



Convergence. Émergence.

Plan stratégique régional

Approbation ministérielle
4 mars 2011

2010
-
2015

Agence de la santé
et des services sociaux
des Laurentides

Québec 

Table des matières

Liste des abréviations et des sigles	4
Nos partenaires	5
Mot du président-directeur général	7
Approbation ministérielle	8
Résolution du conseil d'administration	9
Préambule	11
Chapitre 1 : Notre mission, nos valeurs organisationnelles et notre vision	13
Chapitre 2 : La région des Laurentides	19
Chapitre 3 : Le portrait de santé et de bien-être de la population	21
Chapitre 4 : Les orientations stratégiques régionales	27
Conclusion	39
Tableau synoptique	41

Liste des abréviations et des sigles

CH	Centre hospitalier
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CLSC	Centre local de services communautaires
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CJ	Centre jeunesse
CPEJ	Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse
CRDI	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle
CRDP	Centre de réadaptation en déficience physique
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DI	Déficience intellectuelle
DP	Déficience physique
DRMG	Département régional de médecine générale
DSP	Direction des services professionnels
DSQ	Dossier santé du Québec
EES	École en santé
ESCC	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
GMF	Groupe de médecine de famille
ITSS	Infections transmissibles sexuellement et par le sang
MRC	Municipalité régionale de comté
MOI	Main-d'oeuvre indépendante
PAR SP	Plan d'action régional en santé publique
PNSP	Plan national en santé publique
RFI	Réadaptation fonctionnelle intensive
RIV	Réadaptation d'intensité variable
RLS	Réseau local de services
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
UTRF	Unité transitoire de réadaptation fonctionnelle
TED	Troubles envahissants du développement

Merci à nos partenaires et collaborateurs

CSSS d'Antoine-Labelle
CSSS d'Argenteuil
CSSS de Saint-Jérôme
CSSS des Pays-d'en-Haut
CSSS des Sommets
CSSS de Thérèse-De Blainville
CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes
Centre de réadaptation en dépendance et toxicomanies André-Boudreau
Centre de réadaptation en déficience intellectuelle du Florès
Centre de réadaptation en déficience physique Le Bouclier
Centre jeunesse des Laurentides
CHSLD Vigi-Santé Deux-Montagnes
CHSLD Groupe Champlain Villa Soleil
La Résidence de Lachute
CHSLD Groupe Champlain Pavillon Ste-Marie

Comité de direction de la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée
Comité de gestion du réseau régional
Commission infirmière régionale
Commission régionale multidisciplinaire
Curateur public du Québec, direction territoriale Nord, bureau de Saint-Jérôme
Département régional de médecine générale
Exécutif du conseil de médecins, dentistes et pharmaciens et chefs de département des CSSS
Forum de la population
Partenaires de la réussite éducative des jeunes dans les Laurentides (PREL)
Regroupement des organismes communautaires des Laurentides (ROCL)
Regroupement régional des établissements de santé et de services sociaux des Laurentides
Table régionale des ressources humaines et des directions cliniques
Table régionale des ressources informationnelles
Services préhospitaliers d'urgence des Laurentides

Mot du président-directeur général



Le plan stratégique régional 2010-2015 traduit notre volonté et notre engagement à tendre, comme région, vers la réussite et l'excellence et par conséquent à offrir encore et toujours des services accessibles et de qualité à toute la population des Laurentides.

Ce plan s'arrime aux orientations ministérielles et s'inscrit en continuité avec le Plan stratégique 2010-2015 du ministère de la Santé et des Services sociaux. Il décline les principaux défis régionaux auxquels nous serons conviés dans les prochaines années. Notre volonté de faire de la région un milieu de travail hautement attractif et valorisé traduit la grande préoccupation reliée aux ressources humaines. Améliorer l'accès aux services aux clientèles vulnérables personifie la mise en priorité que l'on doit exercer pour assurer une utilisation optimale des ressources mises à notre disposition. La consolidation des services de première ligne dans un contexte de hiérarchisation et de disparités régionales démontre la vision collective de l'importance de cette pierre angulaire dans notre réseau. Enfin le développement d'une synergie régionale pour faire face au manque de ressources financières traduit quant à elle notre responsabilisation et notre souci d'optimiser nos façons de faire et de trouver des solutions.

Le défi colossal de l'actualisation de cette planification doit prendre assise dans un partenariat renouvelé empreint de confiance et de solidarité. C'est pourquoi nous exprimons le souhait que, pour chacun d'entre nous, ce plan stratégique régional puise son sens au quotidien, dans le cœur de l'action et qu'il serve de point d'ancrage pour les choix que nous devons faire ensemble.

Merci à vous tous, acteurs et partenaires du réseau, qui avez accepté de vous impliquer dans cette démarche de consultation. À l'instar de nos valeurs, le processus se voulait rigoureux, souple, rassembleur, simple, respectueux des besoins, avec des indicateurs mesurables et réalistes et surtout en cohérence avec notre réalité. Il l'a été grâce à vous tous! Vous nous avez exprimé à maintes reprises que cet exercice en avait été un de mobilisation, là aussi votre mobilisation a été contagieuse et a permis de porter la réflexion encore plus loin.

Bonne lecture !

Marc Fortin, président-directeur général

Québec, le 4 mars 2011

Monsieur Marc Fortin
Président-directeur général
Agence de la santé et des services sociaux
des Laurentides
1000, rue Labelle, local 210
Saint-Jérôme (Québec) J7Z 5N6

Monsieur le Président-Directeur général,

Nous avons le plaisir de vous confirmer l'approbation du plan stratégique 2010-2015 de votre région, qui s'inscrit en cohérence avec les orientations ministérielles. Nous sommes reconnaissants des efforts investis pour mener à terme cette importante démarche de planification en collaboration avec l'ensemble de vos partenaires.

En lien avec ce plan stratégique, vous devrez produire annuellement un plan d'action et convenir avec le ministère de la Santé et des Services sociaux d'une entente de gestion et d'imputabilité précisant les cibles visées pour chacun des objectifs ministériels pour lesquels un engagement est attendu. Il faudra également rendre compte dans votre rapport annuel de gestion des résultats découlant de l'ensemble des objectifs poursuivis régionalement.

Nous vous rappelons que la réalisation de votre plan stratégique doit être assurée à même les crédits qui vous sont alloués. Nous vous soulignons également que des ajustements pourraient éventuellement être requis à votre planification stratégique, découlant des travaux entrepris avec les régions avoisinantes pour revoir l'organisation et la gestion de certains services, dont les services médicaux spécialisés.

Soyez assuré de notre soutien dans vos actions pour améliorer l'accès, la continuité, la qualité et la performance globale des services de santé et des services sociaux ainsi que la santé et le bien-être de la population de votre région et de l'ensemble du Québec.

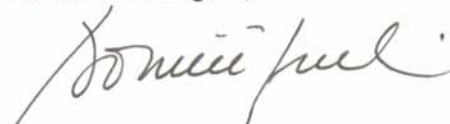
Veuillez agréer, Monsieur le Président-Directeur général, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le ministre,


Yves Bolduc

1075, chemin Sainte-Foy, 15^e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Téléphone : 418 266-7171
Télécopieur : 418 266-7197

La ministre déléguée,



Dominique Vien

1075, chemin Sainte-Foy, 15^e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Téléphone : 418 266-7181
Télécopieur : 418 266-7199

EXTRAIT du procès-verbal de la réunion du conseil d'administration de l'Agence des Laurentides, tenue à huis-clos le 15 décembre 2010 à l'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides, à Saint-Jérôme

PLAN STRATÉGIQUE RÉGIONAL 2010-2015 – RAPPORT FINAL

CONSIDÉRANT que l'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides a la responsabilité d'élaborer, pour sa région, un plan stratégique 2010-2015 en conformité avec les orientations ministérielles, dans le respect des standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience reconnus ainsi que des ressources disponibles tel que le stipule l'article 346.1 de la loi sur les services de santé et les services sociaux ;

CONSIDÉRANT que l'Agence a terminé sa démarche de planification stratégique au mois de juillet 2010, selon le calendrier établi ;

CONSIDÉRANT que la version préliminaire du plan stratégique régional a été transmise au Ministère, le 12 août 2010, tel que stipulé dans les attentes du Ministre 2010-2011 ;

CONSIDÉRANT que le conseil d'administration a adopté le 6 octobre 2010, la version préliminaire du plan stratégique régional 2010-2015 de l'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides sous réserve des modifications demandées par le comité d'analyse ministériel;

CONSIDÉRANT les commentaires émis par le comité d'analyse ministériel et ceux des membres du conseil d'administration ;

CONSIDÉRANT le suivi rigoureux exercé par le comité de planification et d'évaluation du conseil d'administration de l'Agence ;

Il est proposé par Mme Johanne Mongeau, appuyé par Mme France Laframboise,

D'ADOPTER LA VERSION FINALE DU PLAN STRATÉGIQUE RÉGIONAL 2010-2015 DE L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES SOUS RÉSERVE DE L'APPROBATION DU MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX.



EXTRAIT CERTIFIÉ CONFORME

Marc Fortin
Président-directeur général et
secrétaire du conseil d'administration



Préambule

Ce document présente le plan stratégique 2010-2015 de l'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides. Ce plan est le fruit d'une démarche régionale qui a offert un temps de réflexion collective avec le réseau et ses partenaires afin d'identifier des enjeux, de prioriser des orientations et de fixer des objectifs. Elle a été réalisée étroitement avec le conseil d'administration et son comité de planification et d'évaluation, le comité de direction, les cadres et les professionnels de l'Agence. Deux séances de travail se sont déroulées avec le comité de gestion du réseau régional et des rencontres ont eu lieu avec le comité de direction de la table régionale des chefs de département de médecine spécialisée, le département régional de médecine générale, l'exécutif du CMDP et les chefs de département de chaque CSSS, la commission infirmière régionale, la commission régionale multidisciplinaire, la table régionale des ressources humaines et des directions cliniques, la table régionale des ressources informationnelles, le forum de la population, le regroupement des présidents des conseils d'administration et des directeurs généraux de la région ainsi que le regroupement des organismes communautaires des Laurentides.

Plus de 400 personnes ont été consultées lors de ces rencontres dont environ 150 au cours de la tenue de cinq forums de consultation par programmes-services ou par continuums de services soit :

- 1) Santé physique, maladies chroniques, lutte contre le cancer et services généraux psychosociaux;
- 2) Famille-enfance-jeunesse, jeunes en difficulté, jeunes ayant des problèmes de santé mentale, de dépendances;
- 3) Personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement;
- 4) Adultes ayant des problèmes de santé mentale, de dépendances, de violence, d'itinérance;
- 5) Jeunes et adultes présentant une déficience physique, une déficience intellectuelle, des troubles envahissants du développement.

