

Centre de santé et de services sociaux
de la Montagne

Centre affilié universitaire

Énoncé stratégique 2012-2015

Centre de santé et de services sociaux

DE LA MONTAGNE

La première ligne au cœur de l'action

**Innover et mieux communiquer pour
mieux soigner**

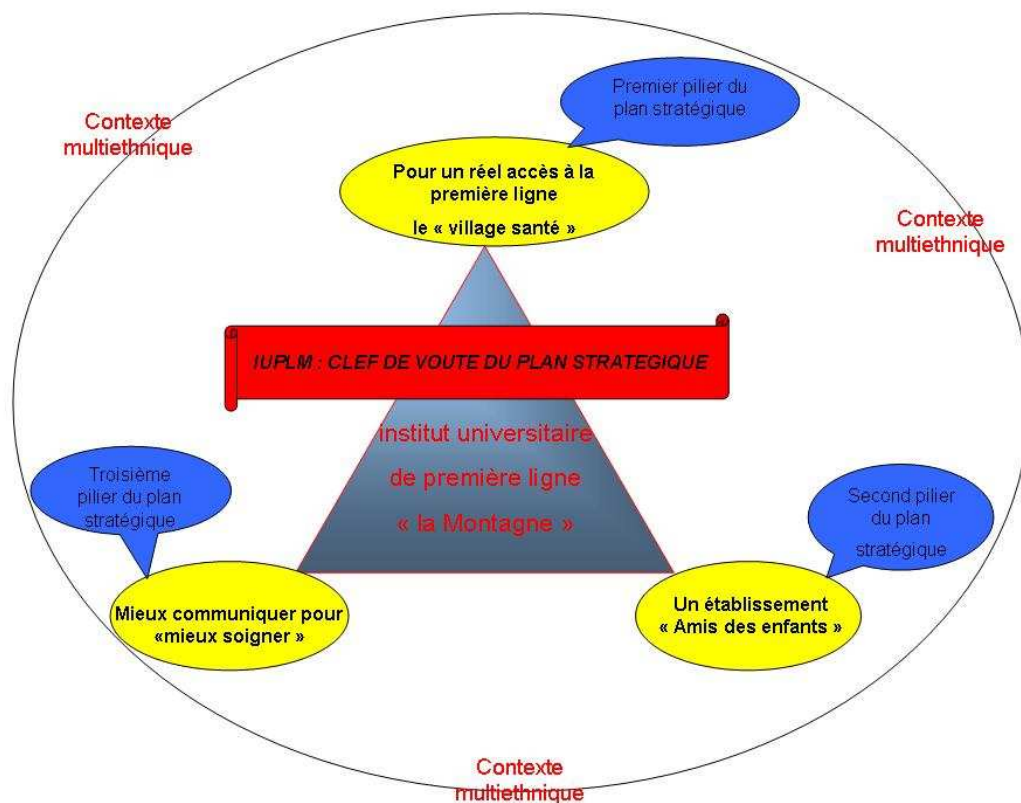
ou comment adapter le modèle montréalais à la
réalité d'un territoire



ÉNONCÉ STRATÉGIQUE 2012-2015

CSSS de la Montagne

« La première ligne au cœur de l'action »
Innovier et mieux communiquer pour mieux soigner
ou comment adapter le modèle montréalais à la réalité d'un territoire



Préambule

À la suite de la lettre du 12 janvier 2012 de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal demandant aux établissements du territoire de déposer pour le 31 mars 2012 un plan stratégique pluriannuel (2012-2015), le CSSS de la Montagne a décidé, à la fois, de reprendre la typologie et les attentes de l'Agence, tout en montrant sa capacité théorique et opérationnelle à imaginer sa propre réponse aux défis mentionnés dans le tableau synoptique adressé par note du 22 février 2012 afin d'inventer une politique territoriale proactive conforme à sa réalité populationnelle.

Le but de cette double action corrective des insuffisances recensées en général (Montréal) comme en particulier (le territoire du CSSS) est de permettre une action efficace, novatrice et permanente, gage d'un service de qualité offert à la clientèle permettant que la « première ligne » soit la réelle et essentielle porte d'accès aux soins.

Le cœur de cible de cet engagement populationnel sera la clientèle la plus jeune. En effet, notre population est « riche de tous les enfants ». Apportons-leur le meilleur de notre action au quotidien.

Une fois ces axes stratégiques d'action¹ posés, il est essentiel de savoir les communiquer à la clientèle. Savoir faire en sorte que l'établissement se trouve dans la capacité d'expliquer à la population quelle place la « santé » doit prendre dans sa vie quotidienne. De ce fait, nous devons nous engager à savoir communiquer au plus près des habitants. Mieux informer pour mieux soigner.

Par rapport à ces axes d'engagement, il apparaît essentiel que ce travail auprès de la population permette une réflexion sur les pratiques soignantes et nourrissent les travaux universitaires de l'établissement qui doit devenir un réel institut. Pour que les actions du quotidien opèrent comme un catalyseur de la réflexion et permettent d'approfondir la qualité des soins apportés en milieu interculturel et valoriser l'expertise unique acquise en intervention en milieu multiethnique. Bref, que la création de l'institut universitaire devienne la clef de voûte de l'édifice CSSS de la Montagne.

De plus, ces projets aussi fondamentaux que nécessaires pour le développement de l'action spécifique du CSSS de la Montagne dans son territoire doivent s'effectuer avec une rigueur organisationnelle à la fois drastique et moderne, afin que la contribution publique soit utilisée à bon escient.

Enfin, le CSSS confirme, avec cet énoncé stratégique, les valeurs déclinées dans le dernier plan d'organisation stratégique de mai 2009 (élément mis en annexe).

¹ En conformité au plan de l'ASSSM et à la vision stratégique du CSSS DLM.

1. NOTRE ÉTABLISSEMENT

Le CSSS de la Montagne, issu de la fusion des CLSC de Côte-des-Neiges, Métro et de Parc-Extension en 2004, couvre un territoire de 220 000 habitants (12% de la population de Montréal) formant une sorte de quadrilatère bordé par l'autoroute métropolitaine au nord, la rue Hutchison à l'est, le boulevard Décarie à l'ouest et le tunnel de l'autoroute Ville-Marie au sud.

L'établissement, à la différence d'autres CSSS, ne gère pas de centre hospitalier ni de CHSLD. Pour autant, on trouve de très importants établissements (CHU Sainte-Justine, Hôpital général juif, CUSM) dans le territoire de la structure.

1. Court portrait populationnel

L'âge des habitants du territoire est comparable aux statistiques de Montréal et du Québec (15% de plus de 65 ans, 15.7% de moins de 15 ans). La seule différence notable concerne le groupe des 20-29 ans avec 19.1% (contre 15.6% à Montréal) expliquée principalement par la présence des universités et très secondairement par l'immigration récente de populations jeunes.

La principale caractéristique de la population du territoire « de la Montagne » est sa très importante pluriethnicité. On peut même parler dans ce cas d'hyperethnicité. En effet, 52% de la population est née à l'extérieur du pays (immigrants et résidents permanents). Le taux d'immigration s'établit à 47% contre 30.7% dans le reste de Montréal. Cette population « bigarrée » est parfois largement majoritaire dans un arrondissement. Ainsi le territoire de Parc-Extension comprend une population composée à 62% d'immigrants.

Ceci engendre un réel défi en matière de communication vis-à-vis de la population accueillie. Le corollaire à l'importance de la population immigrante est la vive diversité linguistique. 58.3% de la population parle une autre langue maternelle que le français ou l'anglais, et près de la moitié des locuteurs du territoire parlent une autre langue que les idiomes (grec, urdu, penjabi) de la province à la maison (105 langues recensées!).

Territoire d'immigration récente et renouvelée, le territoire du CSSS de la Montagne connaît une grande mobilité de sa population. Parallèlement, la présence très massive d'étudiants (3 universités dans la zone) et de ménages locataires explique aussi en partie que 48% des résidents du CSSS n'habitaient pas le même logement cinq ans auparavant².

² Par exemple, il y a un très haut taux de nouveaux immigrants (13.8 % au CSSS de la Montagne vs 7.5 % à Montréal) ainsi qu'une très grande proportion de ménages locataires (73.2 % au CSSS de la Montagne vs 62.1 % à Montréal). Ce qui explique une forte mobilité (48.2 % au CSSS de la Montagne vs 43.3 % à Montréal et 38.1 % au Québec).

Territoire partagé entre une frange nord aux conditions économiques précaires et une frange sud en quartier urbain de centre-ville à fort potentiel économique, le niveau de vie moyen de la population est très contrasté. De ce fait, le revenu moyen constaté (44 000 dollars, supérieur à celui de Montréal : 33 000 dollars) cache des disparités s'étalant de 17 000 (Parc-Extension) à 103 000 dollars (Westmount) selon les quartiers.

Cet écart financier statistique important se confirme dans les réalités sociales de la zone. En effet on trouve à la fois des personnes âgées seules (39% des plus de 65 ans) ainsi que des familles monoparentales en nombre significatif (28% des familles) et un chiffre fort important de ménages formés d'une seule personne (41.2%).

Enfin le taux d'emploi est plus faible dans le territoire (54.4%) qu'à Montréal et inversement le taux de chômage est plus important (11% contre 8.8%). Pareillement, si l'on ne trouve que 14.6% des plus de 15 ans sans diplôme d'études secondaires (moyenne Montréal : 21.5%), il apparaît, encore une fois, une forte dichotomie géographique puisque que ces personnes habitent essentiellement à Parc-Extension (41.5%³) et dans la moindre mesure à Côte-des-Neiges nord (18.1%).

