

RÉORGANISATION DU RÉSEAU MONTRÉALAIS DE SANTÉ PUBLIQUE

Réflexion et recommandations du réseau montréalais sur le déploiement et le partage des rôles et responsabilités des programmes de santé publique dans le contexte du projet de loi 10

RÉORGANISATION DU RÉSEAU MONTRÉALAIS DE SANTÉ PUBLIQUE

Réflexion et recommandations du réseau montréalais sur le déploiement et le partage des rôles et responsabilités des programmes de santé publique dans le contexte du projet de loi 10

Réorganisation du réseau montréalais de santé publique : Réflexion et recommandations du réseau montréalais sur le déploiement et le partage des rôles et responsabilités des programmes de santé publique dans le contexte du projet de loi 10

est une production de la Direction de santé publique
du CIUSSS du Centre-Est-de-l'Île-de-Montréal

1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3
514 528-2400
dsp.santemontreal.qc.ca

Rédaction

Renée Dufour et Émilie Leblanc

Coordination

Mylène Drouin

Équipe projet

Catherine Dea, Mylène Drouin, Renée Dufour, Émilie Leblanc, Cat Tuong Nguyen, Léo-Roch Poirier, Élisabeth Rivest

Nous remercions chaleureusement tous les professionnels et gestionnaires de la DSP ainsi que des organismes partenaires qui ont généreusement contribué au projet :

Équipes régionales et locales de santé publique

Les membres des équipes régionales et locales de santé publique qui ont participé au projet sont identifiés sur les mémos-synthèses de chacun des programmes placés en annexe du rapport.

Comité de planification stratégique de santé publique

Yves Bellavance (CMTQ), Liette Bernier (ASSSM), Denis Blanchard (CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel), Diane Brière (CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent), Christine Colin (CHU Ste-Justine), Michèle De Guise (CHUM), Yves Desjardins (CSSS du Sud-Ouest-Verdun), Louis Drouin (DSP), Mylène Drouin (DSP), Mario Gagnon (CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel), Éric Litvak (DSP), Réal Lizotte (CSSS de la Montagne), Richard Massé (DSP), Carole Morissette (DSP), Sébastien Rivard (Regroupement des organismes communautaires de Montréal), Francine Vincelette (CSSS Jeanne-Mance), Odette Viens (Centraide)

Consultation

Comité de direction de la DSP

Audrey Couture, Carl Drouin, Louis Drouin, Mylène Drouin, Louis-Robert Frigault, André Gobeil, Mireille Gaudreau, Norman King, Maryse Lapierre, Sylvie Lavoie, Éric Litvak, Richard Massé, Paule Masson, Carole Morissette, Nathalie Ratté, Normand Richer, Jo Anne Simard, Stéphanie Vidal

Table régionale de santé publique

Louise Blais (CSSS Lucille-Teasdale), Denis Blanchard (CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel), Diane Brière (CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent), Manon de Guise (CSSS Lucille-Teasdale), Yves Desjardins (CSSS du Sud-Ouest-Verdun), Claude Doyon (CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel), Gilbert Fillion (CSSS d'Achetsic et Montréal-Nord), Mario Gagnon (CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel), Belinda Hall (CSSS du Sud-Ouest-Verdun), Mario Jarquin (CSSS du Cœur-de-l'Île), Michael Kane (CSSS de l'Ouest-de-l'Île), Lucie Lalande (Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles), Réal Lizotte (CSSS de la Montagne), Thaddeus Rezanowicz (CSSS Cavendish), Claude Riendeau (CSSS de la Pointe-de-l'Île), Nathalie Rochon (CSSS de la Pointe-de-l'Île), Jean-Pierre Rodrigue (CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle), Marie Saint-Louis (CSSS Jeanne-Mance), Francine Vincelette (CSSS Jeanne-Mance)

Ce document est disponible en ligne à la section publications
du site Web du Directeur de santé publique : dsp.santemontreal.qc.ca

© Direction de santé publique

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Est-de-l'Île-de-Montréal (2015)

Tous droits réservés

ISBN 978-2-89673-494-8 (PDF)

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2015

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives Canada, 2015

Table des matières

Résumé	1
1. Introduction	3
1.1. Contexte	3
1.2. Objectif	4
1.3. Question à l'étude	4
2. Méthodologie	5
2.1. Choix des programmes	5
2.2. Collecte de données et analyse	5
2.2.1. Collecte de données	5
2.2.2. Analyse intra-cas	6
2.2.3. Analyse inter-cas	7
3. Résultats	9
3.1. Partage des rôles et des responsabilités pour les interventions de santé publique	9
3.1.1. Activités de mise en œuvre et d'amélioration continue	9
3.1.2. Activités d'analyse des besoins	13
3.1.3. Interventions de santé publique : promotion, prévention et protection	13
3.2. Amélioration de la performance	16
4. Discussion	17
4.1. Forces et limites de l'étude	17
4.2. Contribution au modèle de gouverne en santé publique pour la région de Montréal	17
4.3. Contribution au plan de mise en œuvre du PNSP	18
4.4. Contribution à la démarche d'élaboration du Plan d'action régional de santé publique 2016-2020	18
4.5. Analyse de la performance	18
5. Conclusion	19

Liste des figures

Figure 1. Acteurs impliqués dans la démarche	4
Figure 2. Typologie des interventions de santé publique, paliers régional et sous-régional.....	6
Figure 3. Constats sur la performance : dimensions de la performance et questions associées	7
Figure 4. Causes fondamentales liées à la performance : catégories et exemples de facteurs favorisant ou limitant la performance	7
Figure 5. Recommandations d'amélioration selon les dimensions de la performance étudiées	16

Liste des annexes

Annexe 1. Mémo synthèse du cas Services intégrés en périnatalité et petite enfance – volet accompagnement des familles et volet soutien à la création d'environnements favorables	
Annexe 2. Mémo synthèse du cas École et milieux en santé	
Annexe 3. Mémo synthèse du cas Vaccination contre la grippe	
Annexe 4. Mémo synthèse du cas Programme montréalais de santé buccodentaire	
Annexe 5. Mémo synthèse du cas Programme québécois d'abandon du tabagisme pour Montréal	
Annexe 6. Mémo synthèse du cas Programme québécois de dépistage du cancer du sein	
Annexe 7. Mémo synthèse du cas Initiative montréalaise de soutien au développement social local	
Annexe 8. Mémo synthèse du cas Contribution du réseau de la santé et des services sociaux au développement des communautés	
Annexe 9. Mémo synthèse du cas Prévention et gestion des éclosons (syndrome d'allure grippale/influenza, gastroentérite) en milieux de soins	
Annexe 10. Mémo synthèse du cas Logements salubres et accessibles	
Annexe 11. Mémo synthèse du cas Urgences environnementales majeures et mineures	

Liste des acronymes

ASSS	Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
CDE.....	Comité de direction élargi de la Direction de santé publique de Montréal
CLSC	Centre local de services communautaires
CSSS.....	Centre de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CIUSSS du Centre-Est	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Est-de-l'Île-de-Montréal
DSP.....	Direction de santé publique de Montréal
I-CLSC	Système d'information sur la clientèle et les services des CSSS (mission CLSC)
PAR.....	Plan d'action régional de santé publique
PDG	Président-directeur général
PDGA	Président-directeur général adjoint
PL10	Projet de loi 10
PNSP.....	Programme national de santé publique
TRSP	Table régionale de santé publique

RÉSUMÉ

Le projet a pour objectif d'émettre des recommandations dans le but d'alimenter un nouveau scénario de gouverne et une nouvelle structure de déploiement des programmes-services de santé publique, en vue de la mise à jour du plan d'action régional (PAR) pour Montréal. Il s'inscrit dans le contexte du projet de loi 10, prévoyant la réorganisation du réseau montréalais de la santé et des services sociaux ainsi que certaines dispositions relatives à la santé publique, et de l'annonce de nouvelles coupes de l'ordre de 30 % des budgets régionaux de santé publique. L'étude vise à répondre à la question suivante : **comment partager les rôles et les responsabilités entre les différents acteurs de santé publique pour une mise en œuvre optimale du futur PAR?** Un nombre important d'acteurs régionaux et locaux de santé publique (environ 200 personnes) sont mis à contribution dans l'étude réalisée entre novembre 2014 et février 2015. La stratégie de recherche est l'étude de cas multiples, un cas étant défini comme un programme de santé publique déployé régionalement et localement. Il s'agit d'analyser une sélection de 11 programmes à la lumière des paramètres de la gouverne actuelle et de proposer pour chaque programme des recommandations en se projetant dans la future configuration du réseau montréalais. Une analyse de l'ensemble de ces recommandations permet ensuite de dégager des pistes pour la gouverne régionale et la structure de déploiement du PAR.

La consultation nous permet de faire le portrait des préoccupations des acteurs locaux et régionaux de santé publique, auxquelles les recommandations font écho. Concernant la **planification**, il est nécessaire de trouver un équilibre entre 1) les besoins des populations visées; 2) les interventions prometteuses selon les données probantes; et 3) les réalités d'implantation sur le terrain, afin de mettre en œuvre des programmes efficaces. Il importe aussi de réfléchir à la contribution des établissements non fusionnés qui effectuent des activités de promotion et de prévention et sont mobilisés dans des contextes de protection.

La protection des ressources de promotion et prévention ainsi que la capacité d'influence de la santé publique au sein des CIUSSS sont les deux principaux enjeux relatifs à la **gestion des ressources de santé publique** qui peuvent être vus sous trois angles. Le premier concerne le rattachement au palier régional ou sous-régional des programmes, activités et ressources et, pour le palier sous-régional, leur positionnement dans l'organigramme des futurs CIUSSS. En effet, la structure peut jouer un rôle facilitant ou contraignant. La vision, celle des PDG et PDGA mais aussi des gestionnaires et des intervenants, est déterminante; il faut que la santé publique puisse influencer aux différents niveaux. Dans le cas particulier du CIUSSS du Centre-Est, il faut tenir compte du fait que l'organisation assume à la fois les responsabilités régionales de santé publique et les responsabilités sous-régionales pour son territoire. Le deuxième angle s'attarde au financement, à l'allocation des ressources et à l'imputabilité afin de constituer des équipes dédiées à la santé publique et d'éviter le glissement des ressources vers la prestation de services individuels curatifs. Le suivi et la reddition de comptes constituent le troisième angle. Les indicateurs utilisés à cet effet sont souvent non adaptés aux interventions : soit ils ne reflètent pas bien le travail effectué en promotion-prévention et en développement des communautés, soit ils n'encouragent pas la réalisation d'activités efficaces et adaptées, étant souvent calqués sur le suivi d'interventions individuelles curatives. Les systèmes d'information (principalement I-CLSC) sont inadéquats.

Les participants ont soulevé plusieurs questions concernant la coordination entre les établissements et entre les services d'un même établissement, dans la nouvelle configuration du réseau de la santé et des services sociaux. En matière de **collaboration**, ils se préoccupent aussi de la cohérence et des doublons dans les activités des différents programmes présents sur le territoire montréalais, ainsi que des contributions réelles et de l'efficacité des instances de concertation et de partenariat.

Concernant le **soutien** de la DSP, bien qu'il soit très apprécié par les intervenants, certains soulignent que l'offre ne laisse pas suffisamment de place aux besoins émergents des équipes locales. La responsabilité du **développement des communautés**, quant à elle, incombe aux CIUSSS. La volonté de planifier stratégiquement ne doit pas entrer en conflit avec l'autonomie des communautés et doit renforcer les liens de proximité, l'agilité et la force d'action des structures locales.

Le succès des interventions de santé publique dépend de la **mobilisation** d'un grand nombre d'acteurs autour des politiques publiques, d'investissements en promotion et prévention, etc. Il ressort de l'analyse des cas que ce sont principalement les paliers régional et national qui détiennent les leviers nécessaires pour assumer ce rôle.

En ce qui a trait à l'**intervention directe auprès de la population**, le démarchage auprès des clientèles, entre autres vulnérables, constitue souvent la principale pierre d'achoppement. De plus, la réussite de certaines interventions de santé publique dépend de la disponibilité de services que les équipes actuelles ne sont pas en mesure de fournir.

Principales recommandations

Planification	▪ Impliquer différemment les trois paliers dans les planifications stratégique, tactique et opérationnelle afin d'assurer l'adaptation des programmes aux réalités régionales et sous-régionales. ▪ Impliquer les cinq établissements non fusionnés dans la mise à jour du PAR 2016-2020 pour définir leur contribution aux activités de santé publique.
Gestion des ressources en santé publique	▪ Créer dans chaque CIUSSS un poste de coordination fonctionnelle dédié exclusivement à la santé publique. ▪ Définir le rattachement des programmes (palier régional ou sous-régional) selon le volume d'activités. ▪ Associer un mécanisme de reddition de comptes au financement du PAR dans l'allocation des ressources. ▪ L'allocation des ressources devrait se faire en fonction de critères qui tiennent compte 1) des objectifs à atteindre; 2) du fardeau de chaque territoire ou établissement; 3) des spécificités de la population et 4) des ressources disponibles. ▪ Les indicateurs devraient être revus en profondeur et harmonisés afin de servir autant à la reddition de comptes qu'à l'évaluation et au monitoring de la performance.
Évaluation des interventions et monitoring de la performance	▪ Maintenir, voire renforcer les rôles d'évaluation et de monitoring au palier régional pour tous les programmes.
Collaboration	▪ Assurer une cohérence dans les objectifs et les activités des programmes et services de santé publique : ▪ Améliorer le travail de concertation – partenariat en : ▪ S'assurant que les personnes qui siègent sur ces instances détiennent les expertises pertinentes et ont des mandats de représentation et le pouvoir d'engager leur organisation. ▪ Définissant clairement les mandats des instances et les rôles et responsabilités des différentes parties. ▪ Structurant le fonctionnement des instances.
Soutien	▪ La formation continue, l'expertise-conseil et l'animation de communautés de pratique devraient être dispensées par le palier régional. Ces trois formes de soutien demandent une adaptation aux particularités régionales et locales et une expertise spécifique parfois rare. ▪ L'offre de soutien du palier régional doit être déterminée par la demande des équipes locales, tant pour le soutien aux processus que pour l'expertise thématique.
Soutien au développement des communautés	▪ Maintenir le financement des instances locales de concertation. ▪ Maintenir, voire rehausser les ressources investies par le CIUSSS en soutien au développement des communautés afin de protéger le lien de proximité entre le réseau et les communautés.
Interventions auprès de la population	▪ Mettre en commun les ressources et l'expertise régionales et sous-régionales dans la planification et la réalisation d'un démarchage adapté aux clientèles à rejoindre. ▪ Confier des mandats à des organismes communautaires ou CIUSSS pour dispenser des services directs en réponse à des besoins particuliers à la population de l'ensemble de la région.

Le projet a contribué à la définition de plusieurs paramètres du **modèle de gouverne en santé publique** proposé par le Directeur de santé publique, remplissant ainsi son objectif. Par exemple, le modèle inclut la création d'un poste de coordonnateur de santé publique dans chaque CIUSSS, son positionnement stratégique dans l'établissement et le rattachement des équipes de santé publique sous sa responsabilité. Parmi les autres recommandations, plusieurs concernent les modalités d'allocation des ressources humaines et financières, de façon à éviter le fractionnement et à consolider des équipes garantissant expertise et qualité, tout en tenant compte des contextes spécifiques des différents territoires. Certaines recommandations, concernant l'importance de l'adaptation aux réalités locales et de l'harmonisation des indicateurs aux fins de la reddition de comptes, de l'évaluation et du monitoring de la performance, ont également inspiré le **plan de mise en œuvre du PNSP**. Enfin, les résultats du présent projet, en particulier concernant l'amélioration de la performance des programmes seront mis à profit dans le cadre de la démarche de **planification du PAR**.

1. INTRODUCTION

1.1. Contexte

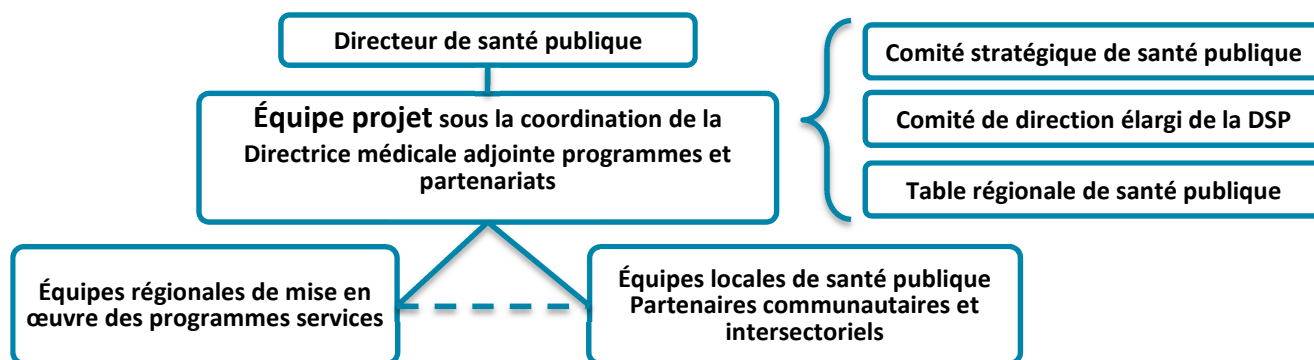
La réorganisation du réseau montréalais en cinq centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) et cinq établissements non fusionnés¹, ainsi que les dispositions de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* (PL10) relatives à la santé publique rendent inéluctable une redéfinition de la gouverne régionale et de la structure de déploiement du plan d'action montréalais de santé publique (PAR) révisé pour 2016-2020, avec en toile de fond la mise à jour du Programme national de santé publique (PSNP). S'ajoute comme contrainte majeure à considérer l'annonce de nouvelles coupes de l'ordre de 30 % des budgets régionaux de santé publique. L'actuel bouleversement constitue également une opportunité à saisir pour rendre les services de santé publique plus efficaces, en innovant par rapport à certains enjeux auxquels fait face la région : sous-performance persistante dans plusieurs programmes; contexte d'implantation d'une grande métropole (caractéristiques de la population et complexité du réseau); morcellement du financement des programmes par problématique et dans un grand nombre d'établissements, ce qui rend difficile le développement d'une capacité locale d'action (ressources, expertises); multiplication des bailleurs de fonds (publics et privés) soutenant des activités régionales et locales en prévention et promotion; etc.

Afin d'alimenter la réflexion sur la gouverne régionale et la structure de déploiement du PAR, la Direction de santé publique (DSP) de Montréal a choisi de s'inspirer de la pratique par une recherche action sur la performance de ses programmes. Il s'agit d'analyser un à un une sélection de programmes à la lumière des paramètres de la gouverne actuelle et de proposer pour chaque programme des recommandations en se projetant dans la future configuration du réseau montréalais. Une analyse de l'ensemble de ces recommandations permet ensuite de dégager des pistes pour la gouverne régionale et la structure de déploiement du PAR.

L'étude est mise en œuvre entre novembre 2014 et février 2015. Un nombre important d'acteurs régionaux et locaux et de la santé publique sont mis à contribution. La Figure 1 illustre les différentes parties prenantes de la démarche. Une **équipe projet** réalise les activités sous la coordination de la directrice médicale adjointe aux programmes et partenariats et la responsabilité du Directeur de santé publique. Se joignent à ces derniers au sein d'un **comité stratégique avisé**, le directeur médical adjoint planification, enseignement et recherche ainsi que les responsables de secteurs de la DSP, une représentante de l'Agence de la santé et de services sociaux (ASSS) de Montréal, cinq représentants de centres de santé et de services sociaux (CSSS; un directeur général et quatre gestionnaires), trois représentants du milieu communautaire et un autre des tables de quartier, et enfin deux représentantes d'un CHU. Les membres du comité stratégique se réunissent à quatre reprises dans les moments-clés de la démarche pour conseiller l'équipe. Le **comité de direction élargi** (CDE) de la DSP et la **table régionale de santé publique** (TRSP) composée des gestionnaires locaux s'impliquent en continu dès la définition du projet, avalisant les décisions et au fur à mesure de son évolution. À l'étape de réalisation, les **équipes régionales** des différents programmes ciblés sont mises à contribution activement pour documenter et contribuer à une première étape d'analyse de leur programme respectif. Des ateliers de discussion sont organisés pour poursuivre ces analyses préliminaires avec les **équipes locales de santé publique** et les **partenaires du milieu communautaire et intersectoriels** impliqués dans chacun des programmes. En tout, près de cinquante membres du personnel de la DSP et 130 participants aux ateliers de discussion provenant principalement des équipes locales de santé publique et du milieu communautaire collaborent à la démarche. En incluant les membres du comité stratégique, du CDE et de la TRSP, ce sont près de deux cents personnes qui contribuent à la démarche.

¹ Les cinq établissements non fusionnés de la région de Montréal sont le Centre hospitalier de l'Université de Montréal, le Centre universitaire de santé McGill, le Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, l'Institut de Cardiologie de Montréal et l'Institut Philip-Pinel de Montréal.

Figure 1. Acteurs impliqués dans la démarche



1.2. Objectif

Le projet a pour objectif d'**émettre des recommandations** dans le but d'alimenter un nouveau scénario de gouverne et une nouvelle structure de déploiement des programmes-services de santé publique (en vue de la mise à jour du PAR) pour la région de Montréal (niveaux régional et sous-régional, et partenariats intersectoriels) afin de garantir des services accessibles, de qualité et efficaces pour l'ensemble de la population avec une attention particulière portée aux clientèles vulnérables.

1.3. Question à l'étude

Dans le contexte de la réorganisation du réseau montréalais de la santé et des services sociaux, **comment partager les rôles et les responsabilités** entre les différents acteurs de santé publique pour une mise en œuvre optimale du futur PAR?

Pour la partie du rapport qui porte sur l'analyse de la performance des programmes actuels, les acteurs appartiennent soit au palier régional (ASSS, incluant la DSP), ou local (CSSS); dans la partie sur les recommandations pour la nouvelle configuration du réseau, les acteurs se situent aux paliers régional (DSP et fonctions régionalisées du CIUSSS du Centre-Est) ou sous-régional (CIUSSS).

2. MÉTHODOLOGIE

La stratégie de recherche utilisée est l'étude de cas multiples². Un cas est défini comme un programme de santé publique déployé régionalement et localement ou à l'échelle sous-régionale à Montréal. Dans un premier temps, chaque programme est analysé individuellement (intra-cas). Les résultats de l'ensemble des cas font ensuite l'objet d'un deuxième niveau d'analyse (inter-cas) permettant de généraliser les résultats (généralisation analytique).

2.1. Choix des programmes

L'équipe projet effectue une sélection à partir du contour du programme services santé publique de la façon suivante. Pour être considérés, les programmes doivent obligatoirement comprendre des activités régionales et locales. Puis ils sont classés en fonction des caractéristiques suivantes: les coûts (élevés – moyennement élevés – peu élevés), la pertinence d'une révision (oui/non), la fonction de santé publique dominante (promotion – prévention – protection), le secteur de provenance des partenaires (santé vs autres secteurs tels que scolaire, municipal, etc.) et l'unité de rattachement à la DSP. Il s'agit ensuite de choisir un certain nombre de programmes de manière à avoir la meilleure représentation possible des types de programmes inscrits au PAR. La sélection est soumise au responsable, puis au comité de direction élargi et enfin à la TRSP. Les 11 programmes retenus sont les suivants (ci-après identifiés à l'aide de leur numéro de cas) :

- 1 - Services intégrés en périnatalité et petite enfance – volet accompagnement des familles et volet soutien à la création d'environnements favorables;
- 2 - École et milieux en santé;
- 3 - Vaccination contre la grippe;
- 4 - Programme montréalais de santé buccodentaire;
- 5 - Programme québécois d'abandon du tabagisme pour Montréal;
- 6 - Programme québécois de dépistage du cancer du sein;
- 7 - Initiative montréalaise de soutien au développement social local;
- 8 - Contribution du réseau de la santé et des services sociaux au développement des communautés;
- 9 - Prévention et gestion des éclosions (syndrome d'allure grippale/influenza, gastroentérite) en milieux de soins;
- 10 - Logements salubres et accessibles;
- 11 - Urgences environnementales majeures et mineures.

2.2. Collecte de données et analyse

Les activités de collecte et d'analyse sont réalisées par l'équipe projet en collaboration avec les différents groupes d'acteurs selon la séquence suivante :

- 1) collecte de données avec l'équipe régionale;
- 2) analyse intra-cas d'abord avec l'équipe régionale puis en ateliers de discussion composés de représentants de l'équipe régionale, des équipes locales de santé publique et des principaux partenaires du programme;
- 3) analyse inter-cas avec le concours du comité stratégique et de la TRSP réunis.

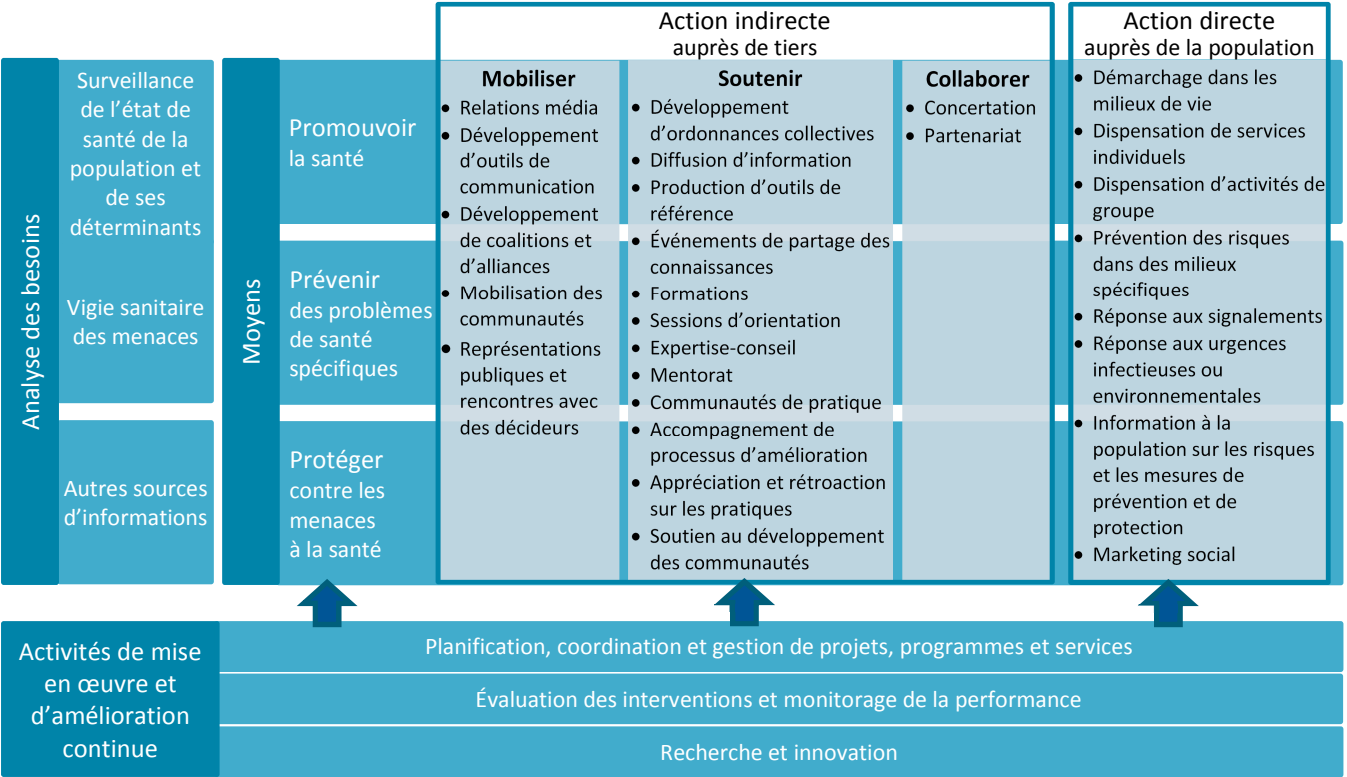
2.2.1. Collecte de données

Pour chaque programme, la première étape consiste à faire l'inventaire des interventions et activités mises en œuvre localement, régionalement et nationalement, à partir des outils descriptifs disponibles (ex. : cadres de référence, modèles logiques), lors de séances de travail avec des membres des équipes régionales. Pour ce faire, l'équipe projet utilise un outil permettant de circonscrire et systématiser le classement en catégories d'interventions de santé publique et d'activités de soutien à la mise en œuvre, selon une nomenclature commune (Figure 2. Typologie des interventions de santé publique, paliers régional et sous-régional). Le même outil est plus tard repris pour l'analyse et la présentation des résultats.

