



Plan stratégique 2013-2015

issu de la planification stratégique 2010-2015

22 Mai 2014

présent
dans la
communauté

Centre de santé et de services sociaux
de Saint-Léonard et Saint-Michel



INTRODUCTION

Le conseil d'administration du CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel définissait en 2009 les orientations stratégiques 2010-2015 de l'établissement. À ce moment, le conseil d'administration, la direction générale, les gestionnaires et le personnel s'engageaient dans la réalisation d'un plan stratégique sur cinq ans. Ces orientations définissaient les objectifs, la vision des cinq prochaines années.

Soucieux que les objectifs dès lors ciblés soient toujours conformes aux besoins de sa population, la direction jugeait nécessaire de revoir l'ensemble de son plan, à l'été 2013.

L'établissement a donc procédé à un bilan mi-étape et à l'élaboration d'un plan stratégique 2013-2015. Cette planification permet aux membres du conseil d'administration, à la direction générale, aux gestionnaires ainsi qu'au personnel de se réappropriier les orientations et les enjeux.

Cette planification quoiqu'elle soit en continuité avec le plan d'origine nous a permis certains ajustements propres au contexte évolutif de l'organisation et tient compte de son environnement interne et externe. Les six (6) priorités retenues pour de ce plan 2013-2015 sont demeurées les mêmes, soit :

- L'enjeu 1 : les déterminants sociaux de la santé
- L'enjeu 2 : l'offre de service
- L'enjeu 3 : la continuité des services pour les clientèles vulnérables
- L'enjeu 4 : les ressources humaines
- L'enjeu 5 : la dynamique de gestion
- L'enjeu 6 : les communications

Tout comme le plan stratégique de départ, nous devons faire face plus que jamais aux défis du vieillissement de la population, en bâtissant une offre de service intégrée qui réponde aux besoins spécifiques et en continuité des travaux nouvellement amorcés avec nos partenaires du pôle de l'est. De l'autre bout du continuum, nous avons également le défi de pouvoir répondre aux besoins des jeunes familles récemment arrivées sur notre territoire. Le dépistage et le traitement des maladies chroniques et l'offre médicale sont aussi des défis pour les prochaines années. Une première ligne forte centrée sur la personne et ayant un accès rapide et continu aux services médicaux et à des services diagnostiques et de prise en charge doivent se poursuivre.

L'amélioration continue, la qualité des pratiques professionnelles et le développement d'une structure d'évaluation et de mesure de la performance doivent nous permettre de faire d'autres pas. Le suivi des plans d'action d'amélioration continue de la qualité, instaurés dans chaque direction contribuera à assurer une prestation de services sécuritaires à la clientèle et la qualité des services à la clientèle.

Finalement, des mesures plus incisives d'attraction et de rétention devront permettre une stabilité du personnel et des finances.

Le plan stratégique 2013-2015 s'est vu inclure des objectifs propres au volet de la sécurité et à la qualité des services que nous offrons.

L'établissement s'engage à assurer un suivi annuel étroit afin d'apprécier l'atteinte des résultats, et ce, en conformité avec la culture de la qualité du suivi que nous offrons. Cette planification sera donc le pilier des plans d'action de chacune des directions de l'établissement.

Enjeu : 1 - Les déterminants sociaux de la santé – Le CSSS collabore activement à la mise en place de conditions sociales et environnementales favorables à la santé et au bien-être de la population

Numéro - Projet(s) de travail identifié(s) (objectifs)	Résultats prévus	A	PA	NA	Indicateurs	Cibles	Direction responsable
Orientation 1.1 :	Favoriser la santé et le bien-être de la population en contribuant au développement social et économique des communautés						
Orientation 1.2 :	Orienter les services offerts par le CSSS de façon à ce qu'ils servent la communauté sur les plans économique, politique, culturel et social						
Orientation 1.3 :	Favoriser le développement d'activités de promotion et de prévention par le CSSS						
Projet 1 : Développer un observatoire populationnel	Un observatoire est créé afin de rassembler les données populationnelles sous un « même toit » et d'éviter leur « éparpillement »	X			- 1 effectif en organisation communautaire dédié à la connaissance surveillance - Implantation de l'observatoire populationnel et partenariat avec la direction FSTI - Production d'un premier portrait sociodémographique	Confirmation du poste en organisation communautaire (décembre 2013) Mandat et responsabilités définis (décembre. 2013) Portrait réalisé (octobre 2013)	DFEJ-SP

Résultats :

A : *Atteints*
PA : *Partiellement atteints*
NA : *Non atteints*

Enjeu : 2 - L'offre de service - L'offre de service de l'établissement est adaptée au contexte socioculturel et démographique du territoire et aux besoins émergents et spécifiques des clientèles vulnérables

Numéro - Projet(s) de travail identifié(s) (objectifs)	Résultats prévus	A	PA	NA	Indicateurs	Cibles	Direction responsable
Orientation : 2.1 Poursuivre le développement et l'adaptation de la gamme de services offerts par le CSSS par l'actualisation des projets cliniques							
2.1.1 Dans le cadre du plan d'action PPALV, planifier et mettre en œuvre du réseau de services intégrés pour les personnes âgées	Le guichet d'accès aux services pour personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (PPALV) est consolidé dans une perspective de réseau intégré de services	X			Le guichet d'accès aux services de soutien aux personnes en perte d'autonomie (clientèles : SAPA-DP-post-opération-post-hospitalisation) est 100% implanté dans une perspective de réseau intégré de services depuis le 10 septembre 2012.	100% de la clientèle et des partenaires ont une réponse à leur appel	DSPPA
		X			Une évaluation du bilan de la 1 ^{ère} année d'implantation est en cours au sein du CSSS.	Optimiser le fonctionnement des guichets d'accès	DSGSSA DFEJ-SP
	Des mécanismes de concertation et de communication sont mis en place aux niveaux : a) Stratégique b) Tactique et opérationnel	X X X			Un comité stratégique composé des directeurs généraux des établissements du pôle 1 est actif depuis le 1 ^{er} avril 2013. Un comité tactique composé des directeurs SAPA, des établissements du pôle 1 est actif depuis le 1 ^{er} avril 2013. Différents comités opérationnels (Maillage, Intervenant-réseau et repérage de la clientèle vulnérable) sont actifs depuis avril 2013 au sein du pôle 1.	Diminuer de 50% le taux de FSAG dans les hôpitaux Favoriser le maintien à domicile et dans la communauté Améliorer la fluidité du cheminement de la clientèle SAPA	DSPPA
	Un processus de repérage des personnes vulnérables est implanté	X X		X		Travaux en cours au sein du comité repérage de la clientèle vulnérable.	Repérer 100% de la clientèle vulnérable 100% de la clientèle vulnérable en provenance d'HSC et HMR) Assurer leur soutien dans la communauté