Toutes ces données dénotent une zone économiquement fragile dans certaines périphéries avec des populations vulnérables réparties dans des arrondissements spécifiques (Parc-Extension, Côte-des-Neiges nord). Cela légitime la vision du CSSS de la Montagne de promouvoir les soins de première ligne et de mettre les enfants au cœur de l'action.

2. La santé en bref

Les éléments aperçus plus haut concernant les données statistiques socio-économiques de la population du CSSS de la Montagne vont se retrouver dans les éléments essentiels de la santé publique.

En effet, les taux de mortalité des grandes causes de décès (maladies de l'appareil circulatoire et cancers) sont inférieurs à la moyenne montréalaise (respectivement 230 décès/100 000 personnes et 190 contre 260 et 250) grâce à la présence de populations jeunes et immigrantes. Quant à elles, les autres grandes causes de décès (maladies de l'appareil respiratoire, traumatismes divers, suicides, accidents de transport) sont dans la moyenne statistique de l'île de Montréal (soit 55, 25, 10 et 2 décès /100 000 habitants).

Concernant l'impact du diabète sur la population du territoire, on constate une surreprésentation de ce type de pathologie dans le territoire du CSSS de la

³ Inversement on trouve 6% à Peter McGill et à Westmount.

Montagne, mais concentré dans un seul CLSC, Parc-Extension. Les statistiques démontrent que ce quartier connaît une prévalence du diabète⁴ (11% des plus de 20 ans en souffrent contre 6% dans le reste du territoire du CSSS et 7% à Montréal). Compte tenu des travaux de l'OMS, il est inévitable que le diabète se retrouve de façon importante chez les populations immigrantes venant des pays à faible revenu et installées dans le quartier déjà cité.

Parallèlement, la présence de bébés de petit poids⁵ suit la moyenne de Montréal (4.5% des naissances) sauf à Parc-Extension où elle représente 6.5% des naissances. Ceci montre, encore une fois, l'extrême variété du territoire (par comparaison, le nombre chute à 3.3% à Wetsmount).

Malgré les divers écarts statistiques recensés entre les différentes zones, cette partie montre le bien-fondé du CSSS de la Montagne et de sa vision de la première ligne.

3. Mission et fonctionnement du CSSS

Le CSSS a pour mission d'améliorer la santé et le bien-être de la population de son territoire. C'est la « responsabilité populationnelle ».

De ce fait, la Loi a donné comme mission à la structure les mandats principaux suivants :

- connaître et prendre en charge l'état de santé et de bien-être de sa population;
- coordonner et gérer l'utilisation des services mis à la disposition de sa population;
- gérer de façon optimale la gamme des services offerts;
- définir un projet clinique et organisationnel pour son territoire;
- informer et consulter sa population afin de l'impliquer et mesurer sa satisfaction.

De plus, ce CSSS soutient la réalisation de sa mission première par l'intégration d'une mission universitaire d'enseignement et de recherche spécialiste en interethnicité (équipes METISS: Migration, ethnicité et intervention en santé et services sociaux (FQRSC) et ERIT: Équipe de recherche en intervention transculturelle (FRSQ)).

Le CSSS de la Montagne est affilié (CAU) aux universités McGill et de Montréal et à l'Université du Québec à Montréal (UQAM). Ses activités de recherche et de formation sont en lien avec les services de santé et les services sociaux.

⁴ Les fréquences de surpoids, d'obésité et de sédentarité sont des causes du diabète selon l'OMS. 80% des décès dus au diabète se produisent dans des pays à revenu faible ou intermédiaire.

⁵ Bébés dont le poids à la naissance est inférieur à 2 500 g.

Plus de 1 110 employés travaillent au CSSS dont :

- 350 infirmières
- 14 sages-femmes
- 339 intervenants sociaux et de réadaptation
- 145 auxiliaires en SSS
- 203 employés de bureau
- 73 cadres
- 80 médecins (51 ETC); 31 résidents

Le budget avoisine les 84 millions de dollars.

Le CSSS de la Montagne est organisé de la manière suivante, autour d'une direction générale (qui comporte aussi la DSPM et la DPC⁶) et d'un conseil d'administration :

Quatre (4) directions opérationnelles :

- services généraux et services spécifiques (services de santé courants, enfance-famille-jeunesse, intervention éducative, personnel GMF, Maison Bleue, service sages-femmes et Maison de naissance, centre d'éducation à la santé, centre d'abandon du tabagisme, SIDEPE, école en santé, jeunes en difficulté, programme Crise Adolescent Famille Enfant; DI-TED/Déficience physique jeunes, santé mentale jeunes et adultes, dépendances, équipes connectées;
- programme PPLAV (perte d'autonomie liée au vieillissement et à la déficience physique : soins et services à domicile, équipe de psychogériatrie);
- PRAIDA (programme régional d'accueil et d'intégration des demandeurs d'asile) : services psychosociaux, services médicaux et infirmiers;
- service régional Info-Santé (assistance santé par téléphone).

Deux (2) directions fonctionnelles ou organiques :

- direction des ressources humaines et du développement organisationnel;
- direction des ressources financières, techniques et informationnelles.

Trois (3) directions de soutien à l'action et à la réflexion :

- direction de la qualité, de la mission universitaire et de la pratique multidisciplinaire;
- direction des soins infirmiers;
- direction de la santé publique et programme Santé au travail.

⁶ Direction des services professionnels et médicaux (gestion des équipes professionnelles, médicales, résidents et de soutien) et direction du partenariat et des communications.

2. LA CLEF DE VOÛTE DU PROJET STRATÉGIQUE : VERS L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE LA MONTAGNE

La volonté de créer un institut universitaire au sein du CSSS de la Montagne vient du désir de l'établissement de faire reconnaître son expertise en « intervention dans un contexte interethnique » au plus haut niveau. Organisme chercheur, formateur et de rayonnement, le CSSS doit devenir universitaire à part entière afin de « sacraliser » tout un savoir-faire issu du travail quotidien de l'ensemble de ses professionnels. Pour autant, devenir institut n'est pas atteindre un panthéon, mais permettre au fruit de l'œuvre quotidienne exercée au CSSS d'aller plus loin dans l'excellence du service rendu à la clientèle. Mais c'est aussi s'ouvrir à la recherche théorique et pratique internationale afin d'organiser des transferts de connaissances vers les agents du CSSS et tout le réseau de la santé et des services sociaux.

En 2007, le CSSS de la Montagne a maintenu son statut de centre affilié universitaire (CAU) en tant que nouvel établissement dans lequel étaient inclus les trois CLSC Métro, de Parc-Extension et de Côte-des-Neiges. Le statut de CAU avait été acquis auparavant par le CLSC de Côte-des-Neiges, en 1997. Par l'obtention de cette désignation universitaire, le CSSS de la Montagne s'est engagé vers une quête constante de qualité et d'excellence des services qu'il dispense, en intégrant des activités d'enseignement, de recherche et de formation dans sa mission de soins et de services.

Cette mission, qui conjugue les savoir-faire et les expériences du milieu de pratique et du milieu universitaire, vise l'amélioration de la justesse des interventions cliniques, le développement des pratiques exemplaires, ainsi que l'avancement des connaissances dans le domaine de la santé et des services sociaux. Elle contribue également au maintien de l'expertise du CSSS en matière d'intervention de première ligne en contexte pluriethnique et à la reconnaissance publique de cette expertise, et s'inscrit au cœur de l'objectif d'un établissement désigné universitaire⁷: celui d'être un centre d'excellence qui contribue à l'amélioration continue des programmes offerts à la population et à la formation des intervenants et des chercheurs.

Trois contrats d'affiliation sont actuellement associés à ce statut de CAU. Un premier lie le CSSS à l'Université McGill à laquelle est aussi rattachée l'Unité de médecine familiale, un second à l'Université de Montréal et un troisième à l'UQAM. Le CSSS détient également un contrat avec l'Université du Québec à

⁷ À titre d'exemple, le *Guide d'intervention clinique sur l'adaptation des services à la diversité culturelle* ou la rédaction et la présentation d'un mémoire à la commission Bouchard-Taylor au nom de l'ensemble des CSSS de la région de Montréal ont contribué au rayonnement de la mission universitaire du CSSS de la Montagne.