² La stratégie de recherche d'étude de cas est indiquée quand les trois conditions suivantes sont réunies : 1) le type de question de recherche est « quoi » ou « comment », 2) le contrôle sur les événements n'est pas requis et 3) les événements sont contemporains (Yin, Robert K. : *Case Study Research. Design and Methods*, Second Edition, Applied Social Research Methods Series; v. 5. Newbury Park, CA : Sage Publications, 1994, 171 p).

Pour faire le travail, les équipes régionales des 11 programmes ciblés sont accompagnées par un ou deux membres de l'équipe projet. L'approche utilisée auprès des professionnels et gestionnaires est participative. Dans une posture d'accompagnement, il s'agit d'offrir un service d'expertise de processus pour réaliser la démarche et laisser aux équipes toute latitude en ce qui a trait à l'expertise de contenu dans leur programme. Les membres de l'équipe projet, qui accompagnent les équipes, assument un rôle de « gardien du processus » en levant les barrières à l'avancement du travail, au fur et à mesure qu'elles se présentent, afin de s'assurer d'atteindre les objectifs dans les délais.

Figure 2. Typologie des interventions de santé publique, paliers régional et sous-régional (version de mars 2015)



2.2.2. Analyse intra-cas

Après s'être approprié l'inventaire des interventions, les équipes régionales sont invitées à porter un jugement sur la performance de leur programme, à partir de données de monitoring lorsque disponibles. Plus spécifiquement, elles s'interrogent sur la **couverture populationnelle** et l'**accessibilité aux services**, la **qualité** et la **continuité des services**, ainsi que l'**efficience**, à partir d'exemple de questions (Figure 3).

Cette réflexion amène chaque équipe régionale à identifier des éléments de leur programme qui fonctionnent bien et d'autres qui peuvent être améliorés sous forme de **constats de performance**. Pour des questions de faisabilité, les équipes régionales sont invitées à limiter le nombre de constats à environ une dizaine, ce qui fait que la réflexion sur la performance se fait dans une logique de mise en priorité et non d'exhaustivité.

L'étape suivante, réalisée en atelier de discussion avec les partenaires (réseau et intersectoriel) en une seule rencontre d'une demi-journée consiste à approfondir chacun de ces constats de performance. Il s'agit, dans un premier temps, de faire consensus sur les constats proposés par l'équipe régionale, pour ensuite en explorer les **causes fondamentales** à partir d'exemples de facteurs explicatifs (Figure 4).

Figure 3. Constats sur la performance : dimensions de la performance et questions associées

Couverture et accessibilité	• Quelle est la cible de couverture? Est-elle atteinte pour Montréal? Pour les différents territoires de CSSS? • Existe-t-il des écarts de couverture liés aux inégalités sociales de santé? • Y a-t-il des enjeux d'accessibilité des services (disponibilité, accessibilité géographique, économique, culturelle)?
Qualité et continuité des services	• Les normes de qualité et de continuité établies pour le programme sont-elles respectées?
Efficience	• Le ratio de production de services par rapport aux ressources humaines, financières et matérielles investies est-il optimal?

Figure 4. Causes fondamentales liées à la performance : catégories et exemples de facteurs favorisant ou limitant la performance

Gouvernance et gestion	• Imputabilité • Reddition de comptes • Lieu de rattachement du programme • Clarté des rôles et responsabilités
Ressources investies	• Distribution du financement régional et local • Quantité, qualité, stabilité et disponibilité des ressources humaines, financières et des systèmes d'information
Processus de production d'activités	• Capacité organisationnelle à produire le service • Zones de dédoublement et d'optimisation • Réalisation des bonnes activités, par les bons intervenants, au bon niveau
Partenariats	• Dépendance aux partenaires pour la prestation du programme • Efficacité de la mobilisation des partenaires • Durabilité des partenariats

Une fois les causes identifiées, le groupe est invité à réfléchir à des pistes de solution pour finalement aboutir à des recommandations visant à améliorer la performance du programme. Ultimement, le groupe de discussion réfléchit au partage des rôles et des responsabilités entre les paliers national, régional, sous-régional et les partenaires, ainsi qu'à la structure de déploiement optimale à la lumière des paramètres du PL10.

Enfin, à partir des pistes de solution qui se dégagent du travail en atelier de discussion avec les partenaires, l'équipe régionale du programme complète et, dans certains cas, formule les **recommandations** pour chaque catégorie de causes. L'ensemble de l'information recueillie pour chaque cas, i.e. la description des activités, les résultats de la discussion de l'atelier et les recommandations est intégré dans un mémo synthèse du cas (intra-cas) présenté sous forme de napperon et acheminé aux partenaires. Les 11 mémos synthèses sont joints au présent rapport (annexes 1 à 11).

2.2.3. Analyse inter-cas

La première étape de l'analyse inter-cas consiste à extraire les recommandations de chacun des 11 cas et les classer dans une matrice selon les catégories de la typologie des interventions. Une analyse de convergence et de divergence des

recommandations est réalisée en fonction des caractéristiques des cas : fonction de santé publique (promotion, prévention, protection); acteurs-clés (secteur de la santé - publics, secteur de la santé - publics et privés, autres secteurs); coordination régionale des soins requise; spécificités régionales concernant les acteurs ou la clientèle nécessitant une adaptation; volume d'activité par CIUSSS; expertise rare requise. Cette analyse permet d'extraire une première version de recommandations d'ensemble sur le partage des rôles et responsabilités entre les trois paliers d'acteurs relativement aux interventions de santé publique telles que décrites dans la typologie (Figure 2). Certaines de ces recommandations, moins robustes, sont ensuite soumises pour discussion au comité stratégique et à la TRSP réunis, ce qui permet de les valider et les approfondir.

Un certain nombre de recommandations de chacun des 11 cas n'est pas retenu pour cette première analyse parce qu'elles ne concernent pas les rôles et responsabilités des différents paliers. Elles portent davantage sur les façons d'améliorer la performance des programmes à l'étude. Elles sont donc reprises dans un deuxième temps et classées en fonction des dimensions de la performance étudiées, en vue de leur utilisation dans la démarche de mise à jour du plan d'action régional de santé publique 2016-2020.

3. RÉSULTATS

Les résultats sont présentés en deux sections. La première traite du partage des rôles et des responsabilités classés selon la typologie des interventions de santé publique en trois parties:

1. Activités de mise en œuvre et d'amélioration continue
2. Activités d'analyse des besoins
3. Interventions de santé publique : promotion, prévention et protection

La deuxième section présente une synthèse des recommandations touchant l'amélioration de la performance pour l'ensemble des cas.

3.1. Partage des rôles et des responsabilités pour les interventions de santé publique

La séquence de présentation est la suivante. D'abord, les grands enjeux qui ressortent de l'analyse, immédiatement suivis des recommandations qui en découlent en encadrés.

3.1.1. Activités de mise en œuvre et d'amélioration continue

3.1.1.1. *Planification, coordination et gestion de projets, programmes et services*

Planification

Les recommandations sur la planification visent principalement à faire en sorte que les programmes mis en œuvre et leurs modalités d'implantation correspondent aux réalités régionales et sous-régionales, en cohérence avec les objectifs nationaux, ainsi qu'au maintien des ressources allouées à la prévention et à la promotion.

Une préoccupation commune qui ressort des consultations est celle de trouver un équilibre dans la planification entre 1) les besoins des populations visées; 2) les interventions prometteuses selon les données probantes; et 3) les réalités d'implantation sur le terrain, afin de mettre en œuvre des programmes efficaces. Ainsi, l'ensemble des acteurs consultés ont exprimé que, même si le PAR découle du PNSP, il est important de conserver une flexibilité régionale dans la planification stratégique afin d'adapter les programmes aux spécificités du territoire et garder une marge de manœuvre pour faire face aux problèmes émergents. De la même manière, la planification régionale doit laisser de la latitude pour l'adaptation des interventions aux réalités sous-régionales.

La protection des budgets de promotion et de prévention est un enjeu important qui est davantage discuté en lien avec la gestion des ressources, mais auquel la planification peut également contribuer. En effet, il est souhaité que la planification sous-régionale et sa mise en œuvre soient soutenues dans les CIUSSS par des coordonnateurs détenant des compétences en santé publique. Elles devraient également faire l'objet d'une rétroaction par la DSP à la fois dans le cadre de la contractualisation des activités de santé publique locales et en continu, par le biais d'indicateurs de suivi, tout en respectant les prérogatives des CIUSSS.

Bien qu'ils n'aient pas été associés au PAR dans le passé, les établissements non fusionnés effectuent des activités de promotion et de prévention et sont mobilisés dans des contextes de protection. Ils constituent donc une force vive spécifique à Montréal. Une réflexion serait opportune quant à la façon dont ils pourraient être mis à contribution, ce qui n'a pas pu être fait dans le cadre du présent projet.

Recommandations concernant la **planification**¹ :

- Impliquer les trois paliers dans la planification :
 - En plus du palier national, la planification stratégique devrait être faite au palier régional afin d'assurer une adaptation du PNSP aux réalités régionales et sous-régionales.
 - La planification tactique et opérationnelle de même que la coordination d'activités et services, dont la prestation n'est pas locale, devraient être faites au palier régional.
 - La planification tactique d'activités et services locaux devrait être faite par les paliers régional et sous-régional en collaboration.
 - La planification opérationnelle et la coordination intra- et inter-programmes d'activités et services locaux devraient être faites au palier sous-régional, en fonction des besoins et priorités identifiés localement.
- Impliquer les cinq établissements non fusionnés dans la mise à jour du PAR 2016-2020 pour définir leur contribution aux activités de santé publique.

Selon les cas 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 10, 11.

Gestion

La protection des ressources de promotion et prévention ainsi que la capacité d'influence de la santé publique au sein des CIUSSS, étant donné la faible part du budget allouée à la santé publique, sont les deux principaux enjeux relatifs à la gestion des ressources de santé publique. Les recommandations qui suivent y répondent sous trois angles : 1) le rattachement au palier régional ou sous-régional des programmes, activités et ressources et, pour le palier sous-régional, leur positionnement dans l'organigramme des futurs CIUSSS; 2) le financement, l'allocation des ressources et l'imputabilité; et 3) le suivi et la reddition de comptes.

Dans la nouvelle structure, ce sont les PDG des CIUSSS qui seront imputables du PAR envers le Directeur de santé publique. Considérant qu'il est important d'assurer une prise en compte des enjeux de santé publique par la haute et les différentes directions impliquées dans des actions de promotion, prévention et protection, le positionnement des ressources de santé publique (coordonnateur et équipe sous-régionale de santé) au sein des CIUSSS est discuté. Une partie des acteurs consultés prône le rattachement de la santé publique à une direction transversale, près de la présidence-direction générale ou générale adjointe, pour une meilleure visibilité des enjeux de santé publique, en contrepoids à une vision hospitalo-centriste. Cela permettrait également de faire converger la santé publique, la responsabilité populationnelle et la qualité/performance. Selon ce scénario, la santé publique serait sous la responsabilité d'un coordonnateur dédié, relevant d'un directeur siégeant au comité de direction du CIUSSS. D'autres préconisent plutôt le rattachement de la santé publique à une direction fonctionnelle, afin de favoriser les liens avec les équipes de programmation et de prestation de services et être en mesure de mieux les soutenir. De cette façon, les préoccupations de santé publique seraient transposées dans l'ensemble des pratiques du CIUSSS. S'il n'y a pas consensus sur le lieu de rattachement de la santé publique dans le CIUSSS, tous s'entendent pour dire que 1) la structure peut jouer un rôle facilitant ou contraignant et que 2) la vision, celle des PDG et PDGA mais aussi des gestionnaires et des intervenants, est déterminante; il faut que la santé publique puisse influencer aux différents niveaux. Dans le cas particulier du CIUSSS du Centre-Est, il faut tenir compte du fait que l'organisation assume à la fois les responsabilités régionales de santé publique et les responsabilités sous-régionales pour son territoire.

Plusieurs participants des paliers régional et sous-régional indiquent que le financement devrait être associé à une définition claire des rôles couvrant l'ensemble des activités du programme, des mécanismes concrets d'imputabilité et des indicateurs de gestion et de suivi pertinents. Selon la TRSP et le comité stratégique, les modes d'allocation des ressources³ pourraient inclure un financement à l'activité et une gestion locale des ressources (tant humaines que financières) par un coordonnateur dédié à la santé publique, permettant ainsi un plus grand contrôle sur l'utilisation des ressources.

Les analyses mettent en évidence le fait que la protection des budgets de santé publique constitue un défi car il y a souvent glissement des ressources vers la prestation de services individuels curatifs lorsque les personnes responsables des activités de santé publique cumulent d'autres mandats au sein des établissements. De plus, afin de garantir la qualité et l'intensité

³ La coordination de l'enveloppe budgétaire commune pour les paliers régional et local est confiée au Directeur de santé publique dans le cadre de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (PL10).

des interventions de santé publique, les ressources doivent être dédiées exclusivement à la santé publique et suffisantes (quantité, qualité et stabilité). Le regroupement d'établissements en cinq CIUSSS peut constituer une opportunité de consolidation des mandats pour permettre d'attribuer des postes à temps complet en promotion et prévention. Les ressources doivent également être regroupées de façon à constituer une masse critique d'intervenants spécialisés, ce qui peut signifier une centralisation de certaines activités au palier régional. Il est donc nécessaire, pour chaque programme, de statuer sur la pertinence de la centralisation ou de la décentralisation, selon les lieux où les services sont dispensés et selon les ressources consenties, en cherchant toujours à demeurer le plus près possible du terrain.

En ce qui a trait à la reddition de comptes, il ressort clairement de l'ensemble des analyses que les indicateurs et leur mesure constituent une source d'insatisfaction importante et généralisée. Les indicateurs sont souvent non adaptés aux interventions. Dans certains cas, ils ne reflètent pas bien le travail effectué en promotion-prévention et en développement des communautés et dans d'autres, les indicateurs n'encouragent pas la réalisation d'activités efficaces et adaptées, étant souvent calqués sur le suivi d'interventions individuelles curatives. Les systèmes d'information (principalement I-CLSC) sont inadéquats. Enfin, il n'existe peu ou pas d'indicateurs pour les activités réalisées au palier régional. La nécessité de travailler au développement et à l'amélioration d'indicateurs de qualité fait donc consensus. Toutefois, plusieurs acteurs doutent de la possibilité de développer des indicateurs régionaux ou locaux et s'inquiètent que le palier national impose ses indicateurs.

Recommandations concernant la **gestion des ressources en santé publique** :

Sur le lieu de rattachement des programmes et ressources

- Créer dans chaque CIUSSS un poste de coordination fonctionnelle dédié exclusivement à la santé publique.
 - Définir un positionnement optimal harmonisé dans les 5 CIUSSS.
- Pour les programmes dont le grand volume d'activités justifie une masse critique de ressources dans chacun des CIUSSS :
 - Assurer la gestion au palier sous-régional, incluant la possibilité d'ententes de services avec d'autres dispensateurs.
 - Former des équipes sous-régionales dédiées (ex. : équipe en organisation communautaire), harmonisées dans les 5 CIUSSS, sous la responsabilité du coordonnateur de santé publique.
- Pour les programmes dont le volume d'activités ou de ressources par CIUSSS est faible ou qui nécessitent une expertise rare :
 - Conserver une gestion régionale.
 - Créer des équipes régionales mobiles de prestation de services en fonction des besoins spécifiques des CIUSSS.
- Assurer la gestion au palier national des aspects qui ne dépendent pas de particularités régionales ou locales ou qui relèvent d'expertises techniques précises.

Sur l'allocation des ressources

- Associer un mécanisme de reddition de comptes au financement du PAR dans le cadre de l'allocation des ressources.
- L'allocation des ressources (incluant la définition de ratios des programmes normés) devrait se faire non pas à partir de budgets historiques, mais en fonction de critères qui tiennent compte 1) des objectifs à atteindre; 2) du fardeau de chaque territoire ou établissement; 3) des spécificités de la population et 4) des ressources disponibles.
- Lorsque plusieurs bailleurs de fonds contribuent à un programme, l'allocation des ressources devrait être faite conjointement afin d'éviter la duplication et le fractionnement des efforts et des activités.

Sur les indicateurs de reddition de comptes

- Les indicateurs devraient être harmonisés afin de servir autant à la reddition de comptes qu'à l'évaluation et au monitoring de la performance, dans une perspective de simplification et d'efficience. Pour ce faire, utiliser les leviers disponibles : ententes de gestion, agrément, qualité et performance des CIUSSS, etc.
- Pour tous les programmes et pour les activités sous-régionales et régionales, les indicateurs devraient être revus en profondeur afin d'être vraiment représentatifs des activités effectuées (tant de groupe ou communautaires qu'individuelles) et/ou des résultats obtenus pour mieux documenter la qualité du programme et sa mise en œuvre, compte tenu des adaptations sous-régionales des interventions.
- Les indicateurs devraient être développés en collaboration par les trois paliers.
- Le suivi et l'analyse de la reddition de comptes devraient se faire par le comité de coordination du PAR en santé publique, qui réunit le Directeur et directeur adjoint de santé publique et les coordonnateurs sous-régionaux de santé publique et leur directeur, ou par le comité conjoint santé publique et milieu communautaire pour les tables de quartier.

Selon les cas 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11.

Coordination

Les participants ont soulevé plusieurs questions concernant la coordination dans le réseau de la santé et des services sociaux dans le contexte de la disparition de l'ASSS, à la fois entre les établissements et entre les services d'un même établissement. Les préoccupations évoquées et les recommandations formulées diffèrent selon qu'il s'agit de programmes de promotion-prévention ou de protection.

Une coordination des programmes est nécessaire pour intégrer les activités de promotion et de prévention dans les continuums de services, afin de dispenser des services de qualité répondant aux besoins des clients. Cette responsabilité relevait de l'ASSS et aucun mécanisme connu n'est prévu au niveau régional avec la création des CIUSSS et la réorganisation du réseau montréalais.

Certaines activités de protection dépendent de la mobilisation et de la coordination de l'ensemble du réseau montréalais, responsabilités antérieurement assumées par l'ASSS. Dans la nouvelle configuration du réseau, le CIUSSS du Centre-Est coordonnera les mesures d'urgence pour l'ensemble de la région, en collaboration avec des répondants dans chacun des CIUSSS et des établissements non fusionnés. La DSP continuera d'être partenaire de la démarche avec les autorités de santé, municipales et de sécurité publique pour la préparation et la réponse aux menaces à la santé publique (risques infectieux, de bioterrorisme et environnementaux). Cependant, aucune instance de coordination⁴ n'est prévue pour les dossiers de protection qui s'inscrivent plutôt dans les pratiques quotidiennes, par exemple la prévention et la gestion des éclosions de maladies infectieuses.

Recommandations concernant les continuums de services et la coordination du réseau de la santé et des services sociaux:

- La responsabilité populationnelle et la coordination du continuum de services devraient être assumées par les CIUSSS. La contribution spécifique de la santé publique devrait être précisée dans le PAR 2016-2020.
- Au niveau régional, il est nécessaire de développer des liens entre la DSP, les CIUSSS et les établissements non fusionnés pour mettre en commun l'expertise et assurer une coordination dans les dossiers de protection. Utiliser à cet effet l'éventuelle entité réunissant les PDG des dix établissements (« conseil des PDG »).

Selon les cas 5, 6, 10, 11.

3.1.1.2. Évaluation des interventions et monitoring de la performance

Les analyses montrent que, pour l'ensemble des programmes étudiés, les rôles d'évaluation et de monitoring de la performance sont assumés par le palier régional, qui détient l'expertise et les ressources, de même qu'une bonne connaissance des dynamiques locales des programmes.

Recommandations concernant l'évaluation des interventions et le monitoring de la performance :

- Maintenir, voire renforcer les rôles d'évaluation et de monitoring au palier régional pour tous les programmes.

Selon les cas 1, 2, 3, 5, 7, 10, 11.

3.1.1.3. Recherche et innovation

Les activités de recherche, enseignement et innovation ne sont pas abordées dans tous les programmes analysés. Cependant, de façon globale, l'expertise de la DSP en recherche, enseignement et innovation est reconnue et largement sollicitée. Les activités de la DSP en recherche et innovation répondent souvent plus largement à des intérêts suprarégionaux, voir nationaux, d'où une surcharge de travail des équipes régionales.

⁴ Selon les informations disponibles, le MSSS mettra en place un bureau régional pour soutenir la transition du réseau à Montréal, mais ce bureau n'aura pas de mandat de coordination.

Recommandations concernant **la recherche, l'enseignement, et l'innovation** :

- Maintenir les rôles de recherche, d'innovation et de transfert de connaissances au palier régional.
- Obtenir des mandats suprarégionaux pour certaines activités d'intérêt provincial pour lesquelles le palier régional détient une expertise (ex. : veille scientifique).

Selon les cas 1, 2, 3, 5, 6, 10.

3.1.2. Activités d'analyse des besoins

3.1.2.1. Surveillance et vigie

Très peu de recommandations tirées des cas concernent les activités de surveillance et de vigie. Cependant, il ressort de l'inventaire des activités et des discussions avec les équipes régionales que la surveillance et la vigie s'effectuent principalement au palier régional, mais également aux paliers national et sous-régional pour les programmes de protection. Dans ces cas, les équipes locales et régionales soulignent que les activités des différents paliers sont complémentaires, de par la nature des indicateurs suivis et le positionnement des acteurs.

Recommandation concernant **la surveillance et la vigie** :

- Conserver les activités régionales de vigie et de surveillance, car elles permettent la détection de problèmes en émergence pour la région, ce qui n'est pas fait ni au palier national, ni au palier sous-régional.

Selon les cas 9, 11.

3.1.3. Interventions de santé publique : promotion, prévention et protection

3.1.3.1. Action indirecte, auprès de tiers

Collaboration

Les recommandations concernant la collaboration visent à répondre aux préoccupations concernant 1) la cohérence et les dédoublements dans les activités des différents programmes présents sur le territoire montréalais; 2) l'efficacité des instances de concertation et de partenariat; et 3) la présence d'organisations philanthropiques dans le paysage de la santé publique.

Il ressort de l'analyse des cas qu'il est nécessaire de mieux coordonner nos actions afin d'offrir des services cohérents qui répondent aux besoins de la clientèle et d'éviter les zones de dédoublement 1) entre les programmes visant les mêmes clientèles; 2) pour les programmes dont l'offre est assurée par plusieurs groupes d'acteurs; et 3) entre les programmes de santé publique et ceux des partenaires.

Plusieurs participants s'inquiètent du manque de retombées de certaines instances de concertation et de partenariat entre autres dû aux pratiques de représentation. S'il n'est pas toujours possible ni souhaitable que les gestionnaires siègent sur les comités, pour des raisons d'horaire ou d'expertise, les représentants des organisations doivent s'assurer d'avoir un pouvoir décisionnel.

Les organisations philanthropiques sont de plus en plus investies dans des activités touchant les déterminants de la santé, ce qui amène à la fois des opportunités et des risques pour la santé publique. Ces organisations orientent l'action selon des cibles et des objectifs qui leur sont propres, parfois au détriment de la planification publique. Des participants se questionnent sur leur légitimité d'action. Les équipes régionales et locales de santé publique sont interpellées par ces organisations, ce qui peut résulter en une synergie d'action, mais aussi en une compétition pour les ressources. Sur le terrain, les partenaires tels que les écoles et les organismes communautaires se voient offrir du financement pour implanter des programmes hors-réseau sur des thématiques telles que les saines habitudes de vie. Ils souhaitent une coordination de ces programmes avec ceux de la santé publique, sans quoi il y a dédoublement ou obstacle à l'implantation des programmes de santé publique.

Recommandations concernant **la collaboration** :

- Afin d'assurer une cohérence dans les objectifs et les activités des programmes et services de santé publique :
 - Maintenir des instances régionales pour assurer une vision globale des enjeux montréalais et préserver les liens avec certains partenaires qui agissent uniquement à l'échelle régionale.
 - Pour les programmes soutenant la création d'environnements favorables, maintenir des instances à l'échelle des communautés.
- Améliorer le travail de concertation – partenariat en :
 - S'assurant que les personnes qui siègent sur ces instances détiennent les expertises pertinentes et ont des mandats de représentation et le pouvoir d'engager leur organisation.
 - Définissant clairement les mandats des instances et les rôles et responsabilités des différentes parties impliquées.
 - Structurant le fonctionnement des instances.
- Mener une réflexion stratégique, tactique et opérationnelle sur le positionnement de la santé publique face aux acteurs de la philanthropie qui investissent dans l'action sur les déterminants de la santé.

Selon les cas 1, 2, 3, 5, 7, 8, 9, 10, 11.

Soutien

Le soutien offert par la DSP est très apprécié par les intervenants des programmes analysés qui le jugent à forte valeur ajoutée par rapport à ce qui pourrait être fourni par le palier national, surtout en ce qui concerne l'expertise thématique et les communautés de pratique. Toutefois, certains participants souhaitent que l'offre du palier régional laisse davantage place aux besoins émergents des équipes locales de santé publique, notamment pour documenter des nouvelles problématiques constatées sur le terrain plutôt que de se limiter à l'offre établie.

Les programmes-services de santé publique qui comportent un volet de soutien à la création d'environnements favorables, même s'ils s'adressent à des clientèles différentes, agissent sur les mêmes déterminants. Certains acteurs consultés mentionnent qu'il serait pertinent de développer un cadre de référence commun sur le soutien à la création d'environnements favorables pour guider l'action. Il s'agirait de préserver la capacité de développer une diversité d'approches selon les réalités des communautés, sans ajouter de contraintes ou de rigidité. Une uniformisation *top-down* des pratiques n'est pas souhaitée.

Recommandations concernant **le soutien** :

- L'élaboration de lignes directrices, de formations de base et d'outils devrait se faire au palier national car ils peuvent être utilisés par toutes les régions; pour ce faire, des mandats pourraient être accordés au palier régional qui détient déjà une expertise particulière dans plusieurs programmes.
- La formation continue, l'expertise-conseil et l'animation de communautés de pratique devraient être dispensées par le palier régional. Ces trois formes de soutien demandent une adaptation aux particularités régionales et locales et une expertise spécifique parfois rare.
 - Par contre, pour les programmes à gros volume d'activités, le soutien au déploiement pourrait être assumé par le palier sous-régional, alors que le palier régional ne conserverait que l'expertise thématique de pointe.
 - L'offre de soutien du palier régional doit être déterminée par la demande des équipes locales, tant pour le soutien aux processus (ex. : accompagnement de la planification et de l'innovation) que pour l'expertise thématique.

Selon les cas 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9.

Le soutien au développement des communautés fait l'objet d'un cas-traceur en soi et suscite un fort intérêt chez les membres du comité stratégique et de la TRSP lors de l'exercice de validation des recommandations. Étant donné les particularités de ces activités, les recommandations recoupent la gestion des ressources en ce qui a trait au rattachement des organisateurs communautaires et la collaboration.

Il est souligné que le développement des communautés s'ancre dans des instances de concertation locales qui définissent les priorités et les interventions adaptées aux besoins de la communauté, avec le soutien du réseau. Pour exercer adéquatement sa responsabilité populationnelle, chaque CIUSSS (par son PDG et son CA) doit s'engager envers les communautés de son territoire en tant que partie prenante des décisions. Pour ce faire, il délègue sur ces instances les personnes ayant le pouvoir d'engager l'établissement. Il doit également fournir des ressources pour soutenir le

développement des communautés, que ce soit par l'analyse des enjeux, l'expertise spécifique de contenu, l'identification des pistes de solutions les plus appropriées pour la population concernée, le processus démocratique de prise de décision, la mise en valeur des réalisations, l'adaptation des mesures de santé publique aux réalités locales, etc. La responsabilité du développement des communautés incombe au CIUSSS tout entier (gestionnaire et intervenants), et non pas seulement aux organisateurs communautaires. De plus, la DSP souhaite être plus présente dans la planification et la coordination du développement des communautés à l'échelle régionale, au-delà de son rôle actuel de soutien surtout financier. La volonté de planifier stratégiquement le développement des communautés ne doit pas entrer en conflit avec l'autonomie des communautés et doit renforcer les liens de proximité, l'agilité et la force d'action des structures locales.

Recommandations concernant le soutien au développement des communautés :

- Maintenir le financement des instances locales de concertation.
- Maintenir, voire rehausser les ressources investies par le CIUSSS en soutien au développement des communautés afin de protéger le lien de proximité entre le réseau et les communautés.
- Augmenter la coordination entre les CIUSSS et la DSP dans la définition des priorités et des modalités d'action en développement des communautés.
- Définir le lieu de rattachement optimal des ressources spécifiquement dédiées au développement des communautés au sein du CIUSSS, afin d'assurer un leadership et une ligne d'imputabilité claire.

