



Planification stratégique

Document de consultation



Planification stratégique

Document de consultation

Coordination

Michèle Bérubé
Louis Côté

Auteurs

Françoise Alarie
Michèle Bérubé
Michelle Gadoury

Collaborateurs

Loraine Desjardins
Jocelyn Lavallée

Ce document est réalisé avec la collaboration de
Hélène Bouchard, agente administrative

Production

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
Direction des ressources humaines, information, planification et affaires juridiques
Service de la planification, développement stratégique et évaluation

Le genre masculin utilisé dans ce document
désigne aussi bien les femmes que les hommes

**Ce document peut être reproduit ou téléchargé pour une utilisation
personnelle ou publique à des fins non commerciales, à la condition
d'en mentionner la source.**

© Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2010.

ISBN 978-2-89510-686-9 (version imprimée)

ISBN 978-2-89510-687-6 (PDF)

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2010

Ce document est disponible :

au centre de documentation de l'Agence : 514 286-5604

à la section «Documentation» du site Internet de l'Agence : www.santemontreal.qc.ca

TABLE DES MATIÈRES

MOT DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL	7
CALENDRIER DES ACTIVITÉS DE CONSULTATION	9
CHAPITRE 1 <i>MONTREAL : UN GRAND CENTRE URBAIN</i>	11
CHAPITRE 2 <i>LA VISION MONTRÉLAISE</i>	21
CHAPITRE 3 <i>LES PRIORITÉS RÉGIONALES 2010-2015</i>	26
CHAPITRE 4 <i>LES OBJECTIFS NATIONAUX ET RÉGIONAUX 2010-2015</i>	31
CONCLUSION ET QUESTIONS DE CONSULTATION	62
VOTRE OPINION COMPTE	63

MOT DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL



L'Agence de Montréal mobilise aujourd'hui son réseau d'établissements, de partenaires et ses instances régionales afin de lui soumettre des priorités et des objectifs qui guideront l'action au cours des cinq prochaines années.

Nous avons tous ensemble accompli un travail colossal au cours des dernières années en mettant en place un nouveau modèle d'organisation des services basé sur la création de 12 CSSS. Avec le temps, nous avons précisé nos besoins, nous nous sommes engagés dans des initiatives structurantes et avons développé une approche montréalaise pour l'amélioration de nos services à la population de Montréal. Nous savons maintenant ce qui nous reste à faire pour transformer notre réseau de services et ce sont ces propositions que nous soumettons à la consultation.

Au cours des prochaines semaines, nous aurons à identifier ensemble les priorités convenant le mieux aux particularités de Montréal. Chose certaine, notre plus grande force est notre capacité à relever avec succès des défis stimulants grâce aux efforts concertés de chacun et de chacune d'entre vous.

A handwritten signature in black ink that reads "David Levine". The script is fluid and cursive.

Le président-directeur général
David Levine

CALENDRIER DES ACTIVITÉS DE CONSULTATION

Le processus de consultation du réseau montréalais de la santé sur la planification stratégique 2010-2015 débute le 22 février et se termine le 13 mai 2010. Au cours de cette période, de nombreuses activités et rencontres de consultation permettront de recueillir les avis et les commentaires des instances, comités et partenaires régionaux qui collaborent à l'atteinte de nos objectifs. Voici les dates cibles de notre consultation :

À l'intention du Forum de la population

9 mars 2010	Présentation des priorités de l'Agence
9-25 mars 2010	Organisation de 15 groupes de discussion : un par territoire de CSSS et trois destinés à la population anglophone
31 mars 2010	Plénière complétant les travaux sur les enjeux sociosanitaires reliés à la planification 2010-2015
4 mai 2010	Rencontre avec le conseil d'administration de l'Agence pour présenter l'avis et les recommandations sur la planification stratégique de l'Agence

À l'intention des établissements

Mars 2010	Consultation des instances via leurs structures respectives (Comité de gestion du réseau de Montréal élargi, Table des établissements spécialisés)
29 mars 2010	Forum réunissant des représentants d'établissements, des regroupements d'organismes communautaires, des syndicats régionaux, des instances du conseil d'administration de l'Agence et des partenaires régionaux et ministériels
8 avril 2010	Table des présidents des conseils d'administration des CSSS
13 mai 2010	Rencontre pour les directrices et directeurs généraux des établissements du réseau montréalais

À l'intention des instances régionales, des partenaires, des organismes communautaires et des syndicats

2 mars 2010	Syndicats régionaux
10 mars 2010	Commission infirmière régionale
22 mars 2010	Organismes communautaires
25 mars 2010	Commission multidisciplinaire régionale
Mars 2010	Partenaires intersectoriels (Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles, Ministère de la Famille et des Aînés, Ville de Montréal, représentants de la Conférence administrative régionale de Montréal, de la Conférence régionale des élus)
29 mars 2010	Forum réunissant des représentants d'établissements, des regroupements d'organismes communautaires, des syndicats régionaux, des instances du conseil d'administration de l'Agence et des partenaires régionaux et ministériels

CHAPITRE 1 **MONTRÉAL : UN GRAND CENTRE URBAIN**

Métropole québécoise, Montréal présente un contexte de vie urbain qui la distingue des autres régions et dont les particularités peuvent influencer la santé de ses résidents sous plusieurs aspects. Le quart de la population québécoise, soit 1,9 million de personnes y habitent et des dizaines de milliers de personnes provenant des régions limitrophes y viennent chaque jour y travailler, y étudier ou se divertir. Vivre à Montréal c'est évoluer dans un environnement dense, tant du point de vue démographique que de celui des activités économiques.

L'attraction des grands centres urbains comme Montréal conjuguée à un certain anonymat et à une offre de service plus diversifiée qu'en région accentuent aussi la concentration de certains groupes de personnes vivant dans une grande précarité ou encore dans la marginalité. Citons parmi celles-ci : les familles monoparentales, les personnes âgées ou handicapées, les nouveaux immigrants, les autochtones, les personnes vivant seules, les personnes itinérantes et celles aux prises avec des problèmes de santé mentale ou de dépendance.

Données démographiques et perspectives

Une population vieillissante à Montréal

Les perspectives démographiques produites récemment par l'Institut de la statistique du Québec¹ indiquent que la population de Montréal connaîtra une hausse de 2,8 % entre 2011 et 2016. Elle atteindra 1 979 200 d'habitants en 2016 et un peu plus de 2 millions en 2031. Par ailleurs, les régions en périphérie de Montréal (Montérégie, Laval, Laurentides et Lanaudière) verront leur population augmenter de 5,7 % pendant la même période.

Environ, 20 % de la population de l'Île a moins de 18 ans et on anticipe que leur proportion demeurera relativement stable au cours des prochaines années. Bien que la population des 0 à 4 ans ait augmenté de 15 % entre 2006 et 2011, la population de Montréal comptera environ 1 000 tout-petits de moins en 2011 (- 1 %). Le scénario est sensiblement le même dans l'ensemble de la province, qui présentera une croissance nulle pour ce groupe d'âge. Selon les prévisions de l'ISQ, cette situation perdurera au moins jusqu'en 2031.

64 % des Montréalais ont de 20 à 64 ans. Par ailleurs, tant à Montréal qu'ailleurs au Québec, leur poids démographique ira en diminuant au cours des 20 prochaines années.

Les personnes âgées de 65 ans ou plus constituent 15 % de la population. Les projections pour 2021 sont de l'ordre de 18 %. Soulignons que près de la moitié de ces personnes seront âgées de plus de 75 ans. Ainsi, plus de la moitié de la croissance de la population montréalaise est liée à l'augmentation du nombre de personnes âgées de 65 ans et plus.

Montréal voit donc sa population croître de quelque 10 000 personnes chaque année surtout en raison de l'immigration internationale. Au global, le poids démographique de Montréal par rapport au reste du Québec aura perdu un demi-point de pourcentage entre 2006 et 2016 (24,6 % contre 24,1 %).

¹ Institut de la statistique du Québec, *Perspectives démographiques du Québec et des régions 2006-2056*, Édition 2009.

Une population de plus en plus multiculturelle

Montréal est aussi la ville qui accueille le plus grand nombre de migrants en provenance des autres régions du Québec, du reste du Canada et d'ailleurs dans le monde. Avec le tiers de sa population né hors du Canada la diversité est aujourd'hui omniprésente sur l'île.

Le nombre d'immigrants est en progression constante depuis plusieurs décennies. Ainsi, en 1981, la population de Montréal comptait 21 % d'immigrants internationaux. En 1996, ce taux était de 27 %. Il est passé à 28 % en 2001 puis à 31 % en 2006. Fait à remarquer, le pourcentage de ces immigrants qui utilise une autre langue que le français ou l'anglais à la maison a aussi augmenté au cours des années. Il était de 18 % en 2001 et atteignait 23 % en 2006.

En outre, en 2006, les statistiques démontrent que parmi l'ensemble des parents ayant des enfants âgés de moins de 18 ans, près de la moitié de ceux-ci étaient des parents immigrants². La croissance de l'immigration se fait aussi ressentir en milieu scolaire. Sur les 409 écoles publiques montréalaises retenues dans une étude du Comité de gestion de la taxe scolaire, 146 écoles accueillent 50 % ou plus d'élèves issus de l'immigration. Dans 59 écoles, c'est plus de 75 % des élèves qui sont dans cette situation³.

Des écarts de pauvreté importants

On observe que 35 % des Montréalais disposent d'un revenu de moins de 15 000 \$, ce qui représente une diminution de 4 % depuis 2000. Par contre, cette baisse est inférieure à celle que l'on note à l'échelle provinciale. La proportion de personnes vivant sous le seuil de faible revenu est nettement supérieure à Montréal (29 %) que pour l'ensemble du Québec (13 %). D'ailleurs, lorsque l'on compare les grandes villes canadiennes, c'est à Montréal que cette proportion est la plus élevée.

En 2006, la proportion de familles monoparentales était de 33 % comparativement à 26 % dans les autres régions du Québec. Fait à remarquer, 38 % de ces familles vivent sous le seuil de faible revenu contre 19 % des familles biparentales.

L'impact en est qu'un enfant de moins de 18 ans sur trois vit dans un ménage à faible revenu. Ce taux est équivalent à celui de 1990 (28 %) malgré une croissance économique favorable depuis cette décennie, l'implantation de politiques familiales visant la réduction de la pauvreté infantile et l'adoption d'une loi contre la pauvreté et l'exclusion sociale.

Le taux de chômage à Montréal a baissé pour tous les niveaux de scolarité mais ils demeurent plus élevés que ceux de l'ensemble du Québec (8,7 % contre 7,2 %). À cet égard, la population immigrante, plus vulnérable à la conjoncture économique, a été durement touchée par la récession de 2008. L'ISQ indique qu'en août 2009, leur taux de chômage atteignait 26,8 %, soit un pourcentage trois fois plus élevé que celui de l'ensemble des Montréalais (8,7 %).

Le niveau de scolarité des Montréalais progresse, dépassant celui des autres régions. La situation s'est améliorée au cours de la dernière décennie, entre autres, en raison du caractère universitaire de la ville et de l'importance d'une immigration scolarisée. Ainsi, depuis plusieurs années, la proportion des 25 ans et plus ayant un diplôme universitaire est plus élevée à Montréal que celle observée pour l'ensemble du Québec (29 % contre 19 %).

En revanche, à Montréal, près d'un adolescent sur trois décroche et n'obtient pas son diplôme d'études du secondaire. Ainsi en 2007-2008, le taux de décrochage dans les écoles secondaires publiques montréalaises est de 30,3 %, un taux légèrement plus élevé que celui observé dans le reste du Québec

² Direction de la Santé publique de Montréal. *En santé pour l'avenir, 2009, p.7.*

³ Id. 2

(29,1 %). En outre, des écarts considérables sont notés entre des territoires des CSSS de l'Île de Montréal, où le taux de décrochage passe de 18 % à 48 %. Notons également que 30 % des élèves fréquentent une école dite défavorisée ou très défavorisée. Certains territoires ont une concentration élevée d'écoles primaires ou secondaires défavorisées ou très défavorisées, rendant la tâche des enseignants plus complexe et la réussite des élèves plus problématique.

Une plus grande concentration de populations vulnérables et d'exclus

Le dernier dénombrement des itinérants, réalisé par l'Institut de la statistique du Québec, date de 1998. Montréal comptait alors 28 214 personnes différentes ayant fréquenté un centre d'hébergement, une soupe populaire ou un centre de jour. De ce nombre, 12 666 avaient été sans domicile fixe au cours des 12 derniers mois.

Problèmes de santé physique et mentale (30-40 %; 10 % souffre de maladies mentales sévères et persistantes), alcoolisme (20 %), toxicomanie (21 %), prostitution, isolement, infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS), sont souvent le lot des personnes itinérantes. De plus, 42 % reçoivent de l'aide sociale et 29 % ne bénéficient d'aucune source de revenu.

Par ailleurs, les intervenants du milieu soulignent des changements importants au niveau de la composition de cette population. Malgré que l'on retrouve une majorité d'hommes au sein de ce groupe, le nombre de femmes augmente. On observe également le rajeunissement et la présence grandissante de personnes d'origine autochtone parmi ce groupe⁴. Enfin, le jeu pathologique est un problème de plus en plus répandu parmi les personnes en situation d'itinérance.

L'état de santé des Montréalais

La santé selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS)⁵ se définit comme «*un état complet de bien-être physique, mental et social*». Plusieurs facteurs peuvent influencer directement ou indirectement l'état de santé de la population. Les caractéristiques individuelles, les habitudes de vie, l'environnement social, physique, économique et les facteurs sociétaux représentent les six grandes catégories de déterminants de la santé. Outre les prédispositions génétiques et biologiques des individus, il est possible d'agir sur ces déterminants afin d'améliorer la santé de la population, même au moment où s'accélère son vieillissement.

C'est en s'attardant à la fois à ces déterminants et à leurs conséquences sur la santé que le réseau montréalais de la santé et l'ensemble de ses partenaires intersectoriels sont à même d'identifier les défis auxquels ils sont confrontés.

Les effets de la pauvreté et de l'exclusion sociale

Le contexte dans lequel vivent les Montréalais influence leur état de santé à toutes les étapes de leur vie. C'est d'ailleurs parfois avant la naissance ou dès les premiers jours de vie qu'un ensemble de facteurs viennent affecter l'état de santé des Montréalais.

