

# PLAN STRATÉGIQUE 2012-2015



**POUR L'AMÉLIORATION DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE  
DE LA POPULATION DES ÎLES-DE-LA-MADELEINE**





Centre de santé et de services sociaux  
des Îles



# **PLAN STRATÉGIQUE 2012-2015**

**Adopté le 21 février 2012**

## Remerciements

La production de ce document a été rendue possible grâce à la collaboration de nombreuses personnes.

### **Comité de direction du Centre de santé et services sociaux des Îles**

Marie Gibeault, directrice générale

Johanne Cantin, directrice des soins infirmiers et programmes

Claude Cyr, directeur des services administratifs

Dre Édith Grégoire, directrice des services professionnels et hospitaliers

Philippe Simon Laplante, directeur des ressources humaines

Lucie Ouellet, directrice des services multidisciplinaires et programmes-services

### **Les chefs de service et les chefs de département**

***Le personnel, les médecins, les comités consultatifs, les syndicats et les partenaires ayant participé aux rencontres ou ayant répondu à la consultation écrite***

### **Comité de soutien**

Marie Gibeault, directrice générale

Gemma Grandmaison-Petit, consultante en développement organisationnel

Denise Landry, conseillère

Céline Lafrance, conseillère en communication

La liste des sources de référence et les annexes sont disponibles au service des communications et dans la bibliothèque virtuelle du CSSS des Îles.

CSSS des Îles - Dépôt légal – 1er trimestre 2012

Bibliothèque nationale du Québec

ISBN 978-2-924089-00-2 (PDF)

### **Note au lecteur**

*Le genre masculin utilisé dans le texte désigne aussi bien les hommes que les femmes et n'est utilisé qu'à seule fin d'alléger le texte.*

## **TABLE DES MATIÈRES**

MESSAGE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE _____	4
NOS PRINCIPALES RÉALISATIONS 2007-2011 _____	5
PORTRAIT DE SANTÉ DE LA POPULATION _____	6
NOTRE VISION _____	8
NOTRE MISSION _____	8
NOS VALEURS _____	8
NOS ENJEUX ET NOS ORIENTATIONS _____	9
NOS OBJECTIFS _____	10
ACRONYMES _____	18

## **MESSAGE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE UN PLAN STRATÉGIQUE ASSURANT LA CONTINUITÉ...**

Dans un souci de continuité, l'élaboration du plan stratégique 2012-2015 s'est faite à partir des travaux amorcés dans le plan précédent se terminant en 2011. Cela nous a permis de réévaluer notre situation en fonction de nos réalités actuelles. Nous avons tenu compte des plans stratégiques 2010-2015 du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et de l'Agence de la Santé et des Services sociaux de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine (Agence) pour assurer une cohérence dans les actions.

Nous avons utilisé en référence les normes et pratiques organisationnelles requises d'Agrément Canada, les objectifs de notre plan de redressement et de notre entente de gestion, ainsi que les données 2011 de l'*État de santé de bien-être de la population des Îles-de-la-Madeleine*. Il était important pour nous de bien cibler nos enjeux, nos orientations et nos objectifs en fonction de ces éléments qui ont un but commun : l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et services offerts à la population.

Élaborer une planification stratégique nécessite la participation et la collaboration d'un maximum de personnes bien au fait des réalités des différents services de santé et de services sociaux dispensés au CSSS des Îles. Des efforts de réflexion ont été faits à différents niveaux afin de choisir des objectifs concrets et réalistes permettant l'atteinte des résultats visés. Une préoccupation a toujours été présente, celle de trouver les moyens les plus efficaces pour offrir à la population les meilleurs services avec les ressources humaines et financières disponibles. De plus, nous avons pris en compte les données significatives sur l'environnement externe et interne dans l'*État de santé de bien-être de la population des Îles-de-la-Madeleine 2011*.

Afin de dresser un bilan du plan stratégique 2007-2011 et pour élaborer la version 2012-2015, les directeurs ont d'abord travaillé avec les chefs de service et de département, puis des rencontres de consultation et de validation ont été organisées avec le conseil d'administration, les comités consultatifs, les employés, les médecins, les syndicats et les partenaires de l'établissement.

### **Voici les grandes étapes franchies**

1. La structuration de la démarche et l'élaboration d'un bilan à partir du plan stratégique 2007-2011.
2. L'analyse de la situation et les orientations à prendre d'ici 2015.
3. La rédaction du *Plan stratégique 2012-2015*.

Tel que présenté dans les plans stratégiques du MSSS et de l'Agence, nous avons regroupé les objectifs des différents programmes sous les enjeux. Cette mise en commun des objectifs stimulera le travail concerté et permettra à chacun de se sentir concerné par le plan stratégique dans sa globalité.

### **Garder le cap pour atteindre ensemble nos objectifs**

Dès l'adoption du Plan stratégique 2012-2015 par le conseil d'administration du CSSS des Îles, chaque directeur aura à mettre en place un plan de mise en œuvre des objectifs à atteindre annuellement. Régulièrement, ces personnes devront effectuer des suivis et faire l'évaluation de l'atteinte des résultats.

Le plan stratégique 2012-2015 étant maintenant bien concret, l'ensemble du personnel et des médecins travaillera de concert afin d'atteindre les objectifs annuels visés. Nous tenons à remercier chacune des personnes s'étant impliquées dans cette démarche et toutes celles qui permettront la concrétisation des objectifs.

Gaston Bourque  
Président

Marie Gibeault  
Directrice générale

## ***NOS PRINCIPALES RÉALISATIONS 2007-2011***

Au CSSS des Îles, on note une volonté de faire en sorte que les objectifs soient atteints dans une vision d'optimisation de l'offre et de l'organisation de nos soins et services. Voici quelques-unes de nos principales réalisations.