Selon les cas 1, 7, 8.

Mobilisation

Il ressort de l'analyse des cas que le palier local ne détient pas les leviers nécessaires pour exercer un rôle de mobilisation. Toutefois, trois types de besoins sont nommés en termes d'influence : 1) influencer le MSSS et/ou des acteurs d'autres secteurs qui détiennent les leviers nécessaires à la réalisation d'actions de santé publique (par exemple, inspection systématique des bâtiments par la ville de Montréal); 2) mobiliser différents acteurs sur une thématique (par exemple, la santé buccodentaire, la vaccination contre la grippe, la cessation tabagique) pour renforcer l'efficacité des activités de santé publique; 3) développer un argumentaire pour soutenir les investissements en prévention dans les CIUSSS.

Recommandations concernant la mobilisation :

- Le rôle de mobilisation devrait se situer au palier régional pour les enjeux qui concernent des spécificités régionales.
- Pour les enjeux qui touchent l'ensemble de la province, le rôle de mobilisation devrait se situer au palier national et quand le palier régional détient des expertises et des connaissances sur les problématiques en cause, des mandats pour ce faire devraient lui être octroyés.
- Le palier régional devrait exercer un rôle d'influence sur des enjeux d'intérêt suprarégional ou national lorsqu'il le juge pertinent, entre autres lorsqu'une distance avec la sphère politique est nécessaire (enjeux intersectoriels par exemple concernant la qualité de l'air, le transport, etc.).

Selon les cas 2, 3, 4, 5, 6, 9, 10, 11.

3.1.3.2. Action directe, auprès de la population

Les recommandations des différents cas touchant les interventions auprès de la population concernent pour la plupart des aspects très spécifiques à chacun des programmes. Toutefois deux enjeux se dégagent. Premièrement, pour plusieurs programmes, le démarchage auprès des clientèles, entre autres vulnérables, demeure la principale pierre d'achoppement. Deuxièmement, le succès de certaines interventions de santé publique dépend de la disponibilité de services que les équipes actuelles ne sont pas en mesure de fournir, soit à cause de la disponibilité des ressources, ou parce qu'ils n'entrent pas dans leur mission. On pense par exemple à l'accès à une information personnalisée en d'autres langues que le français ou l'anglais comme dans le Programme québécois de dépistage du cancer du sein ou encore à la décontamination des biens des locataires dans le cadre d'interventions en salubrité des logements. Deux recommandations sont donc retenues en lien avec les interventions auprès de la population.

Recommandations concernant les interventions auprès de la population :

- Mettre en commun les ressources et l'expertise régionales et sous-régionales dans la planification et la réalisation d'un démarchage adapté aux clientèles à rejoindre.
- Confier des mandats à des organismes communautaires ou CIUSSS pour dispenser des services directs en réponse à des besoins particuliers à la population de l'ensemble de la région.

Selon les cas 1, 5, 6, 10.

3.2. Amélioration de la performance

Plusieurs recommandations émises par les équipes des programmes à l'étude sont pertinentes et gagneraient à être exploitées dans le cadre de la mise à jour PAR. Un aperçu de ces recommandations est présenté à la Figure 5. Elles sont classées selon la dimension de performance qu'elles visent à améliorer. Cependant, certaines peuvent s'appliquer à plus d'une dimension. Pour les recommandations spécifiques à chacun des programmes et les éléments de contexte (constats sur la performance et pistes de solutions) dont elles découlent, le lecteur est invité à se référer aux mémos synthèses (Annexes 1 à 11).

Figure 5. Recommandations d'amélioration selon les dimensions de la performance étudiées

Note : les chiffres en exposant correspondent aux numéros de cas.

Qualité	• Nommer un gestionnaire responsable et imputable du programme.^{3,5,9} • Sensibiliser le CA, les gestionnaires et la haute direction des établissements à l'importance de mettre en place les activités du programme.^{3,9} • Sensibiliser et promouvoir un sentiment d'imputabilité chez les employés en particulier par rapport aux activités de prévention et de protection.⁹ • S'assurer d'intégrer les interventions et les procédures de santé publique dans les autres activités et responsabilités.^{5,9} • S'assurer que les interventions et procédures de santé publique sont appliquées de façon systématique.^{5,9} • Définir les exigences de formation pour réaliser les activités de santé publique.³ • Mettre en place un système d'assurance-qualité des services donnés dans le cadre du programme.⁴ • Maintenir à jour de façon continue les plans de gestion des risques.¹¹ • Assurer un meilleur transfert des connaissances produites à la DSP avec le réseau de la santé et des services sociaux.⁵
Couverture	• Favoriser l'adoption de politiques organisationnelles visant la systématisation des interventions.^{3,5,9} • Accorder une attention particulière aux groupes vulnérables, entre autres en y allouant des budgets.⁵ • Fidéliser la clientèle afin de maintenir la couverture pour toute la période d'éligibilité.^{1,6}
Accessibilité	• Clarifier les critères d'accès au programme et s'assurer de leur application cohérente par l'ensemble des parties prenantes.^{3,6}
Continuité	• Mettre en place des corridors de services permettant l'accès à des intervenants de diverses disciplines pour répondre à des besoins urgents ou particuliers en temps opportun.^{5,10} • Assurer un partage d'information efficace et continu entre les parties prenantes, entre autres par la mise en place d'un système d'information performant.^{1,6,9,10}
Efficience	• En contexte de ressources limitées, analyser les besoins et établir les priorités d'intervention.^{4,10} • Assurer une gestion efficace de l'information, incluant l'archivage.¹¹ • Adapter les objectifs et les stratégies de communication au contexte et au public cible.³ • Évaluer les pratiques dans une perspective d'amélioration continue.¹¹ • Évaluer les coûts réels du programme et les coûts qu'il permet d'éviter.³ • Sensibiliser les responsables locaux aux coûts du programme pour renforcer le sentiment d'imputabilité.³

4. DISCUSSION

4.1. Forces et limites de l'étude

L'approche non-directive jumelée à la posture d'accompagnement de l'équipe projet a été bien reçue par les artisans des programmes qui ont pu jouer pleinement leur rôle d'experts de contenu. Ceci a permis une mobilisation rapide à l'interne et à l'externe d'un nombre important de professionnels, de médecins et de gestionnaires. Une fois enrôlés, les participants se sont montrés particulièrement engagés dans la démarche, compétents et motivés à améliorer la performance de leur programme en collaboration avec leurs partenaires; plusieurs ont d'ailleurs repris les outils développés, en particulier le mémo synthèse, dans le cadre de leurs activités. Cela a fait en sorte que l'équipe a réussi à compléter la démarche dans un court laps de temps, ce qui permet d'obtenir un portrait simultané de 11 programmes.

Autre force de l'étude, les liens constants entre les différents chantiers de la DSP concernant la transformation du réseau (notre projet, l'élaboration du modèle de gouverne, la mise à jour du PAR) grâce à l'implication de la directrice médicale adjointe programmes et partenariats dans ces différents chantiers et au comité stratégique. Cela a permis d'ajuster le projet en fonction des besoins des autres chantiers et d'utiliser les résultats en temps opportun, en particulier pour l'élaboration du modèle de gouverne (voir 4.2 Contribution au modèle de gouverne en santé publique pour la région de Montréal).

Plusieurs des recommandations sont étayées d'arguments provenant d'une partie seulement des cas plutôt que de l'ensemble. Cette limite s'explique par le fait que seules les principales questions relatives à la performance de chaque programme, donc variables d'un cas à l'autre, ont pu être explorées dans le présent projet, compte tenu de son objectif et de ses délais. S'il eût été intéressant d'analyser de façon plus approfondie la performance des programmes, il faut reconnaître qu'une telle réflexion, à plus forte raison quand elle implique des partenaires, ne peut se faire dans des délais aussi rapides. Idéalement, elle s'inscrit dans un projet à plus long terme qui incite au développement d'une culture d'amélioration continue et mène directement à des actions. La performance des programmes demeure un sujet délicat.

Le peu de recommandations touchant certains types d'intervention pourtant importants pour les programmes, tels que l'évaluation, s'explique par le fait que l'objet principal était d'explorer les rôles et responsabilités, ce qui conduit naturellement à des activités de planification, gestion et coordination.

Autre limite, soulignons la difficulté pour les groupes de discussion de s'extraire de la configuration actuelle du réseau pour se projeter dans une nouvelle configuration. Cela s'explique en grande partie par le contexte en évolution et le peu d'information dont disposent les participants, compte tenu de l'ampleur des transformations. Cela a fait en sorte qu'une partie des recommandations ne s'appliquera finalement pas au nouveau réseau.

4.2. Contribution au modèle de gouverne en santé publique pour la région de Montréal

Le principal objectif du présent projet est d'alimenter le modèle de gouverne de la santé publique pour la région de Montréal, qui doit être redéfini en fonction de la réorganisation du réseau de santé et de services sociaux. Ce modèle décrit les paramètres de la structure, des modes de fonctionnement, des rôles et responsabilités des différents établissements (CIUSSS, établissements non fusionnés), ainsi que des mécanismes de collaboration avec les partenaires des autres secteurs.

Le projet a effectivement contribué à la définition de plusieurs paramètres du modèle de gouverne en santé publique proposé par le Directeur de santé publique⁵, remplissant ainsi son objectif. Les recommandations qui ont alimenté le plus la réflexion concernent les activités de planification, gestion et coordination, le financement, les questions de collaboration (concertation et partenariat) ainsi que le soutien au développement des communautés. Par exemple, le modèle inclut la création d'un poste de coordonnateur de santé publique dans chaque CIUSSS, son positionnement stratégique dans

⁵ Au moment de la rédaction du rapport, le modèle de gouverne de la santé publique pour la région de Montréal est toujours à l'étude.

l'établissement et le rattachement des équipes de santé publique sous sa responsabilité. Parmi les autres recommandations retenues dans la proposition, plusieurs concernent les modalités d'allocation des ressources humaines et financières, de façon à éviter le fractionnement et à consolider des équipes garantissant expertise et qualité, tout en tenant compte des contextes spécifiques des différents territoires.

4.3. Contribution au plan de mise en œuvre du PNSP

En plus du modèle régional de gouverne en santé publique, certaines recommandations ont inspiré le plan de mise en œuvre du PNSP, en cours d'élaboration pendant la même période. Les recommandations mises à profit dans la réflexion nationale concernent l'importance de l'adaptation aux réalités locales ainsi que les enjeux liés à toute la question des indicateurs qui devraient être harmonisés afin de servir autant à la reddition de comptes qu'à l'évaluation et au monitoring de la performance, dans une perspective de simplification et d'efficience.

4.4. Contribution à la démarche d'élaboration du Plan d'action régional de santé publique 2016-2020

Développée dans le cadre des travaux du Plan d'action régional de santé publique 2016-2020, la typologie des interventions de santé publique a été utilisée pour faire le contour des interventions des programmes à l'étude, ce qui a d'ailleurs contribué à valider ce nouvel outil. Les résultats du présent projet, en particulier concernant l'amélioration de la performance des programmes, seront à leur tour mis à profit dans le cadre de la démarche de planification du PAR, à l'étape d'analyse des activités en cours. Cette logique de vases communicants favorise la cohérence des actions au sein de l'organisation et contribue à l'appropriation des approches et des outils.

4.5. Analyse de la performance

En plus d'examiner la performance en lien avec le déploiement des programmes par les trois paliers de santé publique et leurs partenaires, le projet met en lumière des pistes concrètes d'amélioration des pratiques dans le réseau montréalais. Plusieurs de ces pistes font écho aux résultats d'une étude sur la satisfaction et les attentes des partenaires à l'égard des services de la DSP, réalisée par le consultant Camille Vigneault en 2013, dans la continuité des démarches pour faire face au contexte budgétaire⁶. À titre d'exemple, mentionnons la question de la protection des budgets de santé publique, ces ressources pouvant, selon l'étude de Vigneault, être affectées à autre chose quand les programmes ne correspondent pas aux priorités des gestionnaires locaux. Également présente dans les deux démarches, soulignons la préoccupation d'assurer une cohérence dans les objectifs et les activités des différents programmes et services de santé publique. Les répondants déplorent la duplication et le travail en silo, et souhaitent une planification intégrée. Des insatisfactions concernant les instances de concertation sont aussi soulevées dans l'étude de Vigneault, ce qui renforce la recommandation de clarifier les rôles et le fonctionnement de ces dernières dans la présente étude. Dernier exemple, le constat sur la capacité de l'équipe régionale à adapter son offre de soutien aux besoins locaux est souligné également dans l'étude de 2013. Tout en reconnaissant l'importance de l'expertise thématique détenue par l'équipe régionale, le consultant suggère à la DSP d'adopter une réelle position de soutien inspirée par le pragmatisme. En somme, les résultats des deux démarches convergent sur une diversité d'aspects, réitérant l'importance de réviser les pratiques, entre autres de planification, gestion, partenariat et soutien.

⁶ Vigneault, Camille. Compte rendu des groupes focus. Présenté à la Direction de santé publique de Montréal, 24 pages, mai 2014.

5. CONCLUSION

La décision de s'inspirer de la pratique pour réfléchir à une gouverne régionale et à une structure de déploiement du PAR s'est avéré un excellent choix. Le fait d'analyser concrètement 11 programmes, qui plus est avec les gens qui travaillent dans ces programmes tant à la DSP qu'au palier local et chez les partenaires, a permis d'affiner notre compréhension des enjeux de mise en œuvre et de proposer des recommandations mieux adaptées à la réalité de la pratique. En tout, c'est près de deux cents personnes qui ont participé à cette démarche et qui, forts de cette réflexion partagée, poursuivront, pour la plupart, leur précieuse contribution au sein réseau de la santé publique, au plus grand bénéfice de la population montréalaise.

ANNEXES
MÉMOS SYNTHÈSES DES CAS TRACEURS

Réflexion et recommandations du réseau montréalais sur les modalités de déploiement et le partage des rôles et responsabilités des programmes de santé publique dans le contexte du projet de loi 10

SIPPE – VOLET ACCOMPAGNEMENT DES FAMILLES ET VOLET SOUTIEN À LA CRÉATION D'ENVIRONNEMENTS FAVORABLES

Objectifs du programme

- Diminuer la mortalité et la morbidité chez les bébés à naître, les enfants, les femmes enceintes, les mères et les pères se trouvant en situation de vulnérabilité.
- Favoriser le développement optimal des enfants se trouvant en situation de vulnérabilité.
- Améliorer les conditions de vie des mères, des pères et des enfants se trouvant en situation qui les rend vulnérables.

Contexte

- Les SIPPE sont constitués de 2 grands volets :
 - 1- L'accompagnement des familles (AF), surtout constitué de visites à domicile par des intervenantes cliniques, sous la responsabilité des chefs de programme Enfance-Jeunesse-Famille des CSSS.
 - 2- Le soutien à la création d'environnements favorables (SCEF), dont le mandat est souvent confié à des organisateurs communautaires, sous la responsabilité des directeurs locaux de santé publique des CSSS.
- Budget actuel des SIPPE à Montréal : AF = 5 492 000 \$ SCEF = 4 054 000 \$.
- Dimensions de la qualité du volet AF : précocité (dès le prénatal), intensité (fréquence des visites) et continuité (jusqu'à 5 ans).
- De 2008 à 2010, le MSSS a mené plusieurs chantiers desquels ont découlé des orientations pour l'optimisation des SIPPE.
- Les cibles du MSSS concernent l'intensité (fréquence) des visites à domicile à atteindre selon l'âge de l'enfant :

Aux 2 semaines en prénatal, à chaque semaine de 0 à 6 semaines, aux 2 semaines de 6 semaines à 2 ans et aux 4 semaines de 2 à 5 ans.

Principales activités et rôles et responsabilités au sein du programme

National (MSSS)	Régional (DSP)	Local
▪ Grandes orientations et cadre de référence ▪ Développement d'outils professionnels ▪ Soutien à la mise en œuvre ▪ Évaluation de la performance, amélioration de la qualité ▪ Allocation budgétaire par région ▪ Élaboration d'indicateurs de suivi et de reddition de comptes ▪ Liens avec les autres ministères (ententes-cadres, politiques nationales, travail sur les déterminants sociaux) pour favoriser une vision globale et intersectorielle du volet SCEF des SIPPE	▪ Allocation des fonds par CSSS, suivi des crédits financiers et rétroaction sur les bilans annuels ▪ Organisation de formations SIPPE ▪ Animation d'une communauté régionale de pratique pour les intervenantes SIPPE ▪ Réponse aux demandes de soutien des CSSS (gestionnaires, intervenants, répondants cliniques) pour les 2 volets ▪ Participation à la table de concertation régionale Horizon 0-5 ▪ Production et diffusion d'outils (ex. : Guide sur SCEF, guide de saisie et extraction de données) ▪ Activités d'influence et de représentation (avis, mémoires, rapports, plaidoyers, etc.) ▪ Arrimage avec autres programmes (ex. : négligence, santé mentale, toxicomanie) ▪ Arrimage des SIPPE entre les 3 paliers en participant aux différentes instances régionales et nationales (ex. : TCNPP, chantiers d'optimisation du MSSS) ▪ Évaluation, monitoring, recherche et soutien à l'innovation (ex. : suivi des chantiers d'optimisation)	CSSS ▪ Visites à domicile, activités de groupe, accompagnement des familles vers différentes ressources, respect des critères de qualité des SIPPE ▪ Utilisation des outils PI/PII/PSI au sein des équipes interdisciplinaires SIPPE ▪ Allocation des fonds pour des projets de SCEF, suivi des crédits et rétroaction aux partenaires sur les bilans annuels ▪ Mobilisation et concertation des partenaires locaux avec démarche d'action intersectorielle pour le SCEF (objectifs communs, analyse des besoins, plan d'action, évaluation) ▪ Arrimage entre le plan d'action local (PAL), le plan d'action intersectoriel et les orientations régionales ▪ Production d'un bilan annuel du PAL Organismes communautaires ▪ Participation à la démarche d'action intersectorielle avec les instances locales de concertation ▪ Services directs à la population (selon organismes et ressources transférées) ▪ Bilan annuel sur demande du CSSS

Recommandations

Gouvernance et gestion

1. Maintenir au régional la majorité des activités de soutien du palier local, notamment la communauté de pratique, la formation continue des intervenantes SIPPE et le sous-comité Tout-petits, car la formule actuelle de ces activités est jugée utile. Maintenir également les rôles d'expertise-conseil et de monitoring-évaluation-recherche au régional, puisque ce palier détient une expertise difficile à décentraliser dans chaque CIUSSS et que le palier national est jugé trop éloigné des besoins du terrain pour assumer ces rôles.
2. La formation de base pour les intervenantes SIPPE et le développement d'outils professionnels pour le volet AF devraient être assumés par le MSSS (ou délégués au régional avec un mandat et des ressources dédiées), puis adaptés au régional au besoin.
3. Améliorer les indicateurs de suivi et de reddition de comptes sans les rendre plus contraignants, afin qu'ils représentent mieux l'ensemble des activités des deux volets des SIPPE et ce, de manière prioritaire pour le volet SCEF.

Ressources investies

4. Conserver une masse critique d'experts au régional pour maintenir un fort leadership régional dans les SIPPE, mais consolider l'expertise de santé publique dans les CIUSSS pour soutenir la planification et protéger les budgets de prévention en petite enfance.

Processus de production des activités

5. Poursuivre le développement de stratégies pour améliorer le recrutement et le maintien des familles dans les SIPPE (ex. : liens avec organismes communautaires, *reaching out*, interventions flexibles pour bâtir une relation de confiance, avis de grossesse, carte de bienvenue).
6. Pour le volet SCEF, développer au régional des balises plus claires et des outils d'analyse qui permettent de guider le choix des projets.

Partenariats

7. Poursuivre les efforts d'arrimage entre les deux volets des SIPPE et avec les autres programmes dans les CIUSSS (ex. : communication entre les programmes, travail en interdisciplinarité, mécanismes pour améliorer les transferts des familles d'une équipe à l'autre).
8. Pour le volet SCEF, maintenir le rôle central des tables intersectorielles en petite enfance dans l'évaluation des besoins locaux et le choix des projets à implanter au niveau des territoires de CLSC, qui représentent le mieux les dynamiques locales des quartiers.
9. Puisque les CIUSSS seront de grosses organisations qui pourraient éloigner les partenaires communautaires et institutionnels, développer des processus pour préserver la communication entre les acteurs locaux œuvrant dans un même territoire de CLSC.

Informateurs-clés au régional

Laurence Boucheron, DSP
Marie-Claude Fournier, DSP

Accompagnateur de l'équipe projet

Catherine Dea

Participants à l'atelier de consultation du 4 décembre

Lisanne Archambault, CSSS Bordeaux-Cartierville–Saint-Laurent
Daniela Badea, CSSS Saint-Léonard et Saint-Michel
Geneviève Beauchamp, CSSS Dorval-Lachine-Lasalle
Laurence Boucheron, DSP
Maria Chica, intervenante SIPPE, CSSS de la Montagne
Sophie Deleuil-Millette, CSSS Bordeaux-Cartierville–Saint-Laurent
Martine Dubé, CSSS d'Achutes et Montréal-Nord

Mireille Giroux, Coalition montréalaise des tables de quartier
Jean-François Guay, CSSS Lucille-Teasdale
Sylvie Lavoie, DSP
Thésy Louis, CSSS Cavendish
Lila Mesbah, CSSS du Cœur-de-l'Île
Lynn Ouellet, CSSS de la Montagne
Sylvie Outmezguine, CSSS Cavendish
Johanne Provencher, CSSS sud-Ouest–Verdun

Autres personnes consultées

Mario Gagnon, CSSS Saint-Léonard et Saint-Michel
Louise Blais, CSSS Lucille-Teasdale

Constats liés à la performance et pistes de solutions apportées lors de la consultation

SIPPE – VOLET ACCOMPAGNEMENT DES FAMILLES ET VOLET SOUTIEN À LA CRÉATION D'ENVIRONNEMENTS FAVORABLES

Dimensions	Constats et enjeux	Pistes de solution
Couverture/ accessibilité	- Plusieurs CSSS vivent des difficultés à recruter les familles ciblées par les SIPPE, plus spécifiquement les familles immigrantes. - Le recrutement et le maintien dans les SIPPE peuvent être difficiles, car les familles ciblées ne demandent souvent pas de services à la base. - Le recrutement pour l'AF se fait actuellement surtout par les appels pour OLO, les références par des médecins ou les avis de naissance, mais il y a une grande variabilité entre les CSSS pour le nombre de demandes reçues et la capacité à y répondre. - On fait de moins en moins de <i>reaching out</i> pour recruter les familles, car ce n'est pas comptabilisé dans I-CLSC. - Certaines familles refusent ou abandonnent rapidement les SIPPE parce qu'elles sont méfiantes à l'égard des programmes des CSSS. - Pour le volet AF, une grande flexibilité dans l'approche d'intervention a porté fruit dans certains CSSS pour maintenir les familles dans les SIPPE. - Difficultés à impliquer les pères dans les deux volets des SIPPE. Il est d'ailleurs impossible de comptabiliser les pères dans les fiches de périnatalité. - Le sous-financement des organismes communautaires a des impacts importants sur la mobilisation des partenaires locaux. Or, la capacité à rejoindre et maintenir les familles dans les programmes dépend de la force du réseau de la communauté pour les deux volets des SIPPE.	- Pour les deux volets des SIPPE, recruter davantage les familles là où elles se trouvent (<i>reaching out</i>). - Pour améliorer le recrutement et le maintien des familles dans les deux volets des SIPPE, s'inspirer du Projet Constellation (Horizon 0-5) sur les meilleurs moyens de rejoindre les familles vulnérables. - Mieux saisir les occasions offertes par les organismes communautaires répondant aux besoins de base. - Travailler sur une façon « gagnante » de présenter les SIPPE aux familles (ex. : intervenante se présentant par son prénom, travail interdisciplinaire, plan d'intervention, cartes de bienvenue). - Pour le volet AF, la flexibilité de l'intervention est essentielle afin de créer et de préserver l'alliance, dans le respect du rythme des familles (ex. : sortir parfois du domicile pour aller dans des endroits moins menaçants comme un parc ou un café).
Qualité	- Dans plusieurs territoires, difficultés à atteindre la précocité et l'intensité souhaitées pour les visites à domicile. - En plus des visites à domicile, les intervenantes font de nombreuses activités en lien avec les SIPPE non comptabilisées dans I-CLSC. - Les besoins concernant les activités de groupe sont réels. Les professionnels des CSSS sont moins disponibles qu'avant pour participer aux activités de groupe dans le cadre des projets SCEF, car ce n'est pas pris en compte dans les ententes de gestion. - Si l'intervenante se déplace à domicile et que la famille est absente, cela ne peut être comptabilisé dans I-CLSC. - La reddition de comptes favorise l'évaluation de la performance administrative avec des données quantitatives seulement au détriment d'une évaluation de la performance clinique, qui nécessiterait des données plus qualitatives. - Problèmes d'arrimage qui persistent entre les deux volets des SIPPE ainsi qu'avec les autres programmes (ex. : santé mentale, négligence). Certains territoires ont mis beaucoup d'efforts pour aborder ces problématiques et ce travail a porté fruit, mais les liens entre les différentes directions d'un CIUSSS seront probablement plus difficiles à maintenir, car ces nouvelles organisations seront très grandes. - Budgets actuels divisés par programmes selon des problèmes spécifiques et ne s'adressant donc pas à des familles avec besoins multiples. Les intervenantes et les partenaires communautaires manquent d'ailleurs d'outils pour aborder l'ensemble de ces problèmes.	- Dans les CIUSSS, poursuivre les efforts d'arrimage entre les deux volets des SIPPE et avec les autres programmes (ex. : meilleure communication entre les programmes, plus de travail en interdisciplinarité, mécanismes pour améliorer les transferts des familles d'une équipe à l'autre). - Trouver des moyens pour augmenter la communication entre les partenaires institutionnels et communautaires au sein d'une grosse organisation comme un CIUSSS. - Repenser le financement selon une approche et des interventions ciblant l'ensemble des besoins des familles, plutôt que des budgets par programme pour des problèmes compartimentés. - Préserver les territoires de CLSC dans le déploiement des deux volets des SIPPE, car ils représentent mieux les réalités locales très différentes d'un quartier à l'autre. - Pour mieux soutenir le volet SCEF, développer des balises plus claires et des outils d'analyse des projets tout en gardant une flexibilité pour l'adaptation aux réalités locales. - Pas de consensus à savoir si ces balises doivent être élaborées au régional ou dans les CIUSSS. - Exemples de balises: critères pour le choix des projets, % du budget réservé aux projets collectifs, priorité ou non aux nouveaux projets, minimum de familles à rejoindre, financement pour X années. - L'évaluation des besoins et l'élaboration des plans d'action doivent être maintenues dans les territoires de CLSC avec les tables de concertation en petite enfance.

