

Planification stratégique 2010-2015

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

Décembre 2009

Glossaire

CHSLD	Centre d'hébergement et de soins longue durée
CLSC	Centre local de services communautaires
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CII	Conseil des infirmiers et infirmières
CM	Conseil multidisciplinaire
CR	Clinique réseau
CSSSSL-SM	CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel
DI	Déficiência intellectuelle
DMS	Durée moyenne de séjour
DRMG	Département régional de médecine générale
ETP	Équivalent temps plein
GMF	Groupe de médecine de famille
JED	Jeunes en difficulté
Med-Écho	Base de données médico-administratives touchant chaque séjour dans un centre hospitalier de soins de courte durée et chaque chirurgie d'un jour
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NIRRU	Niveau d'intensité relative des ressources utilisées (mesure de la lourdeur des clientèles hospitalières)
PEM	Plan d'effectifs médicaux
PII	Plan d'intervention individuel
PIII	Plan d'intervention individuel et intersectoriel
PREM	Plan régional des effectifs médicaux
RCGT	Raymond Chabot Grant Thornton
RLS	Réseau local de services
TED	Trouble envahissant du développement

Table des matières

Section	Page
1. La démarche de planification stratégique	4
2. Le portrait de la population et des services	6
3. Les orientations du Ministère et de l'Agence	16
4. La mission, la vision et les valeurs	19
5. Les orientations et stratégies d'action	21
6. Les conditions de succès	31

Section 1

La démarche de planification stratégique

1.	La démarche de planification stratégique
2.	Le portrait de la population et des services
3.	Les orientations du Ministère et de l'Agence
4.	La mission, la vision et les valeurs
5.	Les orientations et stratégies d'action
6.	Les conditions de succès

Contexte

- Depuis la création du Centre de santé et de services sociaux de Saint-Léonard et Saint-Michel (CSSSSL-SM), plusieurs exercices de réflexion ont été menés afin d'adapter l'offre de services aux besoins de la population du territoire, notamment le plan d'organisation du CSSSSL-SM, les projets cliniques, un plan directeur des communications et un plan directeur de gestion de changement pour la période 2006-2009. Par ailleurs, l'établissement a reçu en 2007 un agrément de trois ans. De tous ces travaux ont découlé des orientations, des priorités, des projets et des plans d'action;
- Fort de ces réflexions, le conseil d'administration du CSSSSL-SM a décidé de faire une démarche avec toutes les parties prenantes pour revisiter la mission, la vision et les valeurs de l'organisation ainsi que les orientations stratégiques qui guideront les décisions du CSSSSL-SM pour les cinq prochaines années, soit de 2010 à 2015.

Démarche

- Le CSSSSL-SM a fait appel à la firme Raymond Chabot Grant Thornton pour l'accompagner dans sa démarche de planification;
 - Celle-ci se veut participative et mobilisatrice. Elle a été planifiée de façon à favoriser l'émergence d'un consensus à l'interne comme à l'externe avec les partenaires de la communauté et du réseau quant aux orientations futures du CSSSSL-SM.
- La démarche s'est articulée autour des principales activités de consultation suivantes :
 - Avril à août 2009 : Entrevues individuelles et groupes de discussion avec des membres de la direction, des employés, des médecins, des représentants des conseils professionnels (infirmier et multidisciplinaire), des représentants de la population, des partenaires du réseau et de la communauté, et des représentants de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (ci-après « l'Agence »), au total : 17 entrevues ou groupes de discussion ont eu lieu avec la participation de 67 personnes;
 - Septembre 2009 : Lac-à-l'épaule réunissant les membres du conseil d'administration, l'équipe de direction, l'exécutif des conseils professionnels (CMDP, CII, CM), des médecins de l'établissement et du territoire ainsi que des représentants de gestionnaires, des employés et des partenaires, au total : 69 participants;
 - Octobre à novembre 2009 : Approfondissement des orientations et stratégies d'action préliminaires en séances de travail avec cinq équipes, au total : environ 60 participants.
 - La démarche a fait l'objet d'un suivi et d'une validation à différentes étapes par l'équipe de direction du CSSSSL-SM et par le comité d'orientation de la planification stratégique.

La planification stratégique 2010-2015 du CSSSSL-SM : un processus itératif, participatif et mobilisateur de l'ensemble des employés et médecins du CSSSSL-SM et de ses partenaires du réseau et de la communauté

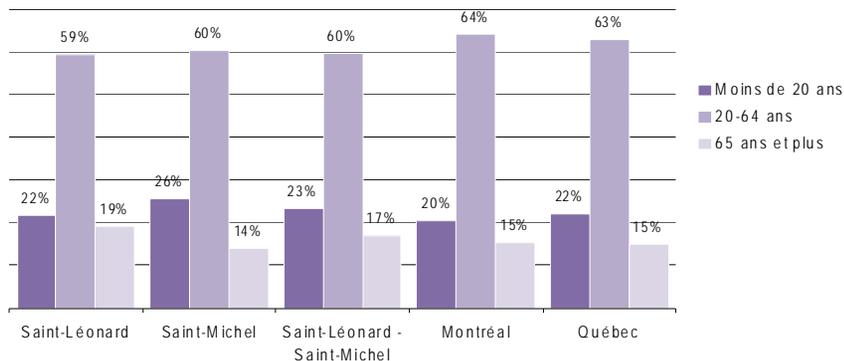
Section 2

Le portrait de la population et des services

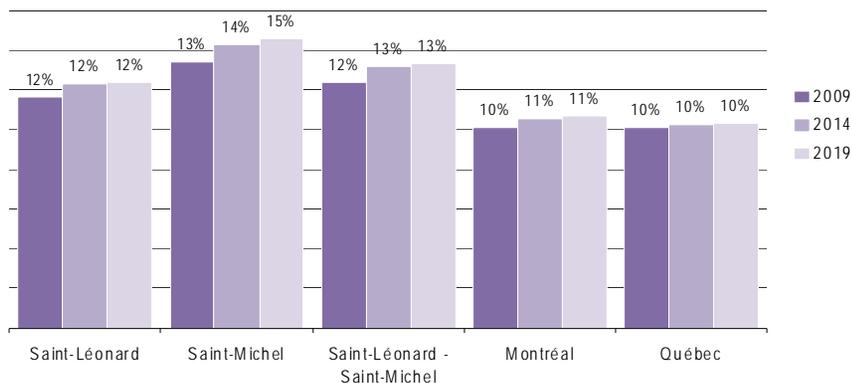
1. La démarche de planification stratégique
- 2. Le portrait de la population et des services**
3. Les orientations du Ministère et de l'Agence
4. La mission, la vision et les valeurs
5. Les orientations et stratégies d'action
6. Les conditions de succès

