

Planification stratégique 2010-2015



**PLANIFICATION
STRATÉGIQUE**

Date :	21 décembre 2012
Rédaction :	Christian Pepin, adjoint en procédés cliniques et administratifs, Direction générale adjointe
Données, graphiques et analyses statistiques :	Gilbert Filion, conseiller cadre, Direction locale de santé publique et du développement des communautés
Graphisme :	Estelle Zehler, conseillère cadre en communication, Direction générale adjointe
Révision :	Carmen Dubé, technicienne en administration, Direction générale adjointe
Adoption :	Lors de la 52 ^e assemblée ordinaire du conseil d'administration du Centre de santé et de services sociaux d'Achutesic et Montréal-Nord tenue le 27 novembre 2012

Publication

Centre de santé et de services sociaux d'Achutesic et Montréal-Nord
Centre administratif
1725, boul. Gouin Est
Montréal (Québec) H2C 3H6

Téléphone : 514 384-2000
Télécopieur : 514 384-4245

Production
Direction générale

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

La reproduction par quelque procédé que ce soit et la traduction, même partielles, sont interdites sans l'autorisation de la Direction générale adjointe du Centre de santé et de services sociaux d'Achutesic et Montréal-Nord.

TABLE DES MATIÈRES

MESSAGE DE LA DIRECTION GÉNÉRALE	5
--	---

INTRODUCTION

• Démarche de la planification stratégique 2010-2015	7
--	---

CHAPITRE 1 - Planification stratégique 2010-2013	9
--	---

• Section A - Contexte	11
• Section B - La démarche	13
• Section C - Le CSSSAM-N	19
• Section D - La population	23
• Section E - Les cinq volets	37
• Section F - Les enjeux du CSSSAM-N	43

CHAPITRE 2 - Planification stratégique 2013-2015	61
--	----

• Section 1 - Présentation de l'établissement	63
• Section 2 - Description du contexte	65
• Section 3 - Orientations, objectifs, actions et indicateurs	67
Tableau intégrateur des axes, orientations, objectifs, actions principales, indicateurs et cibles	
• Section 4 - Tableau synoptique	83

ANNEXES	85
---------------	----

• Annexe 1 - Texte de la résolution du conseil d'administration du 20 mars 2012	87
• Annexe 2 - Extrait du document Programmation clinique 2010-2020 du plan directeur immobilier du CSSSAM-N	89

BIBLIOGRAPHIE	119
---------------------	-----

GLOSSAIRE DES ACRONYMES ET SIGLES	121
---	-----



MESSAGE DES AUTORITÉS

Conformément aux directives ministérielles de la circulaire 2011-040 concernant le plan stratégique pluriannuel d'un établissement public, c'est avec plaisir que nous vous présentons le résultat des travaux de réflexion ayant mené aux éléments de positionnement stratégique de notre organisation d'ici 2015.

Ce positionnement révélé dans sa planification stratégique 2010-2015 constitue un cap, un ensemble de points de repères que l'organisation se donne pour l'aider à prioriser ses efforts d'amélioration des services offerts à sa population.

La planification stratégique 2010-2015 du Centre de santé et de services sociaux d'Ahuntsic et Montréal-Nord (CSSSAM-N) est séparée en deux chapitres principaux : la portion 2010-2013 ayant déjà fait l'objet d'une adoption au conseil d'administration à l'automne 2010 et la portion 2013-2015 adoptée à l'automne 2012 qui s'inscrit en continuité avec la première.

Au chapitre 1, le document de planification stratégique 2010-2013 comprend sept sections qui reprennent l'essentiel des exigences de l'annexe 1 de la circulaire.

Au chapitre 2, le document de planification stratégique 2013-2015 reprend les sections telles qu'exigées par la circulaire. Le lecteur notera certaines références au contenu du chapitre 1.

Notre organisation a fait le choix, dans sa réflexion stratégique 2013-2015, de reconduire les grands axes, orientations et objectifs stratégiques des années 2010-2013. Elle a favorisé une démarche de réflexion allégée, visant surtout à revoir le portefeuille de projets en réponse aux enjeux stratégiques déjà définis et mis à jour.

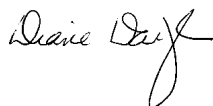
L'environnement externe et interne ayant relativement peu évolué entre-temps et les données du recensement 2011 n'étant pas toutes disponibles encore, l'établissement a surtout alimenté sa réflexion avec les analyses statistiques produites en 2010 pour la planification stratégique et la production du plan directeur immobilier.

Avec un souci de cohérence, nos réflexions tiennent compte et intègrent des éléments de la planification stratégique ministérielle et de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (ASSSM).

Aux projets majeurs inscrits dans notre plan 2013-2015, s'ajoutera en 2014 une démarche de planification stratégique pour développer son positionnement 2015-2020.

Cet exercice s'annonce plus complet à la lumière d'un audit de l'environnement exhaustif avec de nouvelles données populationnelles et de services ainsi que la participation maximale des parties prenantes internes autant que des partenaires du réseau local de services. Il tiendra certainement compte, si disponibles, des orientations ministérielles pour ces mêmes années.

La directrice générale,



Diane Daigle

Le président du conseil d'administration,



Denis Rousseau



Introduction - Planification stratégique 2010-2015

Démarche de planification stratégique 2010-2015

Dans le cadre de la poursuite des travaux du projet clinique amorcés en 2005, le conseil d'administration a déterminé en 2009 trois chantiers méritant une réflexion stratégique pour les prochaines années : l'organisation des services médicaux sur le territoire, les services de première et deuxième lignes et le continuum de services d'hébergement aux personnes en perte d'autonomie du CSSSAM-N.

À ces grands chantiers, s'est ajoutée une démarche de prédiagnostic ISO-26000 de l'organisation qui concerne ses responsabilités éthiques, sociales et environnementales ainsi qu'une démarche de réflexion stratégique des directions-soutien.

Tous ces éléments nécessitaient un ajustement de l'offre de service pour faire face aux enjeux du moment, et ce, dans un contexte de rareté des ressources. Souhaitant se donner une vision pour les prochaines années, le conseil d'administration a lancé une démarche participative de positionnement stratégique qui a mené à la production du document de planification stratégique 2010-2013.

L'analyse de l'environnement interne et externe s'est alors fondée sur les données de production de services, les données populationnelles actuelles et projetées, la participation de certains partenaires du réseau local de services, l'état de situation de notre projet clinique, le résultat de sondages auprès de la clientèle et des employés, les résultats de l'agrément et autres visites d'organismes et finalement, sur les éléments de la planification stratégique de l'ASSSM et le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

Les grands chantiers de travail ont fait émerger de nombreux enjeux classés selon cinq axes : les personnes, les services médicaux de première et deuxième lignes, les programmes-services, la responsabilité sociétale ainsi que la qualité des services et performance. À ces axes sont collés des orientations générales et des objectifs.

À l'automne 2011, le MSSS a produit la circulaire 2011-040 précisant ses exigences relatives aux plans stratégiques des établissements publics. Le conseil d'administration a alors adopté une résolution précisant son positionnement, les actions à mettre en œuvre et l'échéancier pour répondre à ces exigences (annexe 1).

L'exercice de réflexion stratégique 2013-2015 reprend les mêmes axes, orientations et objectifs stratégiques qu'en 2010-2013 en réponse à des enjeux qui demeurent sensiblement identiques aux années précédentes. Par contre, après un bilan des actions et projets des deux premières années ainsi qu'une priorisation de projets de l'année en cours, l'établissement a révisé et simplifié son portefeuille de projets stratégiques des deux dernières années. L'ensemble est précisé au chapitre 2 du présent document.



Planification stratégique 2010-2013



**PLANIFICATION
STRATÉGIQUE**

SECTION A CONTEXTE

Le Centre de santé et de services sociaux d'Ahuntsic et Montréal-Nord (CSSSAM-N) est issu du regroupement des centres locaux de services communautaires (CLSC) d'Ahuntsic et de Montréal-Nord, des centres d'hébergement de Louvain, Laurendeau, Légaré et Paul-Lizotte et de l'Hôpital Fleury. Cinq établissements y sont associés, soit le Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) Gouin, le CHSLD Marie-Claret, l'Hôpital Marie-Clarac, la Résidence Angelica et la Résidence Berthiaume-du Tremblay.

Le CSSSAM-N est situé dans la partie nord-est du centre de l'île de Montréal et sa population était évaluée à un peu moins de 162 000 personnes lors du dernier recensement de 2006.

Au 31 mars 2010, le CSSSAM-N regroupe quelque 2 347 employés, 90 omnipraticiens, 109 spécialistes (actifs et associés) et 11 pharmaciens. Avec un budget annuel de 153 M\$ (2010-2011), il exploite 115 lits d'hospitalisation de courte durée en santé physique, 24 lits en psychiatrie, 25 lits en attente d'hébergement et 10 lits en gériatrie à l'Hôpital Fleury ainsi que 688 lits d'hébergement de longue durée dans ses centres d'hébergement. Pour leur part, les établissements associés exploitent 764 lits d'hébergement et de réadaptation.

Dans le cadre de la poursuite des travaux du projet clinique amorcés en 2005, le conseil d'administration a déterminé trois axes méritant une réflexion stratégique pour les prochaines années : l'organisation des services médicaux sur le territoire du CSSS, les services de première et deuxième lignes du CSSS et le continuum de services d'hébergement aux personnes en perte d'autonomie.

À ces grands axes s'est ajoutée une démarche de prédiagnostic ISO-26000 de l'organisation, qui concerne ses responsabilités éthiques, sociales et environnementales, ainsi qu'une démarche de réflexion stratégique des directions-soutien.

Tous ces éléments nécessitent un ajustement de l'offre de service pour faire face aux enjeux actuels, et ce, dans un contexte de rareté des ressources. Souhaitant se donner une vision pour les prochaines années, le conseil d'administration a lancé une démarche participative de positionnement stratégique dont voici le résultat.

Raison d'être du document

Des enjeux et des défis ont été proposés pour chaque axe et la Direction générale les a regroupés et synthétisés en un tout cohérent qui servira à guider l'organisation vers les différentes stratégies et actions nécessaires à court, moyen et long termes afin d'améliorer les services à la population du territoire du CSSSAM-N.

Ce document expose, à la section F, les grands axes, orientations et objectifs stratégiques de l'organisation. Cette section majeure est précédée d'une explication de la démarche de planification stratégique choisie (section B), d'un portrait du CSSSAM-N, de son environnement et de la population de son territoire (sections C et D), des précisions et enjeux préliminaires propres à chaque chantier (section E).

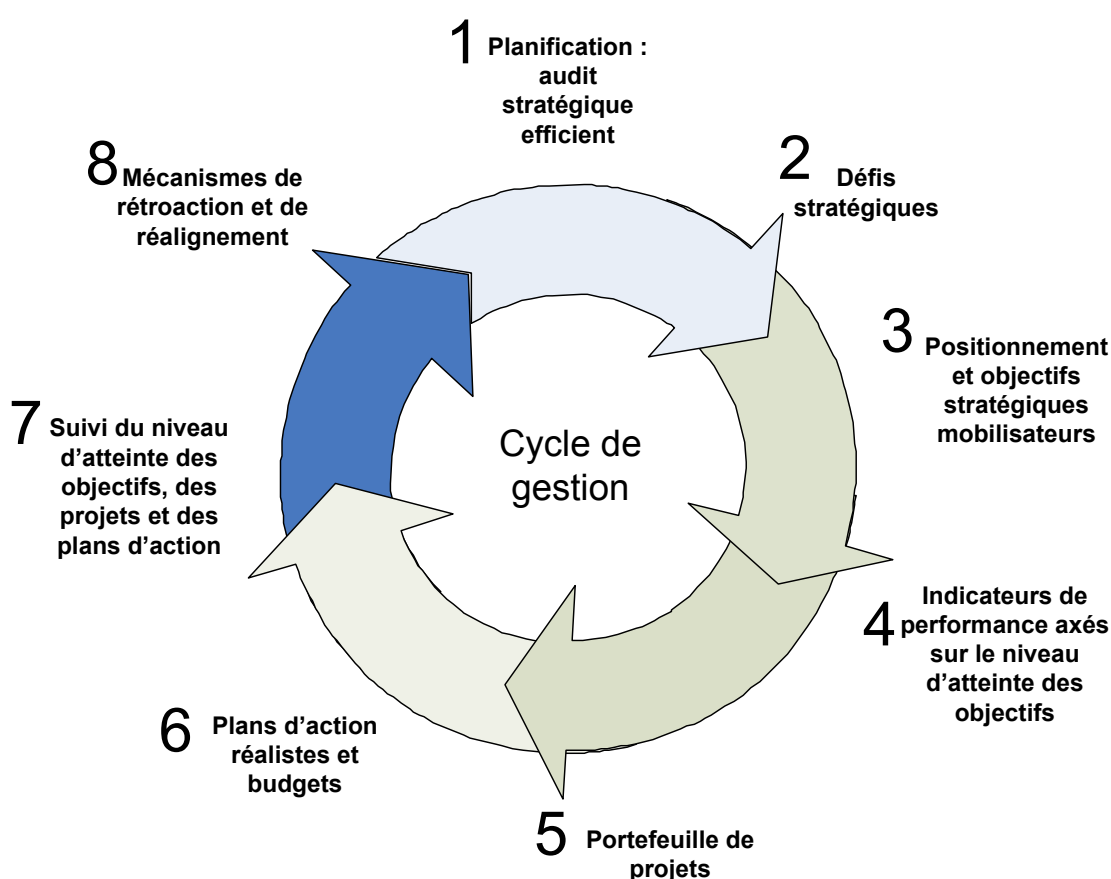


Avant même d'aborder cette section, il importe, pour aider à situer le lecteur, de définir la terminologie employée dans ce document et de clarifier les différents concepts.

La planification stratégique

« Une planification stratégique est une représentation du futur souhaité, à la fois rationnelle et intuitive, englobante et prospective. »¹ Les auteurs Caron et Martel résument bien l'état d'esprit et les principes qui ont animé les acteurs de la démarche au CSSS. Notre planification stratégique implique les forces vives des partenaires de la communauté ainsi que du personnel à l'interne. Elle propose un cadre d'intervention convergent et cohérent dans la mise en œuvre d'une ambition commune en lien avec la mission de notre organisation. L'usager se situe donc au cœur de cette planification.

Une planification stratégique claire et partagée est le point de départ pour donner sens et cohérence aux décisions futures et soutenir la prise de décision dans le cadre de notre offre de soins et de services. La planification stratégique du CSSSAM-N 2010-2013 englobe les trois premières étapes du cycle de gestion, tel que synthétisé dans le diagramme suivant² :



Par après, dans la séquence, une planification stratégique sert de canevas, de schéma intégrateur dans lequel s'insèrent plusieurs projets concrets, cohérents avec les objectifs retenus. Les projets futurs devront être priorisés de façon réaliste en s'intégrant à ceux déjà entamés, en fonction de ressources limitées pour les gérer et les actualiser.

Finalement, la planification stratégique oriente le développement à long terme d'une organisation, tout en lui permettant de conserver une marge de flexibilité et en lui laissant la possibilité de réagir aux opportunités émergentes et aux événements imprévus. Les connaissances de l'avenir demeurent forcément limitées et la planification ne peut jamais prévoir tous les impondérables du futur. L'organisation devra continuer de s'y ajuster.

¹ CARON, A. et MARTEL, R. P., *La vision stratégique du développement culturel, économique, environnemental et social*, ministère des Affaires municipales et des régions, septembre 2005, p. 6-8

² Extrait de *Notes de cours Gestion stratégique* dans le cadre du programme de relèvement des cadres supérieurs de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-centre, LEMIEUX, Carl, 2003



Le plan d'organisation

Un plan d'organisation détaille la structure que l'établissement met en place pour répondre à sa mission ainsi qu'aux orientations et objectifs exposés dans sa planification stratégique. À partir de la vision, il englobe aussi les valeurs véhiculées par l'organisation ainsi que la philosophie de gestion.

Il est rédigé conformément à l'article 83 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux : « *Tout établissement doit préparer un plan d'organisation administratif, professionnel et scientifique. Ce plan décrit les structures administratives de l'établissement, ses directions, services et départements ainsi que les programmes cliniques.* »

Le projet clinique

Le projet clinique consiste en une démarche qui a pour but d'améliorer l'organisation et l'ensemble des services de santé et des services sociaux dans le réseau local du CSSS, et de les adapter aux besoins de la population. Au moment de la création des CSSS, le MSSS a mandaté ceux-ci pour revoir les besoins de la population de leur territoire, dresser le bilan des services offerts et analyser les écarts entre les besoins requis et les services offerts, pour ainsi bonifier l'offre de service afin de mieux répondre aux besoins de l'ensemble de leur population respective.

Cette démarche de planification a impliqué la participation et la collaboration des intervenants du CSSS, de concert avec les partenaires du territoire. Les documents des phases I et II du projet clinique font état des résultats de cette démarche. Le projet clinique collige les efforts de tous dans le but d'améliorer l'accessibilité, la continuité et la qualité des services offerts à la population ³.

En résumé, le projet clinique touche aux activités cliniques de l'ensemble du réseau local de services alors que la planification stratégique est propre au CSSS, qui ne constitue qu'un des acteurs du réseau local. Mais, les deux concepts sont intimement reliés alors que le CSSS doit, en vertu de la Loi sur les services de santé et de services sociaux, assumer le leadership dans la mise en place du projet clinique. Des éléments du projet clinique se retrouvent donc dans la planification stratégique.

Terminologie

La littérature reliée à la planification stratégique révèle quantité de termes parfois confondants et utilisés de plusieurs manières par certains auteurs, enseignants ou formateurs. Il devient difficile de distinguer formellement une orientation stratégique d'un objectif stratégique, d'un axe, d'un enjeu, d'un défi stratégique, d'un objectif tactique ou opérationnel, d'un élément de vision, etc.

Pour simplifier la lecture de ce rapport, voici une explication plus concrète du sens entendu par les termes présents dans le texte et les diagrammes.

AXE : indique une direction générale, un vaste champ d'action. Les axes précisent les thèmes majeurs de la planification stratégique.

ORIENTATION : se définit comme un grand objectif général relié à l'axe et qui vient le préciser. C'est le guide dans lequel s'insèrent les objectifs stratégiques, tactiques et opérationnels.

OBJECTIF STRATÉGIQUE : but, finalité dont la réalisation s'étend sur plusieurs années.

ACTIONS et PROJETS : par la suite, des actions et des projets à portée plus opérationnelle s'insèrent dans l'objectif stratégique. Ces actions et projets sont habituellement plus circonscrits dans le temps.

³ Extraits du site WEB du CSSS de la Montagne, <http://www.santemontreal.qc.ca/CSSS/delamontagne/fr/default.aspx?sortcode=1.58.60>

La démarche de planification stratégique

Le diagramme de la page 14 présente la structure de responsabilités du projet adoptée par la Direction générale pour mener à terme l'exercice de planification stratégique.

Chaque grand volet de réflexion identifié par le conseil d'administration a généré un chantier de travail. Le leadership de l'exercice a été assuré par la Direction générale avec une coordination de l'adjoint en procédés cliniques et administratifs, présent dans chacun des chantiers.

Quatre équipes de projet ont collaboré aux travaux des diverses démarches. Déjà, entre le début de la démarche et la production de ce rapport final, certains interlocuteurs peuvent avoir changé.

Volet Organisation des services médicaux

L'équipe était composée des personnes suivantes :

Diane Daigle, directrice générale;
Agnès Boussion, directrice générale adjointe;
Dr Bruno J. L'Heureux, directeur des services professionnels et hospitaliers;
Dr Pierre Corriveau, président du CMDP;
Dr Pierre Charbonneau, chef de la table locale du DRMG;
D^{re} Christiane Arbour, consultante de la firme Raymond-Chabot-Grant-Thornton.

La Direction générale a demandé au D^{re} Arbour d'animer ce volet de la réflexion stratégique.

Volet Programmes-services de première et deuxième lignes du CSSS

L'équipe, qui a repris essentiellement la composition du comité élargi du projet clinique, était composée des personnes suivantes :

Julie Boucher, directrice locale de santé publique, responsable du volet;
Guylaine Chénier, chef de table Services généraux;
Daniel Boivin, chef de table Santé mentale et DI-TED;
Joane Boulanger, chef de table Santé physique;
Jérôme Dupont, chef de table Déficience physique;
Vincent Roy, chef de table PALV;
Anik Tremblay, chef de table Dépendances;
Charlotte Huard, chef de table Jeunes en difficulté.

Julie Boucher a animé ce chantier dont les travaux se sont grandement apparentés à ceux du projet clinique de 2005-2006.

Volet Continuum de services en hébergement

L'équipe était composée des personnes suivantes :

Johanne Pednault, directrice des services aux aînés;
Jérôme Dupont, chef de programme PALV-SAD;
Vincent Roy, adjoint au développement et suivi des dossiers stratégiques;
Linda Monssen et Martine Fortin, adjointes à la Direction des services aux aînés (hébergement);
Stéphanie Larose, coordonnatrice des continuums clientèles, équipe ECGT;
Roseline Veilleux, coordonnatrice en activités spécialisées;
Jasmine Dubois, chef du Service des bénévoles;
Thérèse Dionne, adjointe à la Direction des services aux aînés (SAD);
Johanne Charrette, consultante et animatrice de volet;
Jean-Claude Boisvert, consultant et animateur du forum des partenaires.

Johanne Charrette, consultante, a animé la démarche de collecte de données et d'entrevues. Jean-Claude Boisvert a assisté l'équipe dans la préparation et l'animation d'un forum avec les partenaires de la communauté.



L'équipe était composée des personnes suivantes :

Diane Daigle, directrice générale
Agnès Boussion, directrice générale adjointe
Julie Boucher, directrice locale de santé publique
Dominique Lemonde, directrice des ressources humaines et du développement organisationnel

Marylène Pin et Pascal Lachance, de la firme IVA conseils, ont procédé à l'audit de l'organisation et animé la démarche.

Animation de la démarche d'audit stratégique des directions-soutien

Carl Lemieux, consultant de la firme Lemieuxconseil, a animé les journées de travail des sept directions-soutien ou services-soutien suivants :

Direction des ressources financières;
Direction des soins infirmiers;
Direction des services multidisciplinaires;
Service des archives (et la fonction de production statistique);
Direction des ressources humaines et du développement organisationnel;
Direction des ressources informationnelles;
Direction des services techniques et des immobilisations.

Agnès Boussion, directrice générale adjointe, a animé la démarche des services sous sa responsabilité. (Communications, Qualité, Enseignement et Recherche)

Production du rapport de consultation sur la planification stratégique

Christian Pepin, adjoint en procédés cliniques et administratifs à la Direction générale, s'est inspiré des conclusions des différents rapports produits par l'ensemble des démarches pour rédiger ce document intégrateur. Il intègre aussi les éléments de planification stratégique préliminaire du Ministère et de l'Agence pour assurer une cohérence de vision.

Phase de consultation

En juin dernier, un rapport préliminaire a été soumis aux instances suivantes et près d'une vingtaine de personnes ou groupes officiels l'ont commenté :

- Comité de réflexion sur la planification stratégique du C.A.;
- Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens;
- Conseil des infirmières et infirmiers;
- Conseil multidisciplinaire;
- Comité de direction;
- Membres des équipes de projet des chantiers de la planification stratégique;
- Gestionnaires du CSSS;
- ASSSM (coordonnatrice - gestion de l'information, planification, développement stratégique et de l'évaluation).

Les différents commentaires ont permis de bonifier la rédaction de ce rapport final.

Sondages auprès de la population

L'ASSSM a procédé en 2009 à un sondage et à des groupes de discussion sur les enjeux et le bien-être à Montréal. Une vérification auprès du coordonnateur de cette démarche confirme que les résultats montréalais sont, sans risque d'erreur, exportables à l'échelle locale des CSSS. Une enquête précise auprès de notre population serait coûteuse sans grandement modifier les conclusions de l'étude régionale. Le sommaire général des résultats de l'enquête régionale se retrouve à la page 22.

