



Projet clinique,

S'arrimer pour la continuité,

la qualité et l'accessibilité

Réseau local de services de Laval

Rapport de clôture



Publication

Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique

Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval

800, boul. Chomedey, Tour A

Laval (Québec) H7V 3Y4

Téléphone : 450 978-2121

Télécopieur : 450 978-2100

Rédaction

Denis Chabot

Mélanie Léonard

Chantal Goyette

Secrétariat

Violette Précourt

Diffusion

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

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2016

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives Canada, 2016

ISBN-978-2-550-77083-1 (PDF)

Octobre 2016

SOMMAIRE

Le projet clinique était le moyen proposé par le MSSS pour réaliser la transformation du réseau amorcé en 2004. Cette démarche avait pour objectif : d'améliorer l'accessibilité, la continuité et la qualité des services. Les rôles et responsabilités dévolues au CSSS étaient d'élaborer un projet clinique pour son territoire et de favoriser la collaboration avec tous ses partenaires du réseau local de services (RLS).

Pour produire ce rapport final, le projet clinique 2011-2016 (phase de mise en œuvre) a été l'objet d'un projet de clôture. Ce dernier a permis de répertorier trois catégories d'information. Une première catégorie, qui compose le chapitre 1, est constituée d'éléments factuels classés par regroupement clientèle tels que le nombre de cibles prioritaires, le nombre de cibles implantées, celles en cours ainsi que la liste des réalisations en date du 31 mars 2015.

Le chapitre 2 fait état des résultats d'un sondage distribué auprès de 257 acteurs ayant participé au projet clinique. Ce sondage tend à analyser la perception de ces derniers quant à l'actualisation de la responsabilité populationnelle du CSSS de Laval. Pour ce faire, le questionnaire utilisé (élaboré par l'Initiative sur le partage des connaissances et des compétences) a été divisé en sept étapes reprenant ainsi les étapes d'élaboration du projet clinique.

Finalement, le chapitre 3 présente les résultats d'animations réalisés auprès des instances de concertation mises en place dans le cadre du projet clinique et de groupes d'intérêts. Ces animations avaient pour objectif d'identifier les conditions ayant facilité ou, à contrario, limité la participation des membres des instances de concertation. Des recommandations en lien avec la mise en place des conditions favorables sont formulées dans ce chapitre.

Ainsi, le rapport final du projet clinique 2011-2016 permet d'illustrer : l'ampleur du projet clinique quant à ses réalisations ; la complexité de la démarche du projet clinique ; ainsi que les différents éléments ayant favorisé ou non le processus menant à l'implantation des cibles. Il se termine par une série de sept recommandations.

Ce rapport final est destiné à toute personne ayant participé au projet clinique 2011-2016 qui désire connaître les résultats de cette démarche ainsi qu'à toutes celles, gestionnaires du CISSS ou partenaires du RTS, qui seront sollicitées pour participer aux suites du projet clinique et qui souhaitent bâtir à partir des leçons apprises, dans un souci d'amélioration continue.

L'équipe de soutien du projet clinique 2011 - 2016 est fière d'avoir pu réaliser ce projet de clôture du projet clinique. Nous souhaitons que les informations que contient ce rapport puissent soutenir les prochains coordonnateurs/animateurs du réseau territorial de services de Laval.

Table des matières

LISTE DES ACRONYMES	5
INTRODUCTION	8
CHAPITRE 1 : BILAN DE L'ATTEINTE DES CIBLES (AU 31 MARS 2015)	11
REGROUPEMENT CLIENTÈLE FAMILLE ENFANCE JEUNESSE (FEJ)	11
REGROUPEMENT CLIENTÈLE PERSONNE EN PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT (PPALV)	20
REGROUPEMENT CLIENTÈLE SERVICES GÉNÉRAUX ET FONCTION COORDINATION-LIAISON (SGFCL)	24
REGROUPEMENT CLIENTÈLE SANTÉ MENTALE ADULTE (SMA)	29
REGROUPEMENT CLIENTÈLE SANTÉ PHYSIQUE	35
FAITS SAILLANTS	47
CHAPITRE 2 : PERCEPTION DES ACTEURS	48
L'ADMINISTRATION DES QUESTIONNAIRES	48
MÉTHODE POUR L'ANALYSE DES RÉSULTATS (IPCDC, 2014)	49
FAITS SAILLANTS	57
CHAPITRE 3 : BILAN QUALITATIF DU PROJET CLINIQUE	58
MÉTHODOLOGIE	58
LES BONS COUPS : LA CONCERTATION ET L'ACTION INTERSECTORIELLE	59
LES CONDITIONS AYANT FAVORISÉ LA PARTICIPATION DES MEMBRES AU COCRSI/TABLE.....	60
LES CONDITIONS AYANT LIMITÉ LA PARTICIPATION DES MEMBRES AU COCRSI/TABLE.....	63
LES RECOMMANDATIONS.....	67
CONCLUSION	72
ANNEXE 1 - LA STRUCTURE DU PROJET CLINIQUE.....	75
ANNEXE 2 - PARTICIPANTS AU SONDAGE.....	77
ANNEXE 3 - LES RÉSULTATS.....	79
ANNEXE 4 - LES RENCONTRES-BILAN.....	86
ANNEXE 5 - LA RESPONSABILITÉ POPULATIONNELLE	88
ANNEXE 6 - LA GOUVERNE IPCDC	90
ANNEXE 7 - CARTE DE LA SANTÉ.....	92
BIBLIOGRAPHIE	94

Liste des acronymes

ADS	Analyse différenciée selon les sexes
APPR	Agent de planification, de programmation et de recherche
APTE	Activités de prévention des toxicomanies évaluées
ASSSL	Agence de la santé et des services sociaux de Laval
CCNPPS	Centre de collaboration national sur les politiques publiques et la santé
CDCL	Corporation développement communautaire de Laval
CICL	Centre intégré de cancérologie de Laval
CIL	Carrefour interculturel de Laval
CJL	Centre Jeunesse de Laval
CLE	Centre local d'emploi
CISPLOI	Centre intégré de services de première ligne de l'ouest de l'île
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CPE	Centre de la petite enfance
CRD	Centre de réadaptation en dépendances
CRDL	Centre régional du diabète de Laval
CSDL	Commission scolaire de Laval
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
COCRSI	Comité d'orientation et de coordination des réseaux de services intégrés
CVPL	Comité de valorisation de la paternité de Laval
DGC	Direction générale de cancérologie
DI	Déficiência intellectuelle
DP	Déficiência physique
DPAC	Dialyse péritonéale à domicile
DQEPE	Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique
DRSP	Direction régionale de santé publique
DSMA	Direction santé mentale adulte
ÉIS	L'évaluation d'impact sur la santé

FEJ	Famille Enfance Jeunesse
GACO	Guichet d'accès clientèle orpheline
GARE	Grossesse à risques élevés
GASM	Guichet accès santé mentale
GMF	Groupe de médecine familiale
HJR	Hôpital Juif de réadaptation
HND	Hémodialyse nocturne à domicile
INR	International normalized ratio
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IPCDC	Initiative sur le partage des connaissances et des compétences
IPIM	Identification préhospitalière de l'infarctus du myocarde
ITSS	Infections transmissibles sexuellement et par le sang
LSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MELS	Ministère de l'Éducation, des Loisirs et du Sport
MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
MSPL	Maison de soins palliatifs de Laval
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OC	Organisateur communautaire
PIQ	Protocole d'immunisation du Québec
PLCC	Plan lutte contre le cancer
PNOT	Projet national de l'organisation du travail
POSILTPH	Programme d'organisation des services intensifs long terme à domicile pour personnes handicapées
PRAG	Programme régional ambulatoire gériatrique
PRISCM	Programme régional d'inhalothérapie en support aux cliniques médicales
PSI	Plan de services individualisé
RFI	Réadaptation fonctionnelle intensive
RLS	Réseau local de services
RNI	Ressource non institutionnelle
ROIIL	Réseau d'organismes et d'intervenants en itinérance de Laval

ROPPHL	Regroupement des organismes de promotion de personnes handicapées de Laval
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
RTS	Réseau territorial de services
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
SAD	Soutien à domicile
SGFCL	Services généraux et fonction coordination-liaison
SGT	Syndrome Gilles de la Tourette
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance
SIM	Soins intensifs dans le milieu
SIV	Suivi d'intensité variable
SIVET	Service d'interprétation visuelle et tactile
SMA	Santé mentale adulte
SMART	Spécifique, mesurable, atteignable, relié aux objectifs et temporelle
SRRL	Soins respiratoires à domicile
TDO	Traitement de la dépendance aux opioïdes
TED	Trouble envahissant du développement
TEVA	Transition École/Vie active
TPL	Trouble de la personnalité limite
TRN	Thérapie de remplacement de la nicotine
TSA	Trouble du spectre de l'autisme
TTA	Trouble du traitement auditif
VCAS	Violence conjugale et agression sexuelle
UCDG	Unité de courte durée gériatrique
UdM	Université de Montréal

Introduction

En 2003, le gouvernement du Québec adopte le projet de loi 25 qui vise une nouvelle organisation du système de santé et de services sociaux. Ces transformations à la Loi sur les services de santé et les services sociaux prévoient que les CSSS, en tant qu'instances locales, sont responsables de définir un projet clinique et organisationnel identifiant, pour le réseau local de services de santé et de services sociaux, les éléments suivants:

- 1° les besoins sociosanitaires et les particularités de la population en fonction d'une connaissance de l'état de santé et de bien-être de celle-ci;
- 2° les objectifs poursuivis concernant l'amélioration de la santé et du bien-être de la population;
- 3° l'offre de services requise pour satisfaire aux besoins et aux particularités de la population;
- 4° les modes d'organisation et les contributions attendues des différents partenaires de ce réseau.

Le projet clinique et organisationnel doit être conforme aux orientations ministérielles et régionales et respecter les standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience reconnus ainsi que les ressources disponibles.

Aux fins de définir son projet clinique et organisationnel, une instance locale doit, pour son territoire, mobiliser les établissements offrant des services spécialisés et surspécialisés, les divers groupes de professionnels, les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale, les ressources privées et les intervenants des autres secteurs d'activité ayant un impact sur les services de santé et les services sociaux et s'assurer de leur participation.¹

C'est dans ce contexte qu'à l'automne 2008, le CSSS de Laval a mis en place la démarche du projet clinique du Réseau local de services de Laval. Les partenaires du RLS se sont mobilisés pour élaborer et mettre en œuvre un projet clinique qui répond aux besoins de la population.

En effet, à partir de cette date, une structure de concertation a été mise en place (Annexe 1) et les différentes étapes permettant l'élaboration du projet clinique ont été franchies. Les travaux réalisés par les comités d'orientation et de coordination des réseaux de services intégrés (COCRSI) par regroupement clientèle ont suivi les étapes suivantes :

- Portrait des besoins de la population
- Inventaire de l'offre de service
- Analyse des écarts et identification des cibles potentielles
- Choix des cibles prioritaires
- Réalisation de ces cibles prioritaires

¹ LSSS, Chapitre 1.1, Réseau local de services de santé et de services sociaux et instance locale, article 99.5 (2005, c 32 a48), Québec, éditeur officiel du Québec

En 2011, la publication du document « Projet clinique, s'arrimer pour la continuité, la qualité et l'accessibilité » marque la fin de la phase d'élaboration du projet clinique et présente l'ensemble des cibles prioritaires 2011-2016. Des équipes de projet sont alors formées afin d'atteindre, par divers moyens, les cibles identifiées.

Malgré les changements survenus depuis 2008 et les modifications apportées à la structure de concertation, telle que proposée au départ, afin qu'elle s'adapte aux différents contextes, les travaux se sont poursuivis. Quelle que soit l'instance ayant travaillé à l'atteinte des cibles, le cap a été maintenu sur les objectifs initiaux, soit un meilleur accès, une meilleure continuité et une meilleure qualité de services pour les Lavallois.

En 2015, le gouvernement du Québec adopte le projet de loi 10 « Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales ». Malgré cette réforme, la planification stratégique 2015-2020 du MSSS rappelle que les CISSS ont toujours le rôle de coordonner et de planifier les services avec les partenaires intersectoriels de son territoire.

Compte tenu de ces changements annoncés et de l'arrivée à terme de cette première édition du projet clinique lavallois, la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique (DQEPE) du CISSS de Laval a débuté, en avril 2015, un projet de clôture permettant la réalisation d'un bilan exhaustif du projet clinique 2011-2016. Pour ce faire, un bilan des travaux réalisés depuis 2011 a été produit. Le premier chapitre du présent document présente l'état d'avancement des cibles identifiées par les différents comités d'orientation et coordination des réseaux de services intégrés (COCRSI) et inclut la liste de réalisation pour chaque regroupement clientèle. Vous pourrez constater à la lecture des cibles que certaines d'entre elles ont une formulation très englobante. Dans ces situations, les plans d'action développés ont permis de cibler les objectifs à atteindre. Les réalisations sont ainsi liées aux plans d'action plutôt qu'aux cibles telles que formulées au départ.

Le deuxième chapitre présente les résultats d'un sondage autoévaluatif de l'actualisation de la responsabilité populationnelle pour le CSSS de Laval. La définition proposée par l'Initiative pour le partage des connaissances et le développement des compétences (IPCDC, 2012) de la responsabilité populationnelle est la suivante :

« La responsabilité populationnelle consiste à assumer l'obligation de maintenir et d'améliorer la santé et le bien-être de la population d'un territoire donné :

- en rendant accessible un ensemble de services sociaux et de santé répondant de manière optimale aux besoins exprimés et non exprimés de la population et*
- en agissant en amont sur les déterminants de la santé (ex. habitudes de vie, éducation, logement, transport, aménagement urbain, environnement physique et social, pauvreté).*

L'actualisation de cette responsabilité requiert une collaboration entre les organisations publiques et communautaires des divers secteurs, les établissements privés de santé et les partenaires socio-économiques agissant sur le territoire local ou régional. Le centre de santé et

de services sociaux a pour rôle de susciter, d'animer et de soutenir les collaborations entre les différents secteurs d'activités sur son territoire. »

Finale­ment, le troisième chapitre pré­sen­te un bilan qualita­tif du projet clinique réa­li­sé à partir du contenu recueilli lors des ateliers-bilans tenus lors de ren­contres des COCRSI et Tables actives au printemps 2015, ainsi que lors de ren­contres de groupes d'intérêt réa­li­sées à l'automne 2015. Ce dernier chapitre pré­sen­te le point de vue des acteurs ainsi que leurs sugges­tions pour repositionner cette démarche de collaboration avec les partenaires intersectoriels dans les années à venir.

Nous tenons à remercier toutes celles et ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce projet de clôture.

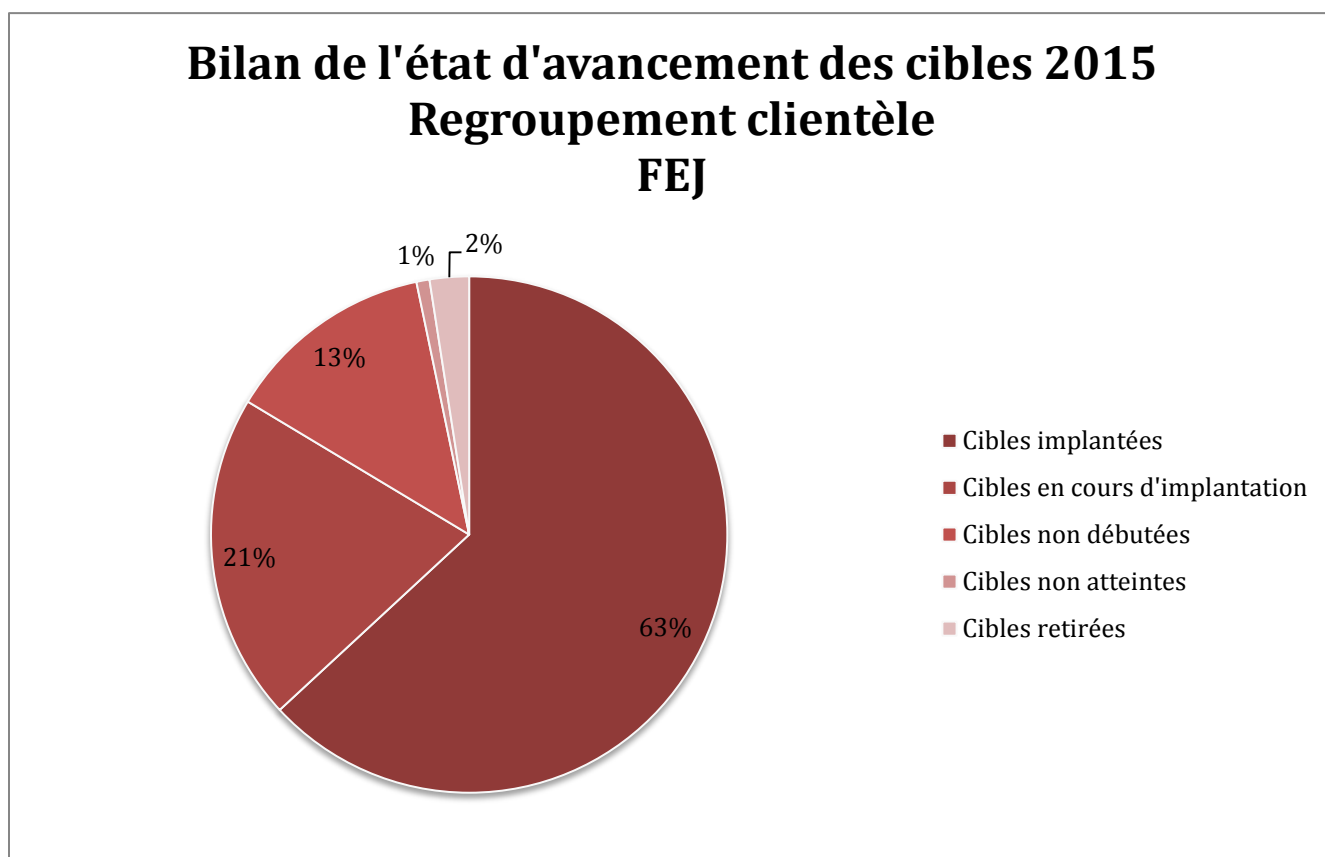
Chapitre 1 : Bilan de l'atteinte des cibles (au 31 mars 2015)

Regroupement clientèle Famille Enfance Jeunesse (FEJ)

Tableau-synthèse des cibles

Regroupement clientèle	COCRSI/Tables	Cibles identifiées en 2011	Cibles priorisées			Cibles implantées	Cibles en cours d'implantation	Cibles non débutées	Cibles non atteintes	Cibles retirées	Taux d'avancement (implantées et en cours)
			2011	Entre 2011 et 2015	Total						
Famille Enfance Jeunesse (FEJ)	Table 0-4 ans cl. spécifique		22	0	22	11	3	5	0	3	64%
	Table Dépendances		7	1	8	4	3	0	1	0	88%
	Table DI/TED		11	3	14	9	2	3	0	0	79%
	Table DP		10	7	17	13	2	2	0	0	88%
	Table JED		9	6	15	10	3	2	0	0	87%
	Table PP		5	9	14	11	2	1	0	0	93%
	Table SM		12	4	16	8	6	2	0	0	88%
	Table péri		10	6	16	11	4	1	0	0	94%
Total FEJ		234	86	36	122	77	25	16	1	3	84%

Graphique



Liste des réalisations

Rappel des objectifs : Accessibilité (A) Continuité (C) Qualité (Q)

A-C-Q	CIBLES	RÉALISATIONS
Table 0-4 ans pour clientèles vulnérables incluant SIPPE et Négligence		
A-C	Développer une programmation intégrée et concertée en négligence et la mettre en œuvre.	Déploiement du programme PIILE (Programme d'Intervention Intégré Lavallois pour les Enfants) pour la clientèle 0-12 ans en collaboration avec le CJL.
A-C	Renforcer la prévention en dépendance auprès des jeunes mères et des femmes enceintes.	✓ Garde psychosociale disponible à l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé de Laval. ✓ Plan d'action et formation réalisés. ✓ Dépistage des drogues.
A	Consolider les services de dépistage en orthophonie.	✓ Soutien de l'orthophoniste de l'équipe 0-4 ans dans le dépistage. ✓ Liens établis entre l'orthophoniste de l'équipe 0-4 ans et la clinique d'orthophonie au niveau de l'expertise.
A-C	Poursuivre le déploiement du plan d'action SIPPE (Services Intégrés en Périnatalité et Petite Enfance).	✓ Plan d'action SIPPE mis à jour régulièrement. ✓ Traduction en anglais d'un dépliant dédié aux familles. ✓ Élaboration et mise en œuvre d'un plan de communication. ✓ Refonte des services aux pères : appel d'offres et nouvel organisme porteur.
A-C	Poursuivre l'actualisation des protocoles d'entente et planifier la démarche d'entente avec les garderies privées conventionnées du secteur Chomedey.	Actualisation des protocoles d'entente entre les CPE (Centre de la petite enfance), les garderies privées-conventionnées et le CSSS de Laval.
A-C	Faciliter la transition CPE-milieux scolaires en déployant des outils valides pouvant être complétés par l'ensemble du réseau des milieux de garde.	✓ Développement d'un outil "Passerelle" pour aider les communications entre la garderie et la maternelle. ✓ Promotion de cet outil auprès des CPE.
A	Établir des liens avec les services de crise 5-17 ans pour les 0-4 ans.	Liens établis avec les services de crise 5-17 ans pour la clientèle 0-4 ans.
A-C	Offrir des activités d'intervention précoce pour l'ensemble des familles du territoire afin de permettre le développement optimal des enfants.	Référence des familles aux activités offertes dans les organismes communautaires et dans certaines situations, accompagnement des familles pour faciliter leur intégration dans ces milieux.
A-C	Réfléchir sur le déploiement du projet « Pères » et soutenir l'intervention en coparentalité dans le programme SIPPE.	✓ En 2012-2013, embauche d'un agent de développement par le Comité de la valorisation de la paternité de Laval (CVPL) ✓ Travail de collaboration mis en place entre l'organisme RePère et le CSSS.

A-C-Q	CIBLES	RÉALISATIONS
C	Faciliter la transmission d'informations pertinentes, nécessaires et utiles entre les différentes instances et/ou entre les différents intervenants impliqués auprès d'une famille afin de favoriser le bien-être et le développement optimal de l'enfant.	✓ Mise sur pied d'INFO-CAFÉ (lieu d'échanges entre l'équipe Jeunes en difficultés 0-4 ans du CSSS de Laval et le milieu communautaire). ✓ Mise en place d'un comité intersectoriel pour définir les orientations stratégiques de la programmation PIILE.

A-C	Transmettre aux parents de l'information sur le syndrome du bébé secoué, sur ses conséquences et sur les façons de le prévenir.	Formation des infirmières de l'équipe 0-4 ans sur le syndrome du bébé secoué. Transmission d'informations aux parents sur le syndrome du bébé secoué, sur ses conséquences et sur les façons de le prévenir.
-----	---	--

Table Dépendances jeunesse

A	Consolider l'usage approprié des outils d'intervention et la formation en dépendance jeunesse.	Formation en dépendance jeunesse offerte de façon régionale et en continu.
A-C	Développer des mécanismes de liaison avec l'urgence du Pavillon Albert-Prévost de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal.	Mécanisme de liaison développé.
A	Développer un outil d'analyse des besoins de l'entourage.	✓ État de situation réalisé. ✓ Offre de service formelle pour les parents (habiletés parentales, etc.)
A	En partenariat avec les autres régions, développer de l'hébergement court terme pour la clientèle anglophone.	Démarche réalisée auprès du Centre de réadaptation en dépendances Foster pour qu'ils desservent leur clientèle dans la région de Laval.

Table DI-TED (Déficience intellectuelle et Trouble envahissant du développement)

A	Adapter les programmes de promotion et de prévention pour la clientèle DI-TED et leur famille, en collaboration avec les partenaires.	Développement d'un partenariat CRDITED-CSSS de Laval.
A-C-Q	S'assurer de la diffusion auprès de la population sur la DI et les services disponibles afin d'avoir un rayonnement régional.	Participation du CSSS de Laval à deux forums organisés par un comité de parents.
A-C	Adapter les services à la clientèle anglophone et multiethnique.	Préoccupation intégrée dans les différents dossiers jeunesse (ex. : prévention du suicide).