Profil démographique – Population par groupes d’âge

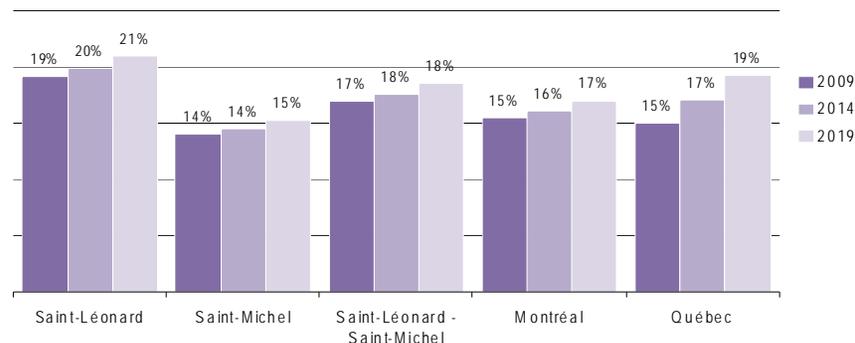
Répartition de la population – 2009



Poids démographique des jeunes de moins de 10 ans – 2009 à 2019



Poids démographique des personnes de 65 ans et plus – 2009 à 2019



- En 2009, le territoire du CSSSSL-SM compte environ 130 000 habitants et on prévoit que cette population sera relativement stable en nombre d’ici dix ans (croissance prévue de 2 %);
- 57 % de cette population vit à Saint-Léonard et 43 % à Saint-Michel;
- Globalement, le territoire du CSSSSL-SM est caractérisé par une proportion relativement élevée de personnes âgées de 65 ans et plus, et de jeunes de moins de 20 ans (ratio de dépendance démographique élevé);
- La population est plus âgée à Saint-Léonard qu’à Saint-Michel et elle continuera de vieillir plus rapidement à Saint-Léonard;
- D’ici 2019, la croissance du nombre de personnes âgées du territoire Saint-Léonard et Saint-Michel sera liée au groupe d’âge des 65-74 ans;
- Parmi les RLS de Montréal, celui de Saint-Léonard et Saint-Michel comporte la plus forte proportion de jeunes de moins de dix ans et cette proportion sera en croissance d’ici 2019, particulièrement dans Saint-Michel.

Le territoire Saint-Léonard et Saint-Michel comporte la plus forte proportion de jeunes de moins de dix ans de tous les RLS de Montréal. De plus, la proportion de personnes âgées de plus de 65 ans y est supérieure à la moyenne de la région de Montréal

Profil démographique – Indicateurs socioéconomiques et sociosanitaires

Indice de défavorisation ⁽¹⁾

- La population du territoire de Saint-Léonard et Saint-Michel est plus défavorisée que la moyenne au Québec;
- Sur le plan matériel, le territoire du CSSSSL-SM est le plus défavorisé de tous les territoires de RLS de Montréal;
- Cette défavorisation est particulièrement présente à Saint-Michel.

Autres indicateurs socioéconomiques

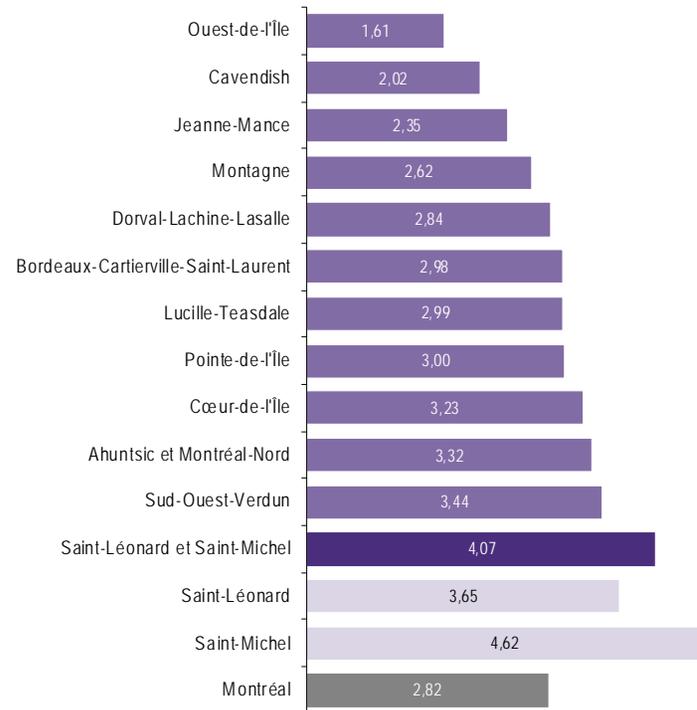
La pauvreté relative de la population du territoire se reflète également dans d'autres indicateurs du recensement 2006:

- La proportion des personnes âgées de 15 ans et plus qui n'ont pas de diplôme d'études secondaires est de 35 % à Saint-Léonard et Saint-Michel comparativement à 22 % à Montréal;
- Le taux d'emploi se situe à 52 % comparativement à 58 % à Montréal.

Indicateurs sociosanitaires

- Malgré une proportion élevée de personnes âgées et des indices de défavorisation élevés, la population semble relativement en santé (espérance de vie légèrement supérieure à la moyenne montréalaise);
- Par contre, de fortes proportions de personnes avec un surplus de poids et de personnes sédentaires laissent présager une croissance des maladies chroniques dans le futur.

Indice de défavorisation matérielle – RLS de Montréal – 2001



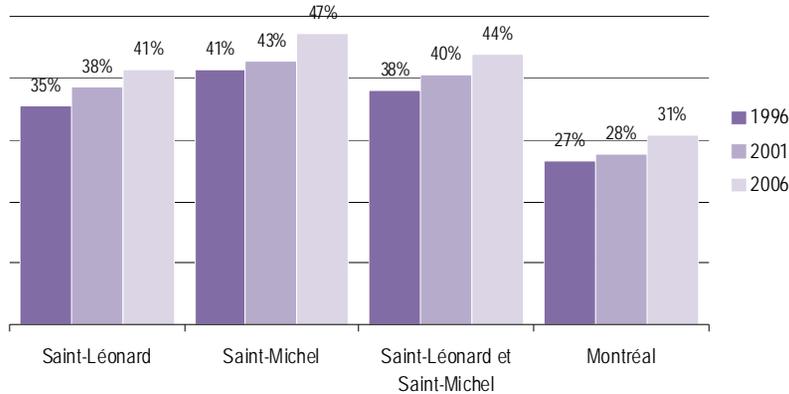
Le territoire du CSSSSL-SM est le plus défavorisé de tous les RLS de la région de Montréal sur le plan matériel. Malgré cela, la population semble relativement en santé comparativement à la population totale de Montréal

Sources : MSSS, Indice de défavorisation; Statistique Canada, recensement 2006; Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

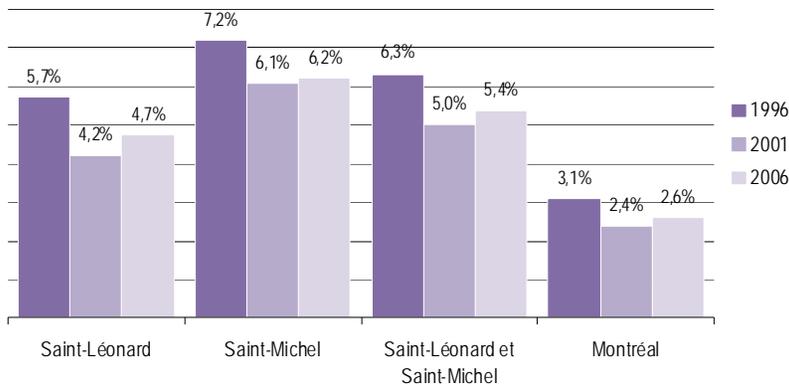
(1) L'indice de défavorisation matérielle considère les indicateurs suivants : proportion des personnes sans diplôme d'études secondaires, proportion de personnes occupant un emploi et revenu moyen.

Profil démographique – Immigration

Proportion d'immigrants



Proportion de la population sans aucune connaissance des langues officielles



Provenance des immigrants

- La proportion d'immigrants à Saint-Léonard et Saint-Michel est plus importante que dans l'ensemble de Montréal et elle est en croissance;
- Les deux territoires du CSSSSL-SM sont fortement diversifiés sur le plan de leur composition ethnique:
 - En 2006, à Saint-Léonard, les Italiens demeurent le groupe le plus nombreux (17 % de la population), suivis des Nord-Africains (6 %);
 - À Saint-Michel, les Antillais (essentiellement les Haïtiens) prédominent (12 % de la population), suivis de près par les Asiatiques (11 %), principalement ceux du sud-est de l'Asie (7 %).
- Depuis quelques années, de nouvelles tendances migratoires modifient graduellement la composition ethnique de la population:
 - Entre 2001 et 2006, il y a eu une proportion élevée de nouveaux immigrants originaires d'Afrique du Nord;
 - Les Antillais ne représentent plus que 14 % des nouveaux immigrants; ces derniers s'établissent surtout à Saint-Michel, tandis que les Nord-Africains s'établissent davantage à Saint-Léonard.

