Appliquer de façon adéquate les trajectoires et les cheminements cliniques standardisés, en particulier auprès de personnes souffrant de maladies chroniques

→ Cible 2015 : 78 % des établissements visés

Situation actuelle (problématique)

En 2007, dans un souci de prévention des maladies cardiovasculaires (incluant l'AVC) et de l'insuffisance rénale, une enquête, dirigée par Mme Lyne Cloutier, inf. PhD, et des chercheurs de l'Université du Québec à Trois-Rivières, a été menée sur les soins et services dispensés aux personnes atteintes d'hypertension artérielle dans les 19 GMF de la région. Dix-sept des dix-neuf GMF ont participé par le biais de leurs infirmières. Ce portrait nous a démontré les lacunes de cette trajectoire clinique.

La prévalence de l'hypertension artérielle (HTA) en Mauricie et au Centre-du-Québec s'élève à 15,9 % en 2008-2009. On a enregistré 57 hospitalisations ayant pour cause l'HTA en Mauricie et au Centre-du-Québec en 2005-2006 et 136 décès pour maladies hypertensives de 2001-2005 selon le registre des décès.

Bien-fondé des actions

Les trajectoires cliniques de notre territoire se sont développées en phase curative des maladies chroniques. Nous souhaitons agir davantage en phase préventive en établissant la trajectoire clinique standardisée de l'hypertension en première ligne.

Objectif 2011-2013

Implanter les trajectoires et cheminements cliniques standardisés convenus régionalement.

ACTION 1

Élaborer et implanter la trajectoire clinique de l'hypertension en GMF

Résultats attendus	▪ D'ici le 31 mars 2012, 100 % des GMF acceptent d'implanter la trajectoire clinique de l'hypertension ▪ D'ici le 31 mars 2013, 70 % des GMF ont implanté la trajectoire clinique de l'hypertension
Indicateurs	▪ Pourcentage de GMF ayant accepté d'implanter la trajectoire clinique de l'hypertension ▪ Pourcentage de GMF ayant implanté la trajectoire clinique de l'hypertension

Contributeurs	Rôles et engagements attendus	À convenir
Agence : DSSAM	▪ Structurer et organiser l'implantation des trajectoires ▪ Offrir du soutien aux équipes cliniques	
Agence : DSP	▪ Faire le lien avec les pratiques cliniques préventives	
CSSS : DSI	▪ Assurer la formation des infirmières en GMF	
GMF : coordonnateurs médicaux	▪ Obtenir la collaboration de l'équipe médicale	

Opportunités et contraintes dans la réalisation de cet objectif 2011-2013

Opportunités :

- Portrait déjà réalisé par l'équipe de l'UQTR
- Disponibilité de l'équipe de chercheurs pour l'évaluation des mesures mises en place

Contrainte :

- Implique un changement de pratiques dans un contexte de ressources limitées



PERSONNE-RESSOURCE

Agence de la santé et des services sociaux

Direction des services de santé et des affaires médicales

► Josée Massicotte..... 819 693-5421

ORIENTATION 3

AMÉLIORER L'ACCÈS, LA CONTINUITÉ ET LA COMPLÉMENTARITÉ DES SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE ET DES SERVICES SPÉCIALISÉS

3.2 Harmonisation, hiérarchisation et intégration des services

Objectif stratégique de résultat 3.2.4

Assurer l'accès téléphonique en moins de 4 minutes 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 et 7 jours par semaine

➔ Cible 2015 : 90 % des appels au service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux répondus dans un délai de 4 minutes

Situation actuelle (problématique)

Entre 2008 et 2010, des travaux concernant l'élargissement 24/7 de la réponse téléphonique du volet social du Service régional Info-Santé/Info-Social (SRISIS) ont été réalisés. Cette nouvelle orientation vise à :

- Assurer à la population un service accessible, de qualité et complémentaire en tout temps
- Accéder à un intervenant téléphonique en moins de 4 minutes
- Améliorer la fluidité de la trajectoire d'appels
- Développer une meilleure cohérence régionale pour la réponse à la crise
- Consolider et améliorer les services offerts par le SRISIS à la population, en incluant les diverses clientèles vulnérables de la Mauricie et du Centre-du-Québec
- Utiliser de façon optimale les ressources qui y sont consenties

Elle suppose aussi une fluidité dans l'organisation de services, entre la réception de l'appel, l'intervention pertinente au besoin des appelants, la référence et la prise en charge, le cas échéant.

Bien-fondé des actions

Afin d'atteindre ces objectifs, il est important d'assurer une interface claire, entre le SRISIS, les centres de santé et de services sociaux et leurs principaux partenaires. Une coordination régionale entre les partenaires constitue une façon d'assurer cette performance.

Objectif 2011-2013

Assurer le suivi suite au déploiement et la performance de la réponse téléphonique du volet social 24 heures par jour et 7 jours par semaine du Service régional Info-Santé/Info-Social (SRISIS).

ACTION 1

Mettre en œuvre le mécanisme régional convenu afin d'assurer la continuité et l'accessibilité des services et favoriser la concertation entre les différents partenaires

Résultats attendus	▪ D'ici le 31 mars 2012, 75 % des appels au service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux sont répondus en moins de 4 minutes ▪ D'ici le 31 mars 2013, 90 % des appels au service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux sont répondus en moins de 4 minutes
Indicateur	▪ Pourcentage d'appels au service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux répondus en moins de 4 minutes

Contributeurs	Rôles et engagements attendus	À convenir
Agence : DSS	Piloter le comité régional pour la réalisation du mandat	
CSSS (8), SRISIS, Centre jeunesse, CHRTR, Centre de prévention du suicide et services policiers, au besoin	Participer aux travaux dans le cadre du mandat confié au mécanisme régional	✓

Opportunités et contraintes dans la réalisation de cet objectif 2011-2013

Opportunité :

La priorité accordée à ces travaux permet de revoir les arrimages et d'optimiser.

Contrainte :

Aucun système d'information ne peut mesurer actuellement le délai d'accès réel à l'intervenant psychosocial. La donnée actuelle porte sur le délai de la première réponse téléphonique de l'infirmière, lequel ne correspond par nécessairement à celui désiré. Pas de comparaison possible avec les autres régions.



PERSONNE-RESSOURCE

Agence de la santé et des services sociaux

Direction des services sociaux

► Véronique Arès 819 693-5243

ORIENTATION 3

AMÉLIORER L'ACCÈS, LA CONTINUITÉ ET LA COMPLÉMENTARITÉ DES SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE ET DES SERVICES SPÉCIALISÉS

3.2 Harmonisation, hiérarchisation et intégration des services

Objectif stratégique de résultat 3.2.5

Mettre en œuvre les mesures annoncées dans le *Complément aux orientations régionales concernant les services offerts aux personnes présentant des problématiques multiples*

→ Cible 2015 : 4 mesures opérationnelles conformes au Complément en 2012

Situation actuelle (problématique)

Malgré la volonté du réseau à promouvoir l'intégration et la participation sociale dans la communauté, celui-ci est vite confronté à des limites importantes lorsqu'une personne présente des problématiques multiples et complexes associées à un potentiel de dangerosité. En effet, que ce soit en raison de l'absence d'un diagnostic consensuel permettant la desserte via un programme-services ou d'une expertise surspécialisée peu développée, le constat demeure le même, soit un manque dans l'offre de service du réseau de la santé et des services sociaux pouvant engendrer l'itinérance, la judiciarisation, le fardeau des familles ainsi que le syndrome de la porte tournante. Bien que la proportion de cette clientèle ne soit pas majoritaire, il n'en reste pas moins que l'ampleur du phénomène génère des soucis dans l'ensemble du réseau, engendre des partenariats tendus, ainsi que des coûts importants. Bien que les *Orientations régionales concernant les services offerts aux personnes présentant des problématiques multiples* (2006) soient venues préciser les principes directeurs, le rôle des établissements ainsi que les mécanismes de traitement des situations litigieuses, il appert que l'expérimentation vécue depuis 2006 a mis en évidence le besoin de compléter ces orientations régionales, particulièrement en ce qui a trait à l'organisation des services à l'intention des personnes aux prises avec des problèmes multiples associés à un haut niveau de dangerosité.

Bien-fondé des actions

Conséquemment, en 2009 est adopté le *Complément aux orientations régionales concernant les services offerts aux personnes présentant des problématiques multiples* venant orienter l'organisation des services par la mise en place de quatre mesures. Ainsi, le déploiement des quatre mesures du Complément favorisera donc le soutien à l'ensemble des établissements de la région qui œuvrent auprès des personnes présentant des problématiques multiples. Considérant qu'il importe de travailler en réseau afin de répondre aux besoins particuliers de cette clientèle, la responsabilisation de l'ensemble des établissements telle que définie dans le Complément prend tout son sens dans le bien-fondé des actions stipulées. C'est ainsi que nous pouvons aspirer à améliorer l'accès, la continuité et la complémentarité des services de première ligne et des services spécialisés pour cette clientèle particulière.

Objectif 2011-2013

Opérationnaliser les quatre mesures du *Complément aux orientations régionales concernant les services offerts aux personnes présentant des problématiques multiples*.

ACTION 1

Développer une offre de service régionale pour chacune des quatre mesures du Complément aux orientations régionales concernant les services offerts aux personnes présentant des problématiques multiples

Résultat attendu	D'ici le 31 août 2011, les quatre propositions des établissements mandataires ont été validées par l'Agence
Indicateur	Nombre de propositions d'offre de service de chacune des quatre mesures du <i>Complément aux orientations régionales concernant les services offerts aux personnes présentant des problématiques multiples</i> validées par l'Agence

Contributeurs	Rôles et engagements attendus	À convenir
Agence : DSS	Leader du processus et responsable du comité de suivi à l'implantation des mesures et des groupes de travail institués dans le plan d'implantation du Complément	
Agence : DSSAM	En collaboration avec la DSS, elle participe à la mise en place de corridors de services formels (volet médical)	
Agence : DRR	En collaboration avec la DSS et les établissements mandataires, elle s'assure de la détermination des ressources budgétaires et immobilières	
Agence : DGA	En collaboration avec la DSS, elle s'assure de la détermination des ententes de gestion et des modalités de reddition de comptes	
Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Mauricie et du Centre-du-Québec	- Élabore une offre de service pour chacune des mesures dont il est mandataire et les soumet à l'Agence - Participe et contribue au comité de suivi à l'implantation des mesures - Participe aux différents groupes de travail institués dans le plan d'implantation des quatre mesures - Travaille en collaboration avec l'Agence et l'ensemble des établissements de la région	
CSSS de l'Énergie	- Élabore une offre de service pour chacune des mesures dont il est mandataire et les soumet à l'Agence - Participe et contribue au comité de suivi à l'implantation des mesures - Participe aux différents groupes de travail institués dans le plan d'implantation des quatre mesures - Travaille en collaboration avec l'Agence et l'ensemble des établissements de la région	
Centre de réadaptation InterVal	Participe et contribue au comité de suivi à l'implantation des mesures	
Centre de réadaptation Domrémy	Participe et contribue au comité de suivi à l'implantation des mesures	
CSSS Drummond	Participe et contribue au comité de suivi à l'implantation des mesures comme représentant des CSSS	
CHRT et CSSS de Trois-Rivières	Participe et contribue au comité de suivi à l'implantation des mesures	
CSSS (8) Établissements à vocation régionale (5)	Contribuent au succès de l'implantation des quatre mesures annoncées dans le <i>Complément</i>, et ce, dans l'esprit des principes directeurs⁴ et des cinq convictions partagées⁵, facilitant par conséquent leur déploiement	
Tables de concertation régionale de l'AQESSS	Contribuent aux mécanismes de consultation ainsi qu'à la diffusion des résultats relatifs aux travaux permettant l'harmonisation et la cohérence de ceux-ci à l'ensemble des différents programmes-services au sein des établissements de la région	✓

⁴ Orientations régionales concernant les services offerts aux personnes présentant des problématiques multiples, 2006, p. 8 de 13.

⁵ Complément aux orientations régionales concernant les services offerts aux personnes présentant des problématiques multiples, 2009, p. 7 de 20.

ACTION 2

Actualiser l'implantation des quatre mesures du *Complément aux orientations régionales concernant les services offerts aux personnes présentant des problématiques multiples*

Résultat attendu	D'ici le 31 décembre 2012, 100 % des mesures sont opérationnelles permettant l'accès, la continuité et la complémentarité des services de première ligne et des services spécialisés
Indicateur	Pourcentage des mesures du <i>Complément aux orientations régionales concernant les services offerts aux personnes présentant des problématiques multiples</i> qui sont opérationnelles

Contributeurs	Rôles et engagements attendus	À convenir
Mêmes contributeurs que dans l'action 1	▪ Mêmes contributions que dans l'action 1	
CSSS de l'Énergie	▪ Mise en œuvre des mesures dont il est mandataire, selon les modalités validées préalablement par l'Agence ▪ Participe et contribue au comité de suivi à l'implantation des mesures ▪ Travaille en collaboration avec l'Agence et l'ensemble des établissements de la région	

Opportunités et contraintes dans la réalisation de cet objectif 2011-2013

Opportunités :

- Comme convenu avec les établissements mandataires, le changement des modalités concernant le leadership de la mise en place des quatre mesures est maintenant assumé par l'Agence.
- Représentation et implication de l'ensemble des établissements au sein du comité de suivi à l'implantation des mesures
- Travaux de recherche en cours sur les multiproblématiques

Contraintes :

- Défis relatifs quant aux besoins d'effectifs médicaux :
 - o Ententes entre les établissements afin d'avoir accès à des spécialistes
 - o Ententes quant à la reprise en charge afin d'assurer le suivi médical des usagers à la sortie du service d'hospitalisation et d'hébergement sécuritaire (SHHS) pour chacun des territoires
- Difficultés quant aux immobilisations pour le SHHS



PERSONNES-RESSOURCES

Agence de la santé et des services sociaux

Direction des services sociaux

- ▶ Isabelle Moreau 819 693-5431
- ▶ Denis Brunette 819 693-3630

ORIENTATION 3

AMÉLIORER L'ACCÈS, LA CONTINUITÉ ET LA COMPLÉMENTARITÉ DES SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE ET DES SERVICES SPÉCIALISÉS

3.2 Harmonisation, hiérarchisation et intégration des services

Objectif stratégique de résultat 3.2.6 A

Poursuivre la réalisation du Plan régional de lutte contre le cancer

→ Cible 2015 :

- 70 % des personnes ayant reçu un diagnostic de cancer ont accès à une infirmière pivot dans un délai de 48 heures
- 90 % des personnes traitées en radio-oncologie, chirurgie oncologique, chimiothérapie ou traitements systémiques le sont à l'intérieur d'un délai de 28 jours

Situation actuelle (problématique)

Le Programme québécois de lutte contre le cancer est bien implanté dans la région. Des actions sont toutefois nécessaires pour consolider les services actuels et poursuivre la mise en place de mesures efficaces de lutte contre le cancer.

Actuellement, la région s'est dotée de 11,5 ETC infirmières pivots en oncologie (IPO). Au regard de la couverture de services par les IPO, l'information dont nous disposons est à l'effet que tous les patients qui leur sont référés sont desservis. Cependant, nous ne disposons pas du nombre total de personnes atteintes qui pourraient être prises en charge, ce qui permettrait d'évaluer la proportion effective de prise en charge. Nous ne disposons pas non plus d'information sur le délai d'accès par les infirmières pivots.

En radio-oncologie, le délai d'accès est respecté dans une proportion de 99,7 %. En ce qui concerne la chirurgie oncologique, la chimiothérapie et les traitements systémiques, les données de délais de prise en traitement ne sont pas disponibles.

Bien-fondé des actions

Le Programme québécois de lutte contre le cancer est implanté depuis 1997. La pertinence de la mise en place des IPO a été très bien documentée lors de l'implantation de cette orientation ministérielle⁶. Son intervention est souhaitée le plus près possible du diagnostic, d'où l'identification d'une cible d'accès dans un délai de 48 heures.

Les délais de mise en traitement ont fait l'objet de consensus d'experts au Québec.

Objectif 2011-2013

Mettre en œuvre le Plan d'action régional de lutte contre le cancer 2010-2015 tel qu'adopté par le conseil d'administration de l'Agence en 2011.

ACTION 1

Mettre en œuvre le plan d'action régional, en portant une attention particulière aux volets suivants :

- Disponibilité des données clinico-administratives nécessaires au suivi, monitoring et évaluation des services
- Activités d'évaluation et d'amélioration continue de la qualité des services
- Implication du médecin de famille dans le continuum de services
- Poursuite de la mise en œuvre de la politique en soins palliatifs

Résultat attendu	D'ici le 31 mars 2013, 90 % des actions prévues au plan pour cette période ont été réalisées
Indicateur	Pourcentage des actions prévues au plan qui sont réalisées

⁶ COMITÉ DE L'ÉVOLUTION DE LA PRATIQUE INFIRMIÈRE EN ONCOLOGIE. *Pour optimiser la contribution des infirmières à la lutte contre le cancer*, Direction de la lutte contre le cancer, 2005.

Contributeurs	Rôles et engagements attendus	À convenir
Agence : CA	Adopter le Plan d'action régional de lutte contre le cancer 2010-2015	
Agence : DSSAM et DSP	- Coordonner la mise en œuvre des actions identifiées - Évaluer l'implantation	
Comité régional de lutte contre le cancer	Aviser l'Agence sur les enjeux de mise en œuvre	✓
CSSS et CHRTR	Réaliser la mise en œuvre	✓

ACTION 2

Coordonner l'implantation d'outils permettant l'accès aux données requises pour mesurer l'atteinte des diverses cibles, notamment le délai d'accès à l'infirmière pivot et aux traitements

Résultats attendus	- D'ici le 31 mars 2013, les 5 établissements au sein desquels œuvrent les équipes interdisciplinaires en oncologie alimentent un registre local du cancer - D'ici le 31 mars 2013, les délais d'accès à l'IPO et aux traitements (radio-oncologie, chirurgie oncologique, chimiothérapie ou traitements systémiques) sont disponibles
Indicateurs	- Nombre de registres locaux du cancer implantés - Délai d'accès à l'IPO et aux traitements ciblés

Contributeurs	Rôles et engagements attendus	À convenir
Agence : DSSAM, DSP, DRR	- Coordonner la mise en œuvre et assurer le soutien aux établissements - Évaluer l'implantation	
CHRTR CSSS : de l'Énergie, Drummond, du Haut-St-Maurice et d'Arthabaska-et-de- l'Érable	- Assurer l'implantation des outils - Déterminer les processus de travail permettant d'alimenter les outils	✓

Opportunités et contraintes dans la réalisation de cet objectif 2011-2013

Opportunité :

Réseau régional bien implanté, structuré et dynamique

Contrainte :

Disponibilités des ressources (financières, humaines, technologiques) dans le contexte budgétaire actuel



PERSONNE-RESSOURCE

Agence de la santé et des services sociaux

Direction des services de santé et des affaires médicales

► Johanne Ferland819 693-3609

ORIENTATION 3

AMÉLIORER L'ACCÈS, LA CONTINUITÉ ET LA COMPLÉMENTARITÉ DES SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE ET DES SERVICES SPÉCIALISÉS

3.2 Harmonisation, hiérarchisation et intégration des services

Objectif stratégique de résultat 3.2.6 B

Poursuivre la réalisation du Plan d'action régional en santé mentale, en particulier :

- L'accès pour les personnes qui le requièrent, en moins de 30 jours, à des services de santé mentale de première ligne par une équipe multidisciplinaire
- L'accès aux services d'intégration dans la communauté pour les adultes ayant des troubles mentaux graves (soutien intensif dans le milieu – SIM et soutien d'intensité variable – SIV)
- L'accès aux services spécialisés de 2^e et 3^e ligne en santé mentale dans un délai de 60 jours

→ Cible 2015 :

- 2 % de la population souffrant de troubles mentaux ont reçu des services de santé mentale 1^{re} ligne en CSSS
- Augmentation du pourcentage de personnes dont les services en 1^{re} ligne ont débuté à l'intérieur d'un délai de 30 jours
- 250/100 000 de population en SIV et 100/100 000 en SIM
- Augmentation du pourcentage de personnes dont les services de 2^e et 3^e ligne ont débuté à l'intérieur d'un délai de 60 jours

Situation actuelle (problématique)

L'implantation dans la région du Plan d'action en santé mentale 2005-2010 du MSSS a exigé un virage important en organisation des services, et des investissements supplémentaires ont permis le développement. Dans cette rapidité de changement, des éléments d'organisation des services demeurent à stabiliser pour renforcer les services en première ligne et la fluidité entre la 1^{re}, 2^e et 3^e ligne. On pense aux services tels le SIV, SIM, les guichets d'accès, les équipes de première ligne. Alors que le MSSS mentionne que 70 % des services doivent se donner en première ligne, rappelons que la Mauricie et le Centre-du-Québec se situe autour de 40 %.