### **Plan de redressement 2010-2011.**

Les 2 principales mesures structurantes sont :

- Adoption et implantation de la Politique de gestion de la présence au travail
- Diminution du nombre de lits dressés en CHSLD, de 76 à 64 places.

### **Groupe de médecine familiale (GMF)**

- Implantation du groupe de médecine familiale
- Regroupement des services généraux avec le GMF et réorganisation des services de santé courants
- Mise en place du guichet d'accès pour la clientèle vulnérable orpheline

### **Qualité et sécurité**

- Obtention de l'Agrément en 2008 et en 2011
- Obtention de l'Agrément et de la Certification en mammographie numérique

### **Hébergement**

- Début des travaux du nouveau CHSLD : Pavillon Eudore-LaBrie
- Révision de l'organisation des ressources RI et RTF
- Réduction des personnes en attente d'hébergement dans les lits de courte durée
- Travaux réalisés avec la communauté pour les ressources d'hébergement alternatives

### **Programmes services**

- Élaboration du cadre de référence pour le soutien à domicile
- Élaboration du plan d'action local de santé publique 2012-2015
- Implantation des suivis en intensité variable, des suivis intensifs et suivis étroits suicide pour la clientèle en santé mentale
- Implantation du réseau de sentinelles en prévention du suicide
- Identification de la trajectoire de services psychosociaux généraux, de 1re et de 2e ligne en santé mentale
- Implantation du projet de suivi intégré des clientèles en santé physique.
- Travaux sur la hiérarchisation des services en CRDITED
- Implantation de la table de réseau intégré de services (RIS)
- Mise en place du comité d'orientation de la clientèle pour les jeunes (COC)
- Déploiement des services en dépendances
- Rédaction de programmes dont soins palliatifs, lutte contre le cancer, prévention et contrôle des infections

### **Programmes-soutien**

- Adoption du plan stratégique ressources humaines 2008-2011
- Rédaction du Portrait de gestion prévisionnelle de la main d'œuvre
- Informatisation de la gestion de la présence au travail
- Préparation du Guide d'accueil et d'intégration des nouveaux employés
- Implantation de logiciels : Urgence : STAT-DEV, Pharmacie : Syphac, Radiologie :SIR, Imagerie médicale : PACS (Picture Archiving and Communication System).
- Suivis budgétaires périodiques ciblés sur les enjeux prioritaires
- Révision des services de l'approvisionnement et de l'offre de service en hygiène et salubrité
- Adoption de la Politique pour une saine alimentation
- Mise à niveau des services de buanderie
- Réalisation des plans quinquennaux de conservation et de fonctionnalité immobilière 2010–2015

## **PORTRAIT DE SANTÉ DE LA POPULATION**

### **Les Îles de la Madeleine en bref DÉMOGRAPHIE**

Population en 2011 : 13 295 personnes  
Naissances en 2010-2011 : 97  
Naissances prématurées : 12,1 % (7,5 % au Québec)  
En 2006-2008, nombre d'enfants par famille : 1,27 en moyenne (1,69 au Québec)  
Espérance de vie des Madeliniennes : 83,9 ans (83,0 ans au Québec)  
Espérance de vie des Madelinots : 75,2 ans (78,1 au Québec)

#### **DES CONDITIONS SOCIALES ET ÉCONOMIQUES MONTRANT NOS DIFFÉRENCES : MOINS SCOLARISÉS, MAIS MOINS SEULS**

- En 2006, 38,4 % des Madelinots n'avait pas obtenu leur Diplôme d'études secondaires (DES), comparativement à 22,9 % pour l'ensemble du Québec.
- Mentionnons toutefois que, comparativement à 1991, il s'agit d'une augmentation significative, car, à l'époque, c'était 58 % de la population qui n'avait pas de DES.
- Concernant les études universitaires, seulement 8,3 % de la population a obtenu un diplôme universitaire, comparativement à 18,5 % au Québec.
- La portion de gens de l'archipel ayant un emploi était de 53,9, ce qui est un peu plus bas que pour l'ensemble des Québécois. Au Québec, 60,4 % a un emploi.
- Notons également que le revenu annuel moyen par habitant, en 2008, était de 29 072 \$, alors qu'il était de 33 333 \$ pour les Québécois.
- Cependant, moins de Madelinots vivent seuls, soit 10,7 %, comparativement à 16 % pour les Québécois, et moins de familles sont monoparentales, soit 15,5 % contre 23,7 % au Québec.
- Plus de 52 % des personnes de 15 ans et plus se disent très satisfaites de leur vie sociale comparativement à 47 % pour l'ensemble du Québec.
- 82 % de la population régionale exprime un fort sentiment d'appartenance à sa communauté locale, une proportion nettement supérieure à celle du Québec de 58 %.

#### **SANTÉ MENTALE : PERCEPTION POSITIVE DES MADELINOTS**

- Les trois quarts de la population régionale qualifient leur santé mentale de très bonne ou d'excellente.
- Les Îles-de-la-Madeleine enregistrent une plus faible proportion de personnes ayant un niveau élevé de détresse que le Québec.
- On estime à 1 % la prévalence des troubles anxieux ou de l'humeur chez la population de 15 ans et plus de l'archipel contre 4,2 % au Québec.
- Les hospitalisations pour troubles mentaux représentent la 10<sup>e</sup> cause d'admission en centre hospitalier. Ceci signifie 5,2 hospitalisations pour 1 000 personnes.
- Depuis le début des années 80, le taux de suicide aux Îles se maintient à des niveaux relativement bas. Le taux annuel moyen de décès par suicide ajusté pour 100 000 pour les Îles est de 9,1 comparativement à 15,2 au Québec.