A-C-Q	CIBLES	RÉALISATIONS
A	Développer ou réintroduire des outils de dépistage afin d'intervenir de façon précoce, particulièrement auprès des enfants TED (Trouble Envahissant du Développement) de moins de 6 ans. Assurer du soutien pour la clientèle avec retard de développement.	✓ En 2012-2013, formation de tous les intervenants à l'outil CHAT (Checklist for Autism in Toddlers) ✓ Passation de l'outil à toute la fratrie âgée de 24 à 36 mois (d'un enfant DI-TED) après avoir obtenu l'autorisation parentale. ✓ Équipe 0-4 ans a également suivi la formation M-Chat (CHAT modifié).
A-C	Formaliser une trajectoire de services régionale (0-7 ans) pour l'évaluation-diagnostic.	Trajectoire pour la clientèle 0-7 ans mise en place.
A-C-Q	Soutenir les parents par le biais d'un service de garde pour les enfants de 4 ans scolarisés et les jeunes de 12 à 21 ans.	✓ État de situation produit. ✓ Développement d'un service de garde à l'École Leblanc.
A-C-Q	Accroître les mesures de soutien à l'intégration et à la participation sociales des jeunes DI-TED et TED sans DI, particulièrement pour la clientèle 15-17 ans.	✓ État de situation réalisé. ✓ Développement d'un bottin de ressources web DI-TED-DP, 0-100 ans hébergé par le ROPPHL (Regroupement des organismes de promotion de personnes handicapées de Laval).
A-C-Q	Maintenir et rehausser les mesures de soutien aux familles et aux proches aidants.	✓ Développement d'activités un samedi sur deux à l'organisme communautaire Les Services du Chat Botté. ✓ Mise sur pied de groupes de développement des habiletés sociales au CRDITED. ✓ Mise sur pied du programme « <i>Comment vivre avec mon enfant différent !</i> »
A-C-Q	Dans un continuum allant du répit dépannage à l'hébergement temporaire ou à long terme, poursuivre le développement des ressources spécialisées et autres alternatives.	✓ DI-TED : Développement de l'hébergement en alternance au Centre Marcelle et Jean Coutu - clientèle TED 12-18 ans et un peu plus jeune. ✓ Développement de l'hébergement en alternance adolescents/adultes, 7 jours. ✓ Développement d'appartements supervisés pour adultes DI-TED.
Table DP (Déficience physique)		
A-Q	Diffuser l'information concernant le profil de la clientèle, les ressources et les services de façon continue auprès des intervenants du réseau de la santé, de l'éducation et du communautaire.	Diffusion d'information concernant le profil de la clientèle, les ressources et les services de façon continue auprès des intervenants du réseau de la santé, de l'éducation et du communautaire.
A-C-Q	Accroître la participation et l'intégration des personnes handicapées dans les milieux éducatifs, et ce, dans des conditions équivalentes à celles des autres jeunes.	Développement du programme TEVA (Transition École/Vie Active).

A-C-Q	CIBLES	RÉALISATIONS
A	Réduire les délais d'accès en orthophonie pour les enfants âgés de 0 et 5 ans.	20 % de réduction du délai d'attente en orthophonie.
C	Assurer la continuité et la complémentarité des services par un usage systématique du PSI (Plan de services individualisé).	100 % des intervenants utilisent le PSI.
A-C	Dégager un consensus sur une trajectoire pour la clientèle avec retard de développement.	Trajectoire élaborée pour la clientèle avec retard de développement.
Q	S'assurer que les programmes en promotion-prévention nationaux et régionaux destinés à la population en général soient accessibles et adaptés aux personnes présentant des incapacités.	Préoccupation intégrée dans les différents dossiers jeunesse (ex. : prévention du suicide).
A-C	Supporter / améliorer le soutien aux initiatives locales et communautaires qui assurent le bien-être et l'intégration des personnes présentant une déficience.	Assignment d'un organisateur communautaire à la clientèle DI-TED-DP.
A	S'assurer que les enfants avec TTA (Trouble du Traitement Auditif) soient identifiés et reçoivent les services dont ils ont besoin.	Offre de service de l'Institut Raymond Dewar clarifiée.
A	Prendre les dispositions financières nécessaires pour adapter / développer davantage l'offre de service en orthophonie.	Diminution de 20 % des délais d'attente en orthophonie.
A-C	Diminuer les délais d'attente pour les services à la clientèle bègue scolarisée. Harmoniser / développer les services pour les enfants bègues entre la clinique d'orthophonie (0-5 ans, HJR - 5 ans et plus) et les milieux scolaires (francophones et anglophones).	✓ État de situation réalisé. ✓ Présentation de l'offre de service de l'Hôpital juif de réadaptation en langage.
A-C	Assurer l'accès à la scolarisation pour les enfants ayant déjà des services en milieu scolaire et qui se retrouvent au Centre Jeunesse de Laval.	État de situation réalisé.

A-C-Q	CIBLES	RÉALISATIONS
A-C	Développer et optimiser les mesures d'encadrement ou d'activités pour les jeunes handicapés afin de favoriser l'intégration du jeune, dans toutes les sphères de sa vie. Dans cette perspective, augmenter les ressources destinées au gardiennage et consulter les parents pour relever les besoins non comblés.	✓ État de situation réalisé. ✓ Développement d'un service de garde à l'école Leblanc.
A	Répondre efficacement aux besoins de la clientèle DP et de leur famille en matière de soutien à domicile.	Optimisation du soutien à domicile au CSSS de Laval.

Table Jeunes en difficultés

A-C	Développer et consolider une offre de service en promotion-prévention dans l'objectif de diminuer le pourcentage de jeunes en difficulté.	✓ Augmentation de 39 % des écoles de Laval qui ont amorcé une étape de mise en œuvre d'actions en promotion-prévention (Approche École en santé). ✓ Augmentation de 71 % d'écoles accompagnées par l'équipe de promotion-prévention du CSSS de Laval. ✓ 41 écoles à Laval ont déployé le programme Système D. (Programme en prévention des dépendances) ✓ En 2013-2014 : 40 parents ont participé au groupe <i>Parent d'ados: une traversée</i>. ✓ En 2013-2014 : 7 478 participants au programme <i>Bien dans sa tête, bien dans sa peau</i>. ✓ En 2013-2014 : 37 écoles ont participé à <i>Ma cour: un monde plaisir!</i>
A	Adapter les activités de promotion-prévention aux populations anglophones et allophones.	Offre de service en prévention-promotion pour la clientèle anglophone.
A	Assurer des réponses adaptées qui tiennent compte de la différence selon le genre.	Formation ADS (Analyse différenciée selon les sexes) offerte par l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval.
A-C	Contribuer à prévenir la pauvreté et l'exclusion sociale (en développant le potentiel des personnes et en renforçant les environnements).	✓ Problématique reprise dans le plan d'action en organisation communautaire. ✓ Formation sur le développement d'environnements favorables aux saines habitudes de vie offerte par la DRSP (Direction Santé Publique).
A-C-Q	Assurer le suivi des fiches du Programme-services Jeunes en difficulté.	Suivi des fiches du Programme-services Jeunes en difficulté.
A-C	Clarifier les modalités de suivi et de références pour les jeunes victimes d'agression sexuelle. Offrir des services complémentaires aux jeunes victimes d'abus et à leur famille.	Trajectoire élaborée.

A-C-Q	CIBLES	RÉALISATIONS
A-C	Baliser les conditions de retrait ou de placement d'un jeune de son milieu familial. Élaborer un cadre de références, déployer, accompagner (formation).	Élaboration d'un guide pratique « Guide régional de pratiques interétablissements en matière de retrait du milieu familial et de placement d'un enfant en vertu de la LSSSS ».
A	Établir un état de situation quant à l'adoption et la postadoption.	État de situation réalisé.
A	Développer des services de répit pour des clientèles spécifiques (Syndrome Gilles de la Tourette, trouble du déficit d'attention avec ou sans hyperactivité, anxiété, troubles de l'attachement...).	✓ Développement d'un bottin de ressources DI-TED-DP incluant des ressources de répit, 0-100 ans hébergé par le ROPPHL. ✓ Journée porte ouverte par les Services du Chat Botté en 2012-2013.
A	Adapter les services de transport aux services d'hébergement court terme en milieu communautaire, pour les jeunes de moins de 16 ans.	État de situation sur l'hébergement élaboré.
Table Prévention-promotion pour les jeunes 5-17 ans		
A	Offrir des activités de sensibilisation et de dépistage des ITSS (Infections transmissibles sexuellement et par le sang) dans 6 établissements scolaires pour les 16-17 ans. Assurer la transmission d'information entre les services.	Ouverture d'une clinique jeunesse au Collège Montmorency et mise en place d'un plan de déploiement pour les autres établissements scolaires.
C-Q	Favoriser l'apprentissage et les habiletés des intervenants afin qu'ils interviennent de façon efficace sur les facteurs de vulnérabilité des personnes de différentes orientations sexuelles.	Formation régionale offerte aux intervenants.
A-C	Assurer l'accès à une saine alimentation dans nos services.	Déploiement de la politique alimentaire dans les établissements de santé et de services sociaux publics de la région.
A	Réduire de 40 % le nombre moyen de faces dentaires cariées, absentes ou obturées chez les jeunes de moins de 18 ans.	✓ Plan d'action en santé dentaire révisé. ✓ Projet - Études cliniques en santé dentaire réalisé.
A-C	Favoriser l'adoption d'un mode de vie physiquement actif.	Mise en œuvre du programme gouvernemental sur les saines habitudes de vie.
A-C	Ajuster les services pour la clientèle 16-18 ans, en tabac plus particulièrement et en général, à la clientèle 15-24 ans.	✓ Services offerts dans des centres pour adultes. ✓ Services offerts aux jeunes dans les centres d'abandon du tabac.
A-C	Adapter les activités de promotion-prévention liées aux clientèles anglophones.	Adaptation des interventions par les professionnels.

A-C-Q	CIBLES	RÉALISATIONS
A-C	Reconnaître les besoins spécifiques des garçons et des filles en matière de promotion-prévention et assurer des réponses adaptées en tenant compte de la différence selon le genre.	Formation ADS offerte par l'Agence de santé et de services sociaux de Laval.
Q	S'assurer du point de vue des familles en développant des liens de collaboration école-famille.	Deux agentes de liaison du CIL (Carrefour interculturel de Laval) sont disponibles pour soutenir la collaboration entre la clientèle immigrante et le milieu scolaire.
Q	Supporter / améliorer le soutien aux initiatives locales et communautaires qui assurent le bien-être, la santé, et la participation citoyenne.	✓ Implication de 10 organisateurs communautaires auprès de lieux de concertation, sous forme d'animation ou de participation. ✓ L'équipe d'organisation communautaire accompagne le déploiement de plusieurs plans d'action tels que Québec En Forme, Avenir d'enfants, Réunir Réussir, SIPPE-volet environnement favorable.
C	Réduire les occurrences de violence en milieux scolaires.	Participation du CSSS de Laval au plan d'action sur la violence, élaboré par la Commission scolaire.
Table Santé mentale Jeunesse		
A-C	Favoriser la complémentarité et la continuité des services afin de mieux desservir la clientèle jeunesse.	Identification d'un psychiatre répondant pour les médecins de famille.
A	Déployer le programme de promotion de la santé mentale et de prévention des troubles mentaux à l'ensemble des écoles.	Mise en place d'un projet pilote de type « Friends », incluant 4 volets par groupes d'âge en prévention des troubles anxieux.
A-C	Mieux répondre aux besoins des clients présentant des problèmes de santé mentale et ayant besoin de services en anglais.	Préoccupation intégrée dans les différents dossiers jeunesse.
A-C	Contribuer à prévenir la pauvreté et l'exclusion sociale en développant le potentiel des personnes et en renforçant les environnements.	✓ Implication de l'équipe d'organisation communautaire (OC) dans les 3 démarches de revitalisation urbaine intégrée (RUI) de Laval. ✓ Implication de l'équipe d'organisation communautaire dans plusieurs projets d'approche territoriale intégrée (ATI), notamment le projet épicerie solidaire de Saint-François et le projet d'épicerie communautaire de Chomedey. ✓ Développement d'actions concertées de sensibilisation à la lutte contre la pauvreté et l'exclusion par l'équipe d'OC.
A-C	Déterminer et mettre en œuvre des trajectoires de services pour l'ensemble des clientèles.	Trajectoires entre le Centre jeunesse de Laval (CJL), le Centre de réadaptation en dépendance et les organismes communautaires élaborées.
A-C	Favoriser la compréhension de l'utilisation du PSI.	Formation régionale sur le PSI offerte aux intervenants.

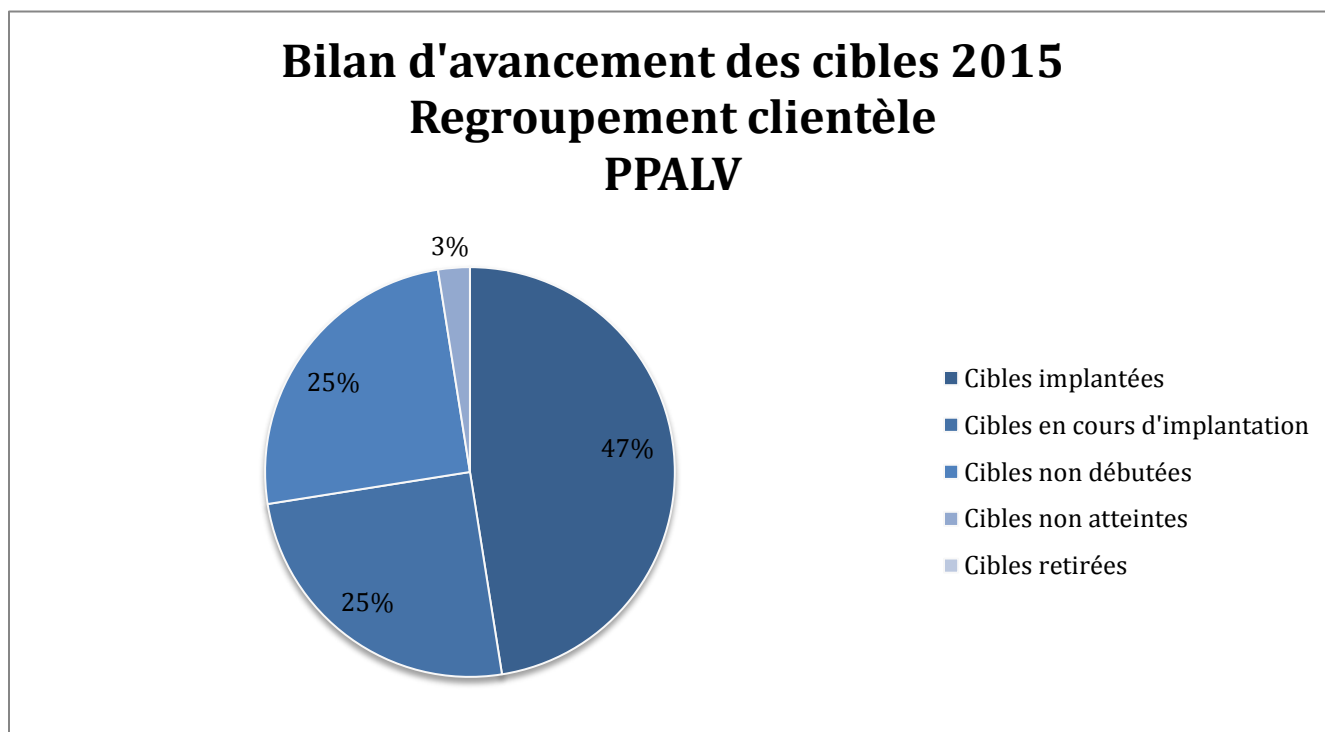
A-C-Q	CIBLES	RÉALISATIONS
Q	Former et mettre les connaissances des divers acteurs à niveau.	État de situation réalisé.
A	Offrir des services en santé mentale à la clientèle du CJL.	Trajectoire de services élaborée pour les jeunes du CJL.
Table périnatalité		
A-C	Réviser et harmoniser les critères de référence pour les suivis postnataux.	100 % des mères primipares sont visitées dans un délai de 24 à 72 heures quel que soit leur lieu d'accouchement.
A	Assurer l'accès à des cours prénataux pour les futurs parents.	Cours prénataux implantés.
A-C	Détecter de façon précoce les cas de négligence et situations associées au syndrome du bébé secoué.	Formation sur le thème du bébé secoué déployée.
A-C	Poursuivre la vaccination des futures mères, des enfants et des jeunes. Informers les parents sur l'importance de respecter les délais selon le calendrier vaccinal.	Mesures mises en place afin de promouvoir la vaccination auprès des parents : rappel aux parents lors de la visite postnatale, suivi des rendez-vous manqués pour les 2 et 12 mois, ajout de rendez-vous lors des cliniques de vaccination.
A-C	Identifier de nouvelles modalités et déployer, lorsque possible, de nouvelles ordonnances collectives.	Ordonnances collectives développées pour la Dompéridone et la crème Dr Newman.
A-C	Développer une clinique GARE (Grossesse à risques élevés) pour améliorer le suivi des patientes.	Ouverture d'une clinique GARE à l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé de Laval.
A-C	Consolider 10 lits de bébé niveau 2A pour la pouponnière afin d'augmenter à 20 lits 2A. Prévoir 4 lits supplémentaires pour le module naissance. Prévoir 14 lits supplémentaires pour le module mère-enfant.	Ouverture d'une unité 2A néonatale.
A-C	Considérer (évaluer, offrir) dans l'offre de service les diversités culturelles et linguistiques des femmes et de leur famille au cours de la période périnatale.	Préoccupation intégrée dans les différents dossiers jeunesse.
A-C	Revoir les critères d'isolement pour les bébés revenant de l'extérieur, les harmoniser en vertu des recommandations.	Critères de réadmission élaborés.
A	Réfléchir sur la nécessité de prévoir des ressources en orthopédiatrie.	État de situation réalisé.
A-C	Améliorer l'offre de service en Clinique du deuil.	Cadre de référence revu en fonction des meilleures pratiques.

Regroupement clientèle Personne en perte d'autonomie liée au vieillissement (PPALV)²

Tableau-synthèse des cibles

Regroupement clientèle	COCRSI/Tables	Cibles identifiées en 2011	Cibles priorisées			Cibles implantées	Cibles en cours d'implantation	Cibles non débutées	Cibles non atteintes	Cibles retirées	Taux d'avancement (implantées et en cours)
			2011	Entre 2011 et 2015	Total						
SAPA	SAPA		11	6	17	12	1	4	0	0	76%
	SAD et communauté		10	1	11	1	6	3	1	0	64%
	Services spécialisés		7	0	7	2	3	2	0	0	71%
Total SAPA			28	7	35	15	10	9	1	0	71%
Hébergement (HEB)	Hébergement		5	0	5	4	0	1	0	0	80%
Total PPALV		55	33	7	40	19	10	10	1	0	73%

Graphique



² Le regroupement clientèle PPALV a été scindé en deux en 2012 : le regroupement clientèle Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) et le regroupement clientèle Hébergement ont ainsi été créés. Conséquemment, la Table hébergement a été reprise par le regroupement clientèle du même nom.

Liste des réalisations

Rappel des objectifs : Accessibilité (A) Continuité (C) Qualité (Q)

A-C-Q	CIBLES	RÉALISATIONS
C-Q	Assurer un milieu de vie de qualité en implantant l'approche milieu de vie dans tous les types de milieu de vie (CHSLD publics, CHSLD privés conventionnés, CHSLD privés, Ressources intermédiaires-RI, et résidences privées).	✓ Programme milieu de vie du CSSS de Laval développé dans les CHSLD publics et privés conventionnés. ✓ Programme AGIR appliqué dans ces centres. ✓ Activités locales développées. Un mécanisme systématisé d'évaluation et de surveillance de la qualité mis en place pour les milieux hors CSSS de Laval.
Q	Améliorer les pratiques professionnelles et la collaboration interprofessionnelle dans les CHSLD et les RNI (Ressource non institutionnelle) en assurant une formation sur l'approche gériatrique/prothétique.	Capsules de formation données au personnel des RNI et des CHSLD privés, notamment par le PRAG (Programme régional ambulatoire gériatrique). Formations répétées pour le nouveau personnel annuellement.
A	Revoir la programmation de l'unité spécifique régionale avec les partenaires de l'hébergement, du PRAG et de la santé mentale en vue d'améliorer les pratiques habituelles.	Unité spécifique transitoire implantée au centre d'hébergement Idola Saint-Jean. L'unité de santé mentale en place est associée à l'unité spécifique.
A	Intensifier et adapter les services d'hébergement en tenant compte que la clientèle admise est en plus grande perte d'autonomie.	✓ 18 lits de soins palliatifs ont été ajoutés. ✓ Équipe médicale nommée.
C	Assurer un gestionnaire de cas aux personnes présentant des problèmes complexes et nécessitant une coordination de services.	Lancement du guide de l'intervenant pivot en juillet 2014.
Q	Assurer une réponse « réseau » à l'ensemble des besoins en prévention et promotion des abus (violence, maltraitance, négligence, fraudes, victimisation, etc.).	Formation sur la prévention des abus auprès des personnes âgées offerte aux intervenants SAPA.
C	S'assurer que la clientèle à risque de perte d'autonomie soit dépistée rapidement à l'urgence 7 jours/semaine, 24 h/24.	✓ Identification de la clientèle à risque de perte d'autonomie au service de l'urgence de l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé de Laval effectuée 7 jours/semaine, 24 h/24 depuis le 10 juin 2009. ✓ Interface entre I-CLSC et Medurge permet d'identifier la clientèle suivie par le soutien à domicile. ✓ Grilles ISAR à l'urgence sont complétées pour la clientèle non connue du soutien à domicile.

A	Déployer le programme de rééducation vésicale dans toutes les installations du CSSS (CHSLD, RNI, RI, Résidences privées, etc.).	✓ Évaluation de chaque usager via l'OEMC (Outil d'Évaluation MultiClientèle). ✓ Capacités de l'usager à déterminer (fonctions vésicales). S'il y a possibilité de rééducation, des interventions sont mises en place au plan de soins pour améliorer les capacités de l'usager. ✓ Horaire de miction. ✓ Accompagnement de la personne âgée à la salle de bain à horaire régulier. ✓ Utilisation de culottes d'incontinence pour permettre le maintien d'une autonomie.
A	Réduire la liste d'attente pour l'adaptation du domicile pour la clientèle du regroupement clientèle «Personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement».	✓ Vérification de l'éligibilité au programme d'adaptation de domicile de la Société d'Habitation du Québec (SHQ) par les coordonnateurs professionnels avant d'inscrire un usager. ✓ Tout dossier en attente de plus de 6 mois est assigné (priorité 1). Les délais plus grands sont ainsi toujours évités.
A	Intensifier les services d'aide et les services professionnels à domicile pour la clientèle à risque d'hospitalisation ou d'hébergement.	✓ Révision des balises d'aide à domicile. ✓ À l'hiver 2015, mise en place d'une équipe dédiée permettant la planification de congé pour la clientèle non connue du SAD et complexe. Ce procédé a eu pour effet d'éviter l'hébergement à 44 usagers lavallois.
A	Améliorer la réponse aux besoins non planifiés, ponctuels, urgents et de dépannages en soins infirmiers (particulièrement la nuit) d'une clientèle connue ou non, et ce, dans tous les lieux de résidence où le SAD intervient.	Infirmière de garde la nuit pour répondre aux besoins non planifiés, ponctuels, urgents et de dépannages en soins infirmiers d'une clientèle connue ou non, et ce, dans tous les lieux de résidence où le SAD intervient.
A	Revoir l'offre de service « interventions professionnelles » dans les milieux de vie alternatifs à l'hébergement afin de mieux l'adapter aux besoins de la clientèle.	Offre de service en ergothérapie, en physiothérapie et en nutrition en place pour les milieux de vie alternatifs à l'hébergement.
Q	Trouver un organisme communautaire chargé d'apporter l'aide nécessaire aux activités du CES (Chèque Emploi-Service).	✓ Organisme communautaire mandaté pour s'occuper des activités liées au CES. ✓ Entente de gestion avec l'organisme communautaire en révision dans un souci d'amélioration continue.
A	Avoir une organisation de lits d'hébergement temporaire adaptée aux besoins de la clientèle.	Totalité des lits d'hébergement temporaire concentrée au centre d'hébergement Fernand-Larocque. Personnel mieux formé et outillé pour accueillir cette clientèle. Suivi avec l'équipe médicale de la 1 ^{re} ligne facilité.

A-Q	Maintenir ou développer la proximité de vie des couples qui le désirent.	Demandes d'hébergement pour couples sont répondues favorablement.
Q	Améliorer les pratiques professionnelles et la collaboration interprofessionnelle dans les CHSLD et les RNI en assurant une formation sur l'approche prothétique.	Formation sur l'approche prothétique offerte aux intervenants des CHSLD et RNI.
A-C-Q	Assurer le déploiement de la solution informatique provinciale afin de faciliter la continuité et la coordination des soins et des services.	Système d'information provincial RSIPA/SI-PRSI déployé afin de favoriser la continuité et la coordination des soins et des services.
A-C	Optimiser les services du PRAG dans le but de mieux répondre aux besoins de la clientèle PPALV.	Révision de l'organisation des services professionnels. Nous comptons entre autres sur l'actualisation des compétences de l'infirmière pour l'évaluation de la condition physique et mentale de l'aîné, sur l'amélioration du travail en dyade (médecin/infirmière) et sur la pratique interdisciplinaire.
A	S'assurer de répondre aux patients provenant du domicile ou d'un CHSLD en matière de lits électifs en gériatrie.	Lit électif à l'UCDG (Unité de courte durée gériatrique) disponible pour répondre aux besoins des médecins de la première ligne.