Constats liés à la performance et pistes de solutions apportées lors de la consultation

SIPPE – VOLET ACCOMPAGNEMENT DES FAMILLES ET VOLET SOUTIEN À LA CRÉATION D'ENVIRONNEMENTS FAVORABLES

Dimensions	Constats et enjeux	Pistes de solution
	- Les défis de l'AF portent beaucoup sur les indicateurs de performance (précocité, intensité, continuité), tandis que les défis du SCEF concernent plutôt les indicateurs de la qualité des activités qui sont offertes dans le cadre des différents projets. - Le guide régional du SCEF fournit de bons principes, mais pourrait aller plus loin pour guider le choix et la mise en œuvre des projets. - Dans les CSSS, le SCEF est organisé selon différents modèles, avec des implications variables des organisateurs communautaires, des tables intersectorielles et des intervenantes SIPPE. La démarche d'action intersectorielle est utilisée dans plusieurs territoires. - Les partenaires locaux de certains territoires ont élaboré leur propre cadre de référence SCEF avec des balises pour l'attribution des subventions. - Le guide SCEF recommande d'utiliser les fonds pour des projets collectifs mais en pratique, ils servent souvent à soutenir des services individuels et des activités de la mission de base d'organismes communautaires. Certains participants croient toutefois que ces activités peuvent être bien alignées avec les balises actuelles du SCEF. - Les participants déplorent le sous-financement des organismes communautaires. Dans les tables intersectorielles, ils peuvent alors être en compétition pour les subventions de projets SCEF; il peut parfois en résulter certains conflits d'intérêts dans la planification. - Les projets financés par le SCEF sont actuellement peu ou pas évalués.	- Développer des outils pour les intervenantes et les communautés en général pour aborder les multiples préoccupations des familles et pour les orienter vers les bonnes ressources. - Soutenir l'évaluation des deux volets des SIPPE avec ressources dédiées et lignes directrices. Pas de consensus si cela devrait être le rôle du régional ou si cela devrait plutôt être fait dans les CIUSSS. - Améliorer les indicateurs de suivi et de reddition de comptes sans les rendre plus contraignants. - Pour les deux volets, mais plus prioritaire pour le SCEF. - Indicateurs plus représentatifs du travail des intervenantes pour l'AF. - Harmoniser la reddition de compte avec celle demandée par d'autres instances.
Efficiences	- La mouvance du personnel dans les CSSS et dans les organismes communautaires fait en sorte qu'il y a toujours beaucoup de temps passé à reconstruire des liens avec les partenaires locaux - La Fondation Chagnon est actuellement très impliquée en développement local et se retirera probablement dans les prochaines années. - Un fort leadership régional de santé publique est essentiel pour partager les savoirs et pour une meilleure cohérence des SIPPE à Montréal. - Plusieurs activités de soutien de la DSP sont jugées utiles pour soutenir le local, notamment la communauté de pratique, le sous-comité Tout-petits et la formation. Il faut toutefois une présence bien assurée au local pour être proche des besoins du terrain. - Le MSSS est quant à lui jugé trop éloigné des besoins du terrain pour assumer les activités de soutien des SIPPE. - Besoin de plus d'expertise en santé publique au palier local pour soutenir la planification locale et défendre les budgets de prévention. - Manque d'arrimage entre les travaux d'Horizon 0-5 et ce qui se passe au local dans les CSSS et les tables de quartier.	- Il faut maintenir un fort leadership et une bonne coordination des SIPPE dans les futures fonctions régionales de santé publique. La majorité des activités de soutien devrait rester au régional, notamment la communauté de pratique, la formation des intervenantes SIPPE et le sous-comité Tout-petits, car ces activités sont jugées utiles. - Il serait souhaitable qu'une plus grande masse critique d'experts en santé publique soit disponible au local pour mieux soutenir la planification et l'implantation des deux volets des SIPPE. - La reddition de comptes ne doit pas se faire dans les CIUSSS, car il y a risque de conflit d'intérêts. - Améliorer la circulation de l'information entre l'instance de concertation régionale Horizon 0-5, les futurs CIUSSS et les tables intersectorielles en petite enfance.

Réflexion et recommandations du réseau montréalais sur les modalités de déploiement et le partage des rôles et responsabilités des programmes de santé publique dans le contexte du projet de loi 10

ÉCOLE ET MILIEUX EN SANTÉ

Objectifs du programme

- École et milieux en santé (ÉMES) vise à améliorer le bien-être, la santé et la réussite éducative des jeunes en déployant des interventions de promotion et de prévention (PP) efficaces ou prometteuses.
- ÉMES a été choisi, car cette approche permettait de mieux répondre aux besoins des jeunes en agissant de façon coordonnée et harmonieuse dans le milieu de vie le plus important pour les jeunes après la famille et sur un ensemble de facteurs avec des partenaires concernés.
- À Montréal, l'approche ÉMES reconnaît deux ancrages : l'école et la communauté
- Elle propose d'intégrer dans la planification de l'école (projet éducatif et plan de réussite) les interventions de PP et influence l'offre de services en PP du CSSS au milieu scolaire en concordance avec les ententes MELS-MSSS.

Contexte

- Le déploiement d'ÉMES se fait dans le cadre de l'entente MELS-MSSS. Il est très variable sur le territoire de Montréal et il est difficile de faire le contour des ressources consacrées à la PP et de s'assurer de la qualité et de la pérennité des interventions mises en place.
- Cela s'explique en partie par l'absence d'indicateurs fiables concernant les activités de PP, autant dans le réseau de la santé que dans le réseau de l'éducation.
- Par ailleurs, il y a une réflexion concernant les rôles et responsabilités du niveau régional dans l'actualisation de l'entente MELS-MSSS, compte tenu, entre autres, de la disparition de la Direction régionale du MELS (DRMELS).
- Principales activités et rôles et responsabilités au sein du programme

Principales activités et rôles et responsabilités au sein du programme

National	Régional	Local
MELS-MSSS ▪ Élaboration de l'entente MELS-MSSS et définition des priorités nationales ▪ Mise en place et animation du mécanisme national de concertation à l'égard de l'entente ▪ Réalisation de bilans de la mise en application de l'entente MELS ▪ Soutien aux DRMELS MSSS ▪ Soutien aux DSP ▪ Gestion d'I-CLSC	DSP de l'ASSSM et DRMELS (maintenant abolie) ▪ Animation et coordination du mécanisme régional de concertation ▪ Soutien des mécanismes locaux de concertation ▪ Coordination de la mise en application de l'entente sur le plan régional ▪ Financement des agents pivots <i>ÉMES</i> à un poste d'agent pivot récurrent à temps complet dans les 12 CSSS et les 5 commissions scolaires (CS) ▪ Soutien des CSSS et des CS dans le déploiement d'interventions en PP	CSSS, écoles, organismes communautaires ▪ Déploiement des interventions efficaces ou prometteuses en PP en lien avec les thématiques convenues. CSSS, commissions scolaires, organismes communautaires ▪ Coordination de la mise en œuvre locale d'ÉMES ▪ Mise en place d'ententes de services entre CSSS et CS ▪ Soutien à l'élaboration de plans locaux en PP cohérents entre eux sur un territoire donné
INSPQ ▪ Expertise et formation ▪ Recherche et évaluation		

Recommandations

Gouvernance et gestion

1. Il est recommandé de privilégier une gestion des ressources et des activités d'ÉMES par le niveau local, incluant la responsabilité de l'offre de soutien, avec la possibilité de mise en place d'ententes de services entre les CIUSSS et les commissions scolaires.
2. Il est recommandé que des indicateurs supplémentaires soient ajoutés au système I-CLSC, en collaboration avec le réseau de l'éducation, pour les activités de promotion et de prévention faites au niveau local en incluant des aspects concernant les environnements favorables et les activités populationnelles.

Ressources investies

3. Il est recommandé de maintenir les ressources actuelles au palier local pour ÉMES, incluant le financement des agents pivots.

Processus de production des activités

4. Il est recommandé de maintenir le rôle des agents pivots pour faire les liens entre le réseau de la santé et les équipes scolaires.
5. Il est recommandé que plus d'activités de mobilisation et de représentation (e.g. pour les politiques publiques) soient faites au palier régional.
6. Il est recommandé de renforcer les activités de recherche-action et de recherche-évaluation au palier régional.

Partenariats

7. Il est recommandé que la DSP arrime les activités d'ÉMES avec d'autres programmes existant en santé publique (e.g. prévention du tabagisme, vaccination scolaire, etc.)
8. Il est recommandé que la DSP arrime les activités d'ÉMES avec d'autres partenaires (e.g. QEF, CHU Ste-Justine) pour des actions régionales en PP.
9. Il est recommandé de maintenir une instance de concertation régionale où siègent des représentants clés du réseau de la santé et du réseau scolaire ayant un pouvoir décisionnel pour assurer la prise et le suivi des décisions, ce qui n'est pas le cas actuellement.
10. Il est recommandé de favoriser des instances de concertation locales pour des aspects ou des thématiques spécifiques qui requièrent des partenariats à l'échelle plus locale.

Informateurs-clés

André Gobeil
Isabelle Denoncourt
Nathalie Ratté
Carole Genest
Monique Lalonde

Accompagnateur de l'équipe projet

Cat Tuong Nguyen

Participants à la consultation

Pierre Chartrand, Commission scolaire de Montréal
Carmen Lemire, Commission scolaire Marguerite-Bourgeoys
Annie Desrosiers, CSSS Dorval-Lachine-Lasalle
Georges Fournier, CSSS Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent
Angela Mancini, CSSS Saint-Léonard et Saint-Michel
Sabrina Moffat, CSSS Sud-Ouest-Verdun
Sylvie Outmezguine, CSSS Cavendish

Sylvie Sylvain, CSSS Lucille-Teasdale
Sophie Taillon, CSSS Jeanne-Mance
Marie-Jo Bard, Table de concertation jeunesse de Lachine
Mélicha Felx-Séguin, Clinique communautaire Pointe-St-Charles
Isabelle Denoncourt, DSP
Nathalie Ratté, DSP

Constats liés à la performance et pistes de solutions apportées lors de la consultation

ÉCOLE ET MILIEUX EN SANTÉ

Dimensions	Constats et enjeux	Explications et pistes de solutions	Recommandations
Couverture	- Il y a un déploiement d'ÉMES à géométrie variable selon les territoires et il est difficile d'en connaître l'étendue réelle - Il y a une présence inégale d'ententes de services entre les CSSS et les CS - L'offre de soutien du niveau régional est utilisée de façon variable et inégale selon les CSSS	- Il est normal, voire souhaitable, que le déploiement demeure à géométrie variable avec des façons de faire propres au milieu - Le déploiement d'ÉMES dépend des ressources locales au niveau des CSSS, mais aussi en très grande partie des ressources et de la volonté, du leadership des écoles elles-mêmes (i.e. les directeurs, les professeurs) - De plus, les écoles n'ont pas nécessairement de reddition de comptes à fournir en matière de PP contrairement au réseau de la santé. Les indicateurs de performance des écoles touchent la réussite scolaire (i.e. français, mathématiques) et il n'y a pas d'indicateur pour la PP - Dans le réseau de la santé, les indicateurs d'I-CLSC sont peu propices à la PP et ne permettent pas d'avoir un portrait réel de la situation - Concernant les ententes ou offres de services, elles permettent parfois de clarifier des considérations logistiques et administratives de même que de mieux définir les rôles et les responsabilités de chacun. Dans une configuration future, il serait utile de considérer les ententes à faire entre les CIUSSS-CS - Concernant l'offre de soutien du niveau régional, il est mentionné qu'il y a beaucoup d'expertise au niveau local, ce qui explique en partie pourquoi la DSP n'a pas été plus souvent sollicitée	- Il est recommandé de privilégier une gestion des ressources et des activités d'ÉMES, incluant la responsabilité de l'offre de soutien, par le niveau local, avec la possibilité de mise en place d'ententes de services entre les CIUSSS et les commissions scolaires - Il est recommandé que des indicateurs supplémentaires soient ajoutés au système I-CLSC, en collaboration avec le réseau de l'éducation, pour les activités de promotion et de prévention faites au niveau local en incluant des aspects concernant les environnements favorables et les activités populationnelles
Efficiencia	- Il y a une difficulté à faire le contour des ressources qui font de la PP et du temps consacré à faire de la PP dans le cadre d'ÉMES - Le Comité régional PP est en réorganisation – il permet d'identifier des orientations régionales, mais est plus ou moins efficace pour la mise en œuvre et le suivi de ces orientations	- Il est mentionné que sans entente de gestion et sans indicateurs précis de résultats, il est difficile de comptabiliser ce qui se fait en PP dans le milieu scolaire - Il a été noté que les agents pivots étaient appréciés et que leur rôle de faire le lien entre les CSSS et les équipes scolaires devrait être maintenu - Par ailleurs, il faudrait renforcer la reddition de comptes en matière de PP de la part du milieu scolaire, entre autres en incluant des indicateurs PP dans les conventions de gestion du milieu scolaire - On questionne le rôle de la DSP à animer le Comité régional PP – on insiste qu'il est important de maintenir une instance de concertation régionale, mais on recommande d'en revoir la forme, car il semble plus efficace et efficient d'avoir une bonne concertation au niveau des futurs CIUSSS-CS - Il faut que cette instance de concertation régionale future puisse se rattacher avec les paliers stratégiques pour s'assurer que les décisions soient prises et suivies - Il pourrait aussi y avoir des instances de concertation sous-régionales pour des aspects ou des thématiques spécifiques qui requièrent des partenariats à l'échelle plus locale	- Il est recommandé de maintenir le rôle des agents pivots pour faire les liens entre le réseau de la santé et les équipes scolaires - Il est recommandé de maintenir une instance de concertation régionale comprenant des représentants clés du réseau de la santé et du réseau scolaire et qu'ils soient rattachés aux paliers stratégiques pour assurer la prise et le suivi des décisions. - Il est recommandé de favoriser des instances de concertation locales pour des aspects ou des thématiques spécifiques qui requièrent des partenariats à l'échelle plus locale

Constats liés à la performance et pistes de solutions apportées lors de la consultation

ÉCOLE ET MILIEUX EN SANTÉ

Dimensions	Constats et enjeux	Explications et pistes de solutions	Recommandations
Qualité	- Il y a une difficulté à s'assurer que les pratiques efficaces et prometteuses en PP sont mises en place partout - Il y a une absence d'indicateurs fiables permettant d'évaluer la qualité, l'efficience et l'efficacité du déploiement d'ÉMES	- Il n'y a presque pas de recherches évaluatives pour voir l'impact des interventions. Plus de recherche-action (toujours axée sur le concret) serait souhaitable par le palier régional - Il faudrait des indicateurs quantitatifs et qualitatifs de qualité d'intervention PP pour faciliter le processus d'assurance-qualité. - Par ailleurs, il est recommandé de se baser sur les indicateurs élaborés en développement des communautés au cours des dernières années et d'inclure des indicateurs sur les environnements favorables et les corridors de services. Il ne suffit pas d'avoir des indicateurs d'ordre individuel seulement, mais bien populationnel	Il est recommandé de renforcer les activités de recherche-action et de recherche-évaluation au niveau régional
Continuité	L'arrimage et la continuité des services peuvent être variables au niveau local et au niveau régional en matière de PP en milieu scolaire	- Il faut améliorer l'arrimage et la continuité des services en PP autant au niveau régional que local. - Il est craint que la gestion des maladies chroniques et l'aspect hospitalo-centrique prennent toute la place par rapport au psychosocial, le niveau régional aurait avantage à faire plus de représentation/d'influence des politiques publiques quant à l'importance du maintien des services psychosociaux en particulier chez les jeunes.	- Il est recommandé d'arrimer les activités d'ÉMES avec d'autres programmes existant en santé publique (e.g. prévention du tabagisme, vaccination scolaire) et avec d'autres partenaires (e.g. QEF, CHU Ste-Justine) - Il est recommandé que plus d'activités de mobilisation/de représentation (e.g. pour les politiques publiques) soit faites au palier régional

Réflexion et recommandations du réseau montréalais sur les modalités de déploiement et le partage des rôles et responsabilités des programmes de santé publique dans le contexte du projet de loi 10

VACCINATION CONTRE LA GRIPPE

But du programme

- Réduire les complications sérieuses de la grippe et la mortalité en offrant, à la population à risque et à leurs contacts, la possibilité de se faire vacciner gratuitement dans le cadre d'une campagne annuelle de vaccination.

Objectifs de couverture vaccinale influenza (Plan national de santé publique - 2015)

- 80% pour tous les groupes cibles (nourrissons 6-23 mois; personnes avec maladies chroniques; personnes de 60 ans et plus; personnel soignant).

Contexte

- Opération de vaccination d'envergure qui se déroule chaque année principalement entre novembre et février. Grand nombre d'acteurs mobilisés à différents paliers (national, régional, local).
- Imprévisibilité de la demande due à la variabilité du contexte (ex : épidémiologie, couverture médiatique).
- En 2013-2014, 486 070 doses de vaccin contre l'influenza ont été distribuées à 627 vaccinateurs, à Montréal.

Principales activités, rôles et responsabilités au sein du programme

National	Régional	Local
MSSS ▪ Directives ministérielles relatives à la campagne ▪ Concertation nationale par le biais de comités (ex. : TCNMI) ▪ Achats des vaccins, gestion des commandes et distribution aux régions ▪ Plan et outils de communication ▪ Vigie de l'activité grippale et diffusion du bulletin Flash Grippe	DSP de l'ASSSM ▪ Coordination des activités de vaccination ▪ Plan de communication, activités de lancement de campagne et relations de presse ▪ Gestion et distribution des produits immunisants ▪ Encadrement et suivi des normes de GPI par la signature d'entente avec les vaccinateurs ▪ Suivi de l'activité grippale par l'Info-Grippe ▪ Planification et mise en œuvre de formations et adaptation de la campagne nationale aux réalités régionales ▪ Expertise conseil (ex. : ligne téléphonique) ▪ Programmes de surveillance des manifestations cliniques inhabituelles post-vaccinales : enquêtes, prescription des mesures et suivis ▪ Collecte des données de vaccination, analyse, production et diffusion de rapports locaux et régionaux	CSSS et partenaires locaux ▪ Gestion des produits immunisants dans chaque point de service ▪ Mise en place de structures et protocoles nécessaires à l'application des normes GPI ▪ Diffusion des outils nationaux et développement d'outils locaux de communication ▪ Acte vaccinal CSSS : ▪ Planification, coordination logistique et gestion des activités de vaccination en milieu fermé et auprès du personnel soignant en plus des activités en milieu ouvert (vaccination massive, à domicile, RV) ▪ Formation continue du personnel ▪ Déclarations MCI
INSPQ ▪ Expertise et formation ▪ Veille scientifique et diffusion ▪ Surveillance laboratoire (LSPQ)		

Campagne de vaccination

- 637 points de distribution; 96 % des rapports d'utilisation des doses reçues.
- 486 070 doses distribuées : 39 % en bureau privé et cliniques médicales ; 25 % en CLSC; 22 % en CHSGS; 8 % en CHSLD et résidences; 5 % en pharmacies et agences de placement
- 384 714 vaccins administrés (79 % des doses distribuées)

Couverture vaccinale

- Personnes hébergées en CHSLD : 80% (79% -86%)
- Personnel soignant : 35% (33% CSSS et 36% hors CSSS)
- Enfants de 6 à 23 mois : 41%
(Source : Données agrégées fournies par les vaccinateurs en 2013-2014)
- Population milieu ouvert
 - 15-60 ans avec maladie chronique : 31 % (25 %-38 %)
 - + 60 ans avec maladie chronique : 61 % (52 %-72 %)
 - + 60 ans sans maladie chronique : 49 % (37 %-62 %)
 (Source : TOPO 2012)

Recommandations

Gouvernance et gestion

1. Maintenir la coordination de la campagne de vaccination contre la grippe au niveau régional. Elle permet d'assurer la cohérence entre les priorités et les activités du programme de vaccination à Montréal, de soutenir l'harmonisation des pratiques, d'éviter le dédoublement et d'assurer une plus grande efficacité.
2. Se doter d'une politique régionale de prévention de l'influenza impliquant l'ensemble des partenaires dont les syndicats et les directions d'établissement.
3. Informer les responsables locaux de la vaccination des coûts engendrés par les pertes de vaccin à chaque événement rapporté, afin de renforcer l'imputabilité.
4. Désigner une personne responsable et imputable du contrôle de la qualité dans chaque installation ou organisation où la vaccination est offerte.
5. Responsabiliser les gestionnaires sur l'importance d'améliorer la couverture vaccinale du personnel soignant.

Processus de production des activités

6. Exploiter davantage le système de commandes des vaccins au niveau régional pour mieux connaître l'offre par territoire.
7. Adapter les stratégies de communication nationale et régionale afin de moduler la demande (fréquence et types de communication selon la situation) selon le contexte.
8. Assurer une meilleure circulation de l'information vaccinale auprès de toutes les personnes concernées, dans chaque point de service.
9. Régionaliser les outils cliniques pour faciliter le travail local.
10. Évaluer les coûts réels de la vaccination et aussi ceux reliés à la non-vaccination (ex : éclosion, absentéisme).

Ressources investies

11. Évaluer la pertinence d'exiger l'attestation de formation offerte par la santé publique pour le personnel des agences de placement embauché pour la vaccination.
12. Maintenir l'expertise au régional afin de répondre aux besoins de l'ensemble des vaccinateurs par différentes formes de soutien (ex : expertise conseil, communauté de pratique, formation) et ainsi contribuer à maintenir un haut standard de qualité de l'acte vaccinal.
13. Clarifier le message concernant la gratuité du vaccin et baliser les frais demandés à la population, notamment en pharmacie ou en clinique.
14. Assurer la veille scientifique et la production d'avis sur les avantages des différents modèles d'offre de services (publics cibles vs vaccination universelle).
15. Favoriser la mise en place d'une communauté de pratique régionale.

Partenariats

16. Mettre sur pied un groupe de réflexion régional sur l'organisation des services de vaccination à Montréal (concertation avec les pharmacies et les cliniques médicales, uniformisation de l'offre, etc.).
17. Développer le partenariat local entre les différents types de vaccinateurs afin de bonifier l'offre de vaccination.

Informateurs-clés

Philippe Joliot, Alexandra Kossowski, Renée Paré, Chantal Santerre, DSP

Accompagnateurs de l'équipe projet

Renée Dufour, Émilie Leblanc

Collaboration

Jo Anne Simard

Participants à la consultation (aucun représentant de clinique médicale)

Sandy Araujo, Table locale des pharmaciens
Hélène Bergeron, CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel
Julie Boutin, CSSS Cavendish
Frédéric Barrière, Clinique communautaire de Pointe Saint-Charles
Manon Deguise, CSSS Lucille-Teasdale
Mickaël Grimard, CSSS de la Pointe-de-l'Île
Alexandra Kossowski, DSP
Maryse Lapierre, DSP

Michèle Normandeau, DSP
Uyen Pham, CSSS Sud-Ouest-Verdun
Chantal Santerre, DSP
France Tremblay, CSSS Bordeaux-Cartierville–Saint-Laurent
Mélanie Tremblay, Clinique communautaire de Pointe Saint-Charles
Eric Van Hoenacker, Table locale des pharmaciens (Jeanne-Mance)

Constats liés à la performance et pistes de solutions apportées lors de la consultation

VACCINATION CONTRE LA GRIPPE

Dimensions	Constats et enjeux	Explications et pistes de solutions
Couverture	1. La cible « vacciner 80% des personnes en milieu fermé » est atteinte.	1.1 Le vaccin est gratuit et la clientèle à vacciner vit sur place. 1.2 Les contacts fréquents entre la clientèle et le personnel soignant facilitent la signature du consentement et la vaccination. 1.3 L'importance des conséquences de la présence de grippe dans le milieu pour les résidents (restriction des visites) rend la sensibilisation plus facile. 1.4 Les taux de vaccination sont plus faciles à calculer (nombre de personnes vaccinées au numérateur; nombre de personnes hébergées au dénominateur).
	2. La cible « vacciner 80% du personnel soignant » n'est pas atteinte.	2.1 Il est nécessaire de s'entendre sur la notion de « personnel soignant » définie comme le personnel en contact avec les patients, pour exclure le personnel administratif. Pour l'instant, on considère tout le personnel des établissements. 2.2 Le fait que la couverture vaccinale pour le personnel soignant soit supérieure en hébergement qu'en milieu ouvert s'explique par les raisons suivantes : les gens sont plus à risque, les éclosions plus visibles (le personnel non vacciné ne peut pas travailler) et la sensibilisation plus facile. 2.3 Il y aurait des contraintes d'accessibilité au vaccin telles que des plages de vaccination non compatibles avec des horaires de travail de soir ou de nuit. Ce serait plus difficile hors CLSC ou établissement. Par contre, le vaccin est toujours disponible dans les établissements et les professionnels peuvent se vacciner entre eux sans attendre l'équipe de santé au travail. 2.4 Le message pour le personnel soignant est incomplet. Il faut mettre davantage l'emphasis sur la valeur ajoutée de la vaccination du personnel pour le bon fonctionnement de l'établissement (protection des patients à risque de complications sévères), et tenter d'enrayer certains mythes tels que l'invincibilité qui ont la vie dure chez le personnel soignant. 2.5 D'un CSSS ou d'établissement à l'autre, ce ne sont pas les mêmes équipes qui s'occupent de la vaccination du personnel soignant. Dans certains cas, il est difficile d'avoir un impact, une crédibilité. La vaccination du personnel soignant relève de politiques locales. On constate un manque de concertation. La littérature suggère une combinaison de stratégies efficaces. La mise en œuvre d'une politique régionale de l'influenza pour tous les établissements du réseau montréalais devrait améliorer les résultats de cette cible et l'engagement des directions des établissements.
	3. La cible « vacciner 80 % des personnes à risque en milieu ouvert » n'est pas atteinte. Il existe une variation selon le groupe cible et selon le territoire. Certaines activités semblent plus efficaces pour rejoindre certains groupes-cibles (information parcellaire).	3.1 Les approches de proximité (vaccination en clinique de masse, HLM, tours d'habitation de personnes âgées, vaccination à domicile) permettent aux CSSS de rejoindre surtout des personnes âgées et des adultes plus jeunes en général mais moins de familles. Ces dernières se rendent plutôt à la clinique de vaccination de base car ils craignent le temps d'attente. Pour les 6-23 mois, la littérature recommande de favoriser des contextes de soins où il peut y avoir un dialogue entre l'infirmière et les parents afin d'influencer les parents concernant la différence entre le vaccin grippe et les autres, et offrir le vaccin grippe en même temps que les autres dans des lieux de proximité, même explorer les CPE. Enfin, les personnes avec maladie chronique sont vaccinées surtout en bureau ou clinique médicale ou en pharmacie. 3.2 L'intérêt de la population pour la vaccination est palpable en pharmacie. Il s'agit de personnes de tous âges avec une maladie chronique qui prennent RV pour la vaccination en venant chercher leurs médicaments. 3.3 Il se fait du « magasinage de RV ». Dans certains cas, quand le RV pris est trop tard dans la saison, certaines personnes continuent à en chercher un autre ailleurs; s'ils en trouvent un plus tôt, ils n'iront pas à leur 1er RV. La prise de RV exige beaucoup des réceptionnistes. Le recours à un organisme tiers tel que <i>Bonjour Santé</i> pour gérer la prise de RV est une solution assez coûteuse pour un CSSS, mais le regroupement de plusieurs CSSS pour offrir un volume plus important pourrait diminuer les coûts unitaires. Il est important de favoriser la collaboration et éviter la compétition au niveau local et sous-régional (CSSS limitrophes). Il faut également réfléchir aux meilleures pratiques : avec ou sans RV, de masse ou pas. 3.4 Les pharmaciens ne reçoivent aucune rémunération pour l'acte vaccinal- ils paient la personne qui donne les RV, l'infirmière qui vaccine et, dans certains cas, les vaccins (beaucoup de pharmacies ne savent pas qu'elles peuvent obtenir gratuitement les vaccins de la santé publique). Le service n'est donc pas toujours offert gratuitement. La demande est grande et ils ont peu de ressources. Sur un territoire, le CSSS prête une infirmière pour la vaccination en pharmacie. D'un autre point de vue, dans le contexte actuel, si le CSSS prête une infirmière à une pharmacie, il coupe des services habituellement offerts par cette infirmière.
	4. Il y a peu de concertation entre les secteurs public et privé quant à l'offre de vaccination et l'atteinte des cibles de couverture.	4.1 Il faut réfléchir en termes de concertation des activités de vaccination massive à partir de l'idée d'un calendrier commun. Chaque établissement est limité par ses infrastructures (ex : certains n'ont pas d'installation pour faire une campagne de masse). La demande est plus élevée et les enjeux de complémentarité sont différents en début de saison (complémentarité plus importante plus tard quand l'offre et la demande diminuent). 4.2 Les Tables locales de pharmaciens pourraient être de belles tribunes pour établir des collaborations, faire connaître le plan de vaccination du CSSS, promouvoir l'accès aux vaccins, développer une offre complémentaire. Possibilité de partenariat avec les CSSS. 4.3 Le partenariat est davantage développé avec les pharmacies qu'avec les cliniques médicales. Les pharmacies sont capables de fournir des données sur la vaccination par groupe cible. Les pharmacies pourraient référer la clientèle vulnérable aux CSSS qui cherchent à les rejoindre. On constate un besoin de concertation. 4.4 Certains médecins organisent des cliniques de vaccination à Montréal. Cette pratique est questionnée dans le contexte où on manque de médecins de famille pour les clientèles orphelines. Le manque de connaissances de cette pratique est souligné.