Les consultations ont donné l'occasion aux participants de connaître les priorités nationales 2010-2015, d'apprécier le niveau actuel de réponse aux besoins sociosanitaires, de mesurer le chemin parcouru, de repérer les ruptures dans les continuums de services, d'estimer l'ampleur des écarts à combler dans la région. Elles ont favorisé le renforcement des liens avec les partenaires du réseau communautaire et des autres secteurs de la vie collective.

Les acteurs-clés ont partagé leurs préoccupations et ont discuté des efforts à déployer afin de faire face aux défis et ont exploré les pistes de développement les plus prometteuses pour optimiser l'offre régionale de services au cours des cinq prochaines années.

Ce document comporte quatre chapitres. Dans le premier, nous précisons la mission de l'Agence qui se distingue de celle des établissements. Nous dévoilons les valeurs organisationnelles qu'elle préconise et qui l'animent dans l'exercice de ses responsabilités et ce, envers le réseau, les organismes communautaires et ses partenaires intersectoriels. S'ensuit l'expression d'une vision inspirante qui se veut mobilisatrice pour le devenir du réseau de la santé et des services sociaux des Laurentides.

Le second chapitre décrit la région des Laurentides et ses établissements. Le troisième trace le portrait de santé et de bien-être de la population et fait ressortir les éléments qui ont influencé nos choix. Le dernier chapitre décrit les quatre grandes orientations stratégiques régionales ainsi que les engagements qui guideront nos actions vers l'atteinte de progrès palpables et qui, nous l'anticipons, feront la différence pour notre population.

L'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides a la ferme conviction que la démarche a conduit le réseau et ses partenaires à partager un projet commun et à s'engager dans l'atteinte d'objectifs concrets et coordonnés de manière à améliorer de façon significative l'offre de services de santé et de services sociaux à la population. En plus d'être un outil de communication et d'échanges, ce plan s'avère être un levier qui s'inscrit dans un processus intégré de gestion axée sur les résultats, en cohérence avec les principes d'efficacité, d'optimisation, de transparence et d'imputabilité des gestionnaires.





Chapitre 1 : Notre mission, nos valeurs organisationnelles et notre vision

Le premier chapitre énonce la mission de l'Agence ainsi que les valeurs organisationnelles qui l'animent dans l'exercice de ses mandats.

Il explique également la vision de l'Agence qui se veut l'expression stimulante et ambitieuse du devenir de la région et assure la cohérence des décisions stratégiques avec l'atteinte des objectifs opérationnels.

L'Agence réalise sa mission en concordance avec l'article 340 de la *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux* (L.R.Q., chapitre S-4.2) soit :

Favoriser le maintien et l'amélioration
de la santé et du bien-être de la population
de la région et assurer la gouvernance
du réseau de la santé et des services sociaux
en conformité avec les orientations
et les politiques ministérielles



Notre mission

Nos valeurs organisationnelles

Les valeurs que l'Agence préconise la guident dans l'accomplissement de sa mission. Elle s'en inspire dans ses relations avec la population, avec les établissements du réseau, avec les organismes communautaires et avec les partenaires intersectoriels. Elle les respecte dans les décisions prises afin d'améliorer l'accessibilité, la continuité, la qualité et la sécurité des soins et des services. Elles constituent un engagement à mieux servir sa population et ses différents clients.

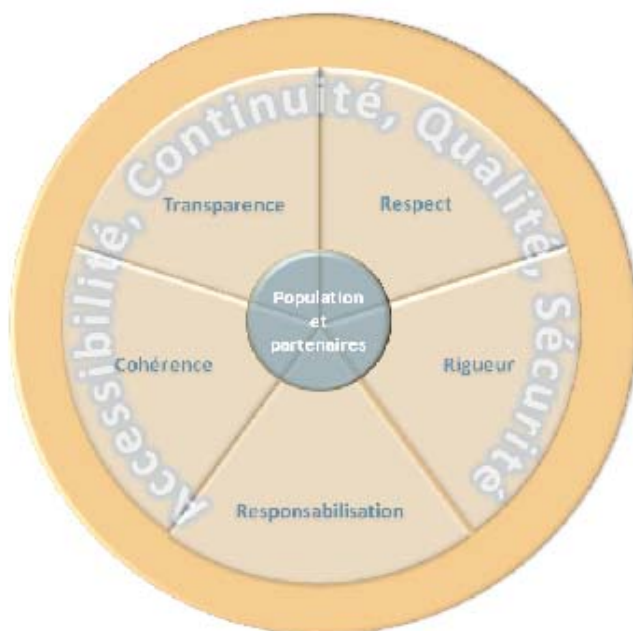
Les énoncés de valeurs qui suivent expliquent la portée de chacune d'entre elles et leur donnent un sens qui se manifestera concrètement dans les actions et les relations.

Transparence

La transparence permet de cultiver la confiance de tous les employés et des partenaires du réseau. Par notre volonté d'exprimer la réalité des faits et des processus décisionnels, nous prédisposons les acteurs du système à comprendre l'application des décisions. Par la même occasion, nous sollicitons l'opinion de nos employés dont la richesse favorise l'émergence de l'innovation et de la créativité.

Respect

Cette valeur recherchée et universelle dicte, à tout intervenant, un état d'esprit d'ouverture, d'accueil et de compréhension au regard de plusieurs facettes de la vie organisationnelle. C'est le cas notamment en ce qui a trait aux nombreuses différences qui caractérisent notre milieu de travail. Différents types de clients, différentes catégories de professionnels avec des champs d'intervention à la fois distincts, complémentaires voire même communs, différents intérêts professionnels dépendamment de la portion de la structure à laquelle nous appartenons, font du respect une vertu qui nécessite un effort constant de volonté si essentiel à l'harmonisation du milieu.



Cohérence

La cohérence est le fil conducteur qui permet de juger si l'action correspond au discours. C'est aussi le talon d'Achille de l'administration. Faire preuve de cohérence, c'est construire une crédibilité qui demeure fragile mais qui est si chère à l'évolution et au développement de l'organisation. Tout employé représentant l'administration qui contracte des engagements envers le personnel, doit être conscient des attentes qui en découlent et, par conséquent, doit consacrer tous les efforts nécessaires à leur réalisation et ce, dans le respect de la mission, des orientations et des contraintes de l'organisation.

Responsabilisation

Tout employé de l'Agence doit assumer les décisions qu'il prend et les gestes qu'il pose en regard de la fonction qu'il occupe au sein de l'organisation. La reddition de comptes, selon le statut occupé, fait partie de ses responsabilités. À cette valeur, se greffe le professionnalisme duquel se dégage la notion d'éthique, laquelle donne une dimension de qualité aux interventions de chacun.

Rigueur

Cette conviction colore le style de gestion en y injectant des notions d'équité, d'exactitude, de précision et de logique qui permettent au personnel de mener à bien les différents projets et objectifs organisationnels. Posséder la rigueur dans l'exécution du travail est un gage de réussite et contribue à façonner la crédibilité des membres de l'organisation.

Notre vision

Dans la continuité de ses responsabilités de première importance envers la population, l'Agence affirme son engagement à tendre comme région vers la réussite, l'excellence et être citée en exemple. Les énoncés qui suivent expriment ce vers quoi l'Agence tend pour chacune des composantes de sa vision.

Notre région : un gage ... de réussite et d'excellence

Une population :

- avertie et au fait de son état de santé
- intéressée et motivée à développer de saines habitudes de vie
- qui connaît et utilise son réseau local de services intégrés
- qui s'investit au développement de son potentiel de santé
- qui utilise judicieusement les services de santé
- qui participe aux différentes consultations

Une Agence et des établissements :

- en équilibre budgétaire dont les processus sont reconnus pour leur rigueur et leur contrôle
- qui respectent leurs engagements quant à leur entente de gestion
- en recherche constante d'amélioration de ses processus
- qui s'inspirent des plus performants et qui s'y comparent
- utilisant l'évaluation, l'audit et l'accréditation comme leviers d'excellence
- disposant des systèmes intégrés de gestion pour aider et supporter la prise de décision

Des services :

- accessibles le plus près possible du milieu naturel des personnes
- intégrés dispensés en continuité respectant le principe de la hiérarchisation
- sécuritaires répondant aux standards reconnus en matière de qualité
- en évolution, réévalués en fonction de l'état de santé de la population

Une organisation de services basés sur les meilleures pratiques appuyées par des données probantes
Une population et des usagers satisfaits des services dispensés

Des employés :

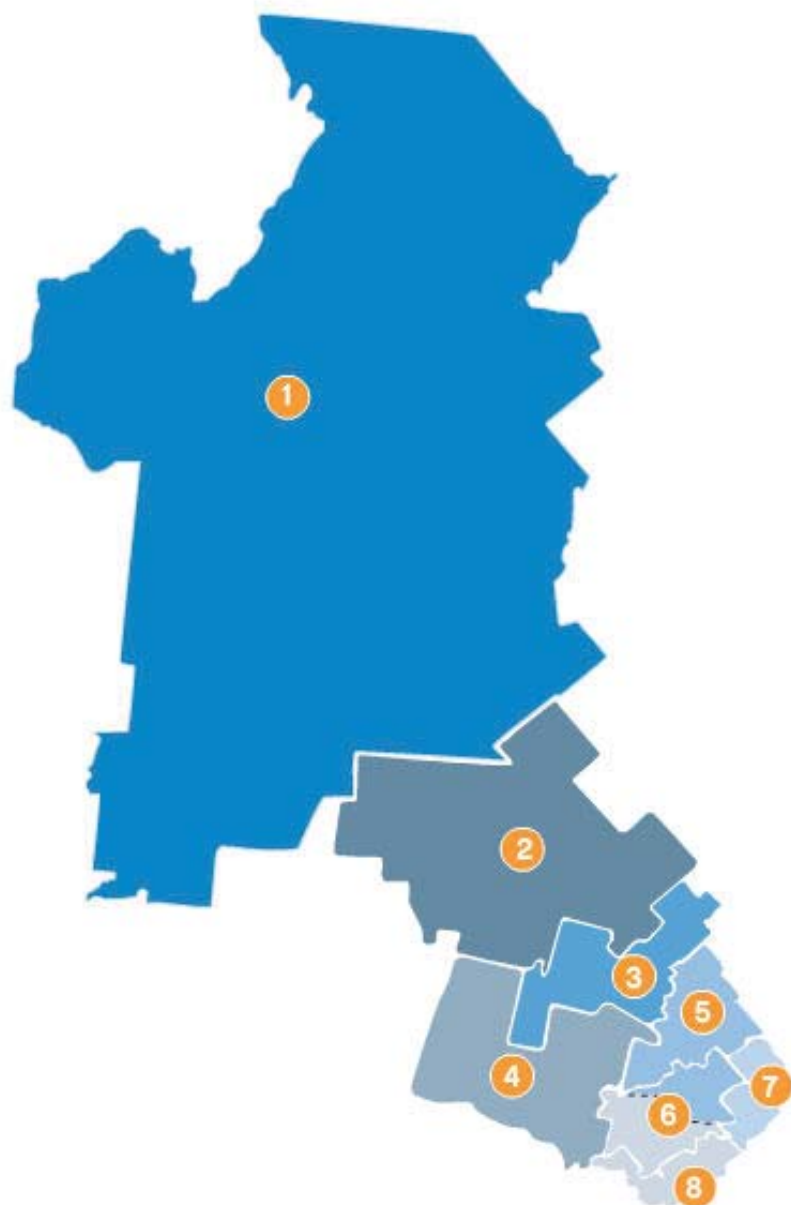
- engagés et mobilisés par la dynamique du milieu de travail
- informés, avisés et consultés dans les décisions les concernant
- en santé oeuvrant dans un milieu sécuritaire préconisant la prévention
- concernés par leur développement personnel et professionnel
- reconnus dans leur milieu pour leur savoir, savoir-être et savoir-faire
- ambassadeurs de l'Agence et de la région