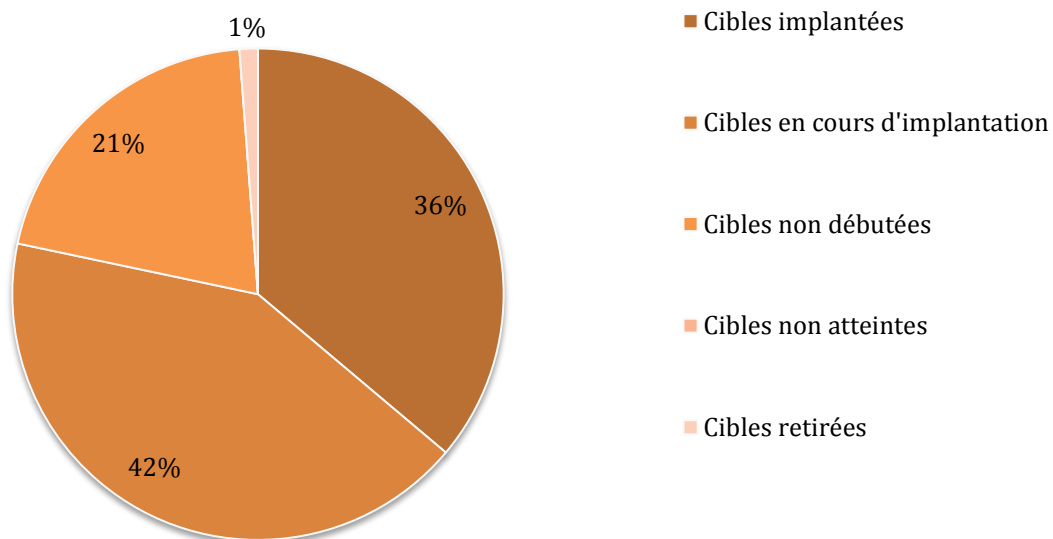
Regroupement clientèle Services généraux et fonction coordination-liaison (SGFCL)

Tableau-synthèse des cibles

Regroupement clientèle	COCRSI/Tables	Cibles identifiées en 2011	Cibles prioritisées			Cibles implantées	Cibles en cours d'implantation	Cibles non débutées	Cibles non atteintes	Cibles retirées	Taux d'avancement (implantées et en cours)
			2011	Entre 2011 et 2015	Total						
Services généraux et fonction coordination-liaison (SGFCL)	Agression sexuelle		13	0	13	2	7	4	0	0	69%
	Dépendances		18	1	19	11	7	1	0	0	95%
	DI-TED		15	1	16	6	8	2	0	0	88%
	DP		13	4	17	9	2	6	0	0	65%
	Violence conjugale		17	1	18	2	11	4	0	1	72%
Total SGFCL		127	76	7	83	30	35	17	0	1	78%

Graphique

Bilan de l'état d'avancement des cibles 2015 Regroupement clientèle SGFCL



Liste des réalisations

Rappel des objectifs : Accessibilité (A) Continuité (C) Qualité (Q)

A-C-Q	CIBLES	RÉALISATIONS
COCRSI Violence conjugale et agression sexuelle (jeunes et adultes)		
C	Mieux faire connaître les services et les mécanismes d'accès.	Diffusion de modèles de trajectoire développés dans d'autres régions auprès des partenaires.
C	Mieux faire connaître l'entente multisectorielle auprès des intervenants.	Présentations de l'entente mutisectorielle auprès des intervenants.
Q	S'assurer d'utiliser l'Analyse différenciée selon les sexes (ADS) dans l'ensemble des continuums Violence conjugale et agression sexuelle.	Formation ADS offerte par l'Agence de santé et services sociaux de Laval.
Q	Rendre disponible l'expertise présente dans la région en élaborant un mécanisme de partage d'expertise entre les partenaires.	Rencontres avec les différents acteurs pour comprendre leurs rôles et expertises dans l'élaboration d'une trajectoire de services pour jeunes et adultes.
COCRSI Dépendances		
Q	Assurer une meilleure compréhension des phénomènes en émergence et en tenir compte dans notre offre de service en fonction des réalités à venir.	✓ Participation à un projet de recherche sur la cyberdépendance. ✓ Formation de deux intervenantes du Centre de réadaptation en Dépendances (CRD) sur l'intervention en cyberdépendance.
A-C	S'assurer de faire connaître l'offre de service en Dépendances aux Centres d'éducation aux adultes (CÉA) et aux Centres de formation professionnelle (CFP).	L'offre de service en Dépendances a été présentée aux CÉA et aux CFP.
A-C	S'assurer de faire connaître le profil de la clientèle des 18 ans et plus fréquentant les CÉA et les CFP, ainsi que leurs besoins.	Organisation d'une journée d'appropriation pour les professionnels et gestionnaires des réseaux de la santé et de l'éducation aux adultes.
A-C	Améliorer les arrimages pour faciliter l'accès aux services en Dépendances (prévention et réadaptation) pour les 18-24 ans (tenir compte de la catégorie d'âge des jeunes en CÉA et en CFP qui est entre 16-24 ans).	Présentation des trajectoires de services en Dépendances adulte et Dépendances jeunesse lors de la journée d'appropriation.
A-C	Assurer une meilleure connaissance des services offerts en itinérance.	✓ Implication du coordonnateur en Dépendances aux travaux du comité directeur en itinérance. ✓ Suivi des travaux du ROIL (Réseau d'organismes et d'intervenants en itinérance de Laval) par le CSSS de Laval.

Q	Mettre en place des programmes motivationnels éprouvés scientifiquement.	Une formation sur l'entretien motivationnel a été offerte aux intervenants du CSSS de Laval.
A-C-Q	Consolider l'offre de service en termes de dépendances (désintox externe, suivi et sevrage léger) 1 ^{re} ligne multidisciplinaire.	Maintien d'une intervenante pivot en Dépendances 1 ^{re} ligne (budget de Santé publique) (prévention, détection et intervention précoce).
A-C	Développer le suivi psychosocial et médical avec soutien à la méthadone au CSSS de Laval.	Clinique Accueil-Santé Laval offre le suivi médical pour le TDO (Traitement de la dépendance aux opioïdes) en clinique privée (partenariat CRD).
C	Développer l'accessibilité des services de désintoxication de niveau IV (avec contrôle médical).	Corridor de services informel avec Centre Hospitalier St-Luc. (Mandat suprarégional) (8 à 10 personnes annuellement).
A-C-Q	Ajuster notre offre de service actuelle afin de rendre des services en langue anglaise.	Les services en langue anglaise sont disponibles partiellement pour les services spécialisés aux CRD Laval et en partenariat avec le Centre de réadaptation en dépendances Foster.
A-C	Développer des lits de dégrisements pour recevoir les personnes intoxiquées à toutes heures (24h/24 et 7 jours/7).	Processus de fusion des deux organismes d'hébergement en dépendances.
Déficiência intellectuelle		
A-C	Assurer des services en hébergement d'urgence (répit spécialisé) et du répit dépannage pour la clientèle DI-TED adulte.	Ouverture en mars 2015 d'une ressource de dépannage et de transition pour les jeunes de 12 à 25 ans qui répond aux besoins spécifiques des usagers.
A-C	Standardiser certains outils d'évaluations diagnostics en fonction des lignes directrices et, promouvoir l'utilisation auprès des professionnels et harmoniser certains outils (fiche de référence, PSI, etc.).	Planification de la révision d'outils d'évaluations diagnostics en fonction des lignes directrices.
A-C	Transférer la démarche du PSI (actuellement fait en 2 ^e ligne) au niveau des intervenants de la 1 ^{re} ligne.	Rédaction d'un guide de pratique par la DSM.
A	Adapter le financement et le mode d'allocation du programme «Soutien à la famille» en ce qui concerne l'utilisation des fonds (ex.: lorsqu'il s'agit de familles démunies) afin qu'ils aient davantage accès à du répit.	✓ Développement du "Programme de soutien financier aux adultes fréquentant les activités de jour DI-TSA ». ✓ Révision du guide d'utilisation du programme « Soutien à la famille» dont la grille tarifaire. ✓ Ajout d'une grille d'évaluation et de priorisation au guide d'utilisation du programme « Soutien à la famille ».

A-C	Intensifier les programmes de subventions aux répits et au dépannage d'urgence et de crise pour répondre adéquatement aux besoins de la clientèle.	Lors de situations de dépannage, le montant requis en fonction du besoin est payé (et non seulement le maximum admissible).
A-C-Q	Développer des ressources résidentielles (dont les RNI spécialisées et ultra spécialisées).	✓ Révision de l'offre de service du CRDITED de Laval pour la clientèle ayant des problématiques plus complexes. ✓ Modification du continuum de services en : - regroupant les intervenants qui donnent les services en RNI spécialisés - spécifiant certaines ressources pour la clientèle ayant un trouble grave du comportement - déployant une équipe de soutien spécialisé ✓ Spécialisation des ressources résidentielles. ✓ Soutien offert aux ressources spécialisées dans des interventions plus complexes.
COCRSI Déficience physique		
A-C-Q	Augmenter le soutien au milieu communautaire et développer le service d'organisation communautaire auprès du milieu communautaire en lien avec les personnes atteintes d'une déficience (physique ou intellectuelle).	Un organisateur communautaire est dédié à la population atteinte d'une déficience (physique ou intellectuelle) depuis 2012.
A-C-Q	Pour les personnes atteintes d'une déficience, améliorer les services de réadaptation axés sur l'intégration sociale et les services de transition à la vie active.	Mise sur pied du programme SINT (Soutien à l'intégration) à l'Hôpital juif de réadaptation, pour la clientèle 16 ans et plus DP.
A-C-Q	Formaliser l'utilisation du SIVET (Service d'interprétation visuelle et tactile) et la responsabilité du paiement tant pour les établissements que pour les organismes (Déficience auditive).	Diffusion de l'information comprise dans la NPG 41.
C	Clarifier la nature des demandes de services du CSSS de Laval, informer le réseau (Org. com. / 2 ^e ligne, etc.) et diffuser l'information (Toutes déficiences).	Création du signet pour diffuser le numéro de l'accueil première ligne.
A-C	Développement du chèque emploi-service (CES) (Toutes déficiences).	Un organisme communautaire a obtenu le mandat lié aux activités du chèque emploi-service (CES). Projet en cours pour réviser l'entente.
A-C	Augmenter les investissements dans le programme POSILTPH (Programme d'organisation des services intensifs long terme à domicile pour personnes handicapées) (Déficience motrice).	✓ Aucun investissement en 2015-2016 puisqu'aucune liste d'attente. ✓ Révision en cours des critères d'admissibilité au programme.
A-C-Q	Bonifier les activités préparatoires à l'emploi (Vie active) pour la clientèle DP adulte (Toutes déficiences).	Travaux faits pour optimiser les places déjà existantes à Laval pour l'intégration socio-professionnelle.

A-C	Développer des partenariats multisectoriels pour mettre en place plus de ressources non institutionnelles et de milieu de vie alternatif (ex. : logement supervisé, etc.) pour la clientèle en déficience physique (Déficience motrice, langage, auditive et surdicécité).	Depuis 2013, de nouvelles places ont été développées afin de répondre aux besoins de la clientèle en DP : - 8 places en RI régulière - 3 places en Soutien en studio supervisé - 8 places en Soutien en Chambres et pension
A-C	Rendre disponible un milieu désigné et adapté pour clientèle ayant des besoins de longue durée (ex. : jeunes adultes se retrouvant en CHSLD) (Déficience motrice).	La ressource résidentielle Nova-Vita a ouvert ses portes en novembre 2014, elle est le fruit d'un travail conjoint entre le l'Hôpital juif de réadaptation, le CSSS de Laval et l'Agence de Laval (10 places désignées pour la clientèle DP avec besoins lourds).

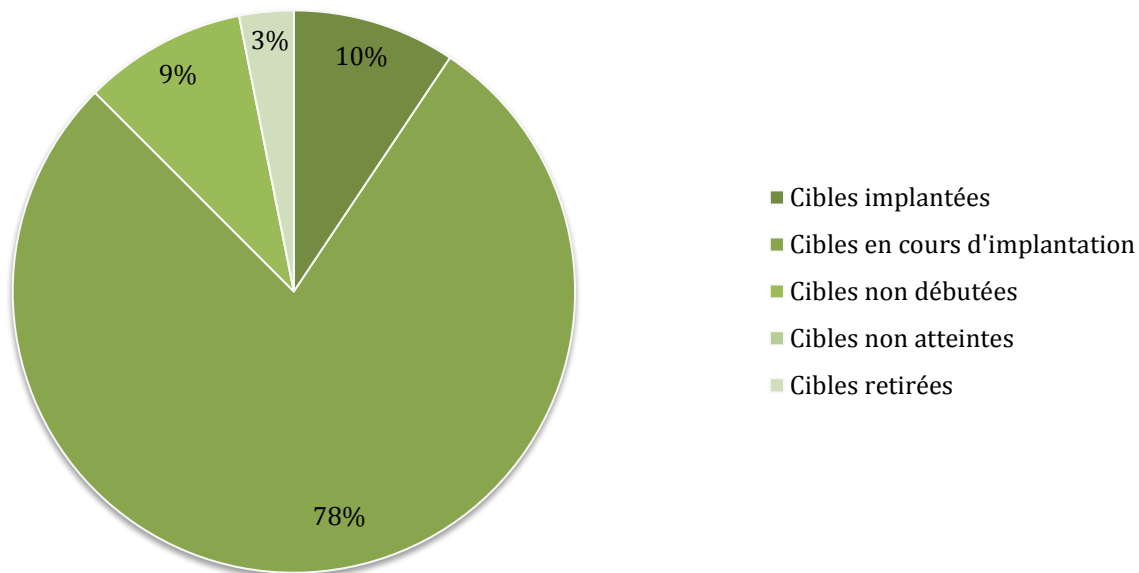
Regroupement clientèle Santé mentale adulte (SMA)

Tableau-synthèse des cibles

Regroupement clientèle	COCRS/Tables	Cibles identifiées en 2011	Cibles priorisées			Cibles implantées	Cibles en cours d'implantation	Cibles non débutées	Cibles non atteintes	Cibles retirées	Taux d'avancement (implantées et en cours)
			2011	Entre 2011 et 2015	Total						
Santé mentale adulte (SMA)	Prévention suicide		5	0	5	0	5	0	0	0	100%
	Modèle de soins hiérarchisés		16	0	16	2	11	2	0	1	81%
	Intégration sociale - Travail		3	0	3	0	3	0	0	0	100%
	Intégration sociale - Hébergement		1	0	1	1	0	0	0	0	100%
	Troubles complexes		2	0	2	0	2	0	0	0	100%
	PP		5	0	5	0	4	1	0	0	80%
Total SMA		43	32	0	32	3	25	3	0	1	88%

Graphique

Bilan d'avancement des cibles 2015 Regroupement clientèle SMA



Liste des réalisations

Rappel des objectifs : Accessibilité (A) Continuité (C) Qualité (Q)

A-C-Q	CIBLES IMPLANTÉES	RÉALISATIONS
Modèle de soins hiérarchisés		

C	Débuter les activités de psychiatre répondant sur l'ensemble du territoire (Est-Ouest) pour les services de première ligne identifiés (GMF, équipe santé mentale, SIV, etc...).	Psychiatre répondant disponible.
---	--	---

C	Harmoniser et préciser les trajectoires de services entre le guichet universel et le guichet SMA, entre les services psycho-sociaux généraux et les services de SMA sur l'ensemble du territoire (Est-Ouest). Analyser la pertinence d'augmenter les liens de collaboration avec les psychologues en privé dans un souci de continuité et d'accès.	Cadre de référence développé pour le partage des clientèles en santé mentale adulte et les services généraux.
---	--	--

Table Hébergement, logement et intégration sociale

A-C	En collaboration avec l'ASSSL, assurer et harmoniser la gestion des ressources d'hébergement pour l'ensemble du territoire : - Développer au moins 20 des 40 places d'encadrement intensif; - Développer 75 % des 140 places en logement avec services de soutien, en mettant en place différentes mesures (projets de logement avec des partenaires privés, en collaborant au développement de projet de logement social, en augmentant le nombre de PSL (Programme de soutien au logement) pour la clientèle santé mentale adulte).	✓ Élaboration d'un cadre de référence sur l'hébergement et le logement social. ✓ Projet CLÉS en main en place. ✓ Mise en place d'appartements supervisés. ✓ Mise en place d'une ressource d'hébergement temporaire.
-----	---	--

A-C-Q	CIBLES EN COURS AVEC RÉALISATION	RÉALISATIONS
Modèle de soins hiérarchisés		

A	Identifier, rejoindre et desservir une clientèle vulnérable ou en rupture de services via la consolidation de l'équipe itinérante. Augmenter l'interface avec les autres mesures de soutien dans la communauté et les autres services offerts des regroupements clientèle FEJ et SGFCL.	Développement d'un cadre de référence pour l'équipe itinérante.
---	---	--

A-Q	Préciser les trajectoires de services et les arrimages (CJ, FEJ, SMA et la continuité entre pédo-psychiatrie/psychiatrie adulte) sur l'ensemble du territoire.	✓ Organisation d'un colloque en santé mentale, en mars 2015, dont la thématique touchait la clientèle 14-25 ans. ✓ Mise en place d'un comité de travail interdirection (Jeunesse et SMA) pour travailler sur les trajectoires et les modalités pour rejoindre les jeunes.
A	Assurer la desserte de services en santé mentale pour la population d'expression anglaise et offrir une trajectoire de services améliorée.	Révision des exigences de bilinguisme (français-anglais) dans chacune des équipes de la direction afin d'assurer les services en anglais.
C	Mettre à jour le cadre de référence harmonisé, incluant le soutien du GASM (Guichet d'accès en santé mentale) via un psychiatre répondant, lorsque pertinent. Monitorer la réponse aux demandes de services au guichet d'accès dans les 7 jours ouvrables, sur une base continue (voir cible 14). Accroître le rôle de l'infirmière praticienne en santé mentale, notamment pour la clientèle orpheline.	✓ Réalisation du projet CIBLE qualité II avec l'équipe du CISPLOI (Centre intégré de services de première ligne de l'ouest de l'île) qui a permis de déployer les services d'un psychiatre répondant pour l'Ouest de Laval et de développer les soins de collaboration avec les médecins. ✓ Déploiement d'une nouvelle modalité de services de faible intensité pour toutes les équipes de 1^{re} ligne en CLSC.
A	Consolider les équipes de santé mentale de 1^{re} ligne selon les requis ministériels : - Réduire les délais en 1^{re} ligne (requis de 7 jours pour l'accueil et l'orientation et de 30 jours pour le traitement). - Augmenter la présence des psychologues dédiés dans les cliniques médicales.	✓ Consolidation des équipes première ligne. ✓ Offre de service définie en fonction des orientations du MSSS.
A	Maintenir ou améliorer la gestion des délais d'accès en 2 ^e ligne afin d'assurer un traitement à l'intérieur de 60 jours (Est et Ouest de Laval).	✓ Réponse aux demandes référées par un médecin réduite à 60 jours. ✓ Comité de meilleures pratiques mis en place pour réviser l'offre de service 2^e ligne.
A-C	Poursuivre l'élaboration d'un modèle clinique lavallois intégré et hiérarchisé des services de 1 ^{re} ligne et 2 ^e ligne pour l'ensemble du territoire (incluant un profil médicamenteux contenu au plan de traitement lors du transfert d'un usager de la 2 ^e vers la 1 ^{re} ligne).	Mise en place de cinq comités pour revoir les pratiques et la complémentarité des services suite à la journée d'étude 2014 de la DSMA.
A-C	Finaliser l'implantation du programme régional auprès des personnes avec troubles relationnels en 1^{re} ligne. Analyser les opportunités d'harmonisation et de complémentarité des services spécialisés (Est-Ouest) et préciser la trajectoire de services entre la 1^{re} et la 2^e ligne.	Programme implanté et révisé.

A-C	Mettre en place les mesures de liaison et de collaboration les plus pertinentes dont celle du professionnel répondant du CSSS de Laval auprès des organismes du RLS.	Révision des ententes, ajout de certains partenaires.
A-C-Q	En collaboration avec la direction SAPA du CSSS de Laval et l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal : - Soutenir l'harmonisation et la hiérarchisation des services pour les personnes vieillissantes ayant déjà un problème de santé mentale. - Avoir une meilleure connaissance des besoins prioritaires et accroître ou ajuster les services si nécessaire.	✓ Travaux exploratoires pour l'orientation des demandes entre le PRAG et la gérontopsychiatrie. ✓ Confirmer la présence d'un psychiatre au PRAG.

Table Prévention du suicide

A	Créer et soutenir de nouveaux réseaux de sentinelles en visant en priorité les groupes à risque.	Programme sentinelle en prévention du suicide déployé.
A-C-Q	Assurer une évaluation, la mise à jour et la diffusion continue du protocole PASCAL pour la continuité des services aux personnes suicidaires adultes. Implanter des corridors d'accès et de prise en charge rapide pour la clientèle suicidaire référée par les médecins.	Trajectoire en prévention du suicide remise aux médecins lors des journées Alliance en santé mentale.
A	Offrir un programme régional de suivi étroit pour les personnes à potentiel suicidaire élevé.	✓ Suivi étroit déployé sur l'ensemble du territoire. ✓ Monitoring opérationnel dans les services offerts aux jeunes et aux adultes.
Q	Outils des intervenants à l'évaluation et au traitement des personnes suicidaires.	Formation « Intervenir auprès de la personne suicidaire à l'aide des bonnes pratiques » de 3 jours accréditée, adressée à l'ensemble des intervenants 1 ^{re} ligne.

Table Hébergement, logement et intégration

A-C	Diminuer l'écart afin de : - Répondre à au moins 75 % des besoins en matière de suivi intensif (soit 190 adultes); - Répondre aux besoins de SIV (soit environ 900 adultes). Intégrer progressivement les pairs aidants dans les services selon la définition des conditions et modalités de mise en œuvre.	✓ Travaux pour améliorer l'efficacité et la performance pour atteindre la balise nationale.
-----	--	---

A-C	Arrimer les services de suivi dans la communauté aux autres mesures de soutien (travail, logement, études). Augmenter la prise en charge d'usagers en provenance de l'Ouest de Laval, avec les ressources actuelles.	Le cadre de référence a été précisé pour le SIV (Suivi d'intensité variable). Les intervenants du SIV et SIM (Soins intensifs dans le milieu) sont répondants auprès d'Emploi Québec et participent au mécanisme d'accès à l'hébergement.
A-C	Offrir des services de soutien à l'intégration au travail à au moins 200 jeunes adultes et adultes. Soutenir le projet de collaboration entre Emploi-Québec, la direction des ressources humaines Canada (DRHC) et l'organisme L'Arrimage pour le soutien à l'intégration au travail. Augmenter l'accessibilité aux centres de jour pour des activités structurées d'intégration au travail.	✓ Élaboration d'un cadre de référence sur l'intégration au travail. ✓ Entente de service en place avec Emploi-Québec.
A-C	Favoriser la création d'emplois adaptés à la clientèle santé mentale, appuyer le travail de concertation afin de supporter le développement de projets. Pour la clientèle plus loin du marché de l'emploi, favoriser le retour à la vie de quartier, intégrer un milieu normalisant.	Enquête de besoins auprès des usagers réalisée avec les groupes communautaires.
Troubles complexes		
A-C-Q	Augmenter les effectifs spécialisés afin de répondre rapidement à la clientèle dépistée (vision et budgets intégrés). Soutenir la mise en place d'un cadre clinique commun (CSSSL – Centre de réadaptation Le Maillon de Laval), incluant le développement de l'expertise des professionnels, sur une base continue.	✓ Entente de services en lien avec support clinique pour SIM et clientèle hébergée. ✓ Groupe conjoint santé mentale dépendance pour usagers TPL (Trouble de la personnalité limite) et toxicomanies.
Promotion-Prévention		
A	Assurer le dépistage systématique de la dépression chez l'adulte, dont les femmes enceintes et en post-natal, après consolidation des équipes de première ligne.	Obtention d'un financement pour un projet avec la santé publique.
Q	Mieux repérer les hommes et jeunes adultes qui présentent des problèmes de santé mentale. Outils les milieux qui rejoignent les jeunes adultes, dont les cliniques jeunesse, pour dépister efficacement les problèmes de santé mentale.	✓ Arrimage avec la clinique jeunesse au CÉGEP, développement d'outils et de trajectoires. ✓ Arrimage avec les centres d'éducation aux adultes et de formation professionnelle, développement d'outils et de trajectoires.