Langues parlées

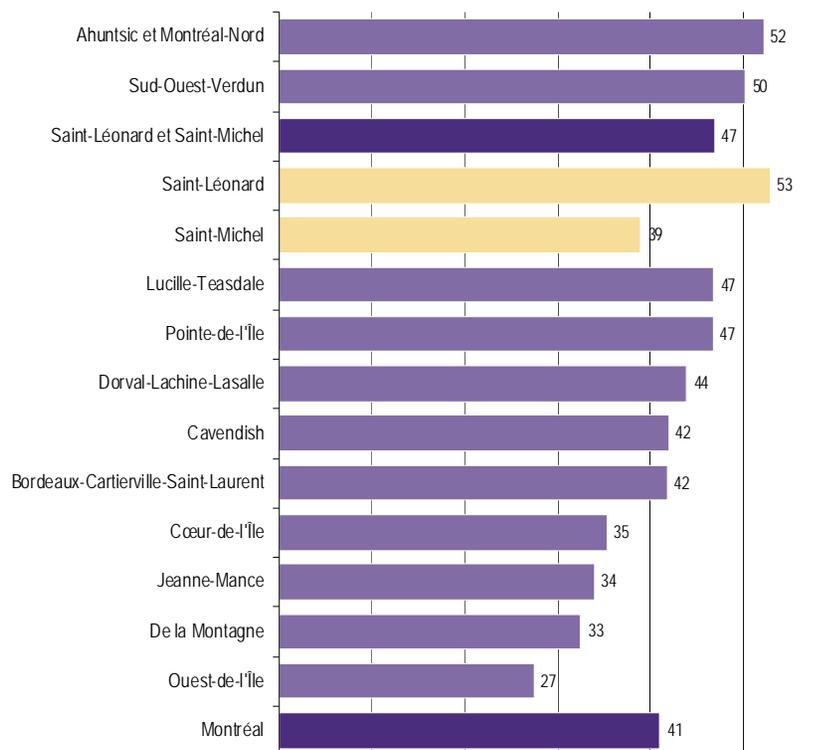
- Une proportion élevée d'allophones se retrouve à Saint-Michel (54 %) comme à Saint-Léonard (56 %), comparativement à Montréal (32 %) et dans la province de Québec (12 %);
- Alors que la proportion de la population sans aucune connaissance des langues officielles avait diminué entre 1996 et 2001, à l'échelle du territoire de Saint-Léonard et Saint-Michel, elle est légèrement en hausse depuis 2001.

Les deux territoires du CSSSSL-SM sont fortement diversifiés sur le plan de leur composition ethnique qui se modifie depuis quelques années avec de nouvelles tendances migratoires

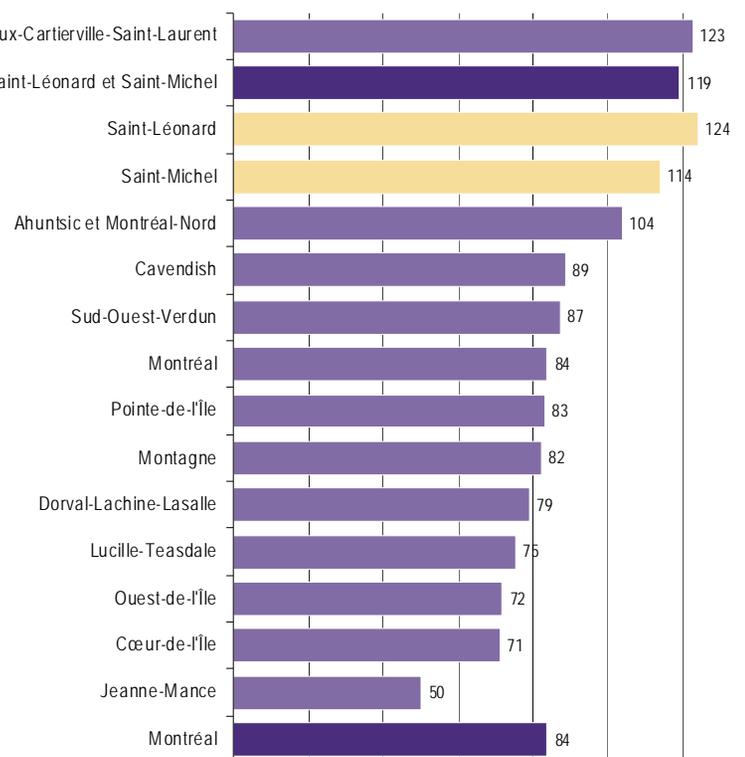
Hospitalisation – Consommation de la population

- Le taux de consommation hospitalière en médecine est plus élevé sur le territoire de Saint-Léonard et Saint-Michel (47/1 000) qu'à Montréal (41/1 000); ce taux se compare à la moyenne provinciale (46/1 000) alors que les taux d'hospitalisation en médecine sont généralement plus élevés en région;
- Le taux d'hospitalisation en obstétrique est plus élevé que la moyenne régionale (hausse de la natalité plus marquée).

Hospitalisations pour 1 000 personnes en médecine – 2006-2007



Hospitalisations pour 1 000 femmes de 20 à 39 ans – 2006-2007



Les taux d'hospitalisation de la population du RLS de Saint-Léonard et Saint-Michel sont parmi les plus élevés à Montréal en médecine et en obstétrique

Hospitalisation – Destination de la population et provenance de la clientèle de l’Hôpital Santa Cabrini

Établissements de destination de la population du territoire

- La population de Saint-Léonard et Saint-Michel est hospitalisée principalement à l’Hôpital Maisonneuve-Rosemont (22 % des hospitalisations en 2006-2007) et à l’Hôpital Santa Cabrini (18 % des hospitalisations):
 - Pour les hospitalisations en médecine et en chirurgie de niveau d’accès local (1), le principal lieu d’hospitalisation est l’Hôpital Santa Cabrini (30 % des hospitalisations; 38 % pour Saint-Léonard et 17 % pour Saint-Michel);
 - Pour les hospitalisations en médecine et en chirurgie de niveaux d’accès régional (2) et suprarégional (3), l’Hôpital Maisonneuve-Rosemont demeure le principal hôpital de référence pour les résidents des deux territoires du CSSSSL-SM.

Provenance de la clientèle hospitalisée à l’Hôpital Santa Cabrini

- En 2006-2007, 28 % de la clientèle hospitalisée de l’Hôpital Santa Cabrini provient du territoire de Saint-Léonard et Saint-Michel et 61 % provient des territoires périphériques (Pointe-de-l’Île, Lucille-Teasdale et Ahuntsic et Montréal-Nord).