Constats liés à la performance et pistes de solutions apportées lors de la consultation

VACCINATION CONTRE LA GRIPPE

Accessibilité	5. L'accessibilité est favorisée par : la gratuité ou le faible coût du vaccin; le nombre élevé de vaccinateurs; la disponibilité de l'information.	5.1 Dès qu'il y a un coût, l'accessibilité s'en trouve imitée. Au Québec, pour la même personne, le vaccin peut être gratuit ou pas, selon l'endroit. Quand ce n'est pas gratuit, le vaccinateur a l'obligation d'informer le patient de la possibilité de recevoir le vaccin gratuitement au CSSS mais ce n'est pas fait partout. Il est nécessaire de renforcer ce message dans la campagne ministérielle qui s'adresse à toute la population. 5.2 D'autres provinces offrent le vaccin gratuitement à tous. Au Québec, la décision d'offrir la gratuité aux groupes-cibles provient du MSSS. Dans d'autres provinces et aux États-Unis, les pharmaciens peuvent administrer les vaccins mais on ne sait pas si cette pratique est efficiente. Il y aurait également des enjeux de formation.
	6. L'information sur l'offre (type de programme; répartition géographique) est partielle.	6.1 Il n'y a pas de lieu où le patient peut trouver rapidement l'information concernant tous les points de vaccination près de chez lui. Colliger l'information et la tenir à jour soulève un certain nombre d'enjeux. Les spécificités de pratique des différents vaccinateurs sont à considérer ex : les médecins qui vaccinent seulement leur clientèle, les pharmacies qui fonctionnent par bannière, etc.
Qualité	7. Assurer le respect des normes de gestion des produits immunisants pour l'ensemble des vaccinateurs est un défi.	7.1 Le travail demande de la précision; il prend beaucoup de temps et de ressources. Les produits sont fragiles et les coûts élevés en cas de bris de la chaîne de froid. Or, il y a beaucoup de roulement de personnel et l'information ne circule pas bien, ce qui fait qu'il n'est pas toujours au courant de ces procédures. De plus, le personnel est affecté à de multiples tâches et ne peut souvent pas consacrer assez de temps à la gestion des produits immunisants. Certains établissements disposent de réfrigérateurs avec système d'alarme relié à une centrale qui peut appeler la personne responsable en cas de problème. En CHSLD, les réfrigérateurs sont souvent inadéquats, ce qui demande une plus grande vigilance. 7.2 Certaines infirmières et infirmières auxiliaires d'agences de placement ne sont pas suffisamment formées.
	8. Certains vaccinateurs ont une connaissance incomplète du PIQ.	8.1 Régulièrement, il y a des modifications dans les calendriers de vaccination ainsi que de fréquentes mises à jour du PIQ, qui ne sont disponibles qu'en ligne. Or, certaines cliniques ne sont pas informatisées, ce qui rend l'accès à l'information difficile pour leur personnel lors de ces changements avec les risques d'erreur qui y sont associés, surtout dans le cas des cliniques médicales où il n'y a pas de vaccination en continu. 8.2 La monographie du fabricant qui accompagne le vaccin, donc plus facilement accessible que le PIQ, ne donne pas la même information que ce dernier. Or, au Québec, c'est le PIQ qui prévaut. 8.3 Le problème n'est pas seulement le manque de connaissances mais aussi, dans certains cas, la vigilance quant au respect des consignes, souvent pour aller plus vite. Lors des cliniques de vaccination massive, il est important de cibler une personne pour la supervision.
Efficiencia	9. Défi d'ajuster l'offre à la demande : gestion des produits et du personnel.	9.1 Nous n'avons pas de contrôle sur la virulence du virus qui influence la demande. 9.2 La diffusion des données de vie et de surveillance ainsi que des recommandations dans les établissements permet d'influencer la demande et d'ajuster les activités de promotion de la campagne. 9.3 Il y a un moratoire sur l'octroi de privilèges pour l'obtention de vaccins distribués par la DSP pendant le déploiement provincial du registre de vaccination.
	10. Difficulté de faire le contour des ressources et d'estimer les coûts.	10.1 Si un CSSS a évalué le coût unitaire à 7 \$ par personne vaccinée, on ne connaît pas les coûts moyens de la vaccination (absence de comparatif). 10.2 Il n'y a pas d'information disponible sur les coûts de la non-vaccination : frais reliés à une écloison, à l'absentéisme, etc.
	11. Collecte de données de vaccination non optimale.	11.1 Des outils cliniques (formulaires de livraison, consentement, codes statistiques, promotion) sont développés par chaque organisation; ils ne sont pas harmonisés au niveau régional. En l'occurrence, ce n'est pas possible d'extraire des données rapidement pour l'ensemble.

Réflexion et recommandations du réseau montréalais sur les modalités de déploiement et le partage des rôles et responsabilités des programmes de santé publique dans le contexte du projet de loi 10

PROGRAMME MONTRÉALAIS DE SANTÉ BUCCODENTAIRE

Objectifs du programme

- Le Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2015 du MSSS est un document complémentaire au Programme national de santé publique (PNSP). Il propose des activités favorisant l'acquisition de saines habitudes de vie et l'application sélective de mesures préventives efficaces. La majorité de ces activités concernent les enfants à risque élevé de carie dentaire, mais certaines visent les tout-petits, les jeunes, les adultes, les personnes âgées ou l'ensemble de la population.
- Le Plan d'action montréalais de santé dentaire publique 2005-2015, qui découle du plan national, concentre ses activités chez les enfants de 4 à 17 ans.
- Le programme montréalais préconise principalement le dépistage systématique du besoin évident de traitement (BET) de la carie dentaire et la sélection des enfants admissibles au suivi préventif individualisé selon le critère national de classification des enfants à risque élevé de carie dentaire à la maternelle 5 ans, le suivi préventif individualisé des enfants sélectionnés de la maternelle à la 2^e année, auxquels s'ajoute la dispensation d'agents de scellement de puits et de fissures pour les jeunes à risque de carie dentaire de 5 à 15 ans.

Contexte

- À Montréal, l'observation depuis dix ans des mêmes proportions très élevées (26 %) d'enfants à risque élevé de carie dentaire en maternelle 5 ans implique que le temps et les ressources soient principalement consacrés au suivi préventif individualisé de ces enfants de la maternelle à la 2^e année.
- Par ailleurs, bien que l'application d'agents de scellement de puits et fissures soit faite dans l'ensemble du territoire montréalais, il y a encore peu d'enfants qui bénéficient de la mesure (8,6 % parmi ceux qui en auraient besoin).
- Un travail important de prévention reste à faire, entre autres, en amont pour les tout-petits de 0 à 4 ans et leur famille afin de réduire le taux de vulnérabilité à la carie dentaire en maternelle 5 ans et d'améliorer la capacité d'application d'agents de scellement de puits et fissures.
- Il y a beaucoup de variabilité régionale en ce qui a trait aux procédures administratives, entre autres concernant l'encadrement des hygiénistes dentaires pour d'application d'agents de scellement de puits et fissures découlant de l'absence de cadre de référence national en la matière.

Principales activités et rôles et responsabilités au sein du programme

National	Régional	Local
MSSS - Élaboration et mise à jour du Plan d'action de santé dentaire publique national - Coordination nationale et interrégionale - Concertation interrégionale - Maintien de I-CLSC - Soutien aux DSP	DSP de l'ASSSM - Élaboration et mise à jour du Plan d'action de santé dentaire publique régional - Monitoring, surveillance, recherche - Planification, coordination et concertation régionale et nationale - Soutien aux PCP - Réalisation et diffusion d'outils/formation (transfert de connaissances)	CSSS - Dépistage du besoin évident de traitement de la carie dentaire (BET) (maternelle 4 ans) - Dépistage buccodentaire systématique (maternelle 5 ans) pour le besoin évident de traitement (BET) de la carie dentaire et la sélection des enfants admissibles au suivi préventif individualisé - Suivi préventif individualisé des enfants à risque élevé de carie dentaire de la maternelle à la 2^e année - Dépistage buccodentaire systématique des enfants de 2^e année pour identifier le BET ainsi que le besoin d'agents de scellement de puits et fissures - Application d'agents de scellement de puits et fissures - Autres activités non balisées par le plan régional (e.g. clinique Bébé-dent)
INSPQ - Contribution à l'élaboration et à la mise à jour du Plan d'action de santé dentaire publique national - Expertise et formation - Recherche		

Recommandations

Gouvernance et gestion

1. Il est recommandé de privilégier une gestion des ressources en hygiène dentaire au niveau local.
2. Il est recommandé que des indicateurs supplémentaires soient ajoutés au système I-CLSC, entre autres pour les activités de promotion de la santé buccodentaire faites au niveau local.
3. Il est recommandé que le MSSS uniformise les critères de réussite pour le suivi préventif individualisé et produise un cadre de référence en collaboration avec les ordres professionnels afin de clarifier les procédures administratives nécessaires à l'application d'agents de scellement et de puits de fissures, entre autres en lien avec l'article 37k du Code des professions.
4. Il est recommandé que le MSSS mette en place un système d'assurance qualité pour les activités du Plan d'action de santé dentaire publique dont d'application d'agents de scellement de puits et de fissures.

Ressources investies

5. Il est recommandé de maintenir les ressources actuelles pour le programme montréalais de santé buccodentaire.

Processus de production des activités

6. Il est recommandé que plus d'activités soit faites au niveau local et régional en amont, chez les 0-4 ans dans le but de réduire le taux de vulnérabilité à la carie des enfants à Montréal.
7. Il est recommandé que plus d'activités de mobilisation et de représentation, entre autres pour des interventions à portée universelle, soient faites au niveau régional.

Partenariats

8. Il est recommandé d'arrimer les activités de promotion en santé buccodentaire avec d'autres programmes existant en santé publique (e.g. SIPPE, vaccination, Programme alliance) et avec d'autres partenaires en plus de ceux du domaine dentaire (e.g. médecins de famille, pédiatres).

Informateurs-clés

Martin Généreux, DSP
Daniel Picard, DSP
Ginette Veilleux, DSP
Daniel Kandelman, DSP

Accompagnateur de l'équipe projet

Cat Tuong Nguyen

Participants à la consultation

Lorraine Beauvais, CSSS Jeanne-Mance
Marie-France Cartier, CSSS de la Montagne
Dominique Dufour, CSSS de la Montagne
Diane Gareau, CSSS du Cœur-de -l'île
Brigitte Gionet, CSSS Jeanne-Mance
Sylvie Outmezguine, CSSS Cavendish
Martin Généreux, DSP
Nathalie Ratté, DSP

Constats liés à la performance et pistes de solutions apportées lors de la consultation

PROGRAMME MONTRÉALAIS DE SANTÉ BUCCODENTAIRE

Dimensions	Constats et enjeux	Pistes de solutions	Recommandations
Couverture/ accessibilité	▪ Les taux associés au dépistage systématique à la maternelle 5 ans et au suivi préventif individualisé des enfants à risque élevé de carie dentaire de la maternelle à la 2^e année tendent vers les objectifs établis sans toutefois les atteindre ▪ Les taux associés au dépistage de 2^e année et concernant l'application de scellant sont particulièrement en dessous des objectifs établis ▪ Peu d'actions sont faites pour les tout-petits ▪ Peu d'action pour les autres populations/la population générale	▪ Le taux d'enfants vulnérables à la carie dentaire est plus élevé à Montréal et cela affecte le temps et les ressources consacrés principalement au suivi préventif individualisé ainsi que la capacité à poser des scellants ▪ À Montréal, certaines procédures administratives s'ajoutent (e.g. questionnaires de santé), pour l'application des scellants, dû à l'interprétation de l'article 37k sur l'encadrement des hygiénistes ▪ Les activités pour les tout-petits, non faites, car non comptabilisées dans I-CLSC et donc non valorisées par les gestionnaires, car affecte la performance « officielle » représentée uniquement par les quatre indicateurs actuels ▪ Il n'y a présentement aucun indicateur relié à des interventions faites auprès des populations autres que les enfants en milieu scolaire ▪ Les activités ciblées au niveau local sont réalisées surtout en milieu scolaire, celles du niveau régional peuvent souvent être à portée universelle	▪ Il faudrait à moyen terme réduire le taux de vulnérabilité à la carie dentaire en maternelle 5 ans à Montréal, entre autres en intervenant en amont chez les 0-4 ans ▪ Il serait préférable d'avoir un cadre de référence clair en collaboration avec les ordres professionnels sur les procédures administratives entourant l'encadrement au niveau local avec le moins de possibilité d'interprétation possible ▪ Il faut ajouter des indicateurs supplémentaires au système I-CLSC, entre autres pour les activités de promotion de la santé buccodentaire faites au niveau local et auprès d'autres populations ▪ Les actions à portée plus universelle devraient principalement être effectuées par le niveau régional
Qualité/ continuité	▪ Il n'y a pas d'information sur l'impact réel des interventions faites ▪ Il faudrait un meilleur indicateur de suivi de la qualité (% de rétention des scellants) pour avoir des données en lesquelles les gens ont confiance – comprises par tout le monde	▪ La qualité des actes est principalement dictée par les ordres professionnels, mais il n'y a pas de mécanisme d'assurance-qualité en tant que tel pour le programme de santé buccodentaire	▪ Il serait souhaitable que le niveau national se penche sur les enjeux de qualité, question de mieux baliser et comptabiliser cet aspect

Constats liés à la performance et pistes de solutions apportées lors de la consultation

PROGRAMME MONTRÉALAIS DE SANTÉ BUCCODENTAIRE

Dimensions	Constats et enjeux	Pistes de solutions	Recommandations
Efficience	▪ Les effectifs en hygiène dentaire des CSSS sont réduits à Montréal ▪ La majorité du temps est consacré aux suivis préventifs individualisés des enfants à risque élevé de carie dentaire de la maternelle à la 2^e année ▪ Au niveau régional, il faudrait revoir l'organisation de certaines activités pour pouvoir couvrir d'autres populations ou pouvoir en faire davantage	▪ Il y a une réelle difficulté à remplacer les hygiénistes dentaires; les postes restent vacants longtemps, car les conditions salariales sont moins attrayantes qu'en cabinet privé ▪ On mentionne qu'avec le temps, des postes d'hygiénistes ont été coupés, pour des raisons économiques, mais aussi car depuis plusieurs années ce qui se fait en milieu scolaire n'est pas très valorisé ▪ Il se fait 6 suivis préventifs à Montréal alors que cela peut être différent dans d'autres régions (i.e. les critères de réussite sont différents) encore une fois, car il y a une absence balises provenant du niveau national	▪ Le niveau régional devrait faire plus de représentation/mobilisation pour valoriser le travail d'hygiéniste dentaire en milieu scolaire et la promotion-prévention en général. ▪ Il y aurait avantage à diminuer au maximum les procédures administratives et favoriser une approche populationnelle de santé publique, à viser l'action de masse et la couverture populationnelle plutôt qu'insister sur des normes individuelles ▪ Le niveau régional est particulièrement important pour les activités de recherche-action, de soutien direct aux intervenants et de représentation. Les travaux de l'INSPQ sont peu connus au niveau local et leur pertinence est mitigée, les gens du niveau local ne se sentent pas concernés par leurs travaux
Continuité	▪ Il y a peu d'arrimage entre la santé buccodentaire et les autres programmes-services de santé publique, de même qu'avec d'autres partenaires, principalement en matière de promotion	▪ Il n'y a présentement aucun indicateur concernant la promotion de la santé buccodentaire dans I-CLSC, donc ce n'est pas valorisé par les gestionnaires, car affecte la performance « officielle » représentée uniquement par les 4 indicateurs actuels	▪ Il faut favoriser l'arrimage les activités de promotion en santé buccodentaire avec d'autres programmes existant en santé publique (e.g. SIPPE, vaccination, Programme alliance) et avec d'autres partenaires (e.g. MD de famille, pédiatres). ▪ Il faut ajouter des indicateurs supplémentaires au système I-CLSC, entre autres pour les activités de promotion de la santé buccodentaire et pour d'autres populations que les enfants en milieu scolaire

Réflexion et recommandations du réseau montréalais sur les modalités de déploiement et le partage des rôles et responsabilités des programmes de santé publique dans le contexte du projet de loi 10

PROGRAMME QUÉBÉCOIS D'ABANDON DU TABAGISME POUR MONTRÉAL

Objectif du programme

D'ici 2020, aider les fumeurs à se libérer de leur dépendance pour contribuer à atteindre l'objectif de prévalence de tabagisme de 16 % fixé par le Plan montréalais de lutte contre le tabagisme (PMLT) (vs 18 % dans PNSP 2003-2012).

Population de fumeurs : Prévalence en 2012 de 19 % chez les 15 ans et plus (311 000 fumeurs), prévalence plus élevée chez les moins scolarisés, les plus défavorisés, les personnes atteintes de problèmes de santé mentale, les personnes ayant une consommation excessive d'alcool, les personnes sans médecin de famille et les jeunes de 25 à 34 ans.

Principales activités et rôles et responsabilités au sein du programme (volet cessation)

National	Régional	Local
MSSS ▪ Orientations, cadre de référence et outils pour la population et les professionnels ▪ Soutien à la mise en œuvre du programme (relais d'informations, réponse aux enjeux particulier, ententes-types) ▪ Appui aux projets de recherche-action ▪ Influence des politiques/révision de la Loi en vigueur	Partenaires ▪ Capsana: Défi J'arrête ▪ Société canadienne du cancer : Ligne J'arrête, SMAT DSP Soutien systématisation de la cessation tabagique : ▪ Développement des compétences en counseling bref et d'outils d'aide à la pratique ▪ Accompagnement aux projets de systématisation ▪ Ententes avec les partenaires (continuum) ▪ Ordonnance collective TRN ▪ Développement des services counseling intensif individuel et de groupe ▪ Campagnes populationnelles ▪ Promotion des services de cessation ▪ Sensibilisation en milieu de travail ▪ Projets structurants liés à la prévention clinique Mobilisation et concertation des acteurs clés : ▪ Mobilisation des milieux de la santé et de l'éducation ▪ Canaux de communication/concertation partenaires (Montréal sans tabac) ▪ Promotion de l'intervention brève en cessation tabagique auprès des différents milieux Acquisition et partage de connaissances : ▪ Portraits, bilans, veille scientifique, synthèse des meilleures pratiques, monitoring, évaluation ▪ Recherche ISS et tabac ▪ Développement de formations Influence des politiques publiques : ▪ Accompagnement de l'implantation de politiques tabac dans diverses organisations et guide pour devenir un milieu sans fumée ▪ Actions d'influence en lien avec la loi sur le tabac et appui aux politiques publiques municipales	CSSS Mobilisation locale des partenaires et ententes Services des Centres d'abandon du tabagisme (CAT) à la population selon nombre de jours financés : ▪ Counseling intensif individuel ▪ Groupes de cessation ▪ Activités de masse (kiosques et événements) Infirmière-conseil en prévention clinique (ICPC) dans les milieux cliniques de 1^{re} ligne : ▪ Mobiliser les professionnels de la santé sur l'intervention brève en cessation et faciliter la référence vers les ressources de soutien (CAT, Ligne J'arrête, groupes de cessation, SMAT) ▪ Projet de systématisation du counseling bref ▪ Offrir des outils d'aide à la pratique et des ateliers de formation et soutenir la systématisation de l'intervention ▪ Promouvoir le Défi J'Arrête et la campagne Famille sans fumée auprès de la population, des travailleurs et dans les milieux cliniques ▪ Acquisition et transferts de connaissances
INSPQ ▪ Surveillance, évaluation, recherche ▪ Veille scientifique		

Recommandations

Gouvernance et gestion

1. Recommander au MSSS que l'adoption d'une politique sans tabac soit obligatoire dans tous les établissements (idem politique alimentaire ou infections nosocomiales) afin que celle-ci demeure une priorité de l'organisation et que la politique comprenne un volet de systématisation et de soutien aux fumeurs.
2. Nommer dans chaque CIUSSS et dans les établissements non fusionnés un gestionnaire formellement responsable et imputable de la mise en place d'une politique intégrée d'établissement sans fumée (prévention, protection, cessation).
3. Recommander que les CIUSSS et les établissements non fusionnés adoptent une approche intégrée de planification territoriale avec une équipe multidisciplinaire mobilisée et élargissent le rôle de l'intervenant tabac local (nouveaux milieux, services directs, etc.).
4. Faire reconnaître l'expertise spécifique de Montréal en tabagisme et évaluer le potentiel d'un mandat du MSSS pour poursuivre les développements pouvant bénéficier aux autres régions (ex. : Guide devenir un établissement sans fumée).

Ressources investies

5. Protéger le financement actuel et les ressources vouées à la lutte au tabagisme et réserver une partie du budget pour les actions ciblant les groupes plus vulnérables et plus susceptibles de s'initier au tabagisme / de demeurer fumeur.
6. Réviser le cadre de financement des services de cessation en fonction de différents facteurs dont la prévalence, la réduction des ISS, le potentiel de *outreach* et la complémentarité des points de services (en CAT, en centre hospitalier ou autres).
7. Définir les rôles attendus et les modalités de fonctionnement entre les différents établissements qui reçoivent du financement et s'assurer qu'ils remplissent les critères d'intervention reconnues efficaces (ex : identification systématique du statut tabagique, suivi aux fumeurs pour une période d'au moins un mois post consultation initiale en lien avec la communauté, etc.).
8. Explorer le potentiel de nouvelles sources de financement pour soutenir l'implantation de politiques tabac et le soutien à la mise en place de mesures structurantes et pérennes au sein des établissements.

Processus de production des activités

9. Offrir systématiquement des interventions de cessation au sein des établissements de santé et ce à tous les points de contacts pertinents du continuum de soins et services.
10. Veiller au maintien de l'expertise des intervenants en s'assurant d'un volume approprié d'interventions.
11. Associer formellement un médecin à l'intérieur des CAT et mettre les intervenants en lien via la communauté de pratique.
12. Analyser et centraliser lorsque possible les éléments d'infrastructure soutenant les interventions pour éviter les duplications (ex : outils d'intervention, formations, système Tel-Ask de suivi téléphonique, espaces Web).
13. Intensifier les efforts d'évaluation et de monitoring des activités en cessation tabagique et partager les données probantes et résultats de projets novateurs au sein du réseau.

Partenariats

14. Maintenir un rôle de réseautage et mobilisation régional et mettre en place un comité afin d'assurer une vision d'ensemble dans une logique de continuité, fluidité, complémentarité et efficience des services offerts (incluant CIUSSS, établissements non fusionnés, partenaires, etc., par exemple via le réseau Montréal sans tabac)
15. Orienter ou développer de nouveaux partenariats permettant de rejoindre des clientèles isolées ou non rejointes jusqu'à présent.

Informateurs-clés

Mireille Gaudreau et Valérie Lemieux, DSP

Participants à la consultation

Darling Baptichon, CSSS Dorval-Lachine-Lasalle
Marie-Claude Bray, CHUM
Michel Lebel, CUSM
Renée-Paule Guertin, CSSS Jeanne-Mance
Andrée-Anne Lemaire, CSSS Sud-Ouest-Verdun
Nathalie Rochon, CSSS de la Pointe-de-l'Île

Accompagnateur de l'équipe projet

Mylène Drouin

Jacinthe Hovington, Société canadienne du cancer
Valérie Lemieux, DSP
Mireille Gaudreau, DSP
Caroline Cejka, DSP
Louise Labrie, DSP

Constats liés à la performance et pistes de solutions apportées lors de la consultation

PROGRAMME QUÉBÉCOIS D'ABANDON DU TABAGISME POUR MONTRÉAL

Dimensions	Constats et enjeux	Explications et pistes de solutions
Couverture	- Taux de cessation actuel de 6 % via nos services (cible = 10 %) - La majorité de la clientèle des CAT est constituée de femmes (59 %) et de personnes âgées de 45 ans et plus (66 %). Difficulté à rejoindre les hommes et les moins de 35 ans, qui fument davantage - Rejoint peu de fumeurs via les groupes de cessation (n = 215, 2012) - L'ordonnance collective TRN de même que le SMAT semblent mieux performer à rejoindre hommes et jeunes fumeurs - SMAT : 5500 fumeurs de Montréal (période de 3 mois, 2014) - Ligne J'Arrête : 15 334 demandes de Montréal (3064 fumeurs) - On rejoint peu les communautés culturelles et les groupes vulnérables (ex. : codépendances) - On ne rejoint pas de manière égale tous les groupes de fumeurs : risque d'accroître les écarts d'exposition et les ISS - Faible couverture de l'ensemble des services du PQAT par rapport au nombre de fumeurs montréalais 2 % services de counseling (CAT et groupes) 3,5 % services de counseling + OC 7,5 % services de counseling + toutes les ordonnances (OC et OM) - Depuis 2006, le volume d'usagers dans les CAT varie de 16 à 160/an - Le nombre de personnes rejointes en CH varie aussi, avec une moyenne de 268 patients/année - Seulement 62 % des fumeurs rapportent avoir eu un counseling par leur médecin de famille (29 % chez les immigrants < 10 ans) - Ordonnances TRN (incluant ordonnances médicales individuelles) ont un meilleur reach, mais insuffisantes sans counseling - Les données suggèrent un meilleur potentiel de couverture en prévention secondaire et tertiaire qu'en prévention primaire	Approche globale - Priorité organisationnelle, politique tabac global (pas uniquement porté par une seule personne ou une seule direction) - Planification territoriale avec équipe multidisciplinaire mobilisée qui regarde l'ensemble des actions à déployer dans la lutte contre le tabac (pas seulement à l'intervenant CAT) Stratégies pour augmenter la couverture - Intégrer de nouveaux acteurs : dentistes, hygiénistes - Perce certains milieux : Info-santé, télésoins SRAD - Miser sur des stratégies de proximité, quartiers, partenaires locaux pour rejoindre groupes vulnérables - Développer des approches spécifiques pour personnes atteintes d'un problème de santé mentale et/ou codépendances - Rejoindre les jeunes fumeurs : souvent moins réceptifs, développer des approches terrain pour rejoindre les jeunes à risque de décrochage (partenariats avec milieux scolaires, centres jeunesse, milieu communautaire) – se garder du temps pour ce démarchage dans les milieux de vie de ces jeunes - Counseling et Rx (médical) = grand potentiel, mais enjeu de qualité à travailler - Souhait d'accorder plus d'attention aux patients anglophones et aux communautés ethnoculturelles Systématisation dans le processus de soins – stratégie incontournable - Première ligne et deuxième ligne et organismes : continuité - Milieux de soins (miser sur un système comme TELASK et Oasis et les systèmes d'information) - Développer des services de cessation adaptés aux jeunes fumeurs moins de 18 ans - Associer un médecin à chaque CAT (CIUSSS)
Accessibilité	- Peu d'enjeux majeurs au niveau de l'accessibilité des services du PQAT / gamme diversifiée et gratuité des services - CAT : montants annuels octroyés de 16 000 à 55 000 \$ en CSSS (1 à 3 jours/semaine), plages horaires limitées et temps partiel des ressources au CAT, délais dans l'octroi des rendez-vous étant donné l'horaire limité = augmentation du nombre de no-show au CAT - CH : montants octroyés de 25 000 à 42 000 \$ en CH (2 à 3 jours/semaine) - CH : accessibilité de services de cessation limitée à quelques unités - Limite de gratuité pour les ordonnances de TRN à 12 semaines (peu de données sur l'impact) - Exposition à du counseling médical sur l'abandon beaucoup moindre chez clientèle sans médecin de famille - Recommandation de cessation tabagique aux fumeurs (68 % fumeurs avec médecin de famille versus 40 % fumeurs sans médecin de famille) - L'accessibilité à un médecin de famille demeure un enjeu (partiellement compensé par les autres services, ex. : OC-TRN)	

Constats liés à la performance et pistes de solutions apportées lors de la consultation

PROGRAMME QUÉBÉCOIS D'ABANDON DU TABAGISME POUR MONTRÉAL

Dimensions	Constats et enjeux	Explications et pistes de solutions
Continuité	- Toutes les données démontrent que la continuité est clé pour l'efficacité des interventions en cessation - Plusieurs modalités de collaboration et de référence en place (à maintenir) : - CH effectuent la référence à la Ligne au moment du congé - Intervenants de la Ligne réfèrent les fumeurs au CAT lorsqu'indiqué; - CAT peuvent référer les fumeurs à pharmacie pour initier TRN via OC - Campagne du Défi j'arrête, j'y gagne! promeut les services de la Ligne et des CAT qui soutiennent les participants - Questionnement des CSSS sur le retour des références de la Ligne vers les CAT (surtout dans cadre de la OC-Ligne-CAT) - Faible proportion des références aux CAT par les milieux cliniques (moins de 50 % de l'ensemble des références)	- Plusieurs modalités de collaboration et de référence en place (à maintenir) - Ajouter en CSSS des projets visant la systématisation du counseling bref dans les divers milieux de soins, l'implantation de politiques tabac « globales » et la référence aux services du PQAT - Travailler sur les enjeux organisationnels (identification des fumeurs et référence systématique, un seul formulaire standardisé de référence)
Qualité	- Interventions en cessation au CAT montrent une bonne efficacité (27 % à 6 mois) lorsqu'elles respectent les critères de qualité en termes d'intensité d'intervention : - Professionnels formés et polyvalents (dépendances, santé mentale, groupes, entretien motivationnel, etc.) - Nombre de moyens d'interventions par client (face à face et par téléphone) est atteint (trois), surtout pour la clientèle plus âgée - Difficulté pour les CAT de maintenir une expertise réelle à 1 ou 2 jours/semaine : danger d'effritement de la qualité - Interventions en CH ont aussi montré un fort potentiel (12 % à 30 % d'efficacité). En CH, le roulement de personnel sur les unités rend difficile le maintien des compétences en intervention brève et la systématisation - Évaluation efficacité Ligne J'arrête et du SMAT en cours (INSPQ) - Utilisation des TRN : fort potentiel de couverture et de rendement (25 % à 6 mois dans les essais randomisés) mais ne semblent pas utilisées à leur maximum : minorité conforme aux lignes directrices (pratique non optimale)	- Malgré les nombreux efforts à tous les niveaux (national régional et local), il reste encore un bon potentiel pour rejoindre une clientèle de fumeurs en première ligne (médecins, infirmières) : miser sur un rehaussement de la qualité au niveau des prescriptions, sur l'approche à prendre pour aborder le tabagisme auprès de certaines clientèles, sur des certaines clientèles moins bien questionnées ou pour lesquelles on intervient peu et sur la connaissance et référence aux ressources du PQAT. - Intervenants qui dispensent des services de counseling intensif devraient être dédiés pour un nombre de jour minimal afin de voir un nombre de patients suffisant pour le maintien de leur expertise
Efficience	- Chaque diminution de 1 % de prévalence = 41 millions \$ économisés en frais de soins de santé et 73 millions \$ en coûts indirects - Grande variabilité dans le nombre de fumeurs rejoints à coûts variables selon le type de services - Réductions progressives des dépenses dans ces catégories déjà depuis 3 à 5 ans (envois postaux, impressions, outils, promotion) - Dédoublement avec le palier provincial et les autres régions du Québec sur certaines activités (web, formation, promotion des services)	- CSSS : le dossier tabac ne doit pas être porté par uniquement l'intervenant CAT (gestionnaire, intervenant CAT, intervenant jeunesse, OC, comm., etc.) mobilisation plus large d'une équipe à l'interne - Adresser le problème de no show aux rendez-vous (lien privilégié au premier contact téléphonique, rappel du rendez-vous, etc.) - Nouvelles modalités pour la formation (e-learning) - Beaucoup de micro-sites web pour la population et pour les professionnels, dédoublement. Il serait souhaitable que le tout soit centralisé au niveau provincial avec des sous-sections régionales au besoin - Montréal met de l'énergie sur des mandats qui pourraient être repris au provincial (formation, outils, guides, campagnes promotionnelles). Si le MSSS ne peut le faire, au moins formaliser que nous assumons un mandat suprarégional. - Communautés de pratique : les élargir à d'autres thématiques (système, politique) et les ouvrir à tous les professionnels travaillant dans ce dossier

Réflexion et recommandations du réseau montréalais sur les modalités de déploiement et le partage des rôles et responsabilités des programmes de santé publique dans le contexte du projet de loi 10

PROGRAMME QUÉBÉCOIS DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN

Objectifs du programme

Réduire de 25 % le taux de mortalité lié au cancer du sein auprès des femmes de 50-69 ans

- Atteindre un taux de participation de 70 %
- Respecter les standards de qualité au niveau organisationnel, technique et professionnel

Population admissible (2013)

- 229 177 femmes, faible taux d'accroissement par rapport aux régions voisines (15,5 %)

Contexte

- La Direction québécoise de cancérologie (DQC) s'est vu confier en 2013 la gestion de la cancérologie incluant le PQDCS.
- La performance est au cœur de leurs orientations (qualité, accessibilité, etc.).
- Changement gouverne : risques pour le maintien d'une perspective populationnelle des programmes de dépistage
- Les rôles et responsabilités entre les acteurs de santé publique et la DQC sont à clarifier dans le respect des mandats légaux et des expertises de chacun.
- À Montréal, le PQDCS est maintenu à la DSP avec un bon arrimage avec la DACMU (suite à l'entente inter-directions).
- Les rôles joués par la DACMU seront transférés aux CISSS ou au MSSS (ententes LIM, continuum cancer du sein).