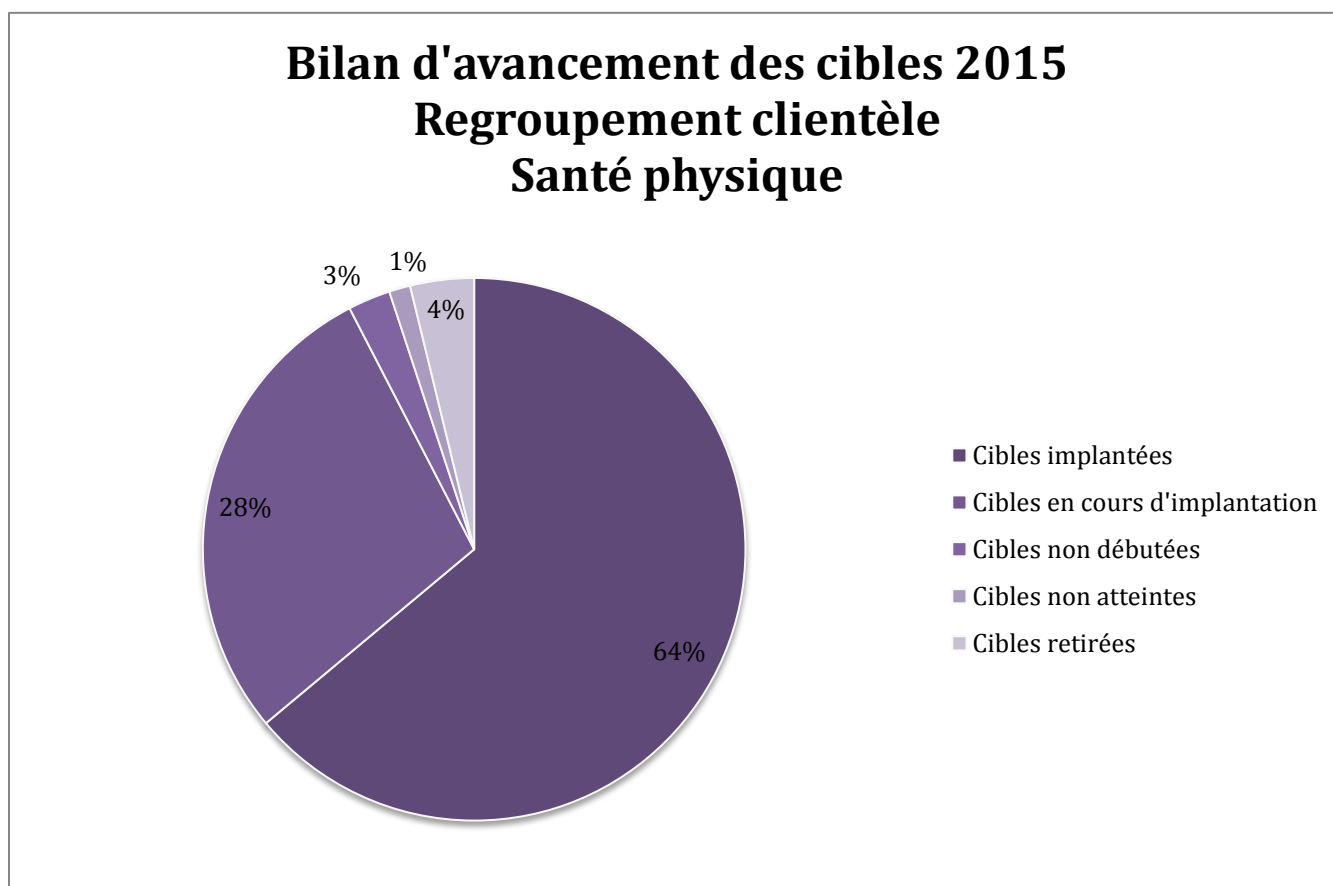
Q	Soutenir les usagers, les intervenants et les gestionnaires dans l'appropriation du concept de rétablissement afin d'en uniformiser sa compréhension régionalement.	✓ Le Centre d'Implication Libre de Laval (CILL) a préparé une planification stratégique. ✓ Formation de l'AQRP (Association québécoise des retraité(e)s des secteurs public et parapublic) sur le rétablissement. ✓ Planification stratégique préparée par le CILL.
---	---	---

Regroupement clientèle Santé physique

Tableau-synthèse des cibles

Regroupement clientèle	COCRSI/Tables	Cibles identifiées en 2011	Cibles prioritisées			Cibles implantées	Cibles en cours d'implantation	Cibles non débutées	Cibles non atteintes	Cibles retirées	Taux d'avancement (implantées et en cours)
			2011	Entre 2011 et 2015	Total						
Santé physique (SP)	Cardio		22	21	43	33	9	0	0	1	98%
	Médecine métabolique		13	6	19	12	5	1	0	1	89%
	PLCC		65	1	66	37	23	2	0	4	91%
	Respiratoire		19	11	30	19	8	1	2	0	90%
Total SP		194	119	39	158	101	45	4	2	6	92%

Graphique



Liste des réalisations

Rappel des objectifs : Accessibilité (A) Continuité (C) Qualité (Q)

A-C-Q	CIBLES	RÉALISATIONS
Cardiologie-neurologie		
A-C-Q	Sensibiliser la population à l'importance de dépister précocement les premiers signes avant-coureurs des MCV (maladie cardio-vasculaire), des ICT (ischémie cérébrale transitoire) et des AVC (accident vasculaire cérébral).	Activités de sensibilisation offertes par la FMC (Fondation de la maladie du cœur et de l'AVC).
A-C-Q	En plus de l'offrir aux médecins et aux pharmaciens, élargir la formation en counseling bref à d'autres professionnels du territoire (ex. aux infirmières des GMF (groupe de médecine familiale), aux inhalothérapeutes œuvrant auprès des clientèles avec problématiques respiratoires, aux inhalothérapeutes du SAD ainsi qu'aux infirmières en suivi systématique).	Formation offerte aux intervenants en counseling bref.
A-C-Q	Mettre en place une ordonnance collective qui permettra aux fumeurs du territoire d'obtenir gratuitement une thérapie de remplacement de la nicotine (TRN) lorsque requis.	Ordonnance collective élaborée et mise en place.
A-C-Q	Améliorer l'accessibilité pour la clientèle qui nécessite un contrôle en anticoagulothérapie.	Amélioration de l'accessibilité pour la clientèle qui nécessite un contrôle en anticoagulothérapie.
A-C-Q	Définir les différentes clientèles afin de faciliter le travail des employés du guichet d'accès universel, d'optimiser la prise en charge et de diminuer les délais de prise en charge.	Clarification du découpage des clientèles au sein du CSSS de Laval.
A-C-Q	Mieux faire connaître aux employés travaillant au guichet d'accès universel les services de suivi systématique du centre ambulatoire, l'offre de service des équipes du SAD (SP, PPALV, SGFCL) destinées à la clientèle MCV et ICT/AVC.	Offre de service du programme cardio présenté aux intervenants du guichet d'accès universel.
A-C-Q	Établir un processus de communication plus efficace entre la ligne Info-santé 811 et le CSSS (incluant le guichet universel) pour assurer une bonne connaissance de l'offre de service sur le territoire de Laval.	Processus de communication établi entre Info-santé et le CSSS de Laval.
A-C-Q	Étudier la possibilité de réorienter les patients qui ne requièrent plus de services spécialisés de 2 ^e ligne, en 1 ^{re} ligne, en permettant une priorisation du patient en cas de complication.	Déploiement du projet Cible-Santé.

A-C-Q	Améliorer le triage des clientèles présentant une angine, un ICT/AVC, un infarctus à la salle d'urgence.	Amélioration du triage des clientèles présentant une angine, un ICT/AVC, un infarctus à la salle d'urgence.
A-C-Q	Améliorer l'efficacité des mécanismes de communication entre la 1 ^{re} et la 2 ^e ligne (vice versa) pour favoriser la prise en charge en continuum.	Déploiement du projet Cible-Santé.
A-C-Q	Finaliser les travaux de la planification du projet d'identification préhospitalière de l'Infarctus du myocarde (IPIIM).	Travaux de planification de l'IPIIM réalisés.
A-C-Q	Revoir la priorisation clinique en échographie cardiaque.	Priorisation en échographie cardiaque revue.
A-C-Q	Améliorer l'accessibilité au plateau technique diagnostique en électrophysiologie médicale et en imagerie médicale.	Amélioration de l'accessibilité au plateau technique diagnostique en électrophysiologie médicale et en imagerie médicale.
A-C-Q	Améliorer les délais d'intervention pour les patients ayant besoin d'une chirurgie cardiaque et d'une procédure d'électrophysiologie tertiaire.	✓ 100 % des demandes de services en hémodynamie A et B sont réalisées dans les délais établis. ✓ Entente de services avec l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal pour l'électrophysiologie réalisée.
A-C-Q	Respecter les délais prescrits en fonction des priorités cliniques.	Ouverture d'une 10 ^e salle d'opération.
A-C-Q	Revoir la structure de poste sur le quart de nuit et de jour.	Structure de postes révisée au 3 ^e Est-Sud.
A-C-Q	Réorganiser le travail.	Travail réorganisé au 3 ^e Est-Sud par le biais de comités de travail avec le personnel.
A-C-Q	Obtenir la désignation d'unité coronarienne du MSSS. Obtenir 4 lits.	Obtention de 12 lits supplémentaires de soins critiques.
A-C-Q	Optimiser la prise en charge des clients par des pratiques interdisciplinaires.	Mise en place de rencontres interdisciplinaires au Centre ambulatoire.
A-C-Q	Mettre en place une sectorisation de la clientèle AVC à l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé.	Sectorisation de la clientèle AVC à l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé au 5 ^e Ouest-Nord.
A-C-Q	Intensifier les ressources professionnelles suivantes : Auxiliaires familiales et sociales (AFS), ergothérapeutes, infirmières en nursing et physiothérapeutes.	Optimisation du soutien à domicile.

A-C-Q	Améliorer l'accessibilité et les mécanismes de suivi au parc d'équipement pour la clientèle qui a congé de l'hôpital.	Mécanisme de suivi mis en place.
A-C-Q	Rehausser les ressources en travail social.	Ajout de travailleurs sociaux à l'Hôpital juif de réadaptation.
A-C-Q	Maintenir un processus d'amélioration continue pour une meilleure fluidité de la clientèle de l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé vers l'Hôpital juif de réadaptation.	Le délai moyen entre la référence et la prise en charge est de 3,2 jours.
A-C-Q	Améliorer les délais d'attente pour l'évaluation de la conduite automobile.	Le programme répond dans les délais prévus au plan d'accès.
A-C-Q	S'assurer d'avoir un médecin pour le suivi INR (International normalized ratio) en externe.	Inscription de la clientèle orpheline au GACO (Guichet d'accès clientèle orpheline). Les coordonnateurs ont des disponibilités au CSSS pour les usagers sans médecin.
A-C-Q	Diminuer les délais d'attente pour les services du SAD afin de libérer, plus rapidement, les lits de l'Hôpital juif de réadaptation.	Travaux réalisés entre l'HJR et le SAD (Soutien à domicile) pour améliorer le continuum.
A-C-Q	Offrir à la clientèle un suivi systématique par l'équipe interdisciplinaire en RFI (Réadaptation fonctionnelle intensive) externe.	Équipe bonifiée au cours des dernières années.
A-C-Q	Améliorer l'accessibilité au programme de réadaptation externe.	Respect des délais du plan d'accès.
A-C-Q	Concilier les interventions dans chacune des professions pour permettre un réel travail interdisciplinaire, malgré les délais d'attente respectifs.	Conciliation des interventions réalisée.
A-C-Q	Améliorer la prise en charge en réadaptation par le biais du projet national de l'organisation du travail en interdisciplinarité (PNOT).	Amélioration de la prise en charge en réadaptation.
A-C-Q	Améliorer les interventions dans les délais inscrits au suivi systématique.	Délais inscrits au suivi systématique respectés.
A-C-Q	S'assurer du cheminement du client en fonction du continuum.	Mise en place d'un comité régional IAMEST (Infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST).
Médecine métabolique		
Q	Mieux faire connaître les services de promotion de saines habitudes de vie (tabagisme et alimentation) auprès de la population et des professionnels du RLS.	Déploiement du projet Cible-Santé.

Q	Mieux faire connaître les services de promotion de saines habitudes de vie (CAT, Lignes de soutien en tabagisme, Saine gestion du poids, Choisir de Maigrir, Priisme Diabète) auprès de tous les professionnels et partenaires régionaux du CSSS pour permettre une meilleure utilisation (ex. : pour les patients en attente de services individuels).	Déploiement du projet Cible-Santé.
A	Assurer un meilleur accès aux services de promotion de saines habitudes de vie notamment en ce qui concerne les patients obèses/préobèses ou présentant un syndrome métabolique.	Déploiement du projet Cible-Santé.
Q	Harmoniser l'enseignement entre la 2 ^e et la 1 ^{re} ligne notamment pour les patients nouvellement insulino-dépendants sortants de l'hôpital.	Formation offerte aux infirmières de 1 ^{re} ligne.
A	Développer un programme structuré pour le dépistage et la prise en charge des patients qui ont un syndrome métabolique, un pré-diabète/diabète ou une HTA.	Déploiement du projet Cible-Santé.
A	Diminuer les délais d'attente pour les nouvelles consultations médicales et de suivies au centre régional du diabète.	Mise en place d'un infirmier-pivot et arrivée d'un endocrinologue.
A	Assurer un meilleur accès à l'évaluation de l'accès vasculaire à l'Hôpital Cité-de-la-Santé (laboratoire vasculaire et chirurgie vasculaire).	Amélioration de l'accessibilité à l'évaluation de l'accès vasculaire l'Hôpital Cité-de-la-Santé (laboratoire vasculaire et chirurgie vasculaire).
A-C	S'assurer que tous les patients diabétiques aient une formation sur l'amorce ou l'ajustement de l'insuline dès leur congé de l'hôpital.	100% des patients diabétiques ont une formation sur l'amorce ou l'ajustement de l'insuline à leur congé.
A	Actualiser le programme d'hémodialyse nocturne à domicile (HDN) afin de répondre à de nouveaux besoins.	18 appareils d'hémodialyse nocturne ont été mis en place.
C	Cibler le CRDL (Centre régional du diabète de Laval) comme centre responsable de la formation, d'uniformiser les pratiques et d'actualiser les lignes directrices en rapport avec le diabète. Développer son leadership d'expertise.	Déploiement du projet Cible-Santé.
A	Assurer l'accès au service de transport adapté particulièrement en soirée pour les personnes en hémodialyse.	Amélioration de l'accès au transport adapté.
Q	Actualiser la formation continue sur l'approche de soins en fin de vie notamment pour les intervenants de l'unité de néphrologie au 3eON et des unités de pré-dialyse/dialyse.	Formation sur l'approche de soins en fin de vie donnée aux intervenants de l'unité de néphrologie au 3 ^e O-N et des unités de pré-dialyse/dialyse.

Lutte contre le cancer

A-C-Q	Acquérir la tomographie par émission de positrons (TEP) au CSSS de Laval et établir un corridor de services formel avec les RUIS pour un accès privilégié jusqu'à l'acquisition de l'équipement.	Ajout d'une 2 ^e tomographie par émission de positrons (TEP SCAN).
A-C-Q	Favoriser l'inscription des patients en traitement à Info-santé 24/7.	Clientèle en traitement de chimiothérapie rejointe par un professionnel 7 jours/7 (infirmière pivot ou pharmacien).
A-C-Q	Assurer aux personnes atteintes de cancer les services de chimiothérapie à l'intérieur d'un délai de 28 jours.	Clientèle en chimiothérapie reçoit leurs traitements en dedans de 14 jours; la priorisation de la mise en traitement se fait par les hémato-oncologues.
A-C-Q	Assurer aux personnes atteintes de cancer les services de radio-oncologie à l'intérieur d'un délai de 28 jours.	Respect du délai de 28 jours pour l'ensemble des patients.
A-C-Q	Favoriser le développement de la chirurgie thoracique du traitement du cancer pulmonaire.	Corridor de services formel avec le Centre hospitalier universitaire de Montréal pour la chirurgie thoracique.
A-C-Q	Conclure une entente de services avec la région de Laurentides (Hôtel-Dieu de St-Jérôme) en ce qui concerne la clientèle qui sera desservie par le CSSS de Laval en radio-oncologie, dès l'ouverture du CICL (Centre intégré de cancérologie de Laval).	Corridor de services formel établi pour la clientèle des Laurentides, de Laval et de Lanaudière.
A-C-Q	Optimiser le nombre d'infirmières pivots en oncologie (IPO).	✓ Définir les critères de référence à l'IPO. ✓ Participer à la sélection d'une requête de référence standardisée. ✓ Participer à l'élaboration d'un guichet d'accès.
A-C-Q	Améliorer la coordination des soins et des services en oncologie pour les personnes ayant reçu un diagnostic de cancer et pour leurs proches.	✓ Rencontres interdisciplinaires au sein du programme (CICL-Unité hémato-oncologie).

A-C-Q	Rendre conforme aux orientations ministérielles la composition et le mandat de l'équipe régionale interdisciplinaire de lutte contre le cancer.	✓ Dépôt du Programme de cancérologie et du plan d'action 2015-2020 le 31 mars 2015. ✓ Modification de la structure de gouverne en cancérologie suite à l'application de la Loi 10. ✓ Poursuite du déploiement des communautés de pratique en cancérologie. ✓ Participation aux tables nationales de la direction générale de cancérologie(DGC) (comité national des pratiques en soins infirmiers, comité national des pratiques psycho-sociales, comité national des cogestionnaires, comité national de coordination, comité national de pharmacie).
A-C-Q	Favoriser l'augmentation des effectifs des professionnels et intervenants dédiés à la réadaptation oncologique à domicile (équipe du SAD).	Augmentation du nombre de professionnels dédiés à la réadaptation oncologique à domicile.
A-C-Q	Favoriser l'augmentation des effectifs de l'équipe du Soutien à domicile (SAD).	✓ Bonification de l'équipe interdisciplinaire de soins palliatifs à domicile en 2014-2015 suite à une enveloppe du ministère récurrente de développement. ✓ Ajout d'heures travailleur social, ajout d'heures infirmières.
A-C-Q	Actualiser le programme d'intensification des soins palliatifs à domicile.	✓ Élargissement des critères de référence pour les patients pouvant être suivis à domicile (mai 2016). ✓ Inclusion des patients en fin de vie avec maladies chroniques en 2015: cardiaque, pneumologie, insuffisance rénale.
A-C-Q	Assurer un meilleur accès aux soins palliatifs pour les patients en provenance du domicile.	✓ Total de 42 lits à Laval, ce qui correspond au ratio ministériel demandé (12 lits disponibles à la Maison des soins palliatifs de Laval. 12 lits à l'unité des soins palliatifs de l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé de Laval). ✓ 18 lits ouverts le 1^{er} avril 2015 au Centre d'hébergement Rose-de-Lima (RDL). ✓ Suite à l'ouverture des 18 lits à RDL, des travaux ont été effectués en 2015 afin d'optimiser la fonction du guichet d'accès aux lits de soins palliatifs dans la région de Laval.
A-C-Q	Rendre disponibles des lits aux patients ayant une espérance de vie de 3 à 6 mois en CHSLD et des ressources professionnelles formées en soins palliatifs.	✓ Ajout de 18 lits en soins palliatifs au Centre RDL le 1^{er} avril 2015. ✓ Création de lits de répit au Centre d'hébergement Rose-de-Lima en avril 2015.

A-C-Q	Mettre en place la Clinique de soins palliatifs, selon le calendrier prévu dans le projet du CICL, s'assurer de son fonctionnement.	✓ Ouverture d'une clinique externe de soins palliatifs au CICL en 2012. ✓ Équipe médicale en place pour assurer l'accès au patient. ✓ Infirmière clinicienne spécialisée en soins palliatifs assignée à raison de 5 jrs / sem. à la clinique externe de soins palliatifs au CICL. Cette infirmière facilite le cheminement du patient en soins palliatifs dans sa trajectoire de soins, facilite également les admissions dans les lits de soins palliatifs et l'attribution des soins et services adaptés aux besoins des patients à domicile au besoin.
A-C-Q	Consolider le partenariat avec la Maison de soins palliatifs de Laval (MSPL).	✓ Collaboration du CSSS de Laval à l'obtention de l'agrément de la MSPL. ✓ Mise à jour de l'entente existante entre la MSPL et le CSSS de Laval.
A-C-Q	Poursuivre l'entente avec la Maison André-Gratton du groupe Le Phare, enfants et familles.	Poursuite de l'entente entre le CSSS de Laval et la Maison André-Gratton du groupe Le Phare, enfants et familles.
A-C-Q	Consolider l'équipe interdisciplinaire spécialisée en soins palliatifs.	✓ Création de postes d'infirmières et consolidation de l'équipe. ✓ Formation en soins palliatifs dispensée régulièrement à l'équipe : patients cardiaques à domicile.
A-C-Q	Produire un Plan de mise en œuvre 2012-2015 de la Politique en soins palliatifs de fin de vie.	✓ Rédaction du <i>Projet clinique soins de fin de vie au CISSS de Laval</i>. ✓ Poursuite des rencontres du comité des soins palliatifs et de fin de vie du CISSS de Laval.
A-C-Q	Assurer le maintien et le développement des compétences des intervenants de lutte contre le cancer par la mise en place d'un programme de formation continue.	Plusieurs communautés de pratique ont été développées.
A-C-Q	Poursuivre la formation sur l'interdisciplinarité pour améliorer le fonctionnement des équipes interdisciplinaires, suite au financement de la Direction de lutte contre le cancer.	Intervenants en oncologie travaillent en interdisciplinarité; des rencontres interdisciplinaires ont lieu à chaque semaine et des plans d'intervention interdisciplinaire sont déposés au dossier du patient.
A-C-Q	Produire des outils de qualité permettant de tenir compte de la perspective des personnes atteintes et de leurs proches aidants.	✓ Questionnaires d'évaluation initiale et de suivi de l'infirmière en oncologie implantés. ✓ Plans d'intervention interdisciplinaire élaborés (PII). ✓ Outil de dépistage de la détresse (ODD) mis en place et utilisé par les infirmières en oncologie.

A-C-Q S'assurer d'une documentation concertée à remettre aux patients atteints de cancer.	✓ Centre de documentation en place au CICL depuis 2012 et disponible pour les patients et leurs proches; bibliothécaire 1 journée/semaine. ✓ Les bénévoles font le prêt des livres au quotidien pour la clientèle. ✓ Une documentation écrite est remise aux patients et à leurs proches lors des classes d'enseignement de groupe hebdomadaire. ✓ Vidéos d'informations sur le site web du CICL disponibles. ✓ Passeport en oncologie remis à tous les patients qui ont un cancer. ✓ Les pharmaciens en oncologie donnent une documentation personnalisée à la clientèle recevant des traitements de chimiothérapie. ✓ Les infirmières pivots en oncologie disposent d'une multitude de documentation qu'elles remettent aux patients en fonction des besoins.
A-C-Q Produire des outils cliniques formalisés et partagés notamment en termes d'évaluation des besoins de la personne le plus tôt possible, dès le diagnostic, et de réévaluation tout au long du continuum de la maladie.	✓ Fiche informatisée d'évaluation initiale des patients complétée au téléphone ou en personne à tout patient récemment diagnostiqué d'un cancer; cette fiche est complétée le plus tôt possible suite à l'annonce du diagnostic. ✓ Outil de dépistage de la détresse (ODD) complété à des moments stratégiques tout au long du continuum de soins. ✓ Lorsque l'infirmière administre un traitement de chimiothérapie, elle complète une fiche d'évaluation ainsi que l'ODD.
A-C-Q Promouvoir régionalement l'excellence des pratiques en s'assurant que l'équipe régionale assume ses responsabilités quant à la formation, au soutien, à la supervision et à l'évaluation.	Des communautés de pratique sont en place afin de bonifier et d'implanter des outils cliniques conformes aux meilleures pratiques.
A-C-Q Promouvoir régionalement l'excellence des pratiques en facilitant l'accès à des comités de thérapie du cancer.	Plusieurs comités de diagnostic et de thérapie du cancer (CDTC) sont en place au CICL dans plusieurs spécialités (chirurgie, pneumologie, ORL, hématologie, radiothérapie).
A-C-Q Favoriser l'informatisation de l'ensemble des processus de soins d'oncologie par l'implantation du système d'information clinique MosaiQ au Centre intégré de cancérologie de Laval (CICL).	✓ MosaiQ est implanté depuis 2011; les processus de soins et services ont tous été revus en 2011. ✓ L'ensemble du personnel du CICL travaille maintenant avec un seul outil clinique informatisé (DCIO) et en interdisciplinarité avec toutes les spécialités du CICL.

A-C-Q	Favoriser la mise en place des mécanismes d'amélioration continue de la qualité.	✓ Mise en place d'une structure de comités au niveau de l'amélioration continue de la qualité en oncérologie : - Comité noyau (coordonnatrice programme, gestionnaires du programme, médecins) - Comité d'amélioration continue au CICL (gestionnaire, conseillère clinique et employés) - Comité d'amélioration continue unités 5 est-nord et 5 est-sud (gestionnaire, conseillère clinique et employés) ✓ Point statutaire à toutes les rencontres de service avec les équipes du CICL (hématologie) et du 5 est-nord (hématologie) et 5 est-sud (soins palliatifs). ✓ Réalisation d'un projet LEAN sur l'amélioration de l'accès à une première consultation en oncologie en 2014-2015.
A-C-Q	S'assurer du bon fonctionnement du Comité régional de lutte contre le cancer.	Calendrier de rencontres élaboré : - Comité de coordination - Comité de gestion - Statutaire du programme de cancérologie avec la direction
A-C-Q	Consolider la gestion du programme régional de lutte contre le cancer notamment le leadership clinico-administratif.	✓ Structure de gouverne en place. ✓ Présence d'un cogestionnaire médical nommé en 2013 et d'une coordonnatrice clinico-administrative.
A-C-Q	Mettre en place un comité régional de soins palliatifs en incluant au mandat les activités du comité d'harmonisation des pratiques en soins palliatifs.	✓ Révision du mandat et de la composition du comité des soins palliatifs et de fin de vie du CISSS de Laval au printemps 2014. ✓ Début des rencontres du comité en mai 2014.
A-C-Q	Produire un plan d'action annuel à partir des objectifs du programme régional 2011-2015.	✓ Plan d'action en cancérologie 2015-2020 déposé le 31 mars 2015. ✓ Le comité se rencontre environ 4 à 5 fois par année.
Q	Poursuivre les travaux reliés au projet du Registre québécois de cancer.	✓ Transmission des rapports dans le système d'information Gestred selon les périodes demandés fait par les registraires. ✓ Travaux réalisés et à jour afin de répondre aux demandes de la DGC.
C-Q	Mettre en place des solutions informatiques afin de disposer de l'information nécessaire à une saine gestion des interventions en matière de lutte contre le cancer.	✓ Implantation du système d'information clinique MosaiQ au CICL. ✓ Mise en place d'un comité interdisciplinaire pour le suivi des projets informatiques en cours au CICL, en collaboration avec la direction des ressources informationnelles.