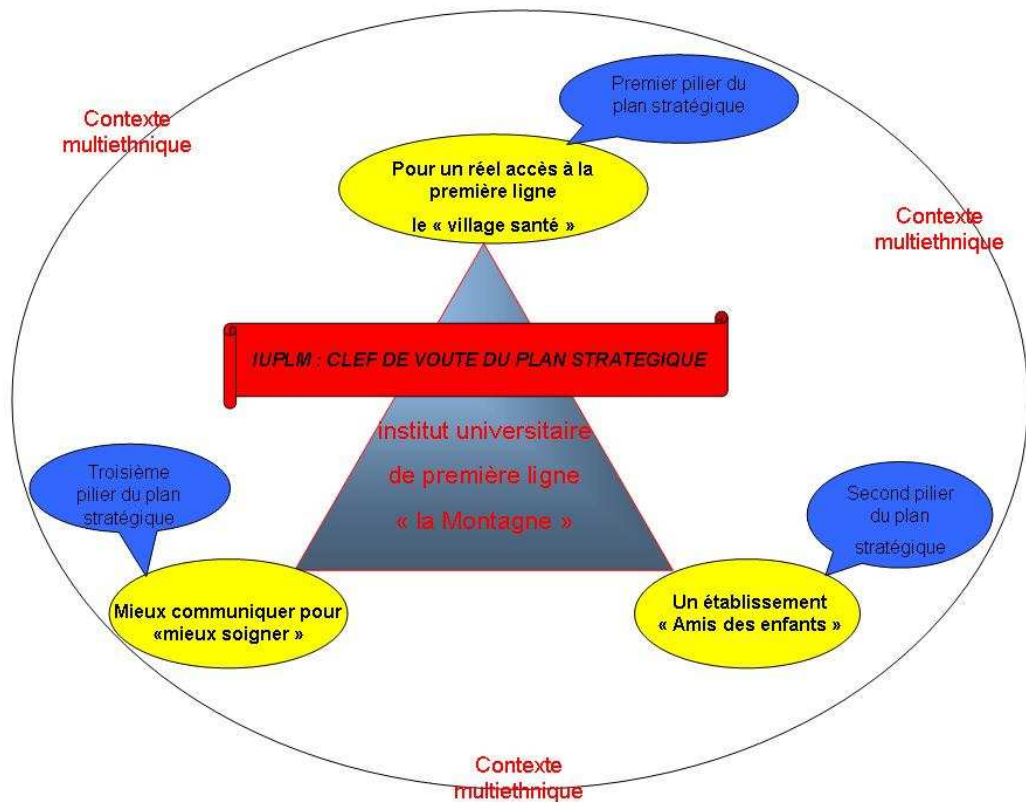
Trois-Rivières pour la pratique sage-femme ainsi que des contrats d'enseignement avec d'autres universités, maisons d'enseignement de niveaux collégial et secondaire au Québec. Parallèlement, l'établissement accueille des stagiaires universitaires étrangers.

Dans le cadre de son prochain renouvellement prévu au printemps 2013, le CSSS de la Montagne déposera sa candidature pour devenir institut universitaire.

Au-delà de l'obtention de ce label spécifique, la pensée stratégique sous-jacente est la création du premier institut universitaire dévolu à l'expertise en première ligne.

La réalisation de ce programme, déjà entamé pour l'obtention du CAU, permettra au futur Institut universitaire de la Montagne de devenir l'acteur incontournable de l'édification d'une vraie première ligne au Québec.

Parallèlement, le CSSS continuera de renforcer son expertise en recherche et en pratique clinique dans le domaine pluriethnique.



3. LES TROIS PILIERS DU PLAN STRATÉGIQUE

Orientation 1 : Pour un réel accès à la première ligne, le « grand dessein »

Le plan stratégique développé par le ministère de la santé et des services sociaux prévoit qu'à l'horizon 2015, 70% des Québécois puissent avoir un accès théorique (prendre un rendez-vous) à leur médecin de famille. Cela sous-entend qu'aujourd'hui l'accès à la première ligne, soit se faire soigner dès nécessité, pose problème et ne permet pas à la clientèle de trouver une réponse adéquate à son besoin essentiel de santé. De ce fait, elle se tourne souvent vers les urgences⁸. Cela représente une réelle « inégalité sociale de santé »⁹ entre les personnes qui ont facilement accès à un service de santé et ceux qui ne se soignent qu'en dernière extrémité. « La proportion des personnes ayant ressenti le besoin de consulter un médecin sans en avoir vu¹⁰ un permet de constater un gradient décroissant, à savoir : les Montréalais de milieux défavorisés connaissent des expériences moins favorables aux plans de l'accessibilité et de la continuité des soins que les personnes les plus fortunées » reprend le rapport déjà cité en référence. On retrouve le même genre de problématique, plus ou moins, dans l'accessibilité des services sociaux (trouver le bon interlocuteur). Encore une fois la même source précise qu'en dépit de son « caractère universel, le système de santé laisse de côté de nombreuses personnes ».

Il est terrible de constater que même quand le service est gratuit, l'accessibilité des plus démunis reste compliquée. Bref, la première ligne peut paraître une illusion rien qu'en sa terminologie, car elle ne signifie rien à ceux qui devraient en bénéficier.

Face à ce constat difficile au rapport des moyens alloués¹¹, quelle serait la bonne réponse à apporter à la problématique de la première ligne?

La première hypothèse serait d'augmenter drastiquement la main-d'œuvre du système de santé et de services sociaux¹². Ceci n'est pas de l'autorité du CSSS. En revanche, il est de sa responsabilité populationnelle et territoriale d'organiser au mieux la prise en charge de la clientèle.

⁸ 45% de la population se rendant aux urgences attend plus de 4 heures avant le premier soin contre 30% dans le reste du Canada selon l'Institute of Health Economics (données 2010).

⁹ Rapport du directeur de santé publique 2011 de l'ASSSM.

¹⁰ À titre indicatif, en Allemagne comme au Pays-Bas quasiment 100% de la population a accès à un médecin traitant selon l'Institute of Health Economics (données 2010).

¹¹ 5 260 dollars par habitant (Québec 2010) contre 4 000 dollars en France et 4 400 au Danemark. http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/ppt/internet/nhex_presentation_2011_fr#283,23, Total des dépenses de santé par habitant, en dollars américains, 29 pays sélectionnés, 2009.

¹² On ne compte au Québec que 2.35 médecins par habitant contre 3.8 en Autriche et 3.9 en Norvège d'après l'IHE.

Compte tenu de ces éléments le CSSS de la Montagne a décidé, après une importante réflexion à l'interne, de promouvoir une approche novatrice de « village santé ». Il s'agit d'offrir à la population, dans un espace dédié et facilement accessible, un ensemble de services de santé et sociaux. Plus concrètement, l'idée est d'offrir un service de « santé au bout de la ligne » à la population dont le premier réflexe, en cas de maladie ou de difficulté psychosociale, deviendra, après une importante campagne de communication et d'information, de se rendre dans cet endroit unique où prise en charge globale et lien social sont assurés. Ceci permettra et l'accessibilité aux personnes les plus vulnérables (tout en un sur un seul site, « all inclusive ») et la rationalisation de l'organisation, car de l'omnipraticien au travailleur social en passant par le préposé à l'accueil, tous travailleront ensemble pour accroître l'état de santé de la population. Cette notion d'espace unique doit aussi permettre l'adjonction de services périphériques aussi bien médicaux (certaines spécialités de seconde ligne, exemple : dermatologie) que sociétaux (entraide communautaire, espaces culturels et sportifs).

La vision du CSSS n'est pas de créer un CLSC « plus », mais de re conceptualiser la notion de première ligne (prise en charge globale de la clientèle) et de le concrétiser dans un lieu connu par la population.

Ce type de structure intégrée existe déjà aux États-Unis (exemple : Codman Health Square Center de Boston). Cet exemple a montré comment une offre sociosanitaire et communautaire de territoire pouvait permettre une redynamisation de l'espace urbain et satisfaire les besoins essentiels de la clientèle. En outre, afin de créer ce type d'institution il est nécessaire de trouver un lieu ressource et connu (pour le CSSS, l'Hôpital de Montréal pour enfants qui doit déménager en 2015) pour qu'il soit facilement identifiable par la population du territoire.

Avec ce type de projet encore inconnu au Québec¹³, le CSSS de la Montagne invente une réponse au défi de la « première ligne » et va tenter d'offrir au « modèle montréalais » un début d'existence ancré dans un patrimoine dédié à la santé et au bien-être de la clientèle. C'est un grand « dessein » répondant à une problématique récurrente et qui n'a jamais trouvé de réalité inspirante jusque-là.

En conclusion, c'est inventer pour mieux soigner.

Pilier 2 : Un établissement « Amis des enfants »

Le rapport sur la santé publique 2011 à Montréal montre à la page 5 que la mortalité infantile et le taux de mortalité chez les moins de 20 ans ont largement

¹³ Couplé au rehaussement futur du GMF + UMF qui permettront une augmentation de l'accessibilité pour notre population à des soins de première ligne.

baissé aux décennies précédentes. On ne peut que se satisfaire de ces données. Pour autant, en dehors de ces éléments concernant la mortalité, la santé des enfants est-elle réellement meilleure?

Le constat est au contraire insatisfaisant. Les inégalités concernant les problèmes d'accès aux soins sont alarmantes. Or, peut-on admettre que les enfants, richesse de demain, soient les premiers à souffrir des défaillances du système? Quelques chiffres peuvent permettre de mieux saisir l'alpha et l'oméga de ce constat.

Tout d'abord les familles à faible revenu avec des enfants de 0 à 5 ans sont trois fois plus nombreuses à Montréal¹⁴. Ensuite, « alors que les enfants des milieux défavorisés consultent moins de pédiatres et d'autres spécialistes que les enfants des milieux favorisés, ils fréquentent davantage les services d'urgence et sont plus souvent hospitalisés ». Et leur risque de carie « s'accroît de 112% »¹⁵. On pourrait répéter d'autres exemples quasiment à l'infini. « Naître pauvre, c'est risquer d'avoir plus de problèmes d'asthmes ou d'otites. Avoir un risque élevé d'embonpoint dès 6 ans. » Et ces difficultés d'accès au système sociosanitaire¹⁶ se répercutent aussi sur la scolarité puisque, par exemple, 54% des garçons issus des milieux défavorisés n'ont pas de diplôme d'études secondaires (décrochage scolaire).