Des partenaires :

- dont la mission, l'autonomie et l'expertise sont reconnus et respectés par l'Agence
- référant naturellement à l'expertise de l'Agence pour son savoir, son savoir-faire et son savoir-être
- au fait de leur rôle au sein du réseau local
- engagés dans l'amélioration des services
- volontaires à contracter des ententes de services
- impliqués dans l'évaluation des continuums de services



La carte de la région



Chapitre 2 :

La région des Laurentides



Avec ses 552 349 habitants en 2010, la région des Laurentides représente 7 % de la population du Québec et se situe au quatrième rang des dix-huit régions sociosanitaires pour la taille de sa population, après les régions de Montréal, de la Montérégie et de la Capitale-Nationale. Très étendue avec ses 21 554 km², ses régions limitrophes sont Lanaudière à l'est, l'Outaouais à l'ouest et l'Abitibi au nord. Elle est bordée au sud par la rivière des Mille-Iles et la région de Laval. On retrouve une distance importante entre les principales municipalités du sud et du nord, soit environ 200 km entre la ville de Sainte-Thérèse et celle de Mont-Laurier.

La région, de façon arbitraire, peut être partagée en trois sous-régions. Le sud formé de Thérèse-De Blainville, de Deux-Montagnes et de Mirabel Sud représente un secteur suburbain et industriel, qui s'inscrit dans la grande région de Montréal. Le centre formé de la Rivière-du-Nord, de Mirabel Nord et d'Argenteuil est un secteur diversifié, où activités industrielles, agricoles et récréo-touristiques se côtoient et enfin le nord formé des Pays-d'en-Haut, des Laurentides et d'Antoine-Labelle est un secteur essentiellement rural, exploitant un potentiel récréo-touristique et forestier.

La région comprend huit MRC soit : Deux-Montagnes, Thérèse-De Blainville, Argenteuil, Mirabel, Rivière-du-Nord, Pays-d'en-Haut, des Laurentides, Antoine-Labelle et sept réseaux locaux de services (RLS), correspondant au découpage administratif des MRC, à l'exception de la MRC de Mirabel, dont la partie sud est jointe au territoire de la MRC de Deux-Montagnes (RLS de Deux-Montagnes / Mirabel Sud) et la partie nord à celui de la MRC de la Rivière-du-Nord (RLS de la Rivière-du-Nord / Mirabel Nord). Les noms des réseaux locaux de services correspondent donc aux noms des MRC qui les composent.

Parmi les sept réseaux locaux de services, cinq ont un hôpital sur leur territoire soit : RLS Deux-Montagnes / Mirabel Sud : CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes, RLS d'Argenteuil : CSSS d'Argenteuil, RLS de la Rivière-du-Nord / Mirabel Nord : CSSS de Saint-Jérôme, RLS des Laurentides : CSSS des Sommets, RLS d'Antoine-Labelle : CSSS d'Antoine-Labelle. Le RLS de Thérèse-De Blainville, le plus peuplé de la région, et le RLS des Pays-d'en-Haut sont desservis par d'autres CSSS de la région ou des régions voisines, pour les services hospitaliers.

En plus des sept CSSS, le réseau régional des Laurentides est composé du Centre jeunesse des Laurentides, du Centre de réadaptation en déficience intellectuelle du Florès, du Centre de réadaptation en déficience physique Le Bouclier, du Centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanies André Boudreau et du Centre d'hébergement la Résidence de Lachute.

À ces établissements publics s'ajoutent trois centres d'hébergement privés conventionnés : Champlain-Villa Soleil, Champlain-Pavillon Sainte-Marie et Vigi-Deux-Montagnes, des cliniques médicales (78), des groupes de médecine familiale (18), des pharmacies communautaires (101), des ressources non institutionnelles (ressources intermédiaires et de type familial), des résidences privées certifiées, plus de 150 organismes communautaires financés et des entreprises d'économie sociale.

Chapitre 3 :

Le portrait de santé et de bien-être de la population



Les Laurentides : une population en croissance

La population de la région des Laurentides a connu un accroissement parmi les plus importants au Québec. En vingt ans, la population aura augmenté de plus de 40 % passant de 391 000 habitants en 1991 à 560 800 en 2011. Si les projections se maintiennent, en 2020 on prévoit que la population de la région sera de l'ordre de 630 000 habitants, ce qui représente une croissance de 14 % alors qu'au Québec, elle ne sera que de 7 %.

Une population jeune, mais vieillissante

L'accroissement de sa population qui a peu d'égal dans les autres régions du Québec est observé dans tous les groupes d'âge à l'exception des jeunes de 15 à 24 ans. Les deux tiers de cet accroissement résultent de la migration interrégionale. Cette dernière est particulièrement importante chez les jeunes adultes (25 à 34 ans), mais se démarque aussi chez les enfants de 5 à 9 ans et les personnes âgées de 55 à 64 ans. Les régions de provenance sont principalement Laval et Montréal. Le nombre de naissances a également augmenté de façon importante depuis 2005 pour atteindre près de 6 000 naissances en 2008. Les projections démographiques prévoient une poursuite de cette augmentation dans la région pour les dix prochaines années.

D'un autre côté, le vieillissement de la population se fait sentir dans la région comme ailleurs au Québec. Les projections démographiques indiquent que la population âgée de 65 ans ou plus va s'accroître plus rapidement (augmentation de 54 % d'ici 2020) que dans le reste de la province (augmentation de 40 % d'ici 2020). Cette tendance découle principalement de deux phénomènes : l'avancée en âge de la cohorte des baby-boomers et l'augmentation de la longévité pour une partie de plus en plus importante de la population. Malgré ce phénomène, la population de la région des Laurentides conserve un profil de population plus jeune que celui du Québec et le demeurera malgré l'augmentation importante de la proportion de personnes âgées.

Les résidences secondaires et le tourisme : un impact sur les services

En plus de sa population résidente, certains territoires de la région, ayant des attraits touristiques et de villégiature, comportent une part importante de résidences secondaires et accueillent de nombreux touristes selon les saisons. On compte dans les MRC des Pays-d'en-Haut et des Laurentides plus de 40 % de résidences secondaires parmi l'ensemble des logements dénombrés. Certains territoires voient ainsi leur population augmenter de manière importante les fins de semaines et au cours des périodes des vacances exerçant ainsi une pression sur les services de santé locaux. De plus, on observe une transformation importante de ces résidences secondaires en résidences permanentes lors de la retraite.

Des disparités géographiques, socioéconomiques et de santé

La région des Laurentides se démarque par des disparités entre ses territoires de MRC. La partie sud de la région comporte des territoires plus urbains et densément peuplés qui bénéficient du fort apport migratoire de jeunes familles. La partie nord se caractérise par des territoires ruraux et

forestiers, par une population plus âgée ainsi que par une forte population touristique et saisonnière qui s'ajoute aux résidents permanents. Le poids démographique important des territoires du sud, plus jeunes et favorisés, peut parfois donner l'impression fautive que la région se compare avantageusement au reste de la province, alors qu'il existe en réalité des différences importantes entre les territoires. À titre d'exemple, la région des Laurentides présente le deuxième plus grand écart de revenu entre territoires de MRC d'une même région au Québec. Enfin, chaque territoire, même les plus favorisés, présente des enclaves défavorables susceptibles de créer des inégalités au plan de la santé.

Des améliorations à apporter aux habitudes de vie

Tout comme dans la population québécoise, une proportion importante de la population de 12 ans ou plus de la région des Laurentides présente des habitudes de vie qui constituent des facteurs de risque pour le développement des maladies chroniques. Ainsi en 2007-2008, environ 46 % des gens déclaraient consommer moins de 5 fruits et légumes quotidiennement. De plus, 64 % des hommes et des femmes adultes n'étaient pas suffisamment actifs durant leurs loisirs. Quant aux adolescents, 31 % des garçons et 66 % des filles n'étaient pas suffisamment actifs durant leurs loisirs. Parallèlement à ces habitudes de vie, environ 33 % de la population adulte des Laurentides présentait de l'embonpoint et plus de 17 % de l'obésité. La proportion de personnes avec de l'embonpoint est plus importante chez les hommes et cette proportion croît avec l'âge. Enfin, près de 24 % de la population faisait un usage régulier ou occasionnel du tabac. Suite à l'adoption de la loi restreignant l'usage de la cigarette dans les lieux publics, la proportion de personnes non fumeuses exposées à la fumée secondaire dans les lieux publics a grandement diminué pour atteindre 8,3 % en 2007-2008. Il demeure néanmoins que 12 % des non-fumeurs sont exposés quotidiennement à la maison, dont 25 % des jeunes de 12 à 19 ans.