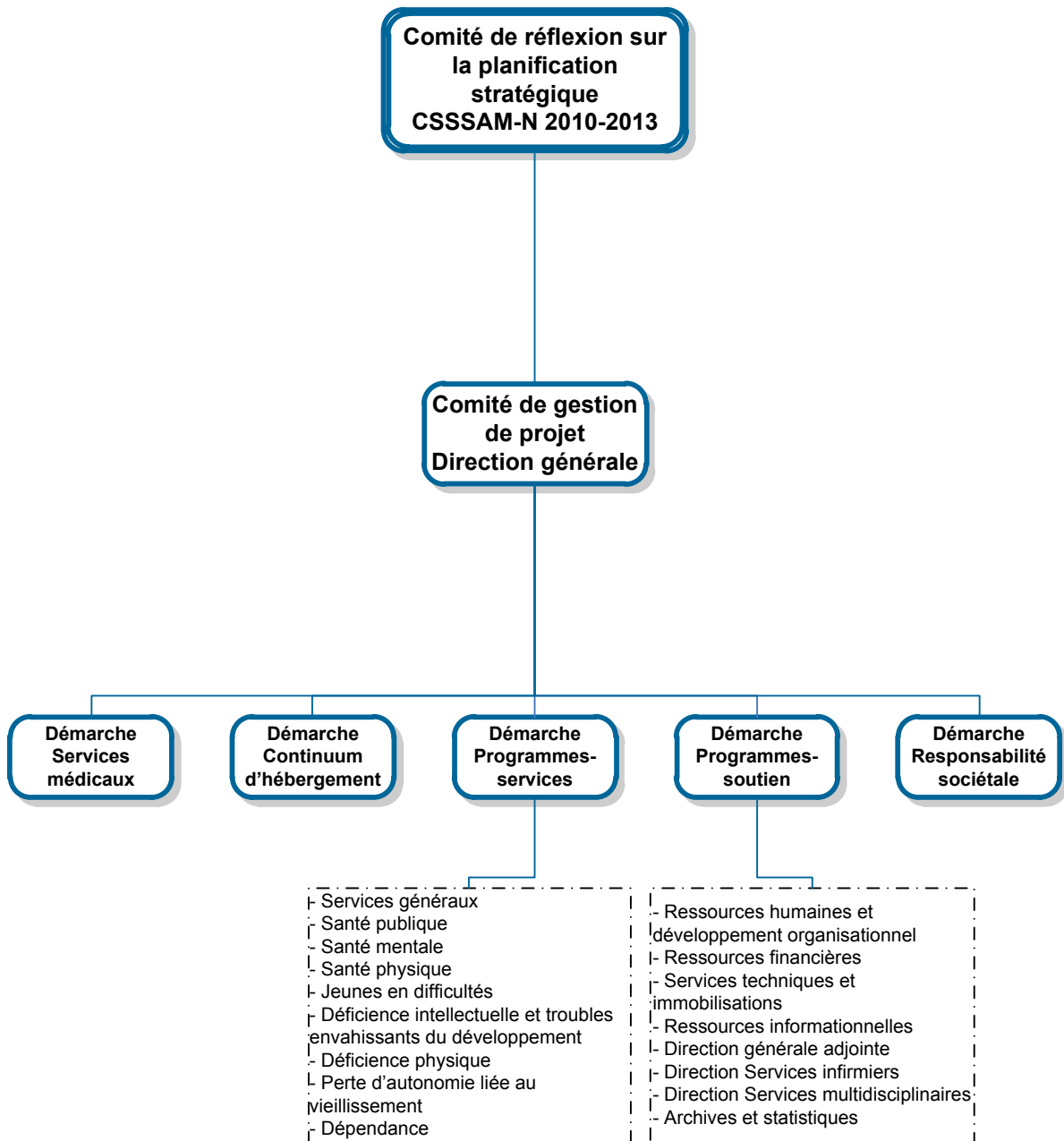
Ceux-ci pointent vers les problématiques d'accessibilité aux professionnels de santé et aux services, des enjeux présents dans les objectifs stratégiques du CSSSAM-N.

Par ailleurs, un sondage sur la satisfaction de la clientèle de notre CSSS sera réalisé cette année en lien avec la démarche d'agrément 2011. Ses résultats permettront, en cours de route, de réviser nos enjeux, projets d'amélioration et priorités dans une optique d'amélioration continue de la planification de nos activités.

De plus, les résultats du sondage sur la satisfaction de la clientèle PALV réalisé en 2007 ainsi que ceux du sondage sur les services post-hospitaliers de réadaptation de 2009, ont été utilisés pour bonifier l'analyse stratégique de certains volets de la démarche.



Structure des comités de la démarche de planification stratégique 2010-2013



Mission, valeurs, vision, philosophie de gestion

L'énoncé de mission, les valeurs, la vision ainsi que la philosophie de gestion sont présentement en révision, tout comme le plan d'organisation. Ce document sera adopté au cours de l'automne 2010.

Parmi les différents fondements, entre autres, il reprendra les concepts de responsabilité populationnelle inscrits dans la réforme de 2004. Il situera aussi l'usager comme premier responsable du maintien ou de l'amélioration de sa santé et le replacera au cœur de l'offre de service du CESSAM-N. Il inclura la nécessité pour le CESS d'adapter ses services au contexte multiethnique de sa population. Les changements démographiques actuels et à venir sur notre territoire poussent en effet le CESS à ajuster sa desserte de services aux réalités linguistiques et culturelles de sa population.

Plan d'organisation

Le plan d'organisation spécifiera le rôle central du CESS comme leader du développement de partenariat avec tous les acteurs du réseau local en réponse à son projet clinique.

Réalisations du CESSAM-N en bref

Depuis la fusion des établissements de santé qui a mené à la création du CESSAM-N en 2004, beaucoup de travaux et de projets ont été réalisés et les activités cliniques sont sans cesse en croissance. Sans en faire une liste exhaustive, voici certains faits saillants illustrant le dynamisme d'une organisation toujours en mouvement pour mieux desservir sa population.

Quelques statistiques

- En six ans, près de 247 000 visites à l'urgence (plus de 100 visites par jour)
- Plus de 30 000 hospitalisations (5 000 par année)
- Près de 22 000 chirurgies d'un jour
- Au-delà de 1 300 prothèses de hanche et de genou (50 % de plus d'opérations en 2009 par rapport à 2004)
- 8 000 opérations de la cataracte (44 % de plus d'opérations en 2009 par rapport à 2004)
- 13 000 naissances sur le territoire depuis six ans (45 % de plus de naissances en 2009-2010 par rapport à 2004-2005)
- 237 000 usagers desservis en CLSC (environ 40 000 usagers par année)
- 38 000 usagers desservis en services à domicile (plus de 6 000 usagers par année)
- 2 238 stagiaires accueillis de 2005 à 2009
- CESSAM-N agréé par Agrément Canada en 2008; Hôpital Fleury en 2004
- Plus de 1,9 M\$ en achat d'équipements médicaux et plus de 750 000 \$ en achat d'équipements généraux et spécialisés depuis trois ans
- Plus de 1,3 M\$ investis par la Fondation depuis 2002

Des réalisations au niveau clinique depuis 2004

- L'élaboration des phases I et II du projet clinique
- La rédaction de deux plans locaux de santé publique (le plus récent couvrant les cinq prochaines années)
- Le démarrage d'une équipe de consultation gériatrique thérapeutique (ECGT) à l'Hôpital Fleury
- L'introduction de l'infirmière pivot en oncologie
- L'harmonisation des modalités d'accès aux services en CLSC et l'implantation des guichets d'accès aux programmes spécifiques
- L'accréditation ministérielle obtenue pour trois groupes de médecine familiale
- Des efforts multidisciplinaires majeurs en prévention des infections et dans la lutte lors des éclosions
- L'installation d'une salle endoscopique intégrée numérique haute définition
- Un exercice de vaccination de masse sans précédent lors de la 2^e vague de la pandémie de grippe A(H1N1)
- La mise sur pied du Centre d'éducation pour la santé
- La mise sur pied du Centre d'excellence en gestion de la maladie chronique



- Des partenariats avec les ressources intermédiaires pour la clientèle PALV (Harmonie Nature, RI d'Ahuntsic et autres projets en développement)
- Un partenariat avec une ressource non institutionnelle (Navarro) dans le programme de lits post-hospitaliers
- Un plan d'amélioration continu de la qualité du milieu de vie en hébergement
- Le projet McKinsey pour l'urgence visant la fluidité du parcours des patients de l'urgence vers les unités d'hospitalisation
- Un exercice de sectorisation des unités à l'Hôpital Fleury permettant le développement des continuums clientèle
- L'ouverture de six lits d'évaluation et d'orientation au Centre d'hébergement Légaré
- Le projet de pédiatrie sociale à Montréal-Nord
- Le développement et le démarrage de l'observatoire populationnel de santé publique
- Un recrutement significatif de nouveaux médecins afin de répondre aux besoins de la population du territoire
- Le développement substantiel de l'équipe de santé mentale adulte de 1^{re} ligne et des services à cette clientèle

Des réalisations au niveau des technologies de l'information

- Le déploiement de la DSIE (demande de services interétablissement électronique)
- La numérisation de l'imagerie médicale à l'Hôpital Fleury (PACS)
- L'implantation et l'utilisation de SICHELD dans tous les centres d'hébergement
 - La fusion des bases de données clientèle ICLSC dans les deux installations CLSC
 - Un index-patient maître, e-Clinibase, qui chapeaute toutes nos bases de données clientèle
 - L'implantation d'un système automatisé de distribution de la médication
 - L'implantation à l'Hôpital Fleury d'un système d'entretien préventif informatisé incluant la requête de travail numérique
 - Un numéro de téléphone unique CSSS appuyé par un nouveau système de téléphonie
 - Le renouvellement constant du parc informatique et la mise en œuvre du plan directeur des ressources informatiques
 - La téléradiologie pour l'interprétation en radiologie et en imagerie médicale

Des réalisations au niveau des directions-soutien

- La fusion des secteurs, l'harmonisation des pratiques et la revue des processus des diverses directions-soutien
- De nombreuses démarches d'amélioration de la qualité via le processus d'agrément, la gestion des risques, le traitement des plaintes et les dossiers organisationnels
- La production du journal Le Cercle
- La réalisation de guides pour les patients hospitalisés et nos résidents
- Deux enquêtes sur le climat de travail auprès des employés
- La signature des conventions collectives locales avec les quatre unités d'accréditation
- Une fête de reconnaissance annuelle en pleine croissance depuis cinq ans (de 600 à 900 employés présents)
- L'implantation du logiciel financier SAP et la révision des processus à la Direction des ressources financières
- Quantité de projets d'amélioration locative dont l'agrandissement de l'urgence, la rénovation de l'unité d'hospitalisation en santé mentale, le réaménagement des cuisines à de Louvain et à Légaré, l'aménagement du 2330, Fleury Est et du 6500, Henri-Bourassa Est, ainsi que des travaux au 4^e étage du CLSC de Montréal-Nord
- Des achats d'équipements performants en centrale de stérilisation, dans la révision des processus d'approvisionnement ainsi qu'au bloc opératoire
- Un projet de réorganisation du travail infirmier aux services à domicile ayant permis la réduction de près de 50 % des heures de main-d'œuvre indépendante en 2009-2010
- Un projet majeur en cours pour l'implantation d'un appareil de résonance magnétique et la modernisation du laboratoire médical
- La révision de tous les processus en hygiène et salubrité (particulièrement les désinfections) afin de les rendre conformes aux lignes directrices du MSSS
- Un projet majeur en cours visant l'amélioration de l'efficacité énergétique à l'hôpital et aux quatre centres d'hébergement pour lequel le CSSS a reçu un prix de l'AQESSS
- Une enquête de satisfaction des usagers PALV : hébergement, services à domicile et proches aidants en 2007
- Une enquête de satisfaction des usagers pour les services posthospitaliers de réadaptation et de soins subaigus en 2009



Environnement externe

La planification stratégique du CSSS-N s'intègre à celle de l'ASSSM et du MSSS. Ces deux organismes procèdent en ce moment à la validation de leurs documents de planification stratégique 2010-2015. Il importe de connaître leurs orientations, car elles influencent évidemment les nôtres. Le document de consultation de la planification stratégique de l'Agence (qui englobe aussi les enjeux ministériels) se retrouve sur son site Web.

L'Agence y expose sa vision, ses propres priorités ainsi que les enjeux ministériels.

La vision renouvelée du modèle montréalais

Celle-ci s'articule autour de sept éléments interreliés :

- Des équipes multidisciplinaires : médecins et professionnels de la santé responsables des clientèles inscrites
- Des modèles de prestation intégrée des soins qui ont fait leurs preuves pour l'accessibilité, la continuité et la qualité des soins et services
- La capacité des personnes et des collectivités à agir sur leur bien-être et leur santé
- Un dossier clinique informatisé : la technologie au service des patients et des praticiens
- Une main-d'œuvre mobilisée imputable de ses résultats
- Une évaluation des résultats pour être capable de s'améliorer
- Une gestion du changement qui s'appuie sur un leadership fort

Les priorités régionales 2010-2015

- Développer une première ligne forte centrée sur la personne et ayant un accès rapide à des services diagnostiques et de prise en charge
- Mettre en place une meilleure gestion des maladies chroniques
- Intervenir précocement auprès des tout-petits, des jeunes et de leur famille
- Compléter la mise en œuvre des grands plans régionaux
 - Santé publique
 - Personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement
 - Plan régional de transformation des services en santé mentale
 - Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
 - Déficience physique
- Collaborer avec nos partenaires à la réduction des inégalités de santé et de bien-être

La planification stratégique du Ministère, quant à elle, précise six enjeux scindés en plusieurs orientations, objectifs, indicateurs et cibles que s'approprie l'Agence. Ces indicateurs et ces cibles se retrouveront donc dans nos ententes de gestion lorsque les priorités ministérielles auront été confirmées.

Les six enjeux de la planification ministérielle 2010-2015

Enjeu 1 : L'action en amont des problèmes et la réduction des inégalités de santé et de bien-être

Enjeu 2 : La primauté des services de première ligne dans une perspective d'intégration et de hiérarchisation des services

Enjeu 3 : Un délai raisonnable pour l'accès aux services

Enjeu 4 : La qualité des services et l'innovation

Enjeu 5 : L'attraction, la rétention et la contribution optimale des ressources humaines

Enjeu 6 : Une gestion performante et une gouvernance imputable

Il n'est pas indiqué d'exposer ici plus à fond le contenu des documents ministériels et de l'Agence. Une lecture approfondie est possible sur le site Web de l'Agence.



Résultats de l'enquête sur les enjeux de santé et de bien-être à Montréal

Tel que mentionné précédemment, le CSSSAM-N n'a pas procédé à un sondage auprès de sa population dans le cadre de la démarche de planification stratégique, préférant y inclure les résultats d'un exercice similaire réalisé pour toute la région montréalaise. Ces résultats reflètent aussi la réalité de notre CSSS.

Lorsqu'on demande aux Montréalais d'identifier le principal défi ou la priorité en matière de santé et de services sociaux, ceux-ci répondent invariablement : l'accès aux services. Ce problème d'accessibilité leur semble intimement lié à la pénurie de personnel. Aussi, ils indiquent que le meilleur moyen d'améliorer l'accessibilité et la qualité des services passe par l'augmentation du personnel (en particulier les médecins et les infirmières).

Cancer, maladies cardiovasculaires et problèmes de santé mentale devraient constituer des enjeux prioritaires pour le réseau montréalais.

La négligence et la pauvreté touchant les enfants ainsi que la violence faite aux femmes sont les enjeux figurant respectivement au premier et au deuxième rang du classement des problèmes sociaux.

En ce qui a trait à la prévention et à la promotion de la santé, les Montréalais accordent davantage d'importance à la réduction de la pauvreté et de l'exclusion sociale, à la prévention et au dépistage du cancer du sein ainsi qu'à la promotion de saines habitudes de vie.

Les personnes âgées ainsi que les « personnes pauvres et défavorisées » représentent les deux seuls groupes sociaux que les Montréalais acceptent de privilégier. Ils accepteraient que ceux-ci reçoivent de meilleurs services que le reste de la population.

Cohérence des choix stratégiques

Le CSSS étant intégré dans l'ensemble du réseau sociosanitaire québécois, il partage sensiblement les mêmes contraintes que les autres établissements et s'imbrique dans un ensemble hiérarchisé. Le choix des axes stratégiques et des orientations pour le CSSSAM-N s'est fait en tenant compte de notre réalité locale, mais aussi en fonction des choix ministériels et de l'Agence. L'organisation juge important d'assurer une cohérence d'enjeux entre tous les paliers décisionnels du réseau pour qu'ensemble, nous voyions à l'amélioration concertée de nos problématiques.



Travaux en cours

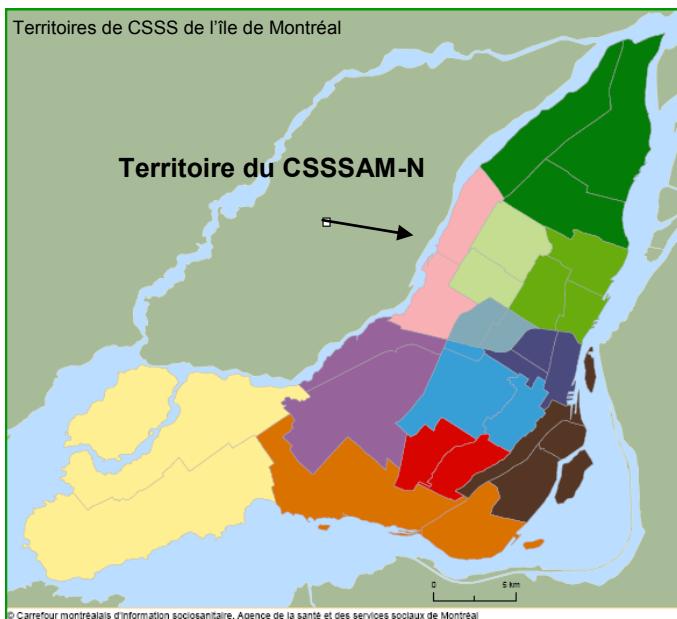
Les rapports d'analyse des données populationnelles sont en cours de rédaction en vue d'alimenter notre observatoire populationnel. Quelques indicateurs clés ont été choisis comme de bons illustrateurs globaux de l'état de santé et des conditions de la population. Ils se retrouvent dans les pages suivantes.

Ces données sur notre population, les autres indicateurs plus pointus fournis par notre observatoire populationnel, les bases de données régionales et nos bases de données sur les services offerts constituent la matière première fondamentale sur laquelle se sont appuyés les différents chantiers de la planification stratégique pour cerner les enjeux et exercer des choix qui nous permettront d'ajuster notre offre de service.



Territoire du CSSSAM-N

Le territoire du CSSSAM-N : forte densité urbaine



Le territoire du CSSSAM-N se situe au nord de l'île de Montréal. Il est bordé par la Rivière-des-Prairies au nord et partage sa frontière avec quatre territoires de CSSS (Pointe-de-l'île, Saint-Léonard et Saint-Michel, Cœur-de-l'île et Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent).

Sa superficie est de 25 kilomètres carrés.

Sa densité est de 6 572 habitants par kilomètre carré, soit le 3^e rang parmi les 12 CSSS de Montréal.

On retrouve enfin 7 573 habitants par kilomètre carré à Montréal-Nord (7^e rang sur les 29 CLSC de l'île de Montréal), et 5 754 habitants par kilomètre carré à Ahuntsic (14^e rang). Il s'agit donc d'un territoire à forte densité urbaine.

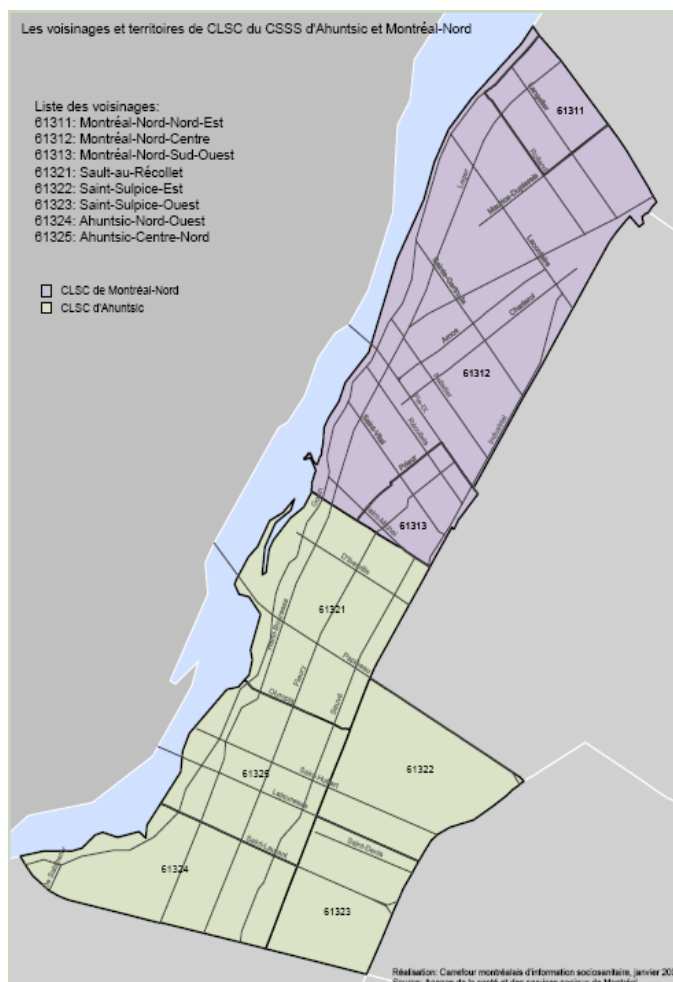
Subdivisions du territoire du CSSSAM-N en voisinages : pour une appréciation plus fine des caractéristiques populationnelles

En plus des secteurs Montréal-Nord et Ahuntsic, nous retrouvons, depuis le recensement de 2006, des voisinages, lesquels ont été proposés en 2007 par la Direction de santé publique de l'ASSS de Montréal à la suite de consultations auprès d'intervenants locaux et d'une appréciation de la documentation pertinente.

Les voisinages correspondent à des territoires sociologiques. Par territoires sociologiques, on entend qu'il s'agit de territoires établis par la communauté, sur la base de réalités perçues et partagées par les résidents (découpage administratif, perspective historique, caractéristiques de la population, infrastructures et services, environnement, sentiment d'appartenance, etc.).

Le but associé à ce découpage plus fin du territoire est de révéler des disparités qui, autrement, resteraient masquées lorsque des données sont compilées à plus large échelle, comme dans le cas des territoires de CSSS ou de CLSC.

On retrouve trois voisinages à Montréal-Nord (Montréal-Nord Nord-Est, Montréal-Nord Centre et Montréal-Nord Sud-Ouest) et cinq à Ahuntsic (Sault-au-Récollet, St-Sulpice-Est et St-Sulpice-Ouest, Ahuntsic Nord-Ouest et Ahuntsic Centre-Nord). Les populations varient de 6 890 personnes à 64 100 selon les voisinages en 2006.



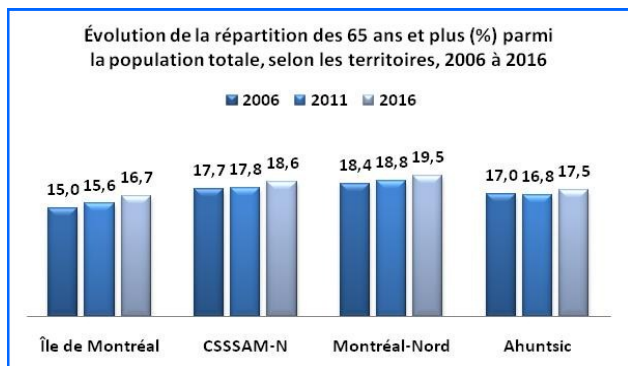
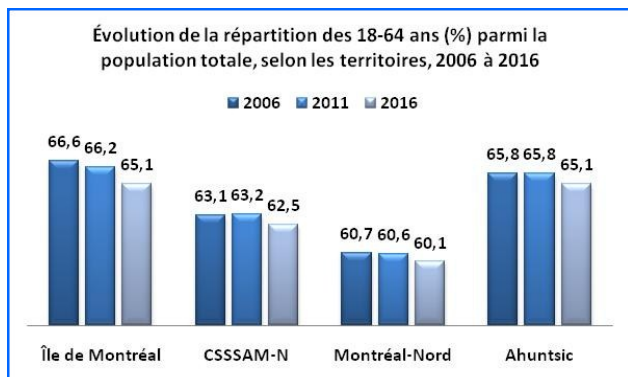
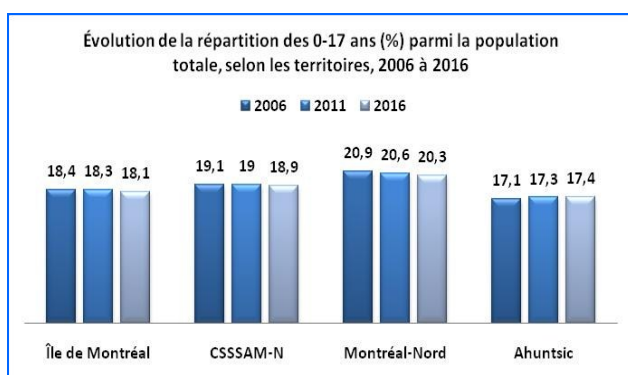
Caractéristiques sociodémographiques

Près de 9 % de la population de l'île de Montréal réside sur le territoire du CSSSAM-N

Évolution de la population totale en nombre selon les territoires, 2006 à 2016				
Territoire /année	2006	2011	2016	Taux de croissance (%) 2006 à 2016
Île de Montréal	1 873 589	1 925 476	1 979 241	+ 5,6
CSSSAM-N	164 159	165 667	168 800	+ 2,8
Montréal-Nord	85 200	85 084	86 484	+ 1,5
Ahuntsic	78 959	80 583	82 316	+ 4,3

En 2006, la population du territoire du CSSSAM-N compte pour 8,8 % de la population de l'île de Montréal. En 2016, le poids de la population du territoire du CSSS sera réduit à 8,5 % de la population de l'ensemble de l'île de Montréal. La faible croissance populationnelle, particulièrement à Montréal-Nord, explique cette diminution du poids relatif du territoire du CSSSAM-N par rapport à l'ensemble montréalais.

La population du CSSSAM-N : un profil populationnel contrasté, à la fois jeune et âgé comparativement à Montréal



Sur le territoire du CSSSAM-N, le nombre de 0-17 ans est de 31 369 individus, soit 17 830 à Montréal-Nord et 13 539 à Ahuntsic. Selon les projections démographiques de l'Institut de la statistique du Québec (Source : Projections démographiques 2006 à 2031 : Institut de la statistique du Québec, Direction des statistiques sociodémographiques, décembre 2009), on observe une tendance à la diminution de la part de ce groupes d'âge dans tous les territoires de comparaison (sauf Ahuntsic), tout en notant une croissance du nombre des 0-17 ans, qui passe à 31 875 en 2016 sur le territoire du CSSSAM-N.

En 2006, on dénombre 103 657 18-64 ans sur le territoire du CSSSAM-N, soit 51 677 à Montréal-Nord et 51 980 à Ahuntsic. Les projections pour 2016 suggèrent une baisse de la part des adultes de 18-64 ans dans tous les territoires de comparaison, malgré une croissance du nombre au CSSSAM-N qui s'établira à 105 572 en 2016, soit 52 010 à Montréal-Nord et, étonnamment, davantage à Ahuntsic, en l'occurrence 53 562.