Numéro - Projet(s) de travail identifié(s) (objectifs)	Résultats prévus	A	PA	NA	Indicateurs	Cibles	Direction responsable
Orientation : 2.1 Poursuivre le développement et l'adaptation de la gamme de services offerts par le CSSS par l'actualisation des projets cliniques							
2.1.1 Dans le cadre du plan d'action PPALV, planifier et mettre en œuvre du réseau de services intégrés pour les personnes âgées (suite)	Une table de concertation multisectorielle visant à contrer l'abus, la maltraitance et l'exploitation financière à l'endroit des personnes âgées sont créées				Un protocole d'entente visant à contrer l'abus, la maltraitance et l'exploitation financière des personnes âgées est opérationnel.	Implanter 100% les éléments du protocole en avril 2015	DSPPA
	L'utilisation de l'outil d'évaluation multiclientèles et du système de mesure de l'autonomie fonctionnelle « e-smaf » en CSSS est consolidée	X	X		Consolider l'utilisation de la Solution informatique RSIPA.	100% des clients SAPA ont un OEMC complété au 31 décembre 2013 100% des clients DP ont un OEMC complété au 31 mars 2014	DSPPA
	La continuité des services entre la DSPPA et la DH est améliorée	X			Un plan d'action est suivi en continue entre les deux directions.	Consolider les arrimages PHPE	DSPPA
2.1.1 Actualisation du projet clinique DI-TED	Un plan d'action sous-régional sur les modalités de transformation de la 1 ^{ère} et 2 ^{ième} ligne est développé et adopté	X			Mise en place en 2013-2014 de la Table des directeurs DI-TED de Montréal.	100% des familles éligibles reçoivent du Soutien à la Famille (SAF) Respect du délai du premier service 100% pour les « urgents » et 90% pour « élevé et modéré »	DFEJ-SP
	Le plan d'action DI-TED est déployé		X		Dépôt du mandat de la table et de son plan d'action au printemps 2014.		DFEJ-SP

Numéro - Projet(s) de travail identifié(s) (objectifs)	Résultats prévus	A	PA	NA	Indicateurs	Cibles	Direction responsable
2.1.4 Actualisation du projet clinique-JED	Un projet clinique JED est défini avec les partenaires et adopté	X X X X			- Planification stratégique 2010-2015 adoptée à la Table Régional des directeurs du programme-services JED - Plan d'action régional déposé au comité de direction 2012 - Comité de travail conjoint implanté dans chacun des territoires de CSSS - Comité de travail : 1) suivi du Guide de partenariat CJ-CSSS 2) Protocole négligence réalisé en 2013 - 3) Suivi CAFE annualisé 4) Retrait Milieu familiale Loi des SSSS (réalisé en 2013)	Nombre de jeunes et leurs familles rejoints : 1630 soit 100% de l'objectif	DFEJ-SP
2.1.5 Développement de l'offre de service de 1^{ère} ligne en dépendance en lien avec les orientations ministérielles	Un projet clinique Dépendance est défini avec les partenaires et adopté			X			DFEJ-SP
	Un plan d'action Dépendance est élaboré et adopté			X			DFEJ-SP
	Le plan d'action Dépendance est déployé afin de faciliter l'accès aux personnes à risque d'abus ou de dépendance à des services de 1 ^{ère} ligne en toxicomanie et en jeu pathologique	X			Nombre de jeunes et d'adultes dépistés et évalués ayant reçu des services en toxicomanie et en jeu pathologique	2013-2014 = 19 2014-2015 = augmentation	DSGSSA
Orientation : 2.1 Poursuivre le développement et l'adaptation de la gamme de services offerts par le CSSS par l'actualisation des projets cliniques							
2.1.6 Réalisation des phases II et III du plan de transferts des ressources, des responsabilités et des patients en santé mentale adultes et enfants/jeunes	Un plan d'action Santé mentale (SM) adultes en lien avec le développement du réseau local de services (RLS) est défini et adopté	X					DSGSSA et DFEJ-SP
	Un plan d'action en lien avec le déploiement du RLS Santé mentale est déployé afin d'assurer aux personnes qui requièrent des services de santé mentale de 1 ^{ère} ligne par une équipe multidisciplinaire		X		- Nb de jeunes et d'adultes ayant des troubles mentaux qui reçoivent des services de santé mentale de 1 ^{ère} ligne - Développement du service d'intensité variable (SIV) - Délai d'accès aux services	1 091 usagers Mise en place de 20 places SIV Accès aux services en 30 jours ¹	DSGSSA et DFEJ-SP
2.1.7 Actualisation des orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer de la région de Montréal (PQLC)	Un projet clinique sur la lutte contre le cancer est défini et adopté afin d'améliorer la coordination des soins et services en oncologie.		X		- Élaboration du projet clinique - Mise en place d'une table sous-régionale - Participation à la table régionale - Existence d'une entente de services avec partenaire de 2 ^e ligne	Projet clinique adopté 2 rencontres annuelles complétées Présence à 100% des rencontres régionales Entente de services conclue avec	DSGSSA