Une fois ces éléments présentés, quelle réponse le CSSS de la Montagne peut-il apporter à cette problématique?

Certains « facteurs protecteurs » permettent de limiter l'impact des inégalités de revenu sur l'état de santé des enfants issus des milieux défavorisés. Il est de la responsabilité populationnelle du CSSS de les mettre en place dans son territoire. Les « facteurs protecteurs » pourraient se résumer en deux slogans généraux (généreux), très porteurs de sens et d'identité : « Amis des bébés » et « Amis des enfants »¹⁷.

« Amis des bébés » car le CSSS a mis en place un programme autour de l'allaitement maternel, meilleur rempart contre les maladies des 0-5 ans. « Amis des bébés » en favorisant leur venue au monde (Maison de naissance). « Amis des bébés » car le CSSS a créé les « Maisons Bleues » (deux sont en fonctionnement) permettant aux femmes vulnérables de vivre une grossesse harmonieuse avant de donner la vie. « Amis des bébés » avec la création de la clinique « bébé dent » pour prévenir les caries des enfants en bas âge. « Amis

¹⁴ Rapport sur la santé publique p. 9.

¹⁵ Ibid. p.13. 13 500 hospitalisations seraient dues à l'insuffisance de soins selon le rapport « la pauvreté et ses répercussions sur la santé des jeunes de moins de 18 ans ».

¹⁶ Ces difficultés d'accès génèreraient 20% des coûts de santé par une sur fréquentation des systèmes d'urgence.

¹⁷ Le Child Friendly Cities Initiative (CFCI) est un programme UNICEF <http://www.childfriendlycities.org>

des bébés » avec le projet « Relis-moi une histoire »¹⁸ favorisant l'apprentissage de la lecture et permettant une meilleure maturité à l'âge de la scolarité.

Après ces premières mesures, à maintenir et à développer, c'est aussi favoriser l'accès des parents à un moyen de garde permettant de stimuler les enfants ou permettre l'obtention d'un soutien sociosanitaire de qualité, en capacité de résoudre le défi de prise en charge en milieu multiethnique.

Cela sous-entend que dans le « village santé » présenté plus haut, un espace dédié à la petite enfance sera mis en place. Obtenir facilement l'avis d'un spécialiste, du simple conseil à l'aspect curatif grâce à une large palette de praticiens (pédiatre, éducateur, etc.) accessibles au même endroit. Au-delà des bébés et de la petite enfance l'idée est que tous les enfants soient amis du CSSS, qu'ils n'y attendent jamais¹⁹ un soin et que l'établissement réinvente leur prise en charge en prenant compte de leur avis et de leurs difficultés.

De ce fait, être « Amis des enfants » c'est aussi dynamiser le réseau local de santé autour de l'enfant avec l'aide de nombreux partenaires (notamment le CHU Sainte-Justine ou la Fondation du Dr Julien).

« Amis des enfants » c'est, enfin, jouer sur l'espace au milieu du «village santé» afin de leur réserver un accès et des services privilégiés. Imaginer des couleurs et un environnement inspirant pour que les jeunes puissent venir consulter tant sur leurs problèmes de santé (pensons à l'apprentissage de la sexualité, aux problèmes de nutrition) que sur leurs difficultés d'être des adultes en devenir (santé mentale). Mais c'est aussi réunir cette clientèle pas comme les autres pour qu'elle puisse être représentée dans des organismes locaux de consultation. À savoir apprendre à vivre sa santé comme un apprentissage à sa vie civique.

En conclusion, c'est appréhender les besoins des enfants autrement pour que ces derniers, souvent issus des milieux défavorisés dans le territoire de la Montagne, puissent avoir un accès le plus large possible à la planète « être en santé ».

Pilier 3 : Mieux communiquer pour mieux prendre soin

Le dernier rapport d'Agrément Canada (2010) précise que 90.09% de la clientèle est satisfaite de sa relation avec le CSSS et que 86.01% des usagers apprécient les prestations servies par l'établissement. Parallèlement, on retrouve un

¹⁸ L'entente conclue entre le CSSS de la Montagne et le Centre de fluidité verbale de Montréal en 2009 visait l'adaptation en français du programme *Relis-moi une histoire* ainsi que son évaluation. Ce programme, offert en classe et complémentaire au curriculum scolaire, vise à favoriser le développement langagier et la littérature auprès d'enfants de prématernelle de 4 ans lors d'atelier autour du livre.

¹⁹ Campagne « aucun enfant n'attend au CSSS de la Montagne ».

pourcentage tout aussi satisfaisant concernant l'appréciation de la qualité de l'organisation des services (83.44% d'opinions positives).

Si l'on observe ces chiffres, cela démontre que non seulement le CSSS est bien intégré et connu de sa «file active», mais que ses services sont reconnus et appréciés. Il en découle que sa communication interne et externe avec sa population cible doit être satisfaisante.

Pour autant, ces données, aussi fiables soient-elles, ne permettent pas d'observer l'implantation réelle du CSSS dans son territoire²⁰, car ne mesurant que le rapport avec la clientèle venant à la structure²¹. Il est de la responsabilité populationnelle de l'établissement d'aller à la recherche de la clientèle ayant des besoins à couvrir, mais n'osant pas ou ne sachant pas s'adresser au CSSS.

L'idée de ce pilier stratégique est de bâtir une communication pour aller à la rencontre de la population du territoire de la Montagne et littéralement « raccrocher » les populations les plus vulnérables à l'offre locale de première ligne. À savoir mieux communiquer pour mieux soigner ceux qui en ont besoin.

Compte tenu de cet état des lieux, le CSSS de la Montagne propose d'agir de la façon suivante :

- connaître le sentiment de la population sur l'établissement par une enquête de notoriété puis par un sondage d'impact populationnel (sa vision de ses besoins)²²;
- fédérer l'action des réseaux locaux communautaires en matière d'apprentissage d'accès à la santé par un forum annuel;
- organiser des campagnes générales (CSSS le soin près de chez vous...) et/ou ciblées (vaccination...) au plus près de la clientèle (distribution par les écoles et les CPE);
- favoriser la distribution ponctuelle d'une plaquette simplifiée et multilingue de présentation du CSSS et de ses services;
- éditer une version annuelle du « *Fil conducteur* » (type « best of » des actions dans le territoire) et le faire distribuer par le réseau «publisac»;
- « membership » populationnel²³ : à savoir construire un lien interactif avec la population;
- information directe et systématique de dépistage et de prévention pour les personnes âgées de 75 ans et plus (un partenariat avec le CSSS Cavendish).

²⁰ «file active» : statistiques de 2 500 usagers sur 25 000 clients recensés.

²¹ Un sondage de notoriété de juin 2011 indique que 59% des sondés connaissent l'existence d'un CSSS dans le quartier «de la montagne ». Le faible taux de participation (54.6% sur 2 385 personnes de Montréal tous CSSS confondus) rend ces éléments statistiques très sujets à caution.

²² Ces sondages devront être réalisés tous les deux ans pour voir l'évolution des données et pouvoir éventuellement repenser la communication.

²³ Informer la population en direct par le biais de SMS, courriel, etc.

4. LES ÉLÉMENTS STRUCTURANTS DE L'ACTION

Nous avons vu précédemment les fondements opérationnels des actions futures qui seront menées par le CSSS de la Montagne. Il convient à présent d'énoncer les garants professionnels et structurants des perspectives stratégiques énoncées plus haut.

1. Excellence et qualité

Le CSSS se doit d'offrir des services d'excellence et de qualité à sa clientèle. Cela sous-entend toujours réfléchir sur la production des services rendus et la capacité collective de l'établissement et de ses équipes à intégrer en permanence la logique d'évaluation continue de la qualité (continuum des plans d'action des équipes qualité, démarche triennale d'agrément et révision de la désignation de centre affilié universitaire).

En effet, le CSSS de la Montagne n'est plus dans l'idée de promouvoir une démarche d'amélioration continue de la qualité, mais de la faire vivre au quotidien comme pratique ordinaire des équipes professionnelles. À savoir favoriser l'éclosion des partenariats les plus divers; permettre l'accès des intervenants à la formation, faire réfléchir et soutenir les agents à leur action, favoriser l'imagination, promouvoir l'innovation dans la raison et faire de ces éléments les axiomes structurants d'une démarche qualité assumée et active.

Cela sous-entend de respecter les commandes d'Agrément Canada, renouvellement en 2013²⁴, non pas à cause de l'obligation réglementaire qui lie la structure, mais à cause de l'obligation ordinaire de prestations de qualité qui nous lie à la clientèle. De ce fait, excellence et qualité n'ont de sens que si elles consistent en améliorations constantes permettant une appréciation du service rendu à la clientèle. Développer des bonnes pratiques professionnelles permettant l'inclusion de la clientèle dans le processus de création de soins et de services sociaux de qualité nécessite une communication adaptée en amont et proche autant des agents que des bénéficiaires.

2. Productivité et démarche «Lean »

Les notions d'excellence et de qualité ne peuvent s'entendre sans une réflexion autour de la notion de la productivité des actions menées. À quel coût une action peut-elle ou doit-elle être menée? Comment apporter un meilleur service rendu à la clientèle associé à un épanouissement des professionnels dans leur travail tout en économisant la ressource publique? Cela sous-entend de revoir les processus afin de mieux travailler et de réaffecter le temps économisé à la

²⁴ Conditionne le maintien du CAU et l'éventuelle obtention de la désignation d'institut.

production de soins destinés à la clientèle. La démarche « Lean »²⁵ doit permettre au CSSS de revoir son fonctionnement de fond en comble.