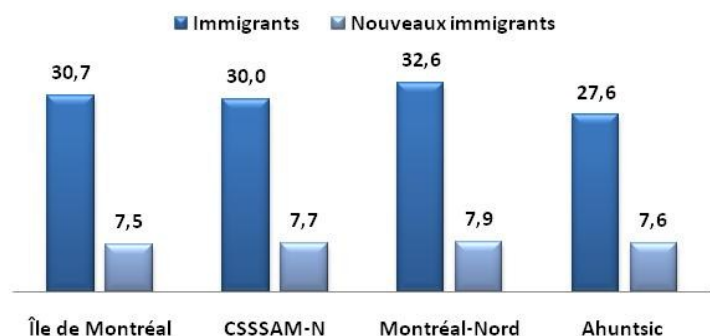
Enfin, la baisse de la proportion des autres groupes d'âge parmi la population totale s'explique notamment par la croissance de la part des 65 ans et plus entre 2006 et 2016. Ainsi, sur le territoire du CSSSAM-N, le nombre des 65 ans et plus passera de 23 421 à 24 124 entre ces deux périodes, soit de 15 693 à 16 903 à Montréal-Nord et de 10 781 à 11 208 à Ahuntsic. Notons que Montréal-Nord compte la proportion la plus élevée des personnes de 65 ans et plus parmi les 29 territoires de CLSC à Montréal.



Caractéristiques sociodémographiques (suite)

Immigration au CSSSAM-N : différents profils selon les secteurs Montréal-Nord et Ahuntsic

Proportion (%) d'immigrants et de nouveaux immigrants
parmi la population totale, selon le territoire, 2006



En 2006, on dénombre 47 970 immigrants sur le territoire du CSSSAM-N, soit près de 27 000 à Montréal-Nord et de 21 000 à Ahuntsic.

Par ailleurs, on dénombre 12 270 nouveaux immigrants (depuis moins de 5 ans) sur le territoire du CSSS, soit 6 530 à Montréal-Nord et 5 745 à Ahuntsic.

Les proportions d'immigrants et de nouveaux immigrants sont légèrement supérieures sur le territoire du CSSSAM-N comparativement à Montréal. Elles sont les plus élevées à Montréal-Nord et les plus faibles à Ahuntsic.

Principaux pays d'origine des immigrants et des minorités visibles

Les cinq principaux lieux de naissance des immigrants en 2006 sur le territoire du CSSSAM-N sont, par ordre d'importance, Haïti et l'Italie, lesquels sont suivis de trois pays arabes, soit l'Algérie, le Maroc et le Liban.

À l'échelle des secteurs, les cinq principaux lieux de naissance par ordre d'importance pour Montréal-Nord sont identiques à ceux du CSSSAM-N.

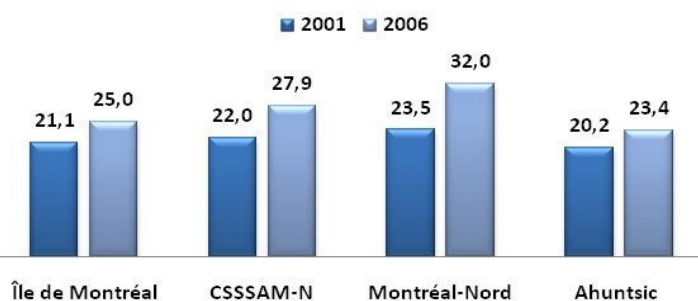
En contrepartie, les cinq principaux lieux de naissance à Ahuntsic sont, dans l'ordre, l'Italie, Haïti, l'Algérie, la France et le Maroc.

Enfin, l'évolution du nombre d'immigrants entre 2001 et 2006 révèle une croissance de l'ordre de 15,8 % sur le territoire du CSSSAM-N, passant de 40 915 immigrants en 2001 à 47 970 immigrants en 2006 [données non présentées].

Pays	Nombre d'immigrants selon le lieu de naissance, 2006		
	CSSSAM-N	Montréal-Nord	Ahuntsic
Haïti	10 650	8 040	2 610
Italie	8 250	4 950	3 300
Algérie	3 710	1 615	2 095
Maroc	2 770	1 655	1 115
Liban	2 050	1 250	800
France	1 640	445	1 190
Viet Nam	1 595	630	965
Pérou	1 165	715	450
El Salvador	1 080	620	460
Roumanie	880	380	500
Autres pays (+)	14 180	6 625	7 485
Total	47 970	26 925	20 970

Minorités visibles : croissance entre 2001 et 2006

Évolution de la proportion (%) de personnes appartenant aux groupes de minorités visibles parmi la population totale, selon le territoire, 2001 et 2006



Le CSSS compte en 2006 une proportion supérieure de personnes appartenant aux minorités visibles comparativement à Montréal, soit 44 250 personnes. Montréal-Nord obtient la proportion la plus élevée et Ahuntsic la plus faible.

Les trois principaux groupes de minorités visibles au CSSSAM-N sont la minorité noire (45,1 %), suivie des personnes issues des communautés arabes (21,2 %), puis latino-américaines (16,1 %).

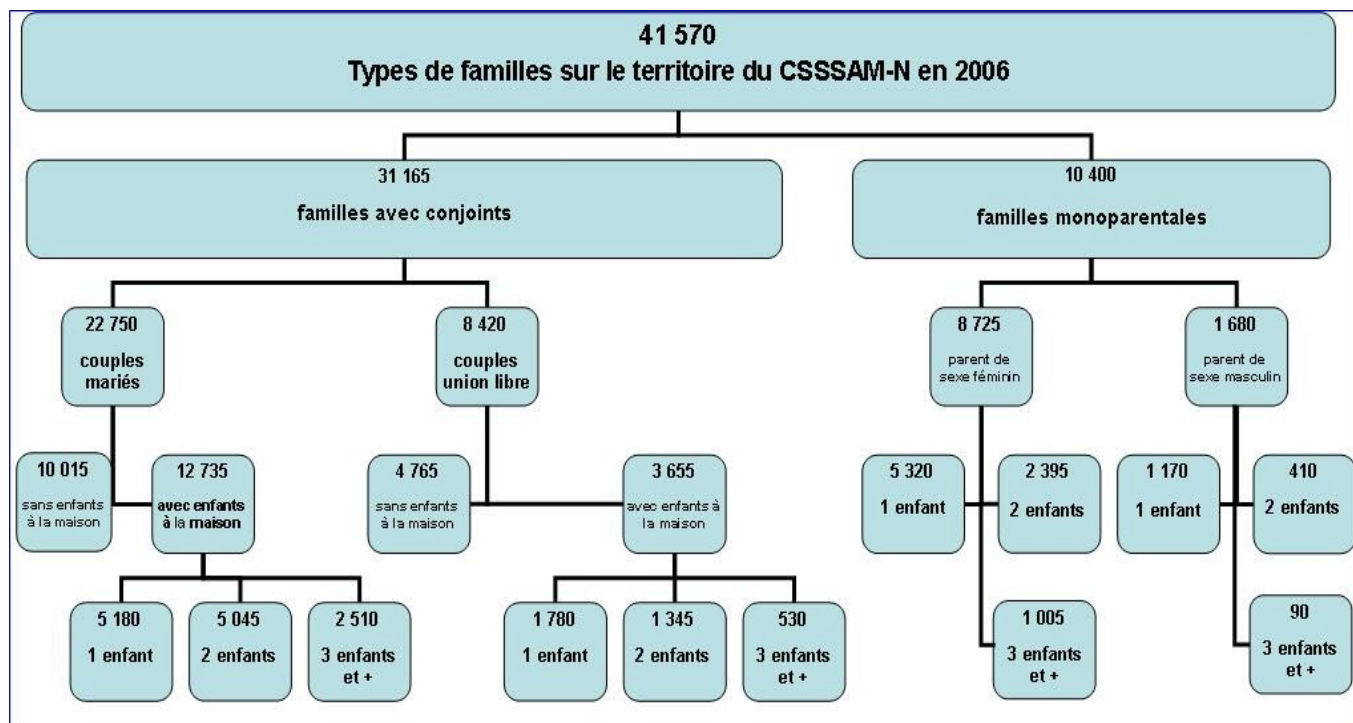
Caractéristiques sociodémographiques (suite)

Naissance et fécondité : phénomène en croissance depuis 2001

Répartition du nombre moyen de naissances selon la période et le territoire et taux d'accroissement, périodes 2003-2005 et 2007-2008			
Territoires	2003-2005 N	2007-2008 N	Différence entre les 2 périodes
CSSSAM-N	1 935	2 076	+ 7,3 %
Montréal-Nord	1 071	1 150	+ 7,4 %
Ahuntsic	864	926	+ 7,2 %

Sur le territoire du CSSSAM-N, le nombre de naissances a décliné entre 1996 (2 025) et 2001 (1 857), pour remonter ensuite. En fait, le CSSSAM-N fait partie des CSSS qui ont maintenu une hausse moyenne annuelle de naissances se situant entre 7 % et 9 %, ce qui est supérieur aux prévisions de l'Institut de la Statistique du Québec concernant le nombre de naissances attendues.

Modalités de vie : beaucoup de familles monoparentales et de jeunes familles



En 2006, au CSSSAM-N, la proportion de familles avec enfants (64 %) parmi l'ensemble des familles est à peine supérieure à celle de Montréal (63 %). En revanche, parmi celles-ci, on retrouve proportionnellement plus de familles monoparentales (39 %) qu'à Montréal (33 %).

À l'échelle des secteurs, la proportion et le nombre de familles monoparentales sont supérieurs à Montréal-Nord (42,6 %), soit 6 330 familles monoparentales, comparativement à ce qui prévaut à l'échelle du secteur Ahuntsic (34,2 %), soit 4 075 familles monoparentales.



Caractéristiques sociodémographiques (suite)

Personnes vivant seules : phénomène en croissance

Répartition de la population vivant seule en proportion (%) et en nombre parmi la population dans les ménages privés, selon le territoire, 2001 et 2006

Territoires	2001	2006
	% Nombre	% Nombre
Île de Montréal	17,1 303 275	17,5 317 350
CSSSAM-N	18,1 28 625	18,6 29 410
Montréal-Nord	15,8 13 055	16,1 13 285
Ahuntsic	18,0 15 570	21,3 16 125

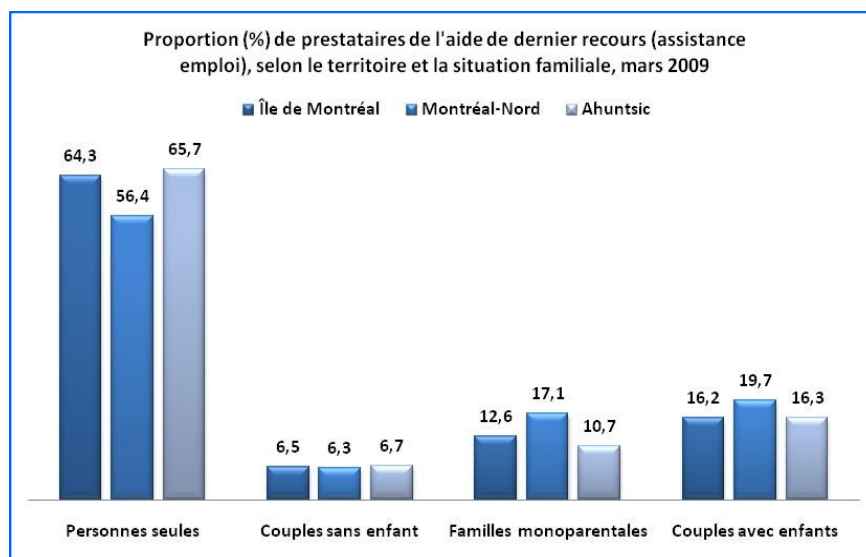
Comme le démontre le tableau ci-contre, en 2006, on retrouve une proportion supérieure de personnes vivant seules sur le territoire du CSSSAM-N, comparativement à ce qui prévaut sur l'ensemble de l'île de Montréal.

À l'échelle des secteurs, on retrouve proportionnellement plus de personnes vivant seules à Ahuntsic qu'à Montréal-Nord.

Enfin, l'évolution du nombre et de la proportion de personnes vivant seules révèle une augmentation dans tous les territoires de comparaison. L'accroissement est particulièrement marqué à Ahuntsic.

Conditions socioéconomiques

Prestataires de l'aide de dernier recours : d'abord le fait de personnes vivant seules



Sur le territoire du CSSSAM-N en mars 2009, on dénombre 14 677 personnes prestataires des programmes d'aide financière de dernier recours (anciennement prestataires de l'assistance emploi), soit 8 912 à Montréal-Nord et 5 765 à Ahuntsic. Les proportions sont dans l'ensemble plus élevées à Montréal-Nord qu'à Ahuntsic.

Selon la situation familiale, on retrouve au premier rang les personnes vivant seules, soit 3 785 à Ahuntsic et 5 025 à Montréal-Nord. Puis, les couples avec enfants, soit 941 à Ahuntsic et 1 755 à Montréal-Nord. Ils sont suivis de près par les familles monoparentales, soit 617 à Ahuntsic et 1 522 à Montréal-Nord. Les proportions sont les plus faibles chez les couples sans enfants, soit 387 à Ahuntsic et 560 à Montréal-Nord. Pour terminer, ajoutons que plus de 20 % des prestataires sont âgés de 55 ans et plus et que plus de la moitié d'entre eux sont nés à l'extérieur du Canada.

Conditions socioéconomiques (suite)

Des parcours scolaires distinctifs selon les secteurs Montréal-Nord et Ahuntsic

Répartition en proportion (%) et en nombre de la population de 15 ans et plus sans diplôme et de celle de 25 ans et plus avec un grade universitaire, selon le territoire, 2006		
Territoires	Sans diplôme	Avec grade universitaire
	% Nombre	% Nombre
Île de Montréal	21,5 330 150	28,6 373 545
CSSSAM-N	28,2 37 410	20,1 22 855
Montréal-Nord	35,4 23 980	10,7 6 165
Ahuntsic	20,7 13 420	29,8 16 680

Comme le démontre le tableau ci-haut, la proportion de personnes âgées de 15 ans et plus sans diplôme est nettement supérieure sur le territoire du CSSSAM-N, comparativement à Montréal (Source : recensement canadien, 2006).

Pour ce qui est des personnes de 25 ans et plus avec grade universitaire, Montréal compte une proportion nettement supérieure à celle qui prévaut à l'échelle du territoire du CSSSAM-N.

À l'échelle des secteurs, Montréal-Nord obtient une proportion nettement supérieure de personnes de 15 ans et plus sans diplôme, comparativement à Ahuntsic.

Si on considère enfin les personnes de 25 ans et plus avec un grade universitaire, on en retrouve près de trois fois moins à Montréal-Nord qu'à Ahuntsic.

Marché du travail : taux d'emploi et revenus vont de pair

Répartition en proportion (%) et en nombre des taux d'emploi et de chômage, de la population vivant sous le seuil du faible revenu et du revenu moyen chez la population de 15 ans et plus, selon le territoire, 2006				
Territoires	Taux d'emploi	Taux de chômage	Population vivant sous le seuil du faible revenu après impôt	Revenu moyen après impôt (\$)
Île de Montréal	58,0 892 735	8,8 86 055	22,8 413 875	26 793 \$
CSSSAM-N	53,0 70 325	10,5 8 285	25,4 40 135	23 327 \$
Montréal-Nord	48,4 32 835	12,5 4 695	29,0 23 900	20 301 \$
Ahuntsic	57,7 37 490	8,8 3 595	21,4 16 180	26 436 \$

Pour tous les indicateurs, la situation est plus défavorable sur le territoire du CSSSAM-N, par rapport à ce qui prévaut sur l'île de Montréal. Cette situation est imputable au profil socioéconomique très défavorable qui prévaut à l'échelle du secteur Montréal-Nord, contrairement au profil ahuntsicois, qui ressemble davantage à celui qui prédomine à l'échelle de Montréal.



Conditions socioéconomiques (suite)

Profil socioéconomique des familles : situation précaire des familles monoparentales et des jeunes familles

Revenu médian des familles et unités à faible revenu, selon le territoire, 2006

Territoires	Revenu médian des familles après impôt	Revenu médian des familles monoparentales avec parent féminin après impôt	Familles vivant sous le seuil du faible revenu après impôt	Population de 0-5 ans vivant sous le seuil du faible revenu après impôt
Île de Montréal	48 195 \$	33 434 \$	16,6 % 79 660	29,7 % 33 355
CSSSAM-N	43 534 \$	31 003 \$	19,0 % 7 975	39,7 % 4 170
Montréal-Nord	39 470 \$	29 228 \$	22,8 % 5 040	47,1 % 2 790
Ahuntsic	49 955 \$	34 927 \$	14,9 % 2 960	30,1 % 1 380

Les indicateurs qui sont présentés dans le tableau ci-dessus mettent en relief la situation socioéconomique précaire qui afflige plusieurs familles, particulièrement les familles monoparentales, ainsi que celles qui ont de jeunes enfants. Dans le cas des familles monoparentales, leur revenu médian est inférieur d'environ 40 % à celui de l'ensemble des familles et ce, dans tous les territoires de comparaison.

Par ailleurs, si on évalue la proportion de familles vivant sous le seuil du faible revenu après impôt, on constate qu'elle est inférieure à Ahuntsic, comparativement à Montréal-Nord. Or, quand on analyse la même situation chez les enfants de 0-5 ans, les proportions atteignent presque le double, ce qui suggère une situation nettement plus précaire chez les jeunes familles, particulièrement à Montréal-Nord, où près d'un enfant de 0-5 ans sur deux vit sous le seuil du faible revenu. Dans le meilleur des cas, c'est quand même près d'un enfant sur trois qui vit dans cette situation, tant à Ahuntsic qu'à Montréal.

Près de 4 ménages locataires sur 10 sur le territoire du CSSSAM-N consacrent 30 % ou plus de leur revenu brut au loyer

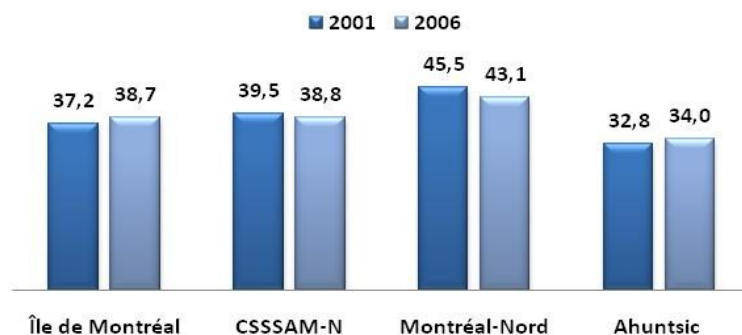
Une autre facette de la réalité socioéconomique populationnelle porte sur la proportion de personnes consacrant 30 % ou plus du revenu brut au loyer.

En 2006, la proportion de ces ménages locataires est presque identique au CSSSAM-N et à Montréal. En revanche, les proportions sont supérieures à l'échelle du secteur Montréal-Nord, et plus basses à Ahuntsic.

L'évolution entre 2001 et 2006 révèle une tendance à l'accroissement des proportions pour Montréal et le secteur Ahuntsic et une diminution sur le territoire du CSSSAM-N et le secteur Montréal-Nord. Ainsi, près de 4 ménages sur dix sur le territoire du CSSSAM-N consacrent 30 % ou plus de leur revenu brut au loyer en 2006. La proportion est nettement plus élevée à Montréal-Nord et à son plus bas à Ahuntsic.

En tout, en 2006, 19 430 ménages locataires sur le territoire du CSSSAM-N consacrent 30 % ou plus du revenu brut au loyer, soit 11 440 à Montréal-Nord et 7 985 à Ahuntsic.

Répartition des ménages locataires (%) consacrant 30 % ou plus de leur revenu au loyer brut



Indicateurs généraux de la santé

Espérance de vie : les femmes vivent en moyenne plus longtemps que les hommes

État de santé globale, selon le sexe et le territoire, périodes 2001 et 2001-2005					
Sexe	Période	Île de Montréal	CSSSAM-N	Montréal-Nord	Ahuntsic
Espérance de vie à la naissance (en années)					
Hommes	2001-2005	77,3	76,6	76,3	76,8
Femmes	2001-2005	82,5	81,6	80,9	82,4
Espérance de vie à 65 ans (en années)					
Hommes	2001-2005	17,2	16,9	16,9	16,8
Femmes	2001-2005	20,9	20,4	20,3	20,6
Espérance de vie en bonne santé (en années)					
Hommes	2001	65,5	64,7	63,5	66
Femmes	2001	67,3	66,9	65,4	68,5

L'espérance de vie est un bon indicateur de l'état de santé d'une population. Elle peut être évaluée de différentes façons. L'espérance de vie à la naissance est le nombre d'années que devrait en principe vivre une personne à compter de la naissance (pour l'espérance de vie à la naissance) ou à partir de 65 ans (pour l'espérance de vie à 65 ans), selon les statistiques de mortalité sur la période d'observation retenue. L'espérance de vie en bonne santé est calculée d'après l'espérance de vie corrigée du temps passé en mauvaise santé. C'est l'équivalent du nombre d'années en pleine santé qu'un nouveau-né peut espérer vivre sur la base des taux actuels de mortalité et de morbidité

L'espérance de vie à la naissance, à 65 ans ou en bonne santé est toujours supérieure du côté des femmes comparativement aux hommes et ce, nonobstant le territoire de comparaison.

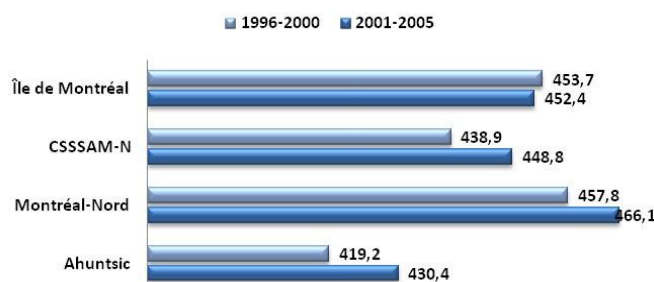
Toutefois, l'écart entre les sexes quant à l'espérance de vie en bonne santé est moins important, soit environ deux années, comparativement à un écart entre les hommes et les femmes d'environ cinq années pour l'espérance de vie à la naissance. Enfin, cet écart est d'environ quatre années pour l'espérance de vie à 65 ans. Cela suggère que les femmes vivent plus longtemps en moyenne que les hommes, mais que ces années de plus ne sont pas vécues nécessairement en bonne santé.

Si on compare les territoires entre eux, on observe que, hormis l'espérance de vie à 65 ans chez les hommes, l'espérance de vie à la naissance et en bonne santé sont inférieures à Montréal-Nord, comparativement aux autres territoires. Par ailleurs, pour tous les indicateurs d'espérance de vie, Montréal obtient une longévité plus grande comparativement à ce qui est observé tant à l'échelle du CSSSAM-N, qu'à Montréal-Nord ou à Ahuntsic, suggérant une longévité moindre de nos citoyens comparativement à l'ensemble des personnes vivant sur l'île de Montréal.

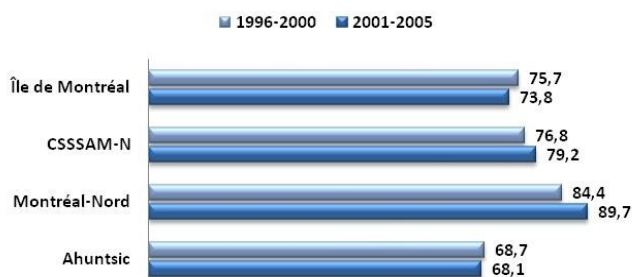


Incidence du cancer : une situation relativement comparable à celle de l'île de Montréal

Évolution de l'incidence du cancer, ensemble des sièges, selon le territoire, périodes 1996-2000 à 2001-2005



Évolution de l'incidence du cancer du poumon, selon le territoire, périodes 1996-2000 à 2001-2005



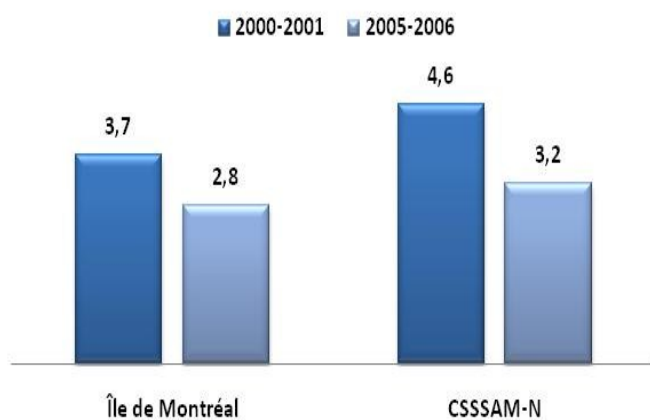
Évolution de l'incidence du cancer colorectal, selon le territoire, périodes 1996-2000 à 2001-2005



Le taux d'incidence du cancer en 2001-2005 est relativement comparable entre Montréal et le CSSS. Elle est cependant supérieure à Montréal-Nord, comparativement à Ahuntsic. L'évolution entre 1996-2000 et 2001-2005 suggère une tendance à la hausse de l'incidence du cancer (tous sièges confondus) à l'échelle du CSSS, tout comme dans le cas du cancer du poumon à Montréal-Nord et du cancer colorectal dans les territoires de comparaison, sauf Montréal-Nord. Enfin, l'évolution entre ces deux périodes selon le sexe suggère une hausse de l'incidence du cancer (tous sièges confondus) chez les femmes du CSSS et de ses deux secteurs, contre une baisse à Montréal. Chez les hommes, on observe une baisse au CSSS et à Ahuntsic, comparativement à une hausse à Montréal et à Montréal-Nord.