#### **UNE POPULATION VIEILLISSANT À UN POURCENTAGE PLUS ÉLEVÉ QUE LE RESTE DU QUÉBEC**

- En 2011, 18,6 % de la population des Îles était âgée de 65 ans et plus, comparativement à 15,8 % pour le Québec.
- En faisant une projection, on estime qu'en 2031, 36,9 % de la population madelinienne aura 65 ans et plus. Au Québec, on prévoit que ce sera 25,6 %.
- On note également que nous avons un pourcentage élevé de gens âgés de 65 ans et plus recevant le Supplément de revenu garanti, soit 65,2 %, ce qui est beaucoup plus que le 44,5 % du Québec. Nos gens sont donc plus pauvres, mais majoritairement propriétaires de leur résidence.

On doit actualiser nos actions afin de permettre aux gens de demeurer dans leur résidence le plus longtemps possible. Présentement, il n'existe pas vraiment de maisons de retraite comme on en voit sur le continent. Nous devons réfléchir à cette réalité pour voir s'il y a d'autres façons de faire ou si la construction de telles résidences peut être envisageable dans la communauté.



### **DES MALADIES CHRONIQUES RESPONSABLES DE 76 % DES DÉCÈS EN 2006-2008**

- Les trois principales causes de mortalité sont, dans l'ordre, les cancers, les maladies cardio-vasculaires et les maladies respiratoires.
- L'accroissement des décès par cancer s'explique en grande partie par le vieillissement de la population.
- L'incidence du cancer (taux ajustés sur 100 000) est 712,1 aux Îles, comparativement à 513,4 au Québec.
- Les décès par cancer (taux ajustés sur 100 000) sont de 339,5 dans l'archipel et de 236,3 au Québec.
- Les décès par cancer sont surtout d'origine digestive pour les femmes (estomac et pancréas) et pour les hommes, on note principalement des cancers du poumon, colorectaux et de l'estomac.
- Le diabète se retrouve chez 9,5 % de la population madelinienne, comparativement à 7,6 % au Québec.
- Pour ce qui est des maladies respiratoires, les taux de décès ne se différencient pas du reste du Québec. On note cependant que 60 % des personnes décédées d'une maladie respiratoire sont principalement des hommes souffrant de MPOC.

### **DES HOSPITALISATIONS SURTOUT LIÉES AUX MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE**

- La principale cause d'hospitalisation est liée aux maladies de l'appareil circulatoire, ce qui représente 23 % de l'ensemble des hospitalisations locales.
- Suivent les tumeurs et les maladies digestives responsables respectivement de 12 % et 10 % des admissions en centre hospitalier.

### **DES AMÉLIORATIONS AU FIL DES ANNÉES**

- Les gens sont plus scolarisés qu'avant.
- L'espérance de vie des femmes a augmenté.
- Il existe des données encourageantes pour ce qui est de la mortalité par cancer, notamment pour le poumon et la prostate.
- Il y a moins de mortalité cardiovasculaire et de mortalité par accident de véhicules moteurs.

### **DES ÉLÉMENTS PRÉOCCUPANTS DEMEURENT...**

- L'espérance de vie chez les hommes moins élevée qu'au Québec.
- L'excès de poids chez 64,5 % des Madelinots, comparativement à 50,5 % au Québec. 41,8 % de la population de l'archipel fait de l'embonpoint et 22,7 % d'obésité, comparativement à 34,9 % et 15,6 % au Québec.
- Le nombre de nouveaux cas des maladies tels le diabète, les cancers et les maladies respiratoires.
- Les enfants de 17 ans et moins pris en charge pour maltraitance ou troubles de comportement représentent 32,3 sur 1 000, alors qu'au Québec on parle de 19,7 sur 1 000.
- La recrudescence des infections transmissibles sexuellement.

Afin d'aider les gens à être en meilleure santé, nous collaborons au projet *Îles en forme* (ce qui devrait avoir un impact sur le problème d'excès de poids de notre population) et au projet *Avenir d'enfants*, pour contrer la maltraitance chez les jeunes.

## **NOTRE MISSION**

*Prévenir, guérir, soigner et soutenir  
pour le mieux-être et la santé de la population des Îles de la Madeleine,  
en offrant, en collaboration avec nos partenaires,  
des services de santé et des services sociaux et de réadaptation  
de qualité, sécuritaires, accessibles, intégrés et en continuité.*

## **NOTRE VISION**

En 2015, le CSSS des Îles est reconnu pour ses activités de promotion de la santé et de prévention, pour ses soins et services de 1<sup>re</sup> ligne adaptés aux besoins de la population et pour son leadership dans la mise en place du réseau local de services. L'approche humaine fait sa renommée auprès des usagers, des employés et des médecins et contribue à créer un milieu de travail stimulant et valorisant.

## **NOS VALEURS**

### ➤ **Humanisme**

L'humanisme place la personne au cœur de nos décisions. Dans nos communications interpersonnelles, nous établissons des relations de confiance en agissant avec considération, compassion et avec une écoute active.

### ➤ **Intégrité**

L'intégrité fait référence au respect, à l'honnêteté, à la loyauté et à la confidentialité envers les usagers, les partenaires et l'organisation. L'intégrité est la base d'une relation de confiance.