La région montréalaise est marquée par des disparités économiques et sociales qui se traduisent souvent par des inégalités et des besoins différenciés en matière de santé. Des conditions socioéconomiques précaires contribuent à augmenter la probabilité de développer des problèmes de santé aigus et chroniques, des retards de développement intellectuel, de vivre plus de stress, de problèmes émotionnels et de présenter davantage de comportements à risque. Vivre au bas de l'échelle

⁴ Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Carrefour d'information socio-sanitaire, 2007, santequebec.qc.ca

⁵ OMS, 2006. *Constitution de l'Organisation mondiale de la santé*, http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_fr.pdf.

sociale laisse des empreintes tout au long de la vie des individus, sur leur entourage, dans la communauté et compromet l'avenir des générations futures.

Les inégalités sociales entraînent des problèmes sociaux et de santé lourds de conséquences à toutes les étapes de la vie. On observe notamment un lien entre les zones de pauvreté et une incidence plus élevée de mortalité infantile, de nouveau-nés de faible poids, de grossesses à l'adolescence, de détresse psychologique et de suicide.⁶

A Montréal, on observe aussi un écart de 10,6 ans d'espérance de vie entre les quartiers les plus nantis et les plus défavorisés. Non seulement les personnes vivant sur les territoires les plus favorisés vivent-elles plus longtemps, mais elles jouissent également de six années de vie supplémentaires en meilleure santé⁷. Selon le Centre de recherche Léa Roback sur les inégalités sociales de santé, Montréal est tellement polarisée par les inégalités sociales que certains de ses quartiers riches ont une espérance de vie parmi les meilleures au monde tandis que les quartiers pauvres se comparent avec des pays comme le Brésil (68,0 ans) et le Paraguay (70,7 ans)⁸.

Enfin, certains quartiers de la ville sont touchés par une pauvreté persistante. La disponibilité restreinte sur l'île de logements abordables et salubres amplifie les problèmes d'intégration des clientèles défavorisées.

Des facteurs de risque à contrôler pour la santé des enfants et des jeunes

Il est connu que la pauvreté est associée à plusieurs conséquences sur le développement des enfants et des jeunes. À l'automne 2008, la Direction de santé publique de l'Agence publiait les résultats de l'enquête *En route pour l'école!* sur la maturité scolaire des enfants de maternelle à Montréal. L'enquête a permis de déterminer la proportion des enfants vulnérables dans cinq domaines de maturité scolaire. On y apprend qu'à Montréal, un enfant sur trois est vulnérable dans un ou plusieurs aspects de son développement au moment de son entrée à l'école. C'est dans les domaines du développement cognitif et langagier et de la maturité affective que Montréal compte le plus grand nombre d'enfants qui éprouvent des difficultés. On peut aisément présager qu'un faible niveau de maturité scolaire est une condition défavorable à la réussite scolaire, professionnelle et sociale future.

Les défis à relever sont donc importants et ce, dès la naissance. Les enfants et les adolescents défavorisés ne réussissent pas aussi bien à l'école que les jeunes de milieux favorisés. Or, les conséquences d'un faible niveau de scolarité sont nombreuses : les individus les moins scolarisés ont des emplois plus précaires et moins bien rémunérés ainsi qu'une moins bonne santé.

Les défis de santé à l'âge adulte

À l'âge adulte, les conditions de vie préalables et les comportements adoptés au cours de la vie ont également des répercussions sur la santé, entre autres sur le développement des maladies chroniques. Ainsi, le tabagisme, une mauvaise alimentation et la sédentarité sont parmi les principaux facteurs de risque des maladies chroniques les plus mortelles telles que les maladies circulatoires et les tumeurs. Diabète, cardiopathies ischémiques, cancer, embonpoint ou obésité et autres maladies reliées au tabagisme sont parmi les maladies qui affectent le plus fréquemment les Montréalais à l'âge adulte. On remarque également une recrudescence des infections transmissibles par le sang et le sexe au cours des dix dernières années à Montréal.

⁶ DSP de Montréal, 1998; INSPQ et MSSS, 2007; Berrada et coll., avril 2005; DSP de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2008.

⁷ Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Carrefour montréalais d'information socio-sanitaire, 2007, santemontréal.qc.ca.

⁸ Source : site web <http://www.centreleoroback.org/fr/coupdœil>.

D'après l'OMS⁹, les troubles mentaux constituent l'une des principales causes d'incapacité dans le monde. Selon une enquête menée par la Direction de la Santé Publique en 2002 sur la santé mentale des montréalais¹⁰, 7,6 % de la population consomme chaque année des services en santé mentale offerts par le réseau de la santé et près de 15 % de la population déclare avoir consulté pour un problème de santé mentale durant la dernière année.

En ce qui a trait aux données sur le suicide, la proportion de personnes présentant des idées suicidaires sérieuses dans la région de Montréal est comparable à celui du Québec. Par contre, le taux de mortalité par suicide (12,5 cas / 100,000) serait plus faible à Montréal que dans tout le Québec. Par ailleurs, on retrouve des écarts importants d'un territoire de CSSS à l'autre, le taux de suicide allant de 6,7 à 17,7 cas / 100,000 de population.

Vieillir dans la métropole

En vieillissant, les résidents de la métropole peuvent s'attendre à vivre seuls en plus grande proportion que ceux d'autres groupes d'âge, ce qui est d'ailleurs le cas partout au Québec. Par contre, la proportion des Montréalais de 65 ans et plus vivant seuls y est plus grande que chez les autres Québécois du même âge (36 % contre 30 %). Comme les femmes ont une espérance de vie plus longue, elles sont deux fois plus susceptibles de vivre seules. Parmi les femmes âgées seules, près de 65 % ont plus de 75 ans. Le fait de vivre seul est un indicateur important de défavorisation sociale, une situation associée, entre autres, à un plus haut risque de mortalité par traumatisme intentionnel et à une plus faible espérance de vie en général.

Dans la perspective où l'espérance de vie s'allonge, les individus plus âgés sont davantage exposés à des maladies chroniques. Au plan de la santé, neuf personnes âgées sur dix souffrent d'au moins un problème de santé chronique.

Trois grands enjeux demeurent donc prépondérants pour cette clientèle : la perte d'autonomie, qui touche près d'une personne âgée sur cinq, la détresse psychologique, qui affecte près d'un cinquième des aînés à Montréal et les besoins de soins ou de services à domicile. Tous ces facteurs aggravant influencent de façon significative l'utilisation des services de santé et constituent de ce fait des priorités régionales de premier plan.

Ce portrait sommaire vient confirmer que la population de Montréal se distingue à plusieurs égards de celle des autres régions du Québec. L'état de santé et de bien-être des Montréalais continue de s'améliorer mais les gains sont atténués par des écarts importants liés aux conditions socioéconomiques souvent délétères. La lutte aux inégalités socioéconomiques doit donc demeurer au cœur des préoccupations du réseau de la santé et des services sociaux de la région de Montréal. Il en va de même pour la promotion de saines habitudes de vie, dans tous les milieux et à tous les âges, ainsi que pour la prévention, le dépistage et la prise en charge des maladies chroniques qui affectent la qualité de vie des personnes et qui créent une pression importante sur la demande de services de santé et de services sociaux. Enfin, le réseau montréalais doit continuer à porter une attention particulière aux facteurs de risque pour la santé qui caractérisent plusieurs des grands centres urbains : pauvreté, isolement et exclusion sociale.

⁹ OMS, 2001. *Rapport sur la santé dans le monde 2001 – la santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs*. Genève.

¹⁰ Louise Fournier, Odette Lemoine, Carole Poulin, Léo-Roch Poirier. *Enquête sur la santé mentale des Montréalais. Volume 1 : La santé mentale et les besoins de soins des adultes*. 1^{er} trimestre 2002.

Le système de santé et de services sociaux montréalais

Au 31 mars 2009, le réseau montréalais de la santé et des services sociaux comptait 90 établissements. Un peu plus de 400 cliniques ou cabinets médicaux, 23 groupes de médecine de famille (GMF), 26 cliniques réseau et plus de 600 organismes communautaires subventionnés par l'Agence dans l'un ou l'autre de ses différents programmes se retrouvent également sur le territoire. Plus de 86 000 personnes œuvrent au sein de ce réseau complexe et diversifié, dont quelque 3 500 médecins spécialistes, près de 2 200 omnipraticiens, 17 600 infirmières et 16 600 professionnels et techniciens de la santé et des services sociaux.

En plus des soins et des services courants et spécialisés dans toutes les disciplines, le réseau montréalais offre une gamme complète de services ultraspecialisés en raison de la présence sur son territoire de trois centres hospitaliers universitaires (CHU), cinq instituts universitaires, sept centres affiliés universitaires et cinq établissements à vocation suprarégionale.

En raison des particularités de sa population, les établissements du réseau montréalais portent une attention spéciale aux besoins de la communauté anglophone de l'Île et des régions périphériques, de même qu'aux particularités des communautés culturelles. Selon le programme d'accès, 28 établissements de l'Île de Montréal sont «désignés» (décret 919-2006) pour rendre leurs services également accessibles en anglais. Vingt-quatre (24) autres établissements sont «indiqués» pour assurer l'accessibilité d'une partie ou de l'ensemble de leurs services en anglais. Afin de compléter l'offre de service, deux établissements hors région sont aussi inclus dans le programme régional.

Une région universitaire, un centre majeur d'enseignement et de recherche

Montréal compte quatre universités sur son territoire, l'université de Montréal, l'université du Québec à Montréal, McGill et Concordia. Deux des quatre facultés de médecine du Québec se trouvent à Montréal, à l'université de Montréal et McGill. Chacune est associée à un réseau universitaire intégré de santé, un RUIS, auquel le MSSS a confié le mandat de coordonner les soins de santé tertiaires, l'enseignement et la recherche offerts par chaque faculté de médecine et leurs hôpitaux d'enseignement. Le RUIS de l'université de Montréal dessert 6 régions, 3 millions de Québécois, 39 centres hospitaliers et CSSS; il forme 7 000 étudiants qui effectuent annuellement 17 000 stages et on y accueille 800 chercheurs. Il constitue le réseau universitaire offrant le plus grand nombre de programmes de formation en disciplines de la santé au Canada¹¹.

Le RUIS de l'université McGill pour sa part couvre 7 régions, 1,7 million de personnes, 4 hôpitaux d'enseignements, dont deux sont associés à des centres de recherche et un grand nombre d'hôpitaux et CSSS sur leur territoire de desserte¹².

Ces deux réseaux universitaires font de Montréal un centre majeur d'enseignement, de recherche et de services spécialisés et surspécialisés de santé, qui dessert près de 5 millions de Québécois (61 % de la population du Québec).

Les enjeux autour de la disponibilité de la main-d'œuvre

Le début des années 2000 a été marqué par des difficultés de recrutement pour certaines catégories d'emploi reliées à la santé. Déjà, on assiste à des ruptures de service en raison du manque d'effectifs. Les établissements du réseau de la santé et des services sociaux doivent faire face au départ à la retraite de bons nombre d'employés et ils n'arrivent pas à recruter le personnel dont ils ont besoin. Pour suppléer

¹¹ Site électronique du RUIS de l'université de Montréal : <http://www.ruis.umontreal.ca/index.html>, 2009

¹² Site électronique du RUIS de l'université McGill : <http://www.medicine.mcgill.ca/RUIS/fr/default.htm>, 2009

à ces manques, certains établissements ont recours aux heures supplémentaires ou encore font appel à de la main-d'œuvre indépendante.

Pour faire face à cette situation extrêmement préoccupante, l'Agence a élaboré un plan d'action sur la disponibilité de la main-d'œuvre à Montréal en collaboration avec les établissements et les partenaires régionaux, dont le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, le ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles et Emploi-Québec. Ce plan qui comprend différentes stratégies visant l'attraction, la disponibilité et la rétention d'une main-d'œuvre compétente, est actuellement en déploiement et soutenu par un ensemble de mesures dans chaque établissement. Il s'appuie sur une gestion prévisionnelle de la main-d'œuvre qui permet d'anticiper non seulement les manques d'effectifs à court terme mais aussi les besoins futurs de main-d'œuvre qualifiée par secteur d'activités. Au terme d'une première année d'implantation, les résultats obtenus sont encourageants à plusieurs égards.

Les liens et partenariats avec les autres régions

Pour des raisons historiques et géographiques, le réseau montréalais reçoit une forte proportion de patients provenant des régions périphériques, pour des services ultraspecialisés, mais aussi pour des services courants ou de base.

Les partenariats intersectoriels

Sur les 30 ans d'espérance de vie gagnées au cours du siècle dernier, 8 sont attribuables aux services de santé et 22 à l'amélioration de l'environnement, des conditions de vie et des habitudes de vie bref, à des facteurs extérieurs aux services de santé (DSP, MSSS, 2005).

En raison même de sa mission, l'Agence de la santé et des services sociaux doit contribuer à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population. La préoccupation pour les déterminants sociaux de la santé et la réduction des causes et conséquences de la défavorisation économique et sociale constituent donc, depuis de nombreuses années, des enjeux importants.

Ce sont des problématiques complexes qui exigent l'intervention concertée de nombreux acteurs de plusieurs secteurs : publics, communautaires, privés, tant au niveau national, régional que local. Plusieurs domaines sont en cause : l'aménagement urbain, l'environnement, la santé, l'éducation, l'économie, l'habitation, le transport, la sécurité d'emploi, la sécurité alimentaire, etc.

Les actions sur les déterminants de la santé reposent sur la mobilisation des acteurs locaux incluant aussi les citoyens, et sur le soutien des acteurs municipaux et régionaux. Ressources locales, groupes communautaires, entreprises privées, entreprises d'économie sociale et agents institutionnels doivent donc tous être mis à contribution pour mettre en œuvre des initiatives intégrant les dimensions sociales, économiques et environnementales du développement.

Les tout-petits

Plusieurs interventions intersectorielles sont déjà en place pour favoriser le développement des enfants et des jeunes montréalais, dès les premières années de vie. À titre d'exemple soulignons les collaborations établies dans le cadre des *Services intégrés en périnatalité et petite enfance (SIPPE)* pour les familles vivant en contexte de vulnérabilité notamment les mères adolescentes et les mères sous scolarisées et vivant sous le seuil de faible revenu.

L'Agence collabore également avec l'ensemble des partenaires concernés par les questions reliées à la maturité scolaire et par le développement de saines habitudes de vie chez les jeunes.