Dans le contexte actuel de réduction des dépenses, il est peu probable que des investissements supplémentaires soient disponibles à court terme, permettant d'ajouter du personnel. Des marges de manœuvre seraient donc à dégager pour assurer la réponse aux objectifs ministériels. Cette opération requiert des analyses d'optimisation de processus, de services et même de pratiques cliniques.

Bien-fondé des actions

L'ajout des ressources qu'exige la première ligne doit être le résultat d'une réflexion sur les processus et la trajectoire de services. Les premières années d'implantation du Plan d'action régional en santé mentale ont atteint un niveau souhaitable et sa finalisation passe par une consolidation. Pour accroître la fluidité dans la trajectoire de services, il devient pertinent d'ajouter des éléments comme la présence de psychiatres répondants en première ligne, la formalisation d'ententes de service en 3^e ligne, entre autres avec l'Institut universitaire en santé mentale Douglas et l'Institut Philippe-Pinel.

Objectif 2011-2013

Avoir amélioré la fluidité des services en santé mentale.

ACTION 1

Mettre en place la mesure concernant la fonction de psychiatre répondant en première ligne

Résultat attendu	D'ici le 31 mars 2013, chaque CSSS a accès au soutien continu d'un psychiatre répondant dédié à son équipe de première ligne en santé mentale
Indicateur	Nombre d'heures d'activités du psychiatre répondant dédié au programme santé mentale

Contributeurs	Rôles et engagements attendus	À convenir
Agence : DSS	▪ Pilote régional	
Table régionale de psychiatrie Table régionale des directeurs en santé mentale et dépendances	▪ Analyser et alimenter la coordination et les stratégies d'implantation en cohérence avec le plan d'action et les responsabilités des établissements ▪ Participer au suivi	

ACTION 2

Établir des ententes de service formelles en 3^e ligne

Résultat attendu	D'ici le 31 mars 2012, les ententes de service sont formalisées avec, entre autres, l'Institut universitaire en santé mentale Douglas et l'Institut Philippe-Pinel
Indicateur	Nombre d'ententes signées

Contributeurs	Rôles et engagements attendus	À convenir
Agence : DSS	Pilote régional	✓
Agence : DSS et DGA	Assurer les négociations et la signature des ententes	✓
CSSS et CHRTR	Participer à la validation d'une entente type	✓

Opportunités et contraintes dans la réalisation de cet objectif 2011-2013

Opportunité :

Des projets d'optimisation en santé mentale seront réalisés dans certains CSSS. Leurs travaux pourront alimenter les analyses et réflexions au niveau régional.

Contrainte :

Contrainte importante au niveau des ETC en première ligne et à l'Agence, ainsi qu'au niveau du besoin d'investissements supplémentaires. Cette contrainte peut devenir une opportunité de consolidation, d'analyse et de réflexion sur les moyens d'améliorer la prise en charge et la continuité dans les services de santé mentale.



PERSONNE-RESSOURCE

Agence de la santé et des services sociaux

Direction des services sociaux

► Véronique Arès 819 693-5243

ORIENTATION 3

AMÉLIORER L'ACCÈS, LA CONTINUITÉ ET LA COMPLÉMENTARITÉ DES SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE ET DES SERVICES SPÉCIALISÉS

3.2 Harmonisation, hiérarchisation et intégration des services

Objectif stratégique de résultat 3.2.6 C-1

Poursuivre la réalisation du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience, en particulier : l'accès aux services de première ligne ou spécialisés dont les personnes ayant une déficience ont besoin, et ce, dans le respect des délais établis

➔ Cible 2015 : 90 % des personnes ayant une déficience sont traitées dans les délais établis

Situation actuelle (problématique)

Le Plan d'accès a introduit des standards d'accès aux services, lesquels balisent le délai d'accès aux services en fonction du niveau de priorité attribué à la demande (niveau de priorité urgent, élevé et modéré). Ainsi, depuis le début de l'implantation du Plan d'accès, plusieurs mesures ont été mises en place par les gestionnaires d'accès des établissements afin de s'assurer du respect des délais d'accès, notamment la gestion centralisée des listes d'attente, la révision de leur processus d'accès aux services et, dans certains cas, la réorganisation des services. Sur le terrain, les gestionnaires d'accès estiment à plus de 85 % les taux de respect des délais d'accès. Cependant, les résultats obtenus par les indicateurs en expérimentation (GESTRED) indiquent un écart important entre les données disponibles et l'appréciation que font les gestionnaires d'accès de la situation sur le terrain.

Bien-fondé des actions

Afin de mieux rendre compte du travail réalisé par les établissements et poursuivre l'amélioration de l'accès aux services, deux actions ont été retenues. D'une part, poursuivre le travail d'optimisation et d'harmonisation des processus de réception et d'analyse des demandes, puisque c'est la porte d'entrée dans les établissements et, d'autre part, la saisie et le suivi des données compte tenu des limites générées par les systèmes d'information en place.

Objectif 2011-2013

Améliorer le respect des standards d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience dans les établissements de première ligne et de services spécialisés.

ACTION 1

Optimiser les processus de réception, d'analyse et d'orientation des nouvelles demandes de services pour les personnes ayant une déficience

Résultat attendu	D'ici le 31 mars 2012, les taux de respect des délais atteignent les cibles suivantes : ▪ Demandes de niveau de priorité urgente : 90 % ▪ Demandes de niveau de priorité élevée : 90 % ▪ Demandes de niveau de priorité modérée : 75 % (standard en implantation)
Indicateur	Pourcentage de personnes ayant une déficience traitées dans les délais établis par le Plan d'accès

Contributeurs	Rôles et engagements attendus	À convenir
Agence : DSS	Gestionnaires d'accès de l'Agence : - Animer les rencontres régionales des gestionnaires d'accès - Coordonner les travaux à portée régionale afin d'améliorer la situation relative à l'accès aux services - Soutenir les gestionnaires d'accès au niveau local	
CSSS CRDP InterVal CRDITED MCQ	Gestionnaires d'accès des établissements : - Participer aux travaux régionaux - Diffuser et mettre en place les mesures retenues pour atteindre les cibles visées	

Opportunités et contraintes dans la réalisation de cet objectif 2011-2013

Opportunités :

- Désignation dans chaque établissement d'un gestionnaire d'accès responsable de l'implantation du Plan d'accès, lequel dispose des appuis nécessaires pour en assurer le succès et la pérennité
- Investissement important réalisé en première ligne pour soutenir le plan d'action

Contraintes :

- Résistance possible aux changements de processus suggérés quant à la réception et l'analyse des demandes de services au sein de certains établissements
- Difficulté à suivre les taux de respect étant donné les problématiques générées actuellement par les systèmes d'information en place

ACTION 2

S'assurer que les données suivies reflètent bien les taux de respect des délais d'accès tels qu'ils sont observés sur le terrain

Résultat attendu	D'ici le 31 mars 2013, s'assurer de la qualité des données sur le suivi du taux de respect des délais d'accès tels qu'observés sur le terrain
Indicateur	Pourcentage de données invalides par établissement

Contributeurs	Rôles et engagements attendus	À convenir
Agence	Gestionnaires d'accès de l'Agence : Coordonner les travaux régionaux afin d'améliorer la situation relative au monitoring des données dans les établissements	
CSSS CRDP InterVal CRDITED MCQ	Gestionnaires d'accès des établissements : - Contribuer aux travaux régionaux visant à résoudre les problèmes entourant la saisie des données - Assurer la diffusion des mesures retenues et faire le suivi de leur application au sein de leur établissement - Valider les résultats saisis dans GESTRED (section commentaire) à la fin de chaque période et inscrire, s'il y a lieu, une appréciation quant à l'écart avec la situation observée sur le terrain Pilotes I-CLSC (Agence et CSSS) et pilotes SIPAD des CR : - Contribuer à identifier l'origine des difficultés rencontrées et à cibler des pistes de solution	

Opportunités et contraintes dans la réalisation de cet objectif 2011-2013

Opportunité :

- Annonce du MSSS d'amorcer des travaux, en collaboration avec les agences, au cours des prochains mois afin de trouver des pistes de solution à cette problématique qui touche l'ensemble des régions

Contraintes :

- Limites informatiques imposées par les systèmes d'information mis en place
- Mobilisation régionale visant l'amélioration des résultats obtenus jusqu'à maintenant



PERSONNES-RESSOURCES

Agence de la santé et des services sociaux

Direction des services sociaux

- ▶ Kim Lizotte 819 693-3613
- ▶ Sandra Vachon 819 693-3970

ORIENTATION 3

AMÉLIORER L'ACCÈS, LA CONTINUITÉ ET LA COMPLÉMENTARITÉ DES SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE ET DES SERVICES SPÉCIALISÉS

3.2 Harmonisation, hiérarchisation et intégration des services

Objectif stratégique de résultat 3.2.6 C-2

Poursuivre la réalisation du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience, en particulier : la coordination des services par les plans de services individualisés en centre de réadaptation (CR) et en CSSS

→ Cible 2015 : Augmentation du nombre de personnes ayant une déficience pour qui, dans l'année de référence, un plan de services individualisés (PSI) a été élaboré

Situation actuelle (problématique)

Les personnes ayant une déficience et leur famille ont régulièrement besoin de services offerts simultanément par plusieurs établissements et organismes, notamment lors des périodes de transition de la vie. Afin d'assurer la continuité et la complémentarité des services offerts, le plan de services individualisés a été retenu comme un standard de continuité dans le cadre du Plan d'accès. Les informations recueillies jusqu'à maintenant indiquent que le recours aux PSI n'est pas une pratique uniformisée dans la région. Cet état de situation fait en sorte qu'il devient difficile de cerner le nombre de PSI qui se font chaque année et, par conséquent, d'apprécier que cette pratique va en augmentant.

Bien-fondé des actions

L'état de situation réalisé a permis d'identifier deux pistes d'amélioration. D'une part, il faut s'assurer d'une compréhension commune du PSI et en harmoniser la pratique. À titre d'exemple, mentionnons que le PSI est parfois confondu avec le PII (plan d'intervention interdisciplinaire) ou encore avec des rencontres de discussion de cas. De plus, la saisie des données relatives au PSI est variable d'un établissement à l'autre, puisqu'il y a plusieurs endroits où il est possible de l'inscrire. Les deux actions suivantes ont donc été retenues afin d'établir un portrait plus précis du nombre de PSI réalisés et d'en favoriser le recours lorsque la situation de l'utilisateur le requiert.

Objectif 2011-2013

Harmoniser la pratique entourant l'utilisation des plans de services individualisés pour les personnes ayant une déficience et en augmenter l'utilisation dans les établissements de première ligne et de services spécialisés.

ACTION 1

Dresser le portrait réel du nombre de PSI réalisés dans l'année 2011-2012

Résultat attendu	D'ici le 31 mars 2012, un point de départ documenté du nombre de PSI réalisés par les établissements concernés est disponible à partir des données saisies dans I-CLSC et SIPAD
Indicateur	Nombre de personnes ayant une déficience pour qui un PSI a été élaboré

Contributeurs	Rôles et engagements attendus	À convenir
Agence : DSS	Gestionnaires d'accès de l'Agence : - Animer les rencontres régionales des gestionnaires d'accès - S'assurer de la qualité de la saisie de données relatives aux PSI dans chaque établissement	
CSSS CRDP InterVal CRDITED MCQ	Gestionnaires d'accès des établissements : - Favoriser le recours aux PSI lorsque la situation des usagers le nécessite - S'assurer que la codification des données relatives aux PSI soit réalisée en concordance avec les modalités établies Pilotes I-CLSC et SIPAD : - Soutenir les gestionnaires d'accès dans la validation des données relatives aux PSI	

ACTION 2

Augmenter le nombre de PSI réalisés dans l'année 2012-2013 par rapport à l'année précédente

Résultat attendu	D'ici le 31 mars 2013, le nombre de PSI réalisés pour les personnes ayant une déficience est supérieur au nombre de PSI documentés l'année précédente
Indicateur	Nombre de personnes ayant une déficience pour qui un PSI a été élaboré

Contributeurs	Rôles et engagements attendus	À convenir
Agence : DSS	Gestionnaires d'accès de l'Agence : ▪ S'assurer de la qualité de la saisie de données relatives aux PSI dans chaque établissement	
CSSS CRDP InterVal CRDITED MCQ	Gestionnaires d'accès des établissements : ▪ Favoriser le recours aux PSI lorsque la situation des usagers le nécessite ▪ S'assurer que la codification des données relatives aux PSI soit réalisée en concordance avec les modalités établies Pilotes I-CLSC et SIPAD : ▪ Soutenir les gestionnaires d'accès dans la validation des données	

Opportunités et contraintes dans la réalisation de cet objectif 2011-2013

Opportunités :

- Reconnaissance de l'importance de recourir davantage aux PSI pour améliorer la continuité de services
- Travaux régionaux en cours dans le cadre du Plan régional d'amélioration de l'accès et de la continuité afin d'harmoniser la compréhension et la vision du PSI avec les partenaires

Contrainte :

- Limites informatiques imposées par les systèmes d'information mis en place



PERSONNES-RESSOURCES

Agence de la santé et des services sociaux

Direction des services sociaux

- ▶ Kim Lizotte..... 819 693-3613
- ▶ Sandra Vachon..... 819 693-3970

ORIENTATION 3

AMÉLIORER L'ACCÈS, LA CONTINUITÉ ET LA COMPLÉMENTARITÉ DES SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE ET DES SERVICES SPÉCIALISÉS

3.2 Harmonisation, hiérarchisation et intégration des services

Objectif stratégique de résultat 3.2.6 D

Poursuivre la réalisation du plan de mise en œuvre des Orientations régionales en dépendances, en particulier :

- L'accès aux services de première ligne offerts en toxicomanie et en jeu pathologique pour les personnes à risque d'abus ou de dépendances
- L'accès aux services d'évaluation spécialisée dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins pour les personnes ayant une dépendance

→ Cible 2015 :

- Augmentation du nombre de personnes ayant reçu des services de première ligne en toxicomanie et en jeu pathologique par les CSSS
- 80 % des personnes ayant une dépendance sont évaluées dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins

Situation actuelle (problématique)

On rapporte que 82 % de la population québécoise âgée de 15 ans consommerait de l'alcool. Pour la majorité, la consommation ne pose pas de problème. Toutefois, pour environ 19 % de la population, la consommation dépasse les seuils considérés à faible risque (12 % de buveurs à risque et 7 % de buveurs vivant au moins un problème associé, dont 4 % ayant un diagnostic d'abus ou dépendance)⁷. On rapporte, par ailleurs, qu'environ 80 % de la population québécoise adulte s'adonnerait à des jeux de hasard et d'argent. Les taux de joueurs pathologiques probables et à risque seraient 0,8 et 0,9 %⁸. Enfin, 12 % des Québécois âgés de 15 ans et plus auraient consommé au moins une drogue illicite au cours de la dernière année⁹.

En 2007, le ministère de la Santé et des Services sociaux diffusait les *Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience relatives - Programme-services Dépendances* présentant l'offre de service à mettre en place en matière de dépendances, et précisant les rôles des différents partenaires du réseau de la santé et des services sociaux.

De son côté, l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec adoptait, en 2008, les *Orientations régionales en dépendances 2008-2012* visant à prévenir, réduire et traiter les dépendances, et limiter les conséquences qui y sont associées.

Depuis, les démarches visant à établir le portrait de l'offre de service, effectuées en collaboration avec les partenaires, ont permis de mettre en lumière des lacunes, notamment quant au repérage, à la détection et à l'intervention précoce en matière de dépendances dans les CSSS, dont l'actualisation diffère d'un territoire à l'autre et n'est pas nécessairement appuyée sur des outils validés.

Bien-fondé des actions

Les services de première ligne peuvent contribuer à réduire la consommation et les comportements à risque connexes avant qu'ils ne portent grandement atteinte aux principaux domaines de fonctionnement de la vie. Les personnes présentant ou étant à risque de présenter des problèmes d'abus ou de dépendances consultent, de façon générale, sous d'autres motifs que la consommation. Il importe donc que soient effectués un repérage et une détection afin d'orienter la personne vers les services adaptés à ses besoins. Les intervenants de l'AÉO, des services généraux, des programmes santé mentale et périnatalité ayant suivi la formation sur les services de première ligne en dépendances sont maintenant

⁷ DEMERS et POULIN. « Consommation d'alcool » dans Adlaf, Bégin et Sawka, *Enquête sur les toxicomanies au Canada : Une enquête nationale sur la consommation d'alcool et d'autres drogues pour les Canadiens : La prévalence de l'usage et les méfaits. Rapport détaillé*, Ottawa, CCLAT, 2005, p. 20-32.

⁸ LADOUCEUR, R., JACQUES, C., CHEVALIER, S., SÉVIGNY, S., HAMEL, D. et ALLARD, D. *Prévalence des habitudes de jeu et du jeu pathologique au Québec en 2002*, Québec et Montréal, Université Laval et Institut national de santé publique, 2004.

⁹ SANTÉ CANADA. *L'Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues*, http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/drugs-drogués/stat/_2009/summary-sommaire-fra.php#ill, 2009.

habilités à utiliser les outils validés et à intervenir précocement auprès de cette clientèle. Il importe maintenant de favoriser le repérage et la détection, notamment auprès de certaines clientèles ayant des besoins particuliers.

En continuité avec cette offre de service et afin d'améliorer l'accessibilité aux services d'évaluation spécialisée, le MSSS souhaite que la région se dote d'un programme régional d'évaluation spécialisée.

Objectif 2011-2013

Améliorer l'offre de service sur :

- Les fonctions de repérage, de détection, d'orientation et de référence;
- L'évaluation spécialisée.