Q	S'assurer de l'atteinte des indicateurs de l'entente de gestion.	Suivi des indicateurs de l'entente de gestion par la coordonnatrice du programme de cancérologie.
Q	S'assurer du suivi des indicateurs du système d'information Gestred.	Suivi des indicateurs de l'entente de gestion par la coordonnatrice du programme de cancérologie.
C-Q	Finaliser la révision des processus de soins et de services en prévision de l'ouverture du CICL.	Révision des processus faits à l'ouverture du CICL (juin 2011).

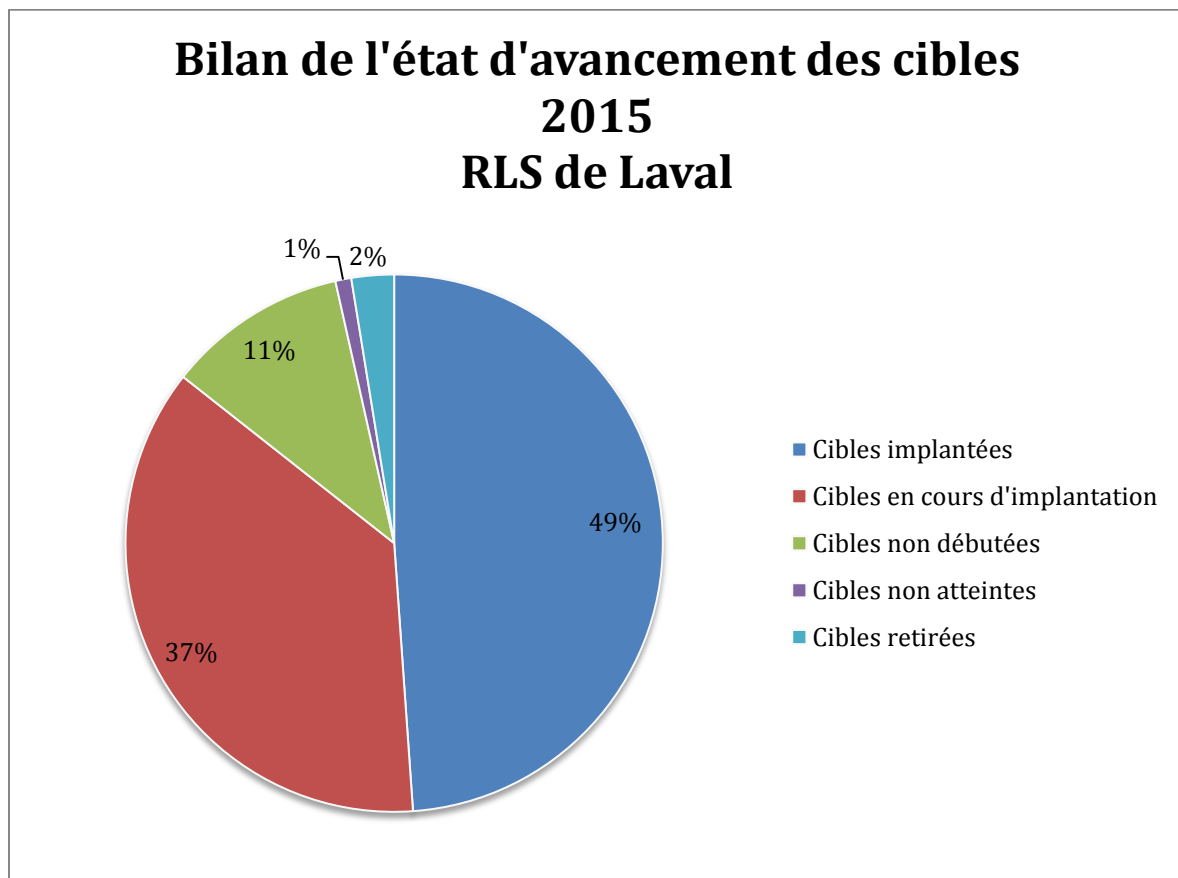
Respiratoire

Q	En plus de l'offrir aux médecins et aux pharmaciens, élargir la formation en counseling bref à d'autres professionnels du territoire (ex. : aux infirmières des GMF, aux inhalothérapeutes œuvrant auprès des clientèles avec problématiques respiratoires comme celles rencontrées à PRISCM, aux inhalothérapeutes du SAD ainsi qu'aux infirmières en suivi systématique).	Formation en entretien motivationnel de près de 200 intervenants en 1 ^{re} ligne.
A	Mettre en place une ordonnance collective qui permettra aux fumeurs du territoire d'obtenir gratuitement une thérapie de remplacement de la nicotine (TRN) lorsque requis.	Ordonnance collective élaborée et mise en place.
Q	Promouvoir conjointement les programmes de vaccination contre l'influenza et le pneumocoque auprès de la population.	Entre 2011-2012 et 2013-2014 : ✓ Augmentation de 63 % du nombre de personnes vulnérables identifiées au PIQ (Protocole d'immunisation du Québec) vaccinées pour le pneumocoque. ✓ Augmentation de 38 % du nombre de vaccins contre l'influenza administrés à la population et aux clientèles du CSSS de Laval visées par le programme du MSSS.
Q	Promouvoir conjointement les programmes de vaccination contre l'influenza et le pneumocoque auprès des professionnels de la santé.	Entre 2011-2012 et 2013-2014 : ✓ Augmentation de 22 % des salariés du CSSS de Laval vaccinés contre l'influenza.
A	Intensifier le nombre de spirométries réalisées à l'urgence pour les MPOC (Maladie pulmonaire obstructive chronique).	Augmentation du nombre de spirométrie à l'urgence pour les MPOC.
Q	Promouvoir davantage les centres d'enseignement aux asthmatiques auprès des médecins de famille.	Information concernant le centre d'enseignement aux asthmatiques transmises aux médecins.
Q	Intensifier l'éducation médicale auprès des médecins de famille.	Séances d'information auprès des médecins par l'équipe PRISCM (Programme régional d'inhalothérapie en support aux cliniques médicales).

A-Q	Autoriser les références aux cours MPOC en provenance des différents intervenants en s'assurant, toutefois, que le diagnostic « MPOC » soit confirmé par spirométrie.	L'ensemble des intervenants peuvent référer un patient avec diagnostic confirmé au cours MPOC.
C	Établir un processus de communication efficace entre la ligne <i>Info-santé</i> et le CSSS (incluant le guichet universel) en ce qui concerne les services offerts sur le territoire.	Processus de communication établi entre Info-santé et le CSSS de Laval.
A	Fournir des alternatives à l'hospitalisation.	La clientèle est référée aux soins respiratoires à domicile (SRRL), au programme national de ventilation à domicile et aux groupes MPOC.
A	Diminuer les délais d'attente pour la consultation sans délai en physiologie.	Diminution du temps d'attente pour les consultations sans délai en physiologie.
C-Q	Faire connaître l'offre de service à tous les professionnels du laboratoire du sommeil (p. ex. le service de saine gestion du poids) dans le but d'augmenter les références.	Offre de service du programme respiratoire présenté aux intervenants du laboratoire du sommeil.
A	Diminuer les délais d'attente à la tomographie par émission de positrons (TEP Scan).	Ajout d'une tomographie par émission de positrons (TEP Scan).
A	Assurer un meilleur accès à une infirmière chargée du suivi systématique de la clientèle respiratoire.	Amélioration de l'accessibilité à une infirmière.
A-C-Q	Assurer un meilleur accès à des inhalothérapeutes dans les ressources intermédiaires.	Services d'inhalothérapie offerts dans les ressources intermédiaires.
C-Q	Uniformiser la qualité des services cliniques et techniques offerts au domicile et dans les ressources intermédiaires.	Uniformisation de la qualité des services cliniques et techniques offerts au domicile et dans les ressources intermédiaires.
Q	Améliorer la qualité du suivi systématique post hospitalier MPOC SRE3 (suivi systématique clientèle MPOC à domicile).	Amélioration de la qualité du suivi systématique post hospitalier MPOC SRE3 (suivi systématique clientèle MPOC à domicile).
A	Obtenir un financement adéquat en lien avec le volume et la lourdeur de la clientèle desservie.	Augmentation du financement en lien avec le volume et la lourdeur de la clientèle desservie.
A	Maintenir les délais de prise en charge à moins de 2 mois pour le programme de réadaptation pulmonaire à l'HJR.	Maintien des délais de prise en charge à moins de 2 mois pour le programme de réadaptation pulmonaire à l'HJR.

Faits saillants

En mars 2015, le taux d'avancement (cibles terminées ou en cours de réalisation) du projet clinique atteint 85 % (370 cibles sur 435). Les travaux des partenaires du RLS ont contribué aux objectifs du projet clinique selon la répartition suivante : 78 % des cibles visaient l'amélioration de l'accessibilité, 81 % étaient en lien avec la continuité et 86 % avec la qualité. Chaque cible pouvant agir sur un ou plusieurs de ces éléments.



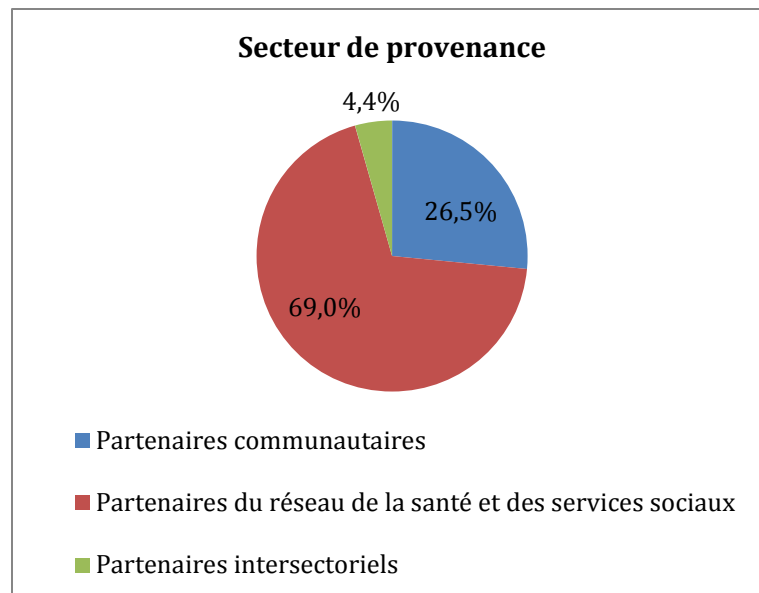
Ce niveau d'avancement a été possible grâce au travail collectif des partenaires du réseau local de services lavallois qui ont mis beaucoup d'efforts pour atteindre l'ensemble de ces cibles. Comme beaucoup l'ont mentionné :

« Il faut travailler ensemble! »

Chapitre 2 : Perception des acteurs

L'administration des questionnaires

Les données présentées dans ce deuxième chapitre sont celles provenant d'un sondage conçu par l'IPCDC afin de permettre une autoévaluation de l'actualisation de la responsabilité populationnelle. Quelques questions ont été supprimées afin que le sondage colle à la réalité lavalloise. Il a été réalisé du 10 avril au 5 mai 2015 auprès des membres du réseau territorial de services (RTS) qui ont participé à la démarche du projet clinique. Le questionnaire a été transmis via l'application internet Survey Monkey à 257 personnes. Ce sont près de 40 % des personnes sondées qui ont répondu au questionnaire. 26,5 % des répondants provenaient du réseau communautaire, 4,4 % des répondants provenaient de l'intersectoriel (milieu scolaire, municipal et autres) et 69 % des répondants provenaient du réseau de la santé et des services sociaux. La durée moyenne de la participation des répondants aux différentes instances est d'environ quatre ans. L'annexe 2 présente la distribution des répondants par COCRSI ou Table.



Le questionnaire (Annexe 3) a été divisé en sept étapes pour faciliter l'analyse des résultats, soit les sept étapes de l'élaboration du projet clinique (RLS, 2011) :

1. Portrait de santé
2. Inventaire des ressources et services disponibles
3. Analyse des écarts
4. Élaboration des cibles prioritaires
5. Mise en œuvre des différentes cibles
6. Suivi de l'avancement de la réalisation des cibles
7. Mesure de l'atteinte des résultats

Méthode pour l'analyse des résultats (IPCDC, 2014)

Le choix de réponses proposé était le suivant : « Pas du tout en accord », « Peu d'accord », « Assez en accord », « Tout à fait en accord ». À ce choix de réponses, s'ajoutait la possibilité de répondre « sans objet, s.o. ».

Afin d'obtenir une image globale des résultats, une moyenne a été établie à partir de l'ensemble des réponses. Pour ce faire, un score ordinal a été attribué à chacune des catégories de réponse. Le tableau suivant illustre les valeurs pour chacun des choix de réponses :

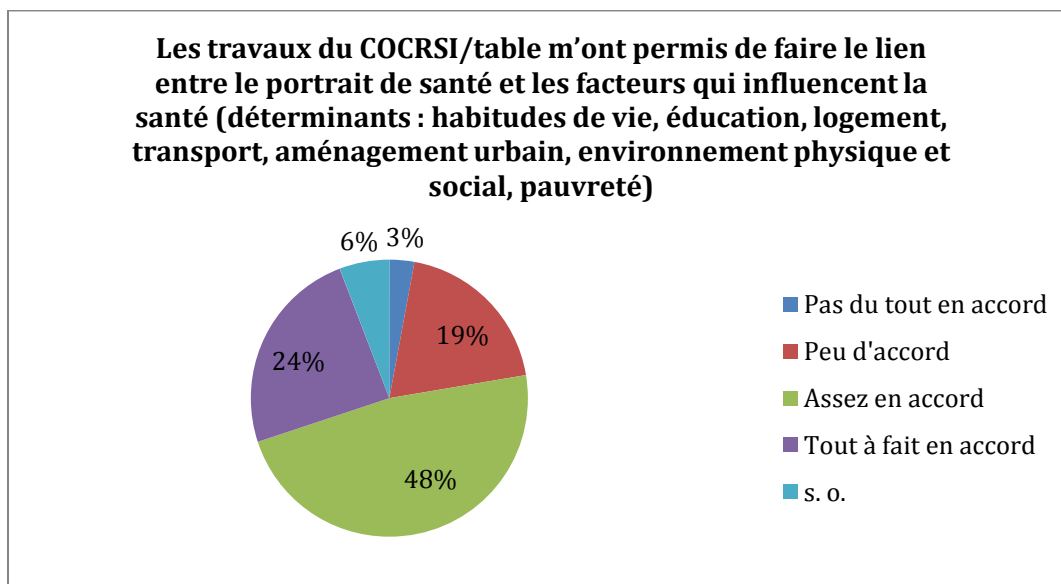
Réponse	Valeur attribuée
Pas du tout en accord	1
Peu d'accord	2
Assez en accord	3
Tout à fait en accord	4

La réponse « sans objet, s.o. » n'a pas été prise en compte dans la compilation de la moyenne. Ainsi, les résultats présentés ne comprennent que les réponses des partenaires qui considèrent être concernés par les énoncés du questionnaire.

Étape 1 : Définir un portrait des besoins de la population de Laval

Le but de procéder à un portrait de santé est, entre autres, d'éviter de mettre de l'avant des priorités qui proviennent de perceptions. Les priorités doivent être documentées à l'aide de données populationnelles, de la littérature, de bonnes pratiques, etc.

L'étape 1 de l'élaboration du projet clinique obtient une bonne évaluation (supérieure à 70 %). En effet, 78,4 % des réponses se retrouvent dans la catégorie « Assez d'accord ou tout à fait en accord » avec les différentes affirmations de cette section (voir annexe 3).



Un portrait de santé traitant des différentes populations de Laval a été produit par la direction régionale de santé publique (DRSP). Celui-ci a été présenté aux participants des COCRSI et Tables du projet clinique.

81,6 % des répondants ont indiqué être assez ou tout à fait d'accord avec l'affirmation suivante : « les travaux du COCRSI/Table m'ont permis de dégager une compréhension partagée des besoins actuels et futurs de santé et de bien-être de la population concernée, dont les communautés vulnérables. » Notons toutefois qu'un pourcentage moins élevé de répondants (71,8 %) était assez ou tout à fait d'accord avec l'affirmation indiquant que « les travaux du COCRSI/Table leur avaient permis de faire le lien entre le portrait de santé et les facteurs qui influencent la santé (déterminant : habitudes de vie, éducation, logement, transport, aménagement urbain, environnement physique et social, pauvreté). »

Étape 2 : Inventorier les ressources et les services disponibles

À l'étape 2 de l'élaboration du projet clinique, 85,5 % des répondants ont répondu être assez en accord ou tout à fait en accord avec les différentes affirmations. Rappelons que le CSSS de Laval, de par sa responsabilité populationnelle, avait le mandat de soutenir les collaborations entre les différents secteurs. La réalisation de ce mandat peut être démontrée par le fait que 94 % des répondants sont assez en accord ou tout à fait en accord avec l'énoncé suivant : « les travaux du COCRSI/Table m'ont permis d'identifier les partenaires du territoire qui peuvent contribuer à la santé et au bien-être de la population concernée, dont les communautés vulnérables. » Cet état de fait permet de constater que les travaux du projet clinique ont permis aux différents partenaires de faire du réseautage. Beaucoup de partenaires mentionnent qu'il est important de travailler ensemble et d'apprendre à se connaître. Par ailleurs, les pourcentages obtenus aux questions 57 et 58 de l'étape 7 : atteinte des résultats) (voir tableau ci-dessous), nous laisse voir que ce réseautage pourrait aller plus loin.

Questions de la section 7	Moyenne pondérée	% Assez et tout à fait d'accord
57. Les travaux du COCRSI/Table ont permis de favoriser les liens entre les milieux de vie (ex. famille, école, milieu de travail, communauté).	2,68	58,1 %
58. Les travaux du COCRSI/Table ont permis de développer des projets impliquant une mise en commun des ressources des différents partenaires (ex. humaines, financières).	2,65	51,6 %

L'affirmation ayant obtenu le plus faible pourcentage dans cette 2^e étape (75% des répondants sont assez ou tout à fait d'accord) du questionnaire est la suivante : « les travaux du COCRSI/Table m'ont permis d'identifier les actions réalisées en promotion de la santé (i.e. sur les facteurs qui influencent la santé) pour la population concernée, dont les communautés vulnérables. »

Étape 3 : Analyser les écarts à combler

Pour cette étape, les répondants ont mentionné qu'ils étaient assez ou tout à fait d'accord avec les différentes affirmations à 76,6 %.

Les affirmations suivantes sont celles ayant obtenu le moins de pourcentage d'adhésion :

Questions	Moyenne pondérée	% Assez et tout à fait d'accord
23. Les travaux du COCRSI/Table m'ont permis d'identifier les meilleures pratiques en lien avec notre champ d'activités pour : agir sur les facteurs influençant la santé.	2,78	63,6 %
25. Les travaux du COCRSI/Table m'ont permis d'identifier les meilleures pratiques en lien avec notre champ d'activités pour : améliorer la GESTION des soins, services et actions afin de répondre aux besoins de la population concernée et des communautés vulnérables.	2,77	63,6 %

Mentionnons que dans le cadre des travaux des COCRSI/Table, les partenaires du RLS ont eu à identifier des écarts entre les services offerts sur le territoire et les besoins de la population. Chacun de ces écarts a été traduit en objectifs de développement nommés « cibles ». Ces cibles devaient être en lien avec les objectifs du projet clinique (accessibilité, qualité et continuité), appuyées par des données probantes (meilleures pratiques), en cohérence avec les orientations ministérielles et régionales ainsi qu'avec le Plan d'action régionale (PAR) en santé publique.

Les meilleures pratiques sont des modes de réflexion et d'intervention (Association Canadienne de protection médicale, 2014) pour améliorer les soins et les services à la population. Adopter les bonnes pratiques, permet notamment de donner des services de qualité et de façon optimale.

En contrepartie, les affirmations qui ont eu le plus haut taux d'adhésion dans cette section du questionnaire portent sur l'identification des contraintes pouvant entraver la mise en œuvre (86,9%) des cibles et l'identification des défis à relever pour réaliser le projet clinique.

Étape 4 : Établir les cibles cliniques prioritaires

Lors de cette étape, les différents COCRSI/Table ont choisi les cibles prioritaires. Dans cette section du questionnaire, 71,4 % des répondants sont assez ou tout à fait d'accord avec les différentes affirmations.

L'affirmation ayant obtenu le moins d'adhésion (55,1 %) est la suivante :

« Les travaux du COCRSI/Table ont permis de connaître les commentaires du personnel, des prestataires de services, des bénévoles et d'autres partenaires sur les actions prioritaires. »

Ce faible taux peut s'expliquer par l'absence de processus proposé aux participants du projet clinique en ce sens. En effet, une fois les cibles identifiées dans les instances de concertation, aucune validation auprès des acteurs nommés dans l'affirmation ci-haut mentionnée n'a été proposée.

Finalement, l'énoncé ayant récolté le plus haut taux d'adhésion (80,6 %) est celle-ci :

« Les travaux du COCRSI/Table ont permis de procéder à un exercice de priorisation afin de dégager un consensus sur les actions prioritaires à retenir au bénéfice de la population concernée, dont les communautés vulnérables. »

Ce taux d'adhésion peut s'expliquer par l'importance de l'exercice qui a eu lieu au sein des instances de concertation. Cet exercice consistait à compléter une grille d'appréciation des cibles qui a été élaborée en partenariat avec la Direction régionale de santé publique.

Étape 5 : Mise en œuvre des cibles prioritaires

À la lumière des résultats du sondage, cette étape du projet clinique semble avoir rencontré quelques difficultés. En effet, 66,6 % des répondants ont répondu être assez ou tout à fait en accord avec les affirmations de cette section. Les répondants s'entendent pour dire que les objectifs n'ont pas été traduits de façon observable et mesurable. De ce fait, les indicateurs de suivi semblaient peu présents.

Parmi les éléments évalués dans le sondage, il est intéressant de distinguer les éléments ayant rapporté un taux d'adhésion de plus de 74 %. Ces éléments touchent les aspects plus habituels d'un plan d'action : l'échéancier, les responsables et collaborateurs ainsi que les objectifs en lien avec les buts poursuivis du projet clinique (accessibilité, qualité et continuité.).

Les éléments mentionnés dans le tableau ci-dessous sont peut-être moins usuels aux participants du projet clinique, ce qui pourrait expliquer le taux d'adhésion moins élevé. En effet, il est question des facteurs influençant la santé ainsi que de la notion d'indicateurs de suivi de l'implantation du plan d'action.

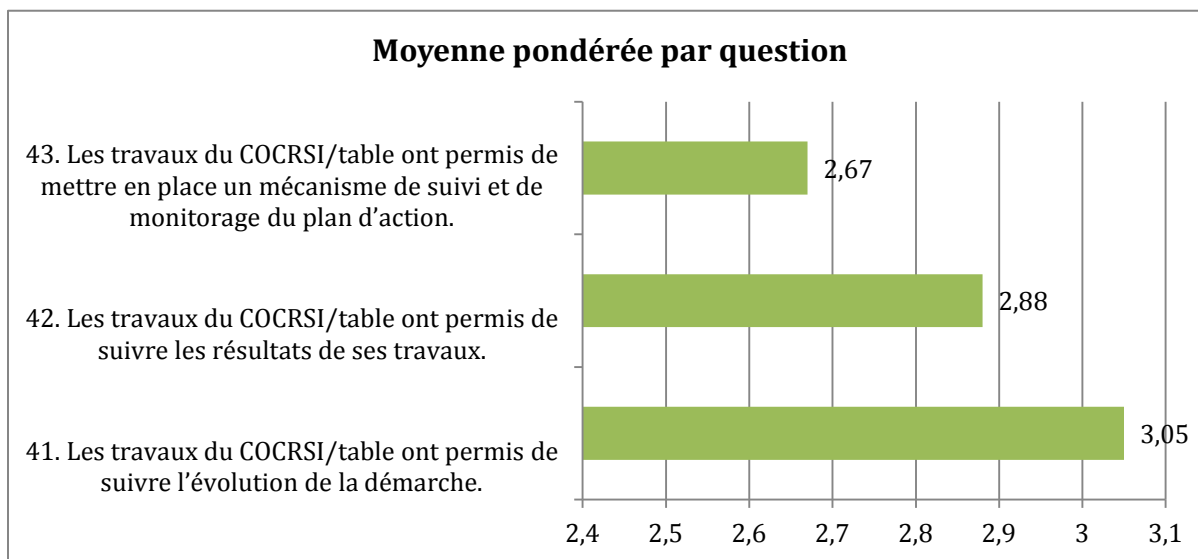
Questions	Moyenne pondérée	% Assez et tout à fait d'accord
34. Les travaux du COCRSI/Table/équipes projet ont permis d'élaborer le plan d'action pour la mise en œuvre des actions prioritaires retenues qui comportent des éléments qui concernent des objectifs précis observables et mesurables qui concernent les facteurs influençant la santé.	2,85	63,5 %
36. Les travaux du COCRSI/Table/équipes projet ont permis d'élaborer le plan d'action pour la mise en œuvre des actions prioritaires retenues qui comportent des éléments qui concernent des indicateurs pour suivre l'implantation du plan d'action.	2,87	64,6 %

L'affirmation suivante a obtenu un taux d'adhésion significativement plus bas que la moyenne (46,9%) : « Les travaux du COCRSI/Table ont permis d'identifier des besoins de formations des intervenants actuels et de la relève. »

Une explication possible pour ce faible taux est que la démarche proposée aux participants ne planifiait pas d'action pour identifier les besoins de formation des intervenants.