L’hôpital de première instance du CSSSSL-SM, l’Hôpital Santa Cabrini, compte pour 18 % des hospitalisations de la population de Saint-Léonard et Saint-Michel. Par ailleurs, celle-ci représente 28 % de la clientèle hospitalisée de cet hôpital

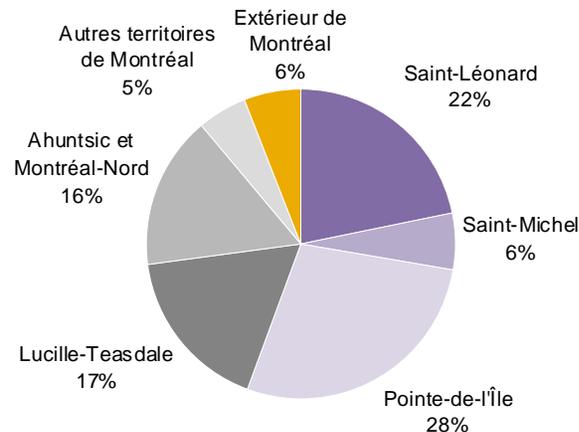
Source : MSSS, base de données APR-DRG

© 2009 Raymond Chabot Grant Thornton & Cie

Principaux établissements de destination pour l’hospitalisation (>10 % de la consommation) – 2006-2007

	Population de Saint-Léonard	Population de Saint-Michel
Chirurgie	Hôpital Maisonneuve-Rosemont (23 %) Hôpital Santa Cabrini (20 %) CUSM (13 %)	CHUM (17 %) Hôpital Maisonneuve-Rosemont (16 %) CSSS du Cœur-de-l’Île (14 %) CUSM (13 %)
Médecine	Hôpital Santa Cabrini (35 %) Hôpital Maisonneuve-Rosemont (23 %)	Hôpital Maisonneuve-Rosemont (18 %) Hôpital Santa Cabrini (15 %) CSSS du Cœur-de-l’Île (12 %)
Obstétrique	Hôpital Maisonneuve-Rosemont (28 %) CH de St. Mary (16 %) Hôpital Général Juif (13 %) CHU Sainte-Justine (12 %) CUSM (12 %) CHUM (10%)	Hôpital Maisonneuve-Rosemont (24 %) CHU Sainte-Justine (17 %) CH de St. Mary (16 %) Hôpital Général Juif (16 %) CHUM (13 %)
Psychiatrie	Hôpital Louis-H. Lafontaine (58 %) Hôpital Santa Cabrini (11 %)	Hôpital Maisonneuve-Rosemont (40 %) CSSS du Cœur-de-l’Île (17 %)

Provenance de la clientèle hospitalisée à l’Hôpital Santa Cabrini – 2006-2007



Consommation et production médicale (ETP médecins)

Consommation et production médicale, et indice d'accès – 2007

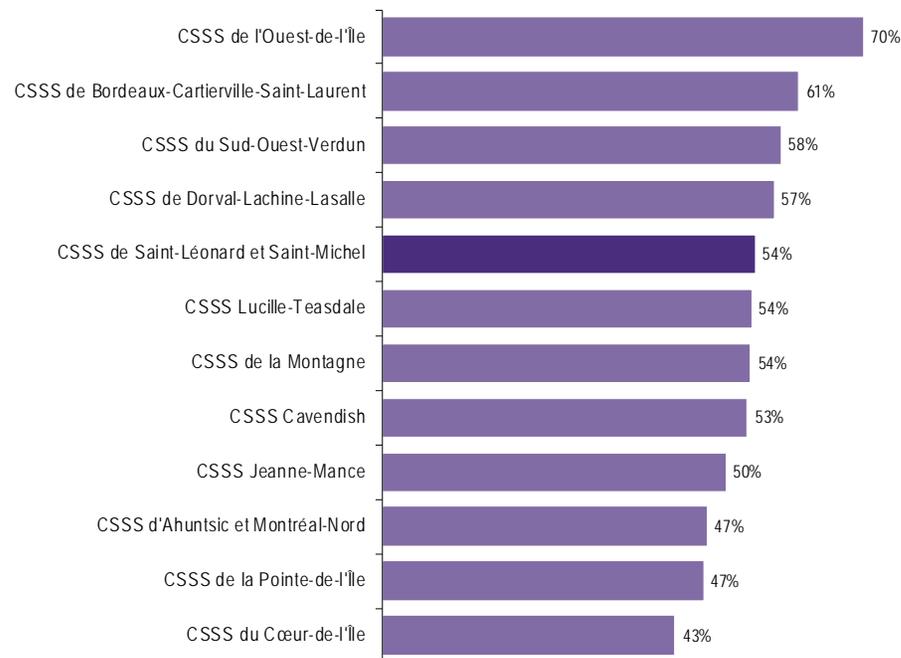
	ETP médecins			Indice d'accès (consommation réelle/consommation attendue)
	Consommation réelle de la population du territoire	Consommation attendue de la population du territoire	Production des médecins du territoire	
Saint-Léonard et Saint-Michel				
Omnipratique	121	132	97	0,91
Spécialités	149	136	55	1,10
Total	270	269	152	1,01
Montréal				
Omnipratique	1 627	1 793	1 821	0,91
Spécialités	2 222	1 938	3 191	1,15
Total	3 849	3 730	5 012	1,03

Source : MSSS, CONSUM

- Globalement, l'indice d'accès pour la population du territoire du CSSSSL-SM est comparable à la moyenne montréalaise;
- En 2007, la production médicale sur le territoire de Saint-Léonard et Saint-Michel, correspond à 135 ETP médecins en cabinet privé et 14 ETP en CLSC.

L'indice d'accès de la population du territoire du CSSSSL-SM en omnipratique est comparable à la moyenne montréalaise, même si une proportion élevée des services offerts en cabinet privés (46 %) sont consommés à l'extérieur du territoire

Taux de rétention des cabinets privés des RLS de Montréal pour l'omnipratique - 2007



- Le taux de rétention des cabinets privés du territoire de Saint-Léonard et Saint-Michel sur la consommation médicale de la population est de 54 % en omnipratique, ce qui est comparable à la moyenne des CSSS de Montréal;
- Par contre, environ 70 % de la clientèle des cabinets privés du territoire provient d'autres territoires de CSSS de la région de Montréal (50 %) et d'autres régions (20 %).

Clientèle CLSC

Taux de pénétration

- Les taux de pénétration du CSSSSL-SM sont particulièrement bas dans les programmes Jeunes en difficulté et Santé mentale;
- Le taux de pénétration du programme Perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV) dépasse la cible du Ministère, ce qui suggère un traitement prioritaire de cette clientèle au CLSC de Saint-Léonard.

Fréquence (interventions/usager)

- En plus de présenter de faibles taux de pénétration, les programmes Jeunes en difficulté et Santé mentale montrent de faibles fréquences;
- Encore une fois, la clientèle PALV est passée en priorité, avec une fréquence d'intervention supérieure à la moyenne provinciale et à la cible du MSSS.

Taux de pénétration et fréquence – 2007-2008

	Taux de pénétration (usagers pour 1 000 personnes)						Fréquence (interventions/usager)					
	Saint-Léonard	Saint-Michel	Saint-Michel	Montréal	Province	Cible MSSS	Saint-Léonard	Saint-Michel	Saint-Michel	Montréal	Province	Cible MSSS
Santé publique	122	122	122	122	152		1,4	1,6	1,5	1,5	1,5	
Services généraux	80	240	153	120	127		4,7	2,7	3,3	3,7	3,7	
Jeunes en difficulté	49	47	48	66	78	75	3,6	5,4	4,5	5,6	5,2	7,0
Santé physique	40	12	27	25	30		4,9	8,5	5,6	6,9	6,5	
Santé mentale	6	3	5	6	10	19	5,3	7,2	5,9	9,1	9,1	
Perte d'autonomie liée au vieillissement	203	152	182	165	153	160	28,0	36,0	30,7	34,1	27,5	24,0
Déficience intellectuelle et TED	2	4	3	3	3	1	11,3	9,9	10,5	9,2	9,4	12,0
Déficience physique	7	3	5	5	6	7	22,7	14,3	20,3	42,3	26,6	21,5
Dépendances	0	-	0	0	0		5,7		5,7	3,4	3,1	
Total	219	344	276	251	287		8,7	5,4	6,8	8,2	6,4	