ACTION 1

Planter la politique de repérage, de détection, d'orientation et de référence en matière de dépendances

Résultat attendu	D'ici le 31 mars 2013, le nombre d'adultes ayant reçu des services de première ligne en toxicomanie et en jeu pathologique par les CSSS a augmenté
Indicateur	Nombre d'adultes ayant reçu des services des CSSS en toxicomanie et en jeu pathologique

Contributeurs	Rôles et engagements attendus	À convenir
Agence	Adoption de la politique	
CSSS	- Implantation de la politique - Désignation, comme prévu, d'au moins un professionnel ETC dédié au programme Dépendances - Suivi périodique de l'indicateur	

ACTION 2

Mettre en œuvre un programme régional d'évaluation spécialisée pour les personnes dépendantes

Résultats attendus	- D'ici le 30 juin 2012, le programme régional d'évaluation spécialisée est déposé à l'Agence - D'ici le 31 mars 2013, le programme régional d'évaluation spécialisée est en fonction
Indicateurs	- Dépôt du programme régional d'évaluation spécialisée - Programme régional d'évaluation spécialisée fonctionnel

Contributeurs	Rôles et engagements attendus	À convenir
CSSS	Détecter les personnes ayant un problème de dépendances et les orienter vers Domrémy	
Domrémy MCQ	- Élaborer le programme - Assurer la coordination du programme	

Opportunités et contraintes dans la réalisation de cet objectif 2011-2013

Opportunités :

- Sommes récurrentes versées depuis 2008-2009 pour assurer la présence d'au moins un professionnel ETC dédié en dépendances dans chacun des CSSS
- Formation sur les services de première ligne en dépendances offerte en 2010-2011 au personnel de première ligne (AÉO - services sociaux généraux - santé mentale - périnatalité)
- Élaboration d'une politique régionale de repérage, détection, orientation et référence en matière de dépendances

Contraintes :

- Déploiement des services de première ligne en CSSS
- Projet d'évaluation des besoins d'hébergement réalisé en partenariat avec le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale



PERSONNE-RESSOURCE

Agence de la santé et des services sociaux

Direction des services sociaux

► Mélanie Houle 819 693-3993

ORIENTATION 3

AMÉLIORER L'ACCÈS, LA CONTINUITÉ ET LA COMPLÉMENTARITÉ DES SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE ET DES SERVICES SPÉCIALISÉS

3.2 Harmonisation, hiérarchisation et intégration des services

Objectif stratégique de résultat 3.2.6 E

Poursuivre la réalisation de l'offre de service pour les jeunes en difficulté et leur famille, en particulier une intervention 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 ainsi que la continuité des soins et la stabilité des liens pour les enfants placés en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse

→ Cible 2015 :

- 100 % des territoires locaux offrent un programme d'intervention en négligence reconnu efficace
- 100 % des territoires locaux offrent un service d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu reconnu efficace
- Diminution du taux de résignements suivant la fin de l'application des mesures en protection de la jeunesse
- Diminution de la durée moyenne des placements en protection de la jeunesse
- Diminution du nombre moyen de déplacements vécus par l'enfant/jeune au cours d'une période de trois ans à compter de sa prise en charge

Situation actuelle (problématique)

Par l'adoption du projet de loi 125, les modifications apportées à la Loi sur la protection de la jeunesse en 2007 ont eu des conséquences dans l'organisation des services du réseau de la santé et des services sociaux. En effet, par la délégation de mandats, on constate que certaines zones de collaboration entre la 1^{re} et la 2^e ligne demeurent à clarifier entre les partenaires. Par exemple, les CSSS doivent maintenant être davantage accompagnés au niveau du transfert d'expertise dans la gestion de crise, les placements et la détection des clientèles à risque ou en besoin de services en dépendances. Une réponse intégrée et coordonnée aux besoins des jeunes en difficulté requiert de se doter de moyens d'actions concertés.

Le MSSS sollicite un effort particulier des établissements afin de réduire les impacts néfastes de placements ou des replacements des jeunes en difficulté. Des actions concertées et conjointes sont nécessaires pour éviter le plus possible les situations de placements et lorsque requis, éviter les replacements par un bon pairage entre les besoins du jeune et les possibilités offertes par la famille qui l'accueille.

Bien-fondé des actions

Ce sont ces enfants, ces jeunes et ces familles en difficulté pour qui il devient nécessaire de se rallier, de s'arrimer, de travailler de façon intégrée afin de contribuer à favoriser un développement harmonieux, et ainsi les amener à devenir des citoyens qui contribueront positivement à notre société.

Objectif 2011-2013

Assurer la prise en charge de tous les cas complexes en lien avec la problématique jeunes en difficulté.

ACTION 1

Se doter d'un mécanisme conjoint (CJ-CSSS-Domrémy-CS) pour assurer la prise en charge des cas complexes et litigieux dans chaque territoire de mécanisme local MELS-MSSS

Résultat attendu	D'ici le 31 mars 2012, tous les territoires MELS-MSSS ont un mécanisme conjoint (CJ-CSSS-Domrémy-commission scolaire) qui permet d'assurer la prise en charge des cas complexes et litigieux
Indicateur	Présence du mécanisme conjoint dans chaque territoire visé

Contributeurs	Rôles et engagements attendus	À convenir
Agence : DSS	Leadership du comité régional et réalisation des travaux pour définir les modalités régionales ainsi que le suivi de l'implantation des mécanismes locaux	
CSSS, CJ, Domrémy, Commission scolaire	Mise en œuvre et participation aux mécanismes locaux	

ACTION 2

Mettre en œuvre, assurer le suivi et ajuster les protocoles d'arrimage entre le Centre jeunesse, les CSSS et le milieu scolaire, entre autres, celui :

- **Sur le retrait et le placement**
- **Sur l'intervention en troubles de comportement chez les 5-18 ans et la gestion de la crise**
- **Sur la négligence**

Résultats attendus	▪ D'ici le 31 mars 2012, tous les CSSS et le Centre jeunesse ont mis en œuvre les protocoles d'arrimage ▪ D'ici le 31 mars 2013, tous les CSSS et le Centre jeunesse assurent le suivi et ajustent les protocoles au besoin
Indicateurs	▪ Nombre de CSSS ayant mis en œuvre leur protocole d'arrimage avec le Centre jeunesse ▪ Nombre de CSSS qui bénéficient d'un mécanisme de suivi et d'ajustement des protocoles avec le Centre jeunesse

Contributeurs	Rôles et engagements attendus	À convenir
Agence : DSS	Animer, coordonner et assurer le suivi	
CSSS, CJ, CS et établissements à vocation régionale	▪ Contribuer à la définition des protocoles et du suivi à mettre en place ▪ Mettre en œuvre les protocoles définis ▪ Participer au suivi	

Opportunités et contraintes dans la réalisation de cet objectif 2011-2013

Contraintes :

- Considérant la situation actuelle à la Direction des services sociaux au niveau des ressources humaines, des retards sont possibles sur la mise en place du comité prévu pour les recommandations supportant la création des mécanismes locaux (action 1).
- Deux territoires de mécanisme local MELS-MSSS ont la particularité d'être supralocal, ce qui signifie une commission scolaire qui dessert trois et même quatre CSSS. Arrimage plus difficile.



PERSONNES-RESSOURCES

Agence de la santé et des services sociaux

Direction des services sociaux

- ▶ Isabelle Normandin 819 693-3679
- ▶ Jocelyne Tremblay 819 693-3654

ORIENTATION 3

AMÉLIORER L'ACCÈS, LA CONTINUITÉ ET LA COMPLÉMENTARITÉ DES SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE ET DES SERVICES SPÉCIALISÉS

3.2 Harmonisation, hiérarchisation et intégration des services

Objectif stratégique de résultat 3.2.6 F-1

Poursuivre la réalisation du Plan régional sur le vieillissement, en particulier :

- La mise en place des réseaux de services intégrés pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (RSIPA) dans chaque territoire de RLS en favorisant leur implantation telle que définie dans les lignes directrices du MSSS

→ Cible 2015 : Degré d'implantation des RSIPA : 55 %

Situation actuelle (problématique)

La première mesure OSIRSIPA (outil de suivi de l'implantation des composantes du réseau de services intégrés aux personnes âgées) a été prise au printemps 2008 et 3 CSSS ont fait une mise à jour volontaire à l'automne 2008. Cinq CSSS sont en deçà du 55 % d'implantation pour l'ensemble des neuf (9) composantes.

Les actions suivantes contribueront à augmenter le degré d'implantation lors de la prochaine mesure : la consolidation de la gestion de cas par l'ajout d'environ 13 intervenants équivalents temps plein en 2008-2009 et le déploiement de l'application RSIPA en 2010.

Certaines composantes sont très interreliées, soit : l'évaluation des besoins, la gestion de cas et la réalisation de PI et de PSI, ainsi que la composante « système de communication » qui permet un partage de l'information clinique plus facilement.

Bien-fondé des actions

La gestion de cas doit être supportée par un programme de formation pour un maintien des compétences (Lignes directrices RSIPA, MSSS document de travail, octobre 2009). Cette action a été priorisée par les répondants RSIPA des CSSS suite à l'analyse des résultats OSIRSIPA comme étant un besoin prioritaire à actualiser au niveau régional dans un but d'harmonisation des fonctions de gestion de cas et un levier important ayant des répercussions sur d'autres composantes. La gestion de cas est une pratique nouvelle à institutionnaliser.

Le programme de formation régional utilisé lors de l'implantation a besoin d'être révisé et adapté afin de :

- Mieux outiller les agents multiplicateurs qui assurent l'encadrement professionnel des intervenants ayant une fonction de gestion de cas, et pour augmenter la connaissance et la reconnaissance par l'ensemble des équipes du CSSS et du RLS de la fonction de gestion de cas;
- Rejoindre plus facilement les nouveaux intervenants et les remplaçants;
- Produire du matériel de formation dans des formats diversifiés qui explorent d'autres modalités que des sessions de formation en classe (ex. : développement par module, en autoapprentissage et accessibles sur le WEB).

Objectif 2011-2013

Soutenir l'implantation de la fonction gestion de cas dans le cadre du RSIPA.

ACTION 1

Élaborer la stratégie et le plan de formation (RSIPA) en gestion de cas pour les CSSS

Résultats attendus	▪ D'ici le 31 mars 2012, le matériel de formation est diffusé ▪ D'ici le 31 mars 2013, tous les gestionnaires de cas (ou intervenants qui actualisent l'approche en gestion de cas) sont formés sur les connaissances de base selon diverses modalités pédagogiques
Indicateurs	▪ Matériel de formation élaboré et transmis aux CSSS ▪ Pourcentage de gestionnaires de cas (ou intervenants dédiés en gestion de cas) formés à l'approche selon les diverses activités réalisées

Contributeurs	Rôles et engagements attendus	À convenir
CSSS : directeurs PALV / Table régionale Gestionnaires des services SAD et répondants RSIPA Superviseurs cliniques au SAD (soutien à domicile)	Travail de collaboration pour bonifier, valider et corriger les contenus élaborés à ce jour	
Agence : DSP	Expertise-conseil sur les réseaux de services intégrés et la gestion de cas	
Agence : personnes-ressources (expertise en formation et en communication)	Support dans le but de bonifier notre approche pédagogique, d'améliorer les présentations PowerPoint au niveau du format (contenant) et aussi développer cette formation en module d'autoapprentissage sur le web	✓
Personne-ressource externe	Développement d'un contenu adapté sur la négociation	✓

Opportunités et contraintes dans la réalisation de cet objectif 2011-2013

Opportunités :

Suite au recensement et à l'étude des activités de formation aux niveaux local, régional et national, il a été entendu de produire un programme régional qui s'appuie sur les besoins spécifiques des CSSS.

Les contenus ont été révisés par un comité de travail réunissant des représentants de 4 CSSS (gestionnaires SAD et superviseurs cliniques) et une personne-ressource de la Direction de la santé publique. Il est prévu qu'une présentation sera faite aux 4 autres CSSS pour validation finale suite au déploiement de l'application RSIPA.

Cinq modules de formation convenus :

- Module A sur l'intégration des services et approche populationnelle
- Module B sur la description de la gestion de cas
- Module C sur les fonctions et tâches cliniques (savoir, savoir-faire et savoir-être)
- Module D sur la pratique de la gestion de cas sur le terrain (mises en situation)
- Module E sur la négociation



PERSONNE-RESSOURCE

Agence de la santé et des services sociaux

Direction des services sociaux

► Suzie Leblanc 819 477-6221, poste 2531

En collaboration avec Lucie Bonin

ORIENTATION 3

AMÉLIORER L'ACCÈS, LA CONTINUITÉ ET LA COMPLÉMENTARITÉ DES SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE ET DES SERVICES SPÉCIALISÉS

3.2 Harmonisation, hiérarchisation et intégration des services

Objectif stratégique de résultat 3.2.6 F-2

Poursuivre la réalisation du Plan régional sur le vieillissement, en particulier :

- L'adoption en centre hospitalier de pratiques organisationnelles et cliniques adaptées aux besoins particuliers des personnes âgées

→ Cible 2015 : 100 % des établissements avec mission hospitalière

Situation actuelle (problématique)

Dans la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec, la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus était de 16,4 % (76 699) en 2006. Elle passera à 21,1 % (106 699) en 2015 et à 24,5 % (126 257) en 2020. L'augmentation sera particulièrement rapide à compter de 2011, lorsque la cohorte des baby-boomers atteindra l'âge de 65 ans. Le vieillissement de la population québécoise sera également caractérisé par une augmentation importante des personnes très âgées. La proportion des personnes de 85 ans et plus était de 2 % (9 483) en 2006. Elle passera à 2,9 % (14 464) en 2015 et à 3,2 % (16 349) en 2020. Au Québec, le taux d'hospitalisation des patients sur civière s'élève à 50 % chez les personnes de 75 ans et plus.

Les personnes âgées constituent une population très hétérogène dont les besoins de soins et de services diffèrent de façon significative. Le rapport sur l'Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier déposé par le MSSS fait le constat qu'à l'hôpital, la personne âgée fait face à une organisation qui n'a pas encore su ajuster ses pratiques quotidiennes à ses besoins en tant que clientèle vulnérable. Selon les auteurs du rapport, le *delirium* et l'immobilisation constituent les deux principaux syndromes cliniques rencontrés chez les personnes âgées hospitalisées. Ces syndromes sont entretenus à l'hôpital par des processus de soins et un environnement non adapté aux besoins des aînés.

Bien-fondé des actions

L'adaptation des soins et des services à une clientèle vulnérable est nécessaire pour mieux répondre à ses besoins. L'approche adaptée nous permet de rajuster notre philosophie de soins vers un modèle intégrateur biopsychosocial centré sur la personne et ses objectifs de vie, visant autant la récupération fonctionnelle que le traitement approprié de la maladie. Le cadre de référence sur l'Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier émane d'un comité de travail formé de cliniciens et de gestionnaires cliniciens rattachés aux deux instituts universitaires de gériatrie et au Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec. Il vise la mise en place de pratiques professionnelles, fondées sur les données probantes, pour l'amélioration de la qualité des soins et services auprès de la personne âgée, dans le contexte hospitalier.

Objectif 2011-2013

Mettre en œuvre l'Approche adaptée à la personne âgée dans les établissements avec mission hospitalière.

ACTION 1

S'assurer de la mise en place des préalables à l'implantation de l'Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier

Résultat attendu	▪ D'ici le 1^{er} octobre 2011, les préalables à l'implantation sont mis en place dans l'ensemble des établissements avec mission hospitalière : ▸ Utilisation d'un outil de repérage à l'urgence ▸ Mise en place et application des mécanismes de suivi requis pour les repérages positifs ▸ Présence à l'urgence d'un intervenant pivot ou de liaison dédié à la clientèle des personnes âgées vulnérables et qui assure les liens interétablissements ▸ Application d'un programme de marche à l'urgence et/ou aux unités d'hospitalisation
Indicateur	▪ Nombre d'établissements à mission hospitalière ayant mis en place les préalables à l'Approche adaptée

Contributeurs	Rôles et engagements attendus	À convenir
Agence : DSS	▪ S'assurer que les établissements procèdent à la mise en place des préalables ▪ Désigner un répondant régional pour l'Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier	
Établissements ayant une mission hospitalière	▪ Désigner un responsable de la réalisation de l'implantation des préalables à l'Approche adaptée ▪ Compléter la réalisation des préalables	
CSSS	▪ Collaboration des CSSS dans le cas de repérages positifs	

ACTION 2

Élaborer et adopter un plan d'action relatif à la stratégie globale de déploiement de l'Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier dans les établissements à mission hospitalière

Résultats attendus	▪ D'ici le 31 mars 2012, chaque établissement ayant une mission hospitalière a identifié son responsable de l'implantation de l'Approche adaptée ▪ D'ici le 31 mars 2012, chaque établissement ayant une mission hospitalière a déposé un plan d'action à l'Agence
Indicateurs	▪ Nombre d'établissements à mission hospitalière qui ont identifié leur responsable ▪ Nombre d'établissements à mission hospitalière qui ont déposé un plan d'action à l'Agence

Contributeurs	Rôles et engagements attendus	À convenir
Agence : DSS	▪ Élaborer la table des matières du plan d'action ▪ Soutenir les établissements avec mission hospitalière dans l'élaboration de leur plan d'action	
Établissements ayant une mission hospitalière	▪ Mettre en place un comité de pilotage ▪ Désigner un responsable de projet	

Opportunités et contraintes dans la réalisation de cet objectif 2011-2013

Opportunité :

Les préalables sont des composantes relativement familières et implantées partiellement dans plusieurs CHSGS. À cet effet, les préalables 1 et 2 font partie des éléments liés aux composantes du réseau de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA). En principe, ils sont déjà implantés ou en voie de consolidation.

Contrainte :

Une grande part d'imprévus est liée au fait que les attentes ministérielles pour les deux prochaines années sont encore inconnues. La stratégie d'implantation du MSSS n'est pas encore communiquée. Ainsi, la définition des étapes opérationnelles à venir est inconnue et les outils de soutien aux établissements ne sont pas disponibles (diagnostic organisationnel, guide d'application clinique et organisationnel, fiches cliniques). L'Agence doit confirmer le leader régional au MSSS.



PERSONNE-RESSOURCE
Agence de la santé et des services sociaux

Direction des services sociaux

► Denis Brunette 819 693-3630

ORIENTATION 3

AMÉLIORER L'ACCÈS, LA CONTINUITÉ ET LA COMPLÉMENTARITÉ DES SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE ET DES SERVICES SPÉCIALISÉS

3.2 Harmonisation, hiérarchisation et intégration des services

Objectif stratégique de résultat 3.2.7

Augmenter l'offre globale de service de soutien à domicile de longue durée pour s'adapter à l'augmentation des besoins de l'ensemble des clientèles, incluant les familles et les proches aidants

→ Cible 2015 : Augmentation de 10 % du nombre total d'heures services de soutien à domicile de longue durée rendues par les différents modes de dispensation de services en CSSS

Situation actuelle (problématique)

Le soutien à domicile permet aux personnes ayant des incapacités de demeurer dans leur milieu de vie et d'éviter l'épuisement des proches aidants. L'intensité des services offerts à domicile permet de faire une différence entre la poursuite du maintien à domicile et un hébergement précoce pour les personnes vieillissantes ou les personnes handicapées. En ce sens, une pression constante sur les services à domicile est vécue. L'atteinte du requis de services en AVQ est visée (soins d'hygiène et assistance, aide à l'alimentation (faire manger), aide à la mobilisation et aux transferts). D'autre part, l'intensification a nécessairement un impact sur la pénétration et la priorisation de clientèles ou de services.