### ➤ **Engagement**

S'engager, c'est s'investir personnellement et collectivement. Cette promesse d'engagement amène le personnel et les médecins du CSSS des Îles à faire preuve d'initiative et de responsabilisation pour l'atteinte d'objectifs communs. L'entraide, la collaboration et le travail d'équipe caractérisent nos milieux de travail. Nous reconnaissons le potentiel d'agir des personnes et de la communauté à l'égard de la santé.

### ➤ **Excellence**

Cette valeur confirme notre volonté d'innover et d'améliorer de façon continue la qualité et la sécurité des soins et services, en soutenant le développement de pratiques exemplaires et des compétences du personnel.

## ***NOS ENJEUX ET NOS ORIENTATIONS 2012-2015***

### **ENJEU 1**

**L'ACTION EN AMONT DES PROBLÈMES ET LA RÉDUCTION DES INÉGALITÉS DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE**

#### **ORIENTATION 1**

**Agir de façon concertée sur les principaux déterminants de la santé et du bien-être**

### **ENJEU 2**

**LA CONSOLIDATION DU RÉSEAU LOCAL DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DES ÎLES :  
LA PRIMAUTÉ DES SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE DANS UNE PERSPECTIVE  
D'INTÉGRATION, DE HIÉRARCHISATION ET D'AMÉLIORATION DE L'ACCÈS AUX SERVICES**

#### **ORIENTATION 2**

**Structurer un réseau local de services de santé et de services sociaux  
intégrés, hiérarchisés, efficaces et efficients**

### **ENJEU 3**

**LA QUALITÉ DES SERVICES ET L'INNOVATION**

#### **ORIENTATION 3**

**Assurer la qualité et la sécurité des soins et des services**

### **ENJEU 4**

**L'ATTRACTION, LA RÉTENTION ET LA CONTRIBUTION OPTIMALE DES RESSOURCES HUMAINES**

#### **ORIENTATION 4**

**Assurer une disponibilité et une utilisation optimale d'une main-d'œuvre qualifiée et en santé**

### **ENJEU 5**

**UNE GESTION PERFORMANTE ET IMPUTABLE**

#### **ORIENTATION 5**

**Améliorer la performance de l'établissement et instaurer une culture de la mesure des résultats**

**NOS OBJECTIFS**  
**NOTRE PLAN DE MATCH POUR LES TROIS PROCHAINES ANNÉES**

<b>ENJEU 1</b>				
<b>L'ACTION EN AMONT DES PROBLÈMES ET LA RÉDUCTION DES INÉGALITÉS DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE</b>				
<b>ORIENTATION 1</b>				
<b>Agir de façon concertée sur les principaux déterminants de la santé et du bien-être</b>				
<b>Objectifs</b>	<b>Indicateurs</b>	<b>Cible<sup>1</sup> mars 2013</b>	<b>Cible mars 2014</b>	<b>Cible mars 2015</b>
<b>1.1</b> Réaliser les activités de promotion, de prévention et de protection prévues au Plan d'action local de santé publique (PALSP) de mai 2011. Ex.: l'implantation des pratiques cliniques préventives (PCP) dans les services de première ligne en matière : <ul style="list-style-type: none"> <li>• d'infections transmissibles sexuellement et par le sang</li> <li>• d'habitudes de vie et de maladies chroniques</li> <li>• de chutes chez les personnes âgées</li> <li>• de suicide</li> </ul>	% d'activités du PALSP réalisées	Augmentation des activités réalisées	Augmentation des activités réalisées	85 % des activités réalisées
<b>1.2</b> Favoriser l'implication des tables de concertation intersectorielle pour agir de façon concertée en matière de santé et de bien-être de la population et de développement de communautés en santé.	% des tables de concertation ayant un objectif de promotion de la santé et de prévention intégré dans leur plan d'action.	50 %	80 %	100 %
<b>1.3</b> Implanter la politique pour une saine alimentation dans l'ensemble du CSSS des Îles.	% d'implantation de la politique dans toutes les installations de l'établissement.	Activités de la politique implantées à 100 % dans toutes les installations	Maintien	Maintien

<sup>1</sup> L'ensemble des cibles et des indicateurs qui feront l'objet d'un suivi annuel d'ici 2015 n'apparaît pas dans ce document. Cependant, le CSSS des Îles s'engage à respecter les ententes de gestion convenues annuellement avec l'Agence.

## ENJEU 2

**LA CONSOLIDATION DU RÉSEAU LOCAL DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DES ÎLES :  
LA PRIMAUTÉ DES SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE DANS UNE PERSPECTIVE D'INTÉGRATION, DE HIÉRARCHISATION ET D'AMÉLIORATION DE L'ACCÈS AUX SERVICES**

### ORIENTATION 2

**Structurer un réseau local de services de santé et de services sociaux intégrés, hiérarchisés, efficaces et efficients**