Note : Le taux de pénétration est calculé sur 1 000 personnes de 0 à 17 ans pour le programme Jeunes en difficulté, sur 1 000 personnes de 65 ans et plus pour le programme Perte d'autonomie liée au vieillissement et sur 1 000 personnes de l'ensemble de la population pour les autres programmes et pour le total

Les taux de pénétration et les fréquences d'intervention par usager témoignent d'une faiblesse relative des programmes Jeunes en difficulté et Santé mentale

Clientèle CHSLD

Clientèle admise dans les CHSLD du CSSSSL-SM

- Au 31 mars 2008, 445 personnes sont hébergées dans les CHSLD du CSSSSL-SM;
- En majorité, il s'agit d'une clientèle PALV (97 %);
- La clientèle est relativement âgée:
 - Au 31 mars 2008, 7 % des usagers sont âgés de moins de 65 ans comparativement à 13 % dans l'ensemble des CSSS de la région de Montréal;
 - 43 % des usagers ont 85 ans ou plus contre 37 % dans l'ensemble des CSSS de Montréal.
- La durée moyenne de séjour (DMS) pour l'hébergement permanent est relativement élevée (3,2 ans comparativement à 2,8 ans pour l'ensemble des CSSS de Montréal);
- Cette DMS se reflète dans le taux de roulement (23 % pour les CHSLD du CSSSSL-SM, comparativement à 37 % pour l'ensemble des CSSS de l'Île de Montréal);
- On trouve une proportion élevée d'usagers requérant plus de 2,5 heures-soins par jour (65 % comparativement à 45 % pour l'ensemble des CSSS de Montréal, au 31 mars 2007):
 - Le CHSLD des Quatre-Temps affiche un profil de clientèle plus léger avec 51% des usagers requérant plus de 2,5 heures-soins.

Projet de places d'hébergement en ressources intermédiaires

- Afin de répondre aux besoins d'hébergement des clientèles plus légères, l'Agence a approuvé un projet de développement de 90 places en ressources non institutionnelles (RNI);
- Par ailleurs, 15 places en RNI ont été développées récemment pour les services post-hospitaliers de réadaptation et convalescence.

Usagers selon le nombre d'heures-soins requises avant l'hébergement – au 31 mars 2007

	CSSS de Saint Léonard et Saint-Michel	Centre d'héberge- ment de Saint- Michel	Centre d'héberge- ment des Quatre-Saisons	Centre d'héberge- ment des Quatre-Temps	Moyenne des CSSS de Montréal
Nombre d'usagers					
Moins de 1,5 heure-soins	52	15	1	36	116
1,5 à 2,5 heures-soins	103	28	16	59	252
Plus de 2,5 heures-soins	293	117	79	97	317
Sans détermination	-	-	-	-	24
Total	448	160	96	192	709
Répartition des usagers					
Moins de 1,5 heure-soins	12%	9%	1%	19%	16%
1,5 à 2,5 heures-soins	23%	18%	17%	31%	36%
Plus de 2,5 heures-soins	65%	73%	82%	51%	45%
Sans détermination	-	-	-	-	3%
Total	100%	100%	100%	100%	100%

Malgré une durée moyenne de séjour relativement élevée dans les CHSLD du CSSSSL-SM, on y retrouve une proportion plus importante d'usagers requérant plus de 2,5 heures-soins par jour que pour l'ensemble des CHSLD de Montréal (65 % contre 45 % pour Montréal)

Clientèle CHSLD

Hébergement en soins de longue durée de la population du territoire au 31 mars 2007

Réseau de provenance de l'usager	Usagers hébergés	Population de 65 ans et plus (2007)	Tx d'hébergement par 100 personnes de 65 ans et plus
01 -Pierrefonds et Lac Saint-Louis	629	25 498	2,47
02 -LaSalle et du Vieux Lachine	898	22 436	4,00
03 -Verdun/Côte Saint-Paul, Saint-Henri et Pointe Saint-Charles	990	19 580	5,06
04 -René-Cassin et Notre-Dame-de-Grâce/Montréal-Ouest	927	24 901	3,72
05 -Côte-des-Neiges, Métro et Parc Extension	1 182	35 434	3,34
06 -Bordeaux-Cartierville et Saint-Laurent	871	23 460	3,71
07 -Ahuntsic et Montréal-Nord	1 426	30 605	4,66
08 -La Petite Patrie et Villeray	693	14 957	4,63
09 -Des Faubourgs, Plateau Mont-Royal et Saint-Louis du Parc	1 105	16 863	6,55
10 -Saint-Léonard et Saint-Michel	657	18 989	3,46
11 -Hochelaga-Maison neuve, Olivier-Guimond et Rosemont	1 547	30 322	5,10
12 -Rivière-des-Prairies, Mercier-Est/Anjou et Pointe-aux-Trembles/Montréal-Est	1 303	27 381	4,76
Total	12 228	290 426	4,21

Proportion des usagers hébergés dans les CHSLD du CSSSSL-SM provenant du RLS Saint-Léonard et Saint-Michel au 31 mars 2007

Provenance de l'usager (réseau de résidence avant l'hébergement)	Installations CHSLD du CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel						Total	
	Centre d'hébergement de Saint-Michel		Centre d'hébergement des Quatre-Saisons		Centre d'hébergement des Quatre-Temps			
Saint-Léonard et Saint-Michel	81	51%	10	10%	38	20%	129	29%
<i>Saint-Léonard</i>	<i>50</i>	<i>31%</i>	<i>1</i>	<i>1%</i>	<i>7</i>	<i>4%</i>	<i>58</i>	<i>13%</i>
<i>Saint-Michel</i>	<i>31</i>	<i>19%</i>	<i>9</i>	<i>9%</i>	<i>31</i>	<i>16%</i>	<i>71</i>	<i>16%</i>

Notes: Incluant les usagers dans les lits de soins de longue durée et les lits financés pour le désengorgement des urgences
Sources: 1. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, CMIS

Hébergement en soins de longue durée de la population du territoire

- Le taux d'hébergement (usagers hébergés pour 100 personnes de 65 ans et plus) de la population de Saint-Léonard et Saint-Michel est inférieur à celui de l'ensemble des résidents de Montréal;
- En 2007, les trois CHSLD du CSSSSL-SM répondaient à 20 % des besoins de lits d'hébergement de la population du territoire. Près de 70 % des lits de ces CHSLD étaient occupés par des résidents d'autres territoires;
- Avec ses 448 lits d'hébergement, le CSSSSL-SM aurait la capacité de répondre à 67 % des besoins de lits d'hébergement de la population du territoire. Pour répondre à 100 % des besoins, 210 lits devraient être ajoutés, toute chose étant égale par ailleurs (âge moyen à l'admission et DMS).

Les résidents de 65 ans et plus de Saint-Léonard et Saint-Michel ont moins tendance à être hébergés en CHSLD que les résidents de l'ensemble de la région de Montréal. Par ailleurs, une proportion élevée des lits des CHSLD du CSSSSL-SM sont occupés par des résidents d'autres territoire de CSSS.