Entre 2011 et 2015, la population de 65 ans et plus s'accroît de 13 208 personnes et passera de 18 % à 21 % en MCQ (cette proportion peut atteindre jusqu'à 25 % dans certains territoires) alors qu'au Québec, c'est une augmentation de 14 % à 16 % au cours des cinq prochaines années. Depuis 2006-2007, on observe une augmentation de 16 % du nombre d'usagers rejoints en SAD-PALV et une augmentation de 29 % du nombre d'interventions, de même que l'ajout de crédits de développement important, soit au-delà du 25 % planifié pour 2005-2010.

Dans le cas des personnes handicapées, le SAD a également rejoint 3 872 personnes handicapées en 2009-2010. L'intensification des services est perfectible auprès de ce groupe de population, notamment dans le cadre des interventions réalisées par les intervenants des CSSS.

Bien-fondé des actions

Poursuivre la mise en œuvre de la Politique de soutien à domicile : Chez soi, le premier choix en fonction du vieillissement de la population en consolidant et en intensifiant la gamme de services que sont les soins et les services professionnels, les services d'aide à domicile, les services aux familles et aux proches, et le support technique. Le nombre d'heures services se rapporte aux trois premiers éléments.

La population souhaite vieillir à domicile. Cette volonté est bien présente et le réseau de la santé s'oriente vers l'intensification des services. On évolue vers l'offre d'un véritable choix à la personne et aux proches à demeurer le plus longtemps possible dans la communauté.

Les services à domicile varient en intensité selon le degré de perte d'autonomie de la personne et du soutien disponible dans son entourage. Il faut avoir la capacité de prévenir ou de rétablir un équilibre rompu entre les besoins de la personne et le support reçu du réseau public, privé et communautaire, et de l'entourage. Le défi est d'avoir la souplesse, tout en demeurant équitable, de compenser en fonction de ce qui risque de briser l'équilibre en s'appuyant sur la démarche de PSI (plan de services individualisés).

Objectif 2011-2013

Augmenter de 5 % le nombre total d'heures services de soutien à domicile de longue durée en SAD-PALV, DP et DI-TED rendues par les différents modes de dispensation de services en CSSS par rapport aux données de 2009-2010.

ACTION 1

Améliorer l'intensification des services de soutien à domicile

Résultat attendu	D'ici le 31 mars 2012 et le 31 mars 2013, le nombre d'heures de services professionnels, d'aide et de répit a augmenté de 2,5 % annuellement sur la base des résultats de 2009-2010
Indicateur	Nombre d'heures en services professionnels, d'aide et de répit en PALV, DP et DI-TED <i>Note : Inclut les heures effectuées par le personnel des CSSS, l'aide par CES, l'aide en services achetés et l'allocation directe</i>

Contributeurs	Rôles et engagements attendus	À convenir
Agence : DSS	▪ Détermination des cibles de résultats à atteindre	
CSSS : gestionnaires PALV et gestionnaires SAD	▪ Appropriation et validation des données transmises pour cet indicateur en expérimentation, et diminution des écarts ou compréhension de ceux-ci ▪ Description de l'offre de service intensifiée et des nouveaux partenariats réalisés en regard d'heures d'intensification	

Opportunités et contraintes dans la réalisation de cet objectif 2011-2013

Opportunité :

- Le soutien à domicile est une priorité de développement en Mauricie-Centre-du-Québec.

Contraintes :

- C'est un indicateur en expérimentation à analyser. Les données ne sont pas suivies jusqu'à maintenant au niveau des ententes de gestion.
- Les données des autres dispensateurs figurent peu dans GESTRED : 5 CSSS pour le CES et 2 CSSS pour les heures achetées.
- Cependant, les travaux d'estimation à partir des sommes dépensées disponibles (voir tableau de compilation régional à P13 2008-2009 et 2009-2010) présentent des données pour les 8 CSSS. Ce monitoring est en place depuis 2002-2003 à l'aide d'une grille régionale de collecte d'information permettant de rendre visible le développement des autres modes de prestation de services à domicile que celui offert par les CSSS (PALV, DP-DI-TED) pour allocation directe, CES et EES pour les services à l'aidant et les services à la personne.
- Une validation et compréhension des données sur les heures services au 31 mars 2010 est privilégiée afin d'harmoniser l'information pour l'année 2011.



PERSONNE-RESSOURCE

Agence de la santé et des services sociaux

Direction des services sociaux

► Suzie Leblanc..... 819 477-6221, poste 2531

ORIENTATION 3

AMÉLIORER L'ACCÈS, LA CONTINUITÉ ET LA COMPLÉMENTARITÉ DES SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE ET DES SERVICES SPÉCIALISÉS

3.2 Harmonisation, hiérarchisation et intégration des services

Objectif stratégique de résultat 3.2.8

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)

→ Cible 2015 : Augmentation des places en ressources résidentielles de proximité (ressources non institutionnelles) ou autres ressources d'hébergement dans la communauté pour personnes âgées et plus particulièrement celles présentant des atteintes cognitives

Situation actuelle (problématique)

La prévalence de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées augmente avec l'âge. Huit pourcent des personnes de plus de 65 ans souffrent de démence et cette proportion augmente à 35 % pour les 85 ans et plus¹⁰.

Malgré l'ajout de plus de 250 places en ressources intermédiaires depuis 2005, nous observons une augmentation du nombre de personnes en attente pour ce type de ressources. De 68 personnes au 31 mars 2005, la liste d'attente comptait 170 personnes au 31 mars 2010. Une forte proportion attendait pour une ressource intermédiaire (RI) accueillant des personnes présentant des atteintes cognitives¹¹.

Entre 2005 et 2010, les personnes de 85 ans et plus constituaient 2 % de la population alors qu'ils représentaient en moyenne 47 % des admissions effectuées en CHSLD, RI et RA. Pendant cette même période, leur nombre d'admissions en RI a connu une progression marquée; il est passé de 68 en 2005 à 163 personnes en 2010, soit 33 % des admissions en 2005 pour atteindre 43 % des admissions en 2010 pour ce type de ressources.

Nombre d'admissions et pourcentage en ressources intermédiaires (RI) par groupe d'âge, selon l'année										
	2005-2006		2006-2007		2007-2008		2008-2009		2009-2010	
18-64 ans	25	12,1 %	22	8,7 %	20	6,2 %	27	8,1 %	22	5,7 %
65-74 ans	21	10,2 %	34	13,4 %	43	13,4 %	42	12,5 %	49	12,8 %
75-84 ans	92	44,7 %	94	37,2 %	126	39,1 %	122	36,4 %	149	38,9 %
85 ans et plus	68	33,0 %	103	40,7 %	133	41,3 %	144	43,0 %	163	42,6 %
Total	206	100,0 %	253	100,0 %	322	100,0 %	335	100,0 %	383	100,0 %
65 ans et plus	181	87,9 %	231	91,3 %	302	93,8 %	308	91,9 %	361	94,3 %
75 ans et plus	160	77,7 %	197	77,9 %	259	80,4 %	266	79,4 %	312	81,5 %

Source : Images

Dans notre région, le nombre de personnes âgées de 85 ans et plus passera de 11 949 en 2010 à 14 464 en 2015, soit une augmentation de 2 515 personnes. Cette progression aura un impact significatif sur l'offre de service.

Bien-fondé des actions

Permettre à la personne âgée en perte d'autonomie de vivre dans sa communauté en poursuivant les efforts des dernières années d'intensification des services à domicile. Ces actions permettent le maintien dans un milieu plus normalisant et ainsi réduire le recours à l'hébergement institutionnel.

¹⁰ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie*, 2001, p. 16.

¹¹ Source : Images, Rapport du Ministère tableau D

Toutefois, avec l'évolution de la maladie, les personnes atteintes d'Alzheimer nécessitent une présence et un accompagnement 24 h sur 24 qui rendent le maintien à domicile précaire (incluant en RPA), et ce, malgré le soutien des proches aidants.

C'est à partir des besoins de la personne âgée que se fera le développement d'une approche évolutive en hébergement dans la communauté. Ces choix nous permettront aussi de réduire les coûts de prise en charge par le réseau et d'éviter ou retarder le recours à l'hébergement institutionnel.

Objectif 2011-2013

En tenant compte des disponibilités financières, ajouter des places en ressources résidentielles de proximité (RNI, achat de places ou autre entente de partenariat), principalement pour les personnes atteintes de démence.

ACTION 1

Dans un premier temps, à partir de son offre de service actuelle et des besoins des personnes âgées en perte d'autonomie, chaque CSSS doit déterminer ses priorités lui permettant d'augmenter le nombre de places en ressources résidentielles de proximité (RNI, achat de places ou autre entente de partenariat)

Résultats attendus	▪ D'ici le 31 mars 2012, augmentation des places en ressources résidentielles de proximité ▪ D'ici le 31 mars 2013, augmentation des places en ressources résidentielles de proximité
Indicateur	▪ Nombre de places ajoutées en ressources résidentielles de proximité

Contributeurs	Rôles et engagements attendus	À convenir
Agence : DSS	▪ Assumer le rôle de leader régional	
CSSS	▪ Faire l'analyse des besoins et des solutions adaptées ▪ Transmettre un plan de développement à l'Agence	
RPA, HLM	▪ Collaborer à l'offre de service par entente de partenariat avec le CSSS	

Opportunités et contraintes dans la réalisation de cet objectif 2011-2013

Opportunité :

Occasion de poursuivre l'innovation en matière d'hébergement en apportant une réponse adaptée aux besoins des personnes âgées pour qui le maintien à domicile est compromis



PERSONNE-RESSOURCE

Agence de la santé et des services sociaux

Direction des services sociaux

► Lucie Fournier 819 693-3637

FICHES DESCRIPTIVES DES ACTIONS

ENJEU 3 QUALITÉ ET EFFICIENCE DES SERVICES À LA POPULATION

ORIENTATION 4. Consolider les réseaux locaux de services et la dynamique du réseau régional

AXE 4.1 Consolidation de notre culture réseau

AXE 4.2 Intégration et circulation d'information clinique et de gestion

AXE 4.3 Optimisation de l'utilisation des ressources

ORIENTATION 5. Assurer l'amélioration continue des pratiques

AXE 5.1 Meilleures pratiques cliniques et de gestion

AXE 5.2 Innovation et transfert des connaissances

AXE 5.3 Gestion des risques

ORIENTATION 6. Assurer un suivi et une rétroaction sur la performance du système de santé et de services sociaux

AXE 6.1 Évaluation de la performance du réseau

ORIENTATION 4

CONSOLIDER LES RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES ET LA DYNAMIQUE DU RÉSEAU RÉGIONAL

4.1 Consolidation de notre culture réseau

Objectif stratégique de résultat 4.1.1

Mettre en œuvre de façon coordonnée des projets reconnus structurants pour la dynamique du réseau telle la gouvernance des progiciels administratifs régionaux (PAR)

→ Cible 2015 : 2 projets structurants à mettre en œuvre

Situation actuelle (problématique)

Dans le contexte budgétaire qui prévaut, le réseau est plus que jamais convié à relever de nombreux défis afin d'améliorer sa performance, de composer avec la rareté de ressources dans certains domaines où l'expertise se fait de plus en plus rare. À cela s'ajoute la nécessité d'améliorer la circulation de l'information clinique pour un meilleur accès et une meilleure continuité des services. À cet égard, nous nous sommes dotés d'un modèle de gouvernance pour la gestion des progiciels administratifs régionaux et la mise en œuvre du Plan stratégique régional en ressources informationnelles (PSRRI).

Bien-fondé des actions

On vise, par la consolidation de notre culture et la dynamique réseau, une plus grande harmonisation de nos processus et leur intégration, une circulation de l'information clinique et de gestion tout en optimisant l'utilisation des ressources dans une structure de gouvernance régionale convenue et appropriée à ces domaines spécifiques.

Objectif 2011-2013

Avoir évalué les impacts sur notre dynamique réseau de la mise en place de la structure de gouvernance convenue dans les projets prioritaires PAR et PSRRI.

ACTION 1

Convenir des indicateurs pour évaluer l'impact de la mise en place des deux modes de gouvernance sur notre culture et la dynamique réseau

Résultats attendus	▪ D'ici le 31 mars 2012, avoir identifié les indicateurs permettant d'évaluer l'impact de la mise en place des mécanismes de gouvernance pour les PAR et le PSRRI ▪ D'ici le 31 mars 2013, avoir complété une évaluation des modes de gouvernance des PAR et du PSRRI
Indicateurs	▪ Disponibilité d'un répertoire d'indicateurs mesurant l'impact de la mise en place de ces gouvernances ▪ Dépôt du rapport d'évaluation sur les modes de gouvernance

Contributeurs	Rôles et engagements attendus	À convenir
Agence	▪ Coordonner le processus de détermination des indicateurs ▪ Proposer les démarches différenciées, le cas échéant, d'évaluation des modes de gouvernance	
CRDG	▪ Approuver les mécanismes à mettre en place et s'engager dans les démarches d'évaluation	✓
Établissements / partenaires le cas échéant	▪ Participer aux démarches d'évaluation	✓

Opportunités et contraintes dans la réalisation de cet objectif 2011-2013

Opportunité :

À ce jour, les deux modèles de gouvernance ont été élaborés et adoptés par le CRDG.



PERSONNE-RESSOURCE

Agence de la santé et des services sociaux

Direction générale adjointe

► Serge Beauchamp 819 693-3622

ORIENTATION 4

CONSOLIDER LES RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES ET LA DYNAMIQUE DU RÉSEAU RÉGIONAL

4.2 Intégration et circulation d'information clinique et de gestion

Objectif stratégique de résultat 4.2.1

Mettre en œuvre les projets structurants du Plan stratégique régional en ressources informationnelles

→ Cible 2015 : Avoir réalisé 100 % des projets structurants identifiés dans le Plan stratégique régional en ressources informationnelles

Situation actuelle (problématique)

Depuis plusieurs années, la région a consenti des investissements importants pour la mise en place d'un dossier clinique informatisé (DCI) permettant aux intervenants autorisés de consulter en toute sécurité le dossier clinique régional d'un patient avec son consentement. Ce DCI avait pour objectif principal de fournir rapidement l'information clinique nécessaire aux intervenants pour dispenser de meilleurs soins et services à la population, et permettre une continuité des services entre les établissements de la région et les cliniques médicales.

L'information clinique est relativement accessible par les intervenants du réseau grâce à l'existence de RIGIC, déployé dans tous les CSSS de la région, au CHRTR ainsi que dans les cliniques privées. Par contre, les établissements à mission régionale sont moins bien nantis en ce qui a trait à l'accès aux données médicales, ceux-ci n'ayant accès à aucun système partagé.

Les intérêts d'affaires du fournisseur actuel du DCI n'ont pas permis de faire évoluer cet environnement à la satisfaction des utilisateurs et répond en partie aux besoins de partage d'information clinique. Afin de pallier au manque de partage d'information, le CHRTR a implanté un dossier patient électronique (DPE de Purkinje) et certains établissements songent à mettre en place de nouvelles solutions qui ne sont pas nécessairement intégrées entre elles, rendant difficile le partage d'information sur le plan régional.

La majorité des GMF bénéficient d'une solution régionale de dossier médical électronique (DME) favorisant le partage d'information clinique avec le réseau, entre autres par une passerelle technologique qui achemine les résultats de laboratoire du DCI régional vers le DME. Mais le rapprochement de plus en plus étroit des GMF avec le réseau ainsi que la mise sur pied de réseaux d'accessibilité (équivalant à une clinique réseau), amènent de nombreux besoins de partage d'informations cliniques, lesquels posent de multiples défis (technologiques, juridiques, harmonisation de processus, multiples fournisseurs, arrimage entre les systèmes, authentification, financement, support, etc.). Tous désirent accéder aux informations cliniques des établissements du réseau à partir de leur DME (DPE, dictée, diagnostic et image de la radiologie, transcriptions, notes au dossier, pharmacie, visites, dossier numérisé du patient, etc.).

À cette pléiade de solutions vient s'ajouter le Dossier de santé du Québec (DSQ) pour alimenter l'échange d'information, dont le profil pharmacologique qui intéresse davantage notre région.

Cette panoplie de solutions technologiques et la multitude d'interfaces entre les systèmes d'information ont un effet négatif sur les possibilités de partage d'information clinique en termes de coûts, d'efforts et de complexité.

Au fil des années, des investissements majeurs ont été consentis à l'implantation de nombreux systèmes d'informations répondant à des besoins opérationnels. Ces systèmes contiennent une richesse d'information qui est très peu exploitée sur le plan de la gestion.

L'Infocentre contribue à fournir aux établissements qui le requièrent certaines données de gestion utiles. Par contre, son rôle n'est pas bien connu dans la région et certains établissements ne se prévalent pas de ses services. Aucun processus d'évaluation de l'utilisation des informations produites par l'Infocentre n'est en place.

Bien-fondé des actions

La circulation de l'information clinique repose sur un ensemble de domaines complexes (gouvernance, technologies, systèmes, normes, sécurité, lois, etc.) qui exige que certaines conditions soient déjà en place pour assurer le choix, l'implantation, l'utilisation optimale, le maintien, le support et l'évolution des solutions technologiques. Ces conditions sont représentées par les projets structurants du Plan stratégique régional en ressources informationnelles.