Maladies chroniques : grande clientèle MPOC âgée

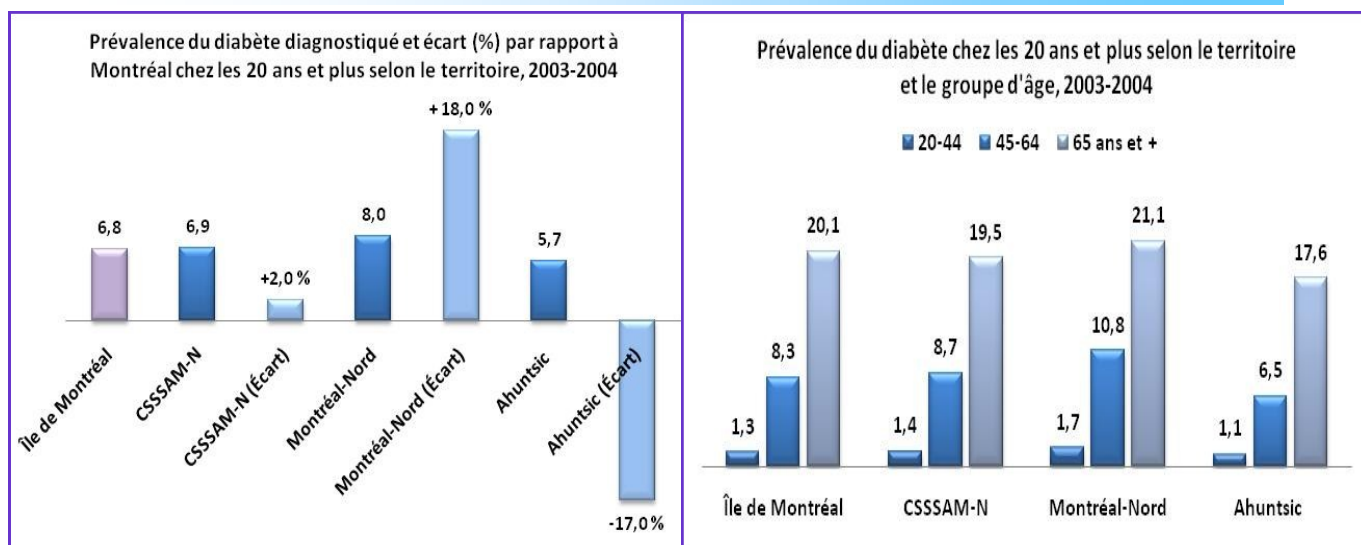
Prévalence (%) des MPOC chez les 40 ans et plus selon le territoire, 2000-2001 à 2005-2006



La prévalence des personnes aux prises avec une MPOC est plus élevée au CSSSAM-N qu'à Montréal. Par ailleurs, ce sont les personnes âgées de 75 ans et plus qui sont proportionnellement les plus touchées. La morbidité est élevée dans la majorité des cas.

Enfin, la proportion de personnes aux prises avec une MPOC augmente avec la défavorisation matérielle.

Maladies chroniques : la prévalence du diabète varie selon le territoire et l'âge

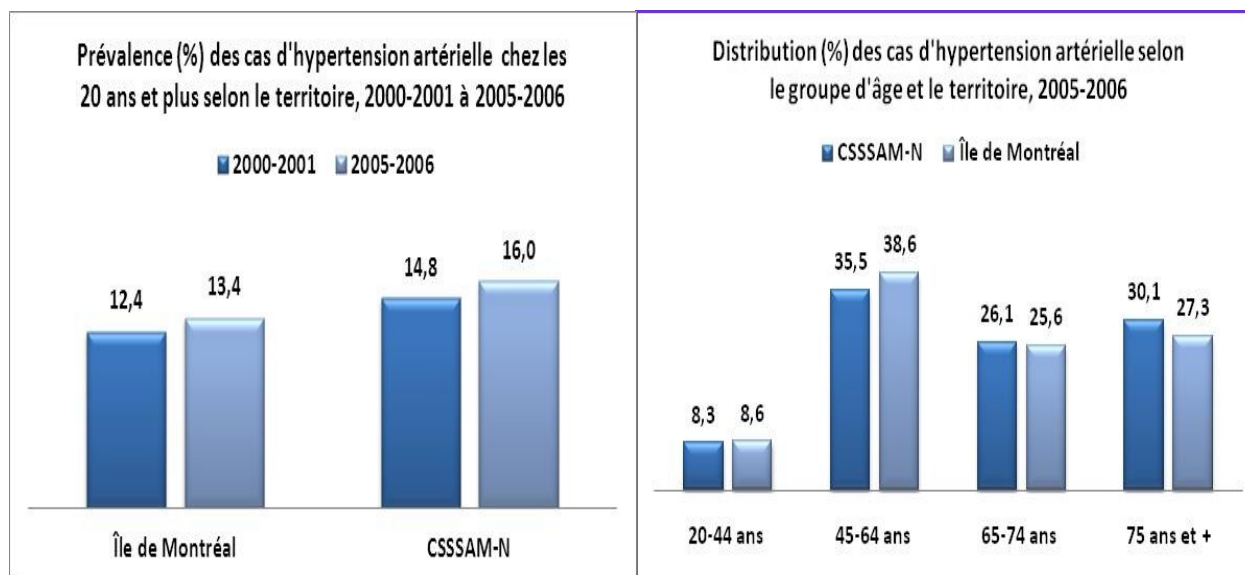


La prévalence du diabète en 2003-2004 chez les personnes de 20 ans et plus est de 6,9 % au CSSAM-N, qui se classe au 7^e rang parmi les 12 territoires de CSSS de Montréal. À l'échelle des secteurs, Montréal-Nord obtient une prévalence de 8,0 % et Ahuntsic 5,7 %. La proportion nord-montréalaise est 18,0 % supérieure à celle de Montréal, alors qu'elle est 17,0 % inférieure à Ahuntsic. Enfin, Montréal-Nord se situe au 6^e rang sur les 29 territoires de CLSC de Montréal (proportions les plus élevées), contrairement à Ahuntsic qui se classe au 4^e rang des territoires de CLSC ayant les prévalences les plus faibles.

La prévalence est au moins deux fois plus élevée chez les 65 ans et plus, comparativement aux 20-64 ans et ce, pour tous les territoires de comparaison. Par ailleurs, Montréal-Nord présente les prévalences les plus élevées et ce, pour tous les groupes d'âge, alors que c'est l'opposé qui prévaut à Ahuntsic.

Plus la population est défavorisée, plus le pourcentage de cas augmente. La distribution des cas est donc 4 fois plus élevée au 5^e quintile (le plus défavorisé matériellement) qu'au 1^{er} (le plus favorisé).

Maladies chroniques : une population hypertendue

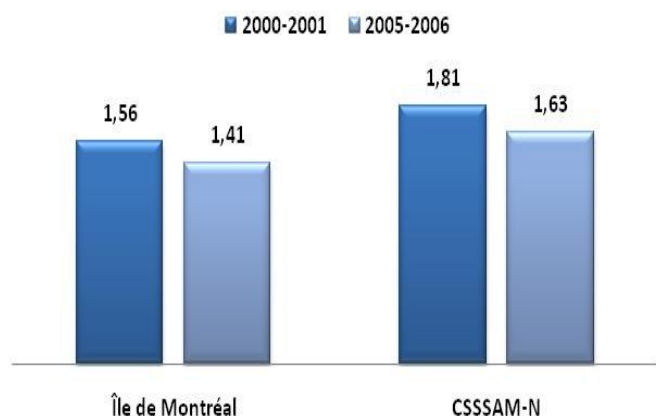


La prévalence de l'hypertension artérielle est plus élevée sur le territoire du CSSAM-N, comparativement à ce qui prévaut à Montréal. Par ailleurs, ce sont les personnes âgées de 45-64 ans qui sont proportionnellement les plus touchées. La morbidité est modérée dans la majorité des cas. Enfin, la proportion de personnes aux prises avec l'hypertension artérielle augmente avec la défavorisation matérielle.

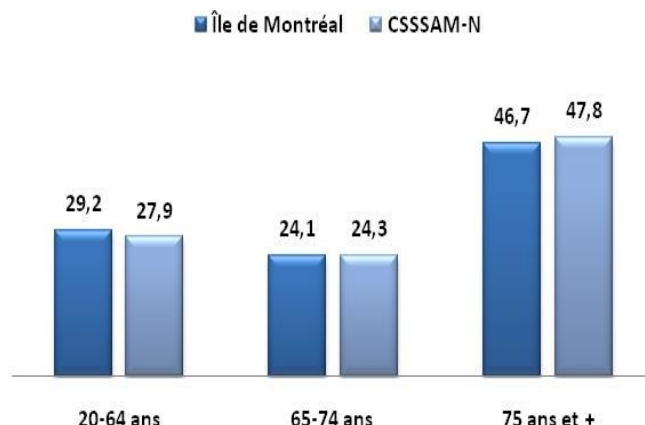


Maladies chroniques : insuffisance cardiaque, un phénomène en baisse mais toujours plus important qu'à Montréal

Prévalence (%) de l'insuffisance cardiaque chez les 20 ans et plus selon le territoire, 2000-2001 à 2005-2006



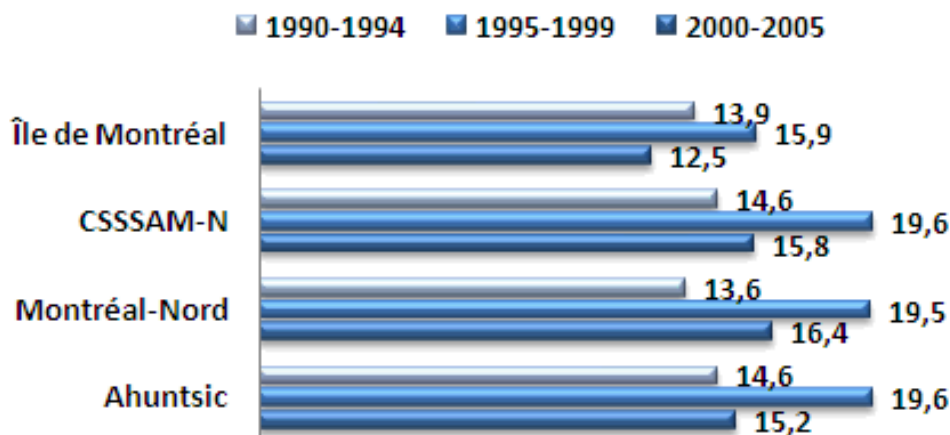
Prévalence (%) de l'insuffisance cardiaque selon le groupe d'âge et le territoire, 2005-2006



La prévalence de l'insuffisance cardiaque est plus élevée au CSSSAM-N qu'à Montréal. Par ailleurs, ce sont les personnes de 75 ans et plus qui sont proportionnellement les plus touchées. La morbidité est élevée dans la majorité des cas. Enfin, la proportion de personnes aux prises avec une insuffisance cardiaque augmente avec la défavorisation matérielle.

Des taux de suicide toujours trop élevés

Taux ajusté de mortalité par suicide, selon le territoire, 1990-1994, 1995-1999 et 2000-2005
(Taux annuel moyen pour 100 000, sexes réunis)



Le taux ajusté de mortalité par suicide pour la période 2000-2005 est plus élevé au CSSSAM-N que ce qui prévaut sur l'île de Montréal. De même, cette valeur est plus grande à Montréal-Nord qu'à Ahuntsic. Par ailleurs, au CSSSAM-N, la proportion de personnes de 15 ans et plus parmi la population totale ayant eu des idées suicidaires sérieuses au cours de leur vie en 2005 est d'environ 11 %, ce qui représente environ 15 000 personnes.

Entre les périodes 1990-1994 et 1995-1999, le taux de mortalité par suicide a connu une hausse importante. À cet effet, 1999 est l'année où le Québec a connu son plus haut taux de suicide. Depuis ce temps, on enregistre une baisse constante du nombre de suicides dans toutes les régions du Québec, comme c'est le cas à Montréal et sur le territoire du CSSS. Ainsi, pour la période 2000-2005, la tendance observée en est une à la baisse du taux de suicides et ce, pour tous les territoires de comparaison.

Faits saillants

Le portrait général que nous venons de brosser met en relief un ensemble de constats que nous vous livrons sous forme de faits saillants comparant la population du territoire du CSSSAM-N à celle de l'ensemble de l'île de Montréal.

Caractéristiques sociodémographiques

- ✓ Forte densité urbaine, particulièrement à Montréal-Nord.
- ✓ Population totale : 161 880; 83 880 à Montréal-Nord et 78 000 à Ahuntsic.
- ✓ Proportion d'immigrants comparable à ce qu'on retrouve à Montréal; plus élevée à Montréal-Nord et plus faible à Ahuntsic.
- ✓ Proportion de personnes appartenant aux groupes de minorités visibles en croissance, surtout à Montréal-Nord, les principaux étant les Noirs, les Arabes et les Latino-américains.
- ✓ Naissances en croissance dans tous les territoires de comparaison.
- ✓ Plus de familles monoparentales qu'à Montréal; proportion la plus élevée à Montréal-Nord.
- ✓ Nombre et proportion de personnes vivant seules en croissance partout, particulièrement à Ahuntsic.

Conditions socioéconomiques

- ✓ 14 677 personnes du CSSSAM-N sont prestataires de l'assistance emploi en 2009 (mars).
- ✓ Proportion de personnes de 15 ans et plus sans diplôme supérieure à celle de Montréal, particulièrement à Montréal-Nord.
- ✓ Proportion de personnes de 25 ans et plus avec un grade universitaire inférieure à celle de Montréal, particulièrement à Montréal-Nord, mais supérieure à Ahuntsic.
- ✓ Taux d'emploi inférieur à Montréal, particulièrement à Montréal-Nord.
- ✓ Taux de chômage supérieur à Montréal, particulièrement à Montréal-Nord.
- ✓ Proportion de la population vivant sous le seuil du faible revenu supérieure à Montréal, particulièrement à Montréal-Nord.
- ✓ Revenu moyen après impôt inférieur à Montréal, particulièrement à Montréal-Nord.
- ✓ Proportion de familles vivant sous le seuil du faible revenu plus élevée qu'à Montréal, particulièrement à Montréal-Nord, alors que la proportion est inférieure à Ahuntsic.
- ✓ Proportion de la population des 0-5 ans vivant sous le seuil du faible revenu supérieure comparative-ment à Montréal, particulièrement à Montréal-Nord.

Indicateurs généraux de la santé

- ✓ L'espérance de vie à la naissance, à 65 ans et en bonne santé sont généralement inférieures au sein de la population du territoire du CSSSAM-N comparativement à Montréal, en particulier à Montréal-Nord. Ces indicateurs révèlent également une longévité moindre des hommes par rapport aux femmes.
- ✓ Le taux de morbidité augmente avec l'âge. Or, malgré le vieillissement de la population et certains indicateurs socioéconomiques défavorables au sein de la population du territoire du CSSS, certaines maladies chroniques affectent proportionnellement moins de personnes sur le territoire du CSSS comparativement à Montréal, alors que d'autres obtiennent des taux sensiblement plus élevés.
- ✓ Le taux de suicide, malgré une baisse constante depuis le début de l'an 2000, demeure plus élevé que ce qui prévaut à Montréal.



Cette section détaille les cinq volets de la planification stratégique et énonce les enjeux préliminaires ainsi que les principales étapes de réalisation des travaux d'analyse durant la dernière année.

L'ORGANISATION DES SERVICES MÉDICAUX SUR LE TERRITOIRE DU CSSH

Plusieurs éléments contextuels ont amené le conseil d'administration à s'engager dans une démarche de positionnement stratégique sur le modèle d'organisation des services médicaux au CSSH et dans le RLS.

Cette réflexion était nécessaire, compte tenu des facteurs suivants :

- le changement démographique prévu sur le territoire, le vieillissement important de la population et l'impact prévisible sur la demande de services;
- les enjeux nationaux actuels et anticipés de la pénurie des effectifs médicaux, qui amènent une complémentarité obligatoire et une redéfinition des rôles des équipes;
- la disponibilité actuelle des ressources médicales, particulièrement les médecins de famille, et l'obligation de travailler en complémentarité en respectant des principes de hiérarchisation des soins et des services;
- la situation difficile dans certaines spécialités et des équipes minimales dans d'autres secteurs;
- l'organisation des services dans le Réseau universitaire intégré de santé (RUIS) de Montréal;
- la pression de la demande sur la première ligne et le besoin de prise en charge des clientèles vulnérables;
- la reddition de comptes à la population sur les avancées de la réforme relativement à l'amélioration de l'accessibilité, de la continuité et de la qualité.

Le CSSHAM-N a été appuyé par la firme-conseil RCGT dans la réalisation du chantier sur l'organisation des services médicaux du territoire.

Les principaux jalons de la démarche ont été les suivants :

- la documentation de l'organisation actuelle des services médicaux généraux et spécialisés offerts sur le territoire;
- la production de données sur la population du territoire, sa consommation de services médicaux et hospitaliers et la production de services médicaux et hospitaliers par les prestataires de services du territoire;
- la projection des besoins de services en termes de chirurgies d'un jour et d'hospitalisations d'ici 2015;
- la réalisation d'entrevues individuelles et de groupe avec des intervenants clés du RLS, incluant des membres de l'équipe de direction du CSSHAM-N ainsi que des médecins pratiquant au CSSHAM-N ou en cabinet privé;
- la rencontre de représentants de l'ASSSM;
- la validation par le comité de projet des constats, enjeux et pistes de solution préliminaires dégagés à la suite des entrevues et de l'analyse des contextes internes et externes;
- l'animation d'un lac-à-l'épaule ouvert à tous les médecins du territoire où les enjeux et pistes de solution préliminaires ont été approfondis et revalidés;



- la production d'un rapport de bilan de démarche;
- la diffusion du document à l'exécutif du CMDP, à la table des chefs de départements, à l'assemblée générale du DRMG et au comité de direction;
- l'approfondissement des enjeux et des choix stratégiques lors d'une rencontre avec plus de 20 omnipraticiens et spécialistes;
- la production du rapport final par la firme.



LES PROGRAMMES-SERVICES DE PREMIÈRE ET DEUXIÈME LIGNES DU CSSS

Le CSSS s'est engagé, après la fusion des établissements en 2004 et les aménagements structurels de 2005, dans la démarche du projet clinique, une forme de planification stratégique des programmes-services. Dans le contexte évolutif d'une organisation qui doit adapter son offre de service, l'exercice est à poursuivre en visant une actualisation des conclusions déjà émises lors de la démarche initiale de 2006.

Nécessité d'un retour sur les conclusions du projet clinique :

- Le projet clinique organisationnel, élaboré en octobre 2006, faisait état de plus d'une centaine de cibles d'amélioration des services dans les divers programmes-services du CSSS. Leur mise à jour est maintenant nécessaire.
- La mise en œuvre de ces cibles est partiellement complétée, le niveau d'avancement est variable selon les programmes.
- La programmation actuelle des services est en cours de rédaction (fin prévue : 2011).
- Divers projets, cadres de référence, obligations, enjeux régionaux et ministériels ont été produits depuis quelques années, réorientant certains objectifs et modifiant certaines priorités dans les programmes-services.
- D'autres cadres de référence et projets de l'Agence et du Ministère sont à venir.
- La démographie, les conditions socioéconomiques et sanitaires ainsi que les besoins de notre population sont toujours en évolution sur notre territoire.

Sous la coordination de Julie Boucher, directrice locale de santé publique, les chefs de table du projet clinique ont procédé à une analyse des anciennes cibles des programmes-services suivants :

- Santé publique;
- Services généraux – activités cliniques et d'aide;
- Perte d'autonomie liée au vieillissement;
- Déficience physique;
- Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement;
- Jeunes en difficulté;
- Dépendances;
- Santé mentale;
- Santé physique;

Chaque chef de table a animé les travaux suivants :

1. Connaissance de l'offre et de la demande de services à l'heure actuelle;
 - a. Collecte de données sur les habitudes de consommation de services de la population ainsi que son état de santé;
 - b. Poursuite de la rédaction de l'offre de service par programme (continuité du projet clinique);
2. Analyse de l'environnement externe;
 - a. Recueil des projets régionaux et nationaux en cours et à venir relativement à son programme-service
3. Révision des cibles du projet clinique;
 - a. À partir du nouveau portrait des besoins populationnels, de la programmation actuelle et des tendances externes, révision des anciennes cibles du projet clinique pour éliminer ou modifier les échéances ou les objectifs et en ajouter d'autres;
 - b. Intégration des informations concernant le plan local de santé publique dans chaque projet clinique;
 - c. Consultation des intervenants du CSSS et des partenaires du réseau local (pour certaines tables).

Les cibles révisées ont ensuite aidé la Direction générale à identifier les axes, les orientations, les objectifs et les actions qui se trouvent dans la section des enjeux 2010-2013.



LE CONTINUUM DE SERVICES D'HÉBERGEMENT AUX PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE

Le milieu de l'hébergement et des résidences pour personnes âgées est en profonde mutation sur l'île de Montréal et partout ailleurs au Québec. Les pressions démographiques et les pressions de coûts forcent le réseau sociosanitaire et ses partenaires communautaires et privés à réorienter l'offre de service aux personnes en perte d'autonomie.

Spécifiquement, quelques enjeux méritaient réflexion à l'intérieur de la démarche globale de la planification stratégique, incluant :

- le développement du réseau de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA);
- la continuité des services avec l'équipe du soutien à domicile;
- le soutien de l'Agence dans la certification des résidences privées de son territoire en signant des protocoles avec celles-ci; cette responsabilité s'exerce sans ajout budgétaire et augmente la charge de travail des intervenants;
- la création de places en ressources intermédiaires et ressources d'accueil;
- un rehaussement des heures-soins dans nos centres d'hébergement est à venir, apportant des défis au niveau :
 - de l'actualisation des rôles des intervenants et de leur perfectionnement;
 - des barrières architecturales au Centre d'hébergement de Louvain;
 - de l'accroissement nécessaire du nombre de professionnels en contexte de pénurie de ressources;
- les impacts de l'implantation de l'approche milieu de vie dans nos centres d'hébergement et l'amélioration continue de la qualité des soins;
- la présence d'une unité d'hébergement à l'Hôpital Fleury, la fermeture de cette unité étant prévue en octobre 2010;
- le nombre insuffisant de places en hébergement temporaire, dépannage ou services de répit sur le territoire;
- la présence de logements privés au Centre d'hébergement de Louvain;
- le développement d'unités spécifiques pour les usagers ayant certains troubles de comportement;
- la mixité de la clientèle;
- le développement de partenariats avec les centres d'hébergement privés conventionnés;
- la décentralisation éventuelle de l'admission en centres d'hébergement.

Les principaux jalons de la démarche ont été les suivants :

- portrait initial des principaux éléments du continuum de services d'hébergement aux personnes en perte d'autonomie sur le territoire, comprenant des éléments descriptifs des services actuels, soit la disponibilité, la distribution des services, etc.;
- entrevues avec certains leaders internes de l'hébergement afin de bien cerner les éléments de l'environnement interne;
- entrevues avec l'ASSSM de la santé afin de bien cerner les orientations à venir en matière d'organisation des services et les échéances probables;
- entrevues auprès des établissements d'hébergement privés et partenaires privés;
- revue de la documentation disponible (balisage) afin de documenter les tendances et les éléments pertinents pour bâtir un modèle d'organisation des services;



- portrait démographique, socioéconomique et sociosanitaire de notre population;
- validation par le comité de projet des constats, enjeux et pistes de solution préliminaires dégagés à la suite des entrevues et de l'analyse des contextes internes et externes;
- animation d'un forum sur le continuum de services pour les personnes âgées ouvert à la majorité des partenaires pertinents du réseau local où les enjeux et pistes de solution préliminaires ont été approfondis et revalidés;
- production d'un rapport de bilan de démarche.



RESPONSABILITÉ SOCIÉTALE : LA DÉMARCHE DE DIAGNOSTIC ISO-26000

La norme ISO 26000 portant sur les responsabilités éthiques, sociales et environnementales des organisations privées, publiques et sans but lucratif devrait être officialisée d'ici quelques mois. Depuis plus de cinq ans, des universitaires, praticiens, hommes d'affaires, citoyens et autres, participent à l'élaboration de cette norme au niveau international. Cette norme dresse les principaux éléments qui pourraient contribuer à l'amélioration de la responsabilité sociétale des organisations. Elle couvre sept champs d'intervention :

- la gouvernance;
- les droits de l'homme;
- les conditions de travail;
- l'environnement;
- les pratiques d'affaires;
- les consommateurs;
- l'engagement social.

Un projet de la société IVA Conseils consiste à conduire des « interventions pilotes » dans différents établissements privés et publics en collaboration avec ceux-ci afin d'évaluer les enjeux de nature éthique, économique, sociale et environnementale. Ces interventions contribueront à l'implantation de la norme au sein des organisations québécoises.

Le CSSSAM-N s'y inscrit et croit en l'apport de ce projet dans sa démarche de planification stratégique. Les thèmes analysés seront complémentaires au reste de la démarche par leur niveau de réflexion morale et éthique.