Objectifs	Indicateurs	Cible mars 2013	Cible mars 2014	Cible mars 2015
<p><b>2.1</b> Implanter l'offre de service du réseau local (RLS) pour les 8 programmes-service, ainsi que les modes d'organisation requis pour intervenir de façon concertée avec les différents partenaires.</p> <p>NB : Programmes service à consolider en fonction des priorités nationales ou régionales, notamment le respect des délais d'accès à des services et les caractéristiques populationnelles.</p>	<p>a) Offres de service écrites</p> <p>b) Mise en œuvre des activités des programmes-service</p>	<p>a) 100 % des offres de service écrites</p> <p>b) Modes d'organisation révisés par programme-service décrits.</p>	<p>b) Optimisation des activités des programmes-service</p>	<p>b) Consolidation des activités des programmes-service</p>
<p><b>2.1.1. Services généraux et d'activités cliniques et d'aide</b></p> <p>a) Services de soutien diagnostique</p>	<p>a.1) Délais d'attente en laboratoire</p> <p>a.1.1) Rendez-vous</p> <p>a.1.2) Temps de réponse (Moins de 60 minutes)</p> <p>a.2) Délais d'attente en imagerie diagnostique</p> <p>a.2.1) Examens électifs</p> <p>a.2.2) Lecture par un radiologiste</p> <p>a.2.3) Transcription des rapports</p> <p>b) Accès à un médecin de famille pour 70 % de la population</p>	<p>a.1.1) Réduction à moins de 30 jours</p> <p>a.1.2) Maintien</p> <p>a.2.3) Réduction à moins de 14 jours</p> <p>b) 60 %</p>	<p>a.1.1) Réduction à moins de 21 jours</p> <p>a.1.2) Maintien</p> <p>a.2.1) Réduction à moins de 3 mois.</p> <p>a.2.2) Réduction à moins de 7 jours.</p> <p>a.2.3) Réduction à moins de 7 jours.</p> <p>b) 65 %</p>	<p>a.1.1) Réduction à moins de 14 jours</p> <p>a.1.2) Maintien</p> <p>b) 70 %</p>
<p><b>2.1.2. Perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV)</b></p> <p>a) Assurer une offre globale de services de soutien à domicile (SAD) de longue durée pour s'adapter à l'augmentation des besoins de l'espace des clientèles, y compris les familles et les proches aidants.</p> <p>b) Diversifier l'offre de milieux de vie accessibles aux personnes avec incapacités significatives et persistantes.</p>	<p>a) Nombre total d'heures de SAD de longue durée par les différents modes de dispensation de services.</p> <p>b) Nombre de places diversifiées, selon le plan de configuration</p>	<p>a) Augmentation de 2.5 %</p> <p>b) 100 %</p>	<p>a) Augmentation de 3 %</p> <p>b) Maintien</p>	<p>a) Avoir augmenté de 10 % les services directs à la clientèle sans ajouter de budget.</p> <p>b) Maintien</p>

## ENJEU 2

**LA CONSOLIDATION DU RÉSEAU LOCAL DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DES ÎLES :**  
**LA PRIMAUTÉ DES SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE DANS UNE PERSPECTIVE D'INTÉGRATION, DE HIÉRARCHISATION ET D'AMÉLIORATION DE L'ACCÈS AUX SERVICES**

### ORIENTATION 2

**Structurer un réseau local de services de santé et de services sociaux intégrés, hiérarchisés, efficaces et efficients**

Objectifs	Indicateurs	Cible mars 2013	Cible mars 2014	Cible mars 2015
c) Favoriser l'adoption en centre hospitalier de pratiques organisationnelles et cliniques adaptées aux besoins particuliers des personnes âgées par l'implantation de l'approche adaptée.	c) % des composantes organisationnelles et cliniques adaptées et mises en place.	c) 50 %	c) 75 %	c) 100 % des composantes de l'approche adaptée mises en place dans les lits de courte durée et à l'urgence.
d) Consolider l'approche « <i>Milieu de vie</i> ».	d) % d'implantation de l'approche « <i>Milieu de vie</i> ».	d) 80 %	d) 100 %	d) 100 % des composantes mises en place dans l'ensemble des milieux de vie (RI, RNI, CHSLD).
e) Poursuivre la mise en place des réseaux de services intégrés pour les personnes en perte d'autonomie	e) % d'implantation des RSIPA. (Objectif 2011-2012 : 55 %)	e) 60 %	65 %	70 %
f) S'assurer que les évaluations et les orientations vers l'hébergement de longue durée se font à l'extérieur des lits de courte durée.	f) Taux de déclaration d'évaluation vers l'hébergement fait en centre hospitalier.	f) 0 %	0 %	0 %
<b>2.1.3. Santé physique</b>				
a) Identifier et mettre en place des mesures pour diminuer la durée de séjour à l'urgence	a) % d'atteinte des mesures	a) Augmentation du % d'atteinte	a) Augmentation du % d'atteinte	a) 100 %
b) Mettre en place le programme en soins palliatifs	b) % d'implantation du programme	b) 60 %	b) 80 %	b) 100 %
c) Oncologie				
c.1) Mettre à jour le Programme local de lutte contre le cancer, en tenant compte des nouvelles recommandations du ministère	c.1) Mise à jour du programme	c.1) Mise à jour complétée		
c.2) Accès aux traitements dans un délai de 28 jours	c.2) % des personnes traitées dans le délai	c.2) Augmentation du %	c.2) Augmentation du %	c.2) 90 %
c.3) Accès à l'infirmière pivot dans un délai de 48 heures	c.3) % des personnes ayant eu accès à l'infirmière pivot	c.3) Augmentation du %	c.3) Augmentation du %	c.3) 70 %
d) Développer un programme intégré des maladies chroniques (suivi interdisciplinaire, autogestion et réadaptation)	d.1) Implantation d'un programme	d.1) Programme écrit	d.1) 50 % implanté	d.1) 100 % implanté

## ENJEU 2

**LA CONSOLIDATION DU RÉSEAU LOCAL DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DES ÎLES :  
LA PRIMAUTÉ DES SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE DANS UNE PERSPECTIVE D'INTÉGRATION, DE HIÉRARCHISATION ET D'AMÉLIORATION DE L'ACCÈS AUX SERVICES**

### ORIENTATION 2

**Structurer un réseau local de services de santé et de services sociaux intégrés, hiérarchisés, efficaces et efficients**