Objectif 2011-2013

Réaliser l'ensemble des projets structurants prévus à la première phase du Plan stratégique régional en ressources informationnelles et qui sont en lien direct avec l'axe d'intervention :

- Promouvoir le Plan stratégique régional en ressources informationnelles
- Réviser la gouvernance et optimiser la gestion des ressources informationnelles
- Mettre en place un cadre formel de gestion de projets et un portefeuille de projets
- Réviser les besoins régionaux de circulation d'information clinique et prioriser les actions
- Normaliser la documentation des ressources informationnelles et en assurer la mise à jour constante
- Renforcer nos capacités à maintenir les trois composantes essentielles de la sécurité que sont la disponibilité, l'intégrité et la confidentialité
 - o Normaliser la catégorisation des actifs informationnels de la région et en assurer la mise à jour régulière
 - o Mettre en place un site de relève pour assurer la sécurité des données

ACTION 1

Promouvoir le Plan stratégique régional en ressources informationnelles

Résultat attendu	D'ici le 30 juin 2011, 100 % des activités prévues au plan de communication sont réalisées
Indicateur	Pourcentage des activités du plan de communication réalisées

Contributeurs	Rôles et engagements attendus	À convenir
Agence : DRTI	Mobiliser le réseau autour de la réalisation du Plan stratégique régional en ressources informationnelles, en appliquant le plan de communication et en assurant son suivi	
Agence : CPS CRDG Établissements : représentants RI	Participer à la promotion du Plan stratégique en ressources informationnelles dans le réseau et à la réalisation de ses projets	✓

ACTION 2

Réviser le modèle de gouvernance et optimiser la gestion des ressources informationnelles

Résultat attendu	▪ D'ici le 30 juin 2011, le nouveau modèle de gouvernance est approuvé par le CRDG et en fonction
Indicateurs	▪ Dépôt et approbation du modèle de gouvernance ▪ Mise en place des comités

Contributeurs	Rôles et engagements attendus	À convenir
CRDG	▪ Élaborer et adopter un modèle de gouvernance, assurer sa mise en œuvre et son suivi ▪ Adopter le plan de communication	
Établissements : représentants RI	▪ S'approprier le modèle de gouvernance, participer activement à sa mise en œuvre et en faire la promotion	✓

ACTION 3

Mettre en place un cadre formel de gestion de projets et un portefeuille régional de projets

Résultats attendus	▪ D'ici le 30 juin 2011 : - Le bureau de projets est en place - Le portefeuille régional de projets est en place - Le cadre de gestion de projets est en vigueur
Indicateurs	▪ Mise en place du bureau de projets ▪ Mise en place d'un portefeuille régional de projets en ressources informationnelles ▪ Dépôt du cadre de gestion de projets ▪ Pourcentage des nouveaux projets en ressources informationnelles qui utilisent les processus mis en place par le cadre de gestion de projets

Contributeurs	Rôles et engagements attendus	À convenir
Agence : DRTI et comité de travail RI	Élaborer le cadre de gestion des projets en ressources informationnelles	
Agence : CPS CRDG	Approuver le cadre de gestion des projets en ressources informationnelles	✓

Opportunités et contraintes dans la réalisation de cet objectif 2011-2013

Opportunité :

Nouveau mode de gouvernance des ressources informationnelles convenu au CRDG qui sera expérimenté dès 2010

ACTION 4

Réviser les besoins régionaux de circulation d'information clinique et réévaluer la solution du dossier clinique informatisé déjà en place (RIGIC)

Résultats attendus	▪ D'ici le 30 juin 2011 : - L'inventaire des besoins est déposé et analysé - La réévaluation du dossier clinique informatisé déjà en place (RIGIC) est terminée - Le devis technique d'un dossier clinique informatisé (DCI) a été élaboré
Indicateurs	▪ Dépôt de l'inventaire des besoins de circulation d'information clinique et de l'analyse de la solution du dossier clinique informatisé déjà en place (RIGIC) ▪ Dépôt du devis technique d'un DCI

Contributeurs	Rôles et engagements attendus	À convenir
Agence : DRTI et comité de travail en RI	▪ Élaborer les stratégies et les outils permettant de dresser l'inventaire des besoins de circulation d'information clinique et de réévaluer le dossier clinique informatisé déjà en place (RIGIC) ▪ Participer à l'analyse des besoins et à l'élaboration du dossier d'affaires	
Agence : CPS CRDG	▪ Approuver le dossier d'affaires	✓
Tous les établissements	▪ Prendre connaissance, bonifier et approuver les stratégies et les outils de cueillette d'information. Réaliser la cueillette d'information.	✓

ACTION 5**Normaliser la documentation des ressources informationnelles et en assurer la mise à jour constante**

Résultats attendus	▪ D'ici le 30 juin 2011 : - Dépôt du processus générique à l'ensemble des établissements - Convenir des items et caractéristiques communes à inventorier - Recommandation d'outils pouvant soutenir le processus
Indicateur	Dépôt d'un processus de suivi de l'inventaire des actifs informationnels

Contributeurs	Rôles et engagements attendus	À convenir
Agence : DRTI	▪ Coordonner l'effort régional et proposer les premières pistes de normalisation	
Comité de travail en RI	▪ Identifier et standardiser les items et leurs caractéristiques ▪ Identifier l'outil permettant la saisie et le maintien à jour de l'information	
Établissements : représentants RI	▪ Approuver le processus et l'appliquer	

ACTION 6**Sécurité des actifs informationnels – Normaliser la catégorisation des actifs informationnels de la région et en assurer la mise à jour régulière**

Résultat attendu	D'ici le 30 juin 2011, 100 % de la catégorisation des actifs informationnels de la région sont normalisés de façon unique pour tous les établissements
Indicateur	Liste normalisée et à jour des actifs informationnels et de leur catégorisation

Contributeurs	Rôles et engagements attendus	À convenir
Agence : DRTI	▪ Coordonner l'effort régional et proposer les premières pistes de normalisation	
Comité de travail en RI	▪ Normaliser le nom et la catégorisation de l'ensemble des actifs informationnels de la région ▪ Identifier l'outil permettant la saisie et la diffusion de l'information	✓
Établissements : représentants RI	▪ Approuver les stratégies et les appliquer	

ACTION 7**Sécurité des actifs informationnels – Mise en place d'un site de relève pour assurer la sécurité des données**

Résultat attendu	D'ici le 30 juin 2015, une infrastructure permettant une relève fonctionnelle des données les plus critiques est mise sur pied
Indicateur	Mise en place d'une infrastructure permettant la relève des données

Contributeurs	Rôles et engagements attendus	À convenir
Agence : DRTI	Mettre en place une infrastructure permettant la relève des données	

Opportunités et contraintes dans la réalisation de cet objectif 2011-2013

Contrainte :

Orientations à venir de la part du MSSS sur les centres de traitement



PERSONNE-RESSOURCE

Agence de la santé et des services sociaux

Direction des ressources et des technologies de l'information

► Daniel Larivée819 693-3660

ORIENTATION 4

CONSOLIDER LES RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES ET LA DYNAMIQUE DU RÉSEAU RÉGIONAL

4.3 Optimisation de l'utilisation des ressources

Objectif stratégique de résultat 4.3.1

Mettre en œuvre des projets structurés d'optimisation des services et des processus de travail dans chaque établissement

→ Cible 2015 :

- 100 % des établissements ont réalisé une démarche concertée de révision de processus
- 100 % des établissements ont réalisé au moins un projet d'optimisation et d'utilisation des ressources

Situation actuelle (problématique)

Le contexte budgétaire actuel exige une réduction des dépenses de fonctionnement de nature administrative et nous interpelle à une utilisation efficiente de nos ressources actuelles. Par ailleurs, la croissance des besoins de la population et des coûts de santé nous convie à une transformation de nos modes d'organisation des services ainsi que du travail et nous inscrit dans une dynamique d'amélioration continue de la performance.

Bien-fondé des actions

Ces changements demandent un accompagnement dans la planification et l'implantation pour éviter de demeurer dans nos avenues antérieures et aussi assurer une pérennité au changement. Ce faisant, ce réseau régional aspire à être reconnu comme une région qui est à l'enseigne de l'optimisation, donc en mode de gestion de la performance.

Objectif 2011-2013

Neuf établissements auront réalisé au moins un projet d'optimisation local dans le cadre du programme court mis sur pied par le LIRISS.

ACTION 1

Mettre en œuvre au moins un projet d'optimisation par gestionnaire inscrit au programme court du LIRISS dans 9 établissements

Résultats attendus	▪ D'ici le 31 mars 2012, 9 établissements ont assuré l'inscription d'un gestionnaire au programme court du LIRISS ▪ D'ici le 31 mars 2013, avoir implanté le projet d'optimisation dans l'établissement en démarche concertée avec les partenaires internes
Indicateurs	▪ Nombre d'établissements ayant inscrit un gestionnaire au programme court du LIRISS ▪ Pourcentage d'établissements ayant implanté le projet d'optimisation des gestionnaires inscrits au programme court du LIRISS

Contributeurs	Rôles et engagements attendus	À convenir
LIRISS	Mettre sur pied le microprogramme	
Établissement	Déléguer un gestionnaire et lui accorder le soutien nécessaire à la réalisation du projet identifié	
Agence	Soutien financier au programme de formation	✓

Opportunités et contraintes dans la réalisation de cet objectif 2011-2013

Opportunité :

Création d'un programme court de formation en matière de processus d'optimisation s'adressant aux gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec



PERSONNE-RESSOURCE

Agence de la santé et des services sociaux

Direction des ressources réseau

► Gaétan Lamy

819 693-3665

ORIENTATION 4

CONSOLIDER LES RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES ET LA DYNAMIQUE DU RÉSEAU RÉGIONAL

4.3 Optimisation de l'utilisation des ressources

Objectif stratégique de résultat 4.3.2

Réaliser les projets régionaux prioritaires d'optimisation

→ Cible 2015 : 100 % des projets priorités sont réalisés

Situation actuelle (problématique)

Le système de santé et des services sociaux est aux prises avec la même réalité que celle vécue au niveau national, soit la nécessité de réduire les coûts des services et d'améliorer la qualité des soins offerts à la population. Nous devons donc, au-delà des projets locaux dans chaque organisation (4.3.1) favoriser par des projets régionaux une utilisation optimale des ressources à leur disposition.

Bien-fondé des actions

Ces actions permettent de ralentir la hausse des coûts de livraison des services de santé et des services sociaux de même que l'utilisation judicieuse des ressources spécialisées particulièrement par une revue des processus et de l'organisation du travail.

Plusieurs chantiers sont visés par cet objectif stratégique :

1. Service de buanderie des établissements
2. Processus administratifs en lien avec les progiciels administratifs régionaux
3. Fusion du CSSS de Trois-Rivières et du CHRTR
4. Systèmes automatisés et robotisés pour la distribution des médicaments (SARDM)
5. Services d'ergothérapie en soutien à domicile

Pour chacun de ces chantiers, nous exposerons les différents éléments à chacune des rubriques de cette fiche.

Objectifs 2011-2013

1. Service de buanderie des établissements :
 - Avoir harmonisé les pratiques et processus de buanderie dans tous les établissements et avoir déterminé un modèle d'organisation régional.
2. Processus administratifs en lien avec les progiciels administratifs régionaux :
 - Avoir harmonisé des sous-processus liés aux progiciels administratifs en lien avec les meilleures pratiques.
3. Fusion du CSSS de Trois-Rivières et du CHRTR :
 - Avoir réalisé la création d'un nouvel établissement issu de la fusion du CSSS de Trois-Rivières et du CHRTR.
4. Les systèmes automatisés et robotisés pour la distribution des médicaments (SARDM) :
 - Avoir complété d'ici le 31 mars 2013 les phases II et III du projet régional SARDM dans le cadre de la planification régionale des services pharmaceutiques.
5. Services d'ergothérapie en soutien à domicile :
 - Avoir complété la mise en œuvre d'un projet par CSSS (8) en ergothérapie SAD, accepté par l'Agence.

ACTION 1

Service de buanderie des établissements : Déterminer les processus et l'organisation des services de buanderie dans la région

Résultats attendus	▪ D'ici le 31 mars 2012, avoir complété la révision des processus de buanderie dans tous les établissements et établi le modèle d'organisation régional ▪ D'ici le 31 mars 2013, avoir complété la planification en vue de la mise en place de l'organisation des services de buanderie dans la région
Indicateurs	▪ Disponibilité d'un modèle d'organisation régional des services de buanderie ▪ Disponibilité d'un plan de travail pour la réorganisation des services de buanderie

ACTION 2

**Processus administratifs en lien avec les progiciels administratifs régionaux :
Identifier, optimiser et harmoniser des sous-processus à l'intérieur d'une démarche
impliquant les 13 établissements et l'Agence**

Résultats attendus	▪ D'ici le 31 mars 2012, avoir complété l'optimisation et l'harmonisation du cycle de paie dans tous les établissements et l'Agence ▪ D'ici le 31 mars 2013, avoir complété un second cycle d'optimisation et d'harmonisation avec d'autres sous-processus sélectionnés par les tables fonctionnelles
Indicateurs	▪ Pourcentage d'organisations ayant complété l'optimisation et l'harmonisation du cycle de paie ▪ Pourcentage d'organisations ayant complété l'optimisation et l'harmonisation d'un second cycle

ACTION 3

**Fusion du CSSS de Trois-Rivières et du CHRTR :
Procéder à la création d'un nouvel établissement par la fusion du CSSS de Trois-Rivières et du CHRTR**

Résultats attendus	▪ D'ici le 31 mars 2012, le nouveau CSSS a procédé au choix de son DG, s'est doté d'une vision, d'orientations et d'un plan de travail guidant la mise sur pied, la consolidation et l'optimisation de la nouvelle organisation; il a adopté son nouveau plan d'organisation et a entamé la mise en œuvre ▪ D'ici le 31 mars 2012, le nouveau CSSS a réalisé l'optimisation qu'il avait prévue à cette date
Indicateurs	▪ Émission des lettres patentes ▪ Nomination d'un DG ▪ Plan d'organisation adopté ▪ Bilan au 31 mars 2012 des optimisations réalisées et de leurs retombées

ACTION 4

**Systèmes automatisés et robotisés pour la distribution des médicaments (SARDM) :
Mettre en œuvre le plan de réalisation du projet régional SARDM approuvé par le Ministère
selon les modalités du cadre de gestion prévu pour la phase II**

Résultat attendu	▪ D'ici le 31 mars 2012, tous les projets inscrits au plan de réalisation du projet régional SARDM, approuvé par le Ministère, sont réalisés
Indicateur	▪ Pourcentage de projets inscrits au plan de réalisation du projet régional SARDM ayant été réalisés

ACTION 5

**Services d'ergothérapie en soutien à domicile :
Réaliser les projets d'optimisation de services d'ergothérapie à domicile acceptés par l'Agence**

Résultats attendus	▪ D'ici le 31 mars 2012, les bilans des projets d'optimisation sont déposés à l'Agence ▪ D'ici le 31 mars 2013, augmentation des personnes rejointes en ergothérapie aux services à domicile
Indicateurs	▪ Pourcentage des bilans des projets d'optimisation déposés à l'Agence ▪ Nombre d'usagers différents rejointes en ergothérapie aux services à domicile

Contributeurs	Rôles et engagements attendus	À convenir
Établissements concernés : directions générales	Mobiliser les instances de leur organisation autour des objectifs des projets en libérant les ressources nécessaires à la réalisation et à son suivi	
Agence : directions concernées	Mettre en place les agents facilitateurs, plan de communication, coordination et support nécessaire aux activités identifiées aux projets	

Opportunités et contraintes dans la réalisation de cet objectif 2011-2013

À ce jour, chacun des projets a fait l'objet de démarches convenues par les organisations impliquées et les contraintes de réalisation ont été réalisées et adressées dans leur planification respective.



PERSONNE-RESSOURCE

Agence de la santé et des services sociaux

Direction des ressources réseau

► Gaétan Lamy 819 693-3665

ORIENTATION 5

ASSURER L'AMÉLIORATION CONTINUE DES PRATIQUES

5.1 Meilleures pratiques cliniques et de gestion

Objectif stratégique de résultat 5.1.1

Adopter une stratégie régionale d'identification et de diffusion des meilleures pratiques cliniques en cohérence avec l'action de l'INSPQ, de l'INESSS, des milieux universitaires et des milieux de pratiques

→ Cible 2015 : 90 % des guides de pratiques cliniques recommandés par l'organisme de promotion de l'excellence en santé et en services sociaux (ex. : INESSS) ayant fait l'objet d'un processus structuré d'implantation et de suivi

Situation actuelle (problématique)

Plusieurs recherches et expériences d'innovation se produisent régulièrement dans le réseau de la santé et des services sociaux ou dans les milieux de recherche afin de connaître l'efficacité d'interventions, de pratiques ou d'organisation de services. Toutes ces innovations qui passent par l'amélioration de nos façons de faire visent à offrir une meilleure performance de notre système. La difficulté consiste à faire connaître ces innovations, analyser leur transférabilité d'un contexte à un autre et les adopter avec un accompagnement.

Bien-fondé des actions

Dans le contexte budgétaire actuel qui favorise le développement de nombreux projets d'optimisation ou de guides de pratiques, il devient essentiel d'en assurer les meilleures retombées possible. Pour favoriser le partage d'expertise et l'implantation de nouvelles pratiques, le réseau a besoin de plate-forme d'échange et d'analyse qui permet de juger de la pertinence d'implanter des innovations à partir d'un portefeuille de projets, de guides de pratiques et d'expérimentations. En soutien à cette prise de décision, les innovations devraient être assorties d'éléments qui facilitent le jugement de la capacité à les répliquer dans les nouveaux contextes et cibler les conditions de réussite nécessaires pour en reproduire les impacts.

Objectif 2011-2013

Avoir débuté l'implantation d'un mécanisme régional convenu qui soutient l'identification, la diffusion et l'adoption des meilleures pratiques cliniques, de gestion ou d'organisation de services.

ACTION 1

Convenir d'un modèle de mécanisme régional à mettre en œuvre pour l'accès aux portefeuilles de projets innovants, d'expérimentations ou de guides de pratiques

Résultat attendu	D'ici le 31 mars 2012, l'Agence dispose d'un mécanisme régional convenu avec les établissements, lequel soutient l'identification, la diffusion et l'adoption des meilleures pratiques
Indicateur	Disponibilité du mécanisme régional convenu entre l'Agence, les établissements, les milieux universitaires et de recherche

Contributeurs	Rôles et engagements attendus	À convenir
Agence : DSAQ	Leader régional : analyser la faisabilité, identifier les adaptations, le cas échéant, proposer le modèle régional	✓
Établissements du réseau	Participer à la définition des besoins, au mécanisme régional et à la prise de décision	✓
Tables régionales en éducation	Participer aux consultations	✓

ACTION 2**Implanter le mécanisme régional convenu**

Résultat attendu	D'ici le 31 mars 2013, l'Agence a débuté l'implantation du mécanisme régional
Indicateur	Mécanisme régional fonctionnel

Contributeurs	Rôles et engagements attendus	À convenir
Agence : DSAQ	Leader régional : élaborer en partenariat le plan de gestion des risques, la stratégie d'implantation et accompagner la stratégie d'implantation	✓
Établissements du réseau	Participer à l'analyse des risques et la stratégie d'implantation	✓
Tables régionales en éducation	Participer aux consultations	

Opportunités et contraintes dans la réalisation de cet objectif 2011-2013Opportunités :

- Lors des consultations sur le plan stratégique, la CIR (courtier en connaissances) et les tables régionales en éducation ont mentionné ce type de solution, et ce besoin de favoriser et de soutenir l'innovation
- La Montérégie a déjà un mécanisme de ce type et leur expérience peut être mise à profit : Laboratoire d'expérimentation en gestion et en gouvernance (LEGG) de la santé et des services sociaux
- Être à l'affût du développement du MSSS dans ce domaine

**PERSONNE-RESSOURCE****Agence de la santé et des services sociaux**

Direction générale adjointe

► Christine Ross 819 693-3670

ORIENTATION 5

ASSURER L'AMÉLIORATION CONTINUE DES PRATIQUES

5.2 Innovation et transfert des connaissances

Objectif stratégique de résultat 5.2.1

Mettre en œuvre une stratégie régionale qui permet l'implantation d'une approche intégrée et interuniversitaire visant à ce que la région puisse être reconnue à titre de milieu universitaire

→ Cible 2015 : 100 % des actions réalisées

Situation actuelle (problématique)

L'enseignement médical de l'Université de Montréal en collaboration avec l'UQTR et dispensé au CHRTR, de même que la reconnaissance du Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement à titre d'Institut universitaire, assortis aux ententes de collaboration avec l'UQTR dans différentes disciplines (négligence, gestion de la performance, la relève des cadres) constituent des exemples parmi d'autres qui illustrent la dynamique de la région.

À ces exemples, il faut ajouter la dynamique avec les RUIS de Montréal et de Sherbrooke de même que les ententes d'affiliation d'enseignement médical entre CSSS et facultés de médecine (Sherbrooke, Montréal). Ce qui précède illustre toutefois le besoin de se doter d'une vision intégrée à cet égard.

Bien-fondé des actions

La région Mauricie et Centre-du-Québec étant reconnue comme milieu universitaire favorisera la multiplication de projets de recherches et d'enseignement qui contribueront à l'amélioration des connaissances, des pratiques et de la qualité des services offerts à la population. En outre, la reconnaissance d'un tel dynamisme régional génère des retombées significatives notamment en matière d'attraction de la main-d'œuvre. Ceci ne peut qu'avoir des effets positifs sur la qualité des services offerts à la population.