L'implantation d'une telle démarche est toutefois un défi important puisqu'elle suppose plusieurs changements de paradigmes.

- Le passage d'une gestion d'activités distinctes à une gestion de processus qui tient compte de l'ensemble du continuum de soins et de services que l'utilisateur reçoit.
 - Ces processus se doivent d'être simples, flexibles pour être en mesure de s'adapter à la complexité des besoins d'un usager plutôt que d'être au service du système, de l'organisation.
- Une gestion axée sur les résultats auprès de la population plutôt qu'une gestion des activités et des ressources.
 - Ceci implique l'accès à une information de qualité, signifiante et significative.
- La mise en place d'une structure qui permet de distinguer la gestion des opérations, de la gestion des initiatives de façon à permettre une amélioration continue.
 - La démarche « Lean » considère que ceux qui sont les mieux placés pour identifier les problèmes, pour identifier les sources de gaspillage, pour élaborer des solutions sont les acteurs de la prise en charge. Mais ces derniers sont souvent pris dans les opérations, n'ont pas le temps de prendre du recul.

Pour que l'approche « Lean » s'intègre à la culture organisationnelle, le CSSS de la Montagne a élaboré une stratégie visant la contamination positive à partir des travaux réalisés dans une des directions cliniques (un coordonnateur en assurant la mise en œuvre).

Le CSSS de la Montagne a profité d'un projet régional pour implanter le « Lean » au sein du programme « Perte d'autonomie liée au vieillissement et à la déficience physique ». Les travaux dans cette équipe ont commencé au printemps 2011 et avancent à un rythme soutenu. Trois « Kaizen » ont été réalisés et des pistes d'optimisation, novatrices et intéressantes pour les usagers, sont en cours d'implantation²⁶. Les travaux dans cette direction vont se poursuivre au cours des prochaines années.

Tout au long des années 2012-2015 le CSSS s'engage à réviser l'ensemble de ses processus. Certains ont déjà été revus ou sont en voie de l'être très prochainement comme :

²⁵ Lean = maigrir. Fondée par l'entreprise Toyota, elle est destinée, par le biais d'un séminaire d'équipe (Kaizen), à alléger le travail superflu contenu dans certains processus.

²⁶ Une d'entre elles permet aux personnes âgées sortant de l'hôpital et nécessitant des soins de bénéficier de façon précoce de services de réadaptation à domicile. Une autre permet à certains usagers de bénéficier d'un programme de dépistage.

- Le cheminement de l'utilisateur en santé mentale;
- Le processus de dotation en ressources humaines;
- Le processus de préparation des salles d'examen avec le service d'approvisionnement.

Le pari fait pour ces deux derniers processus est qu'en améliorant et en simplifiant, le CSSS va faire une utilisation plus efficace de ses ressources.

À terme, l'établissement se caractérisera par des processus simples, fluides, flexibles, centrés sur les besoins des usagers. De plus, améliorer la réactivité de notre organisation, c'est aussi améliorer la qualité des services offerts, augmenter l'accessibilité à ces services par des solutions simples, faciles à implanter, sans ajout de ressources supplémentaires.

Gageons qu'en agissant de la sorte, le CSSS de la Montagne pourra faire plus avec les mêmes ressources.

3. Technologies de l'information

Au cours des dernières années, les nouvelles plateformes, les outils et les systèmes d'information se succèdent en santé. Devenues incontournables, les technologies de l'information (TI) révolutionnent les façons de concevoir et de donner des soins de santé et des services sociaux. Le rôle des TI est aussi en mutation puisque la capacité des cliniciens d'offrir un service efficacement et de qualité est désormais liée de façon intrinsèque aux systèmes en place.

Le CSSS de la Montagne place les technologies de l'information au cœur de sa vision d'établissement et déploie des efforts substantiels pour arrimer sa vision clinique des soins de santé et des services sociaux aux capacités technologiques actuelles. Cet arrimage vise à soutenir l'efficacité de ses intervenants ainsi qu'à favoriser un environnement de travail optimal.

Dans ce contexte, le dossier patient numérisé (DPN), le dossier clinique informatisé (DCI) et le dossier de santé du Québec (DSQ) sont des exemples parfaits de systèmes d'information structurants dans le domaine de la santé. Ils forment un des piliers du système d'information du CSSS de la Montagne. L'établissement capitalise sur la récente implantation d'OACIS²⁷ pour rendre le dossier patient numérisé universel et accessible.

²⁷ Oacis signifie Open Architecture Clinical Information. Oacis est une application qui rassemble des données cliniques et les rend accessibles aux cliniciens et médecins. Actuellement, Oacis rend disponibles les formulaires numérisés qui constituaient auparavant le dossier papier. Seront bientôt disponibles via Oacis, la saisie des notes évolutives, les signes vitaux, la liste de médicaments, les résultats de laboratoire.

D'autres piliers du développement des TI seront des facteurs permettant un accroissement du système d'information mis en place, exemples :

- la dotation de terminaux de mobilité (tablettes, smartphone, pc portables) reliés au réseau pour les intervenants hors les murs;
- le développement de la vidéo conférence pour restreindre les transports inutiles.

En conclusion, on peut préciser que le CSSS de la Montagne participe au développement d'un système global d'information en cohérence avec sa démarche d'offrir des soins de première ligne réactifs, avec un minimum de perte de temps organisationnel. De ce fait, cela permettra aussi à terme un accroissement de la connaissance de la productivité (utilisation du logiciel Logibec) en permettant aux intervenants de mieux rapporter leurs statistiques et ainsi mesurer leur réelle activité.

4. Sécurité des soins et des services

La culture de sécurité des soins et des services « désigne un ensemble cohérent et intégré de comportements individuels et organisationnels, fondé sur des croyances et des valeurs partagées, qui cherche continuellement à réduire les dommages à la clientèle, lesquels peuvent être liés aux soins »²⁸.

Par «ensemble cohérent et intégré de comportements», il est fait référence à des façons d'agir, des pratiques communes, mais aussi à des façons de ressentir et de penser partagées en matière de sécurité des soins. La sécurité des soins et des services tend à limiter au maximum le risque d'événements indésirables dans les rapports entre les intervenants (personnel soignant, travailleurs sociaux) et la clientèle²⁹.

Le CSSS de la Montagne unit l'amélioration de la qualité et la prestation sécuritaire des services au développement des programmes et des activités qu'il offre à la population. Le personnel participe à l'atteinte de la qualité et de la sécurité, et la culture que l'établissement souhaite instaurer vise l'appropriation de cette préoccupation dans les activités professionnelles et de gestion de chacune des équipes de travail.

Cette vision implique le développement d'une vue d'ensemble des activités et l'intégration des éléments suivants dans tous les secteurs du CSSS :

- Les normes de pratiques reconnues quant à la qualité, à la mission universitaire et à la pratique multidisciplinaire. Ces standards de qualité

²⁸ Selon l'European Society for Quality in Health Care.

²⁹ Un événement indésirable est un événement défavorable pour le patient, plus lié aux soins (stratégies et actes de traitement, de diagnostic, de prévention, ou de réhabilitation) qu'à l'évolution de la maladie. Est considéré comme grave un événement associé à un décès ou à une menace vitale, à un handicap ou à une incapacité, ou enfin, à une prolongation d'hospitalisation d'au moins un jour.

- sont requis et évalués par les instances qui posent un regard externe sur les activités du CSSS (cadre légal, normes d'agrément, normes d'affiliation universitaire, etc.);
- L'application d'une démarche et de principes éthiques dans les activités de l'établissement et dans les prises de décisions;
 - Les constats et les pratiques exemplaires découlant des activités de recherche réalisées par le centre de recherche et de formation (CRF)
 - La prise en compte de la littérature scientifique et des données probantes dans le développement des activités, ainsi que l'évaluation des processus et des programmes mis en œuvre par le CSSS.

Les données de gestion des risques dont nous disposons indiquent que :

- De nombreuses activités de formation offertes au personnel abordent des sujets visant le développement des pratiques professionnelles et la prestation sécuritaire de services. À titre d'exemples : l'intervention de crise, le suicide chez les adolescents, le plan d'intervention individualisé, le diabète, les soins palliatifs, le secourisme d'urgence, les punaises de lit, les séminaires en éthique, le dossier patient numérisé, etc.
- Plusieurs documents en soutien à la qualité et à la sécurité des pratiques professionnelles sont produits par le CSSS³⁰.
- Une politique d'interprétariat a été élaborée et adoptée par le CSSS en vue de soutenir l'intervention en contexte de diversité culturelle.
- De nombreuses discussions de cas se tiennent au sein des programmes afin d'ajuster les plans d'intervention lors de situations cliniques complexes. L'éthicien, la responsable de la qualité et la responsable du travail social et de la pratique multidisciplinaire soutiennent les programmes dans leurs prises de décision dans ces circonstances complexes.
- La conseillère à la qualité et gestionnaire de risques participe depuis 2010 aux activités d'accueil des stagiaires afin de les sensibiliser à la gestion des risques au CSSS ainsi qu'à la déclaration des incidents et des accidents.