Les jeunes d'âge scolaire

Afin de favoriser la persévérance scolaire notamment des jeunes les plus défavorisés, les 12 CSSS, les cinq commissions scolaires, la direction régionale du MELS et l'Agence de Montréal ont signé le 22 octobre 2008, une entente quinquennale unique au Québec, leur permettant de se donner un plan d'action régional conjoint et de créer une synergie dans le cadre de l'initiative *Écoles et milieux en santé*. Tous ces acteurs pourront ainsi déployer des interventions de promotion et de prévention porteuses de santé et de réussite éducative dans toutes les écoles publiques de la région de Montréal. Elle est aussi un membre actif de l'instance de concertation intersectorielle *Réseau Réussite Montréal* coordonnée par les directeurs généraux des cinq commissions scolaires.

S'ajoutent à ces mesures les actions prévues au plan *Engagement jeunesse* qui ciblent les jeunes de 16 à 24 ans à risque d'exclusion ou exclus. Le plan vise à soutenir la réussite éducative et à faciliter l'insertion sociale et professionnelle des jeunes. Il s'appuie sur la collaboration et la complémentarité entre partenaires.

Un environnement urbain favorable à la santé

L'environnement urbain constitue un aspect fortement marqué par la question des inégalités sociales en particulier en ce qui concerne l'impact qu'ont le logement, le transport et l'accès à une alimentation de qualité sur la santé.

Le logement

Dans le respect de la mission et des responsabilités qui lui sont dévolues, l'Agence travaille avec ses partenaires municipaux et communautaires à s'assurer de la présence de logements abordables, salubres et de qualité tout particulièrement pour les familles à revenu modeste, à faible et très faible revenu ainsi que pour les clientèles vulnérables. Par ailleurs, il nous faut souligner les récentes interventions de la direction de la santé publique (DSP) en collaboration avec la Ville de Montréal afin de rétablir des conditions d'habitation un peu plus acceptables,¹³ qui ont permis de constater que pour de trop nombreux ménages, le logement est un milieu de vie insalubre et malsain, contaminé entre autres par des moisissures qui génèrent de sérieux problèmes respiratoires.

Des logements abordables, salubres et de qualité

Comme l'Agence l'avait mentionné lors de son intervention devant l'Office de consultation publique de Montréal (novembre 2007) sur le *Plan d'action famille de Montréal*, il importe d'augmenter l'offre de logements coopératifs ou abordables, en particulier pour les familles¹⁴. La dynamique de l'habitation à Montréal ne manque pas d'être préoccupante quand on constate, qu'en 2001, 37 % des ménages locataires consacraient plus de 30 % de leur revenu au logement¹⁵.

Le logement social avec soutien communautaire

Le maintien dans la communauté des populations vulnérables constitue un enjeu de taille. La majorité des personnes âgées en légère perte d'autonomie, les personnes présentant des problèmes de santé mentale, d'itinérance, une déficience intellectuelle ou physique et les autres clientèles avec des besoins particuliers requièrent du soutien communautaire. La complexité de leur situation fait en sorte que leur

¹³ La solution des problèmes d'insalubrité implique un enjeu financier important. D'une part, plusieurs propriétaires n'ont pas les moyens d'investir les sommes qui seraient requises pour effectuer les réparations qui s'imposent. D'autre part, il faut éviter que la mise à niveau des logements insalubres se répercute en augmentations de loyer qui rendent ces logements inabordables.

¹⁴ Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal, *Consultation publique sur la stratégie d'inclusion du logement abordable de la Ville de Montréal – Commentaire*, 22 avril 2005.

¹⁵ <http://www.santepub-mtl.qc.ca/Portrait/montreal/logementcssscslsc.html>

intégration dans le quartier et le maintien dans leur logement peut être plus difficile et susciter des réactions souvent négatives dans le voisinage.

Le soutien communautaire constitue une réponse intéressante à ces besoins en ce qu'il contribue à l'acquisition d'une stabilité résidentielle, au développement de la capacité de prise en charge tant collective qu'individuelle (empowerment) et à l'inclusion dans la communauté de plusieurs clientèles vulnérables résidant en logement social.

Dans la foulée des travaux liés au *Cadre de référence sur le soutien communautaire en logement social* publié en 2007, des efforts considérables ont été consentis jusqu'à maintenant par le MSSS, l'Agence et l'ensemble des partenaires concernés par l'habitation afin de maintenir dans la communauté ces population vulnérables.

Le transport

Le transport est un autre domaine où les enjeux de santé et de pauvreté se rejoignent et appellent à l'action des partenaires montréalais. Dans une ville comme Montréal, il permet aux populations les moins bien nanties d'avoir accès à un emploi, aux services de santé, à l'éducation et aux loisirs. Les inégalités sociales se manifestent ici par un déficit de mobilité, soit parce que l'on ne possède pas de véhicule ou à cause des insuffisances du transport collectif notamment au niveau du prix.

La sécurité alimentaire

L'alimentation est certes un bien essentiel et un déterminant majeur de la santé. À Montréal, 70 % de la population montréalaise ne consomme pas les quantités minimales de fruits et légumes (2009) nécessaires au maintien de la santé. Et, il manque 21 % au revenu des familles pauvres pour se nourrir adéquatement une fois que les dépenses reliées au logement sont assumées.

L'Agence de la santé et des services sociaux a produit un cadre de référence régional sur la sécurité alimentaire¹⁶, qui établit les fondements du soutien aux initiatives locales. Celles-ci sont axées sur une «approche de mobilisation pour le renforcement de la capacité d'agir des communautés sur les conditions favorables à une saine alimentation dans une perspective de réduction des inégalités et de développement durable». Dix-sept initiatives locales sont en cours depuis l'automne 2008. Selon les particularités des secteurs ciblés, les actions varient de forums de citoyens visant à identifier les problèmes d'accès à des produits frais, à l'expérimentation sur la viabilité d'approches qui améliorent l'approvisionnement de proximité, en passant par le démarchage auprès de décideurs locaux tels les marchands, l'arrondissement, etc. L'été 2009 a été particulièrement riche en expériences de marchés publics qui ont eu un effet d'entraînement sur plusieurs quartiers, redonnant vie à des secteurs dévitalisés.

Un soutien particulier aux personnes itinérantes

L'Agence travaille de concert avec les établissements de santé et de services sociaux notamment les CSSS, la Ville de Montréal et nombre d'organismes communautaires pour déployer une gamme de services sociaux et de santé en santé physique et mentale et en dépendance. Les personnes itinérantes peuvent aussi avoir accès à du matériel d'injection stérile et d'inhalation et au dépistage des ITSS en proximité. Enfin, il est possible pour les personnes itinérantes de bénéficier de certaines mesures de réintégration sociale comme de l'aide alimentaire, l'aide au logement, à l'hébergement, à la réinsertion socioprofessionnelle et au soutien budgétaire.

¹⁶ Collectif coordonné par Lise Bertrand et Caroline Marier, 2008. *Cadre de référence pour le soutien au développement de la sécurité alimentaire dans la région de Montréal 2008-2012*. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction de la santé publique.

L'intégration des communautés culturelles et des nouveaux arrivants : Faciliter l'intégration en emploi

L'Agence est un des partenaires à l'Entente spécifique triennale multisectorielle en matière d'immigration, d'intégration et de relations interculturelles dans la région de Montréal (2009-2012). Sont également signataires de l'entente, six Ministres, la Conférence Régionale des Élus de Montréal (CRÉM), la Ville de Montréal, Montréal International et le Forum Jeunesse de l'Île de Montréal.

Cette entente a parmi ses objectifs d'assurer l'accueil et l'insertion durable en emploi des personnes immigrantes, des membres des communautés culturelles et des personnes de minorités visibles. Elle souligne la nécessité d'agir sur les obstacles à l'intégration durable en emploi par le développement et la promotion des services en matière de reconnaissance des acquis et des compétences (RAC), de développer des projets d'accompagnement et des passerelles facilitant l'intégration, de briser l'isolement des femmes issues de l'immigration et de soutenir et promouvoir l'entrepreneuriat immigrant.

CHAPITRE 2 LA VISION MONTRÉALAISE

Des objectifs à poursuivre pour une pérennité des services de santé et des services sociaux

Dans un contexte de transformation du système de santé et services sociaux, il faut se rappeler les grands objectifs que nous poursuivons depuis plusieurs années, de façon à ne pas perdre de vue l'essentiel. L'amélioration de la santé de la population, de l'accès aux soins et services, de la qualité des soins ainsi que le maintien de la pérennité de notre réseau sont au cœur de nos préoccupations.

Comme la majorité des pays développés, il nous faut relever certains défis et combler certaines lacunes : la faible affiliation des individus à un médecin de famille, la faible accessibilité et continuité des services médicaux de 1^{re} ligne, le recours élevé aux services d'urgence et certains délais dans l'implantation des nouvelles technologies de l'information.

La santé et le bien-être des Montréalais demeurent les objectifs ultimes à atteindre. Une population en santé est un des garants de l'accès à un emploi, à une meilleure intégration sociale et à une participation citoyenne. Ainsi, la personne en bonne santé est celle qui est capable de fonctionner aussi efficacement que possible dans son milieu et de se consacrer pleinement à ses projets. De plus, chaque personne demeure la meilleure juge de son état de santé, des services qu'elle doit recevoir et des conditions dans lesquelles elle doit les recevoir. Le développement de la capacité de la personne à reconnaître et à agir sur sa santé représente donc un incontournable.

Un autre des objectifs visés est une accessibilité accrue aux services. Ce sont les caractéristiques des ressources qui facilitent ou empêchent l'utilisation des services par la population. Parmi celles-ci, mentionnons l'adaptation des services aux réalités des communautés culturelles ainsi qu'aux besoins des clientèles vulnérables, la proximité du service offert, le délai d'attente pour un service, le système d'accueil pour accéder au service tel que les heures d'ouverture, le système de rendez-vous, etc. Créer des équipes de 1^{re} ligne responsables d'une clientèle inscrite et implanter des réseaux de services intégrés visent à améliorer l'accès aux services. Il en est de même lorsqu'on rend accessible des services dans les différents milieux de vie pour certaines clientèles vulnérables. On pense ici, aux jeunes, aux personnes en situation d'itinérance qui ne fréquentent pas les services habituels de santé.

Notre troisième objectif cible la qualité : bien faire les choses qu'il faut faire. Malgré le fait que la grande majorité des Montréalais considère que la qualité des soins reçus est bonne ou excellente, un bon nombre souhaite toutefois des changements quant à leur sécurité et la réduction des erreurs médicales. Les erreurs médicales suscitent non seulement, un sentiment de détresse chez les usagers mais entraînent des coûts considérables.

La qualité des soins de santé représente donc un enjeu de taille. Elle se traduit par une gamme de services sûrs et efficaces qui répondent aux besoins et aux préférences de la personne, notamment une meilleure coordination des soins, un contrôle plus serré de la qualité et des bénéfices liés à de meilleures pratiques préventives. Le recours à un dossier clinique informatisé, une main d'œuvre mobilisée et des interventions proactives sur la gestion des risques contribuent à une plus grande qualité des services.

La pérennité du réseau montréalais sera assurée si nous réussissons à maîtriser la coordination des nombreuses activités, les flux et les échanges d'informations et les investissements en cohérence aux besoins. Il faut donc se recentrer sur le bénéficiaire des soins, les résultats et une recherche de performance.¹⁷

¹⁷ R. Consbruck, *Système de santé et prise en charge : Accessibilité – Qualité – Coûts – Pérennité*. Non publié, document de présentation à la 4^e Conférence nationale Santé : Vers un Plan National Santé, Mondorf, Luxembourg, le 4 mars 2009.

Les éléments clés du modèle montréalais de prise en charge et l'évolution des groupes de médecine de famille (GMF) et des cliniques réseau (CR)

Avec la création des CSSS et des réseaux locaux de services, l'équipe de direction de l'Agence et les 12 directeurs généraux des CSSS de la région ont entrepris en juin 2005 une réflexion sur les priorités des prochaines années en vue de faire de la responsabilité populationnelle une réalité concrète. Au terme de cette réflexion, il est apparu impératif de mettre en place à Montréal une organisation de services favorisant la prise en charge des clientèles vulnérables et de l'ensemble de la population.

Depuis, cette vision s'est enrichie, notamment par l'élaboration, avec le département régional de médecine générale DRMG et les CSSS, des orientations pour le développement des cliniques réseau intégrées (CRI). D'autres réflexions viennent soutenir cette vision qui inclut maintenant des éléments clés additionnels complémentaires à la vision initiale.

La vision renouvelée du modèle montréalais

La vision renouvelée du modèle montréalais s'articule autour de sept éléments interreliés¹⁸ :

- Des équipes multidisciplinaires : médecins et professionnels de la santé responsables des clientèles inscrites
- Des modèles de prestation intégrée des soins : des modèles qui ont fait leur preuve pour l'accessibilité, la continuité et la qualité des soins et services
- La capacité des personnes et des collectivités à agir sur leur bien-être et leur santé
- Un dossier clinique informatisé : la technologie au service des patients et des praticiens
- Une main-d'œuvre mobilisée imputable de ses résultats
- Une évaluation des résultats pour être capable de s'améliorer
- Une gestion du changement qui s'appuie sur un leadership fort

Voici une brève description de chacun des éléments de notre vision :

1. La création d'équipes multidisciplinaires regroupant des médecins et divers professionnels de la santé et ayant la responsabilité d'une clientèle inscrite.

Les cliniques réseau intégrées sont constituées de cliniques médicales ayant le statut de GMF et de clinique réseau auxquelles s'ajoutent des professionnels de la santé et des services sociaux (infirmier, psychologue, nutritionniste, pharmacien, travailleur social, etc.). Ces professionnels forment avec les médecins, des équipes interdisciplinaires de soins de 1^{re} ligne intégrées. Ce modèle de prise en charge repose donc sur la présence des omnipraticiens qui œuvrent majoritairement en cliniques privées et sur celle de professionnels qui peuvent, entre autres, provenir des services généraux des CSSS.

Outre les services offerts aux CRI, des liens d'accès privilégiés aux plateaux d'imagerie médicale et aux consultations médicales spécialisées, tel que l'accueil clinique, sont assurés à ces équipes pour les clientèles vulnérables. Par ailleurs, si, lors d'un épisode de soins, les équipes des programmes services, les spécialistes médicaux ou d'autres ressources assument la prise en charge des clients, l'équipe de 1^{re} ligne de la clinique réseau intégrée reste l'ultime responsable de ses patients.

A terme, nous prévoyons l'implantation sur l'île de Montréal d'une soixantaine de CRI pour que l'ensemble de la population montréalaise ait accès à un médecin de famille.