Chez les jeunes : des tendances encourageantes

Plusieurs indicateurs sociaux et de santé autrefois inquiétants montrent aujourd'hui des signes encourageants. C'est le cas du décrochage scolaire, des signalements à la protection de la jeunesse et des grossesses à l'adolescence. Alors que le décrochage scolaire était particulièrement élevé depuis plus de dix ans dans la région, les efforts concertés des différents partenaires pour la réussite éducative des Laurentides semblent avoir porté fruit puisque le taux de décrochage a diminué, passant de 45 % en 2000-2001 à 35 % en 2007-2008 chez les garçons et de 28 % à 22 % chez les filles, rejoignant ainsi la moyenne provinciale.

Autre fait encourageant, les taux de signalements reçus à la DPJ ont cessé de croître depuis 2005-2006 même s'ils demeurent supérieurs au taux provincial. Les taux de signalements retenus avec sécurité ou développement compromis sont aussi plutôt stables depuis cette période. Les problématiques les plus souvent rencontrées sont la négligence suivie par les mauvais traitements psychologiques, les troubles de comportements et l'abus physique.

Enfin, selon les dernières données disponibles, le taux de grossesse chez les moins de 20 ans est comparable au reste de la province (29 par 1 000 habitants en 2005). Ce taux est inférieur à ceux qui étaient observés dans la région en 1999 et en 2002.



Chez les aînés : créer les conditions pour conserver l'autonomie

Parmi les 97 % d'aînés vivant en ménage privé dans la région, environ 40 % perçoivent leur santé comme très bonne, voire excellente. Toutefois, le vieillissement de la population est habituellement associé à une augmentation du nombre de personnes en perte d'autonomie passant par une détérioration graduelle de l'état de santé. En 2007-2008, la proportion d'aînés de la région déclarant avoir une incapacité était de 37 %, alors que 27 % affirmaient avoir une limitation d'activité et que 19 % mentionnaient avoir besoin d'aide pour accomplir leurs activités quotidiennes. Ces données étaient comparables à celles observées dans le reste de la province.

En 2006, 1 190 aînés de la région ont accordé, sans rémunération, 20 heures ou plus par semaine d'aide ou de soins à au moins une autre personne âgée. Une étude régionale sur les besoins des proches aidants a récemment identifié de nombreux facteurs de risque d'épuisement chez ces derniers. C'est pourquoi la perte d'autonomie ne concerne pas exclusivement les personnes qui en sont atteintes, mais, dans de nombreux cas, les proches qui les soutiennent.

Enfin, parallèlement au vieillissement de la population, le problème des chutes chez les aînés est en augmentation dans la région. Fait encourageant, alors qu'il était significativement plus élevé antérieurement à 2003, le taux de chutes chez les 65 ans ou plus est désormais comparable au reste de la province.

Le défi relié aux maladies chroniques

Entre 2002 et 2006, 70 % des décès étaient attribuables à des maladies chroniques, comprenant les cancers (taux ajusté de 240 décès pour 100 000 personnes), les maladies de l'appareil circulatoire (205 décès pour 100 000 personnes) et les maladies de l'appareil respiratoire (63 décès pour 100 000 personnes). Les taux ajustés pour ces causes de décès sont plus élevés dans la région qu'au Québec, particulièrement chez les femmes. Au chapitre des hospitalisations, la population de la région des Laurentides présente un taux semblable à celui du Québec (période 2006-2009) pour les maladies de l'appareil circulatoire (taux ajustés de 109 hospitalisations pour 10 000 personnes). Par contre, le taux d'hospitalisation pour les maladies de l'appareil respiratoire y est supérieur (taux ajustés de 79 et de 73 pour 10 000).

Enfin, les données sur le diabète révèlent que sa prévalence augmente dans le temps mais demeure toutefois semblable à celle du Québec : elle atteignait 7 % dans les Laurentides (Québec 7,1 %) en 2006-2007.

Le cancer : une problématique à suivre

De manière plus détaillée, le bilan régional de l'incidence du cancer apparaît peu positif pour la période 2002-2006 avec des taux ajustés pour l'ensemble des sièges supérieurs à ceux du Québec (508 nouveaux cas pour 100 000 habitants). Les hommes sont plus touchés par le cancer que les femmes (580 nouveaux cas comparativement à 453 pour 100 000 personnes), mais suivent une tendance à long terme à la baisse alors qu'on observe une tendance à la hausse chez les femmes. Ces tendances sont en partie le reflet des habitudes tabagiques antérieures. Viennent aux trois premiers rangs chez les hommes, les cancers du poumon, de la prostate et côlo-rectal, et chez les femmes les cancers du sein, du poumon et côlo-rectal.

L'augmentation des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)

L'augmentation des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) est un problème de santé qui a pris de l'ampleur au cours des dernières années. Plus de 2 500 cas d'ITSS ont été déclarés en 2009 dans les Laurentides. De plus, ces données sous-estiment la réalité puisqu'un tiers des personnes infectées ignorent qu'elles le sont, d'où l'importance des programmes de dépistage. Le problème est particulièrement inquiétant chez les jeunes de 15-24 ans. Depuis les cinq dernières années, le nombre de cas de Chlamydia ne cesse d'augmenter annuellement et le taux d'incidence pour ce groupe d'âge est 10 % plus élevé que celui de la province. Actuellement, les 15-24 ans constituent environ 65 % des cas de Chlamydia déclarés, ce qui représente plus de 70 % des cas de ITSS chez les filles et 50 % chez les garçons.

Par ailleurs, entre 2004 et 2008, le taux d'incidence de la gonorrhée a pratiquement doublé et les jeunes représentent maintenant près de 50 % des cas. Cette augmentation des cas déclarés a été 5,4 fois plus importante chez les femmes que chez les hommes. Toujours chez les jeunes, en 2005, pour la première fois au Québec depuis le début de l'épidémie de syphilis, les 15-19 ans ont été touchés.

À l'égard du VIH, la région les Laurentides présentait, en 2008, environ 4 % des nouveaux diagnostics déclarés de la province (2,9 pour 100 000). Les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) sont toujours au premier rang avec plus de 65 % des nouveaux diagnostics.

Les problèmes de santé mentale affectent aussi une partie importante de la population

Bien que 79 % des personnes de 12 ans ou plus de la région des Laurentides considéraient leur santé mentale comme excellente ou très bonne, près de 31 % de la population mentionnait subir un niveau de stress quotidien assez intense en 2007-2008, proportion supérieure à celle des adultes du Québec (26 %). De manière plus spécifique, l'Enquête sur la santé et les collectivités canadiennes (ESCC) révélait que 5,2 % des Laurentidiens de 12 ans ou plus souffraient d'un trouble de l'anxiété et 4,3 % d'un trouble de l'humeur diagnostiqués par un médecin. Par ailleurs, la consommation d'alcool et de drogues et les jeux de hasard, constituent aussi des problèmes de santé mentale, même si on ne dispose pas de données suffisantes pour documenter l'ampleur réelle de ces problèmes dans la région. Toutefois, les données provinciales suggèrent des prévalences de dépendance allant de 1 à 2 %, affectant particulièrement les hommes (ESCC 2002).

Après une décennie d'augmentation, on constate enfin une diminution des décès par suicide dans la région depuis 1999, comme ailleurs au Québec. Ainsi, pour la période 2002-2006, la région présentait un taux de suicide de 16 décès par 100 000 habitants, ce qui représente 80 décès par année. Le suicide affecte particulièrement les hommes, dans un rapport de quatre hommes pour une femme décédée par suicide. Il faut toutefois garder en tête que le nombre de suicides ne représente que la pointe de l'iceberg, puisque l'ESCC révélait qu'en 2005, environ 9 700 personnes âgées de 15 ans et plus avaient présenté des idées suicidaires sérieuses au cours d'une période de 12 mois, ce qui représente 2,5 % de la population de la région.

Le défi relié à la clientèle présentant des dépendances

Par inférence, des études québécoises donnent un aperçu probablement assez juste de la situation régionale en ce qui concerne les troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie. Ainsi, environ deux tiers des personnes présentant un trouble mental qualifié de grave ont également une toxicomanie (La force des



liens, Plan d'action en santé mentale, 2005). Chez la clientèle aux prises avec des problèmes de toxicomanie, des chercheurs québécois (Nadeau, L., Landry, M., et Racine, S., 1999) rapportent que selon différentes études, de 53 à 100 % des toxicomanes présenteraient un ou plusieurs troubles de personnalité. Du côté des joueurs, une étude (Papineau, É. et al., 2005) stipule que 32 % des individus en traitement dans un centre du Québec ont reconnu avoir été traités pour des problèmes de santé mentale dans l'année précédant leur entrée. Un résultat semblable à celui observé au centre de réadaptation en dépendances de notre région, le Centre André-Boudreau. Enfin, chez les jeunes, une équipe de recherche (Vitaro, F., et al., 2001) a démontré dans une étude auprès de 1 600 jeunes, que 26 % des consommateurs problématiques souffraient aussi d'un problème de dépression ou de troubles de comportement.

Quant au nombre de personnes des Laurentides aux prises avec des problèmes d'abus ou de dépendances, nous estimons leur nombre à plus de 25 000 adultes et 4 000 jeunes de 12 à 17 ans selon les taux de prévalence reconnus au Québec (Fédération québécoise des centres de réadaptation du Québec, 2004 et Institut de la statistique, 2006). La population à risque de la région serait quant à elle, trois fois plus élevée chez les adultes, alors qu'elle est du même ordre chez les jeunes.

Un défi d'accès et d'évolution des demandes de services pour les personnes ayant une déficience physique

Dans les Laurentides, les personnes ayant une déficience physique qui auront besoin de services seront de plus en plus nombreuses. Les jeunes familles constituant un bassin important de la population, les services aux jeunes ayant une déficience du langage demeurent en dessous de la capacité de réponse régionale.

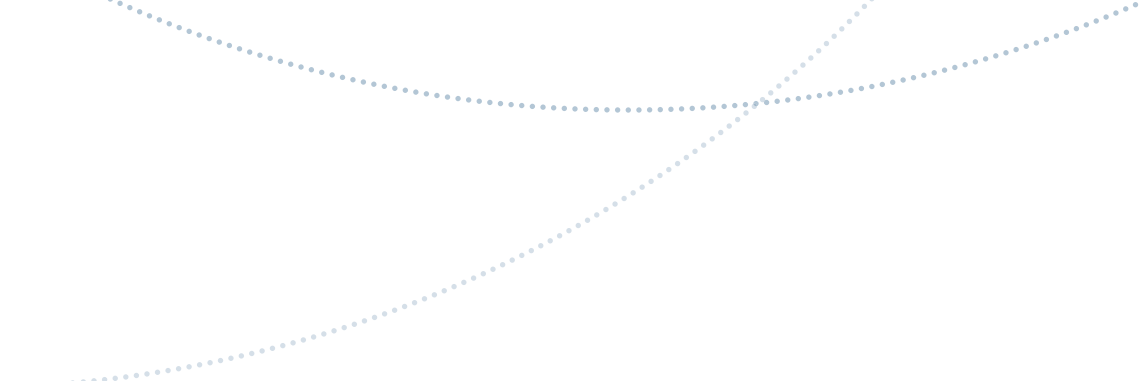
En plus des clientèles déjà desservies, la hausse du nombre d'usagers de 65 ans et plus aura un impact significatif sur la demande; en proportion, la région des Laurentides sera l'une des plus touchées avec une augmentation de 24,9%.