Numéro - Projet(s) de travail identifié(s) (objectifs)	Résultats prévus	A	PA	NA	Indicateurs	Cibles	Direction responsable
						partenaires de 2 ^e ligne	
2.1.8 Actualisation des programmes de suivi systématique des maladies chroniques	Le programme de suivi systématique pour les personnes souffrant de diabète et d'hypertension artérielle (HTA) est consolidé	X			Nombre de personnes souffrant de diabète ou de HTA qui reçoivent des services de l'équipe maladies chroniques	250 nouveaux usagers par année	DSGSSA
	Un programme pour les personnes souffrant d'une MPOC est défini et déployé	X			- Élaboration et dépôt du projet - Nombre de personnes qui reçoivent des services de l'équipe maladies chroniques	Acceptation et financement du projet par l'Agence (2013-2014) 80 nouveaux usagers par année (2014-2015)	DSGSSA
Orientation : 2.2 Procéder à une révision de la programmation clinique afin de mieux répondre aux besoins de la population							
2.2.1 Actualisation d'un programme-cadre en soutien à la consolidation et à l'harmonisation des approches cliniques au sein du CSSS	Un programme cadre pour l'ensemble des programmes-services est défini	X X			Programme cadre clinique adopté et diffusé dans les directions cliniques de l'organisation	2011 (atteint)	DSIPP et autres directions cliniques DH
	Développer et implanter un programme clinique cadre en soins de longue durée (SLD) en hébergement. Les objectifs sont notamment de développer une vision commune des soins en hébergement, standardiser et uniformiser les interventions de soins et les résultats cliniques attendus, développer une approche de maintien de l'autonomie, développer une approche de prévention et de gestion des risques et enfin réaliser des activités de mesure de la qualité de façon continue pour en assurer la mise en œuvre et la pérennité. Pour atteindre ces objectifs, la direction de l'hébergement a identifiée neuf (9) processus cliniques reconnus comme ayant un impact majeur dans le maintien de l'autonomie de la personne âgée, la prévention des pertes fonctionnelles et cognitives et la gestion des risques.		X		Réalisation d'un audit de qualité des 14 unités de soins en hébergement à partir des neuf (9) processus identifiés au programme clinique cadre en SLD du 12 septembre au 3 octobre 2012 (50 dossiers, 100 problématiques cliniques, observation, etc.).	2012-2014	DH

Numéro - Projet(s) de travail identifié(s) (objectifs)	Résultats prévus	A	PA	NA	Indicateurs	Cibles	Direction responsable	
2.2.1 Actualisation d'un programme-cadre en soutien à la consolidation et à l'harmonisation des approches cliniques au sein du CSSS (suite)	<p>Ces processus cliniques sont :</p> <p>1-la prévention des chutes 2-l'application des mesures de contrôle 3-la prévention des plaies de pression 4-la gestion de la douleur 5-l'alimentation et la gestion de la dysphagie 6-la gestion des troubles de comportements 7-les soins de fin de vie 8-la gestion des médicaments 9-le maintien de l'autonomie et la prévention des effets de l'immobilisation</p> <p>Notamment en poursuivant les objectifs suivants :</p> <p>-L'organisme dispose d'un processus pour sélectionner les lignes directrices fondées sur des données probantes qui se rapportent à ses services de soins de longue durée (Norme SLD 16.1 Agrément Canada).</p> <p>-Le personnel d'encadrement de l'organisme favorise et appuie le recours systématique à des processus et à des protocoles normalisés ou aux guides des meilleures pratiques pour réduire les variations entre les services et les soins, s'il y a lieu (Norme Leadership 3.8)</p>		X		Le programme clinique cadre en SLD est élaboré et en cours d'implantation, il comprend neuf (9) processus de soins (nombre de processus cliniques).	2013-2014	DH	
						Un comité de développement du programme clinique cadre en SLD est en place pour l'identification des processus de soins basés sur les meilleures pratiques et l'utilisation des données probantes (procès-verbaux et nombre de rencontres).	2013	DH
						Un forum des infirmières (ASI) est en place pour intégrer les processus du programme clinique cadre en SLD (procès-verbaux et nombre de rencontres).	2013	DH
						Un forum interdisciplinaire est en place pour intégrer les processus du programme clinique cadre en SLD (procès-verbaux et nombre de rencontres).	2013	DH
						Le processus 1 (prévention des chutes) du programme clinique cadre est implanté en hébergement.	2013	DH
						Le processus clinique 2 (mesures de contrôle) du programme clinique cadre est implanté en hébergement.	2013	DH
						Le processus 6 (troubles de comportements) est en cours de rédaction en 2013, implantation à faire en 2013-2014.	2014	DH
						Le processus 3 (plaies de pression) est à implanter d'ici mars 2014.	2013	DH
						Le processus 4 (prévention et gestion de la douleur) est à implanter d'ici mars 2014.	2013	DH
						Les processus 5 (alimentation et gestion de la dysphagie), 7 (soins de fin de vie) et 8 (gestion des médicaments) sont à développer et implanter en 2014-2015.	2014	DH

Numéro - Projet(s) de travail identifié(s) (objectifs)	Résultats prévus	A	PA	NA	Indicateurs	Cibles	Direction responsable
Orientation : 2.2 Procéder à une révision de la programmation clinique afin de mieux répondre aux besoins de la population							
2.2.1 Actualisation d'un programme-cadre en soutien à la consolidation et à l'harmonisation des approches cliniques au sein du CSSS (suite)	Soutenir le développement, le soutien et l'évaluation du programme clinique cadre en soins de longue durée et l'amélioration continue de la qualité des soins et services en hébergement par la mise en place du programme de développement clinique en hébergement. Notamment en poursuivant les objectifs suivant : -L'équipe assure le suivi des mesures de processus et de résultats relatifs aux services de soins de longue durée (Norme 18.1 SLD d'Agrément Canada). - L'équipe utilise l'information recueillie concernant la qualité de ses services pour déterminer les réussites et les points à améliorer et elle apporte des améliorations au bon moment (Norme 18.4, SLD) -Le personnel d'encadrement de l'organisme favorise l'apprentissage à partir des résultats de l'amélioration de la qualité et de la prise de décisions fondées sur la recherche et les données probantes; il favorise également l'expérience des usagers et l'amélioration continue de la qualité (Norme Leadership 3.7). -Le personnel d'encadrement de l'organisme suit un processus défini pour sélectionner et surveiller les processus et les mesures de résultats à l'échelle de l'organisme dans le but d'évaluer le rendement de l'organisme d'un point de vue stratégique (Norme Leadership 16.2) .		X		L'équipe du développement clinique en SLD est mise en place avec la Coordinatrice au développement clinique en hébergement en août 2013. Trois (3) postes d'infirmières cliniciennes s'ajouteront pour compléter l'organigramme du programme de développement clinique en hébergement (Plan d'organisation de la DH).	2013	DH
			X		Un poste de coordinatrice au développement clinique en hébergement est affiché (poste affiché et titulaire en place).	2013	DH
			X		Un premier poste d'infirmière clinicienne au développement clinique en hébergement est en place (poste affiché et titulaire en place).	2013	DH
			X		Un deuxième poste d'infirmière clinicienne au développement clinique en hébergement est en place. (affiché le 7 août 2013) (poste affiché et titulaire en place).	2013	DH
			X		Un troisième poste d'infirmière clinicienne au développement clinique en hébergement est en place (poste affiché et titulaire en place).	2014	DH
			X		Un tableau de bord des activités de mesure de la qualité est élaboré.	2013	DH
			X		Des activités de mesure de la qualité sont faites pour les processus cliniques 1 (prévention des chutes) et 2 (mesures de contrôle) et la distribution des médicaments (SARDM). (nombre d'audits de qualité).	2013	DH
			X		Les résultats des activités de mesure de la qualité sont présentés au Forum des ASI et au Forum interdisciplinaire lors des rencontres (procès-verbaux des forums).	2013	DH