¹⁸ Adapté de Suter, E., Oelke, N.D., Adair, C.E. et Armitage, G.D., 2009. *Ten Key Principles for Successful Health Systems Integration*. Healthcare Quarterly, 13 Octobre; Numéro Spécial : 16-23.

2. Le déploiement de modèles de prestation intégrée des soins

L'intégration constitue le degré de liaison des services dispensés par deux fournisseurs ou plus. Sa finalité est de répondre aux besoins individuels ou familiaux d'une façon coordonnée et complète. Des outils cliniques performants et informatisés, des mécanismes de référence, des canaux de communication sont des éléments intégrateurs dans un réseau de services. Par exemple, dans le réseau de services intégrés aux personnes âgées (RSIPA), des personnes âgées vulnérables sont prises en charge – soins de santé à domicile ou à l'hôpital, hébergement, services sociaux – grâce à une meilleure coordination des soins aigus, des services de maintien à domicile et des soins de longue durée.

D'autres modèles de prestation intégrée des soins sont en déploiement, notamment pour mieux adapter l'offre de service à l'augmentation des maladies chroniques. À cet effet, nos programmes de suivi systématique des maladies chroniques basés sur le modèle de Wagner mettent l'accent sur les pratiques cliniques reconnues et misent sur la capacité des personnes à se prendre en charge. Ils permettent aussi de coordonner les soins et services entre les différents fournisseurs.

Ces modèles ont fait l'objet d'évaluations qui démontrent leur valeur pour mieux répondre aux besoins des clientèles vulnérables. L'intégration des services nous aidera à poursuivre l'implantation du projet clinique en concordance avec l'approche populationnelle et la hiérarchisation des services.

3. Le développement de la capacité des personnes et des collectivités à reconnaître et à agir sur les facteurs qui influencent leur état de santé

La capacité des personnes et des collectivités à se prendre en charge est reconnue comme l'un des grands déterminants de la santé. Cette capacité est liée à la connaissance que les individus ont de leur état de santé, de leurs facteurs de risque, des moyens de prévention possibles ainsi que de leur volonté et leur capacité d'agir sur leur environnement.

Les professionnels des GMF et cliniques réseau intégrées intègrent aux soins qu'ils prodiguent, des pratiques cliniques préventives (PCP) reconnues et maximisent l'éducation de la personne pour la rendre le plus autonome possible dans la prise en charge de ses besoins de santé. Ils ont une approche proactive concernant l'identification, la correction et le suivi des facteurs de risque et des comportements à risque pour empêcher le développement de maladies chroniques et leurs complications.

Convaincus de cette approche, l'Agence et les CSSS ont convenu de renforcer l'intervention initiée par les cliniciens de 1^{re} ligne en créant un Centre d'éducation à la santé (CES) sur chaque territoire de CSSS. Les professionnels de ce service offrent un accompagnement aux personnes souhaitant modifier leurs habitudes de vie.

L'Agence pour sa part dans son rôle de coordination du Réseau montréalais des hôpitaux et CSSS promoteurs de santé, soutient entre autres, le développement de pratiques cliniques préventives au sein de ses établissements notamment par l'adoption de saines habitudes de vie chez les usagers. Elle vise également à favoriser la prise en compte des besoins et des préoccupations des usagers au regard des services qui leur sont dispensés.

Agir auprès des individus afin qu'ils développent leur capacité à se prendre en charge est certes nécessaire. Il faut toutefois dans le respect des meilleures pratiques, agir auprès des communautés locales et des différents milieux de vie (école, milieu de travail, etc.) afin de donner l'occasion aux populations de modifier leurs conditions de vie qui ont des impacts certains sur la santé et le bien-être. Une telle stratégie repose sur la mobilisation des acteurs locaux incluant les citoyens et sur le soutien des acteurs régionaux. Ressources locales, groupes communautaires, entreprises privées, entreprises d'économie sociale et agents institutionnels doivent tous être mis à contribution pour mettre en œuvre des initiatives intégrant les dimensions sociales, économiques et environnementales du développement.

4. La mise en place d'un dossier clinique informatisé (DCI)

L'efficacité d'un réseau de services comme celui que nous nous sommes donné dépend en grande partie de la disponibilité et de la gestion de l'information clinique. Les systèmes d'information jouent ainsi un rôle essentiel dans la concrétisation de ces réseaux de soins et de services de santé en rendant disponible instantanément de l'information fiable, intégrée et sécuritaire.

L'arrivée des DCI dans les GMF, les cliniques réseau, dans les hôpitaux et dans les autres établissements du réseau de la santé permettra aux médecins, à leur personnel et à des professionnels de la santé de travailler en interdisciplinarité en partageant de l'information pour mieux suivre leurs patients et ainsi faciliter la prise de décision. Ils pourront visualiser les données cliniques provenant de sources multiples et transmettre ou suivre des demandes d'information et de consultation auprès d'un éventail de professionnels de la santé plus vaste que ce qui est possible aujourd'hui avec les mécanismes traditionnels. Par conséquent, l'accès rapide à des informations cliniques pertinentes, fiables, organisées et à jour sur l'état de santé des personnes contribuera à l'amélioration de la qualité et de la continuité des soins. À Montréal, l'implantation du DCI OACIS a déjà débuté et il est prévu qu'en 2013, tous les établissements de même que certains GMF et cliniques réseau puissent profiter de ces systèmes d'information.

5. La mobilisation de la main-d'œuvre

La mobilisation est la mesure de l'engagement émotif et intellectuel d'un employé envers l'établissement pour lequel il travaille. Mobiliser les employés constitue un enjeu majeur dans un contexte de pénurie de la main-d'œuvre, car un niveau d'engagement élevé des employés entraîne de nombreux effets bénéfiques. Notons à cet égard, la diminution des taux de roulement et de l'absentéisme ainsi qu'une augmentation de la présence au travail et de la productivité.

Cet engagement d'un personnel stable en emploi permet une meilleure appropriation des processus cliniques, favorise la continuité de la relation patient-intervenant et se traduit conséquemment par une hausse de la qualité de la prestation de soins et services. La mobilisation entraîne aussi une plus grande cohérence entre la vision des dirigeants et celle des employés, ce qui aide à amorcer et soutenir les changements que nous proposons dans notre modèle.

Afin donc de soutenir cette mobilisation, l'Agence met en place, avec les établissements, des stratégies permettant d'augmenter le niveau de mobilisation des employés de type « Employeurs de choix » telles le Réseau montréalais des CSSS et hôpitaux promoteurs de santé, Entreprises en santé et Planetree. Toujours dans cette perspective, l'Agence, qui assure la coordination du Réseau montréalais des CSSS et des hôpitaux promoteurs de santé, travaille actuellement à l'instauration de milieux de travail sains en agissant sur la promotion de saines habitudes de vie, sur le développement d'environnement physique sécuritaire et d'une culture organisationnelle favorisant le bien-être des employés et des pratiques de travail efficaces. Ces stratégies constituent des leviers importants pour augmenter le niveau de mobilisation des employés.

6. La définition d'indicateurs de résultats et de performance permettant d'évaluer l'atteinte des résultats visés par les protocoles cliniques et l'organisation des services.

Compte tenu de l'ampleur et de la complexité des changements proposés, il est essentiel de définir des indicateurs de résultats et les mécanismes permettant d'en assurer un suivi.

L'Agence travaillera, de concert avec les CSSS et ses partenaires, à développer un tableau de bord stratégique contenant une sélection d'indicateurs à prendre en compte afin d'améliorer l'organisation des

services. L'ensemble de ces travaux s'inscrira dans un modèle général d'appréciation de la performance qui évoluera du modèle développé par l'Agence au modèle proposé par le ministère. Ainsi, nous serons en mesure de comparer les résultats de Montréal à ceux des autres régions dans une perspective de saine émulation.

De plus, avec la collaboration de la direction de la santé publique (DSP) il faudra, à plus long terme, être en mesure d'évaluer l'efficacité de nos actions quant à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population, ce qui demeure notre objectif ultime.

7. Un leadership et du soutien au changement pour l'atteinte des objectifs

La vision renouvelée du modèle montréalais entraîne des changements majeurs, de nouveaux modes de collaboration et un partage des responsabilités qui seront vécus par ceux qui prodiguent les soins et ceux qui les reçoivent. Ces changements qui seront nécessaires se trouvent dans les façons de faire et de travailler des professionnels de la santé de même que dans les processus et les protocoles de travail qui les encadrent. Les médecins, les infirmières, et les intervenants cliniques seront les plus sollicités par la mise en œuvre des changements proposés. C'est pourquoi, il faut dès maintenant orienter nos actions pour les mobiliser et soutenir leur engagement en nous assurant de bien les outiller et de les préparer adéquatement à gérer les impacts des changements qui s'amorceront dans leur environnement. Des plans de formation, le partage des connaissances de ceux pour qui l'interdisciplinarité est déjà une réalité, de l'accompagnement, du suivi et des stratégies favorisant les initiatives et qui intègrent toutes les dimensions du changement, tant au plan organisationnel, que professionnel et personnel, devront être disponibles au bon moment.

Nous avons comme responsabilité, tous ensemble, d'orienter et de guider les changements en donnant un sens à cette nouvelle vision du modèle montréalais de prise en charge. Il est impératif de la faire connaître, de la partager et de la faire adopter par nos médecins, nos infirmières et nos professionnels.

Condition essentielle pour réussir notre projet, la présence d'un leadership fort doit s'exprimer tant au niveau régional qu'au local. Notre grand défi sera de parvenir à mettre en place des équipes de travail mobilisées, autonomes et capables d'influencer positivement leur environnement.

CHAPITRE 3 *LES PRIORITÉS RÉGIONALES 2010-2015*

Les orientations stratégiques proposées pour les cinq prochaines années s'inscrivent en continuité avec celles de 2006-2009. Des progrès majeurs ont été réalisés au cours de ces années et, si plusieurs des cibles visées ont été atteintes, il n'en demeure pas moins que nous devons collectivement poursuivre nos efforts afin que les transformations souhaitées se concrétisent d'ici 2015.

Les défis sont de taille car il s'agit de modifier en profondeur l'organisation des soins et services afin d'en améliorer l'accès, la continuité et la qualité dans une région qui regroupe un grand nombre d'établissements et d'intervenants. Essentiellement, il nous faut se mobiliser pour développer des réseaux intégrés de services pour répondre aux besoins des groupes les plus vulnérables en misant sur l'accentuation des activités de promotion / prévention et de l'offre de service de 1^{re} ligne ainsi que sur le passage fluide vers les services spécialisés lorsque nécessaire. Il s'agit donc de réaliser une transition harmonieuse dans l'organisation des services. Il nous faut miser d'une part sur nos acquis car ils constituent les bases sur lesquelles il nous est possible de consolider notre réseau. D'autre part, il nous faut revoir nos façons de faire pour s'assurer d'une prestation efficiente et de qualité des services et ce, malgré une situation financière difficile, une pénurie de main-d'œuvre et la complexité de certaines situations problématiques.

Pour les cinq prochaines années, nous proposons de concentrer nos efforts sur les cinq grandes priorités suivantes :

Les priorités régionales 2010-2015

1. *Une première ligne forte centrée sur la personne et ayant un accès rapide à des services diagnostiques et de prise en charge*

L'accès aux services médicaux de première ligne via les CSSS ou un médecin de famille constitue un enjeu de taille pour la région qui connaît une pénurie de médecins de famille. En 2008-2009, 67 % de la population déclarait avoir accès à un médecin de famille. Un pourcentage non négligeable de la population éprouve donc toujours des difficultés d'accès.

Afin de faciliter ou augmenter l'accès de la population notamment des groupes les plus vulnérables, l'Agence verra à soutenir la création de cliniques réseau intégrées. Ce nouveau concept qui consiste à réunir des équipes multidisciplinaires (omnipraticiens et professionnels de différentes disciplines) ayant la responsabilité partagée des clientèles est déjà reconnu comme le modèle à privilégier en matière d'organisation des services médicaux de première ligne.

Afin d'appuyer ces cliniques réseau intégrées dans la desserte de certaines clientèles particulières, l'Agence soutiendra l'implantation des accueils cliniques afin de leur garantir un accès amélioré aux plateaux diagnostiques (laboratoires, imagerie) et aux médecins spécialistes.

À terme, on prévoit implanter 60 de ces cliniques pour répondre aux besoins des Montréalais. Par ailleurs, d'ici 2015, 12 cliniques réseau intégrées sont prévues, soit une par territoire de CSSS.

2. Une meilleure gestion des maladies chroniques

Comme la majorité des réseaux de la santé des pays développés, le réseau de la santé et des services sociaux montréalais est confronté depuis quelques années, à des défis importants. Il se doit de répondre aux besoins grandissants d'une population vieillissante aux prises avec des maladies chroniques.

Toujours dans l'objectif d'améliorer la continuité des soins et d'assurer une prise en charge plus efficace des personnes atteintes de maladies chroniques, l'Agence s'appuyant sur les succès des projets-pilotes démarrés en 2008, verra à implanter et généraliser à l'ensemble de la région montréalaise, des protocoles cliniques et à en assurer le suivi. Elle soutiendra ainsi l'implantation dans chacun des 12 territoires de CSSS, d'équipes de soins spécifiques, plus particulièrement pour la gestion du risque cardio-métabolique et des maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC). Enfin, elle verra à améliorer les liens entre ces équipes de 1^{re} ligne et les services spécialisés.

3. Intervenir précocement auprès des tout-petits, des jeunes et leurs familles

« Comme chez les adultes, l'état de santé et de développement des tout-petits et des jeunes varie sensiblement selon le milieu dans lequel ils évoluent. Par dessus tout, l'environnement social et les conditions de vie d'un individu durant l'enfance apparaissent comme les déterminants les plus prédictifs de son état de santé une fois parvenu à l'âge adulte et ce, peu importe le niveau de revenu alors atteint » (INSPQ et MSSS, 2007 : 45).

Dans cette perspective, l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal consciente de cet enjeu autour du développement des tout-petits et des jeunes, s'est donnée deux orientations majeures dont un des impacts attendus à terme sera de permettre aux jeunes de réussir un parcours éducatif « qualifiant ».

Afin d'assurer le plein développement des enfants au plan cognitif, langagier, moteur et socio-affectif et soutenir les parents dans leur tâche d'éducateurs, il importe d'intensifier nos efforts afin d'offrir des services intégrés de stimulation précoce sur l'ensemble du territoire montréalais pour les enfants défavorisés et ceux qui présentent des signes de retard de développement.