Section 3

Les orientations du Ministère et de l'Agence

1. La démarche de planification stratégique
2. Le portrait de la population et des services
- 3. Les orientations du Ministère et de l'Agence**
4. La mission, la vision et les valeurs
5. Les orientations et stratégies d'action
6. Les conditions de succès

L'environnement externe

Dans le cadre de sa planification stratégique, le CSSS doit tenir compte d'éléments externes, notamment :

Le projet de planification stratégique 2010-2015 du MSSS

Ce projet relève sept enjeux :

- L'action sur les déterminants de santé, en soutenant l'action intersectorielle en collaboration avec les secteurs d'activité les plus souvent concernés ainsi que le développement des communautés;
- La primauté des services de première ligne, notamment en assurant à tous l'accès à un médecin de famille, en améliorant le suivi des clientèles vulnérables par des équipes interdisciplinaires et en favorisant une meilleure accessibilité et qualité des services de soutien à domicile;
- L'adaptation des services de santé et des services sociaux aux besoins d'une population vieillissante, notamment en améliorant l'intégration et la coordination des services dispensés et en diversifiant l'offre de logements adaptés selon les profils de besoins des personnes;
- Un délai raisonnable pour l'accès à des services intégrés, en améliorant l'accès aux services spécialisés, en assurant une meilleure utilisation des urgences et en favorisant la continuité avec les services spécialisés auprès des clientèles spécifiques;
- L'assurance de la sécurité, de la pertinence et de l'efficacité des services, en élargissant et en accélérant le développement de standards cliniques, en soutenant des projets pilotes axés sur l'amélioration de la productivité, en améliorant la circulation de l'information clinique et en mesurant la performance clinique et administrative;
- L'attraction, la rétention et l'utilisation optimale des ressources humaines et des effectifs médicaux;
- Une gestion décentralisée et une gouvernance imputable, notamment par la consolidation de réseaux locaux de services.

Les priorités d'action du MSSS 2007-2008 et les documents ministériels en appui aux projets cliniques

- La prévention et la gestion des maladies chroniques constituent l'une des trois priorités énoncées dans le Cahier de charge du MSSS relatif aux ententes de gestion signées avec les agences, les deux autres priorités étant l'amélioration de l'accès aux services médicaux et hospitaliers en vue de réduire les délais d'attente et la lutte contre les infections (influenza, infections nosocomiales).

La mise à jour effectuée en 2008 du Programme national de santé publique 2003-2012

- Avec cette mise à jour, le Ministère réitère l'importance d'agir en amont, avant que surviennent les problèmes de santé et les problèmes psychosociaux. Il énonce les activités permettant d'agir sur les déterminants de la santé et de réduire les inégalités de santé et de bien-être. Il réaffirme également la nécessité pour tous les acteurs visés de collaborer pour une action concertée sur les déterminants.

L'environnement externe

Le point de vue régional de l'Agence

Deux enjeux spécifiques au CSSSSL-SM ont été abordés dans le cadre de rencontres avec des représentants de l'Agence :

- L'Agence évalue actuellement les résultats des CSSS avec et sans mission hospitalière en termes d'accessibilité, de continuité et de hiérarchisation des services à l'échelle d'un réseau local et le bien fondé de pousser plus loin la réforme du réseau montréalais en favorisant la fusion des CSSS sans mission hospitalière avec leur hôpital de première instance;
- La nécessité de prendre en considération la présence des résidences privées pour personnes âgées dans le cadre de la planification et de la gestion des services par le CSSSSL-SM dans un territoire tel que Saint-Léonard, où ces résidences abondent.

Section 4

La mission, la vision et les valeurs

1. La démarche de planification stratégique
2. Le portrait de la population et des services
3. Les orientations du Ministère et de l'Agence
- 4. La mission, la vision et les valeurs**
5. Les orientations et stratégies d'action
6. Les conditions de succès

La mission

Contribuer à l'amélioration de la santé globale, du bien-être et des conditions de vie de la population par des services accessibles, intégrés et de qualité en assurant la continuité, notamment par des actions de prévention et de promotion de la santé, et ce, en concertation avec les partenaires de la communauté.

La vision

Un réel réseau

La population du territoire a accès à une gamme complète de services coordonnés et continus disponibles majoritairement à l'échelle locale par un ensemble d'organisations interreliées et complémentaires.

Des services centrés sur les besoins prioritaires de la population

Les services offerts et leur organisation sont adaptés aux besoins particuliers et évolutifs de la population du territoire au regard de son état de santé, des conditions de vie et de l'environnement socioculturel.

Des pratiques éprouvées et sécuritaires

Le CSSS se démarque par une culture de collaboration et d'évaluation de la qualité, de l'efficacité et de l'efficience. Les professionnels travaillent, lorsque pertinent, en interdisciplinarité et ont intégré des pratiques exemplaires et des pratiques cliniques préventives.

Un milieu de travail stimulant

Le personnel et les médecins du CSSS sont fiers de travailler dans un milieu accueillant, harmonieux et valorisant, caractérisé par une tradition de travail d'équipe, par des pratiques exemplaires et novatrices et par sa diversité culturelle.

Les valeurs

Solidarité

Chacun de nous se sent concerné par la santé, le bien-être et les conditions de vie de la population du territoire et est partie prenante des initiatives contribuant au développement de la communauté et au mieux-être de tous.

Équité

Chacun de nous se sent concerné par les écarts de santé et de bien-être parmi la population du territoire et soutient une organisation de services axée sur la réduction de ces écarts et le juste traitement de chacun.

Respect mutuel

Chacun de nous se respecte et respecte les citoyens ainsi que les clients, le personnel, les médecins et les bénévoles du CSSS dans ce qu'ils sont, dans leurs choix, leur façon d'être, leur culture et leur croyances.

Travail d'équipe

Chacun de nous mise sur l'interdépendance et la complémentarité des ressources dans l'atteinte de buts communs, et ce, selon une répartition des tâches qui tient compte des compétences de chacun et qui place le succès de l'équipe au-dessus du succès personnel.

Professionalisme

Chacun de nous effectue ses tâches avec intégrité, responsabilité et fiabilité selon les pratiques les plus efficaces possible, tout en exerçant son jugement quant aux habiletés et aux compétences à acquérir, afin d'exceller dans son travail.

Section 5

Les orientations et stratégies d'action

1. La démarche de planification stratégique
2. Le portrait de la population et des services
3. Les orientations du Ministère et de l'Agence
4. La mission, la vision et les valeurs
- 5. Les orientations et stratégies d'action**
6. Les conditions de succès

Les déterminants sociaux de la santé

Principaux défis

- Le territoire du CSSSSL-SM est caractérisé par des indices relativement élevés de défavorisation matérielle comparativement à d'autres territoires de CSSS de Montréal, particulièrement à Saint-Michel, d'où l'importance d'agir sur les déterminants sociaux de la santé et sur la capacité de la population de bénéficier des services disponibles;
- Le CSSSSL-SM ne dispose pas des mécanismes lui permettant d'avoir une connaissance suffisamment fine des besoins de la population du territoire;
- Les intervenants du CSSSSL-SM ont peu de contact avec les organisateurs communautaires et les ressources de la communauté et ne se sentent pas suffisamment au fait de l'action communautaire;
- Le CSSSSL-SM se doit d'étendre son action afin d'être perçu comme partie prenante dans le développement de la communauté et la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale;
- Au cours des dernières années, les activités de promotion de la santé ont été réduites. Malgré la pression constante sur les ressources du CSSSSL-SM découlant notamment de l'élargissement de la gamme de services offerts par ce dernier, il est important d'accentuer et de soutenir les interventions de l'établissement en matière de promotion.

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.

Orientations et stratégies d'action

- 1.1 Favoriser la santé et le bien-être de la population en contribuant au développement social et économique des communautés:
 - Développer une meilleure connaissance des besoins de la population du territoire en lien avec les conditions de vie, les habitudes de vie et l'environnement physique et social;
 - S'assurer de bien connaître les organismes de la communauté, leurs ressources et leur mission;
 - Prendre position sur les politiques, lois et règlements qui touchent directement ou indirectement la santé et le bien-être de la population et exercer les représentations politiques requises;
 - Assurer une présence stratégique soutenue au sein de la communauté.
- 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:
 - Renforcer les échanges et les liens entre les ressources de la communauté, les organisateurs communautaires et les intervenants cliniques;
 - S'engager à soutenir l'économie locale, notamment par des politiques d'achat et d'embauche favorables aux ressources de la communauté.
- 1.3 Favoriser le développement d'activités de promotion et de prévention par le CSSS:
 - Utiliser les occasions d'intervenir directement dans la communauté et dans les milieux de vie;
 - Intégrer la sensibilisation aux saines habitudes de vie et le dépistage précoce dans les actions individuelles des intervenants cliniques;
 - Soutenir le développement de pratiques cliniques préventives auprès des médecins et des intervenants.