Numéro - Projet(s) de travail identifié(s) (objectifs)	Résultats prévus	A	PA	NA	Indicateurs	Cibles	Direction responsable		
2.2.1 Actualisation d'un programme-cadre en soutien à la consolidation et à l'harmonisation des approches cliniques au sein du CSSS (suite)			X		Des activités de soutien clinique sont tenues (nombre d'activités de soutien et nombre de personnes visées).	2013	DH		
			X		Des activités de formation sont tenues (nombre d'activités de formations et nombre de personnes formées).	2013	DH		
			X		Un portfolio est élaboré et tenu à jour pour les infirmières, infirmières auxiliaires, membres de l'équipe interdisciplinaire et PAB de la direction de l'hébergement. Le portfolio comprend les auto-évaluations, les formations reçues, le soutien clinique individuel reçu, les évaluations de compétences.	2014	DH		
			X		Des examens cliniques objectifs et structurés (ECOS) sont élaborés et appliqués pour les infirmières, infirmières auxiliaires, membres de l'équipe interdisciplinaire et PAB de la direction de l'hébergement (nombre d'ECOS appliqués et nombre de personnes évaluées).	2014	DH		
			X		Un laboratoire de soins infirmiers est mis en place au Centre d'hébergement des Quatre-Temps (nombre d'activités de laboratoire).	2014	DH		
	Réaliser un projet de réorganisation du travail en soutien à l'implantation du programme clinique cadre en SLD : Projet visant l'organisation du travail du personnel salarié oeuvrant auprès des bénéficiaires en CHSLD (projet no. 53-CHSLD-POT) réalisé de septembre 2013 à septembre 2014 (voir document MSSS). Le projet du CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel vise à identifier et mettre en œuvre des stratégies novatrices quant à l'organisation du travail et le développement des compétences de nos PAB pour mieux répondre aux besoins de notre clientèle par l'application du nouveau programme clinique cadre en SLD. Les composantes du processus 9 du programme clinique cadre en SLD qui seront implantées auprès de nos PAB et intégrées dans la démarche de valorisation des rôles, développement des compé-		X			Le processus 9 du programme clinique cadre en SLD destiné aux PAB est identifié : Maintien de l'autonomie et prévention des effets de l'immobilisation (nombre de processus élaborés).	2013-2014	DH	
			X			Le processus sera implanté dans le cadre du projet au CH des Quatre-Temps de septembre 2013 à septembre 2014 (voir document MSSS).	2013-2014	DH	

Numéro - Projet(s) de travail identifié(s) (objectifs)	Résultats prévus	A	PA	NA	Indicateurs	Cibles	Direction responsable	
	tences, contrôle de la qualité, formation et soutien clinique toucheront notamment la prévention des chutes, les mesures de contrôle, la mobilisation des usagers et l'alimentation.							
2.2.1 Actualisation d'un programme-cadre en soutien à la consolidation et à l'harmonisation des approches cliniques au sein du CSSS (suite)	Réaliser un projet de réorganisation du travail en soutien à l'implantation du programme clinique cadre en SLD : Projet RSIPA-Iso-Smaf : Projet d'organisation du travail en hébergement dans lequel le résident est un partenaire actif. réalisé de septembre 2013 à septembre 2014(voir document MSSS). Le projet vise notamment à mieux évaluer la clientèle et ses besoins pour mieux planifier ses services.		X		Projet permettant de mieux évaluer les besoins du résident pour mieux planifier ses soins (nombre de personnes formées et nombre d'évaluations faites). (nombre d'évaluations faites)	2013-2014	DH	
	Assurer la gestion des troubles de comportements et agressions entre les résidents à l'unité prothétique (événements sentinelles)	Réalisation d'un audit de qualité au secteur prothétique de Quatre-Temps 4 Sud du 18 janvier au 15 février 2013.		X			2013	DH
		Le programme de gestion des déficits cognitifs et Syndrome Comportementaux et Psychologiques de la Démence (SCPD) est élaboré.		X			2013-2014	DH
		Le processus 6 sur les troubles de comportements du programme clinique cadre en SLD est en cours de rédaction.		X			2013-2014	DH
		Le personnel de la DH est formé (infirmières, infirmières auxiliaires, PAB, membres de l'équipe interdisciplinaire).		X			2013-2014	DH
		Un forum des infirmières (ASI) est en place pour intégrer les processus du programme clinique cadre en SLD. Cinq (5) rencontres tenues en 2012-2013. En continu.		X			2013-2014	DH