La poursuite de l'implantation de l'approche *Écoles et milieux en santé* en collaboration avec nos partenaires du réseau de l'éducation, permettra également d'ici les cinq (5) prochaines années de déployer des interventions de promotion et de prévention porteuses de santé et de réussite éducative dans l'ensemble des écoles publiques de Montréal.

4. Compléter la mise en œuvre des grands plans régionaux

L'ensemble des réorganisations des services découlant des grands plans ministériels 2005-2010 se poursuivront en concertation avec les établissements et les groupes concernés et ce, pour chacune des clientèles jugées prioritaires en 2006-2009 notamment, les personnes âgées en perte d'autonomie, les personnes ayant une déficience physique ou intellectuelle et celles souffrant de problèmes de santé mentale.

▪ Santé publique

La prévention constitue une stratégie essentielle pour améliorer la santé et le bien-être de la population. Le prochain plan régional de santé publique 2010-2015 compte six (6) axes qui permettront de répondre aux principaux enjeux en matière de santé publique dans une ville comme Montréal. Les deux premiers axes qui concernent les tout-petits et les jeunes, ont déjà été pris en compte dans la 3^e priorité régionale.

Orientations :

- o Des enfants qui naissent et se développent en santé;
- o Des jeunes en santé qui réussissent leur apprentissage scolaire;
- o Un système de santé qui sert à prévenir;
- o Des milieux de travail exempts de menace à la santé;
- o Un environnement urbain favorable à la santé;
- o Une population vaccinée et protégée des infections et des menaces chimiques et physiques.

▪ **Personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement**

Malgré des avancées considérables dans la mise en œuvre régionale du *Plan d'action 2005-2010 sur les services aux aînés en perte d'autonomie*, l'Agence consacrera encore durant les prochaines années nombre d'efforts afin de mieux desservir ce groupe de la population qui ne cesse d'augmenter. Dans le respect de la liberté de choisir des personnes et de leur volonté de plus en plus fréquente de demeurer dans la communauté, l'Agence se doit d'adapter, diversifier et intensifier certains de ces services afin d'assurer une réponse diligente aux besoins grandissants des personnes en perte d'autonomie ainsi qu'à ceux des proches aidants.

Pour ce faire, il lui faut poursuivre la mise en place d'un réseau intégré de service notamment en soutenant l'instauration de guichets d'accès et de la fonction de gestion de cas dans chacun des 12 CSSS de Montréal. Il lui faudra aussi augmenter les soins et services à domicile afin de desservir davantage de personnes et de leur offrir une plus grande intensité de service. Elle devra enfin poursuivre le développement de ressources d'hébergement alternatif de qualité, améliorer la qualité de vie en centre d'hébergement et ce, tout en s'assurant de la fermeture d'unités de soins de longue durée en milieu hospitalier.

▪ **Plan régional de transformation des services en santé mentale**

Afin d'offrir une qualité de vie aux jeunes et adultes souffrant de problèmes de santé mentale, leur donner accès aux services médicaux généraux et psychiatriques et alléger la tâche de leurs proches, il devient essentiel de compléter la transformation des services en santé mentale amorcée en 2005 et qui tarde à s'actualiser selon les délais prévus.

En ce sens, l'Agence devra soutenir la mobilisation de son réseau, des médecins généralistes et psychiatres ainsi que des ressources communautaires, pour mener à bon port cette réorganisation et permettre aux personnes aux prises avec des troubles mentaux de recevoir toute l'attention requise.

Un soin tout particulier devra être accordé à la complétion des équipes multidisciplinaires de santé mentale « adulte » et « jeune » dans les CSSS et au soutien attendu de la part des psychiatres répondants. Il importe donc en ce sens, qu'un accord intervienne avec les omnipraticiens et les spécialistes et que la définition des services de 3^e ligne se concrétise.

Enfin, il faut poursuivre le développement des ressources complémentaires telles que les services de crise, le soutien d'intensité variable et le suivi intensif dans le milieu.

▪ **Déficiences intellectuelle et trouble envahissant du développement**

Les lacunes dans l'offre de service aux personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement, une problématique dont la prévalence augmente depuis les dernières années, ont suscité au cours des dernières années une profonde réflexion sur l'organisation de service nécessaire pour répondre aux besoins de ces jeunes et adultes.

Cette réflexion s'est traduite par l'adoption en juin 2009, du *Plan d'action montréalais 2009-2012 - Services destinés aux personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement* qui doit être mis en œuvre au cours des prochaines années et par l'actualisation à Montréal du *Plan d'accès pour les personnes avec une déficience* qui vise à améliorer l'accès, l'intensité et l'intégration des services.

Dans ce contexte, l'Agence portera une attention particulière au développement d'interventions intégrées dans les 12 CSSS, pour les enfants âgés de moins de 5 ans et qui présentent des signes ou un retard de développement. Il importe en effet d'agir précocement envers cette clientèle afin de maximiser leur potentiel de rééducation et ainsi éviter le développement d'incapacités significatives et persistantes susceptibles d'entraver le cours de leur développement.

L'Agence verra aussi à développer, toujours en collaboration avec ses partenaires notamment les établissements du réseau de la santé et ses partenaires du réseau de l'éducation, une offre de service pour les personnes qui présentent une déficience intellectuelle, un trouble envahissant du développement et des troubles graves de comportement et qui traversent une situation de crise. Cette offre de service tiendra compte des besoins des parents et des proches qui assument des responsabilités importantes à l'égard de ces personnes.

▪ **Déficiences physiques**

Outre la poursuite de la mise en œuvre du *Plan d'accès pour les personnes avec une déficience* qui vise l'amélioration de l'accès, l'intensité et l'intégration des services, l'Agence consacrera ses énergies à actualiser le *Plan d'action montréalais - Amélioration de la performance des services d'orthophonie pour les enfants et les jeunes, Phase 1 : préscolaire. Les services d'orthophonie pour les enfants de 0 à 5 ans* et ce, afin de pallier à la pénurie d'orthophonistes et les délais d'accès importants pour une consultation. Elle verra ainsi à consolider une offre de service de 1^{re} ligne harmonisée qui implique la présence d'orthophonistes et une approche d'intervention précoce.

Elle verra également à planifier et mettre en œuvre avec ses partenaires dont ceux du réseau de l'éducation, une offre de service intégrée qui améliore l'accès aux services d'orthophonie pour les jeunes d'âge scolaire.

5. Collaborer avec nos partenaires à la réduction des inégalités de santé et de bien-être

En raison même de sa mission, l'Agence doit contribuer à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population. La préoccupation pour les déterminants sociaux de la santé et la réduction des causes et conséquences de la défavorisation économique et sociale constituent donc, des enjeux importants. L'amélioration de ces déterminants donne lieu à des changements de comportements liés à la santé ce qui a des effets bénéfiques immédiats et futurs sur la santé de la population.

L'*Enquête sur les enjeux de santé et bien-être à Montréal* réalisée début 2009 fait état de la prise en compte de ces réalités : ainsi pour les personnes sondées la réduction de la pauvreté et de l'exclusion sociale constitue une des cibles régionales prioritaires. Les personnes âgées et les personnes

défavorisées économiquement et socialement représentent les deux seuls groupes que les Montréalais acceptent de privilégier.

Pauvreté et exclusion sociale ne sont cependant pas des domaines d'action exclusifs à la santé. Ce sont des problématiques complexes qui exigent l'intervention concertée de nombreux acteurs de plusieurs secteurs : publics, communautaires, privés tant au niveau national, régional que local.

L'Agence en vertu des champs d'action qui relèvent de ses responsabilités, verra à poursuivre ses collaborations avec ses partenaires notamment ceux du réseau communautaire, municipal, de l'éducation, de l'emploi, de l'immigration afin de favoriser un environnement urbain favorable à la santé et à l'inclusion sociale des groupes à risque ou vulnérables : familles à faible et très faible revenu, communautés culturelles tout particulièrement les minorités visibles et les nouveaux arrivants, personnes âgées en perte d'autonomie, personnes avec une déficience physique ou intellectuelle, personnes itinérantes ou présentant des problèmes de santé mentale ou de dépendances.

Les conditions de réalisation

La réalisation de ces priorités 2010-2015 permettra d'apporter des solutions durables aux problèmes récurrents du réseau montréalais. Elle demande la mobilisation de tous les acteurs c'est-à-dire des établissements et de leur personnel, des médecins, des partenaires du réseau montréalais et des citoyens. Elle constitue toutefois un défi considérable et soulève des enjeux importants dans un contexte économique difficile et de pénurie de main-d'œuvre.

Afin de pallier à la pénurie de main-d'œuvre dans le réseau de la santé et maximiser l'engagement de son personnel, l'Agence en collaboration avec les établissements du réseau montréalais et ses partenaires du réseau de l'éducation, de l'emploi et de l'immigration, poursuivra l'actualisation de son *Plan régional sur la disponibilité de la main-d'œuvre* qui vise plus particulièrement l'attraction et la rétention d'employés compétents et la révision de certaines dimensions de l'organisation du travail.

L'actualisation de ces priorités 2010-2015 repose aussi sur le développement de ressources informationnelles tant au plan clinique, de la gestion de l'information que des infrastructures technologiques. Le développement de ce type de ressources permettra ainsi de mieux intégrer les services au sein du réseau de la santé, d'assurer une meilleure circulation de l'information entre les établissements dans le respect de la confidentialité, de faciliter le suivi des clientèles vulnérables, d'augmenter la fiabilité des données, l'efficacité des intervenants en rendant le système plus convivial.

Enfin, le succès du plan stratégique 2010-2015 nécessite des investissements financiers et ce, dans un contexte économique difficile qui exigera des efforts considérables du réseau montréalais afin de finaliser les processus de réallocation amorcés dans certains secteurs et d'optimiser l'utilisation des ressources qui lui sont consenties.

C'est à ces conditions qu'il nous sera possible d'offrir des services de qualité à notre population et d'améliorer son état de santé et de bien-être.

CHAPITRE 4 *LES OBJECTIFS NATIONAUX ET RÉGIONAUX 2010-2015*

Ce chapitre présente à la fois les enjeux, orientations et objectifs définis dans la planification stratégique du Ministère de la Santé et des Services sociaux 2010-2015 en lien avec les objectifs montréalais 2010-2015. Une présentation de ces objectifs a été réalisée en respectant les mêmes orientations que celles du MSSS. On pourra noter que pour chacun des objectifs, le MSSS a défini des indicateurs et des cibles. Ceux-ci seront traduits dans les ententes de gestion entre le ministère et l'Agence et entre l'Agence et les établissements de Montréal. L'Agence de Montréal identifiera les indicateurs et les cibles pour la région lorsque les priorités ministérielles auront été confirmées.

Rappelons les six enjeux de la planification stratégique ministérielle 2010-2015 :

- Enjeu 1 : L'action en amont des problèmes et la réduction des inégalités de santé et de bien-être
- Enjeu 2 : La primauté des services de première ligne dans une perspective d'intégration et de hiérarchisation des services
- Enjeu 3 : Un délai raisonnable pour l'accès aux services
- Enjeu 4 : La qualité des services et l'innovation
- Enjeu 5 : L'attraction, la rétention et la contribution optimale des ressources humaines
- Enjeu 6 : Une gestion performante et une gouvernance imputable

Planification stratégique – MSSS 2010-2015		
Enjeu 1 : L'action en amont des problèmes et la réduction des inégalités de santé et de bien-être		
Orientation 1 : Agir de façon concertée sur les principaux déterminants de la santé et du bien-être		
Objectifs	Indicateurs	Cibles
Renforcer la collaboration avec les partenaires des autres secteurs d'activité afin d'agir sur les principaux déterminants de la santé et du bien-être (revenu, éducation, logement, habitudes de vie et comportements sécuritaires, etc.) ¹⁹	Stratégie ministérielle de soutien à l'action intersectorielle déposée	2011
Soutenir le développement de communautés en santé	Plan d'action ministériel déposé	2012

Objectifs montréalais 2010-2015
- Collaborer au développement d'un environnement urbain propice à la santé et à l'inclusion sociale des clientèles à risque ou vulnérables; - Consolider nos partenariats intersectoriels et s'inscrire en soutien au développement des personnes et des communautés au niveau local : - Contribuer activement à l'élaboration et à la mise en œuvre d'un plan d'action montréalais pour la lutte à la pauvreté et à l'exclusion sociale; - Contribuer à différentes ententes spécifiques visant certaines clientèles vulnérables; - Actualiser l'entente de complémentarité entre le Ministère de l'Éducation du Loisir et du Sport (MELS) et le MSSS; - Contribuer à la consolidation des 29 tables intersectorielles de quartier et soutenir l'intervention ayant cours dans les 8 zones de revitalisation urbaine (revitalisation urbain intégrée, RUI); - Contribuer aux travaux de la Table régionale sur les saines habitudes de vie et la prévention des problèmes reliés au poids visant les jeunes de 0 à 25 ans créée par la Conférence administrative régionale (CAR) de Montréal; - Réaliser le plan d'action Engagement jeunesse (jeunes de 16-24 ans à risque d'exclusion ou exclus). - Naître, se développer et s'instruire en santé : - Consolider dans les 12 CSSS de Montréal, des interventions intégrées pour les enfants 0-5 ans provenant de milieux défavorisés et / ou présentant des retards de développement. Ces interventions s'inscriront en complémentarité avec celles des réseaux locaux de services (RLS) et des services de 2^e ligne; - Déployer des interventions de promotion et de prévention porteuses de santé et de réussite éducative dans toutes les écoles publiques de la région de Montréal (Entente « Écoles et milieux en santé » entre les CSSS, les commissions scolaires, l'Agence et la direction régionale du Ministère de l'Éducation du Loisir et du Sport; - Collaborer au plan d'action visant la persévérance scolaire de l'instance de concertation intersectorielle Réseau Réussite Montréal coordonnée par les 5 directeurs des commissions scolaires.

¹⁹. Les objectifs d'amélioration de la santé, de réduction des problèmes et d'action sur les déterminants ainsi que les activités réalisées en collaboration avec les partenaires des autres secteurs d'activité sont précisés et suivis dans le cadre du Programme national de santé publique ainsi que des plans d'action spécifiques (ex. : Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012).