Étape 6 : Assurer le suivi des impacts sur les services, la santé et le bien-être de la population

À cette étape, les résultats reflètent ce qui a été déjà soulevé à l'étape précédente. En effet, les objectifs étaient peu observables et mesurables et les indicateurs peu présents, ce qui a fait en sorte que le suivi des impacts a été plus difficile à réaliser. Seulement 63,9 % des répondants ont répondu être assez ou tout à fait d'accord avec les affirmations de cette section. Dans cette partie du questionnaire, les notions de lien avec la population étaient présentes. Les questions 45 et 46 du questionnaire touchaient la consultation auprès de la population et les informations qui auraient pu leur être transmises suite aux travaux.



Questions	Moyenne pondérée	% Assez et tout à fait d'accord
45. Les travaux du COCRSI/Table ont permis de recevoir des informations que j'ai pu partager auprès de la population concernée, dont les communautés vulnérables.	2,40	42,1 %
46. Les travaux du COCRSI/Table ont permis de procéder à des consultations afin que la population concernée, dont les communautés vulnérables, puisse s'exprimer sur leurs besoins ainsi que sur les services, soins et actions mis en œuvre (ex. patient partenaire).	2,20	31,6 %

Le faible taux d'adhésion à ces affirmations met en évidence que cet exercice de partage et de consultation auprès de la population concernée n'a pas été réalisé dans la majorité des instances de concertation.

Étape 7 : Mesurer l'atteinte des résultats

Les affirmations de cette section ont récolté un taux moyen d'adhésion de 66,8 %.

Voici les affirmations ayant obtenu dans cette section le plus fort taux d'adhésion des répondants.

Questions	Moyenne pondérée	% Assez et tout à fait d'accord
49. Les travaux du COCRSI/Table ont permis de reconnaître la responsabilité du CSSS relativement à l'animation du COCRSI/Table.	3,34	84,9 %
55. Les travaux du COCRSI/Table ont permis de respecter les valeurs et les modes de travail de chacun des membres.	3,13	89,25 %
56. Les travaux du COCRSI/Table ont permis de favoriser la collaboration et le réseautage entre les professionnels, gestionnaires et organisations.	3,16	81,72 %

Les éléments mentionnés dans ces énoncés (reconnaissance de la responsabilité du CSSS relativement à l'animation; respect des valeurs et des modes de travail de chacun des membres; collaboration et réseautage) sont des acquis pour la poursuite d'une démarche d'animation du RTS par le nouveau CISSS.

Voici les affirmations ayant récolté le plus bas taux d'adhésion dans cette section du sondage :

Questions	Moyenne pondérée	% Assez et tout à fait d'accord
52. Les travaux du COCRSI/Table ont permis de formaliser des ententes de collaboration et des contrats de services.	2,71	50,5 %
58. Les travaux du COCRSI/Table ont permis de développer des projets impliquant une mise en commun des ressources des différents partenaires (ex. humaines, financières).	2,65	51,6 %

Les éléments soulevés ici (la notion d'entente de collaboration, de contrats de services et de mise en commun de ressources) nécessitent la mise en place de balises claires sur lesquelles les partenaires du RTS devront échanger afin de s'assurer que tous soient reconnus à leur juste valeur.

Faits saillants

En somme, le CSSS de Laval a réussi à proposer une démarche pour faire vivre la responsabilité populationnelle en collaboration avec les membres du réseau local de services. Les différentes étapes ont bien été développées et cela a permis d'animer et de soutenir les collaborations entre les différents acteurs sur le territoire.

Les points forts (taux d'adhésion de plus de 90%) qui se dégagent de cette autoévaluation de l'actualisation de la notion de responsabilité populationnelle pour le CSSS de Laval touchent les éléments propres à la concertation : l'identification des partenaires clés, leurs champs d'activités et d'expertise. Un autre point fort identifié est celui-ci : les partenaires du RLS ont développé une bonne connaissance des offres de services présentes sur le territoire.

Les points à améliorer dans une future démarche d'animation du RTS sont identifiés dans les affirmations suivantes :

Questions	Moyenne pondérée	% Assez et tout à fait d'accord
38. Les travaux du COCRSI/Table ont permis d'identifier des besoins de formation des intervenants actuels et de la relève.	2,51	46,9 %
45. Les travaux du COCRSI/Table ont permis de recevoir des informations que j'ai pu partager auprès de la population concernée, dont les communautés vulnérables.	2,40	42,1 %
46. Les travaux du COCRSI/Table ont permis de procéder à des consultations afin que la population concernée, dont les communautés vulnérables, puisse s'exprimer sur leurs besoins ainsi que sur les services, soins et actions mis en œuvre (ex. patient partenaire).	2,20	31,6 %

Ces éléments n'avaient pas été inclus dans la démarche proposée aux animateurs des COCRSI et Table. Dans une future démarche, il serait pertinent de revenir sur ces points.

Chapitre 3 : Bilan qualitatif du projet clinique

Méthodologie

Afin de dégager un bilan qualitatif du projet clinique, deux étapes ont été réalisées. La première consistait en l'animation d'ateliers bilans avec les membres des COCRSI et des Tables en place. Lors de ces rencontres, quatre questions ont été posées aux participants :

1. Quelles sont, selon vous, les conditions ayant favorisé la participation des membres au COCRSI/Table?
2. Quelles sont, selon vous, les conditions ayant limité la participation des membres au COCRSI/Table?
3. Avez-vous des suggestions à partager au CISSS afin qu'il puisse jouer son rôle qui est de susciter, d'animer et de soutenir les collaborations entre les différents secteurs d'activités sur son territoire?
4. Quels sont les bons coups du COCRSI/Table et pourquoi?

Une deuxième étape consistait à réaliser quatre rencontres de groupes d'intérêt auprès des acteurs suivants :

- animateurs de Tables ou de COCRSI;
- Professionnels ayant soutenu la démarche du projet clinique : les agents de planification, programmation et recherche (APPR) du bureau de la planification et de l'évaluation de la DQEPE, les organisateurs communautaires et les APPR de la Direction de santé publique;
- Partenaires intersectoriels : représentants de la ville, de la commission scolaire, secteur de l'emploi et de milieu communautaire;
- Intervenants du CSSS impliqués dans le processus du projet clinique, soit dans des équipes projet ou aux Tables.

Ces rencontres ont servi à approfondir les constats qui se dégageaient du bilan réalisé lors du sondage et aussi à interpréter avec eux les résultats de celui-ci.

Les bons coups : la concertation et l'action intersectorielle

La mise en place des instances de concertation du projet clinique a grandement rapproché le CSSS des acteurs du réseau local de services. Ce constat se reflète dans l'ensemble des groupes de discussion. Par exemple, pour le COCRSI violence conjugale et victime d'agression sexuelle (VCAS), un membre mentionne :

« ... de réussir à se parler, de nommer les blocages, de comprendre les réalités et d'être entendu, c'est un bon coup. D'être finalement partenaires, c'est peut-être là, la plus grande réussite. » (COCRSI-VCAS)

Par ailleurs, bien qu'aucun budget n'ait été annoncé dans le cadre du projet clinique, il faut souligner qu'en début de parcours, certains partenaires avaient des attentes concernant un financement potentiel pouvant provenir du MSSS pour combler les écarts de services identifiés. La non-disponibilité de financement a entraîné beaucoup d'insatisfactions et de frustrations auprès de certains partenaires, ce qui a mené à l'arrêt complet des travaux dans une instance de concertation. Malgré tout, les participants du groupe de discussion « partenaires intersectoriels » ont mentionné :

« ... cependant, la démarche a créé un rapprochement et des arrimages positifs. »

Le groupe focus avec les intervenants du CSSS a permis de mettre en lumière la pertinence pour un intervenant de siéger sur une Table ou une autre instance. En effet, une intervenante constate que :

« Le projet clinique a permis une meilleure coordination et une diffusion d'informations en lien avec les partenaires communautaires. »

De plus, un intervenant ayant participé à la Table « intégration au travail » mentionne que la concertation a permis de faire avancer le projet avec le centre local d'emploi (CLE) :

« Les ressources du continuum (de services en santé mentale) étaient présentes cela a permis d'harmoniser notre discours et de se partager l'information. » (Rencontre des intervenants)

Le fait d'avoir amélioré la concertation a permis aux différentes organisations du territoire de réaliser du travail intersectoriel.

L'exemple du projet « Transition École/Vie Active » (TEVA) ressort comme un projet très positif.

« ... les trois ministères étaient présents à la même Table. Cela a pu faire avancer les choses. Le réseau de l'éducation a initié la concertation, le réseau de l'emploi est là et la santé aussi, la formule pourrait s'appliquer plus largement. Par ailleurs, il faut mentionner que le succès de ce projet repose sur plusieurs points dont : un plan d'action avec une stratégie nationale, des leviers financiers et un

chargé de projet. » (Rencontre intersectorielle, Table « Jeunes en difficulté »)

Les conditions ayant favorisé la participation des membres au COCRSI/Table

Des cibles concrètes

Il se dégage des discussions tenues avec les groupes d'intérêt qu'il a été plus facile de mobiliser les partenaires pour travailler sur des cibles concrètes et réalisables à court terme. Par exemple, pour le programme périnatalité, le projet clinique a permis de mettre en place plusieurs ententes de services pour les jeunes de 0 à 4 ans : cours prénataux, entente de services de relevailles, ordonnances collectives. Le COCRSI-VCAS souligne, quant à lui, le travail fait :

« Les couloirs sur la violence conjugale sont un bon coup. Cela a d'abord été discuté à la Table «prévention-promotion jeunesse» et amené au COCRSI-VCAS. Les policiers ont poussé là-dessus. » (COCRSI-VCAS)

La réalisation de ces projets porteurs pour les partenaires a été possible grâce à l'identification de cibles atteignables par les acteurs en place.

Un dernier exemple est celui de la Table DI-TED-DP :

« Les organismes communautaires en déficience intellectuelle (DI) ont recensé les activités pour les familles, c'est un résultat facile à consulter sur le web et il y a des mises à jour. Nous avons travaillé sur des enjeux concrets où il y avait une finalité en soi : indiquer les ressources pour le dépistage, la fratrie, le Trouble du spectre de l'autisme (TSA). »

Le partage d'information

Lors des rencontres bilan, les partenaires ont souvent mentionné l'importance des tours de table réalisés lors des rencontres des COCRSI ou des Tables pour partager de l'information. Cela « permet de transmettre de l'information aux collègues. » (Table Périnatalité)

Les retombées de ce partage d'information sont multiples :

*« ... **mise en commun** de ce qu'on peut faire, **développer des liens**, cela permet d'être au courant de ce qui se passe. » (Table Périnatalité, Table 0-4 ans)*

*« Se donner **une vision globale du territoire**. » (Table dépendance jeunesse)*

*« Cela permet de **créer des liens de collaboration** pour aider les familles et les jeunes. La concertation **apporte une cohérence** au niveau des intervenants. » (Table Santé mentale jeunesse)*

« ... avec le portrait de santé, il y avait un sens, cela a parti le tout, on a vu la **nécessité d'interface avec les partenaires**. » (Rencontre des animateurs, rencontre APPR – organisateur communautaire (OC))

« Le fait de pouvoir échanger. Quand on arrive, cela nous permet de nous intégrer, de partager, cela permet du **réseautage**. C'est aidant, on peut **s'entraider** sur des problématiques spécifiques, le **partage d'information** est aidant, on a tous la même clientèle. » (Rencontre-bilan hébergement/SAPA)

« Grâce au réseautage, **on apprend beaucoup**. » (Table Santé mentale jeunesse, Table 0-4 ans)

Toute la circulation d'information est précieuse :

« Le CSSS a appris beaucoup sur le réseau, il a pu **entendre les préoccupations** pour la clientèle, mieux s'arrimer, cela permet de **mieux connaître les services des organismes**. Cela profite aux équipes. L'exercice de la trajectoire a été utile et les intervenants vont en profiter. Cela a permis **de clarifier et de bien comprendre les rôles**. » (COCRSI-VCAS)

Un leadership assumé

Certains éléments touchant le leadership ont été mentionnés comme faisant partie des conditions favorisant la participation au COCRSI/Tables du projet clinique. La reconnaissance de l'importance de la participation à ces rencontres par chacune des organisations participantes est l'une de ces conditions. Le leadership assumé de chaque organisation dans cette représentation était nécessaire. La présence maintenue dans le temps par la même personne facilite le déroulement des rencontres. Le respect du calendrier de rencontres établi avec les membres est une autre de ces conditions facilitantes. Finalement, un leadership dans l'animation des rencontres ressort aussi comme un des éléments facilitant la participation des membres.

« C'est une salade de fruits, la fréquence est une condition gagnante, une fréquence de 3 à 4 fois par année, avec du temps entre les rencontres pour faire les suivis. Cela prend beaucoup de temps pour bien comprendre, il faut structurer notre pensée, pour être plus opérationnel, il faut une fréquence. Le leadership positif et la continuité de l'animation ont été des éléments facilitants. Le leadership est essentiel, avec la volonté de tous de mettre en commun la lecture d'un territoire. » (COCRSI-DSMA)

À contrario, lorsque l'animation n'est pas stable et bouge dans le temps, la continuité est difficile et des retours en arrière sont inévitables.

Pour favoriser la participation, il faut trouver une façon d'animer qui correspond aux besoins des partenaires et qui permet l'avancement des travaux. (COCRSI-DSMA)

Dans ce sens, le rôle de l'organisateur communautaire aux Tables est mentionné comme un élément positif pouvant contribuer au soutien de la mise en œuvre de projets collectifs. Par exemple, pour le projet « CLÉS en main » en santé mentale, l'apport de l'organisateur communautaire a été important. À la Table périnatalité, un organisateur communautaire était présent au début de la démarche et cela a aidé à mettre en place la concertation entre les membres. (Rencontre des intervenants)

Le travail par continuum de services

Lors de la mise en place de la démarche menant à l'identification des cibles prioritaires du projet clinique, les différentes instances ont dû identifier l'ensemble des services offerts sur le territoire à leur clientèle. Ces services ont par la suite été classés dans un continuum de services allant de la prévention-promotion aux soins de fin de vie. La pertinence de ce continuum a été démontrée puisque dans les moments d'essoufflement, les partenaires se sont recentrés sur celui-ci. (Dépendance Adulte)

« ... ce sont des groupes de travail qui font avancer les projets. Pour la Table « suicide », on a des sous-groupes qui font avancer les dossiers. La mise en commun et la concertation ont permis de rattacher des programmes comme SAPA dans notre continuum de services. Il y a des bénéfices à avoir une grande Table de concertation. » (COC-DSMA)

Une autre situation rapportée concerne les services en santé mentale. Pour ces services, l'arrimage avec les services en dépendance est une avancée majeure. Des discussions ont eu lieu concernant les demandes de chacun des services. En effet, les services en dépendance demandent que les personnes soient stabilisées avant d'intervenir et les services en santé mentale demandent de stabiliser la dépendance avant d'intervenir. Dans ces conditions, un travail de collaboration doit se poursuivre afin de clarifier les zones de collaboration dans le continuum. (Rencontre intersectorielle)

Un autre exemple présenté est celui du continuum jeunesse. Le milieu communautaire s'est beaucoup investi dans celui-ci, plus particulièrement, dans le dossier de l'hébergement communautaire et du post hébergement. Un guide de pratique a été élaboré et le milieu communautaire a été très impliqué dans ce dossier. (Table « Jeunes en difficulté »)

Les conditions ayant limité la participation des membres au COCRSI/Table

Les cibles

Des cibles trop larges et trop nombreuses

Selon les participants aux rencontres bilan et aux groupes d'intérêt certains libellés de cibles prioritaires étaient trop larges. Ce manque de précision a eu un impact sur le maintien de l'intérêt des participants, car les résultats étaient difficilement tangibles.

« Des cibles trop vastes génèrent de l'impuissance. Par exemple, combattre la pauvreté c'est une vision pas une cible, il faut des cibles avec des livrables. » (Table des animateurs, Table 0-4 ans)

Dans le même ordre d'idée, le nombre trop élevé de cibles prioritaires peut avoir contribué au déclin de la mobilisation de certains partenaires. (Table santé mentale jeunesse, Table 0-4 ans, rencontre COCRSI-DSMA, rencontre intersectorielle).

Des cibles à incidence financière

La démarche réalisée par les instances de concertation comportait une étape d'analyse des écarts de services et d'identification des cibles potentielles. C'est lors de cette étape qu'un exercice de cotation des cibles a été réalisé. Bien que certains partenaires aient qualifié cet exercice de lourd, l'utilité de celui-ci a été reconnue par d'autres. Cet exercice permettait d'identifier les cibles en cours de réalisation (catégorie 1), les cibles pouvant être mises en œuvre sans ajouts de ressources (catégorie 2) et les cibles pouvant être mises en œuvre, mais nécessitant des investissements (catégorie 3).

« La cotation des cibles par catégorie 1-2-3 est intéressante, elle limite le carré de sable et permet de travailler sur des enjeux où la Table a des leviers. » (Table DI-TED-DP)

« Il peut être risqué de mettre de l'argent sur la Table, cela peut créer des tensions. Si on peut identifier les besoins avant et si, par la suite, les besoins de financement sont identifiés, cela peut être facilitant. Dans un contexte de rareté de ressources, il est important de prioriser et de faire des choix. » (Rencontre APPR-OC)

La présence de cibles avec des besoins financiers a créé beaucoup d'attentes, en particulier pour les groupes communautaires.

« Les gens se sont démobilisés vu l'absence de financement. Le projet clinique a suscité des espoirs, il n'y a pas eu de développement, cela a été démobilisateur, on a mis beaucoup d'énergie. Au début du projet clinique, on voyait du financement possible et quand on a mis de côté ces cibles, on a perdu des joueurs. » (Dépendance Adulte, COCRSI-VCAS, rencontre intersectorielle, rencontre des animateurs)

De plus, certains partenaires ont eu l'impression que les rares fois où du financement était disponible dans la région, les priorités identifiées dans le cadre du projet clinique n'ont pas été prises en compte. (Rencontre intersectorielle, rencontre des intervenants)

Les instances

Un dédoublement

Le dédoublement d'instances ressort de façon importante dans les commentaires des participants. Par exemple, pour les acteurs offrant des services aux familles ayant des enfants âgés de 0 et 4 ans, plusieurs lieux de concertation existent à travers Laval.

« Comment faire pour transférer l'information d'une Table à l'autre pour éviter les dédoublements ? » (Table 0-4 ans, rencontre des animateurs)

Pour le représentant de la Commission scolaire de Laval (CSDL), cette question est préoccupante. Selon lui, les mêmes personnes sont appelées à siéger sur plus d'une Table. Il croit que des choix devront être faits.

Un autre exemple est celui des membres provenant du milieu communautaire participant au COCRSI-VCAS. Ces membres participent tous à une Table de concertation clinique :

« On a souvent eu l'impression de venir permettre au CSSS de mettre des crochets sur ses choses à faire. Il y avait de la méfiance, le dédoublement a été difficile. Sur le portrait, on n'arrivait pas à avoir des données sur lesquelles on s'entendait. Cela a mal démarré la démarche, on ne s'entendait pas sur les écarts de services. Cela a été menaçant pour les groupes qui ont une approche globale et intégrée. Depuis on a beaucoup évolué. » (COCRSI-VCAS)

On constate aussi des dédoublements concernant le sujet de la prévention-promotion en jeunesse, qui est également abordé au comité régional sur les saines habitudes de vie et à la Table « Jeunes en difficultés ». Ces superpositions n'aidaient pas à avoir une approche intersectorielle.

Encore une fois, dans un contexte où les ressources sont limitées, les dédoublements devraient être évités. Un organisme qui travaille à l'intégration à l'emploi des personnes qui vivent des problèmes de santé mentale témoigne :

« Puisqu'on est financé par Emploi Québec, on nous oublie, on travaille encore en silo. Les projets communs vont fonctionner si les trois réseaux (emploi, communautaire, santé et services sociaux) s'entendent pour travailler sur une problématique identifiée. Je m'attendais à plus de travail en réseau, avec le manque d'argent on voit du dédoublement, on continue le silo, pourtant il y a de l'argent à aller chercher. » (Rencontre intersectorielle)

Une structure de gouvernance inégale entre les directions

Les participants ont soulevé qu'il n'y avait pas d'uniformité dans les structures de gouvernance mises en place par chaque direction dans le cadre du projet clinique. Par exemple, il y avait un COCRSI dépendance adulte dans la direction des Services généraux et fonction coordination-liaison tandis que dans la direction Famille Enfance Jeunesse, la dépendance jeunesse était traitée à une Table. Ainsi, la direction des services généraux avait fait le choix de développer plusieurs instances stratégiques (COCRSI) plutôt qu'une seule comme dans les autres directions. De plus, au cours des années certaines instances ont cessé d'exister, d'autres ont eu des périodes de relâche. Force est de constater que la vitesse de croisière de chaque direction n'a pas été la même et que cette disparité dans les structures de concertation du projet clinique a pu créer une certaine confusion chez les partenaires du RTS.

La démarche

Un processus jugé lourd et long

La démarche du projet clinique a été reconnue comme étant intense, particulièrement à l'étape de la priorisation des cibles. (Table Santé mentale jeunesse) Lorsqu'en plus, comme ce fut le cas pour le COCRSI-VCAS, deux continuums de services devaient être documentés, le temps à investir doublait pour les partenaires qui ne se sentaient pas tous concernés en même temps.

Ainsi, l'appropriation de la démarche du projet clinique a été difficile. Certains ont mentionné que le vocabulaire utilisé était technocratique. Les intervenants du CSSS qui ont participé à la démarche partagent leur impression : « C'était compliqué, on se situait mal dans cette démarche, mes collègues étaient dans le flou. » (Rencontre intervenants)

Le fait d'avoir un processus qui s'étalait dans le temps a eu des impacts sur le terrain. Certains participants trouvent que l'accent a été mis davantage sur le processus que sur le développement d'actions pérennes. L'impression d'avoir épuisé des relations dans le processus est présente. L'exemple d'un organisme qui s'est désengagé d'une Table et pour qui la participation à une autre Table a été difficile est rapporté. (Rencontre APPR- OC)

Vu la durée de la démarche, les cibles étaient parfois perdues de vue :

« De plus, c'était peut-être plus les besoins du réseau que du milieu communautaire, on a perdu le monde, on a recommencé la démarche souvent. » (Rencontre APPR-OC, rencontre animateurs)

En plus de la durée du processus visant l'identification des cibles, les participants mentionnent que la durée de la mise en œuvre du projet clinique était trop longue (5 ans). Le réseau territorial de services a été appelé à se transformer durant ces cinq années et ces changements ont fait en sorte que les cibles identifiées au début de la démarche n'étaient plus valides à la fin de celle-ci. La démarche doit permettre de se pencher sur ce qui compte en temps opportun. Voici des exemples de commentaires illustrant ces propos :

« La démarche d'identification des besoins était plutôt lourde, cela a créé de la désillusion pour le communautaire. C'était un processus très large et très structuré, et on s'est éparpillé sur plusieurs Tables. On a fait beaucoup de travaux en parallèle, on aurait eu avantage à prioriser, mettre en séquence. » (Rencontre intersectorielle, rencontre des animateurs)

« Le débat sur les meilleures pratiques, on perd du monde, les pratiques du milieu communautaire ne sont pas évaluées, mais on pense qu'on en a des meilleures pratiques. Il est important d'assurer un leadership pour maintenir le cap avec les différents réseaux. » (Rencontre des animateurs, Table dépendance jeunesse)

Des informations manquantes et un soutien insuffisant pour les intervenants

Le manque de transmission et de circulation de l'information concernant les travaux réalisés dans les instances du projet clinique auprès des équipes d'intervenants du CSSS est rapporté lors des rencontres avec les groupes d'intérêt et lors de certaines rencontres bilan. (Rencontre APPR - OC, Table 0-4 ans, rencontre animateurs) L'implication des intervenants est un facteur de succès des diverses actions du projet clinique mises de l'avant. Par ailleurs, les intervenants rapportent avoir l'impression que leur implication pour améliorer les services n'est pas prise en compte.

« ... l'information ne descend pas toujours. On est peu informé. On est dans une époque de gestion de cibles, moins de gestion clinique. On parle peu de l'aspect clinique, et plus du volume, des statistiques, c'est un peu démobilisant. Quand on travaille sur des dossiers dans une équipe projet, on voit les possibilités qui pourraient être développées, mais on retourne sur notre chaise d'intervenant. On a réfléchi à des pistes, mais on n'a pu y donner forme. ... L'obsession de la statistique pervertit parfois notre travail, on n'a pas de temps pour du maillage d'effectifs avec les groupes. Parfois avec les jeunes, il faut sortir des sentiers battus, prendre le temps avec les employeurs. Parfois, il faut en faire plus pour qu'ils sortent de chez eux. » (Rencontre des intervenants)

Les recommandations

Ces recommandations sont issues de la démarche du bilan qualitatif. Elles sont formulées dans le but de contribuer à l'amélioration d'une future démarche d'animation du RTS par le CISSS. En effet, la loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales qui est entrée en vigueur le 1^{er} avril 2015 réitère la responsabilité des CISSS et CIUSSS d'assurer le développement et le bon fonctionnement des réseaux locaux de services de leur territoire.