L'offre de service

Principaux défis

- Malgré une tradition de bonne collaboration avec les partenaires de la communauté, les relations avec ces partenaires sont à renforcer – surtout à Saint-Léonard - et devraient être ajustées en fonction des projets cliniques;
- Les projets cliniques des programmes-clientèles JED, DI-TED, déficience physique, dépendances et maladies chroniques restent à être élaborés et actualisés;
- Les données sur le taux de pénétration et le nombre d'interventions par usager révèlent une pauvreté relative du programme JED, dans un contexte où les jeunes issus de familles économiquement défavorisées sont proportionnellement plus nombreux qu'ailleurs à Montréal;
- L'offre de service aux résidents de Saint-Léonard et Saint-Michel n'apparaît pas encore harmonisée et ajustée aux besoins propres de la population de chacun des territoires;
- La gestion des nouvelles demandes et exigences du MSSS et de l'Agence dans un contexte de ressources limitées et de complexification des besoins des clientèles est problématique. Le CSSSSL-SM se doit d'ajuster son offre de service aux besoins prioritaires de la population du territoire.

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.⁽¹⁾

Orientations et stratégies d'action

- 2.1 Poursuivre le développement et l'adaptation de la gamme de services offerts par le CSSS par l'actualisation des projets cliniques:
 - Harmoniser la démarche d'élaboration des projets cliniques pour l'ensemble des programmes-clientèles;
 - Compléter la planification des projets cliniques dans tous les programmes clientèles dans le cadre d'une démarche intégrée;
 - Établir des cibles de résultats pour chacun des programmes-clientèles et développer des outils de suivi et d'évaluation;
 - Sensibiliser et mobiliser les partenaires dans le cadre des projets cliniques et consolider les partenariats.
- 2.2 Procéder à une révision de la programmation clinique afin de mieux répondre aux besoins de la population:
 - Se doter d'un programme-cadre pour l'ensemble des programmes-clientèles;
 - S'assurer que les approches cliniques pratiquées ou favorisées par l'ensemble des directions cliniques et conseils s'appuient sur une philosophie d'intervention et sur des objectifs communs;
 - Consolider et harmoniser les approches cliniques en lien avec le programme-cadre, notamment en ce qui a trait:
 - au travail interdisciplinaire;
 - au plan de services;
 - à la fonction de coordination des services.

⁽¹⁾ La définition de clientèles vulnérables du CSSSSL-SM inclut : les personnes âgées en perte d'autonomie, les personnes vivant un problème de santé mentale, les jeunes en difficulté, les malades chroniques, les personnes aux prises avec une dépendance, les personnes handicapées et les personnes dont les conditions de vie sont précaires et vivant une situation de pauvreté

La continuité des services

Principaux défis

- Beaucoup reste à faire pour développer de véritables réseaux locaux de services pour les clientèles vulnérables, y compris pour les clientèles PALV et santé mentale qui ont déjà fait l'objet de projets cliniques;
- Les services du CSSSSL-SM et les mécanismes d'accès à ces services ne sont pas toujours bien connus de la population et des médecins du territoire;
- L'accueil est à améliorer afin d'orienter la population et les partenaires vers la bonne ressource au bon moment;
- L'accès à des médecins de famille reste problématique et l'absence de GMF ou de clinique réseau intégrée constitue un frein au développement de la médecine de famille;
- Il existe encore peu d'ententes formelles entre le CSSSSL-SM et ses partenaires du réseau;
- La circulation de l'information clinique entre prestataires de soins est à améliorer;
- La coordination de la prise en charge des clientèles vulnérables, aussi bien entre les membres d'une même équipe multidisciplinaire qu'entre services et établissements n'est pas optimale et varie entre services et programmes-clientèles. L'approche interdisciplinaire et le travail d'équipe sont à développer;
- Une proportion importante de la population du territoire n'a toujours pas accès à un médecin de famille et la médecine de groupe dans un contexte de multidisciplinarité reste peu développée.

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.

Orientations et stratégies d'action

- 3.1 Améliorer la prise en charge et le suivi des clientèles vulnérables du territoire:
 - Favoriser l'implication du client à l'élaboration de son plan de services et dans la gestion de ses problèmes (*empowerment*);
 - Développer et formaliser la fonction de coordination de services;
 - Établir un plan de services intégrés (PSI) ou intersectoriels (PSII) lorsque pertinent;
 - Déployer des outils informatiques favorisant le partage des informations cliniques du dossier-patient.
- 3.2 Consolider les mécanismes d'accès et de référence:
 - Développer un accueil centralisé de type accueil-évaluation-orientation (AEO);
 - Harmoniser les différents guichets d'accès;
 - Assurer une diffusion appropriée des mécanismes d'accès à l'interne comme à l'externe auprès de la population et des partenaires;
 - Formaliser les corridors de service avec les différents partenaires.
- 3.3 Poursuivre le développement de la médecine familiale:
 - Consolider le guichet d'accès pour la clientèle orpheline;
 - Développer une offre de service des cliniques-réseau davantage axée sur une approche multidisciplinaire et sur les besoins des clientèles vulnérables;
 - Soutenir le développement de groupes de médecine familiale (GMF);
 - Formaliser et faire connaître aux médecins pratiquant en cabinet privé l'offre de service professionnel du CSSS.

Les ressources humaines

Principaux défis

- Comme beaucoup d'autres établissements, le CSSSSL-SM vit une situation de pénurie d'effectifs. Ce contexte exige une planification innovatrice et évolutive des besoins de main-d'œuvre;
- L'organisation du travail doit être révisée en fonction des pratiques prometteuses et innovantes, et ajustée aux contraintes d'effectifs;
- Le sentiment d'appartenance au CSSSSL-SM doit être consolidé;
- Les cadres intermédiaires ont à relever le défi de se rendre disponibles à leur équipe et de leur fournir l'encadrement nécessaire dans un contexte où leur charge de travail est considérable et où les membres de leur équipe peuvent être dispersés géographiquement sur plusieurs sites;
- Les intervenants cliniques se sentent souvent isolés dans leur travail et pas toujours outillés pour intervenir dans des contextes de pauvreté et de cultures différentes. L'encadrement professionnel et le travail d'équipe sont à consolider;
- Les employés sont mobilisés et engagés à offrir un service de qualité aux patients, mais leur sentiment de reconnaissance de la part du CSSSSL-SM est à renforcer.

Orientations et stratégies d'action

- 4.1 Définir et planifier les besoins évolutifs en effectifs pour l'ensemble du CSSS:
 - Maintenir à jour la gestion prévisionnelle de la main-d'œuvre en indiquant les zones de vulnérabilité actuelles et anticipées;
 - Poursuivre les projets de réorganisation du travail;
 - Analyser tous les projets du CSSS au regard de leur impact sur les ressources humaines.
- 4.2 Soutenir les gestionnaires dans l'exercice de leurs fonctions:
 - Consolider les habiletés de gestion des gestionnaires;
 - Favoriser le développement des connaissances, l'apprentissage en action et l'actualisation du concept de milieu apprenant.

Enjeu 4 : Les ressources humaines

L'établissement dispose d'équipes de travail qualifiées, stables et composées de ressources suffisantes pour répondre aux besoins de service de la population.