L'évolution technologique, médicale ou l'avènement de nouveaux médicaments entraînent souvent une modification de la demande de services en déficience physique. Plusieurs types de demandes sont en émergence et il faudra assurer une vigilance soutenue pour ajuster l'offre de service régionale. Qu'on pense seulement aux demandes de services découlant de l'implantation cochléaire, des effets des iPod sur la santé auditive, des naissances de grands-prématurés, des accidents conséquents aux sports extrêmes.

Certaines clientèles n'ont pas une réponse minimale à leurs besoins. Il s'agit des aînés ayant une déficience sensorielle (visuelle ou auditive), des adultes ayant une déficience du langage, des personnes bègues ayant des incapacités significatives et persistantes. Finalement, l'accès à des milieux de vie alternatifs adaptés demeure un enjeu important dans les Laurentides.

La clientèle ayant un trouble envahissant du développement de 6 à 17 ans

Depuis les cinq dernières années, le Centre du Florès observe une modification significative du type de clientèle référée à l'établissement. La tendance des diagnostics est en inversion avec la tendance traditionnelle où la majorité des personnes qui bénéficiait des services du Centre présentait une déficience intellectuelle. À ce jour, les personnes qui présentent un diagnostic de trouble envahissant du développement (TED) inscrites au Centre du Florès sont en nette croissance. Le groupe d'âge des 6-17 ans représente celui qui connaît les plus grandes modifications en ce sens. En effet, entre 2005 et 2009, le nombre de personnes ayant un TED, inscrites au sein de nos services a augmenté de 72,4%. Cette tendance se confirme pour l'année 2009-2010 où



le nombre de demandes de services pour ce groupe d'âge représente 75% pour les personnes ayant un TED pour 25% au niveau des personnes qui présentent une déficience intellectuelle. De plus, nous observons la même inversion de tendances pour les demandes de services au niveau des enfants 0-5 ans, ainsi, pour 2009-2010, 73% des demandes concernent des enfants qui présentent un trouble envahissant du développement.

Nous observons que ces jeunes TED présentent en assez grande proportion, d'autres problématiques ou syndromes associés tels que : troubles d'attention avec hyperactivité, troubles de langage, troubles de la conduite, Gilles de la Tourette. Ce constat démontre avec éloquence le défi qui est posé au Centre du Florès en termes de spécialisation des interventions auprès de cette clientèle, appelant des connaissances plus approfondies et la nécessité de créer des ressources résidentielles novatrices qui sauront répondre à leurs besoins.

Chapitre 4 :

Les orientations stratégiques régionales

Les enjeux du plan stratégique 2010-2015 du ministère de la Santé et des Services sociaux

L'exercice de planification stratégique régionale fut arrimé avec le Plan stratégique 2010-2015 du ministère de la Santé et des Services sociaux. L'Agence souscrit entièrement aux six grands enjeux.

La continuité de la réalisation des plans d'action régionaux

Dans la première étape de la démarche de planification stratégique régionale, l'Agence a réalisé un bilan des performances et des réalisations majeures de la région témoignant ainsi du chemin parcouru au cours des cinq dernières années. C'est en continuité avec ces réalisations importantes, que l'Agence et le réseau poursuivent la mise en oeuvre des plans d'action d'organisation de services entre autres : le programme régional de lutte contre le cancer, les plans d'action en santé mentale, pour les jeunes en difficulté, en dépendances et en jeu pathologique; pour les personnes âgées ainsi que les plans d'accès aux services pré-hospitaliers d'urgence, et celui pour les personnes ayant une déficience physique, une déficience intellectuelle et des troubles envahissants du développement.

La qualité et la prestation sécuritaire de soins et des services

L'Agence contribuera à instaurer des mécanismes régionaux de coordination pour l'implantation de guides de pratiques et de standards cliniques en fonction des priorités ministérielles et des besoins spécifiques de la région.

La santé publique

La prévention et la promotion représentent une des pierres angulaires de l'amélioration de la santé et du bien-être de la population des Laurentides. La santé publique, partenaire essentiel, voire incontournable, contribue au quotidien à la mission de l'Agence. C'est pourquoi, les priorités retenues par la direction de santé publique de l'Agence s'intègrent tout à fait dans le plan stratégique régional et renforcent les continuums d'interventions.

Objectifs	Indicateurs	Cibles régionales
1. Assurer la mise en œuvre des activités de promotion, de prévention et de protection prévues au Plan d'action régional de santé publique	▪ % des activités implantées du PRSP	▪ 85% des activités implantées d'ici 2015
2. 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 • Chutes chez les personnes âgées • Suicide	▪ % des pratiques cliniques préventives prioritaires qui ont fait l'objet d'activités de soutien	▪ 85% des activités implantées d'ici 2015
3. 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 en deçà des seuils établis	▪ 90% des CHSGS qui participent à la surveillance spécifique d'ici 2015

Il apparaît essentiel pour cette direction de non seulement maintenir à jour le plan d'action régional de santé publique (PARSP) mais de le faire avec la vision de mettre en place les interventions à développer pour « produire la santé » avec le souci de limiter les inégalités sociales et de santé. L'accent sur la lutte aux infections transmissibles sexuellement et par le sang devra se faire elle aussi par le développement, en lien avec le milieu scolaire, les CSSS et le milieu communautaire, d'un continuum d'éducation à la sexualité, par l'instauration d'un programme de réduction des méfaits auprès de la clientèle très vulnérable ainsi que par des mesures pour la protection des personnes aux prises avec les ITSS et leurs partenaires.

Il faudra poursuivre l'intégration de la prévention-promotion dans le continuum de soins et de services en consolidant les collaborations avec les partenaires du réseau de la santé et en renforçant la collaboration avec les partenaires intersectoriels.

Enfin, la prévention des maladies chroniques passera par une approche intégrée de la prévention et la promotion de saines habitudes de vie en poursuivant le programme 0-5-30, en renforçant le travail auprès des jeunes en milieu scolaire et en faisant la promotion d'une approche globale et concertée en milieu scolaire de type École en santé (EES).

L'exercice de planification stratégique et les particularités de la région des Laurentides

Par ailleurs, la démarche de planification stratégique a tenu compte des réalités particulières de la région des Laurentides à l'égard des clientèles à desservir et de l'organisation des services. À la lumière du bilan des performances et des réalisations majeures, des résultats des consultations et de la lecture de son environnement, il en ressort quatre orientations stratégiques qui illustrent les enjeux spécifiques régionaux auxquels les Laurentides seront confrontés au cours des cinq prochaines années.

Les orientations stratégiques

Faire en sorte que la région des Laurentides devienne un milieu de travail hautement valorisé pour le personnel oeuvrant dans le réseau.

Améliorer l'accès aux services aux clientèles vulnérables et là où l'on constate des problématiques prioritaires d'accès.

Consolider les services de première ligne en tenant compte de la hiérarchisation des services et des disparités régionales.

Développer une synergie régionale en matière de performance et d'optimisation des ressources.



Ce dernier chapitre présente tout d'abord les préoccupations dont chacune des orientations stratégiques régionales tire son origine, et décrit par la suite, sous forme de tableau, les objectifs, les indicateurs et les cibles visées pour chacune des priorités régionales.

Ces engagements régionaux feront l'objet d'un plan d'action annuel et d'un suivi de gestion par le biais des ententes de gestion et d'imputabilité entre le Ministère et l'Agence et entre l'Agence et les établissements. L'Agence entend rendre compte de l'état d'avancement des travaux notamment dans son rapport annuel de gestion.



PREMIÈRE ORIENTATION

Faire en sorte que la région des Laurentides devienne un milieu de travail hautement valorisé pour le personnel oeuvrant dans le réseau

Le réseau d'établissements de la région des Laurentides fait face au défi exceptionnel d'attirer et de retenir la main-d'œuvre dont il a besoin pour réaliser sa mission et répondre aux besoins populationnels. Des données éloquentes soutiennent l'urgence d'agir. Selon le «Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2010» publié par le Commissaire à la santé et au bien-être, la région des Laurentides se classe au dernier rang au Québec quant à sa capacité d'acquérir des ressources humaines notamment pour les taux de médecins spécialistes, les taux d'infirmières et les taux des autres effectifs du réseau (cadres et employés). La rétention du personnel s'avère également une problématique sur laquelle la région doit agir avec célérité. En effet, les statistiques démontrent que le taux de rétention des nouveaux effectifs est de 73,61% après une année. La région détient également le résultat le plus défavorable quant à la santé des professionnels et à la stabilité du personnel.

La pénurie de main-d'œuvre touche toutes les professions de la santé. Plusieurs problèmes expliqueraient la situation notamment une sous-utilisation des compétences du personnel et ses impacts sur l'organisation du travail, la surcharge, l'insuffisance de l'encadrement clinique, le manque de souplesse dans les horaires et la difficulté d'accès à des milieux de stages dans la région. Il convient aussi de noter que la région des Laurentides est la deuxième plus grande utilisatrice d'agences privées en soins infirmiers au Québec.

Quant à la pénurie d'effectifs médicaux, les conditions de pratiques sont évoquées comme principales sources de difficultés comme par exemple : le manque d'accessibilité aux plateaux techniques et aux corridors de services avec la médecine spécialisée, la désuétude du réseau informatique qui ne favorise pas une circulation d'information clinique entre les établissements et les autres partenaires du réseau.

La réalisation de cette première orientation stratégique ne sera possible que si les directions d'établissements et l'Agence adoptent une approche de gestion régionale intégrée des ressources, tout en modulant le choix des moyens et des stratégies en fonction des besoins plus spécifiques de chacun des territoires.

Pour cette orientation, l'Agence s'est fixée neuf priorités régionales pour traduire ses engagements à l'égard des résultats visés.