Planification stratégique, MSSS 2010-2015		
Enjeu 1 : L'action en amont des problèmes et la réduction des inégalités de santé et de bien-être		
Orientation 2 : Renforcer la prévention à l'intérieur des continuums de services		
Objectifs	Indicateurs	Cibles
Assurer la mise en œuvre des activités de promotion, de prévention et de protection prévues au Programme national de santé publique (PNSP) ²⁰	▪ % des activités implantées du Programme national de santé publique (PNSP)	▪ 85 % des activités implantées en 2015
Soutenir l'intégration de la prévention dans les services cliniques de première ligne, en priorisant les problèmes suivants : ▪ infections transmissibles sexuellement et par le sang ▪ habitudes de vie et maladies chroniques ▪ chûtes chez les personnes âgées ▪ suicide	▪ % des pratiques cliniques préventives prioritaires qui ont fait l'objet d'activités de soutien	▪ 85 % des pratiques cliniques préventives prioritaires d'ici 2013

Objectifs montréalais 2010-2015
1. Mettre en œuvre le plan d'action régional en santé publique 2010-2015 et les Plans d'action locaux (PAL) : a) Des enfants qui naissent et se développent en santé; b) Des jeunes en santé qui réussissent leur apprentissage scolaire; c) Un système de santé qui sert à prévenir (infections, ITSS, SIDA, etc.); d) Des milieux de travail exempts de menace à la santé; e) Un environnement urbain favorable à la santé; f) Une population vaccinée et protégée des infections et des menaces chimiques et physiques.

²⁰. L'analyse différenciée selon les sexes (ADS) sera intégrée à la mise en œuvre de certaines activités ciblées du Programme national de santé publique.

Planification stratégique, MSSS 2010-2015		
Enjeu 2 : La primauté des services de première ligne dans une perspective d'intégration et de hiérarchisation des services		
Orientation 1 : Améliorer l'accès aux services généraux de première ligne		
Axe d'intervention : Services médicaux et infirmiers		
Objectifs	Indicateurs	Cibles
Assurer l'inscription et la prise en charge des personnes auprès d'un médecin de famille	% de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	70 % de la population en 2015
Favoriser la pratique de groupe, polyvalente et interdisciplinaire de la médecine de famille par la mise en place de groupes de médecine de famille (GMF) (ou modèles équivalents)	- Nombre total de GMF implantés % des médecins de famille qui pratiquent en GMF (ou modèles équivalents)	300 GMF en 2013 70 % des médecins de famille en 2015
Accroître la disponibilité d'infirmières praticiennes spécialisées (IPS) en soins de première ligne	Nombre total d'IPS en soins de première ligne titularisée	250 IPS en 2015

Objectifs montréalais 2010-2015
1. Planter d'ici 2015 au moins 1 clinique réseau intégrée (CRI) par territoire de CSSS, afin d'améliorer l'accès à des équipes multidisciplinaires regroupant des omnipraticiens et des professionnels de la santé; 2. Assurer que chaque CRI soit dotée d'infirmières praticiennes spécialisées (IPS) qui ont la responsabilité de prendre en charge la clientèle inscrite; 3. Soutenir ces équipes multidisciplinaires en améliorant l'accès : a) aux plateaux diagnostiques (laboratoires, imagerie, etc.); b) à des consultations de la part de spécialistes; c) à des systèmes d'information performants (dossier clinique informatisé). 4. Renforcer l'autonomisation (empowerment) des individus et des populations : a) Favoriser l'intégration des pratiques cliniques préventives dans le continuum de soins et services et ce, dès la 1^{re} ligne; b) Favoriser la prise en compte des besoins et préoccupations des patients /usagers au regard des services qui leur sont dispensés. 5. Planter l'accueil clinique afin de favoriser, pour les omnipraticiens, l'arrimage avec les médecins spécialistes et les services diagnostiques, et ce pour des clientèles particulières.

Planification stratégique, MSSS 2010-2015		
Enjeu 2 : La primauté des services de première ligne dans une perspective d'intégration et de hiérarchisation des services		
Orientation 1 : Améliorer l'accès aux services généraux de première ligne		
Axe d'intervention : Services psychosociaux généraux		
<i>Objectif</i>	<i>Indicateurs</i>	<i>Cibles</i>
Offrir un accès téléphonique rapide à une consultation en matière de services psychosociaux (information, référence-orientation, avis professionnels et conseils), 24 heures par jour, 7 jours par semaine	▪ % des régions ayant mis en place un service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux ▪ Délai moyen d'attente pour accéder au service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux	▪ 100 % des régions en 2015 ▪ À déterminer

Objectifs montréalais 2010-2015
Services généraux : 1. Implanter à Montréal Info-social soit un accès téléphonique rapide 24/7, à une consultation en matière de services psychosociaux.

Planification stratégique, MSSS 2010-2015		
Enjeu 2 : La primauté des services de première ligne dans une perspective d'intégration et de hiérarchisation des services		
Orientation 2 : Assurer un suivi interdisciplinaire et continu des clientèles ayant des besoins spécifiques		
Axe d'intervention : Personnes atteintes de maladies chroniques ou de cancer		
Objectifs	Indicateurs	Cibles
Favoriser l'autogestion et la réadaptation des personnes atteintes de maladies chroniques dans un suivi systématisé	■ % de territoires locaux où est assuré un suivi systématisé (indicateur à développer)	■ Augmentation
Améliorer la coordination des soins et des services en oncologie en assurant aux personnes ayant reçu un diagnostic de cancer et à leurs proches la disponibilité d'une infirmière pivot	■ % des personnes ayant reçu un diagnostic de cancer disposant d'une infirmière pivot dans un délai de 48 heures (indicateur en développement)	■ 70 % des personnes ayant reçu un diagnostic de cancer en 2015

Objectifs montréalais 2010-2015
1. Planter et généraliser sur l'ensemble de la région montréalaise des protocoles cliniques et assurer le suivi de leur implantation : a) Planter sur chacun des 12 territoires de CSSS, une équipe de soins spécifiques pour la gestion du risque cardio-métabolique (diabète et hypertension artérielle); b) Planter sur chacun des 12 territoires de CSSS, une équipe de soins spécifiques pour les maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC). 2. Offrir un continuum de services pour la lutte contre le cancer : a) Mettre en place un système de gestion de l'accès et possiblement un guichet régional unique pour la radio-oncologie; b) Optimiser les processus de travail dans les centres de radio-oncologie; c) Augmenter le nombre d'infirmières pivot en oncologie; d) Assurer l'actualisation d'un volet Lutte contre le cancer dans le projet clinique des CSSS; e) Atteindre le ratio de 50 lits dédiés aux soins palliatifs par 500 000 habitants et assurer l'équité d'accès; f) Optimiser l'utilisation des ressources d'investigation/diagnostique.

Planification stratégique, MSSS 2010-2015		
Enjeu 2 : La primauté des services de première ligne dans une perspective d'intégration et de hiérarchisation des services		
Orientation 2 : Assurer un suivi interdisciplinaire et continu des clientèles ayant des besoins spécifiques		
<u>Axe d'intervention</u> : Jeunes en difficulté, personnes atteintes de problèmes de santé mentale et personnes aux prises avec une dépendance		
<i>Objectifs</i>	<i>Indicateurs</i>	<i>Cibles</i>
Intervenir de façon concertée afin de réduire le nombre de signalements en protection de la jeunesse pour un motif de négligence ou de troubles de comportement ²¹	▪ % de territoires locaux où un programme d'intervention en négligence reconnu efficace est offert ▪ Taux d'enfants/jeunes resignés en protection de la jeunesse : - pour un motif de négligence - pour un motif de troubles de comportement sérieux	▪ 100 % des territoires locaux en 2015 ▪ Diminution
Favoriser la continuité des soins et la stabilité des liens pour les enfants placés en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse	▪ Nombre moyen de déplacements vécus par l'enfant/jeune au cours d'une période de trois ans à compter de sa prise en charge ▪ % d'enfants/jeunes pour lesquels la durée maximale de placement a été prolongée parce que les services prévus n'ont pas été rendus	▪ À déterminer ▪ 0 % des enfants/jeunes en 2015
Assurer l'accès aux services d'intégration dans la communauté, pour les adultes ayant des troubles mentaux graves	▪ Nombre de places offertes en CSSS pour les adultes ayant des troubles mentaux graves, mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu : - un suivi intensif dans le milieu (SIM) - des services de soutien d'intensité variable (SIV)	▪ Augmentation
Faciliter l'accès aux personnes à risque d'abus ou de dépendance à des services de première ligne offerts en toxicomanie et en jeu pathologique	▪ Nombre de jeunes et d'adultes ayant reçu des services en toxicomanie et en jeu pathologique de première ligne offerts par les CSSS	▪ Augmentation

²¹. Ces interventions se réaliseront en s'appuyant sur des continuums de services qui impliquent les CSSS et les centres jeunesse.

Objectifs montréalais 2010-2015

Jeunes en difficulté

1. Intervenir de façon concertée afin de réduire le nombre de signalements en protection de la jeunesse pour un motif de négligence ou de troubles de comportement;
2. Favoriser la continuité des soins et la stabilité des liens pour les enfants placés en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse.

Santé mentale

Poursuivre l'implantation du plan d'action montréalais en santé mentale et augmenter le nombre de places pour des ressources complémentaires telles que les services de crise, le soutien d'intensité variable (SIV) et le suivi intensif dans le milieu (SIM) et ce, en fonction des disponibilités financières.

Dépendance

1. Revoir l'offre de service régionale en fonction des orientations en dépendances 2007-2012 du MSSS :
 - a) Faciliter l'accès aux personnes à risque d'abus ou de dépendance à des services de 1^{re} ligne en toxicomanie et en jeu pathologique;
 - b) Réduire les délais d'accès pour l'évaluation spécialisée en dépendance.
2. Poursuivre le développement des équipes de liaison dans les urgences des centres hospitaliers avec les centres de réadaptation en toxicomanie (CRPAT).

Planification stratégique, MSSS 2010-2015		
Enjeu 2 : La primauté des services de première ligne dans une perspective d'intégration et de hiérarchisation des services		
Orientation 2 : Assurer un suivi interdisciplinaire et continu des clientèles ayant des besoins spécifiques		
<u>Axe d'intervention</u> : Personnes ayant une déficience et leur famille		
Objectif	Indicateur	Cible
Assurer la coordination des services dispensés par plusieurs établissements aux personnes ayant une déficience et à leur famille	▪ Nombre de personnes ayant une déficience pour qui, dans l'année de référence, un plan de services individualisé (PSI) : - a été élaboré par un CR - dans lequel le CSSS est impliqué	▪ Augmentation

Objectifs montréalais 2010-2015
Déficience intellectuelle (DI) et troubles envahissants du développement (TED) Mettre en œuvre les recommandations du plan d'action montréalais 2009-2012 – <i>Services destinés aux personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement</i> : 1. Améliorer l'accès, l'intensité et l'intégration des services pour les personnes ayant une déficience et ce, suivant les paramètres du Plan d'accès; 2. Implanter le plan de service individualisé intersectoriel (PSII) (formation et cadre de référence) dans le cadre de l'entente MESS-MELS; 3. Implanter une offre de service pour les personnes présentant des troubles graves du comportement en situation de crise; 4. Implanter le plan <i>Transition école vie active</i> (TEVA).
Déficience physique 1. Favoriser l'intégration et la participation sociale des personnes présentant une déficience; 2. Améliorer l'accès à des services spécialisés et ultraspecialisés de réadaptation avec l'intensité suffisante dans des délais raisonnables; 3. Améliorer la continuité des services; 4. Améliorer la qualité des services; 5. Augmenter le nombre de personnes ayant une déficience pour qui, dans l'année de référence, un plan de services individualisé (PSI) a été élaboré par un centre de réadaptation en déficience physique (CRDP) et dans lequel le CSSS est impliqué.

Objectifs montréalais 2010-2015

Orthophonie

Mettre en œuvre les recommandations du plan d'action montréalais – *Amélioration de la performance des services d'orthophonie pour les enfants et les jeunes* :

1. Consolider une offre de service en 1^{re} ligne harmonisée qui implique la présence d'orthophonistes et une approche en intervention précoce pour les 0-5 ans;
2. Développer une offre intégrée de services CSSS, CRDITED, CRDP, CHSGS pour les 0-5 ans;
3. Améliorer l'offre de service aux enfants et aux jeunes ayant des difficultés langagières (jeunes d'âge scolaire 5-21 ans).

Planification stratégique, MSSS 2010-2015		
Enjeu 2 : La primauté des services de première ligne dans une perspective d'intégration et de hiérarchisation des services		
Orientation 3 : Assurer des services adaptés aux besoins d'une population vieillissante		
Axe d'intervention : Réseaux de services intégrés		
<i>Objectif</i>	<i>Indicateur</i>	<i>Cible</i>
Poursuivre la mise en place des réseaux de services intégrés pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (RSIPA) dans chaque territoire local, en favorisant leur implantation telle que définie dans les lignes directrices du MSSS en cette matière	Degré d'implantation des réseaux de services intégrés pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (RSIPA)	55 % d'implantation à l'échelle du Québec en 2015

Objectifs montréalais 2010-2015
Personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement - Mettre en place dans chaque CSSS, un réseau local de services intégrés pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (RSIPA) et ses composantes : guichet unique, fonction de gestion de cas, OEMC, outil de détection des personnes vulnérables, PSI et implantation des Iso-SMAF : - Offrir une gamme de services diversifiée et adaptée aux besoins en évolution des personnes en perte d'autonomie, principalement dans le déploiement de solutions centrées sur l'adéquation du milieu de vie.

Planification stratégique, MSSS 2010-2015		
Enjeu 2 : La primauté des services de première ligne dans une perspective d'intégration et de hiérarchisation des services		
Orientation 3 : Assurer des services adaptés aux besoins d'une population vieillissante		
Axe d'intervention : Offre de service adaptée		
<i>Objectif</i>	<i>Indicateur</i>	<i>Cible</i>
Favoriser l'adoption de pratiques organisationnelles et cliniques adaptées aux personnes âgées en centre hospitalier	% des centres hospitaliers ayant mis en place la majorité des composantes reliées à l'implantation de l'approche adaptée à la personne âgée en centre hospitalier	60 % des centres hospitaliers en 2015

Objectifs montréalais 2010-2015
Personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement 1. Implanter l'approche gériatrique dans les CHSGS définie dans le document d'orientation « L'approche gériatrique transhospitalière » adopté en décembre 2008.