Plan de travail—volet *Responsabilité sociétale*

Cadrage de l'étude et rencontres initiales

1. Rencontre des personnes responsables du projet afin de valider avec elles les détails ainsi que le rythme de l'intervention;
2. Identification des principaux porteurs du projet;
3. Présentation de la démarche à la haute direction et au conseil d'administration;

Analyse des processus

4. Rencontre des personnes clés dans l'organisation;
5. Collecte et analyse des principaux documents/information;
6. Préparation et transmission d'un questionnaire destiné aux membres du comité de projet sur les relations avec les parties prenantes de l'organisation;
7. Analyse et préparation d'un rapport préliminaire permettant de dresser un portrait de la situation face à la norme ISO 26000;

Présentation des recommandations

8. Échange avec le comité de projet sur l'information contenue dans le rapport préliminaire et préparation d'une présentation PowerPoint résumant les principaux points forts, à améliorer et les priorités à mettre en place;
9. Production finale du rapport et présentation PowerPoint.

Les principes inhérents à cette norme influenceront notre révision des énoncés de mission, de vision, de valeurs et de la philosophie de gestion. En plus d'aider à définir notre positionnement en développement durable, c'est le moyen que le CSSSAM-N privilégie afin de s'assurer que celui-ci intégrera au cours des prochaines années, à tous les niveaux organisationnels, les principes de la responsabilité sociétale.



DIRECTIONS-SOUTIEN DU CSSS

Les Ressources financières, les Ressources humaines et du développement organisationnel, les Services techniques et immobilités, la Direction générale adjointe, les Archives ainsi que les Soins infirmiers et les Services multidisciplinaires ont aussi réfléchi aux objectifs stratégiques propres à leur direction sur des enjeux pointus. La réflexion stratégique a mené à des questionnements sur la structure, l'organisation et les pratiques de direction. Un tel exercice fut nécessaire et complémentaire au reste de la démarche pour obtenir une vision complète de l'état de l'organisation et de son futur.

Plan de travail des directions-soutien

Pour chacune des fonctions soutien, la direction concernée a procédé à :

- des entrevues avec des clients internes pour cerner les principaux enjeux;
- la production d'un document de diagnostic stratégique préliminaire;
- la tenue d'une journée de travail avec des membres de son secteur ainsi que des clients internes pour approfondir les forces, faiblesses, menaces et opportunités notées préalablement et pour préciser les enjeux et choix stratégiques du service;
- le consultant animateur des journées a produit un rapport synthèse résumant les travaux de la journée pour chaque direction-soutien;
- chaque direction s'est appropriée son document pour rédiger une version finale.



Le MSSS a clairement indiqué, dans sa réforme de 2003, ses orientations guidant la mise en place des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Les CSSS ainsi créés en 2004 ont depuis la responsabilité de la population de leur territoire. Pour ce faire, ils ont dû élaborer et mettre en place un projet clinique avec les partenaires du réseau local de santé et de services. La fusion récente a aussi rendu nécessaire l'harmonisation des processus cliniques et de gestion. Le CSSSAM-N a ainsi produit son projet clinique en 2006 avec ses cibles d'amélioration des services à la population.

Notre CSSS poursuit ses activités en ayant en tête les prémisses entourant sa création. L'environnement changeant et les modifications des dernières années dans sa population l'obligent à réévaluer et ajuster ses orientations. Il a donc enclenché un processus de réflexion et de positionnement stratégique pour mettre à jour ses enjeux et ses défis.

Les cinq grands chantiers ciblés par le conseil d'administration ont produit des rapports dont la Direction générale s'est inspirée pour préparer un amalgame cohérent d'enjeux organisationnels intégrant les réalités locales aux enjeux régionaux et nationaux de l'ASSM et du Ministère.

Les enjeux et les orientations stratégiques identifiés permettront au CSSSAM-N de poursuivre les efforts appropriés à la réussite de sa mission et d'actualiser avec succès une vision qui intègre son réseau local.

Tous les travaux de la dernière année réalisés sur les divers chantiers de réflexion résultent en une synthèse de 29 objectifs stratégiques définis et regroupés sous cinq grands axes et orientations.

Ces axes, orientations et objectifs s'inscrivent en continuation avec la toile de fond de la création des CSSS, soit l'amélioration de l'accessibilité, de la continuité et de la qualité des services à la clientèle.

Axe 1 – Les personnes

Orientation 1 - Gestion proactive, harmonieuse, mobilisatrice et efficace des talents et des compétences.

Axe 2 – Les services médicaux de première et deuxième lignes

Orientation 2 - Développement et consolidation des services médicaux au CSSS et dans le réseau local de services.

Axe 3 – Les programmes-services

Orientation 3 - Poursuite du projet clinique organisationnel par le développement et la consolidation des programmes-services du CSSS.

Axe 4 – La responsabilité sociétale

Orientation 4 - Développement des communautés et de partenariats gagnants afin de contribuer au développement durable et à l'amélioration de la santé et du bien-être de la société.

Axe 5 – La qualité des services et la performance

Orientation 5 - Amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et services ainsi que de la performance organisationnelle.

Dans le choix de ses axes, le CSSSAM-N désire clairement démontrer aux parties prenantes les grands volets de développement de l'organisation pour les prochaines années.

Tout d'abord, les individus œuvrant au CSSSAM-N constituent la pierre angulaire sans laquelle il serait impossible de remplir notre mission première d'établissement de santé. La présence en nombre adéquat d'employés compétents et leur niveau de mobilisation sont fondamentaux à l'atteinte des objectifs de l'organisation. En ce sens, la pénurie actuelle constitue un enjeu de taille.



En deuxième lieu, la pratique médicale est un enjeu majeur compte tenu de la pénurie provinciale de médecins, du développement de services médicaux de première ligne arrimés aux activités du CSSS et du contexte de l'Hôpital Fleury. Celui-ci est considéré comme hôpital communautaire et, comme la plupart de ses comparables, il peine à offrir une gamme complète de services en spécialités. Il devient essentiel d'exercer des choix stratégiques bien ciblés dans le secteur des activités médicales.

Troisièmement, le projet clinique organisationnel démarré après la fusion des établissements en 2004 est toujours d'actualité. La mise en œuvre des cibles d'amélioration des services est en cours et le CSSS doit constamment analyser et remodeler son offre interne de services à la population en réponse aux besoins évolutifs de celle-ci.

Comme quatrième axe, l'organisation se tourne vers l'ensemble de ses partenaires externes. Le projet clinique du CSSS l'aide à définir son offre de service, mais les défis populationnels sont trop complexes pour y arriver seul. L'organisation doit compter sur de nombreux partenaires de tout horizon pour parvenir à atteindre ses objectifs d'amélioration de l'état de santé de sa population. Cet axe d'importance définit nos ententes avec nos partenaires, nos relations avec les parties prenantes externes et comment le CSSS entend animer le développement des communautés en complémentarité avec le monde municipal, scolaire, communautaire et sociosanitaire.



Enfin, le CSSSAM-N, en tant que fournisseur de soins et de services de santé, doit constamment surveiller ses processus cliniques en visant les plus hauts standards de qualité et de sécurité. En tant que gestionnaire de fonds publics, il se doit aussi d'être vigilant et performant dans ses processus de gestion. Il doit également s'assurer que les activités générant des retombées à grand impact économique, social et environnemental dans la communauté se réalisent dans le respect des principes éthiques de responsabilité sociétale.



Les enjeux tactiques des directions-soutien s'intègrent à ces axes. Ces programmes-soutien possèdent leurs enjeux propres d'amélioration et d'adaptation des services pour aider l'organisation à répondre à ces orientations stratégiques. Pour imager le tout, les directions-soutien se situent en transversal dans une structure matricielle et se trouvent impliquées dans les grands chantiers organisationnels.



Pour chaque axe, une orientation, des objectifs et des actions sont définis. Ces actions sont priorisées sur trois ans et des indicateurs de résultats sont inscrits.



AXE 1 : LES PERSONNES

La gestion proactive, harmonieuse, mobilisatrice et efficace des talents et des compétences

Le CSSSAM-N est une organisation à dimensions multiples en pleine mutation. Les transformations qu'il opère imposent une vision novatrice en gestion des ressources humaines ainsi qu'une gestion mobilisatrice relativement aux changements liés à l'implantation des projets cliniques. En contexte de pénurie de main-d'œuvre, le CSSSAM-N devra faire preuve d'imagination et d'innovation afin d'améliorer son niveau d'excellence.

Les membres du personnel du CSSSAM-N, ses bénévoles et ses médecins choisissent de bâtir, au cours des prochaines années, une organisation où il est stimulant et valorisant de travailler. Ils sont conscients qu'atteindre un tel but ne peut se faire que progressivement par des gestes concrets et successifs et ils définissent cet axe comme une construction collective. Il est important de se rappeler que, pour réussir une entreprise de cette nature, l'implication et la coopération de chaque personne sont essentielles. La construction de milieux de travail satisfaisants ne peut incomber seulement aux directeurs, aux responsables, aux chefs et superviseurs, etc. Ils en ont la responsabilité tout comme l'ensemble des employés et des professionnels qui y exercent.⁴

Les membres du personnel du CSSSAM-N, ses bénévoles et médecins devront adapter leur offre de service auprès des communautés ethniques du territoire. L'ouverture aux cultures et la compréhension des réalités des immigrants face aux soins et services de santé représentent déjà tout un défi qui s'accroîtra dans le futur.

Cet axe de développement d'envergure se déploie selon trois orientations stratégiques.

Objectif 1.1 : *Disposer de la main-d'œuvre requise*

Les dernières années ont fait la preuve que déjà, dans plusieurs secteurs, il devient difficile de recruter les personnes ayant les compétences recherchées. Plusieurs postes demeurent vacants, parfois comblés temporairement par de la main-d'œuvre indépendante. Cette main-d'œuvre coûte plus cher, la qualité générale des interventions et des pratiques en souffre et la continuité des services est affectée.

Les compétences ne sont pas toujours utilisées de façon efficiente dans les équipes de travail. Des actions sont donc planifiées pour répondre à cette orientation : une bonne planification des besoins de main-d'œuvre, de bonnes stratégies d'attraction et de rétention du personnel ainsi qu'une organisation du travail optimale.

Objectif 1.2 : *Mobiliser et reconnaître le personnel*

La mobilisation du personnel est un enjeu majeur pour une organisation qui souhaite offrir des services de qualité à ses clients. Elle repose sur plusieurs facteurs : une connaissance précise de nos responsabilités, les outils pour bien répondre aux attentes, la reconnaissance au quotidien, la gestion rigoureuse du rendement ainsi que la gestion des compétences.

Dans un environnement qui change rapidement, le personnel des organisations doit être en mesure d'améliorer ses compétences de façon continue, en fonction des profils d'expertise recherchés. L'organisation entend favoriser le développement des compétences et devenir proactive au niveau du soutien à la carrière de ses employés.

Les efforts de reconnaissance entrepris ces dernières années seront renforcés et d'autres actions seront développées dans cette facette fondamentale de la mobilisation du personnel.

Objectif 1.3 : *Optimiser la gestion des ressources humaines*

Le partage des rôles et des responsabilités en matière de gestion des ressources humaines (GRH) entre la Direction des ressources humaines et du développement organisationnel et les gestionnaires doit être précisé. La direction entend assurer le leadership pour soutenir l'évolution des meilleures pratiques en GRH. Cette évolution passera, entre autres, par la consolidation des habiletés de gestion de l'équipe d'encadrement, le développement d'outils de gestion, l'amélioration des conditions d'exercice ainsi que la gestion de la présence au travail.

⁴ Service des communications CSSS-IUGS, *Planification stratégique 2006-2011—La santé une passion à partager*, Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, juillet 2006, p. 57



AXE 2 : LES SERVICES MÉDICAUX DE PREMIÈRE ET DEUXIÈME LIGNES

Développement et consolidation des services médicaux du CSSS et dans le réseau local

Les enjeux de pratique médicale font régulièrement les manchettes dans les médias alors que la pénurie de médecins, le vieillissement et l'isolement de ceux-ci, les pressions démographiques, l'accroissement de la clientèle souffrant de maladies chroniques ou de comorbidité, amènent le Ministère à proposer diverses solutions. Le CSSSAM-N adhère et collaborera aux divers objectifs et projets ministériels ou de l'Agence concernant l'organisation des services médicaux dans les années à venir.

L'organisation reconnaît l'importance d'une première ligne médicale forte et bien arrimée avec ses activités cliniques pour faciliter le suivi conjoint des clientèles. Étant un CSSS avec un hôpital, des services médicaux de spécialités et un plateau technique intéressant sont offerts à la population. Des arrimages efficaces avec les omnipraticiens du territoire deviennent donc nécessaires pour faciliter la transition du patient dans le continuum de services. Ces arrimages sont d'autant plus nécessaires, l'arrivée de groupes de médecine familiale (GMF) sur le territoire nous poussant à développer des partenariats de plus en plus clairs et complémentaires.

Objectif 2.1 : *Consolider l'accès de la population d'Ahuntsic et de Montréal-Nord à des services de proximité (prise en charge et suivi) en omnipratique*

Les actions entreprises dans les prochaines années viseront à consolider le guichet d'accès pour la clientèle orpheline de médecin. Le bilan de la première année de vie de ce guichet est extrêmement positif et l'organisation doit assurer sa pérennité et son fonctionnement.

Ces actions viseront aussi à développer de nouveaux groupes de médecine familiale (GMF) ou encore des cliniques Réseau intégrées (CRI) sur le territoire en plus de consolider l'offre de service des GMF existants en y introduisant du personnel du CSSS pour faciliter la liaison et les arrimages avec les activités cliniques du CSSS.

Les omnipraticiens du territoire accéderont plus facilement aux services des médecins spécialistes et au plateau technique de l'Hôpital Fleury et l'accès aux résultats sera facilité pour ceux travaillant en GMF.

L'objectif principal, en facilitant le travail des omnipraticiens du territoire, est que ceux-ci se libèrent. Ils auront ainsi plus de temps pour prendre en charge des clients orphelins de médecin, spécialement les patients vulnérables nécessitant un suivi, pour éviter ainsi le recours aux urgences et prévenir l'utilisation de services ou d'interventions plus coûteux pour le système.

Objectif 2.2 : *Améliorer la prise en charge et le suivi médical des clientèles vulnérables résidentes du territoire*

Notre population étant âgée et vieillissante, les taux de prévalence de certaines maladies chroniques sont relativement élevés. Des retards dans la conception et la mise en place de projets de partenariats axées sur la prévention et la prise en charge des maladies chroniques sont observés et le projet clinique est peu connu des médecins du territoire.

Le CSSSAM-N prévoit, dans le cadre d'une collaboration incluant les médecins et les programmes-services de santé physique et des services généraux, améliorer la prise en charge et le suivi interdisciplinaire des clientèles vulnérables et mettre en place des programmes de prévention et de gestion des maladies chroniques basés notamment sur :

- l'intervenant pivot ou de liaison;
- la prise en charge conjointe du patient par les médecins spécialistes et généralistes;
- le soutien à l'autosoins;
- l'interdisciplinarité;
- le développement d'équipes CSSS de prise en charge de la clientèle atteinte de maladies chroniques comme le diabète, l'hypertension ou la MPOC.

En fonction des orientations ministérielles à venir dans le dossier carcéral, le CSSS verra à la mise en œuvre du plan accepté de services médicaux, infirmiers et professionnels dans les centres de détention à sa charge (Tanguay, Bordeaux, Rivière-des-Prairies).

Objectif 2.3 : *Consolider l'accès à des services spécialisés thérapeutiques et diagnostiques*

Le recrutement médical et la rétention d'une masse critique de médecins s'avèrent difficiles dans le contexte d'un hôpital de petite taille. Il est utopique de penser tout couvrir à l'interne, car la pression devient trop forte sur un nombre trop restreint de médecins spécialistes. Ainsi, maintenir une offre de service stable et continue en spécialités représente tout un défi. Le CSSSAM-N devra promouvoir le choix d'un modèle de pratique hospitalière axé sur la médecine générale appuyé, entre autres, par la médecine interne. Il devra choisir, d'ici le printemps 2011, quelle couverture en spécialités sera présente à l'Hôpital Fleury et quelles spécialités devront plutôt faire l'objet d'ententes avec des partenaires.

Pour diverses raisons, le bloc opératoire n'est pas utilisé à pleine capacité. L'optimisation de la performance du bloc est un enjeu d'importance. Face à l'absence de certaines spécialités en chirurgie ou à la pénurie de chirurgiens, le CSSS devra cibler les secteurs d'excellence en chirurgie pour s'y concentrer. Il devra aussi signer des ententes en vue de l'utilisation du bloc par d'autres établissements du réseau aux prises avec de l'attente induite. Un prérequis indispensable à la réalisation de ces actions sera de compter sur une équipe d'anesthésistes stable.

L'organisation améliorera sa couverture de services ambulatoires en révisant le fonctionnement de sa clinique externe, en démarrant la médecine de jour générale, en oncologie et en santé mentale à l'Hôpital Fleury, ainsi qu'en implantant un accueil clinique. Ce dernier est une porte d'entrée pour la clientèle provenant des cliniques médicales et nécessitant un plateau diagnostique et des consultations en spécialités. L'accueil clinique vise à éviter le passage par l'urgence pour accéder aux services de l'hôpital.

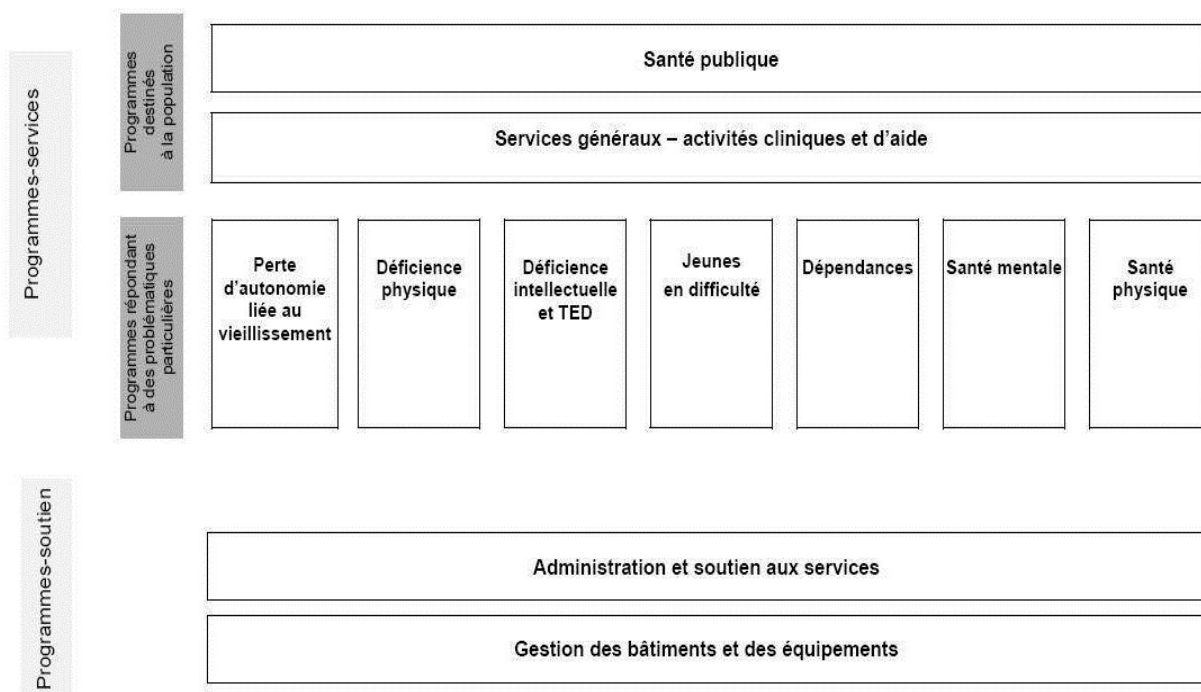


AXE 3 : LES PROGRAMMES-SERVICES DU CSSSAM-N

Poursuite du projet clinique organisationnel par le développement et la consolidation des programmes-services du CSSS

Le CSSSAM-N, après la fusion de ses parties constituantes en 2004, s'est lancé dans l'élaboration de son projet clinique. Chaque programme-services a constitué une table de travail pour identifier les écarts entre les services actuels et ceux attendus par le Ministère dans un CSSS. Ces écarts ont amené l'élaboration de cibles d'amélioration des services par secteur, cibles graduellement mises en œuvre à partir du début 2007 par les directions cliniques du CSSS en collaboration avec les directions-soutien. Le diagramme suivant résume la pensée ministérielle relativement à l'architecture des services dans un CSSS.⁵

CONFIGURATION DES PROGRAMMES



L'exercice de la planification stratégique a redémarré le travail des tables en visant une relecture, une mise à jour des cibles du projet clinique à la lumière des nouvelles réalités, des nouvelles données sociodémographiques et de santé populationnelle et des niveaux d'avancement des projets régionaux. Ces cibles renouvelées génèrent donc des orientations et des actions pour les axes 3 et 4 de la planification stratégique. L'axe 3 est surtout tourné vers les services internes du CSSS. Le projet clinique initial s'est fait en concertation avec les partenaires de la communauté. Ceux-ci ont parfois été mis de côté ou moins impliqués dans les années subséquentes. Malgré l'esprit du projet clinique invitant la participation des partenaires externes, les efforts ont surtout été tournés vers les arrimages internes étant donné la jeunesse de l'organisation.

Avec la maturité de ses six ans, le CSSS entend maintenant prioriser ses partenaires externes et développer plus loin l'axe 4 de sa planification stratégique en y concentrant les cibles et enjeux touchant la communauté.

⁵ ANCTIL, Hervé et JUHEL, Amélie, *L'architecture des services de santé et des services sociaux*, ministère de la Santé et des Services sociaux, janvier 2004, p. 11

Le projet clinique inclut aussi le plan d'action local en santé publique qui présente six orientations :

- des enfants qui naissent et se développent en santé;
- des jeunes en santé qui réussissent leur apprentissage scolaire;
- des milieux de travail exempts de menaces à la santé (mandat du CSSS Pointe-de-l'île);
- une population vaccinée et protégée des infections ainsi que des menaces chimiques et physiques;
- un environnement urbain favorable à la santé;
- un système de santé qui sert aussi à prévenir.

Ces orientations de santé publique sont décrites dans le plan d'action local de santé publique en cours d'élaboration pour adoption d'ici la fin de l'automne 2010. Ces enjeux se retrouvent insérés à l'intérieur des axes, orientations ou actions.

L'axe de développement du projet clinique du CSSSAM-N tient compte de la poursuite de l'implantation des programmes-services selon les définitions ministérielles et s'articule autour de douze objectifs.

Objectif 3.1 : *Favoriser l'intégration des divers programmes-services du CSSS*

La structure actuelle des services du CSSS est fortement inspirée des découpages cliniques des programmes-services du Ministère illustrés précédemment. Le CSSSAM-N a suivi cette voie pour effectuer ses découpages administratifs en 2006. Chaque programme s'est développé depuis en fonction de son propre projet clinique, de la nécessité d'harmonisation entre les installations et des divers projets sous leadership régional. Le danger d'un tel développement est la perte d'intégration des services et la création de silos de clientèles, ce qui ne correspond pas à l'esprit de la réforme du système de santé.

L'organisation s'efforcera, dans les années à venir, à simplifier les voies d'entrée à ses services et à assurer la fluidité du traitement des demandes et la souplesse du cheminement des clients dans les divers programmes.

Cette simplification est aussi valable pour nos référents, particulièrement les médecins. Ces derniers n'ont pas à connaître la structure interne sous-jacente en réponse à un besoin, mais bien un lieu de dépôt clair de demandes, où celles-ci seront traitées avec un accompagnement adéquat du client vers le programme qui sera en mesure d'apporter les meilleures réponses au problème.

Objectif 3.2 : *Déployer et renforcer l'offre des services généraux*

Comme porte d'entrée importante aux activités du CSSS, les services généraux doivent s'adapter à la croissance des demandes de services par la population. Les naissances sur notre territoire sont en hausse, les problématiques d'ordre psychosocial sont croissantes, la clientèle du virage ambulatoire sollicite grandement les soins infirmiers courants et les centres de prélèvements sans rendez-vous sont très populaires. Aussi, la présence de médecins en plus grand nombre dans les installations CLSC nécessite un nouveau partage de responsabilités et un travail d'équipe avec les infirmières en place.

L'harmonisation des services, à partir de l'accueil des clients et des demandes de services, est à poursuivre en s'arimant au développement des guichets d'accès des programmes-services spécifiques pour assurer la fluidité et la continuité de l'information et de la clientèle.

L'ensemble des services offerts doit être réinventé pour répondre à la croissance d'activités, incluant les nouvelles liaisons en développement avec les GMF, ainsi que le suivi de la clientèle atteinte de maladies chroniques. Une analyse de situation et une réorganisation des services de soins infirmiers courants (vaccination, soins, suivis) ainsi qu'en périnatalité, petite enfance et monde scolaire, est prévue en collaboration avec la Direction des soins infirmiers. Les services psychosociaux généraux à court terme, ciblés par les ententes de gestion, sont à surveiller et à consolider, car ils sont trop souvent mis de côté devant le flot de demandes de services à traiter en priorité.

Le CSSS est en attente des résultats des pourparlers entre le MSSS et le ministère de la Sécurité publique pour éventuellement prendre en charge les soins de santé et services sociaux dans les centres de détention de l'île de Montréal.



Objectif 3.3 : *Déployer et renforcer l'offre de service en déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement (DI-TED)*

L'offre de service de ce secteur est bien campée et en ligne avec les normes des divers plans d'action et d'orientation ministérielles ou de l'ASSSM. Le plan d'action en DI-TED produit par l'ASSSM en 2009 identifie des actions spécifiques relatives à la gestion de l'accès, à l'offre de service pour les différentes catégories d'âge ainsi qu'aux mécanismes d'arrimage, de collaboration et d'évaluation. Le CSSS adhère aux principes inscrits et collabore activement à la mise en œuvre du plan avec l'Agence. Ce plan se poursuit et influence les cibles d'amélioration des services de ce programme.