Objectifs	Indicateurs	Cible mars 2013	Cible mars 2014	Cible mars 2015
<p><b>2.1.4. Santé mentale</b></p> <p>a) Offrir aux personnes des services de 1<sup>re</sup> ligne par une équipe interdisciplinaire</p> <p>b) Assurer que les services de 1<sup>re</sup> ligne soient rendus dans un délai de 30 jours</p> <p>c) Assurer l'accès aux services d'intégration dans la communauté pour les adultes ayant des troubles mentaux graves</p> <p>d) Diversifier les milieux de vie accessibles aux personnes avec incapacités significatives et persistantes</p>	<p>a) Nombre d'enfants et d'adultes avec troubles mentaux ayant accès à une équipe interdisciplinaire de 1<sup>re</sup> ligne (2% de la population)</p> <p>b) % de personnes dont les services ont débuté dans les délais requis</p> <p>c) Nombre de places offertes :  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Suivi intensif dans le milieu (SIM)</li> <li>• Soutien à intensité variable (SIV)</li> </ul> </p> <p>d) Atteinte des cibles du plan d'implantation régional en ressources résidentielles</p>	<p>a) 254 usagers</p> <p>b) Maintien à 90 %</p> <p>c) Maintien 2 places (SIM)</p> <p>c) Augmentation en SIV</p> <p>d)  <ul style="list-style-type: none"> <li>• RI : 5 places</li> <li>• RTF : 5 places</li> <li>• Logements avec soutien : continuer à développer</li> </ul> </p>	<p>a) Selon la cible attendue</p> <p>b) Maintien à 90 %</p> <p>c) Maintien 2 places (SIM)</p> <p>c) Augmentation en SIV</p> <p>d)  <ul style="list-style-type: none"> <li>• RI : 4 places</li> <li>• RTF : 4 places</li> <li>• Logements avec soutien : Augmentation</li> </ul> </p>	<p>a) Selon la cible attendue</p> <p>b) Maintien à 90 %</p> <p>c) Maintien 2 places (SIM)</p> <p>c) 24 places (SIV)</p> <p>d)  <ul style="list-style-type: none"> <li>• RI : Maintien 4 places</li> <li>• RTF : 2 places</li> <li>• Logements avec soutien : 6 places</li> </ul> </p>
<p><b>2.1.5 Jeunes en difficulté</b></p> <p>a) Mettre en place le programme négligence : modèle PAPFC (programme d'aide personnelle, familiale et communautaire)</p> <p>b) Mettre en place un programme d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu</p>	<p>a) % d'implantation des activités du programme (planification, contacts avec partenaires, centre jeunesse)</p> <p>b) Programme disponible sur l'ensemble du territoire</p>	<p>a) 100 % du programme en place</p> <p>b) Selon le déploiement régional</p>	<p>a) Maintien</p> <p>b) Selon le déploiement régional</p>	<p>a) Maintien</p> <p>b) Selon le déploiement régional</p>

## ENJEU 2

**LA CONSOLIDATION DU RÉSEAU LOCAL DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DES ÎLES :**  
**LA PRIMAUTE DES SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE DANS UNE PERSPECTIVE D'INTÉGRATION, DE HIÉRARCHISATION ET D'AMÉLIORATION DE L'ACCÈS AUX SERVICES**

### ORIENTATION 2

**Structurer un réseau local de services de santé et de services sociaux intégrés, hiérarchisés, efficaces et efficients**

Objectifs	Indicateurs	Cible mars 2013	Cible mars 2014	Cible mars 2015
<p><b>2.1.6 Déficience intellectuelle, TED et déficience physique</b></p> <p>a) Diversifier l'offre de service résidentiel accessible aux personnes avec incapacités significatives et persistantes</p> <p>b) Offrir aux personnes ayant une déficience l'accès aux services dont elles ont besoin en respectant les délais établis dans le plan d'accès                      Note : Accès pour une priorité urgente : 3 jours                      Accès pour une priorité élevée : 30 jours                      Accès pour une priorité modérée : 1 an</p> <p>c) Assurer la coordination des services dispensés par plusieurs établissements aux personnes ayant une déficience et à leur famille.</p>	<p>a) Reconfiguration des services résidentiels (ex. : RNI, logement social, appartements supervisés)</p> <p>b) % des personnes ayant eu accès dans les délais requis (2011-2012, l'engagement est de 90 %)</p> <p>c) % de personnes ayant un PSI (autres partenaires : CSSS, Commission scolaire, Centre jeunesse, CPE, organismes communautaires)</p>	<p>a) Plan de reconfiguration décrit et implanté</p> <p>b) 90 %</p> <p>c) 30 %</p>	<p>a) Maintien</p> <p>b) Maintien</p> <p>c) 60 %</p>	<p>a) Maintien</p> <p>b) Maintien</p> <p>c) 75 %</p>
<p><b>2.1.7 Déficience physique</b></p> <p>a) Augmenter et diversifier l'offre de service résidentiel accessible aux personnes avec incapacités significatives et persistantes</p>	<p>a) Nombre de places en ressources résidentielles de proximité</p>	<p>a) Maintien à 2 places</p>	<p>a) Maintien à 2 places</p>	<p>a) Maintien à 2 places</p>
<p><b>2.1.8 Dépendances</b></p> <p>a) Offrir des services en toxicomanie et jeux pathologiques : Dépistage et accès à des services de 1<sup>re</sup> ligne aux personnes à risque d'abus.</p> <p>b) Rendre disponible la médication de substitution aux opioïdes</p>	<p>a) Mise en œuvre du programme (1<sup>re</sup> ligne en place)</p> <p>b) Nombre de personnes ayant reçu ce service.</p>	<p>a) Maintien</p> <p>b) 1 personne</p>	<p>a) Maintien</p> <p>b) 2 personnes</p>	<p>a) Maintien</p> <p>b) 3 personnes</p>
<p><b>2.1.9</b> Assurer le maintien de la continuité, le respect du cadre financier et la reconnaissance en RI-RTF.</p>	<p>Les RI-RTF sont évaluées et respectent le cadre financier</p>	<p>Maintien</p>	<p>Maintien</p>	<p>Maintien</p>