La région se doit de développer des caractéristiques uniques à la reconnaissance souhaitée qui pourrait être de l'ordre de la spécificité de ses formations mettant à profit l'interdisciplinarité et la fluidité entre ses différents niveaux de services (1^{re} et 2^e lignes, catégories d'établissements, etc.) lui permettant de mettre en perspective la valeur ajoutée d'approches intégrées.

Objectif 2011-2013

Se doter d'une stratégie régionale et d'un plan d'action qui s'appuient sur une vision régionale intégrée nous conduisant à la reconnaissance de notre région à titre de milieu universitaire.

ACTION 1

Circonscrire la vision sous-jacente à l'objectif et esquisser les éléments d'une stratégie régionale

Résultat attendu	D'ici le 31 mars 2012, les éléments d'une stratégie régionale qui répondent à la vision partagée Agence-Établissements sont déterminés
Indicateur	Disponibilité de la stratégie régionale

Contributeurs	Rôles et engagements attendus	À convenir
Exécutif du CRDG	Convenir d'une session de travail	✓
Agence : PDG et DGA	Préparer la session de réflexion	✓
Établissements : DG	Contribuer à la réflexion	✓

ACTION 2

À la lumière de la stratégie régionale établie, élaborer le Plan d'action 2013-2015

Résultat attendu	D'ici le 31 mars 2013, se doter d'un Plan d'action 2013-2015 pour réaliser la stratégie régionale
Indicateur	Dépôt du Plan d'action 2013-2015

Contributeurs	Rôles et engagements attendus	À convenir
Établissements : DG	Valider et bonifier le plan d'action proposé	

Opportunités et contraintes dans la réalisation de cet objectif 2011-2013

Opportunité :

Beaucoup d'ententes avec les milieux universitaires, et ce, dans plusieurs domaines, donc une culture régionale de collaboration avec les universités est déjà établie



PERSONNE-RESSOURCE

Agence de la santé et des services sociaux

Direction générale adjointe

► Serge Beauchamp 819 693-3622

ORIENTATION 5

ASSURER L'AMÉLIORATION CONTINUE DES PRATIQUES

5.2 Innovation et transfert des connaissances

Objectif stratégique de résultat 5.2.2

Accroître de façon significative les arrimages qui favorisent la synergie entre le réseau de l'éducation et le réseau de la santé et des services sociaux en matière d'enseignement et de recherche

→ Cible 2015 : Ententes dans les secteurs identifiés comme névralgiques tels médical, réadaptation et nursing

Situation actuelle (problématique)

Plusieurs ententes de collaboration portant sur différents projets et de différentes natures ont cours en Mauricie et au Centre-du-Québec. Cependant, malgré la force de notre partenariat régional avec le réseau de l'éducation, on ne peut estimer que nous avons exploité toutes les opportunités que peuvent potentiellement nous offrir les arrimages avec le réseau de l'éducation.

Bien-fondé des actions

Il apparaît pertinent de se donner une perspective d'ensemble pour mieux apprécier notre positionnement régional en matière d'arrimage avec l'éducation aux fins d'enseignement et de recherche.

Objectif 2011-2013

Connaître les domaines ou secteurs névralgiques propices à l'établissement d'ententes spécifiques de collaboration en matière d'enseignement et de recherche ainsi que le nombre d'ententes convenues à cet égard.

ACTION 1

Définir les secteurs névralgiques pour lesquels il serait opportun de convenir d'ententes spécifiques en matière de recherche et d'enseignement avec le milieu de l'éducation, peu importe l'ordre d'enseignement

Résultat attendu	D'ici le 31 décembre 2011, se doter d'un portrait des domaines névralgiques à couvrir potentiellement par des ententes spécifiques avec le milieu de l'éducation en matière d'enseignement et de recherche
Indicateur	Dépôt du portrait des domaines névralgiques à couvrir potentiellement par des ententes spécifiques

Contributeurs	Rôles et engagements attendus	À convenir
Agence : CPS	Désigner quelques personnes-ressources pour la conception du cadre méthodologique	✓
Établissements : DG	Favoriser la participation de quelques personnes-ressources pour valider et bonifier le cadre méthodologique	✓

ACTION 2

Connaître l'état de situation en matière de couverture par ententes spécifiques avec le milieu de l'enseignement, des domaines névralgiques par rapport au potentiel d'ententes et se doter d'un plan d'action identifiant les domaines névralgiques pour lesquels il serait opportun de se doter d'une entente spécifique

Résultats attendus	▪ D'ici le 31 mars 2012, sur la base du portrait des domaines névralgiques, établir l'inventaire des ententes spécifiques convenues avec le milieu de l'éducation en matière d'enseignement et de recherche ▪ D'ici le 31 mars 2013, sur la base de l'inventaire des ententes spécifiques et du portrait des domaines névralgiques, avoir défini un plan d'action visant à doter les secteurs névralgiques non couverts par une entente spécifique
Indicateurs	▪ Dépôt de l'inventaire des ententes spécifiques convenues entre les deux réseaux (éducation–santé et services sociaux) ▪ Dépôt du plan d'action pour les secteurs névralgiques non couverts par une entente spécifique

Contributeurs	Rôles et engagements attendus	À convenir
Agence : CPS	Établir un état de situation	✓
Établissements : DG Agence : CPS	Identifier à partir de l'inventaire des ententes spécifiques, et à la lumière du portrait des domaines névralgiques, ceux pour lesquels il serait opportun d'envisager l'élaboration d'ententes spécifiques	✓

Opportunités et contraintes dans la réalisation de cet objectif 2011-2013

Opportunité :

L'entente de collaboration entre l'Université du Québec à Trois-Rivières et les mécanismes afférents constitue un levier structurant pour ce type d'ententes spécifiques dans plusieurs domaines liés à la santé et aux services sociaux. S'ajoute à cette opportunité, notre participation aux RUIS de Sherbrooke et de Montréal.



PERSONNE-RESSOURCE

Agence de la santé et des services sociaux

Direction générale adjointe

► Serge Beauchamp 819 693-3622

ORIENTATION 5

ASSURER L'AMÉLIORATION CONTINUE DES PRATIQUES

5.2 Innovation et transfert des connaissances

Objectif stratégique de résultat 5.2.3

Accroître de façon significative le transfert des connaissances entre les milieux d'enseignement secondaire, collégial et universitaire, et les milieux de pratiques, dans une perspective d'enrichissement mutuel

→ Cible 2015 : 100 % des établissements concernés ont obtenu un agrément incluant le volet de niveau stratégique sur les stratégies d'innovation et de développement

Situation actuelle (problématique)

À partir des rapports produits par les organismes d'agrément depuis 2008, nous constatons que les établissements à vocation régionale ont davantage créé un contexte particulier favorable à des stratégies innovatrices en matière de développement de pratique professionnelle et d'un partage d'expertise. Ces établissements spécialisés dans une problématique spécifique pour une partie du continuum de services ont historiquement adopté une culture de recherche et de développement d'expertise dans leur organisation. Il en est de même pour les établissements de première ligne qui disposent d'unités d'enseignement universitaire en médecine.

Pour les autres établissements de première ligne, la mise en place soutenue de telles stratégies demeure un défi plus important étant donné leur complexité ayant l'obligation de répondre à toutes les problématiques de santé, pour tous, dans un délai raisonnable et dans l'ensemble des continuums de soins et de services. En l'absence de secteurs dédiés à la recherche, au développement ou à l'enseignement, le transfert de connaissances et l'innovation sont moins systématisés et moins intégrés dans une stratégie organisationnelle. Bien que la volonté soit présente, il s'avère important de développer des moyens de placer l'innovation et le transfert de connaissances à un niveau optimal, tout en étant viable et porteur dans leur organisation.

Bien-fondé des actions

Dans le cadre des processus d'agrément des établissements, un volet porte sur les stratégies d'innovation et de développement qu'ils ont réalisées afin d'assurer un transfert de connaissances et d'expertise. La mesure porte sur trois processus, soit la gestion des activités de recherche, l'innovation de façon continue dans les pratiques et la gestion des activités d'enseignement. L'utilisation de ces informations devrait permettre d'alimenter cette préoccupation et, éventuellement, de développer des outils mieux adaptés.

On vise également l'amélioration des pratiques cliniques et de gestion en approfondissant les arrimages avec le milieu de l'éducation pour accroître l'innovation et le transfert de connaissance.

Cet objectif est en lien avec celui portant sur une stratégie régionale d'identification et de diffusion des meilleures pratiques (voir 5.1.1) et celui sur l'accroissement des arrimages entre les réseaux de l'éducation et de la santé et des services sociaux (voir 5.2.2).

Objectif 2011-2013

100 % des établissements ayant obtenu un agrément incluant le volet des stratégies d'innovation et de développement.

ACTION 1

Établir le calendrier des démarches d'agrément des établissements selon le cycle triennal

Résultat attendu	D'ici le 31 mars 2013, 100 % des établissements qui réaliseront une démarche d'agrément reçoivent leur agrément sur le volet des stratégies d'innovation et de développement
Indicateur	Pourcentage d'établissements ayant réalisé une démarche et reçu leur agrément sur le volet des stratégies d'innovation et de développement

Contributeurs	Rôles et engagements attendus	À convenir
Agence : DSAQ	Dresser l'état de situation et le calendrier	

Opportunités et contraintes dans la réalisation de cet objectif 2011-2013

Opportunité :

Se servir de l'obligation de processus de l'agrément pour susciter des actions en matière de transfert de connaissances.



PERSONNE-RESSOURCE

Agence de la santé et des services sociaux

Direction des services administratifs et de la qualité

► Réjean Langlois819 693-3906

ORIENTATION 5

ASSURER L'AMÉLIORATION CONTINUE DES PRATIQUES

5.3 Gestion des risques

Objectif stratégique de résultat 5.3.1

Assurer la prestation sécuritaire des soins et des services dans tous les établissements

→ Cible 2015 :

- 100 % des établissements ont réalisé des plans d'action afin de corriger les situations problématiques identifiées à partir des principaux risques issus des données traitées dans le système d'information SSSS
- 100 % des établissements dispensant des soins critiques ont implanté les programmes de formation destinés à prévenir les incidents et accidents
- 100 % des établissements ont des plans d'action destinés à corriger les situations qui ne respectent pas les protocoles d'application des mesures de contrôle telles qu'identifiées par le portrait
- 100 % des établissements visés par les rapports des coroners ont assuré un suivi aux recommandations

Situation actuelle (problématique)

Le rapport Francoeur, publié en 2001, concluait que la gestion des risques constituait une dimension négligée par le réseau de la santé et des services sociaux et constatait le peu d'information disponible à cet égard.

Dans le but de répondre aux recommandations du rapport, le projet de loi 113 était adopté en 2002 et confirmait ainsi la priorité accordée à la gestion des risques dans l'amélioration de la qualité.

Depuis, des actions concrètes ont été menées par tous les établissements de la région dans le but d'assurer à la population une prestation sécuritaire des soins et des services : des comités de gestion des risques ont été mis en place, de la formation a été donnée, des travaux ont été menés sur l'application des mesures de contrôle, etc.

De grands pas ont été franchis, mais les différents dossiers associés à la prestation sécuritaire des soins et des services (gestion des risques, application des mesures de contrôle, suivis de coroners) évoluent selon une géométrie variable et ne s'inscrivent pas encore dans le cadre d'une approche intégrée de la qualité visant le développement d'une véritable culture de la sécurité des soins et des services.

Bien-fondé des actions

À court terme et dans le but de répondre aux conditions permettant d'introduire les dossiers actuels dans une approche intégrée de la qualité, des actions régionales doivent être menées en collaboration avec les établissements :

- Puisque nous ne disposons pas d'un cadre de référence ministériel sur la gestion des risques, il devient incontournable d'en développer un en matière de prestation sécuritaire des services selon une approche intégrée de la qualité;
- Pour l'application des mesures de contrôle, nous pouvons compter sur un cadre de référence ministériel et des travaux régionaux doivent se poursuivre en regard de son application et du développement d'un certain nombre d'indicateurs nous permettant de nous assurer de la prestation sécuritaire des services;
- Enfin, des modalités de circulation d'information au sujet du suivi aux recommandations des coroners doivent être développées.

Objectif 2011-2013

En regard de chacun des dossiers liés à la prestation sécuritaire des services (soit la gestion des risques, l'application des mesures de contention et le suivi aux recommandations des coroners), s'assurer de répondre aux prérequis nécessaires au développement d'une approche intégrée de la qualité visant le développement d'une culture de la sécurité.

ACTION 1

Développer et implanter un cadre de référence régional sur la gestion des risques selon une perspective d'approche intégrée en matière de qualité et incluant des indicateurs qui permettent de mesurer le niveau de déclaration et de divulgation des incidents et des accidents

Résultats attendus	▪ D'ici le 30 septembre 2011, les établissements ont des données fiables et comparables sur le taux de déclaration et de divulgation des incidents et des accidents ▪ D'ici le 31 décembre 2012, le cadre de référence est élaboré et implanté dans les établissements ▪ D'ici le 30 juin 2013, les établissements ont des plans d'action en matière de gestion des risques
Indicateurs	▪ Pourcentage d'établissements qui possèdent des données comparables sur le taux de déclaration et de divulgation des incidents et des accidents ▪ Pourcentage d'établissements ayant implanté le cadre de référence sur la gestion des risques ▪ Pourcentage d'établissements ayant des plans d'action en matière de gestion des risques

Contributeurs	Rôles et engagements attendus	À convenir
Agence : DSAQ	▪ Coordination et soutien des travaux	
Établissements : Table régionale qualité	▪ Contribution aux travaux du comité stratégique ▪ Mise en œuvre d'un comité de travail, mandat dévolu et contribution aux travaux	✓
Établissements : responsables qualité (TRQ), gestionnaires de risques	▪ Implantation du cadre de référence sur la gestion des risques et suivi des indicateurs	✓

ACTION 2

Développer des indicateurs communs d'application des mesures de contrôle et évaluer périodiquement si les orientations ministérielles à cet égard sont respectées selon une approche intégrée en matière de qualité de service, incluant la sécurité des soins et des services

Résultats attendus	▪ D'ici le 31 décembre 2012, le personnel visé est formé sur l'application des mesures de contrôle ▪ D'ici le 30 juin 2013, un portrait régional est produit en matière d'application des mesures de contrôle à partir d'indicateurs communs
Indicateurs	▪ Pourcentage du personnel formé sur l'application des mesures de contrôle ▪ Disponibilité de la liste d'indicateurs communs

Contributeurs	Rôles et engagements attendus	À convenir
Agence : DSAQ	Coordination et soutien aux travaux	
Établissements : Table régionale des DSI	- Contribution aux travaux du comité stratégique - Mise en œuvre d'un comité de travail, mandat dévolu et contribution aux travaux - Implantation et suivi des balises de surveillance, des activités de formation et des indicateurs	
Établissements : personnel clinique et gestionnaires	- Contribution aux travaux - Application des balises et des indicateurs - Formation du personnel	
Établissements : responsables qualité (TRQ)	Suivi et arrimage	
Groupe de recherche CH Louis-Hippolyte Lafontaine	Contribution aux travaux	

Opportunités et contraintes dans la réalisation de cet objectif 2011-2013

Opportunités :

- La dynamique régionale développée dans le cadre des tables régionales constitue une opportunité
- Un budget régional récurrent pour soutenir les projets qualité est un atout

Contrainte :

- Le rythme de croisière ministériel peut retarder certains travaux, mais sans en compromettre les résultats



PERSONNE-RESSOURCE

Agence de la santé et des services sociaux

Direction des services administratifs et de la qualité

► Réjean Langlois819 693-3906

ORIENTATION 5

ASSURER L'AMÉLIORATION CONTINUE DES PRATIQUES

5.3 Gestion des risques

Objectif stratégique de résultat 5.3.2

Maintenir les taux d'infections nosocomiales faisant l'objet d'une surveillance provinciale en deçà des seuils établis

→ Cible 2015 : 90 % des CHSGS

Situation actuelle (problématique)

Les infections nosocomiales ont des conséquences lourdes pour le patient et sa famille. L'augmentation de la durée d'hospitalisation et des complications cliniques amènent une hausse de la mortalité et de la morbidité¹². À ces conséquences s'ajoutent les coûts pour le système de santé, estimés à 180 millions de dollars par année pour le Québec.¹²

Bien-fondé des actions

L'implantation d'un programme structuré de surveillance, de prévention et contrôle des infections peut réduire de 30 % l'incidence des infections nosocomiales.¹²

Objectif 2011-2013

Optimiser l'application du programme de prévention et contrôle des infections dans les établissements CHSGS : CHRTR, CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable, CSSS Drummond, CSSS de l'Énergie et CSSS du Haut-Saint-Maurice.

Pour les infections nosocomiales faisant l'objet d'une surveillance provinciale, des taux en deçà ou autour des seuils établis.

ACTION 1

Évaluer l'application des normes recommandées par les experts (C.I.N.Q., MSSS, INSPQ) pour les CHSGS ayant un taux supérieur aux seuils établis

Résultat attendu	Tous les établissements dont les taux sont supérieurs aux seuils établis pour les infections nosocomiales à surveillance provinciale ont reçu des recommandations de l'Agence
Indicateur	Pourcentage d'établissements dont les taux sont supérieurs aux seuils établis pour les infections nosocomiales à surveillance provinciale ayant reçu des recommandations de l'Agence

Contributeurs	Rôles et engagements attendus	À convenir
Agence	<u>Pour les établissements ayant un ou des taux supérieurs aux seuils établis :</u> - Évaluer l'application des normes recommandées par les experts - Demander une consultation et les recommandations du médecin microbiologiste-infectiologue assigné - Favoriser l'élaboration des plans d'action spécifiques visant à atteindre les taux recommandés - Supporter l'application des plans d'action spécifiques	✓
CHRTR CSSS : Drummond, de l'Énergie, du Haut-Saint-Maurice et d'Arthabaska-et-de- l'Érable	Assurer l'implantation des normes recommandées pour chaque infection nosocomiale à surveillance provinciale	

¹² MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *D'abord, ne pas nuire... Les infections nosocomiales au Québec, un problème majeur de santé, une priorité.* Rapport du comité d'examen sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales, 2005, p. 15 et 25.

Opportunités et contraintes dans la réalisation de cet objectif 2011-2013

Opportunités :

- Amélioration de l'ouverture et la volonté de tous à agir (incluant les gestionnaires, médecins, infirmières, salubristes, etc.).
- L'arrivée de 2 nouveaux médecins microbiologistes-infectiologues aidera à combler le besoin de leader (médecin) dans chaque établissement avec mission CHSGS.
- La prochaine mise en place d'agents multiplicateurs en prévention et contrôle des infections va optimiser l'application des mesures.