Planification stratégique, MSSS 2010-2015		
Enjeu 2 : La primauté des services de première ligne dans une perspective d'intégration et de hiérarchisation des services		
Orientation 4 : Favoriser le soutien à domicile des personnes ayant des incapacités		
Axe d'intervention : Services de soutien à domicile		
Objectifs	Indicateurs	Cibles
Définir l'offre de service de soutien à domicile pour l'ensemble des clientèles susceptibles de requérir ces services, incluant les familles et les proches aidants, selon les profils de besoins, les milieux de vie et en précisant les modalités de contribution des usagers	Offre de service définie selon les profils de besoins et les milieux de vie	2012
Assurer une offre globale de service de soutien à domicile de longue durée pour s'adapter à l'augmentation des besoins de l'ensemble des clientèles, incluant les familles et les proches-aidants	Nombre total d'heures de services de soutien à domicile de longue durée rendues par les différents modes de dispensation de services (CSSS)	Hausse de 10 % d'ici 2015

Objectifs montréalais 2010-2015
Personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement - Intensifier les services de soutien à domicile en fonction des besoins variés de la clientèle; - Soutenir les proches-aidants et les organismes communautaires œuvrant auprès des aînés; - Améliorer la qualité de vie des personnes en lourde perte d'autonomie; - Rendre disponible des outils informatiques aux intervenants œuvrant en soins à domicile pour une clientèle en perte d'autonomie liée au vieillissement.
Déficiência intellectuelle (DI) et troubles envahissants du développement (TED) - Accroître l'offre globale de services en soutien à domicile aux personnes présentant une déficiencia intellectuelle ou un TED; - Améliorer l'accès à des services de soutien pour les familles des personnes présentant une déficiencia intellectuelle ou un TED.
Déficiência physique - Accroître l'offre globale de soutien à domicile destinée aux personnes handicapées avec l'intensité requise et sur la base des besoins; - Améliorer l'accès à des services de soutien pour les familles des personnes handicapées.
Informatisation Compléter de façon intégrée au dossier OACIS, l'informatisation des soins et services à domicile en ajoutant les modules permettant l'élaboration, la réalisation et le suivi des plans d'intervention et la télésurveillance.

Planification stratégique, MSSS 2010-2015		
Enjeu 2 : La primauté des services de première ligne dans une perspective d'intégration et de hiérarchisation des services		
Orientation 4 : Favoriser le soutien à domicile des personnes ayant des incapacités		
<u>Axe d'intervention</u> : Diversification des milieux de vie		
<i>Objectif</i>	<i>Indicateur</i>	<i>Cible</i>
Augmenter et diversifier l'offre de milieux de vie accessibles aux personnes ayant des incapacités significatives et persistantes (personnes âgées en perte d'autonomie, personnes atteintes de déficience, personnes atteintes de problèmes de santé mentale et autres)	■ Nombre de places en ressources résidentielles de proximité	■ Augmentation

Objectifs montréalais 2010-2015
Personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement
1. Diversifier l'offre de service d'hébergement : a) Augmenter et diversifier l'offre de milieux de vie répondant aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie (ex. : ressources non institutionnelles, RNI); b) Éliminer progressivement les lits des unités de soins de longue durée dans les centres hospitaliers; ⇒ Poursuivre le développement des 1 704 places prévues en ressources alternatives (1 122 / 1 704 places ont été développées); ⇒ Poursuivre le rehaussement des 6 666 lits en CHSLD (1 635 / 6 666 lits rehaussés); ⇒ Poursuivre la fermeture des places en unités de soins de longue durée (USLD) (428 / 719 places réalisées).

Planification stratégique, MSSS 2010-2015		
Enjeu 3 : Un délai raisonnable pour l'accès aux services		
Orientation 1 : Assurer l'accès aux services sociaux et de réadaptation dans les délais acceptables		
Objectifs	Indicateurs	Cibles
Assurer aux personnes ayant une déficience un accès aux services dont elles ont besoin dans les délais établis : - pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité urgente : 3 jours - pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité élevée : 30 jours en CSSS et 90 jours en CR - pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité modérée : 1 an	▪ % de personnes ayant une déficience traitées dans les délais établis	▪ 90 % des personnes traitées dans les délais établis en 2015
Réduire les délais d'attente pour l'évaluation spécialisée en dépendance	▪ % des personnes qui sont évaluées en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins	▪ 80 % des personnes en 2015

Objectifs montréalais 2010-2015
Déficience physique 1. Améliorer l'accès, l'intensité et l'intégration des services pour les personnes ayant une déficience et ce, suivant les paramètres du <i>Plan d'accès</i>; 2. Améliorer l'accès à des services spécialisés et ultraspecialisés de réadaptation avec l'intensité suffisante dans des délais raisonnables.
Déficience intellectuelle (DI) et troubles envahissants du développement (TED) 1. Améliorer l'accès, l'intensité et l'intégration des services pour les personnes ayant une déficience et ce, suivant les paramètres du <i>Plan d'accès</i>; 2. Augmenter les ressources dédiées au programme d'interventions comportementales intensives (ICI) et à la stimulation précoce des enfants ayant une DI (0-5 ans).

Planification stratégique, MSSS 2010-2015

Enjeu 3 : Un délai raisonnable pour l'accès aux services

Orientation 2 : Assurer l'accès aux services de santé dans les délais acceptables

Axe d'intervention : Médecine et chirurgie

Objectifs	Indicateurs	Cibles
Assurer aux personnes inscrites au mécanisme central un accès aux chirurgies dans un délai de 6 mois	▪ % de personnes inscrites au mécanisme central traitées à l'intérieur de 6 mois pour : - une chirurgie d'un jour - une chirurgie avec hospitalisation - une arthroplastie totale de la hanche - une arthroplastie totale du genou - une cataracte - autres chirurgies (à préciser)	▪ 90 % des personnes en 2015
Assurer aux personnes atteintes d'une maladie cardiovasculaire les services dans les délais établis	▪ % des personnes traitées à l'intérieur des délais établis : - Hémodynamie - o Catégorie A : moins de 2 semaines - o Catégorie B : de 2 semaines à 2 mois - Chirurgie cardiaque - o Catégorie A : moins de 2 semaines - o Catégorie B : de 2 semaines à 3 mois - Électrophysiologie - o Catégorie A : moins de 72 heures - o Catégorie B : de 72 heures à 3 mois	▪ 100 % des personnes ▪ 90 % des personnes ▪ 100 % des personnes ▪ 90 % des personnes ▪ 100 % des personnes ▪ 75 % des personnes
Assurer aux personnes atteintes de cancer les services à l'intérieur d'un délai de 28 jours	▪ % de personnes traitées à l'intérieur d'un délai de 28 jours en : - radiooncologie - chirurgie oncologique - chimiothérapie/traitements systémiques	▪ 90 % des personnes en 2015

Objectifs montréalais 2010-2015

Santé physique

1. Assurer l'accès aux chirurgies (ex. : arthroplastie totale de la hanche ou du genou, cataracte) dans les délais établis;
2. Assurer l'accès en hémodynamie, en chirurgie cardiaque et en électrophysiologie dans les délais établis.

Planification stratégique, MSSS 2010-2015		
Enjeu 3 : Un délai raisonnable pour l'accès aux services		
Orientation 2 : Assurer l'accès aux services de santé dans les délais acceptables		
<u>Axe d'intervention</u> : Urgences		
<i>Objectifs</i>	<i>Indicateurs</i>	<i>Cibles</i>
Assurer une durée de séjour acceptable à l'urgence* pour les personnes sur civière	▪ % des séjours de 24 heures et plus sur civière ▪ % des séjours de 48 heures et plus sur civière ▪ Séjour moyen sur civière	▪ Au plus 15 % des séjours en 2015 ▪ Moins de 1 % en 2015 ▪ 12 heures ou moins
* Plusieurs mesures du Plan stratégique contribuent à l'atteinte de cet objectif		

Objectifs montréalais 2010-2015
Mettre en œuvre le plan d'action régional sur la gestion intégrée des salles d'urgences 1. Afin de réduire l'encombrement des urgences et assurer une durée de séjour acceptable à l'urgence pour les personnes sur civière : a) Augmenter la rapidité d'accès aux ressources d'hébergement; b) Assurer une gestion optimale de la salle d'urgence en CHSGS; c) Augmenter la prise en charge par la 1^{re} ligne et les CSSS; d) Poursuivre le projet pilote d'orientation des patients de priorités 4 et 5 vers les cliniques médicales.

Planification stratégique, MSSS 2010-2015		
Enjeu 3 : Un délai raisonnable pour l'accès aux services		
Orientation 2 : Assurer l'accès aux services de santé dans les délais acceptables		
Axe d'intervention : Santé mentale		
Objectifs	Indicateurs	Cible
Assurer aux personnes ayant des problèmes de santé mentale l'accès : ▪ aux services spécifiques de première ligne offerts par les CSSS à l'intérieur de 30 jours ▪ aux services spécialisés de deuxième et troisième ligne à l'intérieur de 60 jours	▪ % de personnes dont les services ont débuté à l'intérieur des délais établis	▪ Augmentation

Objectifs montréalais 2010-2015
Plan de transformation des services en santé mentale 1. Poursuivre rapidement le développement des équipes de 1^{re} ligne en CSSS pour les adultes et les enfants; 2. Harmoniser les services de 1^{re} ligne avec ceux de la 2^e ligne; 3. Poursuivre les travaux sur la définition des soins de 3^e ligne afin de cibler les besoins spécifiques de certains hôpitaux et stimuler le transfert des ressources prévues vers la 1^{re} ligne.

Planification stratégique, MSSS 2010-2015		
Enjeu 3 : Un délai raisonnable pour l'accès aux services		
Orientation 2 : Assurer l'accès aux services de santé dans les délais acceptables		
<u>Axe d'intervention</u> : Références aux services médicaux spécialisés		
<i>Objectifs</i>	<i>Indicateurs</i>	<i>Cibles</i>
Améliorer la référence au médecin spécialiste pour le médecin de famille	% des CSSS ayant un mécanisme de référence au médecin spécialiste pour le médecin de famille	40 % des CSSS en 2015
Assurer des corridors d'accès aux services spécialisés et surspécialisés requis en s'appuyant sur les réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) pour les services diagnostiques, les services cliniques et la télémédecine	Ententes formelles établies par territoire de RUIS	

Objectifs montréalais 2010-2015
- Soutenir les équipes multidisciplinaires en 1^{re} ligne en améliorant l'accès : - aux plateaux diagnostiques (laboratoires, imagerie, etc.); - à des consultations de la part de spécialistes; - à des systèmes d'information performants (dossier clinique informatisé). - Implanter l'accueil clinique afin de favoriser, pour les omnipraticiens, l'arrimage avec les médecins spécialistes et les services diagnostiques, et ce pour des clientèles particulières.

Planification stratégique, MSSS 2010-2015		
Enjeu 4 : La qualité des services et l'innovation		
Orientation 1 : Assurer la qualité et la sécurité des soins et des services		
<u>Axe d'intervention</u> : Démarche intégrée de qualité		
<i>Objectif</i>	<i>Indicateur</i>	<i>Cible</i>
Élaborer une politique d'assurance qualité qui permet : ▪ de donner une vision intégratrice de l'assurance qualité ▪ d'harmoniser les différents mécanismes d'évaluation et d'appréciation de la qualité ▪ de préciser les modalités de mise en œuvre et de suivi des normes établies	▪ Politique élaborée	▪ 2011

Objectifs montréalais 2010-2015	
1. Élaborer d'ici 2011 des outils et mécanismes régionaux permettant l'intégration des diverses dimensions relatives à la qualité; 2. S'assurer que d'ici 2015, 100 % des établissements publics auront adopté la politique ministérielle d'assurance qualité qui sera élaborée.	

Planification stratégique, MSSS 2010-2015		
Enjeu 4 : La qualité des services et l'innovation		
Orientation 1 : Assurer la qualité et la sécurité des soins et des services		
<u>Axe d'intervention</u> : Contrôle des infections nosocomiales		
<i>Objectif</i>	<i>Indicateur</i>	<i>Cible</i>
Maintenir les taux d'infections nosocomiales faisant l'objet d'une surveillance provinciale en deçà des seuils établis	% de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux taux établis	90 % des CHSGS en 2015

Objectifs montréalais 2010-2015
Réaliser le plan d'action régional en santé publique et les PAL qui en découlent pour 2010-2015 1. Prévenir les infections nosocomiales.

Planification stratégique, MSSS 2010-2015		
Enjeu 4 : La qualité des services et l'innovation		
Orientation 2 : Soutenir l'implantation de standards cliniques		
<i>Objectif</i>	<i>Indicateur</i>	<i>Cible</i>
Mettre en place un organisme chargé de promouvoir l'excellence clinique en santé et en services sociaux et l'utilisation efficace des ressources	Organisme de promotion de l'excellence clinique en santé et en services sociaux mis en place	2011

Objectifs montréalais 2010-2015
De niveau national seulement

Planification stratégique, MSSS 2010-2015		
Enjeu 4 : La qualité des services et l'innovation		
Orientation 3 : Valoriser l'apport de la mission universitaire au sein du réseau de la santé et des services sociaux		
Objectifs	Indicateurs	Cibles
Identifier dans chaque établissement les créneaux d'expertise en services de santé et en services sociaux dans une perspective de complémentarité entre les établissements ²²	Créneaux d'expertise identifiés	2010-2015
Favoriser le transfert des connaissances issues de la recherche destinées et adaptées au réseau de la santé et des services sociaux	% d'établissements avec désignation universitaire ayant mis en place une structure fonctionnelle de transfert des connaissances - Inventaire des activités de transfert des connaissances destinées au réseau réalisées	100 % en 2015
Assurer la réalisation d'évaluation des technologies et des modes d'intervention (ou de pratique) en santé et en services sociaux dans les établissements ayant une désignation universitaire	- Nombre de projets d'évaluation réalisés - par les unités d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) - par les unités d'évaluation des modes de pratique en services sociaux	Augmentation
Assurer la formation et la disponibilité de milieux de stage adaptés et diversifiés, notamment pour les disciplines de base, dans les régions du Québec	Nombre de milieux de stage par discipline (santé)	Augmentation

Objectifs montréalais 2010-2015
Plan d'action sur la disponibilité de la main-d'œuvre (PADMO) 2008-2011 : axe attraction
- Valoriser l'apport de la mission universitaire au sein du réseau de la santé et des services sociaux; - Favoriser le transfert des connaissances issues de la recherche destinées et adaptées au réseau de la santé et des services sociaux; - Assurer la formation et la disponibilité de milieux de stage adaptés et diversifiés notamment pour les disciplines de base : - D'ici 2015, que 100 % des établissements visés aient déployé le logiciel de gestion des stages HSP qui assure la formation et la disponibilité des milieux de stage adaptés et diversifiés notamment pour les disciplines de base. - Développer des partenariats interministériels et intersectoriels visant à accroître la disponibilité de la main-d'œuvre dans le réseau : - D'ici 2015, que les établissements montréalais visés aient un taux de placement de 100 % des demandes de stages qui leur sont adressées et ce, afin d'assurer une relève compétente.