Au niveau de l'accès aux services, il importe de mentionner l'existence d'un guichet d'accès bien arrimé avec les partenaires du réseau sociosanitaire (CRDI) qui en font partie.

Objectif 3.4 : *Améliorer le cheminement des patients dans la trajectoire des soins hospitaliers*

La plupart des centres hospitaliers du Québec vivent des périodes d'encombrement des urgences. L'Hôpital Fleury n'y échappe pas. La résolution des problèmes des urgences passe par une approche intégrée en œuvrant à l'interne autant qu'en amont de l'urgence et en aval de l'hôpital. Le CSSS adhère au plan d'action régional sur la gestion intégrée des salles d'urgence élaboré en 2007. Un plan d'action local a suivi et se déploie depuis.



Les actions de ce plan concernent l'ensemble des soins et services prodigués dans toutes les installations du CSSS. Des services mieux arrimés en amont de l'urgence préviendront les visites à celle-ci. Les actions prévues dans les orientations 2.1, 2.3 et 3.5 devraient aider à améliorer la situation.



À l'interne, le CSSS continuera à analyser et à réviser ses processus de travail ainsi que le cheminement de la clientèle en poursuivant la méthodologie développée dans le cadre du projet régional McKinsey (devenu Focus Urgence). C'est un projet toujours vivant et d'actualité. Des lits d'hospitalisation bien utilisés diminuent la durée moyenne de séjour et l'organisation devient efficiente en augmentant le taux de roulement de la clientèle desservie aux unités.



Partenaires essentiels dans les activités de soins directs, les départements de pharmacie, laboratoires médicaux et imagerie médicale collaboreront, par leur propre démarche d'amélioration des processus ou de réorganisation, à la réussite de cette orientation.



En aval de l'hôpital, dans la trajectoire de soins d'un épisode aigu, se situent les centres de réadaptation, les centres d'hébergement, les lits de convalescence et d'évaluation ainsi que les services en CLSC. Des ententes existent déjà avec les centres et certains arrimages seront travaillés pour faciliter la prise en charge de la clientèle après son congé hospitalier.



Objectif 3.5 : *Améliorer le suivi multidisciplinaire des clientèles vulnérables particulièrement celles atteintes de maladies chroniques et de cancer*

Depuis 2008, de concert avec l'ASSSM et en conformité avec les orientations ministérielles, le CSSS redéfinit les trajectoires de soins et de services destinées à ces populations plus vulnérables. Selon les orientations du projet clinique, le premier défi s'articule autour du respect des missions des première et deuxième lignes. Ainsi, afin de mieux accompagner ces personnes et d'éviter les recours à l'urgence, des programmes sont mis en place pour répondre aux besoins de ces clientèles en première ligne. Ce déploiement, déjà débuté par la création du Centre d'excellence en gestion de la maladie chronique, permet actuellement le suivi de la clientèle atteinte de diabète et des travaux sont en cours afin de structurer un continuum de services intégrés pour la clientèle atteinte de MPOC. Des équipes dédiées et des programmes bien structurés pour les personnes atteintes d'hypertension artérielle et d'insuffisance cardiaque sont également envisagés. Cette approche qui sous-tend l'organisation des soins et services est basée sur la création d'une équipe interdisciplinaire proactive, sur l'autogestion de la santé et la mise en place de stratégies pour accompagner la clientèle dès le début de la maladie. Ainsi, une gestion plus efficace des maladies chroniques contribue à réduire les coûts liés à des interventions tardives ou des hospitalisations, mais surtout à optimiser la qualité de vie de la clientèle.



Le développement de continuums cliniques auprès des personnes atteintes de maladies chroniques visant l'engagement de la personne et de ses proches dans la gestion de la maladie, implique également des acteurs clés tels que des infirmières pivot ou gestionnaires d'épisodes de soins ainsi que les organismes communautaires et les groupes d'entraide.



Objectif 3.6 : *Déployer et renforcer l'offre de service Jeunes en difficulté*

Dans leur planification stratégique, le Ministère et l'Agence situent la clientèle des jeunes en difficulté en compagnie d'autres clientèles (maladies chroniques, cancer, santé mentale, dépendances, déficience physique ou intellectuelle - TED) ayant des besoins particuliers et nécessitant un suivi interdisciplinaire et continu.

La mise en œuvre du projet clinique du programme a permis d'harmoniser les pratiques des équipes entre les deux CLSC et de développer celles-ci selon les orientations ministérielles. Un guichet d'accès est en fonction depuis plus d'un an.

Le Ministère a produit en 2007 les « Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience » du programme. En lien avec les changements de la *Loi sur la protection de la jeunesse* et les divers travaux régionaux, le CSSS suit le cadre prescrit dans sa gestion du changement.

L'accent sera mis sur la poursuite de l'harmonisation des pratiques de l'équipe, la réorganisation des services auprès d'une clientèle spécifique et les services intégrés en périnatalité et petite enfance (SIPPE).

Objectif 3.7 : *Déployer et renforcer l'offre de service en dépendances*

Le Ministère a produit, en 2007, son document d'orientation du programme. Le CSSS s'inscrit dans les grandes orientations et suit le plan de mise en œuvre suggéré en participant aux travaux régionaux. Au plan de l'organisation, aucune équipe formelle n'est dédiée à ce programme. Il est plutôt déployé de façon transversale dans les autres programmes-services. Des formations ont eu lieu auprès des intervenants les plus susceptibles de croiser ce type de clientèles et celles-ci sont à poursuivre.

Différents programmes comme AlcoChoix + seront déployés dans nos activités et des stratégies pour atteindre la clientèle touchée par les jeux de hasard et d'argent seront créés en suivant l'agenda régional de l'Agence.

Objectif 3.8 : *Déployer et renforcer l'offre de service en santé mentale*

Le CSSS adhère et collabore pleinement, depuis le début des travaux du plan d'action ministériel en santé mentale, aux principes et objectifs énoncés dans cette vaste réforme. Depuis trois ans, les équipes sont bonifiées grâce à l'arrivée de nombreux intervenants et de nouvelles pratiques cliniques se mettent en place, bien arimées avec les principaux partenaires externes. Notre population en ressent les bienfaits alors que nos délais d'accessibilité aux services diminuent jusqu'à rencontrer les cibles du plan d'action. Tous les besoins en services de santé mentale de notre population ne sont pas comblés et les efforts de réorganisation doivent se poursuivre pour les années à venir. Ce programme-services doit, dans les prochaines années, consolider ses activités actuelles et en développer d'autres en suivant les travaux régionaux animés par l'Agence.

Un suivi étroit sera offert aux personnes à potentiel suicidaire élevé, lors d'un épisode de crise, afin de favoriser un accès rapide aux services de crise ainsi que des mesures de soutien adaptées à leurs besoins. Ce suivi sera caractérisé par l'accompagnement d'un intervenant pivot du CSSSAM-N ou d'un partenaire du réseau local. En mode prévention, un réseau actif de sentinelles dans la communauté sera soutenu par notre service de première ligne.

Le traitement des troubles anxieux et des troubles dépressifs chez l'adulte est à développer en première ligne alors que la programmation clinique planifiée reste à actualiser.

En complément aux objectifs de l'axe des services médicaux, le soutien aux omnipraticiens de la communauté est à développer, de façon à mieux les outiller dans la prise en charge et le suivi de la clientèle aux prises avec des problèmes de santé mentale. Cette clientèle, parfois exigeante, nécessite une collaboration de tous les acteurs du réseau local.



Plusieurs cibles du projet clinique sont tributaires des travaux régionaux sur le plan montréalais de mise en œuvre du plan d'action en santé mentale 2005-2010. Selon l'évolution des décisions et des développements budgétaires, ces mesures permettront :

- d'accroître la performance de notre équipe de santé mentale jeunesse jusqu'à atteindre les standards de volume attendus, de délais de réponse et de traitements; l'équipe n'est pas complète actuellement et, malgré une performance efficiente de ses membres, nous ne pouvons répondre à l'ensemble de la demande;
- de combler les plans d'effectifs médicaux requis en omnipratique santé mentale, psychiatrie et pédopsychiatrie; des travaux avec le DRMG, avec l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, avec notre hôpital désigné en pédopsychiatrie (Rivière-des-Prairies) et l'ASSSM seront entrepris;
- d'accroître le nombre d'usagers desservis et d'intensifier les services offerts auprès de la clientèle nécessitant un suivi dans la communauté d'intensité variable; ces services touchent les personnes ayant des troubles mentaux graves;
- d'augmenter le nombre d'usagers desservis et d'intensifier les services de suivi intensif en milieu naturel auprès des personnes ayant des troubles mentaux graves et qui sont réfractaires aux approches traditionnelles ou qui sont en état de crise fréquent.

Objectif 3.9 : *Adapter l'offre de service de nos installations d'hébergement*

« Malgré des avancées considérables dans la mise en œuvre régionale du Plan d'action 2005-2010 sur les services aux aînés en perte d'autonomie, l'ASSSM consacrera encore durant les prochaines années nombre d'efforts afin de mieux desservir ce groupe de la population qui ne cesse d'augmenter. Dans le respect de la liberté de choisir des personnes et de leur volonté de plus en plus fréquente de demeurer dans la communauté, l'ASSSM se doit d'adapter, diversifier et intensifier certains de ces services afin d'assurer une réponse diligente aux besoins grandissants des personnes en perte d'autonomie et des proches aidants. » ⁶

Pour répondre à ces enjeux, l'Agence a développé un plan d'action englobant tout le continuum de services aux personnes âgées. Ce plan d'action restructure grandement l'offre de service aux aînés en laissant aux centres d'hébergement la clientèle la plus lourde, en développant des ressources intermédiaires plus légères sous forme de partenariats publics privés et en remodelant les services à domicile. Il influence donc notre offre de service et génère des impacts dans nos objectifs stratégiques 3.9, 3.10, 3.11, 3.12 et 4.3 qui sont intimement reliés.

Au niveau de ses centres d'hébergement, le CSSS vit déjà les conséquences de l'alourdissement (rehaussement des heures-soins) de la clientèle. Ce rehaussement nécessite une réorganisation de tous nos services d'hébergement en fonction des nouveaux mandats. Dans ce contexte, la préservation de la qualité du milieu de vie représentera un intéressant défi que les équipes de nos centres entendent bien relever.

Une attention particulière devra aussi être apportée à l'accessibilité aux services de réadaptation et de nutrition clinique dans nos centres d'hébergement. En ce moment, les pénuries de personnel ou le manque de ressources affectent notre offre de service dans ces professions auprès des résidents.

⁶ ALARIE, Françoise, BÉRUBÉ, Michèle et GADOURY, Michelle, *Planification stratégique montréalaise 2010-2015* (document de consultation), Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2010, p. 28



Objectif 3.10 : *Développer le réseau de services intégrés pour les personnes âgées*

Dans le cadre du plan d'action sur les services aux aînés en perte d'autonomie (PALV) et de la mise en place des réseaux de services intégrés aux personnes âgées (RSIPA), l'Agence a entrepris une démarche d'harmonisation entre les 12 CSSS de son territoire. Le CSSSAM-N participe et contribue à l'exercice lancé en 2007.

La démarche d'harmonisation a pour but de garantir aux personnes âgées de Montréal l'accès aux mêmes services, peu importe leur lieu de résidence.

Pour y arriver, différentes composantes cliniques, organisationnelles et administratives devront être implantées. Par exemple, les services de base et les critères d'accès et de priorisation des équipes locales de maintien à domicile seront précisés. Les rôles et responsabilités de certains professionnels seront clarifiés et les professionnels des réseaux de services intégrés pourront compter sur un système de communication et des outils cliniques standardisés, pour ne nommer que ceux-ci. Ainsi, l'offre de service, les outils cliniques et les pratiques du plan d'action PALV seront uniformisés d'ici quelques années entre les 12 CSSS. En fait, on fait référence ici à la production et à l'implantation d'un cadre de référence régional et à la mise en place de la solution informatique RSIPA, dont certains préalables sont actuellement en cours d'installation.

L'enjeu de cette démarche d'harmonisation est le maintien des personnes âgées dans la communauté aussi longtemps que possible, tant que leur état de santé le permet. Pour réussir à relever ce défi, on doit favoriser une meilleure prise en charge des personnes âgées et de leurs proches afin de répondre le plus adéquatement à leurs besoins et ainsi améliorer leur qualité de vie et leur état de santé global. Mieux on y parviendra, plus on diminuera le recours inapproprié aux urgences et les coûts sociaux reliés à l'institutionnalisation.

Bref, cette démarche d'harmonisation des services aux personnes âgées entre les 12 CSSS est un projet qui saura mobiliser l'ensemble des intervenants et ce, pour le mieux-être de nos aînés.

Objectif 3.11 : *Adapter l'offre de logements résidentiels au Centre d'hébergement de Louvain selon les besoins de notre population âgée ou handicapée physique*

L'exercice de planification stratégique aura permis à l'organisation de réfléchir à ce volet particulier de son offre de service à la population. Étant propriétaire de l'édifice de Louvain, le CSSS loue et gère 71 appartements privés. Ces logements pour personnes autonomes sont vétustes et la plupart nécessitent des travaux d'améliorations locatives coûteux. Les revêtements de sol, équipements de salle de bain, armoires et surfaces de cuisine, portes-patios ainsi que les couloirs sont d'origine, l'immeuble ayant été bâti en 1973. Il appartient au CSSS d'effectuer les rénovations nécessaires au rafraîchissement des lieux. Les enveloppes budgétaires d'améliorations locatives fournies par l'ASSSM au CSSS étant restreintes, la mise à niveau de ces appartements n'est pas rapide, les besoins étant criants dans les autres installations du CSSS.

La clientèle qui loue ces appartements est plutôt hétéroclite. Âgés de plus de 65 ans, beaucoup des clients sont à faible revenu, d'autres travaillent encore. Plusieurs personnes sont en légère perte d'autonomie. Les loyers exigés sont en deçà des prix du marché environnant pour des appartements similaires avec chauffage, électricité, eau chaude fournie et parfois, électroménagers fournis. Ces logements ne font pas partie de la mission habituelle d'un CSSS et celui-ci doit se positionner sur l'avenir de ce secteur.

Les discussions lors du forum des partenaires sur le continuum des personnes âgées de même que les conclusions d'études sur le logement abordable sur notre territoire démontrent le besoin de logements abordables pour les personnes âgées de même que le manque de logements adaptés aux personnes handicapées physiques. Le moment est bien choisi pour accoler notre offre de service aux besoins de la population.



Le CSSS doit s'orienter vers un projet novateur au niveau de la location auprès de ces clientèles et en profiter pour développer aussi un modèle novateur du point de vue clinique en impliquant le Centre d'hébergement de Louvain ainsi que les équipes PALV-SAD pour offrir des services adaptés.

L'analyse doit se poursuivre pour savoir s'il est préférable d'implanter un tel modèle en conservant au CSSS la main mise du projet et la gestion des appartements ou s'il serait avisé d'impartir cette gestion à un organisme tiers. Le gouvernement du Québec, en partenariat avec la ville de Montréal, présente une série de programmes visant le développement de logements abordables et la subvention au loyer pour certaines clientèles ciblées. Une coopérative d'habitation, un OSBL ou une Fondation peut s'inscrire à ces programmes donnant accès à des subventions de rénovation tandis que nous ne pouvons souscrire à ce type de subventions. Chaque option sera développée dans un plan d'affaires.

À la suite d'une étude comparative des différents plans d'affaires, la direction pourra faire une recommandation au conseil d'administration pour adoption éventuelle de la solution la plus porteuse pour notre CSSS et la clientèle desservie.

Ce projet s'insère dans le plan directeur immobilier du CSSS développé par la Direction des services techniques et des immobilisations, qui a été soumis à l'Agence au début de l'été 2010.

Objectif 3.12 : *Procéder à une analyse et à une réorganisation des services en déficience physique*

Ce programme-services sous la responsabilité de la Direction des services aux aînés n'a pu faire l'objet d'une analyse exhaustive lors des travaux d'origine du projet clinique. Au cours des dernières années, le Ministère a produit un plan d'accès en déficience pour corriger les problématiques d'accessibilité et d'intensité de services auprès de la clientèle en déficience physique et intellectuelle ou souffrant de troubles envahissants du développement. L'Agence a intégré ces orientations et développé son plan régional sur les mêmes problématiques. Le CSSS collabore à la mise en place de ce plan d'action. Ce plan force l'organisation à analyser son offre de service auprès de la clientèle du programme de déficience physique (DP) et de réorganiser cette offre en suivant l'agenda régional.

Le CSSS procédera de façon prioritaire à l'analyse de sa couverture de services auprès de la clientèle DP et ajustera celle-ci en conséquence et en conformité avec les orientations régionales en la matière. Les services auprès de cette clientèle sont actuellement répartis dans plusieurs équipes de travail relevant de directions différentes.

Cette analyse doit aussi inclure l'accessibilité à leur clientèle des installations du CSSS (trottoirs, portes automatiques, stationnement réservé) et celui-ci doit s'assurer que ses principaux partenaires, particulièrement les GMF, favorisent l'accessibilité de leurs installations matérielles par la population souffrant de handicaps physiques ou à mobilité réduite.



Développement des communautés et de partenariats gagnants afin de contribuer au développement durable et à l'amélioration de la santé et du bien-être de la société

Le projet clinique du CESSAM-N contribue à définir son offre de service interne à la population (cf. axe 3). Mais, celui-ci commande aussi de dépasser la logique de prestation de services pour se rendre « à une logique de responsabilisation à l'égard des besoins de la population sur le territoire, et de travailler en réseau intégré avec les partenaires du réseau local ainsi qu'avec ceux des niveaux régional et provincial. » Les partenariats autant internes qu'externes sont d'ailleurs au cœur de notre mission. Il nous appartient d'exercer un leadership pour animer le réseau vers des buts communs. Dans son résumé du cadre de référence du projet clinique, le Ministère mentionne en 2004 : « Pour faciliter cette offre intégrée de services, on mise sur deux principes fondamentaux, c'est-à-dire la responsabilité populationnelle et la hiérarchisation des services. Il s'agit donc pour le CESS d'un double mandat : celui de définir et d'élaborer son projet clinique et celui de susciter la collaboration de tous ses partenaires pour en assurer la mise en œuvre. » ⁷

Le CESS ajoute à la responsabilité populationnelle les éléments de responsabilité sociétale. En tant qu'acteur économique majeur dans sa communauté, le CESS doit se préoccuper des conséquences sociales, éthiques et environnementales de ses activités et influencer celles de ses partenaires.

C'est dans ce contexte que se définit l'axe 4 de la planification stratégique, qui inclut cinq objectifs en lien avec nos partenaires.

Objectif 4.1 : *Favoriser la santé et le bien-être de la population en contribuant au développement social et économique des communautés*

La charte d'Ottawa, issue de la première conférence internationale pour la promotion de la santé en 1986, définit brillamment les concepts et les actions favorisant la promotion de la santé par les communautés. Cette promotion ne peut être strictement la responsabilité du secteur de la santé. « Elle exige, en fait, l'action coordonnée de tous les intéressés : gouvernements, secteur de la santé et autres secteurs sociaux et économiques, organisations non gouvernementales et bénévoles, autorités locales, industries et médias. » ⁸

Le MSSS renchérit en indiquant que les acteurs de santé publique reconnaissent depuis longtemps l'importance des efforts de mobilisation et d'organisation des communautés locales et les accompagnent dans leurs démarches à cet égard. Ils suscitent et valorisent la participation des citoyens et le développement des capacités collectives, soutiennent l'émergence de projets communautaires et contribuent à l'adaptation des programmes et des services publics aux priorités du milieu. Le réseau de la santé et des services sociaux reconnaît ainsi que l'appropriation locale du développement est indispensable pour assurer la pérennité des actions entreprises.

De par sa responsabilité populationnelle, son projet clinique et son potentiel d'actions en santé et bien-être, il appartient au CESS d'exercer un leadership en matière de développement des communautés.

Objectif 4.2 : *Prendre en compte les principes du développement durable dans la gestion de nos activités*

Le MSSS inscrit sa vision dans son plan d'action de développement durable 2009-2013 : « Puisque la santé et la qualité de vie des individus sont au cœur même des préoccupations du développement durable, le MSSS est, par sa mission, un acteur majeur dans la démarche gouvernementale de développement durable.

⁷ Direction des communications MSSS, *Résumé du cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux-Projet clinique*, ministère de la Santé et des Services sociaux, octobre 2004, p. 5

⁸ Conférence internationale pour la promotion de la santé d'Ottawa 1986, *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, <http://www.aspq.org/DL/charte.pdf>, novembre 1986, p. 2



Conscient de ce rôle, le Ministère s'engage à tenir compte des principes de la Loi sur le développement durable et à participer activement à l'atteinte des objectifs de la stratégie gouvernementale de développement durable, notamment par l'adoption du présent plan d'action.

Les problématiques de santé, tout comme celles ayant trait à l'environnement, demandent d'agir en concertation, dans un esprit d'ouverture et avec la plus grande transversalité possible. Le Ministère, déjà engagé dans cette voie par de nombreux programmes, plans d'action et autres projets, entend poursuivre et intensifier ses efforts en ce sens. Dans cette optique, il continuera à oeuvrer avec un nombre sans cesse grandissant de collaborateurs dans le but d'innover en matière de promotion, de prévention et de protection de la santé, d'accessibilité aux soins de santé et aux services sociaux et de gestion de ses infrastructures, tout en accordant une attention particulière aux répercussions directes et indirectes qu'ont ses activités sur les plans social, environnemental et économique.»⁹ Le CSSSAM-N s'inscrit dans cette vision du Ministère et collaborera avec ses partenaires locaux à l'intégration de ces principes dans les diverses activités du réseau local.

Objectif 4.3 : *Favoriser le développement de structures d'hébergement adaptées aux diverses clientèles vulnérables*

Plusieurs cibles du projet clinique concernent l'hébergement des clientèles vulnérables. L'actualité récente met en lumière les problématiques d'hébergement des personnes âgées, mais il importe de ne pas passer sous silence les besoins des jeunes familles vulnérables, de la clientèle aux prises avec des problèmes de santé mentale, de la clientèle en déficience intellectuelle et de leur famille ainsi que des personnes handicapées physiques.

Toutes ces personnes ont des besoins particuliers d'hébergement et le CSSS, en fonction des travaux et financement régionaux, contribuera à leur développement en collaboration avec les différents partenaires du RLS.

Objectif 4.4 : *Développer et renforcer les liaisons formelles avec nos divers partenaires*

La plupart des programmes-services du CSSS sont intégrés dans un continuum de services qui déborde ses activités internes. Les partenaires du réseau sociosanitaire, du réseau communautaire ou de l'entreprise privée s'insèrent dans ces continuums, chacun apportant une réponse intégrée aux besoins de la population. Des ententes formelles, contractuelles et claires restent à développer, à actualiser ou à remanier avec ces partenaires dans le respect des missions de chacun. Le CSSSAM-N entend, dans les prochaines années, se tourner vers l'extérieur et officialiser ces relations de partenariat pour assurer la complémentarité des services du réseau local.

Objectif 4.5 : *Animer le projet clinique en concertation avec les acteurs du territoire pour la résolution de problématiques sociales et de santé*

Cette orientation regroupe des problématiques pointues identifiées dans notre communauté lors de la mise à jour des cibles du projet clinique.

Pour diverses raisons, plusieurs citoyens dans le besoin ne viennent pas d'emblée chercher des services au CSSS. Ces personnes bénéficieraient pourtant de nos services pour améliorer leur condition et le CSSS devra développer des stratégies nouvelles pour rejoindre cette clientèle.

Transport, maltraitance, violence et agression seront autant de sujets abordés avec nos partenaires de la communauté dans les années à venir. Cette liste n'est certes pas exhaustive. Il appartiendra au CSSS et à ses partenaires de la bonifier et de prioriser les actions à venir en concertation.

⁹ Direction des communications MSSS, *Plan d'action de développement durable 2009-2013—Prévenir et agir, pour la santé de notre avenir*, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2009, p. 9

AXE 5 : LA QUALITÉ DES SERVICES ET LA PERFORMANCE

Amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et services ainsi que de la performance organisationnelle

Offrir à sa clientèle ainsi qu'à sa population des soins et des services de qualité et sécuritaires est, sans contredit, la prémisse de l'offre de service du CSSSAM-N.

Sur le plan de son évolution organisationnelle, le CSSSAM-N constitue un défi des plus stimulants et l'ensemble de ses membres, notamment sa direction et son conseil d'administration, entendent le relever avec toute l'énergie nécessaire.¹⁰ En continuité avec la logique de la création des réseaux locaux, ils veulent répondre aux récents enjeux présentés par le MSSS et l'ASSSM. Ils veulent aussi répondre aux défis particuliers propres à sa réalité et à son territoire, sans négliger les grands objectifs des organisations modernes et performantes, notamment aux plans de l'information, de l'utilisation des nouvelles technologies et de la gestion des ressources dans une optique de développement durable.

En ces années de consolidation de son existence, misant sur ses forces et profitant des opportunités qui s'offrent à lui, le CSSSAM-N choisit son cinquième axe de développement en accord avec sa détermination à performer et à innover en matière d'organisation du travail. Six objectifs sont privilégiés pour le concrétiser.

Objectif 5.1 : *Favoriser et actualiser une culture d'amélioration continue de la qualité*

Dans l'optique de satisfaire les besoins de sa clientèle et d'offrir les meilleurs services, le CSSSAM-N se dotera d'un cadre de référence sur la qualité, qui planifiera et définira le déploiement de son programme qualité. Ce document permettra de structurer l'ensemble des actions de qualité au sein de l'organisation et ainsi d'optimiser de manière continue et intégrée l'ensemble des processus en plaçant l'utilisateur au cœur de la démarche.