Numéro - Projet(s) de travail identifié(s) (objectifs)	Résultats prévus	A	PA	NA	Indicateurs	Cibles	Direction responsable
2.2.1 Actualisation d'un programme-cadre en soutien à la consolidation et à l'harmonisation des approches cliniques au sein du CSSS (suite)			X		Un forum interdisciplinaire est en place pour intégrer les processus du programme clinique cadre en SLD. Cinq (5) rencontres tenues en 2012-2013. En continu.	2013-2014	DH
			X		Des activités de mesure de la qualité sont réalisées sur l'application du processus No 6.	2013-2014	DH
			X		Des audits de qualité sur l'application du processus sur les troubles de comportement sont réalisés par l'infirmière clinicienne et les résultats sont présentés et discutés au Forum des ASI et/ou au Forum interdisciplinaire.	2013-2014	DH
			X		Des activités de soutien clinique sont dispensées aux membres de l'équipe de soins.	2013-2014	DH
	La politique et procédure en interdisciplinarité en hébergement est révisée.	X			Élaboration de la politique et procédure en interdisciplinarité en hébergement.	2013	DH
					Mise en place d'une fonction de coordination professionnelle en hébergement.	2013	DH
					Réalisation d'activités de mesure de la qualité du processus interdisciplinaire en hébergement.	2013-2014	DH
					Suivi des résultats des activités de mesure de la qualité au forum interdisciplinaire en hébergement.	2013-2014	DH

Enjeu : 3 – La continuité des services pour les clientèles vulnérables – L’arrimage entre l’établissement et ses partenaires est consolidé de façon à assurer aux clientèles vulnérables un accès pertinent et fluide à des services spécialisés

Numéro - Projet(s) de travail identifié(s) (objectifs)	Résultats prévus	A	PA	NA	Indicateurs	Cibles	Direction responsable
Orientation : 3.1 Améliorer la prise en charge et le suivi des clientèles vulnérables du territoire							
3.1.1 Consolider et actualiser la fonction de coordination des services	Des outils de coordination cliniques sont sélectionnés (PI, PII)				Former les intervenants à l'utilisation des PI-PII et PSI.	100% des clients SAPA ont un plan d'intervention en avril 2015	DSPPA
	Des politiques et procédures relatives à l'application des outils sont définies	X			Politique relative à l'élaboration des plans d'intervention (PI) et des plans d'intervention interdisciplinaires (PII) rédigée et diffusée dans les directions cliniques	2011 (atteint)	DSIPP
	Le personnel est formé sur l'utilisation des outils retenus de coordination des services			X	Guide pratique destiné aux intervenants révisé et diffusé. Nombre d'intervenants des deux missions formé sur l'utilisation des outils retenus de coordination des services	2014 Tous les coordonnateurs professionnels	DSIPP en collaboration avec les directions cliniques
3.1.2 Déploiement de logiciels et d'approches cliniques favorisant la prise en charge intégrée des usagers et la coordination des services	RSIPA est déployé et fonctionnel		X		Déploiement de l'application en fonction du plan SPPA et DH Partiel en finalisation pour l'été 2014 en hébergement	100% des postes en hébergement accèdent à RSIPA pour décembre 2013	DSFTI
	La robotisation de la distribution des médicaments est implantée			X	Utilisation prévue en juin 2014 avec installation technique de l'équipement Phase III Retard dans l'appel d'offre régional par l'Agence de Montréal Acquisition de l'équipement planifié au PCEM	Les installations techniques et équipement installés pour juin 2014	DSFTI

Numéro - Projet(s) de travail identifié(s) (objectifs)	Résultats prévus	A	PA	NA	Indicateurs	Cibles	Direction responsable
Orientation : 3.1 Améliorer la prise en charge et le suivi des clientèles vulnérables du territoire							
3.1.2 Déploiement de logiciels et d'approches cliniques favorisant la prise en charge intégrée des usagers et la coordination des services (suite)	Le système OACIS est implanté et fonctionnel	X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> - Installation de l'authentification unique (AO refait et terminé) En attente de décision du MSSS sur clients légers - En attente de décision du MSSS sur clients légers – feu vert du MSSS pour 2014-2015 - Révision de la formation MD avec DSGSSA pilote OACIS – septembre 2013 - En attente du TCR pour entente OACIS Clinique en remplacement de Purkinje pour clinique réseau – Décision favorable communiquée en avril 2014 (2014-2015) - Plan de continuité des affaires - Partenariat HSC pour hébergement des copies de sécurité et redondance des applications critiques locales 	<p>Les 50 lecteurs physiques sont installés et 100% des médecins y accèdent</p> <p>Médecins formés par la pilote OACIS</p> <p>Le DMÉ est remplacé</p> <p>Le plan est complété et connu</p> <p>Les installations sont faites</p>	DSFTI
Orientation : 3.2 Consolider les mécanismes d'accès							
3.2.1 Consolidation de l'accueil centralisé de type AEO	Les fonctions de l'accueil centralisé de type AEO (volet santé et volet social) sont révisées, ajustées, formalisées et déployées afin d'être optimale		X		<ul style="list-style-type: none"> - Description de fonctions et du processus de travail documentés - Nombre de rencontres de suivis 	<p>Documentation écrite pour l'AEOR santé et social</p> <p>3 rencontres de suivis/an</p>	DSGSSA
3.2.2 Harmonisation et consolidation des guichets d'accès à l'échelle du CSSS (suite)	Les trajectoires-client reliées à chacun des guichets d'accès du CSSS sont harmonisées dans une perspective de réseau intégré de service		X	X	Description des trajectoires-client documentée	100% des trajectoires-clients (pour chaque guichet) sont définie, documentée et diffusée	DSGSSA DFEJSP

Numéro - Projet(s) de travail identifié(s) (objectifs)	Résultats prévus	A	PA	NA	Indicateurs	Cibles	Direction responsable
	La mise en œuvre de guichets d'accès pour toutes les clientèles du CSSS est consolidée : les processus de travail et les mécanismes de référence inter-établissements, inter-directions et inter-programmes sont clarifiés et optimisés		X	X	- Description des guichets d'accès documentée - Procédures clarifiées	100% des guichets d'accès ont une description définie de leur mandat et leurs processus de travail 100% des procédures de références sont clarifiées et documentées 3 rencontres/an	DSGSSA DJEJSP
Orientation : 3.3 Poursuivre le développement de la médecine familiale							
3.3.1 Consolidation du guichet d'accès pour la clientèle orpheline	Le nombre de résidents du territoire du CSSS ayant un médecin de famille a augmenté suite à l'accentuation et à la poursuite du travail des coordonnateurs médicaux		X		Pourcentage de résidents qui ont un médecin de famille.	Augmentation	DRMG / DSP
Orientation : 3.3 Poursuivre le développement de la médecine familiale							
3.3.3 Consolidation des modèles d'organisation des services médicaux de 1^{ère} ligne favorables axés sur une approche multidisciplinaire et sur les besoins des clientèles vulnérables	Le potentiel d'une clinique-réseau et de cliniques médicales du territoire à devenir GMF est évalué.		X		Discussion avec les responsables médicaux concernés et signature des contrats de GMF.	La formation de deux GMF supplémentaires est visée pour le territoire	DRMG / DSP