Rédiger des cibles spécifiques, mesurables, atteignables, reliées aux objectifs et temporelles (SMART)

Comme il a déjà été indiqué, le fait de travailler sur des cibles, « SMART » se dégage comme une condition gagnante de la mobilisation.

« Avoir des projets précis avec un début et une fin. Il faut éviter de s'attaquer à des problèmes sociaux sur lesquels on ne peut agir, avoir des objectifs trop larges. Il faut bien positionner la Table et son carré de sable et bien sûr regarder ce qui appartient au projet clinique versus la planification stratégique de l'établissement. » (Rencontre animateurs, Table Périnatalité)

Un autre élément crucial, rapporté lors de la rencontre du COCRSI-VCAS, est l'importance de bien s'arrimer avec les plans d'action existants. Les cibles ont avantage à se coller aux orientations des plans d'action des différents programmes. Selon les participants de la Table Périnatalité, il faut préciser les objectifs en début d'année, « si pas d'objectifs - pas de Table. »

De plus, même si le fait de se concerter apporte beaucoup de gains aux participants, pour certains cela n'est pas suffisant. Le manque de ressources financières pour réaliser les cibles identifiées peut devenir démobilisant.

En effet, plusieurs des cibles exigeaient un apport financier qui n'a pu se concrétiser. Cette situation a frustré plus d'un participant.

On aurait dû les mettre de côté (les priorités) et cibler seulement ce sur quoi on pouvait agir. Beaucoup de cibles demandaient des budgets, on a eu l'impression de perdre notre temps, il y avait plusieurs cibles que l'on ne pouvait adresser. » (Rencontre COCRSI-VCAS)

Recommandation 1

Travailler sur des cibles « SMART » en lien avec les plans d'action, entre autres, ministériels. Identifier, avec les partenaires, les leviers disponibles pour réaliser les cibles prioritaires et mettre de côté les cibles inaccessibles.

Mobiliser les partenaires autour de cibles intersectorielles

Un des constats dans l'analyse des cibles prioritaires était que beaucoup d'entre elles concernaient l'organisation des services du CSSS. Cet état de fait a contribué à la démobilisation de certains partenaires hors CSSS. Une réorientation des travaux du projet clinique, en 2014, a permis d'identifier les cibles intersectorielles et d'en faire les sujets principaux lors des réunions des instances de concertation.

Par exemple, l'arrimage entre les différents acteurs d'une trajectoire de services est une de ces cibles intersectorielles. Dans ce même ordre d'idée, il ne faudrait pas oublier l'implication des équipes médicales. (Table Périnatalité, Table DI-TED-DP)

« Il est nécessaire d'avoir ces espaces de discussion pour préciser les trajectoires, les arrimages, si on ne crée pas ces lieux, cet arrimage sera difficile. De plus, le fait de travailler en intersectoriel aide à développer une vision commune de l'approche populationnelle. » (Rencontre intersectorielle, rencontre Dépendance Adulte)

Un autre exemple est la concertation développée autour de l'emploi, une entente a été instaurée avec Emploi-Québec par la Table « Intégration à l'emploi » en santé mentale.

« Quand on peut identifier les problèmes communs, on a plus de poids sur certains dossiers pour le travail, on a pu s'allier avec 6 régions, on a plus d'écoute. On a fait changer des choses, on les a amenés au national. Il ne faut pas négliger la démarche de mise en commun et de mise en mouvement. » (Rencontre intersectorielle)

Il est suggéré, pour le domaine de l'intégration au travail, de s'allier à de nouveaux partenaires comme la Chambre de commerce, la Ville, les députés, etc. Il faut élargir les partenariats avec les personnes qui pourraient être concernés par les problématiques (Rencontre des intervenants). Leurs expertises peuvent permettre le développement de nouvelles avenues inexplorées jusqu'à maintenant.

Finalement, lorsqu'il est question d'agir sur les déterminants sociaux de la santé, tels que le logement, un acteur comme la Ville devient incontournable puisqu'il détient plusieurs leviers pouvant influencer les conditions de vie de la population.

Recommandations 2

Identifier des cibles nécessitant une action intersectorielle dans une perspective d'approche populationnelle. (Annexe 5)

Intégrer aux lieux de concertation les acteurs concernés (selon les cibles identifiées).

Mettre en place une structure de concertation à trois niveaux : stratégique, tactique et opérationnelle

Tel que le suggère l'IPCDC, les participants ont mentionné qu'il serait important de distinguer les niveaux opérationnel, tactique et stratégique. Ainsi, toujours selon l'analyse des réponses des participants, l'instance stratégique devrait se retrouver sous la responsabilité du directeur du programme-service qui en assumerait l'animation. Les acteurs siégeant au niveau stratégique auraient, entre autres, pour responsabilité de réviser une fois par année les priorités identifiées. Cet exercice permettrait d'ajuster les priorités au contexte évolutif des partenaires du RTS. Le nombre de priorités à établir doit tenir compte de la capacité des membres du RTS. (Rencontre des animateurs, rencontre intersectorielle).

Le niveau tactique pourrait être sous la responsabilité des coordonnateurs ou des chefs de service du CISSS et l'animation de cette instance partagée avec un partenaire. L'instance tactique aurait sous sa responsabilité la rédaction du plan d'action permettant d'atteindre les priorités identifiées. Ce plan d'action devrait être approuvé par l'instance stratégique. Une autre option serait d'identifier les lieux de concertation existants et ayant déjà dans leur planification l'atteinte des priorités identifiées au niveau stratégique.

Finalement, le niveau opérationnel prendrait la forme d'équipes de projet pouvant être composées d'intervenants provenant des différents secteurs et qui seraient alimentés par une équipe de soutien les mettant en lien avec les meilleures pratiques. (Rencontre APPR - OC).

Ces distinctions entre les différents niveaux permettraient d'identifier les caractéristiques recherchées chez les participants pour les différentes instances et ainsi éviter les doublons.

Recommandation 3

S'assurer de la mise en place d'une :

Instance stratégique territoriale (ex. : assemblée des partenaires intersectoriels).

Instance stratégique par direction ou multidirections : comités d'orientation et coordination des réseaux de services intégrés (COCRSI).

Instance tactique : Table de concertation en lien avec les priorités identifiées au COCRSI.

Instance opérationnelle : équipes de projet.

(Voir Annexe 6)

Identifier une coordination et une équipe de soutien à la démarche d'animation du RTS

Plusieurs défis sont à relever afin d'assurer le développement et le bon fonctionnement du RTS. Entre autres, celui de développer une vue d'ensemble des projets en cours dans le RTS afin d'éviter les doublons et d'assurer les liaisons entre les initiatives pouvant être complémentaires. Ceux-ci peuvent être relevés si une convergence des informations sur le déroulement des instances de concertation est assurée par une coordination.

La mise en place d'une coordination centralisée ayant une équipe de professionnels en appui aux animateurs des instances de concertation est une formule qui a fait ses preuves lors du projet clinique 2011-2016. Cette équipe devrait être composée d'un coordonnateur, d'agents de planification, programmation et de recherche (APPR) ainsi que d'organismes communautaires (OC).

En effet, l'expertise des OC en animation de processus ainsi que l'expertise de contenu des APPR du Bureau de la planification et de l'évaluation du CISSS de Laval et des APPR de la Direction de santé publique sont à la disposition du RTS pour réaliser cette démarche ambitieuse. Une synergie entre ces professionnels et les animateurs est fortement suggérée. (Rencontre APPR – OC, rencontre des animateurs).

Par ailleurs, le maintien annoncé dans la loi 10 de la responsabilité du CISSS quant au bon fonctionnement du réseau territorial de services rend les liens avec les partenaires d'autant plus importants compte tenu de la grosseur de cette nouvelle organisation. Il est donc justifié que les directeurs demeurent impliqués et imputables de la démarche. (Rencontre APPR - OC)

Quant à la durée de la démarche, celle-ci devrait être revue afin de permettre rapidement aux partenaires d'être dans l'action.

Finalement, pour permettre ce passage rapide à l'action, il a aussi été suggéré d'organiser un événement régional pour la présentation de l'offre de services des différents partenaires. L'idée d'un salon réunissant les organismes et où chacun aurait son kiosque pour présenter ses services est lancée. Ce salon pourrait être ouvert aux intervenants et à la population. (Table 0-4 ans)

Recommandation 4

Assurer une coordination centralisée de la démarche et créer une équipe de soutien composée d'APPR et d'OC pour appuyer chacune des directions dans l'animation des instances.

Travailler davantage avec les concertations existantes

La direction de santé publique a produit, en 2011, un portrait de la concertation lavalloise; 43 lieux de concertations régionales et 26 au niveau local ont été identifiés. (ASSSL, 2011) Dans les suggestions recensées parmi les participants, il a été mentionné qu'il faudrait apprendre à mieux travailler avec ces différentes instances de concertation. Les mêmes sujets sont souvent abordés dans plusieurs lieux de concertation. Des mécanismes d'aller-retour avec ces instances de concertation (locales ou régionales) sont à établir. (Rencontre APPR - OC)

« Les Tables de concertation peuvent servir à aller chercher les besoins. Il y a déjà beaucoup (d'animation) qui se fait avec les organismes communautaires. C'est difficile de rejoindre les intervenants terrain. Pour assurer pleinement la « responsabilité populationnelle », il faut se déplacer vers les instances de concertation pour obtenir de l'information. Les Tables sont un point de jonction entre le réseau

formel et le réseau communautaire. » (Table 0-4 ans, rencontre des animateurs)

Au cours des dernières années, plusieurs initiatives (Québec en Forme, Avenir d'enfant, revitalisation urbaine intégrée, développement local) ont expérimenté le développement des communautés par un arrimage intersectoriel à l'échelle des quartiers. Cette approche semble être une avenue prometteuse pour améliorer les conditions de vie des citoyens.

Notons également l'arrivée d'une division en développement social à la Ville de Laval qui concrétise la volonté des élus municipaux d'agir en ce domaine. D'ailleurs, des travaux entre des représentants de cette division et le CISSS (direction de santé publique) sont en cours afin de développer une mobilisation des partenaires locaux et régionaux autour d'une politique régionale en développement social.

Finalement, précisons que des participants ont mentionné l'importance de développer davantage des mécanismes de consultation citoyenne. (Rencontre APPR - OC)

Recommandations 5

Mettre à jour l'inventaire des Tables de concertation locales et régionales.

Réfléchir aux arrimages possibles entre la démarche CISSS-Ville en développement social et la démarche d'animation du RTS.

Développer des pratiques de consultations citoyennes.

Soutenir la participation des groupes communautaires

Dès la mise en place de la démarche du projet clinique, des discussions avec la Corporation de développement communautaire de Laval (CDCL) permettaient d'identifier ce que la contribution des organismes communautaires pouvait permettre d'apporter :

- Une collaboration renouvelée entre le milieu communautaire et public;
 - Permettre de mieux saisir les réalités locales et les choix à privilégier en réponse aux besoins de la population;
 - Un apport original des pratiques communautaires dans la prestation de services;
 - Un meilleur équilibre entre la logique curative et de planification de services avec une logique préventive et d'organisation communautaire;
 - Une continuité de services à moindre coût et une économie en investissant en prévention.
- (CSSS, 2012, p.78)

C'est en ce sens que la CDCL a mobilisé ses membres afin que des délégués soient identifiés pour chacune des instances du projet clinique. La CDCL a, par la suite, assumé un suivi auprès de ses délégués et a agi à titre de porte-parole du mouvement communautaire lavallois auprès du CSSS lors des rencontres de suivi du projet clinique réalisées par le comité conjoint CSSS – CDCL.

Recommandation 6

Identifier un lieu d'échange avec la CDCL permettant de faire le suivi de la participation des groupes communautaires au projet clinique.

Développer des liens de partenariats interministériels MSSS - MELS

Le représentant du milieu scolaire suggère de créer un lieu pour soutenir le partenariat inter ministériel, MSSS – MELS (Ministère de l'Éducation, des Loisirs et du Sport). Il suggère d'identifier les zones de convergence entre les planifications stratégiques du milieu scolaire et du milieu de la santé et des services sociaux pour faciliter la concertation entre ces deux réseaux.

Cette suggestion s'appuie sur le constat que plusieurs Tables regroupent principalement des partenaires du CISSS et des commissions scolaires.

Il suggère également que le représentant de la Commission scolaire agisse comme agent de liaison avec les directions d'écoles. Cette façon de faire a été utilisée dans le cadre du projet *École pivot* de la *Table de concertation jeunesse du Marigot* :

« Le projet a permis de mobiliser les écoles (10) et tous participent. Une école secondaire et les écoles primaires de son arborescence sont identifiées pour le projet. L'objectif est de voir comment on peut mieux collaborer. C'est une initiative de partenariat renouvelée. On veut commencer avec des choses simples. Il faut mieux gérer et centraliser les demandes. Il faut documenter ce qui est gagnant. » (Jeunes en difficulté)

Recommandation 7

Créer une instance CISSS – Commissions scolaires pour discuter des partenariats inter ministériels.

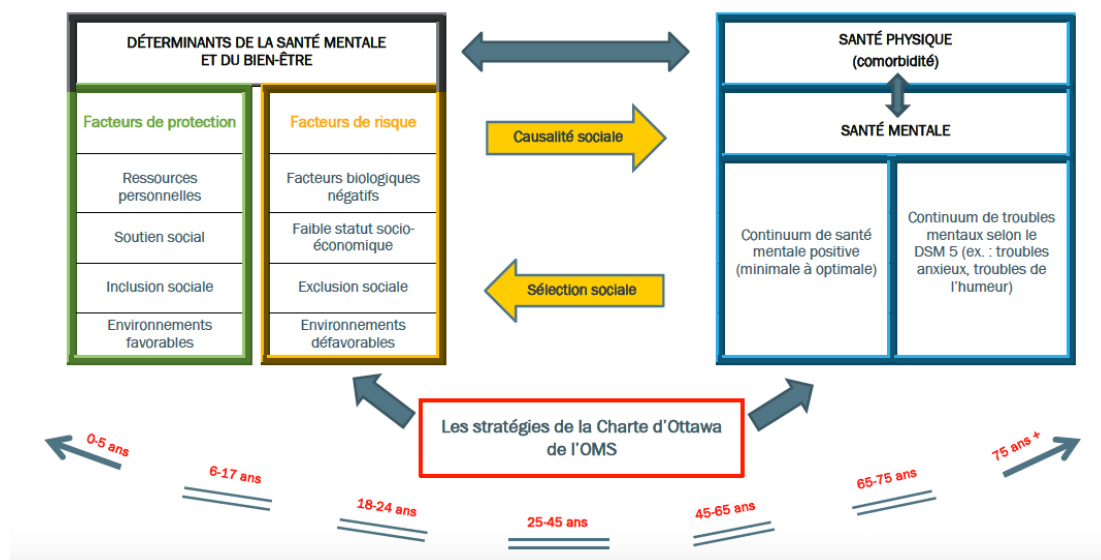
Conclusion

Le projet clinique a eu un impact à géométrie variable au sein des directions du CSSS de Laval et des partenaires du RLS. Comme le démontre la section sur l'atteinte des cibles, la majorité des plans d'action liés à celles-ci ont été réalisées. Pour l'ensemble des acteurs rencontrés, la concertation entre le CSSS de Laval et les partenaires du réseau local de services est un acquis. Cependant, des changements devraient être apportés afin d'harmoniser le fonctionnement des différentes instances du projet clinique, et ce, tout en respectant les particularités propres à chaque direction.

Comme il a déjà été indiqué dans la section « Recommandations », la démarche du projet clinique doit être revisitée en collaboration avec les partenaires intersectoriels notamment la municipalité et la CDCL pour agir plus efficacement sur les déterminants de la santé sur le territoire de Laval.

De plus, la démarche du projet clinique doit privilégier une approche imbriquée qui laisse une place à une consultation des Tables existantes et des communautés locales. Le modèle du CIUSSS de l'Est de l'Île semble intéressant de ce point de vue, car il combine une concertation à l'échelle des quartiers et développe des moyens pour susciter la participation citoyenne.³

En effet, le volet participation citoyenne, tel que le montre le sondage, doit aussi être abordé dans le nouveau modèle du projet clinique. « La participation citoyenne dans l'évaluation d'impact sur la santé (ÉIS) favoriserait ainsi l'élaboration de recommandations plus durables d'un point de vue politique, social et économique (Mahoney et al,



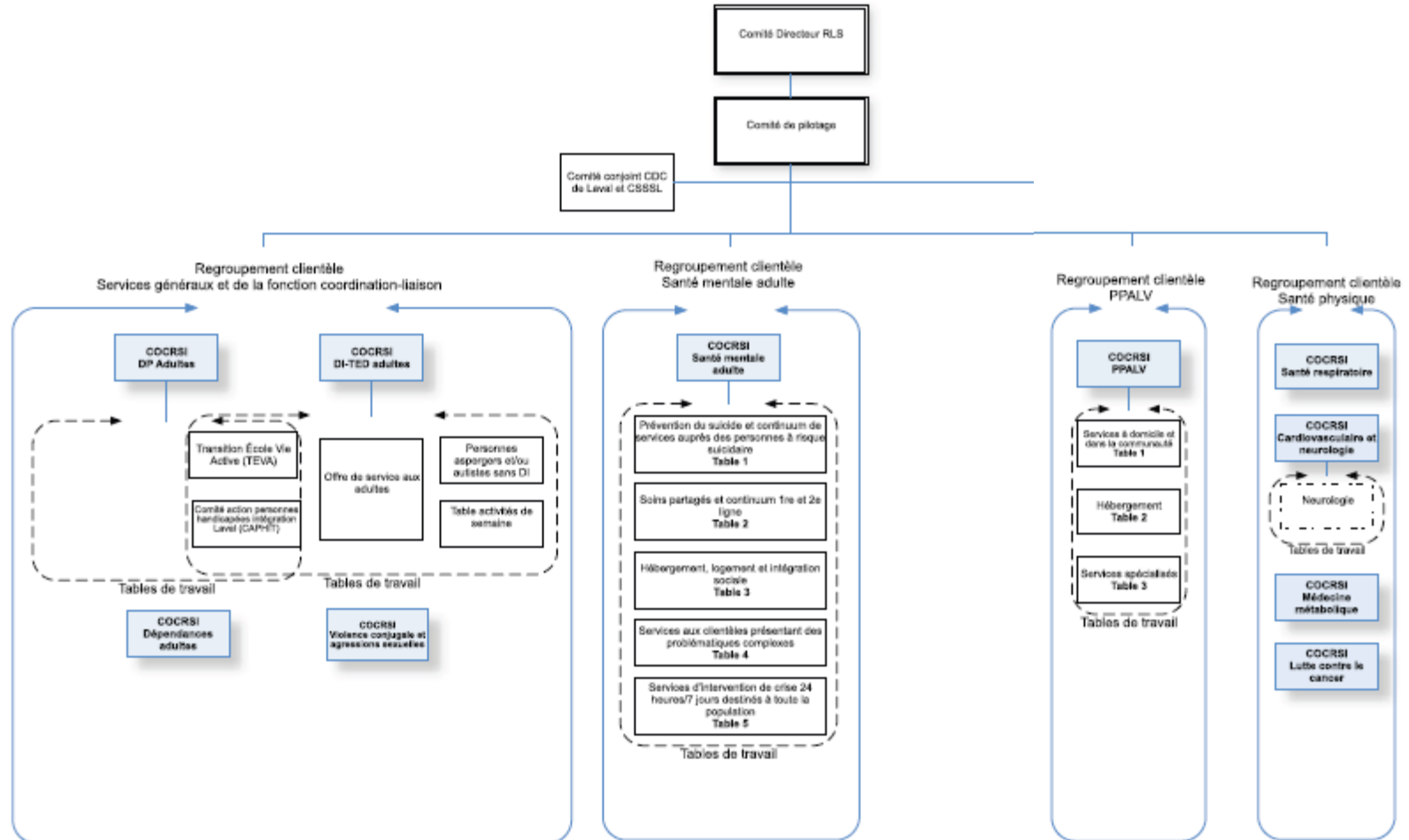
(CUISSS Estrie, 2015)

En dernier lieu, notons que la planification stratégique 2015-2020 du MSSS rappelle que les CISSS ont toujours le rôle de coordonner et de planifier les services avec les partenaires intersectoriels de son territoire. Ce rôle peut se décliner de cette façon :

- Planifier et coordonner les services à offrir à la population de leur territoire selon les orientations ministérielles, les besoins de la population et les réalités territoriales.
- Mettre en place les mesures visant la protection de la santé publique et la protection sociale des individus, des familles et des groupes.
- Assurer la prise en charge de l'ensemble de la population de leur territoire, notamment les clientèles les plus vulnérables.
- Établir les corridors de services régionaux ou interrégionaux requis et conclure des ententes avec les établissements et les autres partenaires de leur RTS pour répondre aux besoins de la population. (MSSS, 2015)

Souhaitons que le projet de clôture du projet clinique du RLS de Laval 2011-2016 alimentera les réflexions des gestionnaires du CISSS de Laval quant à la façon de poursuivre l'animation et la coordination du réseau territorial de services de Laval.

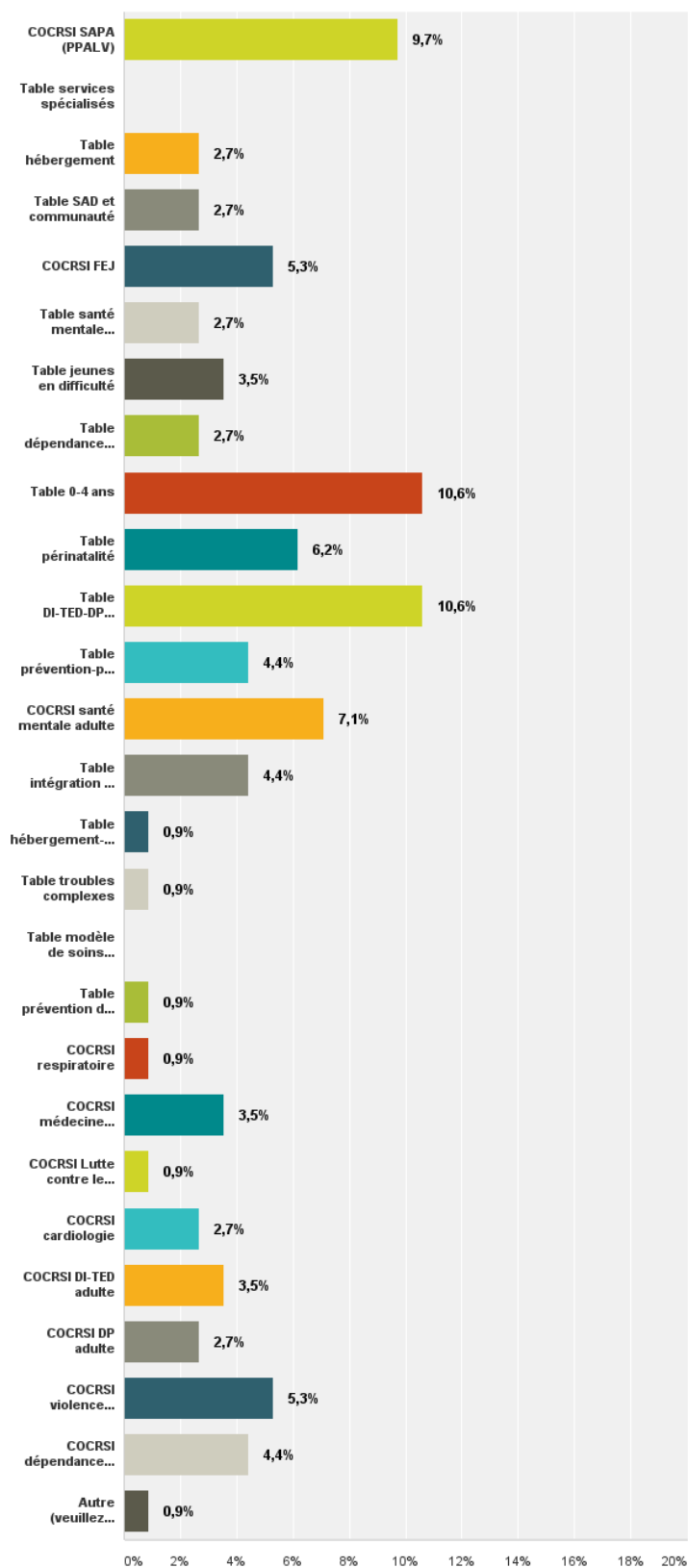
Annexe 1 - La structure du projet clinique



Annexe 2 - Participants au sondage

Q1 Pouvez-vous nous indiquer l'instance à laquelle vous avez participé ?