Priorités régionales

Objectifs	Indicateurs	Cibles régionales
4. Se doter d'une stratégie de mise en valeur de la région.	Élaboration et actualisation d'un plan d'action	Plan d'action élaboré en 2012 et actualisé d'ici 2015
5. Consolider les partenariats intersectoriels et plus particulièrement avec le secteur de l'éducation afin de mieux répondre aux besoins de la main-d'œuvre.	Nombre de partenariats intersectoriels consolidés	D'ici 2012 Augmentation
6. Améliorer l'offre de formation et de développement dans les milieux de stage pour les professionnels et les médecins.	- Nombre de places dans les milieux de stages - Coordination régionale élargie à l'ensemble des professionnels	D'ici 2013 100 % des demandes de places acceptées Coordination régionale actualisée
7. Produire et mettre à jour annuellement le plan de main-d'œuvre régional de façon à identifier et mettre en œuvre les stratégies pour assurer l'équilibre entre les effectifs requis et disponibles	% d'établissements ayant mis à jour annuellement un plan de main-d'œuvre	100 % des établissements
8. 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 % des établissements d'ici 2015
9. 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
10. 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 (soins infirmiers, autres secteurs à préciser)	Diminution de la main-d'œuvre indépendante d'au moins 25 % d'ici 2015
11. Mettre en œuvre des mesures pour améliorer le climat de travail et favoriser la santé et le bien-être du personnel du réseau 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 % d'établissements ayant obtenu un agrément incluant le volet de mobilisation des ressources humaines - Ratio des heures en assurance salaire par rapport aux heures travaillées	50 % des établissements d'ici 2015 100 % des établissements d'ici 2015 Ratio de 5,8 % d'ici 2015
12. Favoriser l'adaptation de la relève professionnelle à la profession et au milieu de travail	% d'établissements ayant mis en œuvre un programme de soutien à la relève professionnelle	100 % des établissements d'ici 2015



DEUXIÈME ORIENTATION

Améliorer l'accès aux services aux clientèles vulnérables et là où l'on constate des problématiques prioritaires d'accès

Le réseau des Laurentides doit répondre de façon adéquate aux besoins de plusieurs clientèles vulnérables afin d'éviter une aggravation des besoins et l'escalade de coûts de service qui s'y rattache. Ces clientèles sont celles souffrant de maladies chroniques et *grands consommateurs*, celles qui présentent des problématiques de santé mentale et les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement.

L'accès aux ressources d'hébergement représente un défi considérable autant pour les personnes en perte d'autonomie que pour celles qui présentent une problématique de santé mentale. Pour 2015, on estime le manque actuel de places en centre d'hébergement et en ressources intermédiaires à 1478 pour les personnes âgées et à 460 pour les ressources d'hébergement en santé mentale. De plus, comme dans d'autres régions, il existe un nombre restreint de personnes souffrant de maladies chroniques (3 à 5 %) qui consomment plus de la majorité (50 %) des soins et des services offerts dans le système de santé.

Les préoccupations d'accès aux services touchent des situations qu'il est important de prendre en compte notamment le défi que pose au système de santé la forte croissance de la population dans le territoire sud des Laurentides (depuis quelques années le plus fort taux de croissance du Québec) et la transformation de résidences secondaires en résidences principales (entraînant une augmentation du nombre de personnes âgées). On constate également qu'en raison des écarts de densité de population entre les territoires, il devient difficile de garantir une offre de services équitable pour tous. Les délais pour certains types de services demeurent élevés et la population réagit notamment en consommant des services à l'extérieur de la région.

Malgré d'éventuelles pénuries de ressources médicales, le CSSS de Saint-Jérôme doit maintenir son offre régionale de services en santé physique.

Pour cette seconde orientation, l'Agence a déterminé douze priorités régionales.

Priorités régionales

Objectifs	Indicateurs	Cibles régionales
13. Consolider l'offre de services en médecine spécialisée (de base et de 2 ^e ligne) afin de réduire les disparités régionales relativement à l'accès à ces services.	- Nombre de spécialités de base accessibles dans les RLS - Nombre de spécialités de 2^e ligne accessibles régionalement	100 % des territoires desservis D'ici 2015
14. Consolider le positionnement régional du CSSS de Saint-Jérôme dans sa mission de santé physique.	Services médicaux régionaux accessibles en santé physique	100 % des services prévus en santé physique D'ici 2015
15. Consolider l'accueil clinique pour faciliter l'arrimage entre les médecins de famille et les spécialistes.	Accueil clinique consolidé	100 % des établissements de la région D'ici 2012
16. Se doter d'une vision régionale en matière de hiérarchisation des services d'hébergement (permanent et temporaire) incluant les services posthospitaliers (RFI, RIV, UTRF et convalescence).	Vision régionale en matière de hiérarchisation des services d'hébergement et plan d'action élaborés	D'ici 2012
17. Rapatrier la clientèle qui reçoit des services dans les régions limitrophes, en lien avec les orientations et les échéanciers ministériels	Nombre d'usagers rapatriés des régions limitrophes	Augmentation d'ici 2013
18. 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 ayant une déficience d'ici 2015
19. Assurer aux jeunes personnes ayant une dépendance un accès aux services d'évaluation spécialisée dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins	% des personnes qui sont évaluées en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins	80 % des personnes d'ici 2015

Priorités régionales

Objectifs	Indicateurs	Cibles régionales
20. 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 D'ici 2011
21. 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 : • Chirurgie oncologique; • Chimiothérapie/traitements systémiques.	90 % des personnes d'ici 2015 en chirurgie oncologique et chimiothérapie/ traitements systémiques
22. 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 d'ici 2015 Moins de 1 % des séjours d'ici 2015 12 heures ou moins
23. • Assurer aux jeunes 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 2^e et 3^e ligne à l'intérieur de 60 jours	▪ % de personnes dont les services ont débuté à l'intérieur des délais établis ▪ Services spécifiques de première ligne (30 jours) ▪ Services spécialisés de 2^e et 3^e ligne (60 jours)	90 %
24. Améliorer l'accès aux services diagnostiques et aux médecins spécialistes pour les personnes présentant certaines conditions cliniques et référées par un médecin de famille	▪ % des CSSS ayant mis en place un mécanisme d'accès aux services diagnostiques et aux médecins spécialistes pour les personnes présentant des conditions cliniques de nature subaiguë ou semi-urgente et référées par un médecin de famille	75 % des CSSS d'ici 2015



TROISIÈME ORIENTATION

Consolider les services de première ligne en tenant compte de la hiérarchisation des services et des disparités régionales

La région des Laurentides est appelée à relever le défi majeur que représente l'accès aux services médicaux de première ligne principalement en raison du contexte de pénurie de ces effectifs. On estime que 40% de la population n'aurait pas accès à un médecin de famille.

Le principe de hiérarchisation implique d'améliorer la complémentarité pour faciliter le cheminement des personnes entre les niveaux de services suivant les mécanismes de référence entre les intervenants. Ces mécanismes touchent non seulement les références entre la première et la deuxième ligne mais également les références entre la deuxième ligne et les services surspécialisés de troisième ligne. Une meilleure accessibilité sera assurée par les ententes et corridors de services établis entre les dispensateurs. Cela implique la mise en place de mécanismes bidirectionnels assurant la référence mais aussi la planification du retour de la personne dans son milieu de vie.

Comme l'amélioration des délais d'attente et la continuité des services présupposent le renforcement de la première ligne, appuyée par les services spécialisés et surspécialisés la région doit poursuivre la mise en place des continuums de services tout en clarifiant les rôles des différents acteurs impliqués. Assurant déjà une présence significative sur le territoire (18 GMF existants sur un objectif initial de 22), les GMF doivent s'investir davantage dans la prise en charge des clientèles, en particulier celles qui sont vulnérables. Des efforts d'arrimage entre les GMF et les CSSS se poursuivront afin que les ressources dédiées aux GMF soient utilisées de manière optimale, en lien avec les besoins de la population.

La mission régionale de l'Hôpital du CSSS de Saint-Jérôme en santé physique doit être renforcée et ce, dans la perspective de mettre en place une hiérarchisation efficace des services. Par ailleurs, des services spécialisés de base devront être offerts ou consolidés à l'Hôpital de Saint-Eustache du CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes, compte tenu entre autres de la croissance démographique, tout comme dans les autres territoires de notre région.

Pour cette orientation, dix-huit priorités régionales ont été retenues et contribueront à consolider les services de première ligne.

Priorités régionales

Objectifs	Indicateurs	Cibles régionales
25. Améliorer l'accès aux services de première ligne à l'ensemble des clientèles vulnérables identifiées comme prioritaires pour la région	Nombre de personnes vulnérables ayant un suivi médical et clinique	Augmentation
26. Consolider la collaboration des GMF notamment avec les CSSS	Taux de satisfaction des GMF et des CSSS	D'ici 2014 Augmentation de la satisfaction
27. Soutenir l'actualisation du rôle des infirmières en GMF et assurer une vigie	Nombre d'usagers vulnérables pris en charge	D'ici 2015 Augmentation
28. Améliorer le suivi des jeunes en difficulté âgés de 18-21 ans	Protocoles de collaboration entre le CJ et les CSSS.	D'ici 2014 100% des CSSS
29. Accroître la disponibilité d'infirmières praticiennes spécialisées (IPS) en soins de première ligne	Nombre total d'IPS en soins de première ligne titularisées	30 IPS d'ici 2015
30. Offrir un accès téléphonique rapide à une consultation en matière de services psychosociaux (information, intervention, référence-orientation, avis professionnels et conseils) par des professionnels en intervention psychosociale des CSSS, 24 heures par jour, 7 jours par semaine	- Mise en place d'un service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux % des appels au service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux répondus dans un délai de 4 minutes ou moins	Services répondants aux balises cliniques précisées dans le cadre de référence 90 % des appels d'ici 2015 par l'entremise de la centrale
31. 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	50 % des territoires locaux d'ici 2015
32. Améliorer la coordination des soins et des services en oncologie pour les personnes ayant reçu un diagnostic de cancer et leurs proches	% des personnes ayant reçu un diagnostic de cancer disposant d'une infirmière pivot dans un délai de 48 heures	70 % des personnes d'ici 2015
33. Intervenir rapidement, de façon précoce et concertée afin de réduire les difficultés vécues par les jeunes et les familles, dont les problèmes de négligence et les troubles de comportement, selon les orientations relatives aux jeunes en difficulté	% de territoires locaux où un programme d'intervention en négligence reconnu efficace est offert % de territoires locaux où un programme d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu reconnu efficace est offert - Taux de signalement suivant la fin de l'application des mesures en protection de la jeunesse - Durée moyenne des placements	100 % des territoires locaux d'ici 2015 100 % des territoires locaux d'ici 2015 Diminution Diminution
34. 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	Diminution