Principales activités et rôles et responsabilités au sein du programme

National	Régional	Local
MSSS ▪ Élaborer le cadre de référence et les orientations ▪ Élaborer les outils pour la population et les professionnels ▪ Soutenir les régions dans mise en œuvre et l'amélioration de la performance ▪ S'assurer du respect des normes et des orientations nationales ▪ Rendre accessible le registre de la population visée et fournir le système d'information (SI-PQDCS) ▪ Désigner officiellement les nouveaux centres (CDD) INSPQ ▪ LSPQ : certification ▪ Surveillance, évaluation, recherche ▪ Veille scientifique	ASSSM ▪ Lien avec la DQC – Réseau cancer ▪ Entente LIM (CDD et non CDD) DSP de l'ASSSM Centre de coordination des services : ▪ Assurer liaison MSSS –DQC ▪ Soutenir et accompagner les CDD-CRID ▪ Analyser les données de performance et intervenir au besoin ▪ Assurer l'accès à de l'information sur le programme pour femmes et professionnels (ligne téléphonique, courriels et page web) ▪ Prise en charge des mammographies anormales ▪ Recruter des médecins volontaires ▪ Traiter les plaintes des femmes et professionnels ▪ Gérer l'utilisation du SI-PQDCS ▪ Former les professionnels de la santé ▪ Veille scientifique et médiatique Organisation des services et assurance qualité ▪ Monitoring des activités CDD et CRID ▪ Ententes LIM CDD et LIM non CDD ▪ Recommandations sur l'organisation des services PQDCS et en assurer la mise en œuvre ▪ Recommandations à la DQC pour la désignation de nouveaux CDD ou CRID Participation, promotion, partenariats ▪ Plan de recrutement régional pour rejoindre les non participantes et fidéliser les femmes ▪ Diffuser les outils provinciaux et les adapter pour les clientèles à faible littératie ou ethnoculturelles ▪ Soutenir des projets spéciaux en lien avec ISS et réseaux multiplicateurs (CSSS et OC) ▪ Participer aux événements locaux/régionaux ▪ Lignes multilingues ▪ Formation et transfert de connaissances	CDD-CRID ▪ Appliquer les normes du cadre de référence du programme et donner les services de dépistage et d'investigation ▪ Saisir et transmettre les données d'examen effectués dans les délais convenus ▪ Procéder aux activités de contrôle de la qualité technique des appareils ▪ Contribuer aux activités visant l'assurance qualité (avec régional et MSSS) ▪ Réviser les résultats et apporter les correctifs qui s'imposent ▪ Participer aux rencontres régionales sur les enjeux de performance CSSS (I-PQDCS 1 jr/sem) ▪ Déployer des activités de sensibilisation pour rejoindre et informer la population ciblée ▪ Favoriser l'accès aux CDD pour certains groupes de femmes ▪ Diffuser les outils promotionnels multilingues

Recommandations

Gouvernance et gestion

1. Confier au LSPQ le suivi de l'agrément et de la certification des CDD et CRID ainsi que l'accompagnement des centres en difficulté.
2. Maintenir la centralisation des activités courantes du CCSR (lettres, suivi de mammographies anormales, etc.) au niveau régional avec des liens avec les CIUSSS.
3. Confier à chaque CIUSSS l'application et le suivi, auprès des CRID de son territoire, des critères de désignation révisés/normes.
4. Confier à chaque CIUSSS le recrutement/soutien aux médecins volontaires pour clientèle orpheline de son territoire.
5. Confier à chaque CIUSSS l'organisation de services (CRID-CDD-cliniques médicales) intégrés au continuum de services cancer afin de desservir la population de son territoire.
6. Confier à chaque CRID un rôle de leadership en lien avec l'organisation des services et l'assurance qualité PQDCS (désignation de nouveaux CDD, signature et suivi des ententes LIM-annexe PQDCS, corridors de services, référence automatique, suivi et rétroaction CRID-CDD) dans le cadre du plan de cancérologie (volet cancer du sein) du CIUSSS.

Ressources investies

7. Rendre l'échographie gratuite pour les femmes du programme dans tous les CDD, avec critères de gratuité bien définis.
8. S'assurer que tous les systèmes d'information favorisent la communication entre le CRID, le CDD et le médecin dans le contexte du PQDCS (DSQ, centres « paxés », système d'information pour la référence automatique, SI-dépistages).
9. Former une équipe de promotion mobile rattachée à la DSP régionale afin de déployer des interventions de proximité et intensive adaptées aux enjeux ethnoculturels de Montréal.

Processus de production des activités

10. Soutenir le passage du PQDCS à l'ère technologique (PQDCS 2.0) au palier national (communication aux femmes, site web unique, portail pour accéder à sa lettre, projet pilote potentiel pour utilisation d'un mode d'invitation mixte courrier et courriel).
11. Confier au comité de liaison PQDCS à certaines régions des mandats suprarégionaux dans le but de minimiser les doublages d'activités entre les régions (développement d'outils de communication, site web, veille scientifique, formation).
12. Pour le volet promotion, miser sur des interventions de promotion intensives visant des enjeux spécifiques de participation.
13. Confier aux CRID et CIUSSS la responsabilité de développer des actions spécifiques afin d'accroître la fidélisation des femmes.

Partenariats

14. Développer une collaboration avec le Collège des médecins au niveau national afin d'augmenter l'adhésion des médecins au PQDCS en misant sur une approche en lien avec la qualité de l'acte.
15. Confier à des organismes communautaires (OC) ou à un CIUSSS des services spécifiques s'adressant à l'ensemble des femmes de Montréal (ex : lignes multilingues, clinique du sein).

Informateurs-clés

Mireille Gaudreau
Johanne Lessard

Participants à la consultation

Laurence Blanchard, ASSS, DACMU
Marie-Hélène Boisvert, Groupe UniMage
Christine Clermont, CSSS Cavendish
Mireille Gaudreau, DSP
Marie-Christine Gras, CSSS de la Montagne
Anne Landry, DSP
Nathalie Larouche, CSSS d'Achunsiac et Montréal-Nord

Accompagnateur de l'équipe projet

Mylène Drouin

Johanne Lessard, DSP
Caroline Samson, Hôpital Sacré-Cœur et CDD Bois-de-Boulogne
Carole Séguin, Hôpital Général Juif
France Tremblay, CSSS Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent
Bénédicte Vergé-Brian, CSSS Cavendish
Sonia Vincent, CSSS du Cœur de l'Île

Constats liés à la performance et pistes de solutions apportées lors de la consultation

PROGRAMME QUÉBÉCOIS DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN

Dimensions	Constats et enjeux	Explications et pistes de solutions
Couverture	- Taux participation toujours plus faible que la moyenne provinciale (48 % vs 58 % en 2013) - Variabilité territoriale au niveau de la participation associée aux caractéristiques des femmes et déterminants liés aux ISS : 3 approches ont été explorées : 12 intervenants locaux, projets financés dans les CSSS et avec OC, projet régional « Je suis invitée et toi » - Enjeu lié à la pérennisation projets et réseaux multiplicateurs - Plusieurs femmes vont dans des centres hors programme (écart de 14,6 % entre taux de participation et de couverture) - Depuis 2011, désignation de 4 nouveaux CDD - Le médecin traitant demeure le déterminant le plus important de la participation de la femme au programme mais il demeure un enjeu « d'adhésion » au PQDCS des omnipraticiens (mauvaises perceptions, compréhension, rôles, dirigisme, etc.) - Enjeu de fidélisation des femmes des femmes au programme surtout pour celles ayant eu une mammographie initiale ou mammographie anormale (taux de fidélisation à 30 moins de 76,5 % (2009-2010))	Participation de femmes - Miser sur des interventions de promotion intensives s'adressant à des enjeux spécifiques de participation à l'échelle supra locale. Ne plus saupoudrer nos efforts (1 journée semaine par CSSS). Idée d'une équipe de promotion unifiée qui fait des interventions de proximité adaptés aux enjeux ethnoculturels de Montréal - Mandater un CSSS ou des OC pour des services spécifiques pour l'ensemble des femmes de Montréal (ex : ligne multilingues, clinique du sein) - Simplifier le processus lié au consentement de la femme au programme (ex : une seule signature pour la durée d'admissibilité au programme) Adhésion des médecins au programme - L'adhésion des médecins au programme ne doit pas se travailler au niveau local, miser sur une approche mixte : - Approche en lien à la qualité de l'acte impliquant le Collège des médecins - Approche en lien avec l'amélioration de la communication médecin-CDD-CRID sur un territoire donné - Approche en lien avec l'organisation des services impliquant des corridors de services formels / référence systématique ne permettant plus de « dirigisme » des patientes hors CRID et assurant une valeur ajoutée de référer au sein du programme pour les patientes (plus de fluidité) Fidélisation - Action spécifique à entreprendre pour la fidélisation des femmes au programme avec les CDD-CRID pour que les femmes ayant une investigation qui s'avère normale réintègrent systématiquement le programme.
Accessibilité/ Continuité	- Peu d'enjeux d'accès à la mammographie de dépistage - Peu de délai pour prise de rendez-vous pour mammographie de dépistage avec 19 CDD en 2014 (moyenne 1 à 16 jours, norme 40 jours) - Globalement bonne accessibilité géographique à l'exception de sous-secteurs (principalement, est) - Certains enjeux d'accessibilité culturelle, littératie, consentement, etc. - Délais de lecture (2013) - Norme 5 jours résultat anormal : 5/18 CDD non-respect - Norme 10 jours résultat normal : 1/18 CDD non-respect - Enjeu d'accès aux services d'investigation en CRID : non gratuité des échographies pour les femmes du programme en CDD privés - Chirurgies hors CRID : 825 chirurgies du sein hors CRID - Peu de trajectoires de soins formelles entre les CDD et CRID pour faciliter la référence; impact sur les femmes qui doivent aller chercher leurs films - Enjeu de circulation de l'information entre le CDD-CRID et les médecins traitants – quelques plaintes	Accessibilité CDD - Poursuivre nos efforts pour faciliter l'accessibilité culturelle et améliorer l'expérience en CDD (traduction, accompagnement, etc.) Accessibilité et continuité CDD-CRID - Vision territoriale de l'organisation des services de dépistage : pour chaque CIUSSS, développer une organisation de services pour desservir la population de leur territoire (CRID-CDD-cliniques médicales), ce intégré au continuum de services cancer du sein du plan de cancérologie du CIUSSS. - Chaque CIUSSS, au sein de son plan de cancérologie (volet cancer du sein) devrait confier à son CRID « associé » un rôle de leadership (mandat confié) en lien avec l'organisation des services PQDCS (désignation de nouveaux CDD, signature et suivi des ententes LIM, corridors de services, référence automatique) et l'assurance qualité (suivi et rétroaction CRID-CDD). - Enjeu pour deux CIUSSS qui devront établir des liens avec le CRID du CHUM et du CUSM ou désignation de CRID supplémentaires. - Accès financier à l'échographie : recommander au MSSS de rendre l'échographie gratuite pour les femmes du programme avec critères bien définis Accessibilité médecins volontaires - Ce mandat devrait être confié à chaque CIUSSS en lien avec le DRMG local et intégré à travers des leviers tels les ententes GMF-CRI, AMP, etc. Communication CRID-CDD-MD - S'assurer que tous les systèmes d'information favorisent la communication CRID-CDD-médecin dans le contexte du PQDCS (DSQ, centres paxés, système d'information pour la référence automatique, SI-dépistages)

Constats liés à la performance et pistes de solutions apportées lors de la consultation

PROGRAMME QUÉBÉCOIS DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN

Dimensions	Constats et enjeux	Explications et pistes de solutions
Qualité	Qualité technique et organisationnelle ▪ CCSR : invitations, prise en charge et suivi des délais de rendez-vous en conformité avec les normes du cadre de référence ▪ CDD : bons liens de collaboration entre les CDD et le CCSR, moins de deux incidents/pertes d'agrément par année (suivis énergivores) ▪ Peu de leviers régionaux et d'expertise pour gérer ces incidents ▪ CRID : ▪ Lien en émergence avec le CCSR ▪ Enjeux de qualité reliés au délai d'attente pour les échographies ▪ Grande hétérogénéité dans les modes d'organisation des services en CRID ▪ Peu de rétroaction CDD et CRID pour l'amélioration continue de la qualité ▪ Amélioration à poursuivre de la saisie dans système d'information pour améliorer rétroaction CDD-CRID Qualité professionnelle : mandat confié au comité tripartite provincial, aucune instance qui a le mandat de regarder la qualité dans toutes ses dimensions	Suivi et accompagnement agréments et certification ▪ Perte d'efficience dans le suivi et accompagnement de l'agrément et de la certification des CDD et CRID : envisager la possibilité que le LSPQ joue ce rôle et assure le lien avec le CIUSSS concerné au besoin, surtout que pour les dimensions techniques, ce sont eux qui ont l'expertise Hétérogénéité des services CRID ▪ MSSS : suite à la révision des critères de désignation des CRID et des normes associées, s'assurer que le CIUSSS est responsable d'en assurer l'application et le suivi auprès des établissements de son territoire. Ces normes devraient assurer une harmonisation des services à travers les CRID de la région ▪ Chaque CIUSSS, à travers les travaux du continuum de services en cancer du sein, devrait adresser l'enjeu du fait que des CH non CRID effectuent des investigations et chirurgies du sein (impact : perte des femmes du programme)
Efficience	▪ Plusieurs demandes d'états situation et de suivis administratifs de la DQC et autres instances ▪ Coûts postaux et d'impression en croissance (170 000 \$/ an pour 185 000 lettres imprimées par année) ▪ Centre d'appels : 7700 appels en 2013, volume d'appels variable selon la période, assurer la permanence et la continuité ▪ Étude INSPQ : coûts du PQDCS 2011-2012 (Montréal se situe favorablement) ▪ 64 039 dépistages : 104 \$ par participante (moyenne QC = 114 \$) ▪ 400 cancers : 16 669 \$ par cancer détecté (moyenne QC = 20 284 \$) ▪ Désuétude du SI-PQDCS (pas de télécopieur intégré pour fax aux médecins et peu convivial (↑ manipulations)) ▪ Dédoublage avec MSSS et autres régions (formations, site web, veille scientifique) ▪ Erreurs de saisie des CDD : augmentent les coûts postaux et le temps de gestion pour des corrections de rapport	▪ Par souci d'efficience, les activités courantes du CCSR ne doivent pas être décentralisées (lettres, suivi mammographie anormale, etc.) ▪ Passage du PQDCS à l'ère technologique (PQDCS 2.0) : communication aux femmes, un seul site web, un portail pour accéder à sa lettre, projet pilote potentiel pour utilisation d'un mode d'invitation mixte (courrier et courriel) ▪ Zones de dédoublement régional/provincial et interrégional : recommandation à l'effet que le MSSS assure le leadership et la coordination de ces travaux avec le soutien d'experts en région (maintien du comité de liaison PQDCS, mandats suprarégionaux confiés à certaines régions) ▪ un seul site web avec géolocalisation du CDD ▪ une seule veille scientifique (DQC provinciale ou un mandat à un organisme légitime, INSPQ, INESS ou autre) ▪ un seul programme de formation mis à jour de façon continue et modalités alternatives pour prestation de ces formations (ex : <i>e-learning</i>) ▪ Des outils généraux et spécifiques partagés pour les femmes et les professionnels (ex. : communautés culturelles)

Réflexion et recommandations du réseau montréalais sur les modalités de déploiement et le partage des rôles et responsabilités des programmes de santé publique dans le contexte du projet de loi 10

INITIATIVE MONTRÉLAISE DE SOUTIEN AU DÉVELOPPEMENT SOCIAL LOCAL (L'INITIATIVE)

Objectifs du programme

L'Initiative vise à contribuer au développement social dans les quartiers de Montréal en luttant contre la pauvreté et les inégalités sociales. Elle soutient la concertation des acteurs afin d'améliorer la qualité et les conditions de vie des populations relativement à des enjeux prioritaires par le milieu notamment dans les domaines de la santé, de l'aménagement urbain, de l'environnement, de l'éducation, de l'économie, de l'habitation, du transport, de la sécurité, de l'emploi, de la sécurité alimentaire, de la culture, des sports, des loisirs et de tous autres enjeux interpellant les partenaires de la communauté.

Objectifs spécifiques

En reconnaissant le rôle central des tables de quartier dans le développement social des quartiers et en leur accordant un soutien financier, l'Initiative montréalaise vise plus spécifiquement à :

- Mettre à la disposition des quartiers des ressources dédiées à la mobilisation et à la concertation des acteurs locaux, au développement du leadership et de la capacité collective d'agir du milieu, afin de maximiser leur pouvoir d'intervenir sur les enjeux qui les touchent.
- Contribuer à la mise en place ou au renforcement d'un espace permettant aux acteurs locaux de mieux se connaître, de mieux se comprendre et de se mobiliser autour d'objectifs communs pour le développement de leur communauté.
- Favoriser l'action collective et intégrée des communautés locales pour lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale et pour améliorer la qualité et les conditions de vie.

Contexte

L'année 2011 a marqué la cinquième année d'existence de l'Initiative et comme prévu, le modèle de concertation a fait l'objet d'une évaluation. Les résultats ont été publiés en mai 2011 et la mise à jour du cadre de référence vise à répondre directement à la recommandation suivante : mettre à jour le document *Orientations et paramètres de gestion et d'évaluation de l'Initiative* en y précisant les rôles et les responsabilités des partenaires ainsi que les critères d'évaluation des tables de quartier.

Principales activités et rôles et responsabilités au sein du programme

Centraide, CMTQ, DSP et Ville de Montréal	Arrondissements et CSSS	Tables de quartier
▪ Au besoin, planifier et mettre en œuvre des actions concertées visant la promotion ou le soutien à la concertation locale. ▪ Faire connaître le travail réalisé par les tables de quartier à l'intérieur de leur organisation et favoriser l'arrimage des activités de soutien destinées aux communautés locales. ▪ Intervenir régionalement sur des enjeux dépassant le rayon d'action des tables de quartier. ▪ Effectuer des arrimages avec les démarches régionales visant à lutter contre la pauvreté et les inégalités sociales et avec d'autres bailleurs de fonds soutenant des initiatives de développement local. ▪ Reconnaître financièrement le rôle spécifique de la CMTQ en développement social au plan régional.	▪ Contribuer à titre de membre ou de partenaire de la table de quartier à différents travaux permettant d'atteindre les objectifs fixés collectivement et en soutenant au besoin des comités de travail. ▪ Transmettre des données à jour (portrait), relatives à leur domaine d'intervention. ▪ Participer à la mise à jour du diagnostic, à la planification, à la mise en œuvre et au suivi des actions qui en découlent. ▪ Faire connaître le travail réalisé par la table de quartier à l'intérieur de leur organisation. ▪ Favoriser l'arrimage entre les actions des partenaires, de la table de quartier et celles d'autres démarches locales lorsque cela est pertinent.	▪ Veiller à être intersectorielle, multiréseaux, structurée et permanente, et valoriser le réseautage et la synergie. ▪ Se donner une vision globale et commune des enjeux et des potentiels de développement de son quartier à partir d'un diagnostic et ce idéalement aux 5 ans. ▪ Animer un forum d'échanges. ▪ Planifier ses priorités sous la forme d'un plan d'action. ▪ Susciter et/ou coordonner des actions ayant un impact sur la qualité et les conditions de vie. ▪ Documenter et évaluer son fonctionnement et ses activités. ▪ Réfléchir avec les partenaires locaux de l'Initiative aux conditions entourant le partenariat et les collaborations.

Recommandations

Gouvernance et gestion

1. L'initiative est soumise à une gestion centralisée à l'échelle régionale pour mettre en application et respecter les orientations et les paramètres de gestion et d'évaluation convenus par les parties.
2. Le processus d'analyse de la reddition de comptes se fait au plan régional par les trois partenaires financiers de l'Initiative montréalaise : Centraide, la Direction de santé publique et la Ville de Montréal.
3. La Ville de Montréal – Service de la diversité sociale et des sports ainsi que les arrondissements conviennent d'adopter un processus de gestion interne permettant de faciliter la gestion régionale du renouvellement du financement des tables de quartier.

Ressources investies

4. Centraide, la Direction de santé publique (DSP) et la Ville de Montréal accordent et maillent leur contribution financière.

Processus de production des activités

5. L'Initiative soutient le développement social local. Ses principes d'actions reconnus sont la participation citoyenne, l'empowerment, la réduction des ISS, le partenariat et l'action intersectorielle, et l'influence des politiques publiques.

Partenariats

6. Le partenariat doit engager les paliers régional et local, qui y jouent des rôles distincts et complémentaires.

Informateurs-clés au régional

Yves Bellavance, CMTQ

Mario Gagnon, CSSS Saint-Léonard et Saint-Michel

Accompagnateurs de l'équipe projet

Marie-Martine Fortier

Élisabeth Rivest

Participants à l'atelier de consultation

- Une consultation de tous les réseaux de partenaires de l'Initiative a été menée dans la foulée de l'évaluation quinquennale et de la mise à jour du cadre de référence de l'Initiative, entre 2011 et 2014 : Centraide, la CMTQ et les 29 Tables de quartier, la Ville de Montréal, les arrondissements et villes liées, et enfin la DSP et les CSSS.
- Le cadre a été adopté dans sa version définitive le 18 novembre 2014.
- Pour ces raisons, ce cas traceur est documenté à partir des informations déjà disponibles et validé par Mario Gagnon et Yves Bellavance.

Constats liés à la performance et pistes de solutions apportées lors de la consultation

INITIATIVE MONTRÉLAISE DE SOUTIEN AU DÉVELOPPEMENT SOCIAL LOCAL

Dimensions	Constats et enjeux	Explications et pistes de solutions
Couverture/ accessibilité	- La table de quartier est établie dans un lieu d'appartenance géographique. Ce dernier peut découler d'un découpage administratif où être ancré dans un quartier sociologique. Dans les deux cas, il peut couvrir un territoire composé de plusieurs milieux de vie (voisinages, quartiers, paroisses, etc.) - Les tables de quartier inscrivent l'approche populationnelle au cœur de leur action. Ainsi, la cible est définie localement, en fonction des caractéristiques locales de chaque territoire - Les tables de quartier représentent des partenaires importants des CSSS, dans l'exercice de leur responsabilité populationnelle - Même si l'Initiative est présente dans tous les territoires de CSSS, toute l'Île de Montréal n'est pas constituée en tables de quartier et tous les territoires n'ont donc pas la même opportunité pour intervenir de cette façon en développement social	
Qualité	- La qualité et la portée des réalisations des tables de quartier dépendent de plusieurs facteurs : dynamiques locales et historique des communautés, niveau de maturité du milieu, expérience de travail en concertation, arrimage avec les tables de concertation sectorielles, existence de tensions ou de conflits en lien avec le choix et le financement des activités - L'Initiative est reconnue pour son caractère original et novateur par d'autres villes au Québec, dans les autres provinces canadiennes ainsi qu'en France	Le cadre de référence distingue la reddition de comptes de l'évaluation Il présente les principes se rattachant à l'auto-évaluation réalisée par les tables Il prévoit également une évaluation d'impact de l'ensemble de l'Initiative
Continuité	L'Initiative soutient des processus à long terme visant à trouver des solutions collectives à certains problèmes complexes au sein des collectivités locales. Une attention particulière doit donc être apportée au maintien de la connaissance et de l'expertise des dossiers ainsi qu'au partage des connaissances et des expériences. La documentation des interventions et des résultats du travail réalisé par les tables constitue également un aspect important à consolider. Notamment, pour favoriser l'amélioration des pratiques mais aussi pour permettre de faire la promotion du travail et du rôle joué par les tables de quartier en matière de développement social local	
Efficience	L'autonomie des tables de quartier et leur capacité de s'adapter aux dynamiques locales sont deux pierres angulaires de la concertation. Ainsi, les moyens et les structures mis en place pour répondre aux caractéristiques et aux rôles d'une table de quartier sont déterminés par les acteurs locaux dans le respect des dynamiques locales	

Réflexion et recommandations du réseau montréalais sur les modalités de déploiement et le partage des rôles et responsabilités des programmes de santé publique dans le contexte du projet de loi 10

CONTRIBUTION DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX AU DÉVELOPPEMENT DES COMMUNAUTÉS

Objectifs de la contribution du RSSS à la stratégie de soutien au développement des communautés

Le soutien au développement des communautés est une responsabilité des établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Il consiste à « [...] favoriser et soutenir la participation des personnes qui composent les communautés à un processus visant à déterminer les problèmes de santé les plus importants pour elles et les solutions les plus appropriées à leur apporter; il s'agit en fait de soutenir le processus d'empowerment des collectivités. Cette stratégie suppose l'engagement des acteurs locaux et régionaux, le recours à l'approche communautaire et le partenariat avec les autres secteurs en vue de favoriser la réalisation de projets issus des communautés et axés sur leur santé et leur bien-être. L'expertise de la santé publique peut soutenir la concertation préalable à la réalisation de tels projets ainsi que la mise en œuvre, l'animation et l'évaluation de ces projets » (PNSP, p.22).