Répondues : 113 Ignorées : 0



Annexe 3 - Les résultats

Résultats de l'autoévaluation de l'actualisation de la responsabilité populationnelle pour le
CSSS de Laval (113 répondants)

Questions	Score	% Assez et tout à fait d'accord
Étape 1 : Définir un portrait des besoins de la population du territoire	3,08	78,4 %
4. Les travaux du COCRSI/Table m'ont permis de connaître les données socio-sanitaires (démographiques, états de santé, consommation de services), qui me permettent de porter un jugement éclairé sur l'état de santé et de bien-être, sur les conditions de vie et sur l'utilisation des services de la population concernée.	3,06	79,6 %
5. Les travaux du COCRSI/Table m'ont permis de connaître les données socio-sanitaires qui me permettent d'identifier des communautés vulnérables.	3,16	80,6 %
6. Les travaux du COCRSI/Table m'ont permis de faire le lien entre le portrait de santé et les facteurs qui influencent la santé (déterminants : habitudes de vie, éducation, logement, transport, aménagement urbain, environnement physique et social, pauvreté).	2,99	71,8 %
7. Les travaux du COCRSI/Table m'ont permis de dégager une compréhension partagée des besoins actuels et futurs de santé et de bien-être de la population concernée, dont les communautés vulnérables.	3,11	81,6 %
Étape 2 : Inventorier les ressources et les services disponibles	3,25	85,5 %
9. Les travaux du COCRSI/Table m'ont permis d'identifier les partenaires du territoire qui peuvent contribuer à la santé et au bien-être de la population concernée, dont les communautés vulnérables.	3,53	94,0 %
10. Les travaux du COCRSI/Table m'ont permis d'identifier les champs d'activités, les centres d'intérêt et les champs d'expertise de ces partenaires et de s'assurer qu'ils reflètent la diversité de la communauté.	3,27	91,0 %

11. Les travaux du COCRSI/Table m'ont permis d'identifier les soins, services et actions que le CISSS et les partenaires offrent à la population concernée, dont les communautés vulnérables.	3,36	93,9 %
12. Les travaux du COCRSI/Table m'ont permis de situer ces soins, services et actions sur un continuum d'intervention (Promotion-prévention/Dépistage/Accueil/Évaluation-diagnostic/Intervention biopsychosociale/Soutien/Adaptation-réadaptation/soins palliatifs et de fin de vie).	3,22	86,0 %
13. Les travaux du COCRSI/Table m'ont permis d'identifier les besoins non répondus par ces soins, services et actions.	3,25	83,0 %
14. Les travaux du COCRSI/Table m'ont permis d'identifier les actions réalisées en promotion de la santé (i.e. sur les facteurs qui influencent la santé) pour la population concernée, dont les communautés vulnérables.	3,01	75,0 %
15. Les travaux du COCRSI/Table m'ont permis d'identifier les actions manquantes en promotion de la santé pour la population concernée, dont les communautés vulnérables.	3,07	78,0 %
16. Les travaux du COCRSI/Table m'ont permis de connaître les défis (ex. organisationnels, clientèles) que les membres du COCRSI/table rencontrent.	3,34	88,0 %
17. Les travaux du COCRSI/Table m'ont permis de m'exprimer sur les défis que je rencontre.	3,23	81,0 %
Étape 3 : Analyser les écarts à combler	3,01	76,6 %
19. Les travaux du COCRSI/Table m'ont permis d'identifier et de reconnaître, lors de l'identification de la situation actuelle, les forces sur lesquelles compter.	3,09	81,8 %
20. Les travaux du COCRSI/Table m'ont permis d'identifier et de reconnaître, lors de l'identification de la situation actuelle, les faiblesses pouvant nuire et/ou les défis à relever.	3,16	85,9 %
21. Les travaux du COCRSI/Table m'ont permis d'identifier et de reconnaître, lors de l'identification de la situation actuelle, les opportunités à tirer parti.	2,97	76,8 %

22. Les travaux du COCRSI/Table m'ont permis d'identifier et de reconnaître, lors de l'identification de la situation actuelle, les contraintes (5) pouvant entraver la mise en œuvre.	3,16	86,9 %
23. Les travaux du COCRSI/Table m'ont permis d'identifier les meilleures pratiques en lien avec notre champ d'activités pour : agir sur les facteurs influençant la santé.	2,78	63,6 %
24. Les travaux du COCRSI/Table m'ont permis d'identifier les meilleures pratiques en lien avec notre champ d'activités pour : améliorer l'OFFRE de soins, services et actions afin de répondre aux besoins de la population concernée et des communautés vulnérables.	3,00	75,8 %
25. Les travaux du COCRSI/Table m'ont permis d'identifier les meilleures pratiques en lien avec notre champ d'activités pour : améliorer la GESTION des soins, services et actions afin de répondre aux besoins de la population concernée et des communautés vulnérables.	2,77	63,6 %
26. Les travaux du COCRSI/Table m'ont permis de participer collectivement à définir le continuum de services recherché pour la population concernée, dont les communautés vulnérables.	3,13	78,8 %
Étape 4 : Établir les cibles cliniques prioritaires	2,92	71,4 %
28. Les travaux du COCRSI/Table ont permis d'identifier les pistes d'amélioration (objectifs et stratégies) afin d'améliorer la santé et le bien-être de la population concernée, dont les communautés vulnérables.	3,10	82,7 %
29. Les travaux du COCRSI/Table ont permis d'identifier les pistes d'amélioration (objectifs et stratégies) afin de réduire les inégalités en matière de santé et les obstacles à l'accès aux services de la population concernée, dont les communautés vulnérables.	2,83	67,3 %
30. Les travaux du COCRSI/Table ont permis de procéder à un exercice de priorisation afin de dégager un consensus sur les actions prioritaires à retenir au bénéfice de la population concernée, dont les communautés vulnérables.	3,11	80,6 %

31. Les travaux du COCRSI/Table ont permis de connaître les commentaires du personnel, des prestataires de services, des bénévoles et d'autres partenaires sur les actions prioritaires à retenir.	2,63	55,1 %
Étape 5 : Articuler les programme-services avec l'ensemble des services offerts	2,89	66,6 %
33. Les travaux du COCRSI/Table/équipes projet ont permis d'élaborer le plan d'action pour la mise en œuvre des actions prioritaires retenues qui comportent des objectifs précis, observables et mesurables qui concernent l'accessibilité, la continuité et la qualité des services.	3,11	76,8 %
34. Les travaux du COCRSI/Table/équipes projet ont permis d'élaborer le plan d'action pour la mise en œuvre des actions prioritaires retenues qui comportent des éléments qui concernent des objectifs précis observables et mesurables qui concernent les facteurs influençant la santé.	2,85	63,5 %
35. Les travaux du COCRSI/Table/équipes projet ont permis d'élaborer le plan d'action pour la mise en œuvre des actions prioritaires retenues qui comportent des éléments qui concernent les responsables et les collaborateurs.	3,07	75,0 %
36. Les travaux du COCRSI/Table/équipes projet ont permis d'élaborer le plan d'action pour la mise en œuvre des actions prioritaires retenues qui comportent des éléments qui concernent des indicateurs pour suivre l'implantation du plan d'action.	2,87	64,6 %
37. Les travaux du COCRSI/Table/équipes projet ont permis d'élaborer le plan d'action pour la mise en œuvre des actions prioritaires retenues qui comportent des éléments qui concernent un échéancier.	3,02	74,0 %
38. Les travaux du COCRSI/Table ont permis d'identifier des besoins de formation des intervenants actuels et de la relève.	2,51	46,9 %
39. Les travaux du COCRSI/Table ont permis de mettre en application les priorités de soins, services et actions convenues.	2,81	65,6 %

Étape 6 : Assurer le suivi des impacts sur les services, la santé et le bien-être de la population	2,80	63,9 %
41. Les travaux du COCRSI/Table ont permis de suivre l'évolution de la démarche.	3,05	75,8 %
42. Les travaux du COCRSI/Table ont permis de suivre les résultats de ses travaux.	2,88	67,4 %
43. Les travaux du COCRSI/Table ont permis de mettre en place un mécanisme de suivi et de monitoring du plan d'action.	2,67	55,8 %
44. Les travaux du COCRSI/Table ont permis de recevoir des informations que j'ai pu partager dans mon organisation (ex. entre les intervenants, les directions, les installations).	2,91	72,6 %
45. Les travaux du COCRSI/Table ont permis de recevoir des informations que j'ai pu partager auprès de la population concernée, dont les communautés vulnérables.	2,40	42,1 %
46. Les travaux du COCRSI/Table ont permis de procéder à des consultations afin que la population concernée, dont les communautés vulnérables, puisse s'exprimer sur leurs besoins ainsi que sur les services, soins et actions mis en œuvre (ex. patient partenaire).	2,20	31,6 %
47. Les travaux du COCRSI/Table ont permis de rendre compte des progrès réalisés dans l'atteinte des buts et des objectifs convenus.	2,78	67,4 %
Étape 7 : Atteinte des résultats	2,87	66,8 %
49. Les travaux du COCRSI/Table ont permis de reconnaître la responsabilité du CSSS (responsabilité dévolue, avant le 1 ^{er} avril 2015, au CSSS) relativement à l'animation du COCRSI/table.	3,34	84,9 %
50. Les travaux du COCRSI/Table ont permis de développer une gamme de services, de pratiques et d'outils permettant d'améliorer l'accessibilité, la continuité et la qualité des services.	2,72	60,2 %

51. Les travaux du COCRSI/Table ont permis d'influencer l'offre de service de mon organisation en fonction de l'analyse faite collectivement.	2,72	59,1 %
52. Les travaux du COCRSI/Table ont permis de formaliser des ententes de collaboration et des contrats de service.	2,71	50,5 %
53. Les travaux du COCRSI/Table ont permis de mobiliser les membres du RTS par une vision partagée et par les priorités retenues.	2,84	68,8 %
54. Les travaux du COCRSI/Table ont permis aux membres du RTS de travailler ensemble, via un mode de gestion participative, sur les priorités retenues.	2,88	65,2 %
55. Les travaux du COCRSI/Table ont permis de respecter les valeurs et les modes de travail de chacun des membres.	3,13	89,2 %
56. Les travaux du COCRSI/Table ont permis de favoriser la collaboration et le réseautage entre les professionnels, gestionnaires et organisations.	3,16	81,7 %
57. Les travaux du COCRSI/Table ont permis de favoriser les liens entre les milieux de vie (ex. famille, école, milieu de travail, communauté).	2,68	58,1 %
58. Les travaux du COCRSI/Table ont permis de développer des projets impliquant une mise en commun des ressources des différents partenaires (ex. humaines, financières).	2,65	51,6 %
59. Les travaux du COCRSI/Table ont permis de bien répondre aux besoins des communautés vulnérables concernées.	2,70	65,6 %

Légende			
Scores		Pourcentage	
Vert :	3,0 et +	Mauve :	90 et +
Jaune :	2,50 à 2,99	Vert :	70 à 89,9
Orange :	2,49 et moins	Jaune :	50 à 69,9
		Rouge :	Moins de 50

Annexe 4 - Les rencontres-bilan

Liste des rencontres

Rencontre Table dépendance jeunesse

Rencontre Table périnatalité

Rencontre Table prévention-promotion

Rencontre-Bilan

Annexe 5 - La responsabilité populationnelle

La responsabilité populationnelle implique l'obligation de maintenir et d'améliorer la santé et le bien-être de la population d'un territoire donné, en :

- rendant accessible un ensemble de services sociaux et de santé pertinents et coordonnés, qui répond de manière optimale aux besoins exprimés et non exprimés de la population;
- assurant l'accompagnement des personnes et le soutien requis;
- agissant en amont sur les déterminants de la santé.

Cet exercice requiert une collaboration entre les organisations publiques et communautaires des divers secteurs, les établissements privés de santé et les partenaires socioéconomiques agissant sur le territoire local et régional. Ensemble, ces acteurs mettent à profit leurs leviers et leurs compétences au bénéfice de la population et assument collectivement leur responsabilité. Le CSSS a pour rôle de susciter, d'animer et de soutenir ces collaborations sur son territoire.

L'exercice de la responsabilité populationnelle implique pour les acteurs des réseaux locaux de services (RLS) de :

- s'approprier les données sociosanitaires et d'en dégager une vision commune de la réalité territoriale;
- définir, par des démarches participatives avec la population, les partenaires du réseau sociosanitaire et ceux des autres secteurs d'activité, une offre de service intégré et de qualité, qui répond aux besoins de la population locale;
- renforcer l'action sur les déterminants de la santé, de manière à améliorer la santé et le bien-être de l'ensemble de la population locale;
- assurer le suivi et l'amélioration continue, dans une perspective de plus grande imputabilité. (MSSS 2011; IPCDC 2013)

L'action sur les déterminants de la santé n'est pas une responsabilité exclusive du système de santé, mais une responsabilité qu'il partage avec tous les autres secteurs socioéconomiques de la société (secteurs municipal, de l'emploi, de l'éducation, de l'économie, etc.). Ainsi, comparativement à la mission traditionnelle des établissements de santé et de services sociaux, la responsabilité populationnelle met l'accent sur deux aspects novateurs : l'action sur les déterminants de la santé et la collaboration sectorielle et intersectorielle avec un ensemble d'acteurs et d'organisations actifs sur le territoire local (IPCDC 2013).

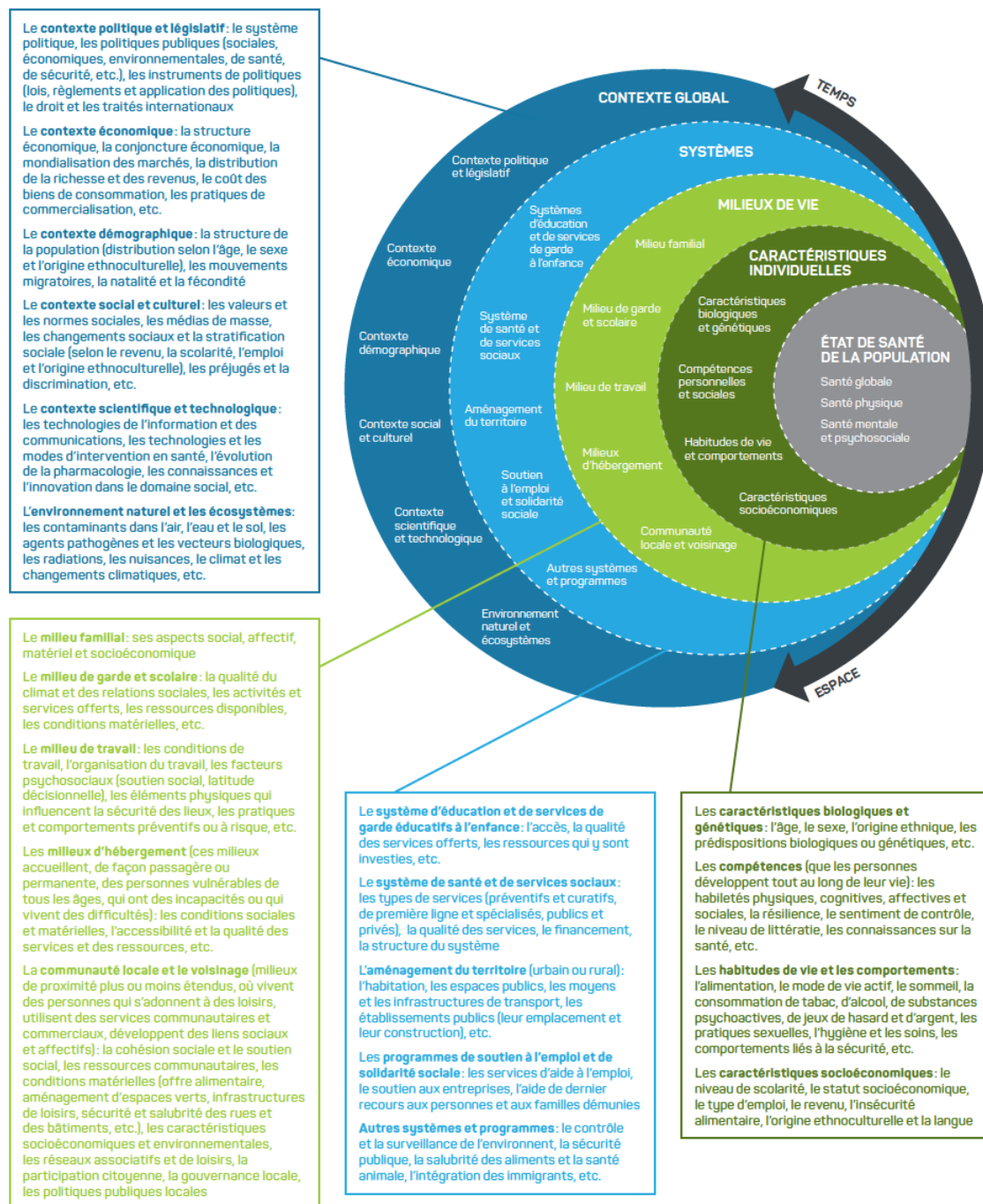
Annexe 6 - La gouverne IPCDC

Équipe	Composition	Rôles et responsabilités	Enjeux
Stratégique	Dirigeants administratifs et cliniques, à l'interne et à l'externe du CISSS	- Formuler la vision - Construire la légitimité du changement - Mobiliser - Faciliter l'accès à la formation - Assurer la cohérence des règles et des incitatifs avec les objectifs du changement	- Mobiliser le noyau acteurs influents - Développer et maintenir la confiance et la coopération entre les acteurs - Résoudre les confrontations et les blocages associés à la mise en œuvre du projet - Maintenir l'équilibre fonctionnel de l'organisation et du réseau
Tactique	- Experts - Cadres supérieurs - Cadres intermédiaires (dont le gestionnaire de projet)	- Développer le projet - Répertorier les meilleures pratiques - Élaborer le plan d'exécution - Mettre en place des mécanismes de collaboration - Développer des outils d'implantation - Identifier les compétences à consolider et à développer	- Rendre le changement réalisable - Assurer la cohérence du projet avec vision - Ajuster l'infrastructure au changement - Maintenir la fonctionnalité organisationnelle et la fonctionnalité du réseau - Faciliter l'acquisition et la consolidation des compétences
Opérationnelle	- Gestionnaire de projet - Acteurs dont les activités sont directement transformées par le changement	- Mobiliser l'équipe de travail - Soutenir l'appropriation du projet	- Cerner les activités à transformer - Identifier les obstacles et les pistes d'amélioration à partir des connaissances expérientielles - Réaliser le changement

(L-H Trottier, IPDC 2013)

Annexe 7 - Carte de la santé

SCHÉMA 1 CARTE DE LA SANTÉ ET DE SES DÉTERMINANTS



Bibliographie

AGENCE pour le développement de réseaux locaux de santé et de services sociaux de Montréal (2006). Initiative montréalaise de soutien au développement social local : Orientations et paramètres de gestion et d'évaluation. Comité de pilotage de l'Initiative montréalaise de soutien au développement social local, Montréal, 16 p.

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (ASPC) (2014). Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada, 2014 : La santé publique et l'avenir, Ottawa, ASPC, 124 p.

ASSOCIATION CANADIENNE DE PROTECTION MÉDICALE (2014). Guide des bonnes pratiques.<https://www.cmpaacpm.ca/serve/docs/ela/goodpracticesguide/pages/index/index-f.html>. Consulté le 6 octobre 2015

ASSSL (2011). Portrait des structures de concertations locales et régionales de Laval, DSPR, Laval, 79 p.

ASSSL (2011). Portrait des structures de concertations locales et régionales de Laval : un premier tour d'horizon, DSPR, Laval, 10 p.

ASSSL (2015). Plan d'action régional en cancérologie 2015-2020, programme régional de cancérologie Région 13 – Laval, Laval, 188 p.

AUBÉ, D. et al, (2015). « Vieillesse en santé » et « responsabilité populationnelle » : évaluation d'un accompagnement dans trois milieux locaux du Québec, INSPQ, 31 p.

BARRY, M. M. et L. FRIEDLI (2008). The influence of social, demographic and physical factors on positive mental health and children, adults and older people, Foresight Mental Capital and Wellbeing Project, State-of-Science Review : SR-B3, Londres, Government Office for Science, 22 p.

BRENNER, R. et autres (2010). « Primary prevention in psychiatry - adult populations ». Annals of Clinical Psychiatry, vol. 22, no 4, p. 239-248.

CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE (2015). Prioriser la santé mentale et le bien-être en Estrie : 7 défis à relever ensemble. Collection de rapports de la direction de santé publique, Sherbrooke, 69 p.

CHAMBERLAND, A. et Équipe IPCDC (2014). Le code génétique de la responsabilité populationnelle : des réflexes à développer, IPCDC, 1 p.

COMITÉ DE PRATIQUES COLLABORATIVES ET LA FORMATION INTERPROFESSIONNELLE : RUIS Udm. (2013). Guide d'implantation du partenariat de soins et services : Vers une pratique collaboratrice optimale entre intervenants et avec le patient. Montréal.

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE (2012). État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et de services sociaux, gouvernement du Québec, p. 232.

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE (2012). Rapport sur les indicateurs de performance en santé mentale, gouvernement du Québec, 43 p.

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE (2012). Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2012 – Pour plus d'équité et de résultats en santé mentale au Québec, gouvernement du Québec, 179 p.

CONSEIL LOCAL DE SANTÉ MENTALE (CLSM) (2015). Les Conseils locaux de santé mentale : état des lieux. Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé pour la formation et la recherche, Lille, 16 p.

CSSS DE LAVAL (2011). Projet clinique, s'arrimer pour la continuité, la qualité et l'accessibilité. RLS, Laval.

GAUVIN, F-P et ROSS, M-C (2012). La participation citoyenne dans l'évaluation d'impact sur la santé : Survol des enjeux, Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques, INSPQ, 2012.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2008). Avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux, gouvernement du Québec, 162 p.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2012). « Surveillance des troubles mentaux au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services ». Surveillance des maladies chroniques, no 6, p. 1-16.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2015). « Surveillance des troubles de la personnalité au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services ». Surveillance des maladies chroniques, no 11, p. 1-20.

IPDCD. (2012). Unir nos forces pour relever le défi de la responsabilité populationnelle.

IPDCD. (2014). Portait des pratiques d'intervention et de gestion en lien avec l'actualisation de la responsabilité populationnelle du CSSS.

KEYES, COREY. L. M. (2002). « The Mental Health Continuum : From Languishing to Flourishing in Life », Journal of Health and Social Behavior, vol. 43, p. 207-222.

KEYES, COREY. L. M. (2007). « Promoting and Protecting Mental Health as Flourishing : A Complementary Strategy for Improving National Mental Health », American Psychologist, vol. 62, no 2, p. 95-108.

LES DIÉTÉTISTES DU CANADA (2012). Promouvoir la santé mentale par la saine alimentation et les soins en nutrition, Toronto, 8 p.

MANTOURA, P. (2014). Définir un cadre de référence sur la santé mentale des populations à l'intention de la santé publique, Montréal, Québec. Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé, 24 p.

MSSS (2015). Orientations ministérielles relatives au programme-services destiné aux jeunes en difficulté 2015-2020, Québec, 89 p.

MSSS (2015). Plan d'action en santé mentale 2015-2020 – Faire ensemble et autrement, Québec, 89 p.

MSSS (2015). Programme national de santé publique 2015-2025 : Pour améliorer la santé de la population du Québec, Institut national de santé publique du Québec, Québec, 87 p.

MSSS (2015). Plan stratégique du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec 2015-2020, Québec, 33 p.

OQRLS (2013). Innover dans l'action : Guide pratique sur l'animation des réseaux locaux de services, l'Observatoire québécois des réseaux locaux de services (OQRLS) avec la collaboration de l'Initiative sur le partage des connaissances et le développement des compétences pour relever le défi de la responsabilité populationnelle (IPCDC) et du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), 22 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1986). Promotion de la santé. Charte d'Ottawa, [En ligne], Europe, 6 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2009). Comblent le fossé en une génération : Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé, rapport final de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé, Genève, 24 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2015). Rapport mondial sur le vieillissement et la santé, Genève, 32 p.

POISSANT, C. (2014). Soutenir l'action intersectorielle favorable à la santé et au bien-être, évaluation d'implantation d'une stratégie transversale du Plan d'action régional (PAR-2009-2012) de santé publique de Lanaudière, Service de surveillance, recherche et évaluation. Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Joliette, 118 p.

RLS. (2011). *Projet clinique, s'arrimer pour la continuité, la qualité et l'accessibilité.* Laval.

SOFI, F. et autres (2010). « Physical activite and risk of cognitive decline : a meta-analysis of prospective studies.” Journal of Internal Medecine, vol. 269, p. 107-117.

TOUGAS, A-M. et FRÉCHETTE L., (2010). La politique familiale municipale : une avenue pour contribuer au développement social. Politiques familiales municipales et développement social UQO, Carrefour Action Municipale et Famille, 53 p.

TOUGAS, A-M. et FRÉCHETTE L., (2011). Obstacles et facilitateurs à la participation citoyenne dans les politiques publiques municipales : le cas des PFM, UQO. Publication de

l'Alliance de recherche Innovation sociale et développement des communautés (ARUC-ISDC). Recherches, numéro 40, 2011, 67 p.

TROTTIER, L-H., (2013). La responsabilité populationnelle : des changements organisationnels à gérer en réseau. Un guide de gestion du changement en faveur de la responsabilité populationnelle, de l'Initiative sur le partage des connaissances et le développement des compétences pour relever le défi de la responsabilité populationnelle (IPCDC), 93 p.