<b>ENJEU 3</b>				
<b>LA QUALITÉ DES SERVICES ET L'INNOVATION</b>				
<b>ORIENTATION 3</b>				
<b>Assurer la qualité et la sécurité des soins et des services</b>				
<b>Objectifs</b>	<b>Indicateurs</b>	<b>Cible mars 2013</b>	<b>Cible mars 2014</b>	<b>Cible mars 2015</b>
<b>3.1</b> Mettre en place un cadre de référence pour une gestion concertée et continue de la qualité au CSSS des Îles	Cadre de référence sur la qualité et outils communs de développement et de gestion de la qualité  % activités réalisées	Cadre de référence et outils développés  Plan d'implantation et début de réalisation des activités	50 %	100 %
<b>3.2</b> Atteindre d'ici mai 2014, la conformité aux normes d'Agrément Canada	% des actions prévues au plan d'amélioration  Nombre de pratiques cliniques et de gestion conformes	Plan d'amélioration 2012-2015  213 normes rendues conformes dans les secteurs suivants : • Pharmacie • Laboratoire • Radiologie • Prévention des infections (hygiène/salubrité) • Stérilisation • Salles d'opération • Plan d'urgence	100 % des actions réalisées  172 normes rendues conformes dans les 16 secteurs concernés (pour un total de 385).	
<b>3.3</b> Implanter les meilleures pratiques professionnelles conformes aux normes des Ordres professionnels	Élaboration et réalisation des plans d'action permettant de se conformer aux meilleures pratiques des Ordres professionnels	Conformité aux plans élaborés	Conformité aux plans élaborés	Conformité aux plans élaborés
<b>3.4</b> Consolider le programme local de prévention des infections	Programme local 2012-2015 : mise à jour annuelle	100 %	100 %	100 %

ENJEU 4				
L'ATTRACTION, LA RÉTENTION ET LA CONTRIBUTION OPTIMALE DES RESSOURCES HUMAINES				
ORIENTATION 4				
Assurer une disponibilité et une utilisation optimale d'une main-d'œuvre qualifiée et en santé				
Objectifs	Indicateurs	Cible mars 2013	Cible mars 2014	Cible mars 2015
<p><b>4.1</b> Mettre en œuvre un plan stratégique-établissement en matière de développement ressources humaines 2012-2015<sup>2</sup></p> <p>a) Stratégies d'attraction-rétention en fonction du plan prévisionnel de main d'œuvre mis à jour annuellement (PMO)</p> <p>b) Stratégies de réorganisation du travail (responsabilités redéfinies, processus de travail révisés)</p> <p>c) Stratégies santé, bien-être, mobilisation, reconnaissance et soutien</p> <p>d) Stratégies spécifiques à l'amélioration des conditions d'exercice et de soutien au rôle et aux responsabilités des cadres</p> <p>e) Stratégies spécifiques de recrutement à la main-d'œuvre médicale</p>	<p>Plan stratégique de développement RH 2012-2015</p> <p>a.1) % de réalisation du PMO</p> <p>a.2) Mise en œuvre de stratégies liées à un secteur en pénurie</p> <p>b) Nombre de processus de révision et de réorganisation du travail</p> <p>c) % des taux de satisfaction des indicateurs : communication et soutien du sondage « mobilisation » du CQA (59 % en 2011)</p> <p>d.1) Plan de formation triennal</p> <p>d.2) Nombre de mesures élaborées</p> <p>d.3) % de participants</p> <p>e) % d'atteinte du plan d'effectifs médicaux et spécialisés</p>	<p>PSDRH élaboré</p> <p>a.1) Réalisé à 100 %</p> <p>a.2) Une stratégie</p> <p>b) Un processus</p> <p>d.1) Complété à 100%</p> <p>d.2) Une stratégie</p> <p>d.3) Augmentation</p> <p>e) Maintien à 100 %</p>	<p>a.1) Mise à jour</p> <p>a.2) Une stratégie</p> <p>b) Un processus</p> <p>c) Augmentation à 70 %</p> <p>d.2) Une stratégie</p> <p>d.3) Augmentation</p> <p>e) Maintien à 100 %</p>	<p>a.1) Mise à jour</p> <p>a.2) Une stratégie</p> <p>b) Un processus</p> <p>d.2) Une stratégie</p> <p>d.3) 75 %</p> <p>e) Maintien à 100 %</p>
<p><b>4.2</b> Mettre en œuvre des ententes de gestion</p> <p>a) Réduire le temps travaillé en heures supplémentaires</p> <p>b) Réduire le recours à la main-d'œuvre indépendante</p> <p>c) Maintenir les mécanismes liés à la gestion de présence au travail</p>	<p>a) % des heures supplémentaires</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Infirmières : 4.32 %</li> <li>• Autres catégories : 2.93 %</li> </ul> <p>b) % d'heures avec MOI</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Infirmière : 0.44 %</li> <li>• Infirmière auxiliaire : 0 %</li> <li>• PAB : 0 %</li> </ul> <p>c) Taux d'assurance-salaire Actuellement : 5.80 %</p>	<p>a) Diminution selon la cible attendue</p> <p>b) Diminution selon la cible attendue</p> <p>c) Diminution selon la cible attendue</p>	<p>a) Diminution selon la cible attendue</p> <p>b) Diminution selon la cible attendue</p> <p>c) Diminution selon la cible attendue</p>	<p>a) Diminution de 10 %</p> <p>b) Diminution de 25 %</p> <p>c) Diminution à 5.51 %</p>