Les objectifs spécifiques ou cibles relatives à la dynamique locale (Réf : J. Tremblay, IPCDC pour relever le défi de la RP, c.-2, p.8)

- « Agir sur les déterminants sociaux
- Mobiliser et renforcer les capacités individuelles et collectives des acteurs à agir localement de manière favorable
- Miser sur le capital social d'une communauté et le développer
- Favoriser l'accès aux ressources
- Agir sur les milieux de vie (familles, écoles, travail, voisinage)
- Mobiliser et renforcer les individus comme acteurs leurs actions individuelles et collectives à apporter des solutions à leurs besoins et problèmes »

Contexte

L'article 1 de la LSSS stipule que « Le régime de services de santé et de services sociaux institué par la présente loi a pour but le maintien et l'amélioration de la capacité physique, psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie. Il vise plus particulièrement à [...] : 2° agir sur les facteurs déterminants pour la santé et le bien-être et rendre les personnes, les familles et les communautés plus responsables à cet égard par des actions de prévention et de promotion.

Principales activités et rôles et responsabilités au sein du programme

Palier national	Palier régional	Palier local
▪ Législateur : positionne le soutien au DC dans les premiers articles de la LSSS ▪ MSSS : positionne le soutien au DC dans le PNSP, à titre de stratégie ▪ INSPQ : Formations; synthèses, partage de connaissances; ▪ Recherches et développement (ex. : indicateurs en DC, avec 5 régions dont Montréal)	▪ Influencer le positionnement du DC dans le PNSP ▪ Développer le programme régional de soutien au DC (IMSDSL) et négocier cadre avec partenaires ▪ Soutenir les communautés locales par d'autres mesures de SP, en cohérence avec leurs besoins et dans le respect des dynamiques locales ▪ Développer des indicateurs en DC et expérimenter (projet pilote inter-régions, avec INSPQ) ▪ Collaborer pour documenter les enjeux identifiés par les communautés d'appartenance ▪ Positionner la stratégie soutien DC dans PAR ▪ Documenter facteurs à considérer pour créer des environnements favorables	▪ Être partie prenante des décisions des communautés d'appartenance, dans une perspective d'amélioration de la santé des populations, réduction ISS et P/P ▪ Agir avec les partenaires intersectoriels/multi-réseaux pour l'adoption de mesures et politiques favorables à la santé des communautés d'appartenance ▪ Développer et maintenir une connaissance fine et partagée des spécificités et des dynamiques des communautés d'appartenance ▪ Assurer la diffusion des portraits socio-sanitaires réalisés par le Réseau, au sein des communautés d'appartenance ▪ Encourager et faciliter l'analyse par les communautés d'appartenance des portraits socio-sanitaires ▪ Soutenir les instances de concertation, i.e. aider à analyser les enjeux, appuyer la prise de décision collective, aider à choisir les solutions les plus appropriées possibles pour la population concernée, dans le respect des processus démocratiques participatifs ▪ Participer aux instances de concertation comme partie prenante ▪ Favoriser le développement, le maintien et la consolidation des partenariats du CSSS avec son réseau ▪ Mobiliser les communautés d'appartenance autour d'enjeux et de solutions collectifs ▪ Soutenir les organismes communautaires ainsi que les groupes formels et informels dans leurs actions auprès de leur communauté d'appartenance, selon leurs besoins et dans une perspective d'empowerment ▪ Adapter la mise en œuvre des mesures de santé publique aux multiples réalités locales (zone négogène, réf. : D. Bourque) ▪ Co-construire des projets favorables au DC ▪ Contribuer par les programmes-services à l'actualisation de la responsabilité populationnelle de l'établissement, au niveau des communautés d'appartenance

Recommandations

Gouvernance et gestion

1. Pour chaque CIUSSS, s'engager formellement à soutenir le développement des communautés, en tant que stratégie pour améliorer la santé et le bien-être de la population, en lien avec l'exercice de sa responsabilité populationnelle.
2. Poursuivre les travaux inter-régionaux pour identifier et tester des indicateurs en développement des communautés.
3. Co-construire une stratégie pour que le RSSS continue à soutenir le développement des communautés, de façon concertée (Régional-CIUSSS).

Ressources investies

4. Maintenir, voire rehausser les ressources investies en soutien au DC, au sein des CIUSSS.
5. Améliorer les façons de documenter les activités réalisées en soutien au DC par les CIUSSS (outil de compilation des statistiques des employés des établissements).

Processus de production des activités

6. Maintenir le lien de proximité avec les communautés d'appartenance pour la réalisation d'activités de soutien au développement des communautés.
7. Pour chaque programme/mesure/intervention s'appuyant sur le soutien au DC, prévoir dès sa conception suffisamment de marge de manœuvre pour permettre son adaptation aux réalités locales.
8. Préciser la contribution spécifique du RSSS en soutien au DC, par rapport aux autres acteurs présents.

Partenariats

9. Pour chaque CIUSSS, maintenir le lien de proximité entre l'établissement et les communautés d'appartenance de son territoire.
10. Valider avec les partenaires la contribution attendue du RSSS (régional et CIUSSS) en soutien au DC.

Informateurs-clés

Claude Doyon, CSSS Saint-Léonard et Saint-Michel
Gilbert Filion, CSSS d'Achunsi et Montréal-Nord
Marie-Martine Fortier, DSP
Nathalie Rochon, CSSS de la Pointe-de-l'Île
François Soucisse, CSSS Jeanne-Mance

Participants à la rencontre préparatoire du 15 décembre 2014

Élyse Cossette, CSSS Sud-Ouest-Verdun
Myriam Coulombe-Pontbriand, DSP
Stéphanie Fatou Courcy Legros, CSSS de la Pointe-de-l'Île
Claude Doyon, CSSS Saint-Léonard et Saint-Michel
Julie Langlois, CSSS Saint-Léonard et Saint-Michel
Karine Leducq, CSSS Saint-Léonard et Saint-Michel
Marie-Martine Fortier, DSP
Marie-Claude Fournier, CSSS du Cœur-de-l'Île
Johanne Fradette, CSSS de la Pointe-de-l'Île
Nathalie Rochon, CSSS de la Pointe-de-l'Île
François Soucisse, CSSS Jeanne-Mance
Martine Thériault, CSSS Sud-Ouest-Verdun
Jean Tremblay, INSPQ
Bénédicte Vergé-Brian, CSSS Cavendish
Francine Vincelette, CSSS Jeanne-Mance

Accompagnateur de l'équipe projet

Élisabeth Rivest

Participants à l'atelier de consultation du 6 février 2015

Céline Coulombe, CSSS d'Achunsi et Montréal-Nord
Stéphanie Fatou Courcy Legros, CSSS de la Pointe-de-l'Île
Claude Doyon, CSSS Saint-Léonard et Saint-Michel
Martine Dubé, CSSS d'Achunsi et Montréal-Nord
Hélène Felteau, CSSS Sud-Ouest-Verdun
Gilbert Filion, CSSS d'Achunsi et Montréal-Nord
Marie-Martine Fortier, DSP
Marie-Claude Fournier, CSSS du Cœur-de-l'Île
Sylvie Laferrière, CSSS Cavendish
François Lamy, CSSS de la Pointe-de-l'Île
Sébastien Latendresse, CSSS Dorval-Lachine-Lasalle
Karine Leducq, CSSS Saint-Léonard et Saint-Michel
Johanne Reault, CSSS du Cœur-de-l'Île
Nicole René, CSSS Lucille-Teasdale
François Soucisse, CSSS Jeanne-Mance
Martin St-Georges, CSSS Lucille-Teasdale
Martine Thériault, CSSS Sud-Ouest-Verdun
Jean Tremblay, INSPQ
Francine Vincelette, CSSS Jeanne-Mance

Constats liés à la performance et pistes de solutions apportées lors de la consultation

CONTRIBUTION DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX AU DÉVELOPPEMENT DES COMMUNAUTÉS

Dimensions	Constats et enjeux	Pistes de solutions	Recommandations
Couverture/ accessibilité	- Les établissements de santé et services sociaux sont responsables de soutenir le développement des communautés sur leur territoire - La proportion de personnes ayant des besoins de santé mais n'ayant pas recours aux services de santé est très importante - Le soutien au DC est une responsabilité partagée par de nombreux acteurs locaux qui reçoivent un soutien modulé des CSSS en fonction des besoins spécifiques	- Pour les CSSSS, le développement des communautés est une stratégie efficace pour exercer sa responsabilité populationnelle - En soutenant le DC, il devient possible de rejoindre cette population et travailler sur les déterminants sociaux de la santé	- Pour les établissements, formaliser la responsabilité de soutenir le DC et d'être l'une des parties prenantes, en lien avec l'exercice de sa responsabilité populationnelle et dans une perspective d'amélioration de la santé des populations et de réduction des ISS - Maintenir le financement des instances locales de concertation. - Maintenir, voire rehausser les ressources investies par le CIUSSS en soutien au DC afin de protéger le lien de proximité entre le réseau et les communautés - Préciser la contribution spécifique du RSSS en soutien au DC, en particulier celle des CIUSSS
Qualité	- Le soutien au développement des communautés contribue à l'amélioration de la santé de toute la population. « Produire la santé » est un enjeu intersectoriel, différent de « guérir la maladie » qui est essentiellement du ressort du RSSS. Ceci étant, le recours à cette stratégie est répandu inégalement à l'intérieur d'un CSSS - Les programmes /interventions s'appuyant sur la stratégie de soutien au développement des communautés doivent être traduits et adaptés aux multiples réalités locales	Aucun programme ne peut s'appliquer intégralement dans une communauté d'appartenance, sans ajustement pour prendre en compte ses spécificités. Il en va du succès du programme de prévoir une marge de manœuvre permettant de s'adapter	- Mieux outiller les gestionnaires et les équipes dans la prise de décision et orientations de certains programmes, dans le choix des meilleures solutions - Veiller à garder une marge de manœuvre pour adapter les mesures destinées à soutenir le DC ou les pratiques en lien avec le soutien au DC
Continuité	- Le soutien au DC par le CSSS rencontre parfois un enjeu de continuité de la part de ses différents intervenants - Le nombre d'OC stagne voire diminue en CSSS - Le financement par projets rend difficile la pérennisation des activités développées	- Le roulement de personnel contribuant au soutien au DC entraîne une certaine instabilité pour maintenir les liens de proximité avec les communautés - La recherche de l'innovation se fait au détriment de la consolidation des activités	- Former, sensibiliser les cadres et faire valoir ce qui est fait en soutien au DC ainsi que les résultats concrets et l'impact sur la santé de la population. - Veiller à pérenniser les solutions préconisées par les communautés d'appartenance qui s'avèrent un succès, pour opérer de vrais changements à long terme

Constats liés à la performance et pistes de solutions apportées lors de la consultation

CONTRIBUTION DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX AU DÉVELOPPEMENT DES COMMUNAUTÉS

Dimensions	Constats et enjeux	Pistes de solutions	Recommandations
Efficience	- Des indicateurs en développement des communautés doivent être développés pour faire valoir l'efficacité de cette stratégie. Les travaux en cours avec l'INSPQ, la DSP de Montréal et quatre autres régions au Québec doivent se poursuivre - Le RSSS est un des nombreux acteurs qui soutiennent le DC et des dédoublements peuvent donc subvenir - Les collaborations entre la DSP et les CSSS sont parfois déficientes en contexte d'influence des politiques publiques locales	- Les dirigeants loin des communautés d'appartenance ne voient pas l'impact de soutenir le DC, tandis que les compressions imposent des efforts importants aux CSSS - Le recours à la stratégie de soutien au DC est reconnu efficace par les bailleurs de fonds et les communautés elles-mêmes - Les actions réalisées ne font pas l'objet d'une concertation entre le régional et le local	- Poursuivre les travaux inter-régionaux pour identifier et tester des indicateurs en DC - Préciser la contribution spécifique du RSSS en soutien au DC, par rapport aux autres acteurs présents. - Améliorer la concertation entre les actions posées par la DSP et les CIUSSS auprès de collaborateurs tels les Arrondissements et la Ville de Montréal

Réflexion et recommandations du réseau montréalais sur les modalités de déploiement et le partage des rôles et responsabilités des programmes de santé publique dans le contexte du projet de loi 10

PRÉVENTION ET GESTION DES ÉCLOSIONS DE MALADIES INFECTIEUSES (SYNDROME D'ALLURE GRIPPALE/INFLUENZA ET GASTROENTÉRITE)

Objectifs du programme

- Diminuer la durée et la sévérité (nombre de cas, décès, hospitalisations, transferts à l'urgence et pneumonies) des éclosons de syndrome d'allure grippale (SAG)/Influenza et gastroentérite.
- Diminuer la proportion d'éclosons persistantes (d'une durée de plus de dix jours).
- Diminuer le nombre d'éclosons majeures (en fonction des critères de morbidité, mortalité, absentéisme des employés, etc.) requérant la suspension des admissions.

Contexte

- Grande variabilité dans la configuration et la vétusté des lieux physiques des installations ainsi que dans les caractéristiques de la clientèle (état de santé, âge, etc.), qui affecte la mise en œuvre des mesures de prévention et contrôle des infections (PCI) et leur efficacité.
- La PCI et la gestion des éclosons se font au sein d'un service transversal qui, dans certains cas, ne détient pas d'autorité hiérarchique dans l'établissement ou l'installation.
- Dans l'ensemble, le programme fonctionne bien et est apprécié par les professionnels du réseau. Les ressources investies en PCI sont à préserver. Bien que la réorganisation du réseau puisse fragiliser les modes de collaboration déjà établis, elle pourrait également présenter une opportunité pour renforcer l'efficacité.

Principales activités et rôles et responsabilités au sein du programme

National	Régional	Local
MSSS ▪ Vigie activité grippale et diffusion ▪ Surveillance des éclosons ▪ Production d'un plan d'action, de guides et d'outils d'aide à la surveillance et à la pratique et de transfert de connaissances ▪ Directive ministérielle pour la suspension des admissions lors d'éclosons majeures	ASSSM ▪ Ententes de gestion en lien avec la PCI ▪ Tableau de bord quotidien de gestion des éclosons ▪ Approbation des demandes de suspension des admissions ▪ Décision sur les mesures de mitigation en collaboration avec la DSP ▪ Communications	Installations / infirmières PCI ▪ Programme de PCI ▪ Plan d'action et coordination gestion des éclosons ▪ Soutien, formation et diffusion des outils aux installations ▪ Prévention et contrôle des MI ▪ Audits et monitoring PCI ▪ Surveillance locale (infections liées à un épisode de soins) ▪ Signalement des éclosons à la DSP ▪ Lien avec installations pour suivi et bilan des éclosons ▪ Demandes de suspension des admissions à l'ASSSM, via le DG de l'installation ▪ Vaccination ou chimioprophylaxie lors d'éclosons d'Influenza ▪ Communications
INSPQ ▪ Expertise et formation ▪ Veille scientifique, diffusion ▪ Programmes de surveillance obligatoires (SPIN) ▪ Surveillance laboratoire (LSPQ)	DSP de l'ASSSM ▪ Coordination du programme de signalement des éclosons ▪ Soutien aux établissements ▪ Gestion des protocoles et des processus ▪ Formation ▪ Suivi et bilan des éclosons ▪ Saisie de données, production et diffusion d'états de situation et tableaux de bord	

Indicateurs clés

Saison 2013-2014

- 17 éclosons majeures avec suspension des admissions :
- 26 lits temporairement bloqués (0,11 % du réseau, 1,5 lit par suspension en moyenne)
- Durée moyenne de 8,3 jours (2 à 14 jours)
- SAG/influenza : 10 suspensions, 90 cas, 6 décès
- Gastroentérite : 7 suspensions, 167 cas

Ratios d'infirmières PCI

- CHSGS (CHU, instituts universitaires et centres affiliés universitaires) : 1 ETC/100 lits
- CHSGS : 1 ETC/133 lits
- CHSLD et soins psychiatriques : 1 ETC/250 lits
- CH de réadaptation physique : 1 ETC/133 lits

Recommandations

Gouvernance et gestion

1. MSSS : assurer le suivi des indicateurs de PCI par les ententes de gestion (ex. : ratios d'infirmières PCI).
2. MSSS : assumer la responsabilité de la coordination de la suspension des admissions lors d'éclosions majeures, présentement assumée par l'ASSS.
3. DSP : Maintenir les activités régionales du programme de prévention des infections et de gestion des éclosions pour assurer une vision globale de la situation sur l'Île de Montréal : vigie (réception des signalements, suivi des éclosions, analyse des données locales sur les éclosions de SAG/influenza et gastroentérite survenant dans les installations des CIUSSS et des CHU non affiliés); surveillance (problèmes en émergence : entérovirus D68, résistance aux antiviraux, etc.); soutien (expertise conseil et recommandations, garde 24/7, communauté de pratique, etc.); communication (diffusion d'appels à la vigilance, réponses aux médias, des tableaux de bord, etc.).
4. DSP : développer la politique régionale de prévention de l'influenza (vaccination des travailleurs, gestion des éclosions, hygiène).
5. CIUSSS et CHU non affiliés : adopter et mettre en œuvre la politique régionale de prévention de l'influenza.
6. CIUSSS : assumer la responsabilité de soutenir en termes de PCI toutes ses installations ainsi que tous les autres établissements sur son territoire (CHSLD privés conventionnés ou non, résidences privées pour aînés, etc.).
7. CIUSSS et CHU non affiliés : produire et diffuser systématiquement aux CA, directions et gestionnaires des états de situation et suivis du plan d'action (coûts associés aux éclosions, activités réalisées, résultats) pour soutenir le développement d'une culture de PCI et la prise de décision éclairée pour l'allocation des ressources.
8. CIUSSS et CHU non affiliés : s'assurer que le service de PCI relève d'une direction ayant autorité sur l'ensemble des directions concernées par la PCI.
9. CIUSSS et CHU non affiliés : former et rendre imputables tous les employés en fonction de leurs rôles en PCI (ex. : hygiène des mains).

Ressources investies

10. MSSS : revoir les ratios d'infirmières PCI requis dans les établissements en considérant les spécificités des installations (mission, vétusté, clientèle, etc.) et l'évolution des fonctions et des tâches en PCI (ex. : programmes de surveillance et vigie, audits).
11. CIUSSS et CHU non affiliés : revoir l'allocation des ressources PCI afin de permettre la réalisation du plan d'action en PCI dans le contexte de la nouvelle structure, en s'assurant que les gains réalisés en PCI soient préservés.

Processus de production des activités

12. CIUSSS et CHU non affiliés : assurer la transmission du statut infectieux du patient lors de transferts entre les installations en renforçant l'utilisation de l'outil existant (DESI).
13. CIUSSS et CHU non affiliés : mettre en place des procédures intégrées de détection et de gestion des risques et de mise en œuvre des premières mesures de contrôle.

Partenariats

14. Revoir le mandat et la composition de la Table régionale de prévention des infections nosocomiales de Montréal selon la nouvelle organisation du réseau.
15. Maintenir la participation de la DSP régionale à divers comités d'experts provinciaux et nationaux (ex. : Groupe provincial de surveillance et vigie de l'influenza, Comité des infections nosocomiales du Québec, Table nationale de prévention des infections nosocomiales).
16. Collaborer avec les syndicats et ordres professionnels pour faire valoir la PCI auprès des divers intervenants (MSSS et CIUSSS/CHU non affiliés).

Informateurs-clés

Chloé Healy, Renée Paré, DSP

Collaboration

Jo Anne Simard, DSP

Participants à la consultation

Véronik Carignan, Centre Lucie-Bruneau
Françoise Côté, CSSS de la Pointe-de-l'Île
Julie Trépanier-Desmarais, Hôpital Douglas
Arlène Ducharme, CSSS Cavendish
Johanne Gagné, Institut universitaire de gériatrie de Montréal
Caroline Gravel, CSSS Lucille-Teasdale
Marie Lahaye, CSSS Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent
Monique Lamarre, ASSS de Montréal

Accompagnateurs de l'équipe projet

Renée Dufour, Émilie Leblanc

Guy Lapierre, DSP
Maryse Lapierre, DSP
Louise Lefebvre, CSSS Jeanne-Mance
Renée Paré, DSP
Nathalie Pigeon, CSSS d'Achutes et Montréal-Nord
Manon Pinet, Institut universitaire de santé mentale de Montréal
Diane Sivret, Vigisante

Constats liés à la performance et pistes de solutions apportées lors de la consultation

PRÉVENTION ET GESTION DES ÉCLOSIONS DE MALADIES INFECTIEUSES (SYNDROME D'ALLURE GRIPPALE/INFLUENZA ET GASTROENTÉRITE)

Dimensions	Constats et enjeux	Pistes de solutions	Recommandations
Couverture/ accessibilité	- Les équipes PCI utilisent beaucoup le service régional d'expertise-conseil de la DSP pendant les heures ouvrables et le système régional de garde de la DSP en dehors des heures ouvrables pour les situations exceptionnelles liées aux éclosions majeures (en moyenne 3 appels par éclosion) - Le service d'expertise de la DSP est considéré nécessaire (type d'expertise et disponibilité 24/7), surtout en CHSLD, et complémentaire au soutien des microbiologistes, lorsque disponible en établissement. - Il est considéré très important par les équipes locales pour 1) obtenir soutien et conseils lors de situations particulières; 2) rassurer les directions et les médecins des établissements sur les mesures de PCI; 3) assurer la qualité de l'acte, le maintien des compétences et l'harmonisation des pratiques au niveau régional, notamment avec le renouvellement des équipes (la communauté de pratique des infirmières PCI en CHSLD et en CH de réadaptation est également très appréciée à ce niveau); 4) orienter les interventions à partir d'une vision globale de la situation régionale.	Conserver le service au palier régional, pour préserver l'expertise, le soutien 24/7 et la vision régionale de la situation épidémiologique pour guider les interventions.	3
	- Les signalements diffèrent selon la mission des installations. - Les CHSLD signalent toujours les éclosions à la DSP selon les protocoles et plans d'action. La DSP assure la transmission de données au MSSS pour la surveillance. - Certains CHSGS ne déclarent pas à la DSP à cause du volume d'éclosions, mais effectuent une surveillance locale et de laboratoire avec l'INSPQ. - Outre les signalements à la DSP, lors d'un transfert, il est essentiel que l'installation d'accueil soit informée si le patient est porteur d'une infection ou provient d'une unité en éclosion d'infection. Il existe un outil à cet effet, la demande de service inter-établissement (DESI), lequel est sous-utilisé. - Comme les unités de réadaptation fonctionnelle intensive offrent également un service dans la communauté (milieu ouvert), il est plus difficile d'identifier une éclosion. On mise plutôt sur la prévention.	- Continuer à compiler les données sur les éclosions selon les paramètres actuels. - Renforcer, de façon constante, l'utilisation de la DESI pour tous les transferts de patients. Les installations sont responsables de la circulation des informations concernant les patients.	3 12
	- Dans certains établissements, le ratio d'infirmières PCI établi dans les ententes de gestion n'est pas atteint. - Les ententes de gestion ne prévoient aucune conséquence en cas de non-respect des ratios PCI. - Même lorsque les ratios sont comblés, les infirmières PCI se voient souvent attribuer d'autres responsabilités (santé et sécurité au travail, vaccination, contrôle de la qualité, etc.) qui les empêchent de se consacrer à la PCI avec l'intensité requise - Les postes PCI à temps partiel rendent le recrutement et la rétention difficiles - Dans plusieurs établissements, le poste de conseillère-cadre en PCI est aboli, diminuant l'autorité fonctionnelle du service PCI - Les ratios ne tiennent compte que de la mission de l'installation, et non des autres paramètres qui peuvent affecter la PCI, tels que le type de clientèle, la configuration, la vétusté des lieux, etc.	- Rendre les établissements imputables du respect des ratios. - Revoir les ratios en fonction des paramètres pertinents et de l'évolution de la PCI. - Évaluer la valeur ajoutée de la PCI (coûts et bénéfices dans un contexte d'optimisation) - Dans le cadre de la création des CIUSSS, explorer la possibilité de regrouper les équipes PCI afin d'offrir des postes à temps plein en s'assurant de : - maintenir les ressources en CHSLD; - tenir compte des spécificités des installations; - préserver les acquis et la mobilisation.	1 10 7 11
	- Dans certaines installations, il y a une difficulté à reconnaître rapidement le premier cas de SAG/influenza ou de gastroentérite - Depuis l'implantation des équipes de PCI, certaines équipes (soins, hygiène et salubrité, etc.) ont délaissé leurs responsabilités PCI. - L'importance accordée à la PCI dans la définition des rôles diminue, les activités de PCI sont	- Sensibiliser les directions et les gestionnaires aux activités et aux rôles en PCI. - Les infirmières PCI doivent offrir de la formation et du soutien en continu; utiliser les audits pour faire de la rétroaction aux équipes et à la direction.	7 16

Constats liés à la performance et pistes de solutions apportées lors de la consultation

PRÉVENTION ET GESTION DES ÉCLOSIONS DE MALADIES INFECTIEUSES (SYNDROME D'ALLURE GRIPPALE/INFLUENZA ET GASTROENTÉRITE)

Dimensions	Constats et enjeux	Pistes de solutions	Recommandations
	souvent perçues comme un « bruit de fond » par les équipes. ▪ Selon leur formation de base (infirmière, médecin, inhalothérapeute, etc.), certains gestionnaires seraient plus sensibles à la priorisation de la PCI dans leur milieu.	▪ Profiter de la nouvelle campagne de promotion pour des soins sécuritaires pour recadrer la prévention dans les établissements. ▪ S'associer à l'ordre des infirmières pour sensibiliser toutes les infirmières à la PCI.	16
	▪ Il y a des délais entre le début d'une éclosion et la mise en place de mesures de PCI, ce qui affecte la durée et l'ampleur de l'éclosion. ▪ Dans certaines installations, il existe de la confusion dans les rôles des différents intervenants (infirmières, préposés aux bénéficiaires, préposés à la salubrité, médecins, etc.) par rapport à la détection, à la mise en place des mesures et à l'évaluation des risques. ▪ L'expérience en gestion des éclosions permet de détecter les éclosions et de rapidement mettre en place les mesures de contrôle.	▪ Les établissements et installations doivent se doter de politiques de gestion des risques et clarifier les rôles en conséquence. ▪ Intégrer la détection des risques et la mise en place des premières mesures de contrôle au sein d'une même procédure, ne requérant pas l'évaluation des risques. ▪ Tenir la direction et le conseil d'administration informés des coûts et de la durée des éclosions afin qu'ils puissent prendre des décisions éclairées par rapport à l'attribution rapide de ressources (humaines, matérielles et financières) en réponse à une éclosion. ▪ Partager l'information sur l'impact des éclosions entre les établissements.	13 7
	▪ En 2013-2014, 100 % des demandes de suspension d'admissions rencontraient les critères du CINQ. Les participants jugent que les critères sont adéquats et que les équipes sont habilitées à les utiliser, permettant une uniformisation		
Efficiencia	▪ À ressources PCI équivalentes, certaines installations sont aux prises avec des éclosions récurrentes ou persistantes, alors que d'autres n'ont pas cette problématique. ▪ Les enjeux soulevés par rapport aux ratios d'infirmières PCI ont des répercussions sur les résultats de la PCI (caractéristiques de la clientèle, vétusté et configuration physique des installations, autres mandats attribués aux infirmières PCI, etc.) ▪ Les équipes PCI ont souvent peu de contrôle ou d'influence sur une multitude d'activités de l'installation déterminantes pour le succès de la PCI. ▪ Les infirmières PCI n'ont pas toujours une formation appropriée : 1) formation spécifique en PCI non requise ou encouragée (par des aménagements d'horaire, le remboursement des frais de scolarité ou la reconnaissance du diplôme) pour les infirmières PCI, en particulier s'il existe un roulement important; 2) enjeux liés au syndicat en lien avec les exigences du poste.	▪ Gouverne : ▪ Rattacher la PCI à une direction parapluie, imputable et ayant un lien fonctionnel avec tous les gestionnaires et activités (incluant immobilisations et approvisionnements). ▪ Maintenir le rôle de conseiller cadre en PCI pour assurer une autorité fonctionnelle. ▪ Former et rendre imputables tous les employés par rapport à leurs rôles en PCI (envisager des mesures disciplinaires en cas de non-respect des bonnes pratiques). ▪ Obtenir la collaboration du syndicat pour faire valoir la PCI dans une optique de santé et sécurité des employés.	8 9 16
	▪ Dans un contexte d'optimisation, certaines installations ne favorisent pas une culture de PCI. Les enjeux et recommandations associés à ce constat ont été discutés plus haut : importance de l'engagement des directions et gestionnaires envers la PCI; organisation du travail (mandats cumulés par les infirmières PCI); besoin de visibilité des activités et résultats de la PCI; conséquences prévues aux ententes de gestion en cas de non-respect des ratios.		