Plusieurs secteurs de l'organisation ont actuellement une responsabilité en regard de la qualité. On pense à la gestion des risques, au processus d'agrément, à la gestion des plaintes et des mesures correctrices, à la responsabilité légale de la Direction des soins infirmiers envers la qualité de la pratique infirmière, de la Direction des services professionnels et hospitaliers envers la pratique médicale ainsi que la Direction des services multidisciplinaires envers les autres professionnels. Il faut également ajouter l'apport des instances légales (CMDP, CII et CM) à la qualité des services dans l'organisation.

Le cadre de référence viendra préciser les responsabilités de chacun dans cet effort général et continu d'amélioration de la qualité de nos services. Le CSSS concrétisera ainsi sa volonté de mobiliser ses médecins, employés, stagiaires, gestionnaires et bénévoles à l'égard de ce projet afin de satisfaire l'ensemble de sa clientèle par l'amélioration au quotidien, de ses pratiques cliniques et administratives.

Le CSSS souscrit à une philosophie de gestion d'amélioration continue de la qualité qui se définit comme un « mode de gestion favorisant l'adoption d'améliorations graduelles qui s'inscrivent dans une recherche quotidienne d'efficacité et de progrès en faisant appel à la créativité de tous les acteurs de l'organisation. »¹¹ Cette démarche qualité se veut continue et constante, et elle va au-delà de la visite d'agrément qui constitue un temps fort, mais qui n'est pas une finalité en soi.

La sécurité des soins est devenue une priorité de santé publique dans les pays industriels. Le CSSS n'est pas en reste et agit déjà à ce niveau. Développer une forte culture de sécurité sera un moyen de diminuer le nombre d'événements indésirables liés aux soins. Une vision systémique des erreurs et une approche intégrée constituent les fondements de cette culture. Le CSSS consolidera ses actions, dans les années à venir, pour faire de la sécurité une préoccupation qui touche tous les niveaux de l'organisation en devenant partie intégrante du travail de l'ensemble des équipes.¹²

¹⁰ Service des communications CSSS-IUGS, op. cit., p. 62

¹¹ Définition de l'Office québécois de la langue française

¹² Extraits du site Web de l'hôpital Louis-H. Lafontaine sur l'amélioration continue de la qualité, <http://www.hlhl.qc.ca/hopital/portrait/qualite-des-services/amelioration-continue-de-la-qualite.html?lang=Fr-Ca>



Objectif 5.2 : *Diversifier et développer nos stratégies afin d'assurer la circulation optimale de l'information*

Une des clés de fonctionnement les plus efficaces dans les organisations performantes consiste à assurer la circulation optimale de l'information. Un système qui met la bonne information à la disposition des bonnes personnes, au bon moment, favorise un niveau élevé d'appartenance et de performance chez chacun des membres. Le service qu'il assure s'en trouve amélioré d'autant.

Une telle perspective incite le CSSS à intensifier ses efforts et à diversifier ses stratégies d'information et de communication. Le CSSSAM-N souhaite se démarquer tant par la qualité des outils qui seront produits que par la proximité de son information.

Ces stratégies toucheront autant nos services à l'interne que nos partenaires de la communauté. Les travaux d'analyse effectués lors de la démarche de planification stratégique nous auront permis de constater qu'il existe une méconnaissance de l'offre de service et des modalités de chacun de nos partenaires. Les nouveaux efforts de communication déployés et les renforcements de partenariats viendront améliorer ce constat pour les années à venir.¹³

Objectif 5.3 : *Élaborer un plan d'organisation et doter l'établissement d'une philosophie de gestion conforme à sa mission, sa vision et ses valeurs*

Les éléments de mission, de vision et de valeurs se retrouvent actuellement dans le document de la phase 1 du projet clinique. Six ans plus tard, il apparaît pertinent de remettre ces éléments à jour et d'officialiser un plan d'organisation qui viendra concrétiser les liens d'autorité et de collaboration, de même que les mécanismes d'action et de gestion qui rendront possible au quotidien l'accomplissement de la mission, l'incarnation de la vision et le respect des valeurs spécifiquement identifiées pour l'établissement.

La philosophie de gestion aidera les gestionnaires dans leur prise de décision en situant celle-ci dans un cadre de pensée commun. Elle inclura, entre autres, des notions de gestion du changement et de reddition de compte.

Objectif 5.4 : *Fournir un environnement sécuritaire et fonctionnel pour la clientèle et le personnel*

La gestion rigoureuse des ressources matérielles exigera beaucoup de vigilance et d'énergie dans les prochaines années. Le CSSSAM-N assurera une gestion efficace et efficiente de l'entretien des immeubles et des espaces de travail en portant notamment attention à la qualité de l'air, à la salubrité, aux économies d'énergie, etc. Il se préoccupera sans cesse d'assurer à ses membres des environnements de travail sécuritaires et adaptés à la nature des activités. Il s'assurera de compléter les projets majeurs autorisés en rénovation et agrandissement. La mise à jour continue du Plan directeur immobilier de l'établissement et sa promotion auprès de l'Agence seront nécessaires dans le contexte actuel provincial de rareté des ressources financières publiques.¹⁴

Objectif 5.5 : *Optimiser l'utilisation des ressources informationnelles*

Les technologies de l'information ont complètement transformé les façons de penser, de donner des soins et des services sociaux et de santé, d'administrer, de conserver les données, etc. Elles sont devenues incontournables dans toutes les sphères de la vie des individus et des organisations. Elles s'avèrent un outil indispensable pour arriver à gérer adéquatement la complexité. Par contre, les équipements et les applications ne sont pas toujours bien ajustés aux besoins des professionnels et des efforts doivent être faits en ce sens, notamment par une implication active dans le développement de projets reposant sur l'utilisation de technologies de l'information avec un accent sur la formation auprès des utilisateurs. C'est pourquoi le CSSSAM-N inscrit sa détermination à optimiser l'utilisation des technologies de l'information au nombre de ses orientations stratégiques.¹⁵

¹³ Service des communications CSSS-IUGS, op. cit., p. 65

¹⁴ Ibid., p. 66

¹⁵ Ibid., p. 67

Objectif 5.6 : *Viser les plus hauts standards de performance clinique et administrative dans l'établissement*

En tant qu'établissement de santé et de services sociaux, le CSSS se voit confier un ensemble de biens, notamment des budgets, des immeubles et des équipements, dont il est imputable auprès du gouvernement et, en définitive, auprès de la population. À l'intérieur de son axe de développement relatif à la performance, le CSSS s'inscrit résolument dans la voie d'une gestion rigoureuse des ressources. Il s'engage à administrer le bien public en toute économie, droiture et transparence en se souciant des conséquences des décisions prises et de leurs effets dans l'avenir.

Une utilisation efficiente des ressources exige une remise en question de certaines pratiques et façons de faire ainsi que le développement de systèmes de mesure de performance. Le CSSS entend développer de nouvelles stratégies d'organisation du travail dans différents secteurs ciblés, tout en consolidant la culture de la performance auprès des gestionnaires.



Planification stratégique 2013-2015



Section 1 - Présentation de l'établissement

Le Centre de santé et de services sociaux d'Ahuntsic et Montréal-Nord (CSSSAM-N) est issu du regroupement des centres locaux de services communautaires d'Ahuntsic et de Montréal-Nord (CLSC), des centres d'hébergement de Louvain, Laurendeau, Légaré, et Paul-Lizotte et de l'Hôpital Fleury. Six établissements privés conventionnés sont présents sur le territoire, soit le CHSLD Gouin, le CHSLD Vigi Marie-Claret, l'Hôpital Marie-Clarac, la Résidence Angelica, la Résidence Berthiaume-Du Tremblay et la Villa Belle Rive.

Le CSSSAM-N est situé dans la partie nord-est du centre de l'île de Montréal. Il assure la coordination des services offerts par les intervenants du réseau local de services de santé et de services sociaux pour sa population évaluée à près de 166 000 personnes lors du dernier recensement de 2011. Il est en liens formels avec plusieurs organismes et partenaires intersectoriels de sa région.

Au 31 mars 2012, le CSSSAM-N regroupe quelque 2 437 employés répartis dans 11 installations, 95 omnipraticiens, 161 spécialistes (actifs et associés) et 11 pharmaciens. Avec un budget annuel de 171 M \$ (2011-2012), il exploite 115 lits d'hospitalisation de courte durée en santé physique, 24 lits en psychiatrie, 18 civières à la salle d'urgence de l'Hôpital Fleury ainsi que 687 lits d'hébergement de longue durée dans ses centres d'hébergement, dont 38 lits au programme d'hébergement pour évaluation. Il assure la gestion de 15 lits d'unité transitoire de récupération fonctionnelle à la Résidence Navarro et collabore avec deux ressources intermédiaires totalisant 94 lits (Harmonie Nature et Ressource intermédiaire d'Ahuntsic).

Pour leur part, les établissements associés à mission d'hébergement exploitent 844 lits d'hébergement et l'hôpital Marie-Clarac, 204 lits de réadaptation.



Section 2 - Description du contexte

Tout exercice de planification stratégique inclut une analyse des facteurs significatifs de l'environnement interne et externe pour faire ressortir les forces, les faiblesses, les opportunités et les menaces présentes dans l'organisation.

La collecte de données se retrouve dans la Section D (la population) du chapitre 1 ainsi que dans l'annexe 2 qui reprend une analyse produite en 2010 dans le cadre de la rédaction du plan directeur immobilier.

L'analyse de l'organisation s'est aussi inspirée des grandes orientations ministérielles et de l'ASSSM qui se retrouvent d'ailleurs en grande partie en éléments de performance dans les ententes de gestion annuelles.

Les grands enjeux auxquels fait face le CSSSAM-N sont décrits à la section F du chapitre 1. Ils ont engendré un choix d'axes et d'orientations stratégiques pour l'exercice 2010-2013 et ils sont repris dans la section suivante en continuité pour les années 2013-2015.



Chapitre 2 - Planification stratégique 2013-2015

Section 3 - Orientations, objectifs et indicateurs

Le tableau suivant définit les grands axes de la planification stratégique. À chaque axe est associée une orientation générale qui se décortique ensuite en objectifs stratégiques. Pour actualiser sa volonté et atteindre le cap fixé en 2015, l'organisation a d'abord fait le bilan des premières années du plan. Certains faits saillants sont dévoilés dans le tableau comme des jalons en réponse aux objectifs. Dans les colonnes suivantes, certaines actions sont reconduites lors d'années subséquentes en mode plus opérationnel ou tactique.

La largeur de la flèche indique le niveau stratégique du projet (flèche la plus épaisse), son niveau plus tactique (largeur moyenne) ou son niveau opérationnel (flèche mince).

La couleur du projet et de sa flèche correspondante catégorise la portée du projet. La couleur verte vise la mobilisation des personnes, la couleur rouge, la performance clinique, le bleu, l'efficacité et le mauve combine performance clinique et efficacité.

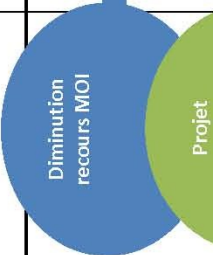
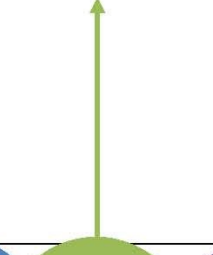
À la colonne qui suit les deux premières années du plan, les projets 2012-2013 sont disposés dans les objectifs correspondants. Ces projets ont obtenu l'aval lors de la séance du conseil d'administration de novembre dernier.

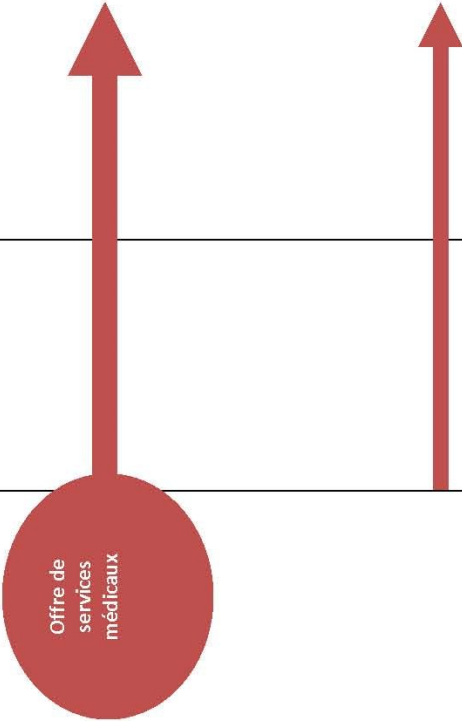
D'autres projets organisationnels stratégiques se situent en 2013-2014 ou 2014-2015. Ce choix de projets s'est d'abord amorcé par une réflexion des directeurs durant l'été 2012. Cette réflexion s'est bonifiée lors d'une journée de travail en septembre dernier en compagnie des principales parties prenantes internes de l'organisation.

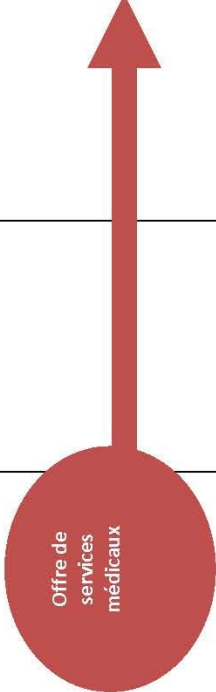
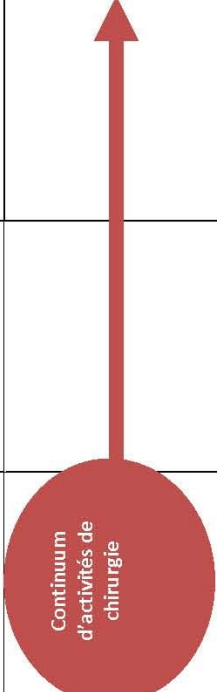
Le comité de direction, des représentants des instances ainsi que certains membres du conseil d'administration se sont en effet réunis pour définir les priorités 2013-2015 qui constituent le nouveau portefeuille de projets en réponse à nos grandes orientations.

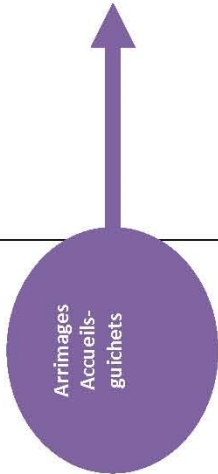
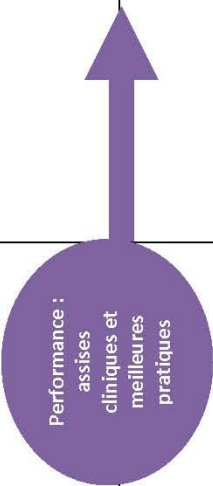
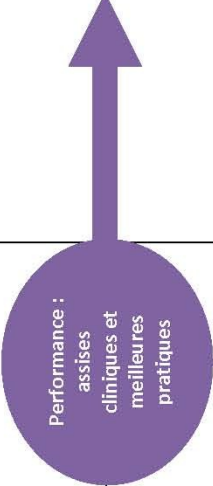
La dernière section du tableau proposera des cibles reliées à des indicateurs chiffrés ou des indicateurs de mise en œuvre pour chaque projet et objectif stratégique. Cette section sera précisée au début de l'année 2013.



Portefeuille d'actions et de projets 2010-2015					
	2010 - 2011	2011 - 2012	2012 - 2013	2013 - 2014	2014 - 2015
Indicateurs					
AXE 1 – Les personnes Orientation 1 – Gestion proactive, harmonieuse, mobilisatrice et efficace des talents et des compétences	Objectif 1.1 – Disposer de la main d'œuvre requise	1.1.1 Planifier et répondre aux besoins de main-d'œuvre FAIT SAILLANT : Démarche annuelle de planification de la main-d'œuvre en continu			
		1.1.2 Attirer et retenir la main-d'œuvre FAIT SAILLANT : Campagne de promotion et positionnement CSSSAM-N			
	Objectif 1.2 – Mobiliser et reconnaître le personnel	1.2.1 Rehausser le niveau de mobilisation des employés FAIT SAILLANT : Sondage sur la mobilisation réalisée et plan d'actions en cours			
		1.2.2 Poursuivre les efforts de reconnaissance du personnel FAIT SAILLANT : Programme de reconnaissance formalisé			
Objectif 1.3 – Optimiser la gestion quotidienne des personnes					
		1.3.1 Développer et soutenir l'évolution des meilleures pratiques en GRH FAIT SAILLANT : Projet de révision du rôle des cadres débuté en 2011-2012. Financement sur deux ans. Actions de suivi et de consolidation subséquentes.			
					
					

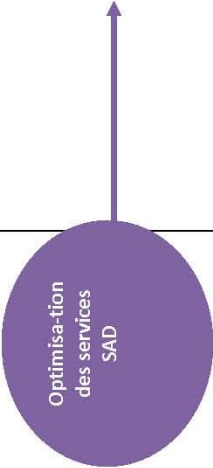
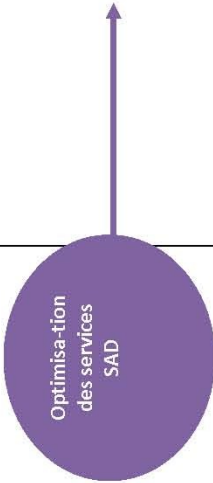
2010 - 2011		2011 - 2012	2012 - 2013	2013 - 2014	2014 - 2015	Indicateurs
AXE 2 - Les services médicaux Orientation 2 - Développement et consolidation des services médicaux au CSSS et dans le RLS	Objectif 2.1 - Consolider l'accès à des services de proximité en omnipratique	2.1.1 Consolider et promouvoir le guichet d'accès pour la clientèle orpheline de médecin de famille FAIT SAILLANT : Guichet dépassant les attentes en nombre de patients pris en charge				
		2.1.2 Développer le panier de services des GMF existants FAIT SAILLANT : Postes comblés en GMF, présence d'intervenants du programme Santé mentale en GMF				
		2.1.3 Supporter le développement d'autres GMF ou CR au sein du territoire en collaboration avec le DRMG				
		2.1.4 Améliorer l'accès des médecins de famille à l'information clinique.				
		2.1.5 Concevoir - mettre en œuvre plan triennal de consolidation de la 1 ^{re} ligne médicale FAIT SAILLANT : Croissance du nombre d'équivalent-temps-plein				
	Objectif 2.2 - Améliorer la prise en charge et le suivi médical des clientèles vulnérables	2.2.1 Consolider les services ambulatoires FAIT SAILLANT : Révision du fonctionnement des cliniques externes				
		2.2.2 Elaborer la prise en charge médicale et le suivi des clientèles vulnérables et des maladies chroniques FAIT SAILLANT : Démarrage du projet de l'Accueil clinique (planification)				
		2.2.3 Développer un créneau spécifique d'offre de services pour le milieu carcéral. F.S : Travaux en concomitance avec les deux ministères concernés				
		2.2.4 Développer la pédiatrie sociale sur le territoire FAIT SAILLANT : Projet de pédiatrie sociale				

2010 - 2011		2011 - 2012	2012 - 2013	2013 - 2014	2014 - 2015	Indicateurs
AXE 2 - Les services médicaux Orientation 2 - Développement et consolidation des services médicaux au CSSS et dans le RLS Objectif 2.3 – Consolider l'accès à des services spécialisés thérapeutiques et diagnostiques	2.3.1 Accentuer la création d'un modèle de pratique axé sur la médecine générale et appuyé par la médecine interne FAIT SAILLANT : Démarche de réflexion débutée					
	2.3.2 Mettre en place des corridors de services favorisant l'accès aux plateaux techniques et spécialités médicales. FAIT SAILLANT : Nouveau logiciel de rendez-vous, démarrage du projet de l'Accueil clinique (planification)					
	2.3.3 Établir et formaliser les corridors de services dans les spécialités et services diagnostics non couverts localement FAIT SAILLANT : Travaux en concointance avec les partenaires et l'Agence					
	2.3.4 Maximiser le potentiel d'utilisation du bloc opératoire FAIT SAILLANT : Projet d'optimisation lean au bloc opératoire débuté					
	2.3.3 Établir et formaliser les corridors de services dans les spécialités et services diagnostics non couverts localement FAIT SAILLANT : Travaux en concointance avec les partenaires et l'Agence					

2010 - 2011		2011 - 2012	2012 - 2013	2013 - 2014	2014 - 2015	Indicateurs
Poursuite du projet clinique organisationnel par le développement et la consolidation des programmes – services Axe 3 : Les programmes – services	Objectif 3.1 - Favoriser l'intégration des divers programmes-services du CSSS	3.1.1 Simplifier la référence de la clientèle par nos partenaires 3.1.2 Améliorer la fluidité du cheminement des demandes de services de la clientèle 3.1.3 Réviser et harmoniser les outils de travail aux accueils et guichets FAIT SALLANT : Réalisation d'un accueil centralisé dans de nouveaux locaux sur la rue Sauriol, rédaction de protocoles de références				
		3.1.4 Accroître réponse par une personne aux demandes téléphoniques clientèle				
		3.2.1 Améliorer les services en petite enfance, jeunesse et familles FAIT SALLANT : Augmentation des heures de services et développement de nouveaux partenariats				
		3.2.2 Consolider les services sociaux généraux FAIT SALLANT : Clarification des rôles du programme des services généraux et des programmes spécifiques				
	Objectif 3.2 - Déployer et renforcer l'offre de service des services généraux	3.2.3 Reorganiser l'offre de soins infirmiers courants FAIT SALLANT : Reorganisation en cours				
		3.3.1 Mettre en place un système intégré de gestion de l'accès aux services 3.3.2 Revoir l'offre de service aux personnes en crise ou avec trouble du comportement 3.3.3 Monter un réseau de dépistage, de prévention, d'évaluation et d'intervention auprès de la clientèle 0-5 ans à risque FAIT SALLANT : Collaboration avec les partenaires locaux et l'Agence				
	Objectif 3.3 Déployer et renforcer l'offre de service en DI-TED					

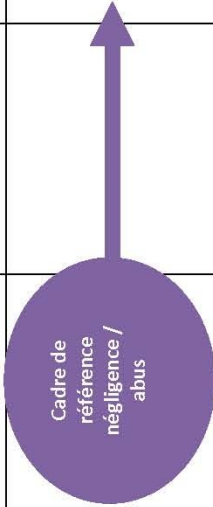
	2010 - 2011	2011 - 2012	2012 - 2013	2013 - 2014	2014 - 2015	Indicateurs
Axe 3 : Les programmes – services Poursuite du projet clinique organisationnel par le développement et la consolidation des programmes – services	Objectif 3.4 Améliorer le cheminement des patients dans la trajectoire de soins hospitaliers	3.4.1 Optimiser la durée moyenne de séjour FAIT SAILLANT : Application du plan régional, efforts continus d'optimisation de la gestion des lits		Performance : assises cliniques et meilleures pratiques 		
	Objectif 3.5 : Améliorer le suivi multidisciplinaire des clientèles vulnérables particulièrement celles atteintes de maladies chroniques et de cancer	3.5.1 Réduire le recours aux services de l'urgence 3.5.2 Réduire le recours à l'hospitalisation 3.5.3 Actualiser un modèle de prise en charge ou d'accompagnement des clientèles vulnérables, atteintes de maladies chroniques et de cancer (en lien avec les actions 2.2.2) FAIT SAILLANT : Accroissement des liens en amont avec la 1^{ère} ligne - GMF		Performance : assises cliniques et meilleures pratiques 		
Objectif 3.6 – Déployer et renforcer l'offre de service Jeunes en difficulté	3.6.1 Réorganiser l'offre de service et les pratiques professionnelles SIPPE 3.6.2 Harmoniser les outils et pratiques de l'équipe JD FAIT SAILLANT : Harmonisation en cours			Cadre de référence négligence / abus 		
				Performance : assises cliniques et meilleures pratiques 		

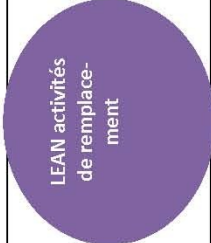
2010 - 2011		2011 - 2012	2012 - 2013	2013 - 2014	2014 - 2015	Indicateurs
Axe 3 : Les programmes – services Poursuite du projet clinique organisationnel par le développement et la consolidation des programmes – services	Objectif 3.7 Déployer et renforcer l'offre de service en dépendance	3.7.1 Poursuivre le déploiement du programme selon les orientations ministérielles FAIT SAILLANT : Orientations ministérielles suivies				
	Objectif 3.8 - Déployer et renforcer l'offre de service en santé mentale	3.8.1 Assurer un dépistage et un suivi aux personnes à potentiel suicidaire élevé FAIT SAILLANT : Protocoles en place 3.8.2 Assurer le traitement des troubles anxieux et dépressifs chez l'adulte FAIT SAILLANT : Nouveaux programmes en place 3.8.3 Poursuivre la mise en œuvre du plan d'action en santé mentale 2005-2010 FAIT SAILLANT : Équipes complètes, intervenants présents en GME	Poursuite de 2010-2013 Élaboration d'un plan local en santé mentale			
Objectif 3.9 - Adapter l'offre de service de nos installations d'hébergement		3.9.1 Adapter l'offre de services de nos centres d'hébergement en fonction des orientations ministérielles et de l'Agence FAIT SAILLANT : Plan global Qualité du milieu de vie en cours	Projet santé mentale à de Louvain Réorganisation des soins en hébergement Réflexions sur la mixité de la clientèle			
		3.9.2 Procéder à la fermeture de l'unité de soins de longue durée de l'Hôpital Fleury FAIT SAILLANT : Fermeture de 25 lits réalisée à l'automne 2010				