<sup>2</sup> Le plan stratégique de développement ressources humaines (PSDRH) regroupe les plans d'action suivants : **le plan de main d'œuvre**, décrivant des stratégies d'attraction et de rétention spécifiques aux titres d'emploi vulnérables, **le plan d'amélioration de la santé, du bien-être et de la mobilisation** en lien avec la certification «Entreprise en santé» et l'Agrément, **le plan triennal de développement des compétences et d'adaptation de la relève professionnelle**, **le plan d'amélioration des conditions d'exercice et de soutien au rôle et aux responsabilités des cadres** et **le plan d'action relié à la main d'œuvre médicale**. Ce plan concerne donc à la fois les médecins, le personnel-cadre et le personnel syndiqué; il répond aux exigences de l'article 231 de la LSSSS et aux normes Agrément.

**ENJEU 5**  
**UNE GESTION PERFORMANTE ET IMPUTABLE**

**ORIENTATION 5**

**Améliorer la performance de l'établissement et instaurer une culture de la mesure des résultats**

<b>Objectifs</b>	<b>Indicateurs</b>	<b>Cible mars 2013</b>	<b>Cible mars 2014</b>	<b>Cible mars 2015</b>
<b>5.1</b> Mettre à jour le plan d'organisation 2012 en fonction de la consolidation des programmes-service cliniques prévue d'ici juin 2015	Plan d'organisation : mise à jour annuelle	100 %	100 %	100 %
<b>5.2</b> Mettre en œuvre une offre des services administratifs révisée, optimisée et orientée vers le client	Offre de service pour chacun des services administratifs	Offres de service révisées et écrites		
a) Activités liées à l'optimisation des processus au sein de l'organisation	a) Nombre de projets réalisés	a) 3 projets	a) 3 projets	a) 3 projets
b) Projets d'optimisation de l'utilisation des bases de données (financier, paye, RH, Médiplan, dossiers cliniques informatisés (DCI), logiciel <i>Entretien préventif des équipements</i> , transport, rendez-vous).	b) Nombre de projets réalisés	b) 3 projets	b) 2 projets	b) 2 projets
c) Projet global de réduction de la consommation d'énergie	c.1) Quatre projets : chaufferie, lave-vaisselle, chauffe-eau, système d'éclairage  c.2) Réduction de la consommation d'énergie (carburant)	c.1) 100 % des projets réalisés  c.2) 1 000 litres par jour		
d) Projet de gestion des matières résiduelles du programme « <i>Ici, on recycle</i> »	d) Nombre d'activités prévues au programme et taux de participation des installations	d) Intégration du Pavillon Eudore-LaBrie	d) Augmentation de la participation des installations	d) 100 % des secteurs touchés
<b>5.3</b> Réaliser un projet d'optimisation et de réorganisation du travail au bloc opératoire	Plan d'actualisation des recommandations du MSSS	50 %	75 %	100 %
<b>5.4</b> Réaliser les activités prévues au plan annuel de communication s'adressant aux médecins, au personnel, aux partenaires et à la population	Plan de communication : mise à jour annuelle	100 %	100 %	100 %
<b>5.5</b> Mettre en place des tableaux de bord de suivi d'indicateurs de gestion				
a) C.A. (financier, ressources humaines, gestion des risques, plaintes et autres au besoin)	a) Tableau de bord au C.A.	a) Tableau de bord élaboré et implanté	a) Mise à jour	a) Mise à jour
b) Gestionnaires (ceux du C.A. et suivi d'indicateurs de gestion)	b) Tableaux de bord adaptés aux secteurs d'activités des gestionnaires	b) Élaboration à 10%	b) Élaboration à 50%	b) Élaboration à 100%
<b>5.6</b> Implanter, selon les priorités nationales et régionales, les systèmes informatisés d'information clinique. (Ex.: DCI, l'index patient maître, dossier santé électronique.)	Déploiement des systèmes informatisés d'information clinique, selon les travaux nationaux et régionaux des différents systèmes.	À déterminer	À déterminer	À déterminer
<b>5.7</b> Mettre en place les mesures visant le retour et le maintien de l'équilibre budgétaire	Atteinte de l'équilibre budgétaire par la révision de tous les services et l'optimisation des processus de gestion	Atteinte	Maintien	Maintien

## **ACRONYMES**

ASSS	Agence de santé et de services sociaux
C.A.	Conseil d'administration
CHSLD	Centre hospitalier de soins de longue durée
CLSC	Centre local de services communautaires
COC	Comité d'orientation de la clientèle
CQA	Conseil québécois d'Agrément
CRDITED	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et trouble envahissant du développement
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DCI	Dossiers cliniques informatisés
DP	Déficience physique
GMF	Groupe de médecine familiale
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MOI	Main d'œuvre indépendante
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PALSP	Plan d'action local de santé publique
PALV	Perte d'autonomie liée au vieillissement
PCP	Pratiques cliniques préventives
PMO	Plan de main d'œuvre
PSDRH	Plan stratégique de développement des ressources humaines
PSI	Plan de services individualisé
RH	Ressources humaines
RI	Ressources intermédiaires
RLS	Réseau local de services
RTF	Ressources de type familial
SAD	Soutien à domicile
SIM	Suivi intensif dans le milieu
SIV	Suivi d'intensité variable
TED	Trouble envahissant du développement