Réflexion et recommandations du réseau montréalais sur les modalités de déploiement et le partage des rôles et responsabilités des programmes de santé publique dans le contexte du projet de loi 10

LOGEMENTS SALUBRES ET ACCESSIBLES

But du programme

Réduire les problèmes de salubrité et d'accessibilité des logements et la prévalence des problèmes de santé associés.

Objectifs du programme

- Répondre aux signalements pour les problèmes d'insalubrité des logements afin de protéger la santé des occupants.
- S'assurer que les bâtiments identifiés comme insalubres suite à une enquête de santé publique font l'objet de correctifs dans un délai raisonnable.
- Favoriser la mise en application des meilleures pratiques en matière de salubrité par les consultants privés, les propriétaires, les intervenants municipaux et du réseau de santé publique locale, ainsi que par la population.
- Suivre l'évolution des problèmes de salubrité et d'accessibilité de logement et de leurs effets sur la santé de la population.
- Plaider pour le développement de politiques publiques en matière de logement concernant l'entretien préventif, la rénovation et le développement de logements salubres et accessibles.

Contexte

Le programme *Logements salubres et accessibles* de la Direction de santé publique agit sur les conditions de logement, déterminant majeur de la santé de la population. Actuellement, il vise surtout les problèmes d'insalubrité que sont l'humidité excessive, la contamination par les moisissures et autres microorganismes associés, et l'infestation par les insectes et les rongeurs, auxquels sont associés des problèmes de santé d'ordre physique et mental. Il comprend entre autres la réponse aux signalements pour menace potentielle à la santé publique reliée à la salubrité des habitations, tel que prescrit par la *Loi sur la santé publique*, et la réalisation d'enquêtes environnementales et épidémiologiques.

La Ville de Montréal, les arrondissements et les villes liées interviennent également dans le domaine du logement, notamment par l'application du *Règlement sur la salubrité et l'entretien des logements*. Les organismes communautaires (OC), c'est-à-dire les comités de logement, associations de locataires, etc., et les CSSS sont également impliqués dans le soutien psycho-social et les enquêtes santé.

Principales activités et rôles et responsabilités au sein du programme

Les activités présentées sont celles de la DSP et des CSSS, de même que celles d'autres organismes qui sont directement en lien avec le programme *Logements salubres et accessibles* de la DSP. Toutefois, les divers organismes mènent d'autres actions dans le domaine du logement qui ne sont pas incluses ici.

Promotion	Prévention	Protection
Plaidoyer pour des politiques publiques saines auprès des diverses instances de réglementation et de financement concernant la salubrité et l'accessibilité ▪ DSP ▪ Ville de Montréal ▪ CSSS ▪ OC	Information aux propriétaires et locataires ▪ DSP ▪ Ville de Montréal	Signalements à la DSP ▪ Inspecteurs (ville, arrondissements) ▪ Médecins et professionnels de la santé
	Formation et production d'outils pour les professionnels de la santé, municipaux et du bâtiment ▪ DSP ▪ Ville de Montréal	Enquêtes et recommandations ▪ Intervenants DSP et CSSS au besoin
	Défense des droits des locataires ▪ OC ▪ CSSS	Inspections suite aux plaintes (bâtiments) ▪ Ville de Montréal, arrondissements
Transfert de connaissances en matière de prévention et de contrôle auprès de tous les organismes impliqués ▪ DSP ▪ CSSS ▪ Ville de Montréal		Suivi de l'application des recommandations ▪ Ville de Montréal, arrondissements ▪ DSP
		Soutien aux locataires en situation d'insalubrité ou de relocalisation ▪ Ville de Montréal, arrondissements (OMHM) ▪ OC ▪ CSSS
Recherche (DSP et partenaires selon les projets) ■ Surveillance (DSP)		

Recommandations

Gouvernance et gestion

1. Maintenir l'intervention en matière de salubrité et d'accessibilité au logement comme priorité régionale.
2. Maintenir et développer la coordination et l'expertise au palier régional.
3. Mettre en place des équipes dédiées au palier sous-régional, en lien avec l'équipe régionale, pour le volet psycho-social, l'accès à un logement abordable et la contribution aux signalements et aux enquêtes santé.

Ressources investies

4. Allouer des ressources pour constituer des équipes multidisciplinaires dédiées dans les CIUSSS (répondant cadre pour le programme, organisateurs communautaires, travailleurs sociaux, médecins et infirmières).
5. Allouer des ressources professionnelles additionnelles à la DSP pour réduire le délai de réponse aux signalements et développer les autres activités prévues au programme (en priorité, mieux documenter l'ampleur de la problématique de l'insalubrité des logements à Montréal et assurer un suivi des interventions en collaboration avec le milieu municipal).

Processus de production des activités

6. Plaider en faveur de la mise sur pied d'un programme municipal d'inspection systématique des bâtiments.
7. Mieux documenter l'ampleur et la répartition du problème de l'insalubrité des logements sur l'Île de Montréal.
8. Développer et mettre en œuvre une méthodologie pour évaluer l'implantation et les résultats du programme.
9. Développer une stratégie pour améliorer les pratiques des divers acteurs (consultants, propriétaires, intervenants municipaux, professionnels de la santé) en matière de salubrité des logements, à l'aide notamment des résultats de l'audit international conduit par la DSP sur les impacts sanitaires des dégâts d'eau chroniques dans les bâtiments, ou d'autres guides de pratique (par exemple, sur le contrôle des punaises de lit).

Partenariats

10. Conclure des ententes signées afin d'établir des collaborations efficaces entre les divers acteurs (DSP, CIUSSS, Ville, organismes communautaires), dont les missions sont complémentaires.
11. Augmenter le financement des OC basé sur leur mission et financer des projets spécifiques pour répondre aux besoins identifiés régionalement (par exemple, le développement d'un service régional de décontamination des biens des locataires relocalisés).
12. Dans le cadre de la mise en place du nouveau processus de centralisation des inspections à la ville centre, mettre en place des mécanismes de communication entre le Ville et la DSP pour le suivi des recommandations suite aux enquêtes de santé publique.

Informateurs-clés

Myriam Coulombe-Pontbriand
David Kaiser
Stéphane Perron

Accompagnateurs de l'équipe projet

Renée Dufour
Émilie Leblanc

Participants à la consultation

Denise Belec, CEIL Côte-des-Neiges
Patrice Benoît, Arrondissement Villeray–Saint-Michel–Parc-Extension
Christian Champagne, Ville de Montréal
Clément Charrette, Arrondissement Villeray–Saint-Michel–Parc-Extension
Marianne Cloutier, Ville de Montréal
Ludovic Contardo, DSP
Myriam Coulombe-Pontbriand, DSP
Louis Jacques, DSP

David Kaiser, DSP
Norman King, DSP
Denyse Lacelle, Coalition montréalaise des tables de quartier
Julie Langlois, CSSS Saint-Léonard et Saint-Michel
Stéphane Perron, DSP
Andréanne Roy, DSP
Mélanie Tailhandier, DSP
Danielle Thériault, CSSS Bordeaux-Cartierville–Saint-Laurent
Martin Thériault, Regroupement des comités logement et des associations de locataires du Québec

Constats liés à la performance et pistes de solutions apportées lors de la consultation

LOGEMENTS SALUBRES ET ACCESSIBLES

Dimensions	Constats et enjeux	Pistes de solutions	Recommandations
Couverture/ accessibilité	Tous les signalements reçus à la DSP sont traités : conformément à la Loi sur la santé publique, la DSP de Montréal a pris l'engagement d'enquêter dans le cas de menaces à la santé publique dans les logements.	Conserver la salubrité des logements comme priorité de santé publique affirmée dans le PAR, pour la DSP et les 5 CIUSSS.	1, 3, 4, 5
	- L'ampleur du problème d'insalubrité des logements à Montréal est telle que la DSP ne peut couvrir adéquatement l'ensemble des interventions nécessaires : les ressources humaines et les structures en place à la DSP permettent surtout la réalisation d'enquêtes et la production d'avis de santé publique en réponse aux signalements, mais les autres activités sont à développer davantage. - Le fait que les enquêtes ne soient réalisées qu'en réponse à des signalements signifie que certains dossiers d'insalubrité, potentiellement aussi graves ou plus que ceux qui sont signalés, échappent au programme. - La définition d'insalubrité diffère selon les parties prenantes, le milieu municipal évaluant principalement les manifestations dans le bâtiment, et les intervenants de santé publique, les conséquences sur la santé des individus.	- Évaluer l'ampleur du problème des conditions de logement sur l'Île de Montréal (ne fait pas consensus, les possibilités de se baser sur une étude réalisée en 1991 ou de développer des indicateurs pour identifier les bâtiments à risque sont aussi soulevées). - Faire des recommandations sur la base de données probantes concernant les programmes de salubrité et leur financement aux autorités gouvernementales. - Plaider en faveur de la mise sur pied d'un programme d'inspection systématique des bâtiments par les acteurs municipaux; nécessiterait des changements législatifs et du financement supplémentaire. - Plaider en faveur d'un financement aux propriétaires et villes pour l'entretien et la rénovation du parc locatif.	5, 7 7, 11 6
	- L'implication des CSSS, des arrondissements et villes liées est inégale : - L'offre de service, la composition des équipes, les interventions et la réactivité varient beaucoup selon les CSSS. Les ententes et corridors de service entre les arrondissements et les CSSS sont souvent désuets, donc non fonctionnels. - L'application du règlement sur la salubrité, la reconnaissance des expertises de la DSP, des CSSS et des OC, de même que l'influence exercée par les propriétaires varient selon les villes et arrondissements. La ville centre a une entente récente avec 15 des 19 arrondissements concernant les inspections, dont les répercussions ne sont pas encore connues.	- Harmoniser les pratiques et définir un tronc commun de services pour les 5 CIUSSS. - Mettre à jour les ententes locales et rendre plus fonctionnels les corridors de services entre les arrondissements et les CIUSSS. - Élaborer et mettre en œuvre une entente régionale écrite précisant les rôles des différents acteurs (DSP, Ville, arrondissements, CIUSSS) s'inspirant du protocole d'entente établi entre l'OMHM et la DSP.	3, 4 10 10
	Les possibilités de collaboration avec le réseau communautaire sont inégales sur le territoire de l'Île de Montréal : les services offerts et la visibilité des OC varient selon les quartiers, notamment selon leurs missions, approches et ressources. Le financement des OC est insuffisant et il existe souvent des tensions politiques entre eux, la Ville et le gouvernement. Le respect mutuel des rôles de chacun demeure un défi. Certains dossiers pour lesquels il y a eu planification conjointe de la ville et d'un OC ont été des succès.	- Éviter la sous-traitance des services de santé publique par les OC. - Rehausser le financement des OC basé sur la mission; envisager le financement basé sur les projets dans le cadre d'ententes visant à offrir des services adaptés, par exemple la décontamination des biens des locataires relocalisés pour cause d'insalubrité.	11
Qualité	La qualité de la méthode utilisée et des recommandations émises par la DSP concernant les impacts sanitaires des dégâts d'eau chroniques dans les bâtiments a été validée par un audit international. Cela souligne l'existence à la DSP d'une expertise scientifique et professionnelle en matière de salubrité, qu'il serait difficile pour les CIUSSS de développer.	- Conserver et développer l'expertise en matière de salubrité au niveau régional. - Diffuser la version française de l'audit afin d'améliorer les pratiques des divers acteurs, notamment les firmes d'évaluation et de décontamination. - Améliorer et uniformiser la pratique des firmes d'évaluation (mécanisme d'accréditation ou démarche normalisée).	2 9

Constats liés à la performance et pistes de solutions apportées lors de la consultation

LOGEMENTS SALUBRES ET ACCESSIBLES

Dimensions	Constats et enjeux	Pistes de solutions	Recommandations
Qualité (suite)	- Le délai de réponse aux signalements est parfois trop long. - Au niveau de la DSP, les ressources sont très limitées (une hygiéniste de l'environnement pour les enquêtes environnementales et deux médecins à temps partiel pour les enquêtes épidémiologiques). - Au niveau de la ville et des arrondissements, la perception d'urgence est diminuée à cause du délai d'émission des rapports de la DSP, et il est souvent difficile de respecter les délais prescrits pour mettre en œuvre des recommandations de santé publique tout en respectant la chaîne d'intervention (incluant les liens avec les intervenants psychosociaux).	- Optimiser le processus de réponse de la DSP aux signalements : - Expliciter les critères de priorisation. - Définir un délai de réponse acceptable. - Identifier des méthodes alternatives de réponse aux signalements et de suivi selon les cas.	8
		- Allouer les ressources en conséquence. - Tenir compte de l'ensemble de la chaîne d'intervention lors de la formulation de recommandations.	5
Continuité	- Dans une proportion importante des signalements, on constate une absence de suivi concernant l'application des recommandations faites par la DSP et les correctifs dans le bâtiment. - La DSP ne dispose pas des ressources nécessaires pour effectuer un suivi systématique des cas, il n'existe pas de mécanisme formel de suivi ou de partage d'informations entre la Ville, les arrondissements, la DSP, les CSSS et les OC, et la définition des rôles et de l'imputabilité dans le suivi n'est pas claire. Il y a réticence de la Ville à inclure la DSP dans le suivi, elle ne comprend pas son rôle et craint que cela occasionne de la lourdeur et des exigences supplémentaires pour la Ville et les propriétaires. La DSP a besoin de données probantes sur les effets des actions de santé publique (enquêtes et recommandations) afin d'évaluer le programme. - L'approche de certains propriétaires fait entrave à l'application des recommandations (contestations, contre-expertises, travaux incomplets, etc.). - Il y a bris dans le suivi si un locataire quitte le logement, qui peut alors être reloué sans que les correctifs n'aient été apportés.	- Préciser les objectifs de suivi et les attentes de la DSP quant au traitement et à la fermeture des dossiers. - Mettre en place un mécanisme de suivi des signalements entre le secteur municipal, la DSP et les CIUSSS, avec arrimage avec les organismes gouvernementaux. - Permettre l'accès de la DSP aux données de la Ville en matière de constats d'insalubrité.	10 5, 10, 12
		Mettre en place des mécanismes permettant de suivre l'état de santé des occupants, par exemple en ayant accès au dossier patient lors d'un signalement en impliquant le réseau des soins de santé.	
Efficience	Il n'existe pas de mesure des résultats permettant d'évaluer l'efficacité et l'efficience des actions en matière de salubrité du logement. Il est difficile d'évaluer l'impact populationnel des interventions puisque les résultats peuvent prendre des années avant d'être visibles, les déterminants sont variables et complexes, et la DSP n'agit pas sur tous les cas mais seulement en réponse aux signalements. Il manque de mesures et d'indicateurs associés au programme, à l'exception de ce qui est lié aux signalements.	Définir des mécanismes de suivi systématique, de monitoring et d'archivage des interventions de santé publique en matière de salubrité des logements.	5, 8

Réflexion et recommandations du réseau montréalais sur les modalités de déploiement et le partage des rôles et responsabilités des programmes de santé publique dans le contexte du projet de loi 10

URGENCES ENVIRONNEMENTALES MAJEURES ET MINEURES

But du programme

Réduire la morbidité et la mortalité liées aux urgences majeures (tels que les épisodes de chaleur extrême, les accidents industriels, les actes terroristes) ainsi qu'aux maladies et intoxications dont les sources d'exposition sont environnementales sur l'île de Montréal.

Objectifs du programme

- Connaître les risques sur le territoire montréalais
- Informer la population des risques et des mesures de prévention
- Réduire l'incidence des intoxications et la probabilité d'occurrence des urgences majeures
- Coordonner la préparation et la réponse aux urgences majeures entre les différents acteurs (DSP, réseau de la santé, partenaires)

Contexte

- Une urgence majeure est une menace réelle ou appréhendée à la santé de la population dont l'ampleur ou la progression demande la mobilisation de ressources additionnelles, l'implication de plusieurs organisations et une coordination unifiée des opérations, par opposition aux urgences mineures qui ne dépassent pas les capacités habituelles de réponse de l'organisation.
- Montréal se distingue des autres régions du Québec quant à la nature des menaces à la population et les structures mises en place pour y faire face, ce qui a un impact sur le travail de préparation et de réponse aux urgences environnementales.
 - En raison de sa situation géographique, Montréal est un pôle industriel névralgique. La ville constitue une plaque tournante du transport routier et ferroviaire de matières dangereuses. L'utilisation et le transport de matières dangereuses par des industries situées à faible distance des zones habitées comportent un risque pour les travailleurs et la population. En tant que grande ville internationale, Montréal doit aussi se préparer à la menace terroriste en fonction de ses points vulnérables : son aéroport international, son port de transbordement de conteneurs et son réseau souterrain de métro. Enfin, la densité de population, les inégalités socioéconomiques et l'environnement bâti à Montréal aggravent les conséquences des événements accidentels, intentionnels et naturels qui pourraient survenir.
- Les urgences majeures nécessitent des interventions multisectorielles. Pour agir efficacement, l'agglomération urbaine de Montréal s'est dotée de deux comités aviseurs permanents sur lesquels siègent pour le secteur de la santé, en plus de la DSP, l'Agence de santé et services sociaux, qui représente le réseau de la santé et des services sociaux, et Urgences Santé : le comité aviseur antiterrorisme de Montréal (CAAM) piloté par le service de police et le comité aviseur de sécurité civile (CASC) piloté par la sécurité civile. Fait à noter, Montréal est la seule ville au Québec avec un service de police de niveau 5 incluant une section antiterroriste et mesures d'urgence, un service de sécurité incendie avec une caserne dédiée aux interventions impliquant des matières dangereuses, et un service pré-hospitalier capable d'intervenir en zone chaude avec son équipe spécialisée.

Principales activités, rôles et responsabilités au sein du programme

Prévention	Préparation	Réponse	Rétablissement
▪ Influence des politiques publiques sur l'aménagement du territoire et sur la réduction des risques à la source	▪ Surveillance des risques potentiels sur le territoire montréalais ▪ Vigie et surveillance des MADO chimiques d'origine environnementale ▪ Veille épidémiologique ▪ Évaluation et priorisation des risques ▪ Planification des actions en fonction de risques spécifiques ▪ Portrait de la capacité de la DSP et des partenaires à répondre à une urgence ▪ Soutien des partenaires en expertise de pointe dans l'évaluation des risques ▪ Harmonisation des plans avec les partenaires ▪ Développement d'outils (guides, protocoles) nécessaires à la gestion d'une urgence ▪ Formation et exercices	▪ Détection d'urgences majeures ▪ Réception et réponse aux déclarations de MADO et aux signalements ▪ Enquêtes épidémiologiques ▪ Mesures de prévention et de contrôle ▪ Coordination des opérations d'urgence de la DSP ▪ Partage d'informations avec les partenaires ▪ Coordination de la réponse de la DSP avec celles des partenaires ▪ Partage d'informations avec la population sur les risques à la santé et les mesures de protection	▪ Surveillance épidémiologique des conséquences d'une urgence et des interventions ▪ Évaluation des stratégies et des plans mis en œuvre

Recommandations

Gouvernance et gestion

1. Maintenir une coordination régionale des mesures d'urgence et de sécurité civile pour la mission santé avec une ligne d'autorité bien définie afin de s'assurer que les actions de prévention, de préparation et de réponse soient identiques d'un territoire à l'autre.
2. Maintenir l'expertise et l'équipe de réponse au niveau régional pour le volet santé publique.
3. Maintenir une coordination régionale des mesures d'urgence pour l'ensemble des partenaires montréalais impliqués dans les mesures d'urgence, et ce autant dans la vigie et surveillance, que dans la prévention, la préparation, la réponse et le rétablissement.

Ressources investies

4. S'assurer que la ressource professionnelle dédiée aux enquêtes des MADO chimiques d'origine environnementale à la DSP est maintenue.
5. S'assurer que les ressources humaines dédiées à la coordination des mesures d'urgence dans les CIUSSS sont en quantité suffisante pour préserver la capacité de faire valoir les enjeux de santé publique et de mobiliser le réseau de la santé en situation d'urgence.

Processus de production des activités

6. Maintenir à jour les plans intégrés de gestion des risques pour la région de Montréal.
7. Maintenir la pratique de poser un regard continu et critique sur nos approches et nos interventions en produisant après chaque événement, exercice ou simulation un rapport d'évaluation et un plan d'amélioration.
8. S'assurer d'un traitement adéquat des archives pour les activités entourant les urgences environnementales majeures et mineures.

Partenariats

9. Maintenir la participation de la DSP et de l'instance de coordination régionale pour la mission santé (jusqu'à maintenant, l'Agence) aux comités régionaux multipartenaires (Comité aviseur anti-terrorisme de Montréal, Comité aviseur sécurité civile).
10. Éviter que la restructuration entraîne un bris dans les acquis de collaboration et de partenariat entre le réseau de la santé et l'ensemble des partenaires régionaux (Service de police de la Ville de Montréal, Service de sécurité incendie de Montréal, Urgences santé, Centre de Sécurité civile de Montréal, Société de transport de Montréal).

Informateurs-clés

Norman King
Luc Lefebvre
Maxime Roy

Accompagnateurs de l'équipe projet

Renée Dufour
Émilie Leblanc

Constats et pistes de solutions

URGENCES ENVIRONNEMENTALES : MAJEURES ET MINEURES

Liés à la reconfiguration du réseau de la santé et des services sociaux

Constats et enjeux	Pistes de solutions	Recommandations
▪ L'Agence joue un rôle essentiel dans la coordination régionale des activités entourant la gestion des urgences, tant par sa participation et la représentation du réseau montréalais de la santé aux divers comités régionaux inter-partenaires (CAAM, CASC, etc.) que par sa capacité à mobiliser l'ensemble des acteurs de santé dans le cadre d'une urgence. La reconfiguration du réseau incluant 10 établissements (5 CIUSSS et 5 CHU non affiliés) ne prévoit aucun mécanisme de coordination inter-établissement ou de représentation régionale. Dans son rôle tel qu'il est actuellement prévu, la DSP n'a pas la légitimité de coordonner l'ensemble du réseau, ni de les représenter auprès des partenaires. ▪ Les liens avec les partenaires (notamment les différentes instances municipales) pourraient être menacés car ces derniers ne veulent pas transiger avec plusieurs interlocuteurs. Une capacité réduite à mobiliser les partenaires pourrait diminuer la qualité de l'intervention. ▪ Si les activités et les plans de mesures d'urgence sont morcelés sur le territoire, des enjeux de couverture pourraient apparaître et certaines parties du territoire pourraient être moins bien desservies que d'autres. ▪ Tous les établissements (CIUSSS et CHU non affiliés) devront s'adapter dans la transition sans être soutenus par une coordination régionale, ce qui résultera en une perte d'expertise et un manque de cohérence entre les interventions des différents établissements.	▪ Bien définir la ligne d'autorité et la structure de coordination pour la mise en opération de la réponse des services de santé lors d'événements majeurs affectant plus d'un territoire de CIUSSS à Montréal, afin de demeurer aussi fonctionnel que présentement. ▪ L'instance en position d'autorité régionale devrait représenter le réseau de la santé montréalais sur les différents comités régionaux multipartenaires (CAAM, CASC, etc.). ▪ La Direction de santé publique doit maintenir sa participation à ces comités.	1, 2 10 10

Liés à la performance

Dimensions	Constats et enjeux	Pistes de solutions	Recommandations
Couverture/ accessibilité	▪ La couverture, c'est-à-dire la préparation de plans d'action en réponse à des risques évalués et priorisés, est la même pour l'ensemble du territoire montréalais. ▪ Le programme relève de services centraux et dépend peu de partenaires locaux. ▪ La DSP et ses partenaires font des efforts de démarchage importants pour rejoindre l'ensemble de la population lorsque des recommandations sont émises : traduction des informations en différentes langues, présence du directeur de santé publique dans les radios communautaires, contact personnalisé auprès des personnes vulnérables identifiées par les intervenants du CSSS, porte-à-porte par les policiers ou les pompiers, etc. ▪ Il demeure un risque que les recommandations (par exemple, la fréquentation d'aires climatisées ou de refuges pour sans-abris) ne soient pas acceptables par une minorité de la population.	▪ Préserver la perspective régionale (incluant les préoccupations concernant les zones vulnérables) dans la préparation et la réponse aux urgences lors de la réorganisation du réseau de la santé, d'autant plus que les partenaires ont une perspective et une responsabilité régionales. ▪ Poursuivre les efforts pour rejoindre les populations plus vulnérables ou récalcitrantes, de concert avec les partenaires.	1, 4, 7

Constats et pistes de solutions

URGENCES ENVIRONNEMENTALES : MAJEURES ET MINEURES

Liés à la performance

Dimensions	Constats et enjeux	Pistes de solutions	Recommandations
Qualité/ continuité	▪ Suite à la réorganisation des activités entourant les situations d'urgence à la DSP, ayant mené à une division entre les secteurs Vigie et protection (VP) et Environnement urbain et santé (EUS), certaines activités dans le traitement des urgences environnementales se trouvent interrompues ou fragilisées : ▪ Archivage et saisie : historiquement sous l'égide de VP, qui détient toujours les ressources à cet effet mais souhaite ne plus traiter les dossiers d'urgences environnementales. ▪ Enquêtes sur les MADO d'origine chimique : les infirmiers et infirmières qui réalisaient les enquêtes MADO chimiques avant la séparation ont été réaffectés aux MADO d'origine infectieuse. Le secteur EUS ne dispose que d'une ressource professionnelle pour les enquêtes sur les MADO d'origine chimique, et cette ressource est précaire. Si cette ressource disparaît, les enquêtes devront être effectuées par les médecins de garde, et comme l'expertise est différente, on craint une diminution de l'exhaustivité ou de la standardisation de la documentation des cas, et donc de leur suivi.	▪ Engager une réflexion organisationnelle afin de trouver une solution pour le traitement des archives pour l'ensemble des activités de santé publique des différents secteurs, en particulier selon les normes légales. ▪ Sécuriser le poste (idéalement occupé par la ressource actuelle) dédié aux enquêtes sur les MADO chimiques afin de préserver la qualité et la continuité des interventions et d'éviter une perte d'efficacité si on doit avoir recours aux médecins de garde pour les enquêtes.	9 5
Efficience	▪ Suite à une récente décision, la DSP retire son financement aux CSSS, qui permettait de couvrir la moitié des salaires des coordonnateurs locaux des mesures d'urgence. Ce financement avait été accordé en premier lieu pour assurer une priorisation des enjeux de santé publique dans la planification des activités des coordonnateurs des mesures d'urgence. Il est maintenant suspendu car il est jugé que les objectifs de cohérence et d'intégration régionale des enjeux de santé publique ont été atteints, et donc que l'influence assurée par ce financement n'est plus nécessaire, générant une économie de 487 500 \$ annuellement. ▪ Toutefois, des enjeux sont soulevés : le nombre total de coordonnateurs locaux des mesures d'urgence pour l'Île de Montréal est actuellement de 24 (12 en CSSS, 12 en CH hors CSSS). Avec la fusion des établissements (CSSS et CH), le nombre de coordonnateurs locaux pourrait passer à aussi peu que 10 (5 en CIUSSS et 5 en CHU non-affiliés), ce qui pourrait être trop peu pour l'ampleur de la tâche, en plus de représenter une importante perte d'expertise.	▪ Le Directeur de santé publique devrait convoquer les 5 CIUSSS pour réfléchir et planifier la transition, en collaboration avec les secteurs VEP et EUS, notamment pour s'assurer d'une quantité suffisante de ressources humaines dédiées à la coordination des mesures d'urgence dans les CIUSSS de façon à préserver la capacité de faire valoir les enjeux de santé publique et de mobiliser le réseau de la santé en situation d'urgence.	6