Priorités régionales

Objectifs	Indicateurs	Cibles régionales
35. Assurer aux personnes qui le requièrent des services de santé mentale de première ligne par une équipe multidisciplinaire	Nombre de jeunes et d'adultes souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de santé mentale de première ligne offerts en CSSS	2 % des jeunes et des adultes d'ici 2015
36. 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)	100 places par 100,000 adultes 250 places par 100,000 adultes
37. 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
38. 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 - a impliqué le CSSS	Augmentation
39. 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	Degré d'implantation des réseaux de services intégrés pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (RSIPA)	55 % des composantes dans 100 % des CSSS
40. Favoriser l'adoption en centre hospitalier de pratiques organisationnelles et cliniques adaptées aux besoins particuliers des personnes âgées	% des centres hospitaliers ayant mis en place la majorité des composantes de l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier	60 % des centres hospitaliers d'ici 2015 (4 sur 6)
41. Assurer une offre globale du 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 soutien à domicile de longue durée rendues par les différents modes de dispensation de services (CSSS)	Augmentation de 10 % d'ici 2015
42. 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



QUATRIÈME ORIENTATION

Développer une synergie régionale en matière de performance et d'optimisation des ressources

Les dirigeants d'établissements et de l'Agence s'entendent afin de développer et de mettre en œuvre des stratégies spécifiques concertées permettant d'actualiser toutes les opportunités d'optimisation. Ces stratégies devraient se réaliser dans la perspective de maintenir les services de base à la population tout en maximisant les alternatives offertes par le biais, entre autres, de partenariats intra ou interrégionaux.

Le modèle d'allocation des ressources provinciales se base sur une approche populationnelle et reflète l'impact de l'augmentation de la population et de l'accroissement du nombre de personnes âgées qui, dans notre région, est plus rapide que dans le reste de la province. Les résultats de ce modèle révèlent toute la précarité financière des Laurentides et cela même si on considère les budgets de développement des dernières années. Dans la même foulée, l'Agence a développé un modèle d'allocation régionale des ressources qui reproduit, à une échelle locale, celui que le MSSS applique.

Malgré les efforts consentis les établissements doivent composer avec une demande de services en constante croissance et il y aura toujours des dossiers importants pour lesquels les besoins financiers exigeront un solide exercice de créativité.

Tout en demeurant ouverte et disponible aux opportunités pouvant se présenter, la région vise à développer une synergie régionale afin de cibler clairement les besoins, de prioriser les projets et d'analyser toutes les alternatives possibles pour financer ces derniers.

Pour cette dernière orientation, deux priorités régionales ont été déterminées par l'Agence.

Priorités régionales

Objectifs	Indicateurs	Cibles
43. Mettre en place des mesures régionales d'optimisation à l'égard des ressources informationnelles	▪ Nombre de mesures mises en place	Augmentation D'ici 2015
44. S'assurer de la mise en œuvre de projets structurés d'optimisation de l'utilisation des ressources	▪ % d'établissements ayant réalisé un projet d'optimisation de l'utilisation des ressources	75 % des établissements d'ici 2015

Conclusion

L'exercice ayant conduit au plan stratégique régional de l'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides s'est déroulé en conformité avec les enjeux stratégiques ministériels tout en faisant ressortir les particularités de la région. La démarche qui se voulait participative a impliqué le comité de direction, les cadres, le personnel de l'Agence et le comité de planification et d'évaluation du conseil d'administration. Plus de 400 personnes du réseau, des partenaires intersectoriels et des organismes communautaires ont activement contribué à sa réalisation en participant à des rencontres ainsi qu'aux cinq forums de consultation par programmes-clientèles ou continuums de services.

La mobilisation des acteurs a mené vers la détermination de quatre orientations stratégiques régionales pour lesquelles des efforts majeurs doivent être déployés afin d'améliorer l'état de santé et de bien-être de la population. Le plan décrit les objectifs, les indicateurs ainsi que les cibles stratégiques régionales que l'Agence entend atteindre au cours des cinq prochaines années. Les orientations stratégiques régionales feront l'objet d'un plan d'action opérationnel et d'un suivi rigoureux de l'état de son avancement.

Ces engagements seront reproduits dans l'entente de gestion entre le MSSS et l'Agence et seront signifiés aux établissements dans les ententes de gestion entre l'Agence et ces derniers. Des plans d'action seront aussi élaborés afin d'en assurer la réalisation.

En plus du dynamisme que déploie le réseau pour continuellement rechercher des pistes d'optimisation, d'amélioration de l'organisation du travail, d'utilisation optimale et de mise en commun des ressources, l'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides entend assumer un leadership prédominant afin de doter la région des ressources financières nécessaires à l'amélioration de l'état de santé et de bien-être de sa population. Tous sont conviés à participer à l'accomplissement de ce plan stratégique régional afin de faire des Laurentides une région de réussite, d'excellence et citée en exemple.



Tableau synoptique Plan stratégique régional 2010-2015

MISSION

Favoriser le maintien et l'amélioration de la santé et du bien-être de la population de la région et assurer la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux en conformité avec les orientations et les politiques ministérielles.

VISION

Dans la continuité de ses responsabilités de première importance envers la population, l'Agence affirme son engagement à tendre comme région vers la réussite, l'excellence et être citée en exemple.

Santé publique - PRODUIRE LA SANTE EN MOTIVANT ET SOUTENANT DES CHANGEMENTS INDIVIDUELS, ENVIRONNEMENTAUX ET ORGANISATIONNELS FAVORABLES AU DEVELOPPEMENT ET AU MAINTIEN DE LA SANTE ET DU BIEN-ETRE DE LA POPULATION

Axes d'intervention	Objectifs	Résultats visés
Prévention dans les continuums de services	- Assurer la mise en œuvre des activités de promotion, de prévention et de protection prévues au Plan d'action régional de santé publique - 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 - Chutes chez les personnes âgées - Suicide	85 % des activités du PRSP implantées d'ici 2015 85 % des pratiques cliniques préventives prioritaires qui ont fait l'objet d'activités de soutien implantées d'ici 2015
Contrôle des infections nosocomiales	Maintenir les taux d'infections nosocomiales faisant l'objet d'une surveillance provinciale en deçà des seuils établis	90 % des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés qui participent à la surveillance spécifique maintiennent leurs taux d'infections nosocomiales en deçà des seuils établis

Orientation 1 – FAIRE EN SORTE QUE LA REGION DES LAURENTIDES DEVIENNE UN MILIEU DE TRAVAIL HAUTEMENT VALORISE POUR LE PERSONNEL ŒUVRANT DANS LE RESEAU

Axes d'intervention	Objectifs	Résultats visés
Attraction et promotion des métiers	4. Se doter d'une stratégie de mise en valeur de la région.	Plan d'action élaboré en 2012 et actualisé d'ici 2015
Action intersectorielle	5. Consolider les partenariats intersectoriels et plus particulièrement avec le secteur de l'éducation afin de mieux répondre aux besoins de la main-d'œuvre.	Augmentation du nombre de partenariats intersectoriels consolidés d'ici 2012
Créneaux d'expertise et formation	6. Améliorer l'offre de formation et de développement dans les milieux de stage pour les professionnels et les médecins.	100 % des demandes de places acceptées dans les milieux de stages d'ici 2013 - Coordination régionale élargie à l'ensemble des professionnels d'ici 2013
Disponibilité et utilisation optimale de la main-d'œuvre du réseau	7. Produire et mettre à jour annuellement le plan de main-d'œuvre régional de façon à identifier et mettre en œuvre les stratégies pour assurer l'équilibre entre les effectifs requis et disponibles	100 % d'établissements ayant mis à jour annuellement un plan de main-d'œuvre
	8. 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	100 % d'établissements ayant réalisé une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail d'ici 2015
	9. Réduire le temps travaillé en heures supplémentaires dans l'ensemble des secteurs d'activité	Diminution de 10 % du pourcentage des heures travaillées en heures supplémentaires d'ici 2015
	10. Réduire le recours à la main-d'œuvre indépendante dans les secteurs d'activité clinique	Diminution d'au moins 25 % des heures travaillées par de la main-d'œuvre indépendante, soit du personnel clinique à l'emploi des agences privées (soins infirmiers, autres secteurs à préciser) d'ici 2015
Rétention et mieux-être au travail	11. Mettre en œuvre des mesures pour améliorer le climat de travail et favoriser la santé et le bien-être du personnel du réseau en s'appuyant sur les programmes de type Entreprise en santé	50 % des établissements accrédités par un programme reconnu visant l'amélioration du climat de travail d'ici 2015 100 % des établissements % d'établissements ayant obtenu un agrément incluant le volet de mobilisation des ressources humaines d'ici 2015 - Ratio des heures en assurance salaire par rapport aux heures travaillées de 5,8 % d'ici 2015
	12. Favoriser l'adaptation de la relève professionnelle à la profession et au milieu de travail	100 % des établissements ayant mis en œuvre un programme de soutien à la relève professionnelle d'ici 2015

Orientation 2 - AMELIORER L'ACCES AUX SERVICES AUX CLIENTELES VULNERABLES ET LA OU L'ON CONSTATE DES PROBLEMATIQUES PRIORITAIRES D'ACCES