5. Ressources humaines

Le CSSS de la Montagne met au cœur de sa mission le développement professionnel des personnes afin de les rendre plus efficaces auprès de la clientèle (formation continue) tout en se positionnant sur les manières de pallier

³⁰ Mentionnons le Cadre de référence sur la pratique en nutrition, le Cadre de référence sur la supervision clinique, un formulaire de plan d'intervention plus adapté aux besoins de tous les programmes, un formulaire pour le consentement du 2^e parent afin de formaliser une approche systémique en travail social, un Guide pour les intervenants qui sont appelés à témoigner à la Cour et un Cadre de référence sur le préceptorat.

le déficit de professionnels dans certains secteurs (soins infirmiers...) en attirant des talents et en permettant à ses intervenants de pouvoir se réaliser dans leur domaine d'emploi. À savoir la bonne personne à la bonne place, bien dans son travail et ouvert aux besoins du public.

Plus concrètement, en s'appuyant sur le tryptique énoncé plus haut, c'est offrir aux membres de notre personnel un parcours professionnel riche, stimulant et à la mesure des défis de notre époque : conjuguer l'approche humaine avec l'efficacité, la disponibilité avec la reddition de comptes, le rythme soutenu des mandats avec un équilibre de vie nécessaire.

Il s'agit de promouvoir un établissement dynamique et reconnu qui se démarque par la souplesse de son organisation et de ses processus, et surtout par sa créativité et par la mise en place de projets novateurs pour la population. C'est aussi favoriser une amélioration continue, moteur de notre développement et repère fondamental qui oriente le CSSS. L'établissement vise à ce qu'elle soit une source d'inspiration de toute action et qu'elle incarne l'ensemble des projets cliniques et administratifs.

Parmi les éléments de ce positionnement distinctif, on se doit d'insister sur la qualité du milieu de pratique professionnelle et du milieu humain : accueil de la direction générale auprès de tous les employés, support des cadres, préoccupation face aux attentes du personnel, opportunités de participer à des projets de recherche, soutien du personnel de la direction des ressources humaines, occasions de socialisation et programme de mise en forme subventionné, etc.

En substance, le CSSS de la Montagne mise sur la qualité des relations avec les personnes et les collègues afin de permettre un milieu de vie susceptible d'attirer une relève nécessaire et de garder son personnel si précieux pour la viabilité du réseau actuel.

Parallèlement à ces principes mobilisateurs de l'action au service de la ressource humaine, l'établissement investit dans une série de projets « Lean » susceptibles d'améliorer la qualité de ses processus et son service aux cadres et aux employés.

Pour ce faire :

- plan de développement des ressources humaines (PDRH) 2012-2015 (ensemble de mesures d'attraction et de rétention, formation);
- appréciation annuelle du personnel;
- projets de recherche en lien avec la mission universitaire;
- monitoring d'indicateurs et projets « Lean »;
- aménagement du temps de travail : horaire de 4 jours;
- programme santé subventionné : yoga, weight watchers, pilates, zumba.

En définitive, l'ensemble de ces visions et des actions autour des ressources humaines doivent permettre de créer un esprit « CSSS DLM », conscient des défis à relever et pleinement opérationnel quant au service à rendre à la clientèle.

6. Pour un développement durable

Le CSSS de la Montagne a mis en place depuis 2009³¹ une politique de développement durable prenant le relais de sa politique environnementale inaugurée en 2006 et destinée à grouper les actions de tous les professionnels de l'établissement autour d'une approche visant la réduction de l'empreinte écologique de ses actes, de la production de soins et de services sociaux en passant par l'entretien de ses bâtiments ou la mise en valeur de comportements proenvironnementaux. À savoir mieux gérer son quotidien afin de promouvoir la durabilité comme principe d'action initial de tout acte.

Très précisément, le développement durable s'entend d'un développement qui répond aux besoins du présent sans compromettre la capacité des générations futures à répondre aux leurs. Le développement durable s'appuie sur une vision à long terme prenant en compte le caractère indissociable des dimensions environnementale, sociale et économique des actions humaines.

Premier établissement de santé au Québec engagé dans le développement durable, le CSSS de la Montagne s'est emparé de cette matière et l'a opérationnalisé en une double action mêlant *Politique de développement durable* et *Plan d'action en développement durable (2010-2012)*.

La mission "développement durable" du CSSS DLM est triple :

- appuyer les organismes environnementaux de son territoire dans la réalisation d'activités environnementales structurantes (verdissement du quartier, agriculture urbaine, environnement bâti favorable aux transports actif et collectif, etc.);
- mettre en œuvre des mécanismes institutionnels qui réduisent l'impact écologique de ses établissements (politique de réduction du papier par exemple³²);
- inciter les employés à faire des choix individuels « éclairés » (vélo libre-service).

Puisque la qualité de l'environnement est un déterminant de la santé (au même titre que l'alimentation, l'exercice physique, etc.), le développement durable

³¹ « Les fondements de la santé humaine dépendent d'écosystèmes sains et stables », préambule de la décision du CA du 5 mai 2009.

³² Quasiment 80% des matières utilisées au CSSS DLM sont recyclées.

s'intègre au domaine de la santé publique afin de promouvoir un environnement urbain favorable à la santé.

L'établissement s'est doté d'une structure organisationnelle pour assurer de façon permanente la mise en œuvre sa *Politique de développement durable* :

- le conseil d'administration adopte la politique et est destinataire du bilan d'activités annuel;
- la direction générale assume l'imputabilité de l'actualisation de la politique et désigne les directeurs responsables de sa mise en œuvre;
- le comité de développement durable agit comme comité conseil auprès de la direction de santé publique qui, de pair avec l'agente (APPR) en développement durable, est la direction-conseil responsable du suivi de la mise en œuvre de la politique dans l'organisation;
- les équipes vertes agissent volontairement sur les différents sites de l'organisation afin de mettre en œuvre des actions locales en accord avec les principes du développement durable (plantations arboricoles, arrachage d'herbe à poux).

Ces éléments autour de la notion de développement durable ont montré comment le CSSS de la Montagne intégrait cette variable dans son action structurant la vision stratégique afin d'assumer sa responsabilité populationnelle au-delà de sa mission première.

5. LOGIGRAMME D' ACTIONS

Voir document mis en annexe.

VALEURS ÉNONCÉES DANS LE PLAN D'ORGANISATION 2009-2012 DU CSSS DE LA MONTAGNE

(Document adopté par le conseil d'administration le 5 mai 2009 et révisé le 2 février 2010)

Les valeurs du CSSS de la Montagne constituent le cadre de référence qui guide l'organisation et la prestation des services. Elles sont des points de repère qui représentent **qui nous sommes** et l'idéal auquel nous aspirons. Elles s'articulent en deux volets distincts mais complémentaires dans nos interventions ainsi que dans nos activités de gestion.

Les valeurs du CSSS visent toutes la dispensation de services de qualité, qui tient compte des meilleures pratiques cliniques, de la sécurité des usagers, de l'aspect relationnel entre les intervenants et la clientèle, ainsi que de l'organisation des services, qui se dispensent dans un environnement adéquat et avec un souci d'accessibilité et de continuité aux services.

Les valeurs d'intervention du CSSS

- 1) Le **respect des droits des usagers et de leur dignité** ainsi que la recherche de leur meilleur intérêt dans la réalisation des activités du CSSS et l'accomplissement de ses responsabilités; le CSSS fait un effort soutenu pour intégrer les commentaires (positifs et négatifs) de la population dans sa planification de services. Le respect des droits des usagers tient compte d'équité et de justice entre les différents programmes et clients du CSSS.
- 2) Le **respect des différences et des valeurs inhérentes à la diversité culturelle** dans les relations avec les usagers, les résidents, les proches et la communauté, ainsi que l'encouragement de l'adaptation des services en fonction du caractère pluriethnique de la population qui se traduit dans un guide de pratique et un processus d'analyse de situations particulières.
- 3) Une **approche humaniste dans les soins et services** caractérisée par un accueil chaleureux qui favorise le respect, l'écoute et l'empathie, ainsi qu'une communication qui vise l'établissement d'un lien de confiance mutuel ou de collaboration.
- 4) Une **approche globale et interdisciplinaire** qui favorise un suivi de qualité tenant compte de l'ensemble des besoins des personnes et de leurs proches.

- 5) Le **respect des expertises et des compétences de chaque membre du personnel** au sein du CSSS et la valorisation du respect dans les interactions entre les membres du personnel (voir plus loin le « processus de décision » du CSSS). L'intégrité professionnelle et le jugement du personnel sont respectés dans les décisions cliniques.
- 6) Le **respect des choix des usagers concernant leur santé et leur bien-être** et la valorisation de leur participation au plan d'intervention et aux décisions concernant leur état de santé et de bien-être.
- 7) La **responsabilisation de la population vis-à-vis de sa santé et de son bien-être** par la valorisation des principes d'autonomie, d'auto-prise en charge par les individus et les groupes, de même que par la solidarisation par rapport aux réseaux d'entraide et aux groupes d'appartenance. Par exemple, il serait opportun d'aider la population à bien « utiliser » son système de santé ainsi que de renforcer le fait que les usagers ont également des responsabilités importantes concernant le maintien de leur santé.
- 8) Le **respect, la collaboration et la reconnaissance des compétences distinctives des partenaires du CSSS**, qu'ils soient institutionnels ou communautaires.