Les ressources humaines

4.3 Soutenir le développement des compétences, la reconnaissance des réalisations et du bon travail:

- Intégrer au programme d'orientation des nouveaux employés des activités de sensibilisation aux réalités des communautés ethnoculturelles du territoire;
- Poursuivre les activités de formation continue visant à développer les habiletés d'intégration dans différents milieux culturels;
- Élaborer un plan de développement des ressources humaines cohérent avec les priorités organisationnelles et les objectifs de développement individuel;
- Poursuivre l'actualisation du programme d'appréciation de la contribution du personnel et développer des activités favorisant la reconnaissance à travers des réussites et la réalisation de projets novateurs;
- Favoriser les actions contribuant à améliorer l'encadrement professionnel des intervenants cliniques.

4.4 Mettre en place des initiatives novatrices de recrutement et de rétention:

- Poursuivre les partenariats avec les milieux d'enseignement pour l'accueil de stagiaires;
- Se démarquer comme milieu de travail en faisant preuve d'innovation dans l'application des conditions de travail;
- Planifier des activités favorisant le bien-être au travail et le sentiment d'appartenance au CSSS.

La dynamique de gestion

Principaux défis

- Les employés n'ont pas une vision claire et partagée des priorités organisationnelles et des liens entre les différents projets de l'établissement;
- Les employés et gestionnaires perçoivent des zones de confusion et de chevauchement entre directions;
- Certains programmes-clientèles chevauchent parfois plusieurs services d'une même direction ou même plusieurs services de directions différentes. Cette situation soulève des questions quant à la pertinence de la structure organisationnelle actuelle;
- Les pratiques de gestion clinique et administrative ne sont pas pleinement harmonisées au sein de l'organisation, et les mécanismes de coordination entre directions apparaissent insuffisants;
- Le CSSSSL-SM est encore peu outillé pour évaluer l'efficacité et l'efficacéité de ses projets et services et pour effectuer un suivi rigoureux de la progression vers l'atteinte des résultats anticipés;
- L'établissement se doit de gérer de façon intégrée les risques et la qualité de ses projets organisationnels tels que les projets cliniques, le plan d'action découlant de la planification stratégique et les initiatives découlant du processus d'amélioration continue de la qualité.

Orientations et stratégies d'action

- 5.1 Clarifier et, le cas échéant, ajuster la structure organisationnelle dans une optique d'efficacité organisationnelle:
 - Améliorer la cohérence entre la structure des directions cliniques et le contour des programmes-clientèles;
 - Clarifier et, le cas échéant, revoir les rôles et responsabilités des directions cliniques, conseils et de soutien en fonction des résultats attendus des projets organisationnels;
 - Renforcer les mécanismes de concertation et de coordination entre les directions.
- 5.2 Assurer la cohérence entre la mission, vision et valeurs de l'organisation et les décisions et pratiques de gestion:
 - Adapter les pratiques de gestion aux nouvelles réalités du CSSS;
 - Appliquer l'approche de gestion par projet à tout dossier complexe ou d'envergure de l'organisation;
 - Valoriser les communications interpersonnelles directes et la rétroaction dans les échanges entre les gestionnaires et leur personnel;
 - Planifier la gestion du changement associée aux nouvelles initiatives et développer les habiletés en gestion du changement des gestionnaires.

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.

La dynamique de gestion

5.3 Favoriser une culture d'amélioration continue de la qualité:

- Doter l'établissement de processus et d'outils pour suivre les résultats liés aux objectifs stratégiques et aux cibles des projets cliniques;
- Constituer les équipes d'agrément en équipe de qualité permanente et leur conférer un rôle central de soutien aux programmes et à l'amélioration continue de la qualité;
- S'assurer que les gestionnaires cernent les possibilités d'amélioration fondées sur les données et constats des équipes de qualité et qu'ils élaborent, lorsque souhaitable, un plan pour accorder un suivi aux possibilités d'action;
- Communiquer les résultats des activités d'amélioration de la qualité à toutes les personnes concernées dans l'établissement;
- Actualiser la gestion intégrée des risques de façon à cerner, à signaler et à évaluer les risques et à améliorer la sécurité des clientèles et du personnel.

Les communications

Principaux défis

- Le personnel et les gestionnaires se sentent inondés d'information et éprouvent de la difficulté à isoler celle qui les concerne;
- Les services offerts par le CSSSSL-SM ne sont pas suffisamment bien connus de la population, des médecins de l'établissement et du territoire, et des partenaires de la communauté et du réseau;
- Les orientations et priorités de la direction de l'établissement ne semblent pas toujours se rendre à sa base ou aux partenaires;
- Les moments d'échange et de communication bidirectionnelle entre les gestionnaires et leurs employés sont importants et doivent être maintenus;
- La dispersion des activités et des ressources sur plusieurs sites complexifie les communications;
- Les outils de communication existants ne sont pas toujours maîtrisés ou utilisés de façon optimale;
- Les outils de partage de l'information clinique sont à développer.

Orientations et stratégies d'action

6.1 Mieux planifier les communications:

- Actualiser le plan de communication du CSSS;
- Revoir le mandat de l'équipe des communications et renforcer son rôle de soutien aux directions et aux services;
- Revoir et formaliser la chaîne de diffusion de l'information au sein de l'organisation;
- Mieux définir les publics cibles et leurs besoins d'information;
- S'assurer que tout projet organisationnel intègre un plan de communication.

6.2 Mieux faire connaître l'offre de services du CSSS à la population et à ses partenaires:

- Poursuivre le plan de communication de l'offre de service du CSSS à la population;
- Élaborer un plan de communication à l'intention des partenaires en suivi des travaux des projets cliniques.

6.3 Favoriser une plus grande efficacité et efficacité dans les communications internes:

- Compléter un portail virtuel (intranet);
- Optimiser l'utilisation des outils de communication.

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.

Les communications

6.4 Favoriser une culture de communication adaptée à la nouvelle réalité du CSSS:

- Former les gestionnaires sur la communication organisationnelle et interpersonnelle ainsi que sur l'appropriation du plan directeur de communication;
- Inciter l'ensemble des gestionnaires à réaliser une information, une rétro-information et une consultation plus systématiques auprès de leur équipe de travail;
- Instaurer et formaliser des mécanismes favorisant des échanges d'information réguliers, directs et bidirectionnels entre les gestionnaires et leur équipe;
- Sensibiliser l'ensemble du personnel du CSSS à la responsabilité de tous et chacun d'agir comme relayeur d'information et de se tenir adéquatement informé, le cas échéant en obtenant de sa propre initiative et par ses propres moyens, l'information requise.

Section 6

Les conditions de succès

1. La démarche de planification stratégique
2. Le portrait de la population et des services
3. Les orientations du Ministère et de l'Agence
4. La mission, la vision et les valeurs
5. Les orientations et stratégies d'action
6. Les conditions de succès

Conditions de succès

- **La mobilisation de l'ensemble des parties prenantes** (le personnel et des médecins du CSSSSL-SM, ses partenaires de la communauté en santé et dans d'autres secteurs, ses partenaires du réseau et la population), notamment à travers la stratégie de communication des nouvelles orientations;
- La traduction des orientations et stratégies sous forme d'un **plan d'action intégré, réaliste, basé sur la réalisation de projets pilotes et la démonstration de succès** et intégrant :
 - une planification rigoureuse des activités et des impacts prévus sur les ressources humaines, financières et matérielles;
 - une structure de gestion adaptée avec désignation de porteurs de dossiers;
 - un plan de suivi et d'évaluation des résultats;
 - une stratégie de gestion du changement.
- **L'appui de l'Agence** dans les efforts du CSSSSL-SM visant à formaliser des corridors de service avec ses partenaires du réseau et dans les secteurs où des développements sont proposés.