Enjeu 4 - Les ressources humaines : L'établissement dispose d'équipes de travail qualifiées, stables et composées de ressources suffisantes pour répondre aux besoins de services de la population

Numéro - Projet(s) de travail identifié(s) (objectifs)	Résultats prévus	A	PA	NA	Indicateurs	Cibles	Direction responsable
Orientation : 4.1 Définir et planifier els besoins évolutifs en effectifs pour l'ensemble du CSSS							
4.1.2 Poursuivre les projets de réorganisation du travail	Les rôles et structures de postes des infirmières, des professionnels et des techniciens sont révisés en fonction des lois 90 et 21 afin de favoriser une utilisation et un partage optimal des compétences	X			Révision des structures de postes en fonction des lois 90 et 21	100% des structures de postes révisés	DRH
	Les infirmières auxiliaires sont embauchées et intégrées dans différents programmes en CLSC (SAD, FEJ, services généraux, prélèvements)	X			Intégration des infirmières auxiliaires dans les programmes en CLSC	100% des programmes ont intégré des infirmières auxiliaires	DRH
	Les activités d'exception pouvant être assumées par les ASSS sont évaluées et les ASSS sont formées en conséquence	X			Évaluation des activités d'exception et formation des ASSS	100% des ASSS sont formés en fonction de l'évaluation des activités d'exception	DRH
	Les heures des employés occasionnels sont converties en postes et les équipes volantes sont utilisées de façon optimale selon les titres d'emploi et en fonction des ressources budgétaires disponibles	X			Nombre d'exercices de conversion des heures	Exercice de conversion fait annuellement avec CSN et FIQ	DRH
	Réaliser un projet de réorganisation du travail en soutien à l'implantation du programme clinique cadre en SLD : Projet visant l'organisation du travail du personnel salarié oeuvrant auprès des bénéficiaires en CHSLD (projet no. 53-CHSLD-POT) réalisé de septembre 2013 à septembre 2014 (voir document MSSS). Le projet vise notamment à mieux évaluer la clientèle et ses besoins pour mieux planifier ses services.			X		Le processus 9 du programme clinique cadre en SLD destiné aux PAB est identifié : Maintien de l'autonomie et prévention des effets de l'immobilisation. Le processus sera implanté dans le cadre du projet au CH des Quatre-Temps de septembre 2013 à septembre 2014 (voir document MSSS).	2013-2014 2013-2014

Numéro - Projet(s) de travail identifié(s) (objectifs)	Résultats prévus	A	PA	NA	Indicateurs	Cibles	Direction responsable
4.1.2 Poursuivre les projets de réorganisation du travail (suite)	Réaliser un projet de réorganisation du travail en soutien à l'implantation du programme clinique cadre en SLD :Projet RSIPA-Iso-Smaf : Projet d'organisation du travail en hébergement dans lequel le résident est un partenaire actif. réalisé de septembre 2013 à septembre 2014(voir document MSSS).		X		Projet permettant de mieux évaluer les besoins du résident pour mieux planifier ses soins. Chaque client a un profil Iso-Smaf fait.	Nombre de clients évalués avec le profil Iso-Smaf	DH
Orientation : 4.2 Soutenir les gestionnaires dans l'exercice de leurs fonctions							
4.2.1 Consolidation des habiletés et outils de gestion des gestionnaires	Le rôle des cadres de premier niveau est révisé aux plans de : <ul style="list-style-type: none"> La gestion des équipes et des personnes La gestion de la qualité et des résultats La gestion des communications La gestion des ressources matérielles, financières et informationnelles La gestion du changement La gestion de soi 		X		Révision et application du rôle attendu des cadres de premier niveau	Le rôle est revu et appliqué	DRH
	Un outil de gestion des conventions collectives à l'intention des gestionnaires est développé et déployé		X		Développement d'un outil	Un outil est développé	DRH
4.2.2 Actualisation de l'évaluation et de la formation continue des gestionnaires	Le processus d'appréciation annuelle de la contribution des gestionnaires est consolidé		X		Nombre de gestionnaires ayant eu annuellement une appréciation annuelle de la contribution	100% des gestionnaires	DRH
	Les besoins individuels de formation des cadres sont évalués annuellement dans le cadre du programme d'appréciation de la contribution			X	Évaluation annuelles des besoins de formation	100% des gestionnaires ont une évaluation	DRH

Numéro - Projet(s) de travail identifié(s) (objectifs)	Résultats prévus	A	PA	NA	Indicateurs	Cibles	Direction responsable
Orientation : 4.3 Soutenir le développement des compétences et la reconnaissance des réalisations et du bon travail							
4.3.1 Développement de la sensibilisation et des capacités d'intégration des employés au contexte pluriculturel du CSSS	Des documents explicatifs à l'intention des employés et des gestionnaires portant sur les principales réalités culturelles du territoire du CSSS sont diffusés	X			Programme cadre clinique sur l'intervention interculturelle adopté et diffusé Guides ethnoculturelles disponibles sur le site intranet du CSSS	2013 (révision en cours) 2014	DSIPP, DRH et DFEJ-SP
	Une politique relative à la gestion de la diversité culturelle est élaborée, adoptée et diffusée	X			Politique relative à la gestion de la diversité culturelle adoptée et diffusée	2013 (révision – atteint)	DSIPP, DRH et DFEJ-SP
4.3.2 Élaboration d'un plan de développement des ressources humaines cohérent avec les priorités organisationnelles et les objectifs de développement individuels	Un comité dédié à l'élaboration du PDRH est constitué	X			Implantation d'un comité pour chaque syndicat et association	Chaque syndicats et association ont un comité PDRH	DRH
	Le PDRH est élaboré, adopté et diffusé		X		Élaboration, adoption et diffusion du PDRH	Élaboration, adoption et diffusion du PDRH annuellement	DRH
	Les 5 principaux volets du PDRH sont développés : <ul style="list-style-type: none"> • Accueil/orientation • Formation • Développement des compétences • Reconnaissance et fidélisation 		X		Nombre de volets développés	2 volets par année sont développés	DRH
4.3.3 Consolidation des mécanismes visant à apprécier la contribution du personnel et à reconnaître l'excellence	Un plan d'implantation de la politique est élaboré et déployé		X		Élaboration et déploiement d'un plan d'implantation	Un plan est élaboré et déployé	DRH
4.3.4 Consolidation de l'encadrement professionnel des intervenants cliniques	Des mécanismes adaptés de soutien à l'intégration des nouveaux intervenants cliniques sont conçus et déployés	X			Programme d'accueil-intégration de la DSIPP appliqué tel que conçu Préceptorat pour les infirmières et les infirmières auxiliaires des deux missions du CSSS appliqué selon le programme / budget octroyé par le MSSS	2014 Depuis 2010, en continu	DSIPP