²². Les créneaux d'expertise seront identifiés au regard de l'ensemble de la mission universitaire (services cliniques, enseignement, recherche, évaluation des technologies et des modes de pratique).

Planification stratégique, MSSS 2010-2015

Enjeu 4 : La qualité des services et l'innovation

Orientation 4 : Assurer l'intégration et la circulation de l'information clinique

Objectifs	Indicateurs	Cibles
Soutenir l'utilisation des dossiers médicaux électroniques (DME) dans les cliniques médicales et des dossiers cliniques informatisés (DCI) dans les établissements	- Processus de qualification d'un nombre limité de solutions informatiques de DME et de DCI réalisé % d'établissements qui utilisent une solution informatique de DCI	2011 50 % des établissements en 2015
Implanter le Dossier de santé du Québec (DSQ) et l'intégrer à la stratégie d'informatisation du réseau	% des médecins, pharmaciens et infirmières ayant accès aux bases de données du DSQ	70 % des médecins, pharmaciens et infirmières en 2015

Objectifs montréalais 2010-2015

1. Actualiser les priorités cliniques du Plan stratégique régional des ressources informationnelles 2010-2015 :
 - a) Implanter dans 80 % des établissements le dossier clinique informatisé (DCI) OACIS donnant accès de façon intégrée au Dossier de santé du Québec (DSQ) et ce, dans l'ensemble des établissements incluant les GMF-CR-CRI publics;
 - b) Doter les GMF-CR et CRI d'un DCI certifié et déployer le DSQ;
 - c) Que 100 % des 12 CSSS et 10 CH aient déployé de façon intégrée au dossier OACIS, les formulaires cliniques permettant d'évaluer les personnes âgées desservies dans les réseaux de services intégrés (RSIPA) : OEMC, Iso-SMAF, Prisma 7;
 - d) Que 100 % des 89 établissements aient complété de façon intégrée au dossier OACIS, l'informatisation des soins et services à domicile en ajoutant les modules permettant l'élaboration, la réalisation et le suivi des plans d'intervention et de télésurveillance.

Planification stratégique, MSSS 2010-2015		
Enjeu 5 : L'attraction, la rétention et la contribution optimale des ressources humaines		
Orientation 1 : Assurer l'équilibre entre l'offre et la demande de main-d'œuvre qualifiée		
Axe d'intervention : Disponibilité de la main-d'œuvre médicale		
<i>Objectifs</i>	<i>Indicateurs</i>	<i>Cibles</i>
Assurer une répartition équitable des postes de résidence entre l'omnipratique et la médecine spécialisée	% des postes de résidence comblés par des personnes inscrites en médecine familiale	50 % des postes à partir de 2010-2011
Assurer une répartition équitable des médecins de famille et spécialistes dans toutes les régions du Québec	- Niveau d'atteinte des cibles de recrutement de nouveaux médecins aux plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) en médecine de famille par catégorie de régions - Niveau d'atteinte des cibles de recrutement de nouveaux médecins aux plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) par rapport aux postes autorisés en établissement en médecine spécialisée par catégorie de régions	80 % 80 %

Objectifs montréalais 2010-2015
De niveau national seulement

Planification stratégique, MSSS 2010-2015		
Enjeu 5 : L'attraction, la rétention et la contribution optimale des ressources humaines		
Orientation 1 : Assurer l'équilibre entre l'offre et la demande de main-d'œuvre qualifiée		
Axe d'intervention : Disponibilité de la main-d'œuvre du réseau		
Objectifs	Indicateurs	Cibles
Produire et mettre à jour annuellement le plan de main-d'œuvre aux niveaux local, régional et national de façon à identifier et mettre en œuvre les stratégies pour assurer l'équilibre entre les effectifs requis et disponibles	% d'établissements et d'agences ayant mis à jour annuellement un plan de main-d'œuvre	100 % des établissements
Réduire le temps travaillé en heures supplémentaires dans l'ensemble des secteurs d'activité	% des heures travaillées en heures supplémentaires	Diminution de 10 % d'ici 2015
Réduire le recours à la main-d'œuvre indépendante dans les secteurs d'activité clinique	% des heures travaillées par du personnel clinique à l'emploi des agences privées (personnel infirmier, autres secteurs à préciser)	Diminution de 25 % en soins infirmiers d'ici 2015

Objectifs montréalais 2010-2015
1. Mettre à jour annuellement les indicateurs du plan de disponibilité sur la main-d'œuvre aux niveaux local et régional de façon à identifier et mettre en œuvre les stratégies pour assurer l'équilibre entre les effectifs requis et disponibles; 2. Poursuivre l'implantation de mesures identifiées dans le plan 2008-2011; 3. S'assurer de la production des plans locaux par les établissements : a) Que d'ici 2011, 100 % des établissements aient élaboré un plan de disponibilité de la main-d'œuvre. 4. Implanter un modèle de gestion prévisionnelle de la main-d'œuvre dans le réseau montréalais de la santé et des services sociaux; 5. Réduire le temps travaillé en heures supplémentaires dans l'ensemble des secteurs d'activité : a) Réduire d'ici 2015 de 10 % les heures travaillées en heures supplémentaires dans l'ensemble des secteurs d'activité. 5. Réduire le recours à la main-d'œuvre indépendante dans les secteurs d'activité clinique : a) Diminuer d'ici 2015 de 25 % les heures travaillées par du personnel en soins infirmiers à l'emploi des agences privées (personnel infirmier et autres secteurs à préciser).

Planification stratégique, MSSS 2010-2015		
Enjeu 5 : L'attraction, la rétention et la contribution optimale des ressources humaines		
Orientation 2 : Offrir des conditions de travail et de pratique attractives et valorisantes		
Objectifs	Indicateurs	Cibles
Assurer une utilisation optimale des compétences du personnel par la mobilisation des établissements à réaliser une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail	% d'établissements ayant réalisé une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail	100 % d'ici 2015
Favoriser l'adaptation à la profession et au milieu de travail de la relève professionnelle	% d'établissements ayant mis en œuvre un programme de soutien à la relève professionnelle	100 % d'ici 2015
Mettre en œuvre des mesures pour améliorer le climat de travail et favoriser la santé et le bien-être du personnel du réseau et du Ministère en s'appuyant sur les programmes de type Entreprise en santé	% d'établissements accrédités par un programme reconnu visant l'amélioration du climat de travail - Obtention et maintien par le Ministère de la certification selon la norme Entreprise en santé - Ratio d'assurance salaire - Ratio CSST	100 % d'ici 2015 - Certification obtenue en 2010 - Diminution de 10 % d'ici 2015 - À déterminer

Objectifs montréalais 2010-2015
- Assurer une utilisation optimale des compétences du personnel par la mobilisation des établissements à réaliser une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail : - Que 100 % des établissements aient réalisé d'ici 2015 une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail. - Favoriser l'adaptation à la profession et au milieu de travail de la relève professionnelle : - Que 100 % des établissements aient mis en œuvre un programme de soutien à la relève professionnelle; - Que 100 % des établissements soient accrédités par un programme reconnu visant l'amélioration du climat de travail. - Mettre en œuvre des mesures pour améliorer le climat de travail et favoriser la santé et le bien-être du personnel du réseau et du Ministère en s'appuyant sur les programmes de type employeurs de choix : - Diminuer de 10 % le ratio d'assurance salaire en établissements et d'un pourcentage à déterminer pour le ratio en CSST.

Planification stratégique, MSSS 2010-2015		
Enjeu 5 : L'attraction, la rétention et la contribution optimale des ressources humaines		
Orientation 3 : Soutenir le renouvellement du personnel d'encadrement et l'évolution des pratiques de management		
<i>Objectifs</i>	<i>Indicateurs</i>	<i>Cibles</i>
Mettre en place au niveau national un programme de relève du personnel d'encadrement de niveau supérieur (DG et DGA)	Nombre de cadres supérieurs admis au programme de relève des hors cadres sur la cible fixée	À déterminer annuellement
Réaliser des initiatives novatrices qui visent l'amélioration des conditions d'exercice et de soutien au rôle et aux responsabilités des cadres	% des projets réalisés conformément au plan 2010-2012 sur l'amélioration des conditions d'exercice et de soutien des cadres	100 % des projets d'ici 2015

Objectifs montréalais 2010-2015	
1.	Assurer au niveau régional la participation à un programme de relève du personnel d'encadrement de niveau supérieur (DG et DGA) : a. Nombre de cadres supérieurs admis au programme de relève des hors cadres sur la cible fixée (cible à déterminer).
2.	Réaliser des initiatives novatrices qui visent l'amélioration des conditions d'exercice et de soutien au rôle et aux responsabilités des cadres : a. Que 75 % des établissements publics aient prévu d'ici 2015 des initiatives novatrices à leur plan d'action et qu'ils auront mis en place des indicateurs visant l'amélioration des conditions d'exercice et de soutien des cadres.

Planification stratégique, MSSS 2010-2015

Enjeu 6 : Une gestion performante et une gouvernance imputable

Orientation 1 : Améliorer la performance du système de santé et de services sociaux

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

<i>Objectifs</i>	<i>Indicateurs</i>	<i>Cibles</i>
Mettre en œuvre des projets structurés d'optimisation de l'utilisation des ressources	% des établissements ayant réalisé un projet d'optimisation de l'utilisation des ressources	100 des établissements en 2015
Développer des indicateurs comparatifs d'amélioration de la productivité pour certains secteurs	Méthodologie et indicateurs disponibles	2010-2015

Objectifs montréalais 2010-2015

Mettre en œuvre le *Plan régional pour l'optimisation de la gestion et de l'utilisation des ressources*

1. Les projets retenus devront viser :
 - a) L'utilisation efficace et efficiente des ressources humaines en situation de pénurie;
 - b) Rejoindre un grand nombre d'usagers;
 - c) Assurer une utilisation rationnelle (économique) des ressources.
2. Les partenariats interrégionaux :
 1. Au plan de l'organisation des services :
 - a) Participer activement aux travaux du comité ministériel Montréal – Périphérie.
 2. Au plan des ressources informationnelles :
 - a) Soutenir les régions qui décident d'implanter le dossier clinique informatisé OACIS (ex. : Lanaudière, Saguenay-Lac-St-Jean).

Planification stratégique, MSSS 2010-2015		
Enjeu 6 : Une gestion performante et une gouvernance imputable		
Orientation 1 : Améliorer la performance du système de santé et de services sociaux		
<u>Axe d'intervention</u> : Suivi et rétroaction sur la performance		
<i>Objectifs</i>	<i>Indicateurs</i>	<i>Cibles</i>
Évaluer la performance du système de santé et de services sociaux et assurer une rétroaction publique sur les résultats	▪ Cadre d'analyse déposé ▪ Modalités de production et de rétroaction instaurées	▪ 2011 ▪ 2012

<i>Objectifs montréalais 2010-2015</i>
1. Développer un leadership organisationnel fort pour mobiliser les gestionnaires et professionnels du réseau autour des changements souhaités dans la vision renouvelée du modèle montréalais. 2. Poursuivre l'élaboration des tableaux de bord en lien avec la mise en œuvre des plans d'action régionaux.

Planification stratégique, MSSS 2010-2015		
Enjeu 6 : Une gestion performante et une gouvernance imputable		
Orientation 2 : Clarifier les rôles, les responsabilités et l'imputabilité des organisations et des gouvernants du réseau de la santé et des services sociaux		
<i>Objectifs</i>	<i>Indicateurs</i>	<i>Cibles</i>
Clarifier, dans une perspective de subsidiarité, le partage des responsabilités ainsi que les règles d'imputabilité entre les niveaux national, régional et local	▪ Précisions apportées par voie administrative ou législative	▪ 2011-2012
Procéder à l'allègement de la réglementation et des normes administratives en vigueur	▪ Réglementation et normes administratives révisées	▪ 2011-2015

Objectifs montréalais 2010-2015
De niveau national seulement

CONCLUSION ET QUESTIONS DE CONSULTATION

La consultation qui s'amorce vise, d'ici le mois de mai 2010, à valider la pertinence des priorités proposées, le degré d'importance à accorder à chacune, la valeur des résultats attendus et notre capacité de les atteindre par les actions proposées et les stratégies envisagées au plan de la main-d'œuvre, des ressources matérielles, informationnelles et financières.

Nous sollicitons donc la contribution du milieu montréalais afin de bonifier les propositions initiales et de bâtir un consensus fort en faveur du Plan stratégique régional 2010-2015 que l'Agence adoptera au mois de juin prochain.

Ce plan, une fois adopté, aura un impact déterminant sur :

- Les priorités d'allocation des ressources
- Les ententes de gestion entre l'Agence et le ministère et les établissements de Montréal
- Les projets à mener avec nos partenaires régionaux

Les priorités régionales 2010-2015

1. Une première ligne forte centrée sur la personne et ayant un accès rapide à des services diagnostiques et de prise en charge
2. Une meilleure gestion des maladies chroniques
3. Intervenir précocement auprès des tout-petits, des jeunes et leurs familles
4. Compléter la mise en œuvre des grandes réorganisations de services
5. Collaborer avec nos partenaires à la réduction des inégalités de santé et de bien-être

Questions de consultation :

- Êtes-vous en accord avec les cinq priorités proposées ?
- Dans quel ordre devrions-nous les réaliser ?
- Devrait-on en éliminer une et si oui, laquelle ?
- Quelles sont vos suggestions quant aux moyens à mettre en place pour atteindre ces priorités ?

VOTRE OPINION COMPTE

À l'intention des gestionnaires et professionnels des établissements, des regroupements d'établissements, des regroupements d'organismes communautaires, des associations médicales, des associations syndicales, des groupes et associations à vocation socioéconomique et de la population.

Réponses écrites aux questions de consultation

Les personnes et les groupes désirant envoyer leurs réponses aux questions de consultation sont invités à le faire avant le 29 mars 2010 :

Par courriel : prioritesmontreal_2010-2015@ssss.gouv.qc.ca

Par la poste : David Levine
Planification stratégique 2010-2015
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
3725, rue Saint-Denis
Montréal (Québec) H2X 3L9

Par télécopieur : (514) 286-5669

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

Québec 