Les valeurs organisationnelles

De façon plus globale, des valeurs organisationnelles fondamentales guident l'ensemble des activités de l'établissement. Le CSSS possède de nombreuses responsabilités à l'égard de la santé et du bien-être de la population, mais il doit aussi veiller à assurer une gestion saine et un milieu de travail où règne un climat de confiance.

Les valeurs organisationnelles suivantes sont celles qui sous-tendent nos réflexions, nos orientations et nos actions :

- 1) **La rigueur, la pertinence et la cohérence** de nos actions, afin d'arrimer les ressources financières et humaines assignées aux activités avec les résultats escomptés en termes de services et d'impacts sur la santé de la population. Les notions de performance et de qualité sont primordiales et sont normalement les résultantes des principes de rigueur, de pertinence et de cohérence.
- 2) **L'importance du travail d'équipe** qui implique la collaboration ainsi qu'une communication simple et empreinte d'ouverture, de transparence et de respect mutuel. Le CSSS accorde une importance capitale à la qualité des relations interpersonnelles entre les personnes qui travaillent au sein de l'organisation. Le CSSS est construit sur le principe « d'équipes de travail » œuvrant dans un but commun. L'importance accordée au travail interdisciplinaire entre aussi

dans cette catégorie, étant lui-même une application spécifique du travail d'équipe.

- 3) **Une responsabilité partagée de tous pour le succès du CSSS** qui implique la définition claire des rôles et responsabilités de chacun dans l'atteinte des objectifs et une prise de conscience de chaque personne sur sa responsabilité personnelle dans l'atteinte des objectifs du CSSS. Chaque cadre, chaque employé, chaque médecin, etc. est responsable du succès de son équipe, du CSSS ou d'un projet spécifique.
- 4) **Le respect des différences culturelles** et la prise en considération des enjeux interculturels dans les processus organisationnels tels que l'embauche du personnel, ainsi que dans les interactions avec les employés et les partenaires.
- 5) **Une valorisation du capital professionnel et intellectuel du CSSS** qui encourage et soutient la participation aux activités de formation, d'enseignement et de recherche et qui assure l'optimisation des différents comités consultatifs et conseils professionnels du CSSS, en particulier le CMDP, le CM, le CII, le CAFSPAS et le Conseil des sages-femmes. En outre, le CSSS adopte une politique précise pour la formation, la supervision et le soutien de son personnel.
- 6) **Un environnement de travail sain** qui continue d'être un établissement de santé vert et qui favorise les initiatives locales du personnel concernant les activités de développement personnel ou social (cours et activités variés) ainsi que le développement d'une « vie sociale » au travail. Une préoccupation constante pour la santé et le mieux-être du personnel du CSSS est une priorité de l'établissement. Nous voulons un environnement respectueux, exempt de violence et de harcèlement.

Les valeurs cliniques et organisationnelles du CSSS sont les assises de la qualité des services du CSSS. Elles sont reprises et détaillées dans le code d'éthique du CSSS. Elles constituent la base de la mobilisation de l'ensemble du personnel dans l'organisation.