Numéro - Projet(s) de travail identifié(s) (objectifs)	Résultats prévus	A	PA	NA	Indicateurs	Cibles	Direction responsable
Orientation : 4.3 Soutenir le développement des compétences et la reconnaissance des réalisations et du bon travail							
4.3.4 Consolidation de l'encadrement professionnel des intervenants cliniques (suite)	Des formations cliniques particulières sont déterminées et mises en place	X	X		Programme de formation annuelle réalisé tel que prévu	En continu	DRH en collaboration avec la DSIPP
	Des modalités d'encadrement professionnel des intervenants cliniques sont élaborées et mis en place dans toutes les directions services	X	X		Modalités d'encadrement professionnel des intervenants cliniques ayant moins que deux ans d'expérience dans leur profession mis en place dans chaque direction clinique	2014	DSIPP en collaboration avec la DRH
Orientation : 4.4 Mettre en place des initiatives novatrices de recrutement et de rétention							
4.4.1 Actualisation d'une stratégie de recrutement	Des stratégies et des outils sont développés pour promouvoir le CSSS et son territoire comme milieu de travail attrayant et unique		X		Développement de stratégies et d'outils de recrutement	Augmentation de 10% de nom	DRH
4.4.2 Consolidation de l'École de formation professionnelle du CSSS	Les stages au CSSS sont davantage représentatifs de la réalité du milieu de travail		X		Amélioration du taux de réussite de la probation des PAB	Augmentation de 15% du taux de réussite	DRH
	Le processus d'intégration et d'encadrement des nouveaux préposés sont revus et bonifiés		X		Amélioration du taux de réussite de la probation des PAB	Augmentation de 15% du taux de réussite	DRH
4.4.3 Renforcement des programmes de stages	Des mécanismes sont développés pour favoriser l'arrimage entre les besoins de stages des établissements d'enseignement et les programmes de stages du CSSS		X		Augmentation du nombre de stage dans l'établissement	Augmenter de 15% le nombre de stagiaire d'ici 2015	DRH
	Des processus sont établis afin d'assurer une révision périodique du nombre et de la pertinence des stages offerts en fonction des besoins évolutifs spécifiques du CSSS par titre d'emploi		X		Développement d'un processus de révision	Avoir développé un processus	DRH
4.4.3 Renforcement des programmes de stages (suite)	La capacité d'accueil de stagiaires du CSSS dans les secteurs en pénurie est accrue		X		Augmentation	?	DRH

Numéro - Projet(s) de travail identifié(s) (objectifs)	Résultats prévus	A	PA	NA	Indicateurs	Cibles	Direction responsable
	Le processus d'accueil, d'intégration aux équipes de travail et d'encadrement des stagiaires est amélioré, notamment dans les secteurs de soutien et de bureau de la catégorie 3				Développement d'une politique d'accueil et d'intégration des stagiaires pour la catégorie 3	Adopter et appliquer une politique	DRH
	Des moyens sont conçus et déployés pour diffuser les possibilités de stages au CSSS		X		Diffusion des possibilités de stages sur le site web et dans les écoles, CEGEPS et universités	100% des stages sont diffusés	DRH
4.4.4 Actualisation d'une stratégie de rétention du CSSS comme milieu de travail	Des stratégies de rétention sont énoncées et recommandées au comité de direction dans tous les secteurs d'emploi		X		Développement et adoption de stratégies	Augmenter le taux de rétention après 5 ans de 5%	DRH
	Les stratégies de rétention sont mise en oeuvre		X			Augmenter le taux de rétention après 5 ans de 5%	
	Des projets sont élaborés en vue de favoriser le bien-être au travail et le sentiment d'appartenance au CSSS : <ul style="list-style-type: none"> • Garderie • Conciliation famille-travail • Négociations locales • Prix reconnaissance • Activités physiques intégrées 		X		Nombre de projets élaborés ou consolidés	Développer ou consolider un projet par année	DRH

Enjeu 5 : La dynamique de gestion - La dynamique de gestion favorise la complémentarité des rôles et responsabilités entre les directions de l'établissement, l'harmonisation de leurs services et la collaboration interdirectionnelle

Numéro - Projet(s) de travail identifié(s) (objectifs)	Résultats prévus	A	PA	NA	Indicateurs	Cibles	Direction responsable
Orientation : 5.1 Clarifier et, le cas échéant, ajuster la structure organisationnelle dans une optique d'efficacité organisationnelle							
5.1.1 Consolidation de la structure organisationnelle	Le mandat, l'autorité et les rôles et responsabilités des directeurs responsables des programmes services sont précisés				Pourcentage de direction ayant revu leur mandat.	100% des directions	Direction générale
Orientation : 5.2 Assurer la cohérence entre la mission, vision et valeurs et les décisions et pratiques de gestion							
5.2.1 Amélioration de la performance organisationnelle	Le CSSS réalise des analyses de performance financière et organisationnelle	X			Gestionnaires ont reçu la formation et les modules sont opérationnels et utilisés	100% pilotes et archivistes formés en décembre 2013 100% des gestionnaires formés au 31 mars 2014	DSFTI
		X			Mise en place d'un comité d'amélioration de la performance	Le mandat et composition du comité livrés pour octobre 2013	
	Des projets d'optimisation sont identifiés et priorisés par chaque direction clinique et de soutien sur la base des résultats des analyses de performance	X			Monitoring des dossiers existants : SAD, numérisation, hygiène, approvisionnements	Les résultats sont consignés dans Gestred	DSFTI
		X			Participation aux projets régionaux pôle 1 - approvisionnements, services financiers, pharmacie, services alimentaires	Les recommandations des comités sont actualisées	
Orientation : 5.3 Favoriser une culture d'amélioration de la qualité							
5.3.1 Développement d'outils de mesures des résultats	Un processus de validation continue de la qualité des données opérationnelles du CSSS est mis en place par la DSFTI	X X X			- Le comité qualité avec la DSGSSA est actif - Les audits de données sont effectués - Les données sont cohérentes avec activités et cadres normatifs	Les données 2013-2014 sont épurées les relations des données opérationnelles et financières sont cohérentes	DSFTI/DSGSSA