Axes d'intervention	Objectifs	Résultats visés
Disponibilité de la main-d'œuvre médicale	13. Consolider l'offre de services en médecine spécialisée (de base et de 2e ligne) afin de réduire les disparités régionales relativement à l'accès à ces services.	100 % des territoires desservis d'ici 2015 en termes de : - Nombre de spécialités de base accessibles dans les RLS - Nombre de spécialités de 2^e ligne accessibles régionalement
Services médicaux	14. Consolider le positionnement régional du CSSS de Saint-Jérôme dans sa mission de santé physique.	100 % des services prévus au CSSS de Saint-Jérôme d'ici 2015
Services d'hébergement	15. Consolider l'accueil clinique pour faciliter l'arrimage entre les médecins de famille et les spécialistes.	Accueil clinique consolidé pour 100 % des établissements de la région d'ici 2012
Rapatriement des clientèles	16. Se doter d'une vision régionale en matière de hiérarchisation des services d'hébergement (permanent et temporaire) incluant les services posthospitaliers (RPI, RIV, UTRF et convalescence).	Vision régionale en matière de hiérarchisation des services d'hébergement et plan d'action élaborés d'ici 2012
Services sociaux et de réadaptation	17. Rapatrier la clientèle qui reçoit des services dans les régions limitrophes, en lien avec les orientations et les échéanciers ministériels	Augmentation du nombre d'usagers rapatriés des régions limitrophes d'ici 2013
	18. 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	90 % des personnes ayant une déficience traitées dans les délais établis d'ici 2015
Médecine et chirurgie	19. Assurer aux jeunes personnes ayant une dépendance un accès aux services d'évaluation spécialisée dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins	80 % des personnes évaluées en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins d'ici 2015
	20. Assurer aux personnes inscrites au mécanisme central un accès aux chirurgies dans un délai de 6 mois	90 % des personnes inscrites au mécanisme central traitées à l'intérieur de 6 mois d'ici 2011 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).
Urgences	21. Assurer aux personnes atteintes de cancer les services à l'intérieur d'un délai de 28 jours	90 % des personnes traitées à l'intérieur d'un délai de 28 jours d'ici 2015 en : - chirurgie oncologique; - chimiothérapie/traitements systémiques.
	22. Assurer une durée de séjour acceptable à l'urgence pour les personnes sur civière	- Au plus 15 % des séjours de 24 heures et plus sur civière d'ici 2015 - Moins de 1 % des séjours de 48 heures et plus sur civière d'ici 2015 - Une durée de séjour moyen sur civière de 12 heures ou moins

Axes d'intervention	Objectifs	Résultats visés
Santé mentale	23. Assurer aux jeunes 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 2^e et 3^e ligne à l'intérieur de 60 jours	▪ 90 % des personnes dont les services ont débuté à l'intérieur des délais établis
Services médicaux	24. Améliorer l'accès aux services diagnostiques et aux médecins spécialistes pour les personnes présentant certaines conditions cliniques et référées par un médecin de famille	▪ 75% des CSSS ayant mis en place un mécanisme d'accès aux services diagnostiques et aux médecins spécialistes pour les personnes présentant des conditions cliniques de nature subaiguë ou semi-urgente et référées par un médecin de famille d'ici 2015

Orientation 3 - CONSOLIDER LES SERVICES DE PREMIERE LIGNE EN TENANT COMPTE DE LA HIERARCHISATION DES SERVICES ET DES DISPARITES REGIONALES

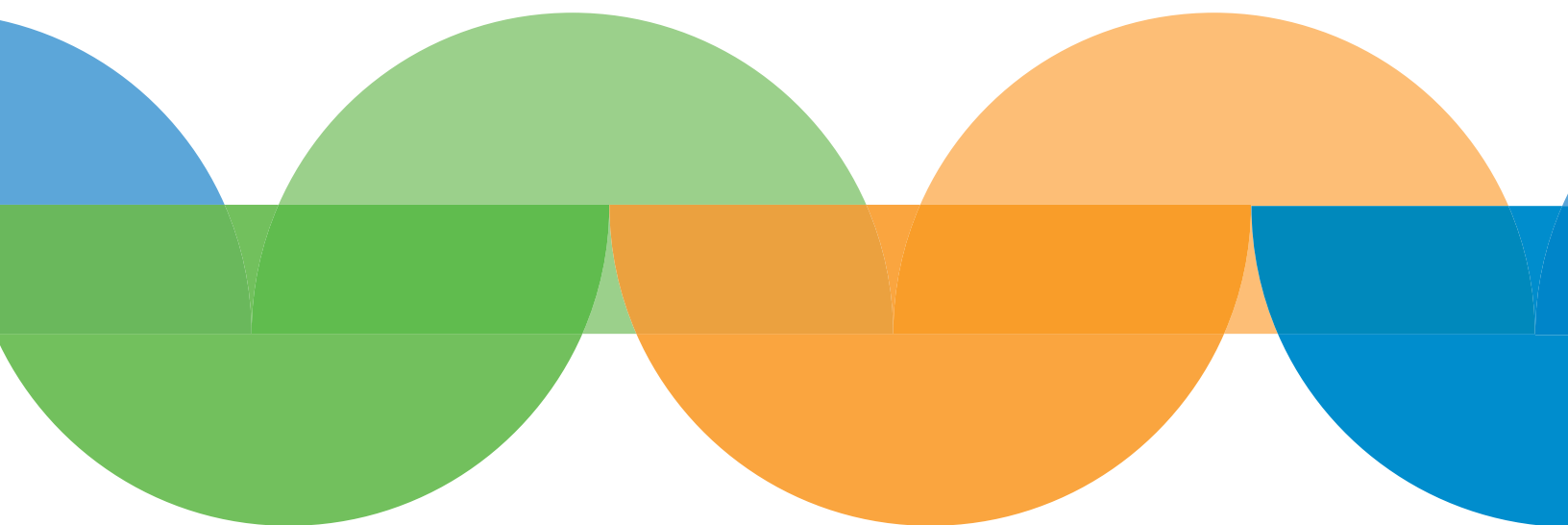
Axes d'intervention	Objectifs	Résultats visés
Clientèles vulnérables	25. Améliorer l'accès aux services de première ligne à l'ensemble des clientèles vulnérables identifiées comme prioritaires pour la région	Augmentation du nombre de personnes vulnérables ayant un suivi médical et clinique
Services médicaux et infirmiers - GMF	26. Consolider la collaboration des GMF notamment avec les CSSS	Augmentation du taux de satisfaction des GMF et des CSSS d'ici 2014
	27. Soutenir l'actualisation du rôle des infirmières en GMF et assurer une vigie	Augmentation du nombre d'utilisateurs vulnérables pris en charge d'ici 2015
Jeunes en difficulté	28. Améliorer le suivi des jeunes en difficulté âgés de 18-21 ans	100 % des protocoles de collaboration convenus entre le CJ et les CSSS d'ici 2014
Services médicaux et infirmiers	29. Accroître la disponibilité d'infirmières praticiennes spécialisées (IPS) en soins de première ligne	30 IPS en soins de première ligne titularisées d'ici 2015
Services psychosociaux	30. Offrir un accès téléphonique rapide à une consultation en matière de services psychosociaux (information, intervention, référence-orientation, avis professionnels et conseils) par des professionnels en intervention psychosociale des CSSS, 24 heures par jour, 7 jours par semaine	- Services de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux répondants aux balises cliniques précisées dans le cadre de référence 90 % des appels au service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux reçoivent une réponse par l'entremise de la centrale dans un délai de 4 minutes ou moins d'ici 2015
Personnes atteintes de maladies chroniques ou de cancer	31. Favoriser l'autogestion et la réadaptation des personnes atteintes de maladies chroniques dans un suivi systématisé	50 % des territoires locaux assurent un suivi systématisé auprès des personnes atteintes de maladies chroniques d'ici 2015
	32. Améliorer la coordination des soins et des services en oncologie pour les personnes ayant reçu un diagnostic de cancer et leurs proches	70 % des personnes ayant reçu un diagnostic de cancer disposent d'une infirmière pivot dans un délai de 48 heures d'ici 2015
Jeunes en difficulté	33. Intervenir rapidement, de façon précoce et concertée afin de réduire les difficultés vécues par les jeunes et les familles, dont les problèmes de négligence et les troubles de comportement, selon les orientations relatives aux jeunes en difficulté	100 % des territoires locaux offrent un programme d'intervention en négligence reconnu efficace d'ici 2015 100 % des territoires locaux offrent un programme d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu reconnu efficace d'ici 2015 - Diminution du taux de signalement suivant la fin de l'application des mesures en protection de la jeunesse - Diminution de la durée moyenne des placements
	34. 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	Diminution du nombre moyen de déplacements vécus par l'enfant/jeune au cours d'une période de trois ans à compter de sa prise en charge
	35. Assurer aux personnes qui le requièrent des services de santé mentale de première ligne par une équipe multidisciplinaire	2 % des jeunes et des adultes souffrant de troubles mentaux reçoivent des services de santé mentale de première ligne offerts en CSSS d'ici 2015
Personnes atteintes de problèmes de santé mentale et personnes aux prises avec une dépendance	36. Assurer l'accès aux services d'intégration dans la communauté, pour les adultes ayant des troubles mentaux graves	100 places par 100 000 adultes en suivi intensif dans le milieu (SIM) et 250 places par 100 000 adultes en soutien d'intensité variable (SIV) mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu les services

Axes d'intervention	Objectifs	Résultats visés
Personnes ayant une déficience et leur famille	37. 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 38. Assurer la coordination des services dispensés par plusieurs établissements aux personnes ayant une déficience et à leur famille	▪ Augmentation du nombre de jeunes et d'adultes ayant reçu des services en toxicomanie et en jeu pathologique de première ligne offerts par les CSSS ▪ Augmentation du nombre de personnes ayant une déficience pour qui, dans l'année de référence, un plan de services individualisé (PSI) : - o a été élaboré par un CR - o a impliqué le CSSS
Réseaux de services intégrés	39. 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	▪ 100 % des CSSS ayant implanté 55 % des composantes des réseaux de services intégrés pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (RSIPA)
Adaptation des services	40. Favoriser l'adoption en centre hospitalier de pratiques organisationnelles et cliniques adaptées aux besoins particuliers des personnes âgées	▪ 60 % des centres hospitaliers (4 sur 6) ayant mis en place la majorité des composantes de l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier d'ici 2015
Services de soutien à domicile	41. Assurer une offre globale du 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	▪ Augmentation de 10 % du nombre total d'heures de soutien à domicile de longue durée rendues par les différents modes de dispensation de services (CSSS) d'ici 2015
Diversification des milieux de vie	42. 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)	▪ Augmentation du nombre de places en ressources résidentielles de proximité

Orientation 4 - DEVELOPPER UNE SYNERGIE REGIONALE EN MATIERE DE PERFORMANCE ET D'OPTIMISATION DES RESSOURCES

Axes d'intervention	Objectifs	Résultats visés
Optimisation des ressources	43. Mettre en place des mesures régionales d'optimisation à l'égard des ressources informationnelles	▪ Augmentation du nombre de mesures mises en place d'ici 2015
	44. S'assurer de la mise en œuvre de projets structurés d'optimisation de l'utilisation des ressources	▪ 75 % des établissements ayant réalisé un projet d'optimisation de l'utilisation des ressources d'ici 2015





1000, rue Labelle, bureau 210
Saint-Jérôme (Québec) J7Z 5N6

Téléphone : 450 436-8622
Télécopieur : 450 432-8712

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

Québec 