Contraintes :

- Taux de roulement élevé chez le personnel en prévention et contrôle des infections
- Absence d'un système informatisé supportant la tâche des infirmières en prévention et contrôle des infections et des médecins microbiologistes-infectiologues



PERSONNES-RESSOURCES

Agence de la santé et des services sociaux

Direction de santé publique

- ▶ Danièle Samson ... 819 477-6221, poste 2505
- ▶ Nicole Jourdain..... 819 693-3937
- ▶ Linda Milette 819 693-3661

ORIENTATION 6

ASSURER UN SUIVI ET UNE RÉTROACTION SUR LA PERFORMANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

6.1 Évaluation de la performance du réseau

Objectif stratégique de résultat 6.1.1

Mettre en œuvre le monitoring des objets prioritaires d'évaluation de la performance issus du cadre évaluatif convenu en région de façon cohérente avec celui du MSSS

→ Cible 2015 : 100 % des directions générales d'établissement et l'Agence ont accès à un système de monitoring

Situation actuelle (problématique)

L'ambition régionale inscrite dans le Plan stratégique régional 2010-2015 porte sur l'amélioration continue de la performance du réseau régional. Il devient donc essentiel d'en suivre l'évolution et, surtout, d'en identifier les principaux leviers qui permettront de l'améliorer. Cependant, plusieurs défis sont à relever face à des institutions complexes et dynamiques.

La performance du système est un concept complexe qui regroupe plusieurs dimensions dont découle une multitude de mesures. Aucun cadre d'évaluation ou d'analyse n'a encore été identifié formellement pour le réseau québécois de la santé et des services sociaux. Le MSSS prévoit se doter d'un modèle de performance d'ici 2015. Ainsi, le premier défi est d'identifier le modèle régional de performance qui répond à nos besoins et qui soit le plus possible cohérent avec celui du MSSS. Enfin, le modèle choisi pourrait profiter des informations issues des processus d'agrément et, inversement, il pourrait les alimenter. À ce jour, aucun cadre évaluatif de la performance ne répond à cette intention.

Les systèmes d'information qui permettent d'alimenter des indicateurs sont nombreux et cloisonnés. Ils n'ont pas été conçus pour la mesure de la performance et ne permettent pas de documenter des dimensions comme la continuité et la coordination des soins et des services d'un établissement à l'autre et, souvent même à l'intérieur d'un seul établissement. Le défi de la confidentialité demeure toujours présent.

Bien-fondé des actions

Il existe de nombreuses banques de données qui contiennent des centaines d'indicateurs servant à vérifier l'état de santé et de bien-être de la population, la production de services, la sécurité des soins, les épisodes de soins, l'accès aux services, etc. Tout est quasi possible. Il est essentiel de se donner une structure, un cadre théorique ou un modèle de performance qui situe les dimensions à étudier et les définitions qui y sont associées. Ceci permet de cibler le développement de mesures et de systèmes d'information pour les alimenter. Chaque indicateur est alors choisi pour sa pertinence et sa capacité à répondre aux dimensions de la performance telles que décidées au départ. Un tel cadre théorique permet aussi d'identifier les opportunités à choisir lorsqu'elles se présentent, et ce, toujours en maintenant le cap initial. Il permet aussi de concevoir la structure d'un outil informatisé pour la démocratisation de l'information : une structure compréhensible par tous et convenue entre les parties concernées.

Par ailleurs, pour tirer les meilleurs résultats de ce travail, il est nécessaire d'y associer les principaux intéressés, les établissements et l'Agence. Avec cette synergie, les mesures gagnent en pertinence et en utilité afin de répondre à l'amélioration continue de la performance.

Objectif 2011-2013

D'ici le 31 mars 2013, la Mauricie et le Centre-du-Québec dispose d'un tableau de bord se composant des indicateurs qui alimenteront le suivi de la performance dans les deux projets prioritaires : maladies chroniques et vieillissement de la population.

ACTION 1

Convenir d'un cadre évaluatif régional de la performance et des indicateurs qui alimenteront les projets priorités : maladies chroniques et vieillissement de la population

Résultat attendu	D'ici le 31 mars 2012, la Mauricie et le Centre-du-Québec dispose de son répertoire d'indicateurs qui permet de mesurer la performance du réseau dans les projets priorités (maladies chroniques et vieillissement de la population) conformément au cadre évaluatif convenu
Indicateur	Disponibilité d'un répertoire d'indicateurs pour les établissements et l'Agence

Contributeurs	Rôles et engagements attendus	À convenir
Agence : DGA	Assurer le rôle de leader régional du projet, soutien au groupe de travail	✓
Agence : CPS CRDG	Décider du mandat et de la composition du groupe de travail ainsi que de la version finale du cadre évaluatif de la performance	✓
Établissements	Déléguer quelques personnes pour composer un groupe de travail restreint avec l'Agence	✓
Groupe de travail régional	- Analyser les modèles de performance utilisés quant à leur pertinence à fournir des leviers, à s'arrimer à l'agrément et aux travaux du MSSS - À partir de listes proposées, identifier les indicateurs nécessaires à la mesure des dimensions de la performance et valider les sources d'information pertinentes et leur disponibilité - Proposer un modèle régional au CRDG et à l'Agence en faisant valoir ses avantages et inconvénients	✓

ACTION 2

Élaborer un tableau de bord sur la performance des projets priorités : maladies chroniques et vieillissement de la population

Résultat attendu	D'ici le 31 mars 2013, la Mauricie et le Centre-du-Québec dispose d'un tableau bord de suivi de la performance du réseau dans les deux projets prioritaires : maladies chroniques et vieillissement de la population
Indicateur	Disponibilité d'un tableau de bord pour les établissements et l'Agence

Contributeurs	Rôles et engagements attendus	À convenir
Agence : DGA	Assurer le rôle de leader régional du projet, soutien au groupe de travail et à l'Infocentre régional	✓
Agence : CPS CRDG	Valider les choix et décider des accès au tableau de bord	✓
Groupe de travail régional	- Valider les fiches descriptives de chaque indicateur - Alimenter la conception de la structure du tableau de bord et l'infrastructure préconisée	✓
Agence : Infocentre régional	- Analyser et décider de l'infrastructure nécessaire - Accéder à l'information nécessaire - Programmer le traitement d'information des indicateurs - Programmer la structure du tableau de bord - Procéder aux tests nécessaires	✓

Opportunités et contraintes dans la réalisation de cet objectif 2011-2013

Opportunités :

- Grande volonté et demande du CRDG envers l'Agence
- Forte pression de la part de la population
- Processus d'agrément exigeant et devient plus régulier
- MSSS sera aussi en travail sur son modèle de performance ainsi que le CSBE qui a déjà apprécié la performance du réseau

Contrainte :

- Arrimage des systèmes d'information, des travaux de plusieurs instances, etc.



PERSONNE-RESSOURCE

Agence de la santé et des services sociaux

Direction générale adjointe

► Christine Ross 819 693-3670

FICHES DESCRIPTIVES DES ACTIONS

ENJEU 4 GESTION RENOUVELÉE DES RESSOURCES HUMAINES

ORIENTATION 7. Mobiliser les ressources humaines et reconnaître leur contribution

AXE 7.1 Qualité de vie au travail

AXE 7.2 Développement des ressources humaines

ORIENTATION 8. S'assurer de la disponibilité de la main-d'œuvre requise pour la pérennité de l'offre de service

AXE 8.1 Planification de la main-d'œuvre

ORIENTATION 7

MOBILISER LES RESSOURCES HUMAINES ET RECONNAÎTRE LEUR CONTRIBUTION

7.1 Qualité de vie au travail

Objectif stratégique de résultat 7.1.1

Agir favorablement sur les déterminants de la qualité de vie au travail en s'inspirant du cadre de référence convenu régionalement

→ Cible 2015 :

- 100 % des établissements en démarche d'accréditation, dont 50 % accrédités par un programme reconnu visant l'amélioration du climat de travail de type Entreprise en santé
- 100 % des établissements ayant obtenu un agrément incluant le volet de mobilisation des ressources humaines

Situation actuelle (problématique)

Nous sommes présentement confrontés à une rareté de main-d'œuvre, voire même une pénurie dans certaines disciplines. Nos organisations présentent des difficultés d'attraction et de rétention de la main-d'œuvre et la compétition s'avère très vive entre les établissements.

Bien-fondé des actions

Le contexte qui prévaut actuellement et les enjeux de recrutement et de rétention de la main-d'œuvre nous invitent à se doter de stratégies misant sur le caractère attractif des organisations dont un des facteurs déterminants consiste en la qualité de vie au travail.

Objectif 2011-2013

100 % des établissements ayant obtenu un agrément incluant le volet de mobilisation des ressources humaines.

ACTION 1

Établir le calendrier des démarches d'agrément des établissements selon le cycle triennal

Résultat attendu	D'ici le 31 mars 2013, 100 % des établissements qui réaliseront une démarche d'agrément reçoivent leur agrément sur le volet de mobilisation des ressources humaines
Indicateur	Pourcentage d'établissements ayant réalisé une démarche et reçu leur agrément sur le volet de mobilisation des ressources humaines

Contributeurs	Rôles et engagements attendus	À convenir
Agence : DSAQ	Dresser l'état de situation et le calendrier	

ACTION 2

Sensibiliser les établissements aux programmes de type Entreprise en santé

Résultat attendu	D'ici le 31 mars 2012, tous les établissements sont inscrits dans un processus d'accréditation de type Entreprise en santé
Indicateur	Nombre d'établissements inscrits à des processus d'accréditation de type Entreprise en santé

Contributeurs	Rôles et engagements attendus	À convenir
Agence : DGA	Coordonner et soutenir les travaux	
Établissements : DRH	Faire le choix d'une démarche formelle d'accréditation de type Entreprise en santé	✓

Opportunités et contraintes dans la réalisation de cet objectif 2011-2013

Opportunité :

L'intégration et la reconnaissance par les organismes d'agrément, les normes et l'accréditation sur la qualité de vie au travail émis par les organismes de type Entreprise en santé, évitant ainsi de doubler les processus.



PERSONNE-RESSOURCE

Agence de la santé et des services sociaux

Direction générale adjointe

► Serge Beauchamp..... 819 693-3622

ORIENTATION 7

MOBILISER LES RESSOURCES HUMAINES ET RECONNAÎTRE LEUR CONTRIBUTION

7.2 Développement des ressources humaines

Objectif stratégique de résultat 7.2.1

Accroître la proportion des employés du réseau bénéficiant d'un processus d'appréciation de leur contribution, inspiré du cadre de référence régional

→ Cible 2015 :

- 75 % des membres du personnel ont fait l'objet d'une appréciation de leur contribution
- 100 % des établissements ont obtenu l'agrément incluant le volet de la gestion du personnel

Situation actuelle (problématique)

La région s'est dotée d'un cadre de référence en matière d'appréciation de la contribution du personnel campant les principes, les objectifs visés par l'appréciation ainsi que les conditions de succès et outils pour la réalisation de cette activité en ressources humaines.

Bien-fondé des actions

L'appréciation de la contribution est une activité de gestion des ressources humaines permettant notamment de structurer la signification d'attentes et d'objectifs, d'en évaluer et reconnaître la réalisation, d'identifier des pistes de développement des compétences et d'appuyer le personnel dans l'évolution et la gestion de sa carrière.

Objectif 2011-2013

Que toutes les organisations aient mis en place un programme d'appréciation de la contribution du personnel et aient amorcé le processus.

ACTION 1

Faire le bilan des programmes existants dans le réseau

Résultat attendu	D'ici le 31 mars 2013, 100 % des organisations ont adopté un programme d'appréciation de la contribution
Indicateur	Pourcentage d'organisations ayant adopté un programme d'appréciation de la contribution

Contributeurs	Rôles et engagements attendus	À convenir
Agence : DGA	Coordonner la demande de réalisation du bilan	
Établissements : DRH	Contribuer au bilan	

Opportunités et contraintes dans la réalisation de cet objectif 2011-2013

Opportunités :

- En 2009, le réseau s'est doté, avec la collaboration de M. Bruno Fabi de l'UQTR, d'un cadre de référence sur l'appréciation de la contribution comprenant les principes directeurs, les buts visés, les conditions de succès, les pratiques émergentes et gagnantes, et certains paramètres utiles à la confection d'outils.
- L'obtention de l'agrément requiert qu'un processus formel d'appréciation de la contribution soit adopté et réalisé au sein des organisations.



PERSONNE-RESSOURCE

Agence de la santé et des services sociaux

Direction générale adjointe

► Serge Beauchamp..... 819 693-3622

ORIENTATION 7

MOBILISER LES RESSOURCES HUMAINES ET RECONNAÎTRE LEUR CONTRIBUTION

7.2 Développement des ressources humaines

Objectif stratégique de résultat 7.2.2

Favoriser l'adaptation de la relève professionnelle à la profession et au milieu de travail

→ Cible 2015 : 100 % des établissements ont mis en œuvre un programme de soutien à la relève professionnelle

Situation actuelle (problématique)

Nous sommes présentement confrontés à une rareté de main-d'œuvre, voire même une pénurie dans certaines disciplines. De plus, le réseau fait face à de nombreux départs à la retraite. Nos organisations présentent des difficultés d'attraction et de rétention de la main-d'œuvre. Cette rareté crée une difficulté à prendre en charge les jeunes professionnels. Pourtant, les établissements sont tous conscients de l'importance de la relève.

Bien-fondé des actions

Le contexte qui prévaut actuellement et les enjeux de recrutement et de rétention de la main-d'œuvre nous invitent à se doter de stratégies misant sur le caractère attractif des organisations dont un des facteurs déterminants consiste à la culture de la relève. Bien que les moyens se concrétisent au niveau local, l'Agence peut aider les établissements à se structurer pour instaurer des programmes d'encadrement de la relève.

Objectif 2011-2013

Que le rôle de précepteur-mentor-parrain (encadrement clinique) et son importance soient valorisés dans les organisations, et ce, à tous les niveaux afin d'instaurer une culture de la gestion de la relève au sein de nos établissements.

ACTION 1

Se doter, régionalement, d'un cadre de référence en matière de soutien à la relève professionnelle avec l'implication des établissements

Résultats attendus	▪ D'ici le 31 mars 2012, avoir constitué un groupe de travail sur le sujet et avoir défini régionalement la stratégie conduisant à l'élaboration d'un cadre de référence qui interpelle l'ensemble du personnel du réseau ▪ D'ici le 31 mars 2013, avoir élaboré et diffusé un cadre de référence en matière de soutien à la relève professionnelle
Indicateurs	▪ Dépôt de la stratégie régionale d'élaboration d'un cadre de référence en matière de soutien à la relève professionnelle ▪ Diffusion d'un cadre de référence en matière de soutien à la relève professionnelle aux établissements

Contributeurs	Rôles et engagements attendus	À convenir
Agence : DGA	Coordonner et soutenir le réseau	
Comité régional PMO	Former un sous-comité de travail composé de membres du comité régional PMO	✓
Établissements : DRH	Engagement des DRH à promouvoir la relève et dégager les ressources humaines dans ces programmes	✓
Éducation	Renforcer les partenariats avec le milieu de l'éducation et recourir à l'expertise du milieu de l'éducation	✓

Opportunités et contraintes dans la réalisation de cet objectif 2011-2013

Opportunité :

- Les projets de préceptorat en soins infirmiers dans six établissements favorisent la création de cette culture. De plus, ces projets pourront être transférables dans d'autres secteurs et d'autres établissements.

Contraintes :

- La non-valorisation du rôle de précepteur-mentor-parrain dans les organisations
- La non-disponibilité des ressources et la surcharge de travail créent de la difficulté à recruter des précepteurs, mentors, etc.



PERSONNE-RESSOURCE

Agence de la santé et des services sociaux

Direction générale adjointe

► Karine Trépanier 819 693-3971

ORIENTATION 7

MOBILISER LES RESSOURCES HUMAINES ET RECONNAÎTRE LEUR CONTRIBUTION

7.2 Développement des ressources humaines

Objectif stratégique de résultat 7.2.3

Assurer le développement des compétences et l'accompagnement des gestionnaires en fonction des enjeux actuels et à venir

→ Cible 2015 : 75 % des gestionnaires ont un plan de développement personnalisé

Situation actuelle (problématique)

Le développement de compétences est un défi majeur particulièrement chez les gestionnaires des établissements. Dans le contexte actuel, ils ont à faire face à la pénurie de main-d'œuvre dans plusieurs secteurs de même qu'à des contraintes financières (ex. : loi 100). Cette réalité contribue à augmenter leur charge de travail déjà très intense. De plus, cette situation amoindrit la possibilité de dégager le temps nécessaire à la mise en œuvre d'actions permettant d'assurer le développement et l'accompagnement des gestionnaires dans l'acquisition de nouvelles compétences.

Il faut reconnaître que les besoins en développement divergent selon les secteurs de l'organisation (cliniques ou administratifs) ou les niveaux de gestion (intermédiaires ou supérieurs; hiérarchiques ou fonctionnels). Toutefois, afin de soutenir l'identification des besoins et des objectifs de développement, la politique de contribution actuelle permet à chaque cadre de recevoir une évaluation annuelle dans laquelle ses besoins et ses objectifs de développement professionnel sont personnalisés.

D'autres facteurs facilitants sont aussi présents actuellement. La volonté d'améliorer leurs compétences de gestion est manifeste chez les gestionnaires. Le programme de relève des cadres, présent depuis plusieurs années, aide les jeunes cadres à acquérir des connaissances de gestion et développer un réseautage avec d'autres gestionnaires.

Bien-fondé des actions

Le contexte et les enjeux de gestion actuels et à venir nécessitent que les gestionnaires aient les bons outils en leur possession pour relever ces défis. L'intégration de nouvelles pratiques, de nouvelles approches pour mieux répondre aux besoins de la population, l'optimisation et la révision de processus feront de plus en plus partie de leur quotidien. La pertinence de cette action est reconnue par les acteurs dans l'ensemble des organisations. Elle exige cependant un haut niveau d'innovation et de créativité pour sa réalisation.

Objectif 2011-2013

Valoriser le rôle du gestionnaire et son développement dans nos organisations.

ACTION 1

Diffuser et soutenir le partage et le transfert de connaissances en lien avec les projets réalisés dans le cadre du programme de développement de l'environnement de travail, des rôles et responsabilités des cadres.

Résultats attendus	▪ D'ici le 31 mars 2012, avoir un premier portrait de la situation en matière de développement individuel (nombre de cadres bénéficiant d'un plan individualisé) ▪ D'ici le 31 mars 2013, élaborer un plan régional pour soutenir les établissements dans l'appropriation des résultats des projets provinciaux retenus par le MSSS dans le cadre du programme de développement de l'environnement de travail, des rôles et responsabilités des cadres
Indicateurs	▪ Disponibilité du portrait en matière de développement individuel des cadres ▪ Disponibilité du plan régional de soutien

Contributeurs	Rôles et engagements attendus	À convenir
Agence : DGA	Soutenir les établissements dans la valorisation du rôle et des responsabilités des gestionnaires	
Table régionale des DRH	Identifier les besoins de formation et outils qui pourraient être mis en commun	✓
MSSS : Direction de la planification de la main-d'œuvre et du soutien au changement (DPMOSC)	Diffuser les résultats des projets retenus dans le cadre du programme de développement de l'environnement de travail, des rôles et des responsabilités des cadres	

Opportunités et contraintes dans la réalisation de cet objectif 2011-2013

Opportunités :

- Culture de la relève des cadres présente depuis quelques années
- Microprogramme de gestion pour la relève et les jeunes cadres intermédiaires
- Projets provinciaux de l'environnement, rôles et responsabilités des gestionnaires

Contraintes :

- Pas de comité régional de développement
- Contexte actuel lié aux réductions budgétaires (25 % formation) réduit les activités régionales. Le projet de loi 100 nous éloigne de la volonté initiale du ministre de financer la formation des gestionnaires.
- Difficulté des cadres à se libérer pour la formation
- Suspension du boni au rendement pour la contribution exceptionnelle et incidence sur le processus d'évaluation du rendement et de la définition des besoins de développement



PERSONNE-RESSOURCE **Agence de la santé et des services sociaux**

Direction générale adjointe

► Karine Trépanier..... 819 693-3971

ORIENTATION 8

S'ASSURER DE LA DISPONIBILITÉ DE LA MAIN-D'ŒUVRE REQUISE POUR LA PÉRENNITÉ DE L'OFFRE DE SERVICE

8.1 Planification de la main-d'œuvre

Objectif stratégique de résultat 8.1.1

Produire et mettre à jour annuellement le plan de main-d'œuvre aux paliers local et régional de façon à identifier et à mettre en œuvre les stratégies visant à assurer l'équilibre entre les effectifs requis et ceux disponibles

→ Cible 2015 : 100 % des organisations ayant mis à jour annuellement le plan de main-d'œuvre

Situation actuelle (problématique)

Les besoins de main-d'œuvre évoluent rapidement et les problèmes d'effectifs en lien avec des situations de pénurie et de rareté de main-d'œuvre sont de plus en plus nombreux.