Numéro - Projet(s) de travail identifié(s) (objectifs)	Résultats prévus	A	PA	NA	Indicateurs	Cibles	Direction responsable
Orientation : 5.3 Favoriser une culture d'amélioration de la qualité							
5.3.1 Développement d'outils de mesures des résultats (suite)	Chaque direction a identifié des indicateurs clés dans la perspective de développer un tableau de bord de gestion		X		Les indicateurs sont répertoriés dans les outils de suivi de performance (Mediamed). Avec la planification stratégique pour été 2014.	Indicateurs et rapports intégrés selon rythme des formations selon 5.2.1	DSFTI
	Réaliser des activités de mesure de la qualité en hébergement en collaboration avec la direction de la qualité (DQ) dans le respect des orientations du Programme cadre clinique (PCC) du CSSS-SLSM.		X		Dans le cadre du programme clinique cadre en soins de longue durée et le programme de développement clinique en hébergement, harmoniser les pratiques des activités de mesure de la qualité et la diffusion de résultats.	2013-2014	DH
	Les tableaux de bord de gestion (TBG) des directions sont informatisés	X			Tableaux de bord CA et comité de direction – nouveau format mis en production – Validation à faire par un sous-comité du CA	Opérationnel en mars 2014	DSFTI
5.3.2 Consolidation du processus de gestion intégrée de la qualité	Un programme cadre de gestion intégrée de la qualité est produit et diffusé				Programme cadre adopté et diffusé.		DQ
	Des activités d'amélioration de la qualité sont planifiées et communiquées à toutes les personnes concernées				Plan d'action élaboré.	100% des actions réalisées	DQ
5.3.3 Mise en place du programme de gestion des risques intégrés	Un programme cadre de gestion des risques est élaboré et diffusé				Programme cadre adopté et diffusé.	2014	DQ

Enjeu 6 : Les communications – La mise en place des orientations du CSSS est appuyée par une gestion stratégique de la communication axée sur l'information et la mobilisation de l'ensemble des publics interne et externe

Numéro - Projet(s) de travail identifié(s) (objectifs)	Résultats prévus	A	PA	NA	Indicateurs	Cibles	Direction responsable
Orientation : 6.1 Mieux planifier les communications							
6.1.2 Réalisation de stratégies de communication pour tout projet organisationnel important	Les directions mettent en œuvre des stratégies de communication élaborées par le service des communications en lien avec les projets cliniques et autres projets du plan d'action 2010-2013 du CSSS	X			Plan de communication ou outils élaborés pour chacun des projets organisationnels majeurs pour lesquels la contribution de l'équipe des communications est sollicitée.	100% des activités de communication prévues réalisées	Communication
Orientation : 6.2 Mieux faire connaître l'offre de services du CSSS à la population et à ses partenaires							
6.2.1 Actualisation du plan de communication de l'offre de service du CSSS aux partenaires et à la population	La notoriété et le rayonnement du CSSS sont favorisés par la visibilité d'initiatives et de bons coups.	X		X	Nombre de moyens mis en place pour faire connaître les initiatives et els bons coups. Publication des bons coups de la DSFTI à l'interne – deux dépôts de candidatures au prix AQESSS 2013-2014 – Gagnant du prix en Développement durable	Dépôt de 2 projets à des prix d'excellence Présentation de 2 projets à l'opération Bons coups de l'AQESSS	Toutes les directions et Communication
	Le site Internet du CSSS sera modernisé au moyen d'une nouvelle grille graphique et d'une nouvelle organisation de l'information.	X			Transfert du contenu informationnel dans la nouvelle architecture du site.	Site complété au début 2014	Communication
	L'offre de service et les modifications à cette offre sont diffusées à la population et aux partenaires.	X			Création de sections réservées à l'usage du conseil d'administration et de différents partenaires. Nombre de moyens mis en place ou maintenus permettant la diffusion de l'offre de service.	Publicité : au moins 2 placements média/an Communiqués et entrevues : 4/an Nouvelles brèves : 5 parutions/an CA en bref : une parution à la suite de chaque séance. Écrans numériques : 30 nouveaux messages/an Rapport annuel et tous les bulletins déposés dans l'Internet	Communication

Numéro - Projet(s) de travail identifié(s) (objectifs)	Résultats prévus	A	PA	NA	Indicateurs	Cibles	Direction responsable
6.2.1 Actualisation du plan de communication de l'offre de service du CSSS aux partenaires et à la population (suite)	Le CSSS participe à différents événements organisés sur le territoire pour faire connaître les services à la population et il organise des rencontres avec ses partenaires.		X		<p>Collaboration avec les partenaires pour mieux informer les communautés culturelles des services offerts par le CSSS et les organismes.</p> <p>Nombre de participations à des événements organisés dans le territoire.</p> <p>Nombre d'événements et de rencontres organisés par le CSSS pour informer ses partenaires.</p>	<p>Réalisation d'une brochure décrivant les services donnés sur le territoire de Saint-Michel aux jeunes familles nouvellement immigrées.</p> <p>Participation du CSSS à au moins 5 événements/an</p> <p>Organisation d'au moins 3 événements/an</p>	<p>FEJSP et Communication</p> <p>Directions programmes services et Communication</p>