PROGRAMMATION PREVISIONNELLE

| ANNEES DEVELOPPEMENT | 2012 | | 2013 | | 2014 | | 2015 | | ACTIONS DE MISE EN PLACE | OBJECTIFS GENERAUX EVALUER |
|---|---------|----------|---------|----------|---------|----------|---------|----------|---|---|
| | 1er sem | 2ème sem | 1er sem | 2ème sem | 1er sem | 2ème sem | 1er sem | 2ème sem | | |
| OBJECTIFS SEMESTRIELS | | | | | | | | | REALISATIONS C3S DLM | |
| FICHE ACTION 1 - AGIR EN AMONT - AGIR SUR LES PRINCIPAUX DETERMINANTS DE LA SANTE | | | | | | | | | | |
| ASSURER LA MEO DES ACTIVITES (PROMOTION, PREVENTION, PROTECTION) du PNSP | | | | | | | | | - Mise en oeuvre du Plan d'action local de santé publique tel que prévue - Mise en place d'un tableau de bord des activités de santé publique suivi par le comité de gestion du CSSS | 85% ACTIONS IMPLANTES SUR LE TERRITOIRE |
| SOUTENIR L'INTEGRATION DE LA PREVENTION DANS LES ACTIVITES DE 1LIGNE (ITS, MALADIES CHRONIQUES, CHUTES PERSONNES AGEES, SUICIDE) | | | | | | | | | La promotion des PCP est soutenue par une infirmière conseil en promotion prévention. Elle travaille tant auprès des cliniciens du CSSS que des cliniciens dans la communauté : pharmaciens, dentistes, GMF, CRIU la mise en place d'un module sur l'examen périodique dans OASIS facilitera grandement le suivi des PCP mise en place de façon systématique | 85% DES ACTIVITES DES ACTIVITES CLINIQUES PRIORITAIRES BENEFICIAIRES D'ACTIVITES DE SOUTIEN |
| RENFORCER LA COLLABORATION | | | | | | | | | PRINCIPALES ENTENTES : - Entente CDC CDN - Entente CLUB AMIS SANTE MENTALE - Entente YMCA/TINERANCE - Entente CDEC Nord recrutement - Finaliser concertation sur Parc extension | ENTENTES SPECIFIQUES SIGNEES ET IMPLANTEES AVEC LES COMMUNAUTES, L'EDUCATION ET LE DEVELOPPEMENT DE L'ECONOMIE SOCIALE |
| FICHE ACTION 2.1 - PRIMAUTE DE LA 1LIGNE - AMELIORER L'ACCES AUX SERVICES GENERAUX | | | | | | | | | | |
| ASSURER LA PRISE EN CHARGE PAR LE MEDECIN DE FAMILLE | | | | | | | | | - Mise en place d'une CRI - Réhaussement de l'UMF de CDN (31 à 35 résidents) - Mise en place d'un projet lean concernant l'optimisation de la mécanique de prise de RDV - Implantation GACO et du réseau local - Implantation VILLAGE SANTE | 70% POPULATION COUVERT/MEDECIN DE FAMILLE |
| FAVORISER L'IMPLANTATION GMF-CRI | | | | | | | | | | 50 GMF + 12 CRI + 70% MF EN GMF |
| ACCROITRE DISPONIBILITE INFIRMIERES PRATICIENNES SPECIALISEES | | | | | | | | | 7 postes financés et comblés au 01/01/2013 - Travail sur un réhaussement en cours de discussion avec l'agence | 118 IPS SUR LE TERRITOIRE |
| OFFRIR UN ACCES INFO-SOCIAL 24H/7J | | | | | | | | | A METTRE EN PLACE A LA RECEPTION DES DIRECTIVES DE L'ASSSM | SERVICE MIS EN PLACE/REPOSE A APPEL EN 4MN |
| FICHE ACTION 2.2 - PRIMAUTE DE LA 1 LIGNE - ASSURER UN SUIVI INTERDISCIPLINAIRE DES PERSONNES VULNERABLES | | | | | | | | | | |
| MALADIES CHRONIQUES ET CANCER - FAVORISER L'AUTOGESTION ET LA READAPTATION DANS UN SUIVI SYSTEMATISE | | | | | | | | | Suivi systématique des maladies chroniques - Planification à venir concernant les MPOC - Suivi systématique/cancer du sein | 100% DES TERRITOIRES POUR LE RISQUE CARDIO-METABOLIQUE ET MPOC |
| MALADIES CHRONIQUES ET CANCER - AMELIORER LA COORDINATION DES SOINS EN CANCER | | | | | | | | | Soins de deuxième ligne non coordonnés par le CSSS | 70% DES PERSONNES AYANT RECU UNE INFIRMIERE PIVOT 48H POST DIAGNOSTIC |
| JEUNES EN DIFFICULTE - SANTE MENTALE DEPENDANCE (NEGLIGENCE TROUBLES COMPORTEMENTAUX) | | | | | | | | | Programme en élaboration concernant la problématique de la négligence en partenariat avec centre jeunesse - Modèle et application du programme en négligence | 100% COUVERTURE TERRIT/PROGRAMME NEGLIGENCE ET DIMINUTION TX DE RESIGNALEMENT ET DMPLACEMENT |
| ASSURER L'ACCES AUX SOINS EN SM - EQUIPE MULTI | | | | | | | | | Equipe mise en place (15,9 ETC) pour assurer la prise en charge des jeunes - Equipe adultes mise en place en 2013 | 2% DES JEUNES ET ADULTES |
| ASSURER L'ACCES AUX SERVICES D'INTEGRATION - Td MENTAUX GRAVES | | 50% | | | | | | | Soins de deuxième ligne non organisés par le CSSS - Cible SIM et SIV/territ 161 et 576 places à financer. 42 places SIV à mettre en place sous coordination CSSS et financement ASSS | SIM : 100 PLACES/100000 AD ET SIV : 250 PLACES/100000 |
| FACILITE L'ACCES AUX SERVICES DE TOXICOMANIE ET DE JEU PATHOLOGIQUE EN 1LIGNE | | | | | | | | | Organisation de l'activité de repérage et de détection et mise en place d'une ressource pour formation des intervenants | AUGMENTATION DES SERVICES AUX JEUNES ET ADULTES |
| PERSONNES AYANT UNE DEFICIENCE - ASSURER COORDINATION DES SERVICES ET DEVELOPPER UNE OFFRE 0-5ANS (ENFANT RETARD DEVELOPPEMENT) | | | | | | | | | Service mis en place par équipe dédiée DI-TED/DP | AUGMENTATION BENEFICIAIRES PSI - 100% TERRIT COUVERT PAR OFFRE 0-5ANS |
| FICHE ACTION 2.3 - PRIMAUTE 1LIGNE - REpondre AUX VESOINS D'UNE POPULATION VIEILLISSANTE | | | | | | | | | | |
| RESEAUX DE SERVICES INTEGRES - POURSUITE MISE EN PLACE RSIPA | | | | | | | | | Poursuite de l'implantation du réseau RSIPA pour la zone 4. Rencontres régulières avec les partenaires, notamment l'Hôpital général juif et le CSSS Cavendish, ainsi qu'avec le CUSM. - Projet de dépistage 75+ | 55% TX IMPLANTATION A MONTREAL |
| FAVORISER LE SOUTIEN A DOMICILE - DEFINIR L'OFFRE DE SAD | | | | | | | | | Participation active aux travaux régionaux d'harmonisation de l'offre de services. | ADAPTATION DE L'OFFRE TERRITORIALE/OFFRE REGIONALE |
| ASSURER UNE OFFRE GLOBALE DE SERVICES SAD | | | | | | | | | Suivi serré des indicateurs de performance élaborés par le MSSS et l'Agence de Montréal. Atteinte de la cible pour 2011-2012. - Continuation d'une démarche d'optimisation de services selon le modèle LEAN. | AUGMENTATION DE 10% DES HEURES DE SERVICE CLIENT DIRECT |
| AUGMENTER ET DIVERSIFIER L'OFFRE DE VIE EN MILIEU ACCESSIBLE | | 50% | | | | | | | Ouverture de 112 places en Ressource Intermédiaire en mai 2012. Discussion à tenir avec l'Agence pour la poursuite du développement de places sur le territoire. | AUGMENTATION DES PLACES EN RESSOURCES RESIDENTIELLES DE PROXIMITE |
| FICHE ACTION 3 - DELAI RAISONNABLE | | | | | | | | | | |
| SERVICES SOCIAUX DE READAPTATION - ASSURER AUX PERSONNES DEFICIENTES UN ACCES AUX SERVICES SELON PRIORITE | | | | | | | | | Mise en place d'un guichet d'accès unique par l'équipe DI-TED/DP | 90% DES PERSONNES |
| SM - ASSURER L'ACCES A LA 1LIGNE SOUS 30 JOURS | | | | | | | | | Accès organisé pour la clientèle entre 7 et 8 jours | 90% DES PERSONNES |
| ASSURER L'ACCES AU LIGNE 2 SOUS 60 JOURS | | | | | | | | | Evaluation organisées sous les 60 jours et orientation mise en place vers soins de deuxième ligne | 90% DES PERSONNES |
| ASSURER (MECANISME D'ACCES) ACCES AUX SERVICES DIAGNOSTIQUES ET MED SPE | | | | | | | | | IMPOSSIBLE SANS SOUTIEN FINANCIER DE L'AGENCE | 75% DES CSSS |
| FICHE ACTION 4 - QUALITE ET INNOVATION | | | | | | | | | | |
| SOUTENIR IMPLANTATION GUIDE DE PRATIQUES ET ASSURER LE SUIVI | | | | | | | | | Création d'un processus de d'implantation et de suivi des guides de bonnes pratiques | 90% DES GUIDES DE PRATIQUE RECOMMANDES PAR L'ORGANISME EXCELLENCE DE SANTE (NESS) MEP |
| Favoriser le transfert des connaissances issues de la recherche destinées et adaptées au réseau de la santé et des services sociaux | | | | | | | | | - Pérennisation de la structure direction de la qualité mission universitaire et pratique multidisciplinaire - Augmentation du nombre de stagiaires de 25/an jusqu'en 2015 : cible 365 | 100% d'établissements avec désignation universitaire ayant mis en place une structure fonctionnelle de transfert des connaissances - AUGMENTATION NBRE MILIEU STAGE |
| Favoriser le transfert des connaissances issues de la recherche destinées et adaptées au réseau de la santé et des services sociaux | | | | | | | | | Production d'un bilan annuel concernant les activités de transfert de connaissances | Inventaire des activités de transfert des connaissances destinées au réseau réalisé |
| Assurer la réalisation d'évaluation des technologies et des modes d'intervention (ou de pratique) en santé et en services sociaux dans les établissements ayant une désignation universitaire | | | | | | | | | Production d'un guide de bonnes pratiques dans l'intervention assistée par interprète (partenariat avec l'INESS) | AUGMENTATION du nombre de projets d'évaluation réalisés par les unités d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) et par les unités d'évaluation des modes de pratique en services sociaux |
| DCI - IMPLANTER OACIS EN DONNANT ACCES A RSIPA | | | | | | | | | RSIPA MIS EN PLACE MAIS NON INTEGRE OASIS - ATTENTE INTEGRATION PAR ASSSM DANS LOGICIEL | 100% DES ETAB/CSSS UTILISANT RSIPA |
| IMPLANTER OACIS EN DONNANT ACCES AU DSQ | | | | | | | | | OACIS MIS EN PLACE MAIS NON COMPATIBLE AVEC DSQ - ATTENTE INTEGRATION PAR MSSS ET ASSSM | 100% d'établissements, de GMF-CR et CRI publics utilisant le DCI-OACIS |
| FICHE ACTION 5 - CONTRIBUTION RH | | | | | | | | | | |
| Assurer une répartition équitable des médecins de famille et spécialistes au Québec | | | | | | | | | Grâce à l'existence de l'UMF in situ, le CSSS recrute sans difficulté majeure sa cible théorique en personnel médical | cible de 80% de recrutement de nouveaux médecins aux PREM/postes autorisés en établissement en médecine spécialisée par catégorie de régions |
| PRODUIRE ET MISE A JOUR DU PLAN DE MAIN D'ŒUVRE | | | | | | | | | PDRH 2012-2015 | 100% ETABLISSEMENTS |
| ASSURER UTILISATION OPTIMALE DES COMPETENCES | | | | | | | | | élaboration démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail | 100% ETABLISSEMENTS AYANT REALISE UNE DEMARCHE DE REORGANISATION DU TRAVAIL |
| REDUIRE TEMPS SUP ET MAIN D'ŒUVRE IND | | | | | | | | -20% | Plan d'action " Objectif MOI 2015" reprenant les exigences de l'agence - Baisse de 16000 heures de MOI (-20%, -6000 H C3S, -10000 H InfoSante) sur la période 2012-2015, ce qui se rajoute à la baisse de 20% sur 2008-2010. | DIM DE 10% DU TEMPS SUP ET REDUC DE 40% MO INFIR IND ET 25% AUTRES SECTEURS |
| REALISER INITIATIVES NOVATRICES/ AMELIORER TRAVAIL DES CADRES | | | | | | | | | Implanter notre Culture d'apprentissage: - PIF-Cadre (Programme de Formation Individualisé) - Projet INC. (Intégration des Nouveaux cadres -0@18 mois) | % de projets réalisés conformément au plan 2010-2012 sur l'amélioration des conditions d'exercice et de soutien des cadres |
| MEO DES MESURES D'AMELIORATION DU CLIMAT DE TRAVAIL ET DE SANTE | | | | | | | | | Mesures HPS /Employeur de choix | % des établissements accrédités par un programme reconnu visant l'amélioration du climat de travail et un agrément concernant la mobilisation des RH |
| MEO DES MESURES D'AMELIORATION DU CLIMAT DE TRAVAIL ET DE SANTE | | | | | | | | | - Vigie des indicateurs - Agent de prévention : maximiser mesures de prévention - Réduction attendue grâce aux mesures conformément au plan ASSSM | Ratio des heures en assurance salaire par rapport aux heures travaillées. Baisse de 7,1% 2012-2015 |
| MEO DES MESURES D'AMELIORATION DU CLIMAT DE TRAVAIL ET DE SANTE | | | | | | | | | - Mise en place d'un programme commun entre la DRH, les directions de programme et la DOMUPM | % des établissements ayant mis en œuvre un programme de soutien à la relève professionnelle |
| FICHE ACTION 6 - GOUVERNANCE | | | | | | | | | | |
| MEO des projets structurés d'optimisation de l'utilisation des ressources générateurs de gains de performance pour le RSSS | | | | | | | | | Projet d'optimisation au PPALV qui a comme objectif d'augmenter de 10% "d'ici 2015", le nombre d'heures de services de soutiens à domicile de longue durée aux personnes âgées, aux personnes ayant une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement, ceci à coût constant. | 75% DES ETAB |
| DEVELOPPER INDICATEUR COMPARATIFS DE LA PRODUCTIVITE | | | | | | | | | tableau de bord pour le comité de direction qui nous permet de faire une analyse comparative de différents indicateurs de suivis. Par exemple le nombre d'intervention par 7 heures, le nb d'heures de services de soutiens à domicile, etc. Ce tableau de bord sera modifié afin de tenir compte des résultats de nos projets LEAN. | NB de révisions de processus de dispensation de services cliniques et de services auxiliaires et administratifs réalisés/plan d'actualisation proposé/ASSS |
| RESPECTER EQUILIBRE BUDGETAIRE | | | | | | | | | EQUILIBRE BUDGETAIRE PERMANENT | EQUILIBRE BUDGETAIRE |

Mise en place initiale
Mise en place terminée
Action impossible à organiser sans soutien financier agence