Tous les établissements publics du réseau ont produit au 31 mars 2010 leur planification de la main-d'œuvre 2010-2015 et l'Agence a produit une planification régionale de la main-d'œuvre 2010-2015 le 21 septembre 2010.

Bien-fondé des actions

Le plan de main-d'œuvre permet d'avoir un état de situation de la main-d'œuvre, de cibler les points problématiques, d'aider à prendre des décisions et de planifier des actions pour assurer les soins de santé et de services sociaux à la population.

Ce plan permet aussi d'informer nos principaux partenaires (MELS et Emploi-Québec) de notre situation sur la main-d'œuvre.

Objectif 2011-2013

Disposer d'un plan régional de main-d'œuvre et de plans locaux de main-d'œuvre à jour.

ACTION 1

Produire annuellement un plan d'action régional de main-d'œuvre et des plans locaux de main-d'œuvre pour les établissements

Résultats attendus	- Au 31 octobre de chaque année, 100 % des établissements produisent et déposent leur plan local de main-d'œuvre - Au 31 décembre de chaque année, l'Agence produit et dépose sa planification régionale de main-d'œuvre
Indicateurs	- Pourcentage d'établissements ayant déposé leur plan local de main-d'œuvre à la date prévue - Dépôt du plan régional de main-d'œuvre à la date prévue

Contributeurs	Rôles et engagements attendus	À convenir
MSSS	Par ses orientations et son cadre normatif en PMO	
Agence	Par son soutien auprès des établissements	
Comité régional PMO	Par ses orientations	
Établissements	Par son travail et analyse	

Opportunités et contraintes dans la réalisation de cet objectif 2011-2013

Opportunité :

Les établissements ont des systèmes d'information qui leur permettent d'avoir les informations requises pour produire des analyses intéressantes.

Contrainte :

Ce travail demande beaucoup de temps et d'énergie aux établissements.



PERSONNE-RESSOURCE

Agence de la santé et des services sociaux

Direction générale adjointe

► Yves Beaubien 819 693-3680

ORIENTATION 8

S'ASSURER DE LA DISPONIBILITÉ DE LA MAIN-D'ŒUVRE REQUISE POUR LA PÉRENNITÉ DE L'OFFRE DE SERVICE

8.1 Planification de la main-d'œuvre

Objectif stratégique de résultat 8.1.2

Consolider le partenariat intersectoriel régional afin de soutenir les établissements dans leur gestion prévisionnelle de la main-d'œuvre eu égard à la promotion de la région, à la promotion du réseau, à la promotion des métiers, à la gestion des stages et à l'immigration

→ Cible 2015 :

- Augmentation du nombre d'étudiants inscrits dans des parcours de formation pour des disciplines reliées aux titres d'emploi en difficulté
- Taux de recrutement prévu de 50 % des finissants en santé et services sociaux pour les disciplines reliées aux titres d'emploi en difficulté
- Augmentation du nombre de stagiaires
- Augmentation du nombre de milieux de stage par discipline

Situation actuelle (problématique)

Nous sommes présentement confrontés à une rareté de main-d'œuvre, voire même une pénurie dans certaines disciplines. De plus, le réseau fait face à de nombreux départs à la retraite. Nos organisations présentent des difficultés d'attraction et de fidélisation de la main-d'œuvre. La collaboration de tous les milieux est nécessaire pour assurer une main-d'œuvre qualifiée en quantité suffisante pour les années à venir.

Une des pistes de solution importantes dans la planification de la main-d'œuvre réside dans les données reliées aux programmes de formation des professions en difficulté de recrutement qui se donnent dans la région. Les tableaux ci-dessous constituent une base sur laquelle peuvent s'appuyer les actions régionales.

ERGOTHÉRAPEUTE			
	2008-2009	2009-2010	2010-2011
Demandes d'admissions	203	219	212
Inscriptions	35	35	35
Diplômés (taux de réussite)	N/A	N/A	N/A
Fidélisation dans la région (taux)	N/A	N/A	N/A
		MCQ	Taux de fidélisation (N/A)
Prévision des besoins de main-d'œuvre 2010-2015		172	172
Prévision du nombre de diplômés 2010-2015		105	N/A
Écart besoins / formation par année 2010-2015		(67)	N/A

Programme de maîtrise en ergothérapie offert par l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR) depuis septembre 2008
Les premiers finissants seront disponibles en avril 2012 avec un continuum de quatre (4) ans, incluant deux (2) sessions d'été

INFIRMIÈRE			
	2008-2009	2009-2010	2010-2011
Demandes d'admissions	378	458	644
Inscriptions	315	329	381
Diplômé (taux de réussite)	202 (69 %)	149 (54 %)	153 (50 %)
Fidélisation dans la région (taux)	66 %	67 %	58 %
		MCQ	Taux de fidélisation (64 %)
Prévision des besoins de main-d'œuvre 2010-2015		2 697	2 697
Prévision du nombre de diplômés 2010-2015		840	538
Écart besoins / formation par année 2010-2015		(1 857)	(2 159)

Diplômés 2008 comprend une cohorte de finissants au DEC intensif en + du régulier

INFIRMIÈRE AUXILIAIRE			
	2008-2009	2009-2010	2010-2011
Demandes d'admissions	451	511 (dont 35 à La Tuque)	N/D
Inscriptions	114	166 (dont 24 à La Tuque)	162
Diplômés (taux de réussite)	74 (74 %)	77 (71 %)	(N/A)
Fidélisation dans la région (taux)	85 %	88 %	N/A
		MCQ	Taux de fidélisation (86 %)
Prévision des besoins de main-d'œuvre	2010-2015	1 151	1 151
Prévision du nombre de diplômés	2010-2015	625	537
Écart besoins / formation par année	2010-2015	(526)	(614)

INFIRMIÈRE CLINICIENNE			
	2008-2009	2009-2010	2010-2011
Demandes d'admissions	241	259	359
Inscriptions	120	120	120
Diplômés (taux de réussite)	133 (N/A)	126 (N/A)	110 (N/A)
Fidélisation dans la région (taux)	35 %	35 %	37 %
		MCQ	Taux de fidélisation (36 %)
Prévision des besoins de main-d'œuvre	2010-2015	448	448
Prévision du nombre de diplômés	2010-2015	615	221
Écart besoins / formation par année	2010-2015	167	(227)

PRÉPOSÉ AUX BÉNÉFICIAIRES			
	2008-2009	2009-2010	2010-2011
Demandes d'admissions	415	527	N/D
Inscriptions	253	281	253
Diplômés (taux de réussite)	216 (N/A)	201 (N/A)	N/D
Fidélisation dans la région (taux)	90 %	92 %	N/D
		MCQ	Taux de fidélisation (91 %)
Prévision des besoins de main-d'œuvre	2010-2015	3 149	3 149
Prévision du nombre de diplômés	2010-2015	1 130	1 028
Écart besoins / formation par année	2010-2015	(2 019)	(2 121)

INHALOTHÉRAPEUTE			
	2008-2009	2009-2010	2010-2011
Demandes d'admissions	56	57	50
Inscriptions	32	34	45
Diplômé (taux de réussite)	N/A	N/A	26 (70 %)
Fidélisation dans la région (taux)	N/A	N/A	98 %
		MCQ	Taux de fidélisation (98 %)
Prévision des besoins de main-d'œuvre	2010-2015	92	92
Prévision du nombre de diplômés	2010-2015	130	127
Écart besoins / formation par année	2010-2015	38	35

Programme offert par le Collège Ellis à Trois-Rivières depuis 2007; première cohorte de diplômés en 2010

TECHNOLOGUE EN RADIODIAGNOSTIC			
	2008-2009	2009-2010	2010-2011
Demandes d'admissions	N/A	117	166
Inscriptions	N/A	25	25
Diplômés (taux de réussite)	N/A	N/A	N/A
Fidélisation dans la région (taux)	N/A	N/A	N/A
		MCQ	Taux de fidélisation (N/A)
Prévision des besoins de main-d'œuvre	2010-2015	93	93
Prévision du nombre de diplômés	2010-2015	N/A	N/A
Écart besoins / formation par année	2010-2015	N/A	N/A

Programme offert par le Collège Lafleche depuis 2009; les premiers finissants sont prévus en juin 2012

TECHNOLOGISTE MÉDICAL			
	2008-2009	2009-2010	2010-2011
Demandes d'admissions	39	39	69
Inscriptions	27	21	51
Diplômés (taux de réussite)	19 (68 %)	23 (70 %)	15 (31 %)
Fidélisation dans la région	69 %	59 %	N/D
	MCQ	Taux de fidélisation (64 %)	
Prévision des besoins de main-d'œuvre 2010-2015	169	169	
Prévision du nombre de diplômés 2010-2015	95	61	
Écart besoins / formation par année 2010-2015	(74)	(108)	

* Période de référence pour la prévision du nombre de diplômés 2010-2015 : la même en SSS et en éducation, c'est-à-dire du 1^{er} avril au 31 mars de chaque année. La fidélisation dans la région comprend l'embauche dans les établissements publics SSS et privés.

Bien-fondé des actions

Des actions sont nécessaires à plusieurs niveaux et sont complémentaires. Les actions visent des résultats à court, moyen et long terme. Les stages sont sources de plusieurs difficultés dans leur gestion entre les divers milieux. Il est actuellement presque impossible de dresser un portrait régional considérant la disparité dans les divers programmes scolaires.

Objectif 2011-2013

Poursuivre les actions régionales de planification de la main-d'œuvre en collaboration avec les partenaires intersectoriels

ACTION 1

À la lumière des données sur les étudiants et finissants des programmes reliés aux professions en difficulté de recrutement, mettre à jour la stratégie régionale de main-d'œuvre, notamment les axes de partenariat, de promotion et de la Table régionale PMO

Résultats attendus	- D'ici le 31 mars 2012, avoir constaté une augmentation des inscriptions et du taux de fidélisation des finissants des programmes de formation des professions en difficultés de recrutement - D'ici le 31 mars 2013, avoir instauré un mécanisme de traçabilité des candidatures reçues sur <i>Travailler en santé</i> et avoir réorienté le Salon des carrières et professions en santé et services sociaux en fonction du bilan des années antérieures
Indicateurs	- Pour les programmes de formation reliés aux professions suivantes : ergothérapeute, infirmière, infirmière auxiliaire, infirmière clinicienne, préposé aux bénéficiaires, inhalothérapeute, technologue en radiodiagnostic et technologiste médical : - Nombre d'inscriptions - Taux de réussite des finissants - Mécanisme de traçabilité des candidatures fonctionnel - Salon révisé annuellement en fonction des bilans

Contributeurs	Rôles et engagements attendus	À convenir
Établissements : DG et DRH	Valider les actions révisées de la stratégie régionale de main-d'œuvre	✓
Établissements : équipes de ressources humaines	Participer à l'évaluation de la réponse aux offres d'emploi du site <i>Travailler en santé</i>	✓
Partenaires du milieu de l'enseignement et de l'emploi	Poursuivre la collaboration dans le cadre des Salons des carrières et autres projets de PMO	
Table régionale PMO	Suivre la stratégie régionale de main-d'œuvre	

Opportunités et contraintes dans la réalisation de cet objectif 2011-2013

Opportunité :

Les établissements d'enseignement et de santé et de services sociaux apprécient la collaboration des deux secteurs pour les différents projets communs.

Contraintes :

- Le contexte économique peut affecter les ressources humaines et financières disponibles pour la réalisation de projets.
- Étant donné la charge de travail des équipes de ressources humaines dans les établissements de santé et de services sociaux, il peut être difficile d'instaurer un mécanisme de traçabilité des candidatures reçues par le biais de *Travailler en santé*.

ACTION 2

Instaurer ou consolider les mécanismes de coordination régionale éducation-santé en matière de stages dans tous les secteurs d'activités et pour tous les territoires

Résultats attendus	▪ D'ici le 31 mars 2012, poursuivre les travaux dans la gestion des stages en soins infirmiers et avoir instauré des structures régionales pour la gestion des stages des secteurs autres que soins infirmiers ▪ D'ici le 31 mars 2013, tous les établissements, peu importe leur mission, ont accès à l'outil informatique de gestion des stages HSPnet, et ce, pour toutes les disciplines dont la formation est offerte en région
Indicateurs	▪ Structures locales et régionales de coordination en matière de stages qui sont opérationnelles ▪ Pourcentage d'établissements qui utilisent l'outil informatique HSPnet

Contributeurs	Rôles et engagements attendus	À convenir
Comité stratégique régional de concertation des stages	Appuyer les comités locaux dans leurs travaux	
Comités locaux de coordination des stages	Travailler de façon différente pour remédier aux problèmes vécus dans la gestion des stages	
Chargés de projet éducation-santé	Poursuivre la collaboration avec les deux réseaux dans la gestion des stages	

Opportunités et contraintes dans la réalisation de cet objectif 2011-2013

Opportunités :

- La volonté des établissements de santé et de services sociaux et les établissements d'enseignement de travailler ensemble est présente à tous les niveaux.
- Les structures régionales sont en place (comité régional stratégique de concertation des stages MCQ, comités locaux, cadre de réflexion gestion des stages).
- L'implantation d'un logiciel régional de gestion des stages commun aux deux réseaux.

Contraintes :

- La culture de la relève n'est pas présente dans tous les établissements de santé et services sociaux.
- L'apport des stagiaires n'est pas toujours perçu à sa juste valeur.
- Le contexte de pénurie de main-d'œuvre peut affecter l'atteinte de résultats.



PERSONNES-RESSOURCES

Agence de la santé et des services sociaux

Direction générale adjointe

- ▶ Karine Trépanier..... 819 693-3971
- ▶ Isabelle Rioux..... 819 693-3990

ORIENTATION 8

S'ASSURER DE LA DISPONIBILITÉ DE LA MAIN-D'ŒUVRE REQUISE POUR LA PÉRENNITÉ DE L'OFFRE DE SERVICE

8.1 Planification de la main-d'œuvre

Objectif stratégique de résultat 8.1.3

Optimiser l'utilisation de la main-d'œuvre, en particulier :

- Le ratio des heures travaillées en heures supplémentaires dans l'ensemble des secteurs d'activités
- Le recours à la main-d'œuvre indépendante (MOI) dans les secteurs d'activités cliniques
- L'absentéisme associé à la maladie dans les établissements

→ Cibles 2015 :

- Le recours au temps supplémentaire
 - Pourcentage des heures travaillées en heures supplémentaires (infirmières 4,67 % et général 2,34 %)
- Le recours à la main-d'œuvre indépendante
 - Pourcentage des heures travaillées par du personnel clinique à l'emploi des agences privées (infirmières 0,82 %, infirmières auxiliaires 0,39 %, préposés aux bénéficiaires 0,13 %)
- L'absentéisme associé à l'assurance salaire
 - Ratio des heures en assurance salaire par rapport aux heures travaillées (général 5,10 %)

Situation actuelle (problématique)

Le contexte de rareté de la main-d'œuvre risque de s'accroître puisque ce phénomène s'étend dans plusieurs secteurs d'activités. Par conséquent, une vive concurrence est de plus en plus palpable, notamment en matière d'attraction des jeunes dans les différentes disciplines. Notre réseau n'échappe pas à cette réalité.

Pour optimiser l'utilisation de notre main-d'œuvre, il nous faut revoir certaines pratiques de gestion des ressources humaines, dont les structures de postes, les horaires de travail et la présence au travail.

- Le recours au temps supplémentaire : 2009-2010 (infirmières 5,19 % et général 2,59 %)
- Le recours à la main-d'œuvre indépendante : 2009-2010 (infirmières 1,10 %, infirmières auxiliaires 0,52 %, préposés aux bénéficiaires 0,17 %)
- L'absentéisme associé à l'assurance salaire : 2009-2010 (5,26 %)

Bien-fondé des actions

- Diminuer au maximum le temps supplémentaire et éliminer l'imposition aux infirmières d'effectuer du temps supplémentaire obligatoire
- Briser ou éviter le cercle vicieux de recours aux agences privées
- Améliorer la présence et le bien-être au travail

Objectifs 2011-2013

Le recours au temps supplémentaire

- Pourcentage des heures travaillées en heures supplémentaires
2011-2012 : infirmières 4,96 % et général 3,10 %
2012-2013 : infirmières 4,86 % et général 3,03 %

Le recours à la main-d'œuvre indépendante

- Pourcentage des heures travaillées par du personnel clinique à l'emploi des agences privées
2011-2012 : infirmières 0,96 %, infirmières auxiliaires 0,46 %, préposés aux bénéficiaires 0,15 %
2012-2013 : infirmières 0,90 %, infirmières auxiliaires 0,43 %, préposés aux bénéficiaires 0,14 %

L'absentéisme associé à l'assurance salaire

- Ratio des heures en assurance salaire par rapport aux heures travaillées
2011-2012 : un ratio à 5,19 %
2012-2013 : un ratio à 5,16 %

ACTION 1

Identifier les cibles annuelles avec les établissements

Résultat attendu	▪ Au 31 mars de chaque année, les cibles régionales sont atteintes en considérant la modulation par établissement
Indicateurs	▪ Ratio des heures travaillées en heures supplémentaires ▪ Ratio des heures travaillées par du personnel clinique à l'emploi des agences privées ▪ Ratio des heures en assurance salaire par rapport aux heures travaillées

Contributeurs	Rôles et engagements attendus	À convenir
Agence : DGA	Suivi des indicateurs, communication des résultats et soutien aux établissements	
Établissements : DRH	Suivi des indicateurs et plan d'action à mettre en place si les cibles ne sont pas en voie d'être atteintes	

Opportunités et contraintes dans la réalisation de cet objectif 2011-2013

Contrainte :

Pour certains établissements, la pénurie et la rareté de main-d'œuvre pour certains titres d'emploi représentent des défis importants pour les prochaines années.



PERSONNE-RESSOURCE

Agence de la santé et des services sociaux

Direction générale adjointe

► Yves Beaubien..... 819 693-3680



**Agence de la santé
et des services sociaux
de la Mauricie
et du Centre-du-Québec**

Québec



CENTRE ADMINISTRATIF

550, rue Bonaventure, Trois-Rivières (Québec) G9A 2B5
Téléphone : 819 693-3636 | Télécopieur : 819 373-1627

BUREAU

570, rue Heriot, Drummondville (Québec) J2B 1C1
Téléphone : 819 477-6221 | Télécopieur : 819 477-9443

www.agencesss04.qc.ca