Poursuite du projet clinique organisationnel par le développement et la consolidation des programmes Axe 3 : Les programmes – services	2010 - 2011		2011 - 2012	2012 - 2013	2013 - 2014	2014 - 2015	Indicateurs
	Objectif 3.10 – Développer le réseau de services intégrés pour les personnes âgées		3.10.1 Réviser le guichet d'accès PALV-DP 3.10.2 Élaborer les mécanismes de concertation avec les partenaires internes et externes 3.10.3 Implanter la fonction de gestion de cas pour la clientèle vulnérable à besoins complexes 3.10.4 Développer des modalités de dépistage des facteurs de risque chez les aînés 3.10.5 Harmoniser l'offre de services en soutien à domicile et de la gestion de l'attente en fonction des priorités régionales 3.10.6 Collaborer et implanter les orientations des travaux régionaux du plan d'actions sur les services aux aînés en perte d'autonomie FAIT SAILLANT : Démarche d'optimisation SAD débutée à l'automne 2011				
Objectif 3.11 – Adapter l'offre de logements résidentiels de Louvain aux besoins de la population PALV-DP			3.11.1 Finaliser le processus de certification de résidence pour personnes âgées FAIT SAILLANT : 23 protocoles d'entente signés				
			3.11.2 Choisir le modèle de gestion de projet à préconiser FAIT SAILLANT : Projet novateur en discussion avec un partenaire (OMHQ)				
	Objectif 3.12 – Procéder à l'analyse et une réorganisation des services DP		3.12.1 Réviser les cibles du projet clinique en DP FAIT SAILLANT : En attente de consolidation du projet d'optimisation SAD				

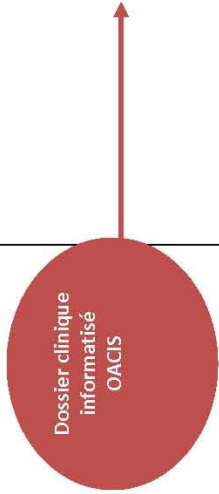
2010 - 2011		2011 – 2012	2012 - 2013	2013 - 2014	2014 - 2015	Indicateurs
Axe 1 : La responsabilité sociétale Développement des communautés et des partenariats gagnants afin de contribuer au développement durable et à l'amélioration de la santé et du bien-être de la société	Objectif 4.1 - Favoriser la santé et le bien-être de la population en contribuant au développement social et économique de communautés	4.1.1 Actualiser notre 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 FAIT SAILLANT : Observatoire populationnel en continu				
		4.1.2 S'assurer de bien connaître les organismes de la communauté, leurs ressources et leur mission				
		4.1.3 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				
		4.1.4 Assurer une présence stratégique soutenue au sein de la communauté FAIT SAILLANT : Planification stratégique en organisation communautaire 2011-2015		Emphase 2013-2015		
		4.2.1 Maintenir l'intégrité de l'environnement pour assurer la santé et la sécurité de la communauté et préserver les écosystèmes 4.2.2 Assurer l'équité sociale pour permettre l'essor de la communauté et le respect de la diversité 4.2.3 Viser l'efficacité économique pour créer une économie innovante et prospère, écologiquement et socialement responsable. FAIT SAILLANT : Actualisation des éléments du plan de la politique de promotion de la santé et développement durable				
	Objectif 4.2 – Prendre en compte les principes du développement durable dans gestion de nos activités	4.3.1 Poursuivre les actions favorisant l'hébergement hors institution des personnes âgées FAIT SAILLANT : 94 places réalisées en ressources intermédiaires et 99 autres prévues				
		4.3.2 Collaborer au développement des ressources d'hébergement et de soutien pour certaines clientèles vulnérables FAIT SAILLANT : projet de 27 places 65 ans et moins à profil gériatrique en cours, rapatriement de la gestion de l'unité transitoire de réadaptation fonctionnelle 15 lits				

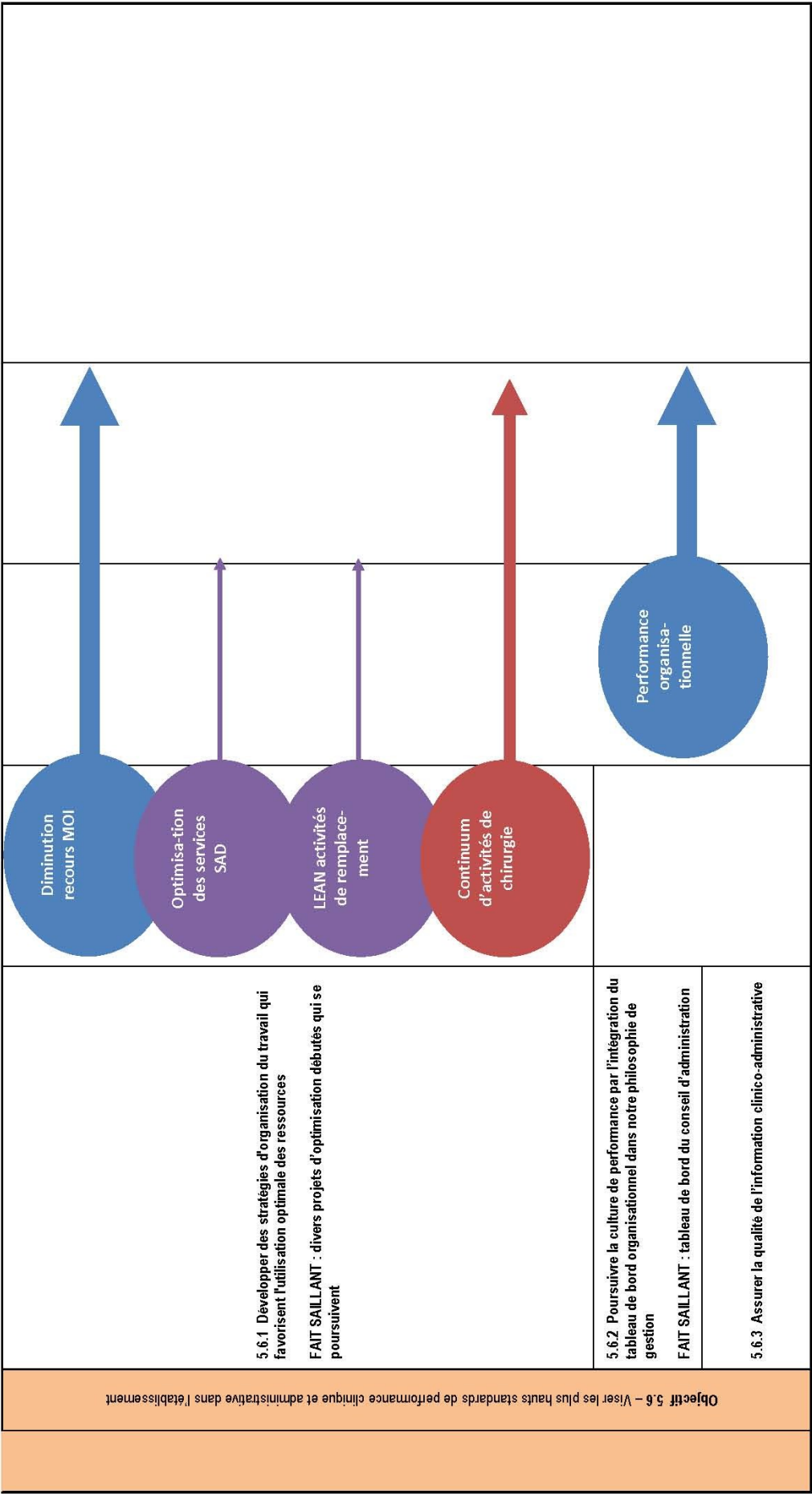


2010 - 2011		2011 - 2012	2012 - 2013	2013 - 2014	2014 - 2015	Indicateurs
Axe 4 : La responsabilité sociale Développement des communautés et des partenariats gagnants afin de contribuer au développement durable et à l'amélioration de la santé et du bien-être de la société	Objectif 4.4 – Développer et renforcer les liaisons formelles avec nos partenaires	4.4.1 Renforcer le partenariat avec le secteur de l'enseignement et de la garde FAIT SALLANT : Projet Écoles et milieux en santé				
		4.4.2 Accroître les relations avec les partenaires pour améliorer l'offre de services auprès de différentes clientèles vulnérables FAIT SALLANT : Collaboration ain droits d'accès, liens formels CRDI, comité Création d'environnements favorables				
	Objectif 4.5 – Animer le projet clinique en concertation avec les acteurs du territoire pour la résolution de problématiques sociales et de santé	4.5.1 Développer des stratégies d'approche de proximité (reaching out) FAIT SALLANT : Secteur identifié, projet en démarche				
		4.5.2 Collaborer à diminuer les risques de violence, d'agression, de négligence, de maltraitance et d'abus dans la communauté FAIT SALLANT : Table des partenaires et plan d'action en maltraitance et abus des personnes âgées				
		4.5.3 Favoriser la résolution des problématiques de transport sur notre territoire				

		2010 - 2011	2011 - 2012	2012 - 2013	2013 - 2014	2014 - 2015	Indicateurs
Axe 5 : Qualité des services et performance Amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et services ainsi que de la performance organisationnelle	Objectif 5.1 – Favoriser et actualiser une culture d'amélioration continue de la qualité	5.1.1 Élaborer un cadre global sur la qualité incluant un plan de mise en œuvre FAIT SAILLANT : Cadre de référence Qualité et plan directeur adoptés			Inclure et renforcer la mesure de satisfaction de la clientèle		
		5.1.2 Poursuivre les activités de mesure de qualité, dont l'agrément FAIT SAILLANT : Agrément 2011 et activités en continu					
		5.1.3 Doter l'organisation d'un outil technologique visant à suivre les recommandations d'une mesure de qualité FAIT SAILLANT : Système informatique de vigie en amélioration continue de la qualité conçu, en cours d'implantation					
		5.1.4 S'assurer d'une gestion intégrée des risques à tous les niveaux de l'organisation					
	Objectif 5.2 - Diversifier et développer nos stratégies afin d'assurer la circulation optimale de l'information	5.2.1 Renforcer le rôle des gestionnaires dans la circulation de l'information FAIT SAILLANT : En lien avec le projet des cadres					
		5.2.2 Consolider les outils de communications actuels					
		5.2.3 Déployer de nouveaux outils de communication technologiques					
		5.2.4 Assurer la diffusion d'une information adéquate auprès de la communauté, des partenaires et de la population FAIT SAILLANT : Campagne d'image et positionnement du CSSSAM-N en cours					

		2010 - 2011	2011 - 2012	2012 - 2013	2013 - 2014	2014 - 2015	Indicateurs
Axe 5 : Qualité des services et performance Amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et services ainsi que de la performance organisationnelle	Objectif 5.3 – Élaborer un plan d'organisation et doter l'établissement d'une philosophie de gestion conforme à sa mission et à ses valeurs	5.3.1 Adopter une philosophie de gestion, une mission, une vision et des valeurs partagées par l'ensemble de l'organisation FAIT SAILLANT : Adopté en 2010					
		5.3.2 Consolider la structure organisationnelle afin de favoriser l'atteinte des objectifs	Révision de la structure organisationnelle en cours en 2012	Actualisation et intégration de l'approche de co-gestion médico-administrative			
		5.3.3 Tenir compte des aspects humains dans la gestion des changements organisationnels FAIT SAILLANT : Divers projets lean et autres projets avec accent sur la participation des employés					
		5.3.4 Favoriser l'autonomie et la reddition de compte dans l'exercice des responsabilités à tous les niveaux de l'organisation					
		5.3.5 Définir et harmoniser les rôles des gestionnaires FAIT SAILLANT : Projet de révision du rôle des cadres débuté en 2011-2012. Financement sur deux ans. Actions de suivi et de consolidation subséquentes.	Projet révision rôle des cadres				

2010 - 2011		2011 - 2012	2012 - 2013	2013 - 2014	2014 - 2015	Indicateurs
Axe 5 : Qualité des services et performance Amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et services ainsi que de la performance organisationnelle	Objectif 5.4 – Fournir un environnement sécuritaire pour la clientèle et le personnel	5.4.1 Améliorer nos installations physiques pour qu'elles répondent mieux aux normes en vigueur FAIT SAILLANT : Plan directeur immobilier déposé à l'Agence				
		5.4.2 Planifier et acquérir les équipements et le mobilier nécessaires au bon fonctionnement de l'établissement FAIT SAILLANT : En continu				
		5.4.3 Implanter un programme d'entretien préventif dans toutes les installations du CSSSAMI-N FAIT SAILLANT : Complété à 85%				
	Objectif 5.5 Optimiser l'utilisation des ressources informationnelles	5.5.1 Favoriser l'intégration des ressources informationnelles auprès de tout le personnel du CSSS 5.5.2 Assurer la sécurité des actifs informationnels 5.5.3 Faire évoluer les ressources informationnelles FAIT SAILLANT : Suivi du plan directeur informatique				



L'épaisseur de la flèche de continuité indique la portée dans l'organisation :

- la flèche épaisse indique un projet stratégique
- La flèche d'épaisseur moyenne indique un projet d'ordre tactique
- La flèche mince indique un projet rendu au stade plus opérationnel

Légende des couleurs de projets :

- Performance clinique
- Mobilisation des personnes
- Efficience
- Performance clinique et efficience

Chapitre 2 - Planification stratégique 2013-2015

Section 4 – Tableau synoptique

Ce tableau se retrouvant à la page 85 reprend les principaux éléments de la planification stratégique 2010-2015 en un visuel d'une seule page.



Planification stratégique 2010-2015 du CSSS/AM-N

AXES	1. Les personnes	2. Les services médicaux de première et deuxième lignes	3. Les programmes-services	4. La responsabilité sociétale	5. La qualité des services et la performance
ENJEUX	- Pénurie de personnel dans le milieu de la santé et des services sociaux - Forte présence de la main-d'œuvre indépendante (agences de personnel) - Difficultés de rétention - Cohabitation intergénérationnelle - Maintien à niveau et rehaussement des compétences - Contexte multithématique - Reconnaissance du personnel - Mobilisation du personnel - Gestion du changement - Surcharge de travail	- Pénurie de médecins - Vieillesse des médecins - Distribution inégale des médecins sur le territoire - Évolution de la pratique médicale - Clientèle ophéline de médecin - Première ligne médicale en développement (GMF, Cliniques-réseau) - Arriamages avec les 2^e et 3^e lignes en spécialités et support diagnostique - Suivi multidisciplinaire des clientèles vulnérables - Intégration de personnel du CSSS dans les GMF - Collaboration avec les infirmières praticiennes spécialisées - Faible taux de rétention de la clientèle du territoire causé par la pénurie de médecins	- De nombreux projets et commandes du Ministère ou de l'Agence depuis trois ans dans les divers programmes-services - Des changements au niveau démographique, des conditions socioéconomiques et sociosanitaires depuis quelques années sur notre territoire - Divers projets et cadres de référence sont en cours d'élaboration au Ministère ou à l'Agence pour consolider et développer les divers programmes-services - Trois ans après la production des cibles du projet clinique, une relecture de celles-ci et du contexte devient nécessaire	Questionnement sur la capacité du CSSS à rendre compte des impacts de ses décisions et de ses activités sur la population, sur la société et sur l'environnement, par un comportement transparent et éthique qui : - contribue au développement durable mais également, à la santé et au bien-être de la société - prend en compte les attentes des parties prenantes - respecte les lois en vigueur et est en accord avec les normes internationales de comportement corporatif - est intégré dans l'ensemble de l'organisation et mis en œuvre dans ses relations	- La primauté de la sécurité des soins et services dans le processus d'agréement - La sous-déclaration des événements dans certains secteurs de l'organisation (gestion des risques) - La gestion de la qualité répartie dans plusieurs secteurs et directions du CSSS - Un plan d'organisation des services en mouvance - Les regards médiatiques sur la performance du réseau sociosanitaire - Les principes de saine gestion des fonds publics - La pénurie de locaux - Le développement accéléré des ressources informationnelles et les problématiques de sécurité et de gestion du changement qui lui sont reliées
ORIENTATIONS	Gestion proactive, harmonieuse, mobilisatrice et efficace des talents et des compétences	Développement et consolidation des services médicaux du CSSS et dans le réseau local de services	Poursuite du projet clinique organisationnel par le développement et la consolidation des programmes-services du CSSS	Développement des communautés et des partenariats pour contribuer au développement durable et à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population	Amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et services ainsi que de la performance organisationnelle
OBJECTIFS	- Disposer de la main-d'œuvre requise - Mobiliser et reconnaître le personnel - Optimiser la gestion quotidienne des personnes	- Consolider l'accès à des services de proximité en omnipratique - Améliorer la prise en charge et le suivi médical des clientèles vulnérables - Consolider l'accès à des services spécialisés thérapeutiques et diagnostiques	- Favoriser l'intégration des divers programmes-services du CSSS - Déployer et renforcer l'offre de service de chacun des divers programmes-services - Services généraux - Santé publique - Santé mentale - Santé physique - Jeunes en difficulté - Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement (DI-TED) - Dépendances - Perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV) - Déficience physique (DP) - Adapter l'offre de logements résidentiels du Centre d'hébergement de Louvain aux besoins de la population PALV-DP	- Favoriser la santé et le bien-être de la population en contribuant au développement social et économique des communautés - Prendre en compte les principes du développement durable dans la gestion de nos activités - Favoriser le développement de structures d'hébergement adaptées aux divers clientèles vulnérables - Développer et renforcer les liaisons formelles avec nos divers partenaires - Animer le projet clinique en concertation avec les acteurs du territoire pour la résolution de problématiques sociales et de santé	- Favoriser et actualiser une culture d'amélioration continue de la qualité - Diversifier et développer nos stratégies afin d'assurer la circulation optimale de l'information - Élaborer un plan d'organisation et doter l'établissement d'une philosophie de gestion conforme à sa mission, à sa vision et à ses valeurs - Fournir un environnement sécuritaire et fonctionnel pour la clientèle et le personnel - Optimiser l'utilisation des ressources informationnelles - Viser les plus hauts standards de performance clinique et administrative dans l'établissement
INDICATEURS GÉNÉRAUX	- Réalisation des plans d'action en planification de la main-d'œuvre - Réalisation d'un sondage sur l'état de mobilisation des employés et élaboration subséquente de stratégies et d'actions - Réalisation d'une campagne de promotion du CSSS pour faciliter le recrutement	- Présence de personnel du CSSS en appui aux activités des GMF et mécanismes de liaisons formels - Développement de la médecine de jour et de l'accueil clinique - Accessibilité des plateaux techniques et des spécialistes de l'Hôpital Fleury aux omnipraticiens du territoire	- Niveaux d'atteinte des cibles révisées du projet clinique - Modalités d'accès aux services clarifiées, simplifiées et publicisées - Développement d'une solution novatrice pour la gestion des appartements du Centre d'hébergement de Louvain	- Nombre d'ententes formelles de partenariat avec les acteurs sectoriels et intersectoriels - Réduction de l'impact environnemental des activités du CSSS - Présence du CSSS aux diverses activités de concertation locale	- Rédaction et mise en œuvre d'un plan directeur sur la qualité - Atteinte de la performance globale attendue par l'Agence et le Ministère dans les ententes de gestion - Milieux de travail adéquats et équipements informatiques en nombre suffisant pour contribuer à la réalisation de services de qualité auprès de la clientèle



Annexe 1 - Planification stratégique 2013-2015

Texte de la résolution du conseil d'administration du 20 mars 2012

ÉTAT DE LA QUESTION

À la suite des nouvelles dispositions législatives adoptées en juin 2011, le MSSS a émis une circulaire encadrant les plans stratégiques pluriannuels des établissements publics (LSSS, art. 171, 182.02 et al).

La démarche vise « un meilleur alignement stratégique des différents paliers de gestion ». À cet effet, les établissements doivent produire leur planification stratégique jusqu'en 2015, conformément aux planifications stratégiques régionales et nationales.

En janvier et février 2012, des correspondances adressées à la directrice générale clarifiaient les attentes en lien avec la démarche à réaliser pour se conformer aux nouvelles dispositions. On y retrouve l'exigence d'acheminer à l'ASSM notre plan stratégique 2010-2015 au 31 mars 2012.

Lors de sa réunion du 13 mars 2012, le comité de gouvernance a pris connaissance de la demande et formule une recommandation au conseil d'administration.

OBJECTIF (S) POURSUIVI (S) PAR LA DÉMARCHE

Que le conseil d'administration adopte la recommandation du comité de gouvernance en vue de mettre à jour la planification stratégique 2010-2013 jusqu'en 2015.

SYNTHÈSE DES TRAVAUX ET CONSULTATIONS EFFECTUÉS

- ◆ Démarche organisationnelle en 2009-2010 afin de réaliser la prochaine planification stratégique du Centre de santé et de services sociaux d'Ahuntsic et Montréal-Nord (CSSSAM-N) qui a conduit à une adoption de la planification stratégique 2010-2013 le 28 septembre 2010;
- ◆ Élaboration d'un portefeuille de projets 2010-2013 permettant le suivi des priorités de la planification stratégique 2010-2013;
- ◆ Suivi de l'avancement des priorités et de la démarche par le comité de gouvernance;
- ◆ Bilan de l'An 1 (2010-2011) déposé au conseil d'administration lors de son assemblée du 22 novembre 2011;
- ◆ Début de la démarche annuelle pour le bilan de l'An II (2011-2012) afin de le présenter au comité de gouvernance et au conseil d'administration à l'automne 2012;
- ◆ Discussion au comité de gouvernance du 13 mars 2012 de l'application de la nouvelle circulaire.

IMPACTS (financiers, ressources humaines, ressources matérielles, etc.)

Aucun; les coûts inhérents à la démarche de planification stratégique étant déjà prévus au budget de l'établissement.



Texte de la résolution du conseil d'administration du 20 mars 2012

RECOMMANDATION

Que le conseil d'administration adopte la recommandation du comité de gouvernance.

RÉSOLUTION

ATTENDU les nouvelles dispositions législatives concernant le plan stratégique pluriannuel d'un établissement public;

ATTENDU QUE la planification stratégique du Centre de santé et de services sociaux d'Achilles et Montréal-Nord (CSSSAM-N) 2010-2013 a été adoptée le 28 septembre 2010;

ATTENDU QU'une mise à jour des enjeux, orientations, indicateurs et cibles de la planification stratégique 2010-2013 est à réaliser afin de respecter les échéanciers régionaux et nationaux et ce, jusqu'en 2015;

ATTENDU l'importance que le conseil d'administration consulte et implique les différentes instances du CSSSAM-N dans le cadre de cette mise à jour des grandes priorités;

Il est **PROPOSÉ**, dûment **APPUYÉ** et unanimement **RÉSOLU** de mandater la Direction générale pour réaliser la démarche de mise à jour de la planification stratégique 2010-2013 et de présenter les priorités 2013-2015 au comité de gouvernance et au conseil d'administration à l'automne 2012;

ET

de faire suivre à nouveau à l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal la planification stratégique 2010-2013 au 31 mars 2012 et de les informer que la mise à jour 2013-2015 leur sera acheminée à la suite de son adoption par le conseil d'administration du CSSSAM-N à l'automne 2012.



Annexe 2 - Programmation clinique 2010-2020

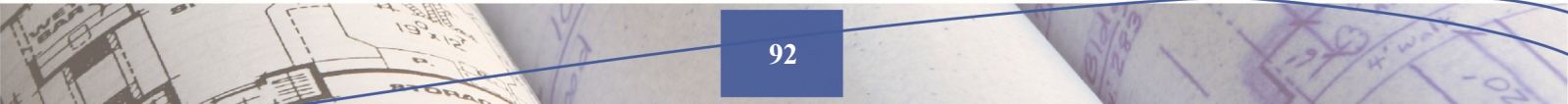
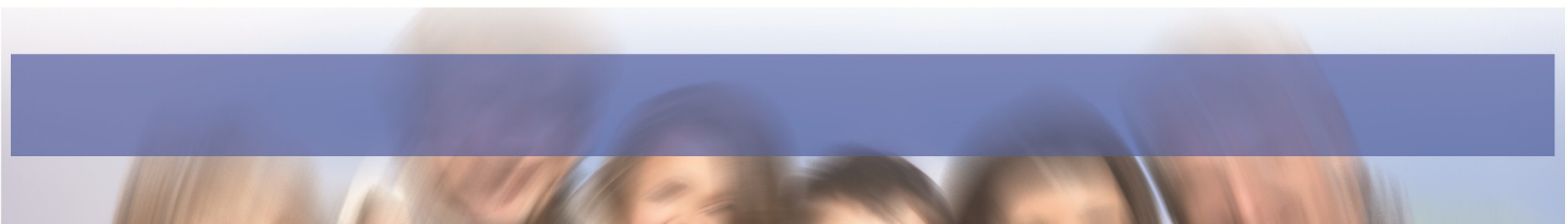
Extrait du document Programmation clinique 2010-2020 du plan directeur immobilier du CSSSAM-N

(Pages 35 à 62 du document original repaginées dans ce document pour suivre la numérotation).



Population et territoire

- Territoire du CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord
- Démographie
- Socioéconomie
- Indicateurs de santé
- Sociodémographie et santé
- Consommation médicale de la population du territoire
- Production médicale en cabinet privé sur le territoire
- Consommation de services en milieu hospitalier



Territoire du CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord

Le territoire du CSSSAM-N se situe au nord de l'île de Montréal. Il est bordé au nord par la Rivière-des-Prairies et partage sa frontière avec quatre territoires de CSSS (Pointe-de-l'île, Saint-Léonard et Saint-Michel, Cœur-de-l'île et Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent).

Le CSSSAM-N dessert une population de 162 000 personnes.

Sa superficie est de 25 kilomètres carrés. Sa densité est de 6 572 habitants par kilomètre carré, soit le 3^e rang parmi les 12 CSSS de Montréal.

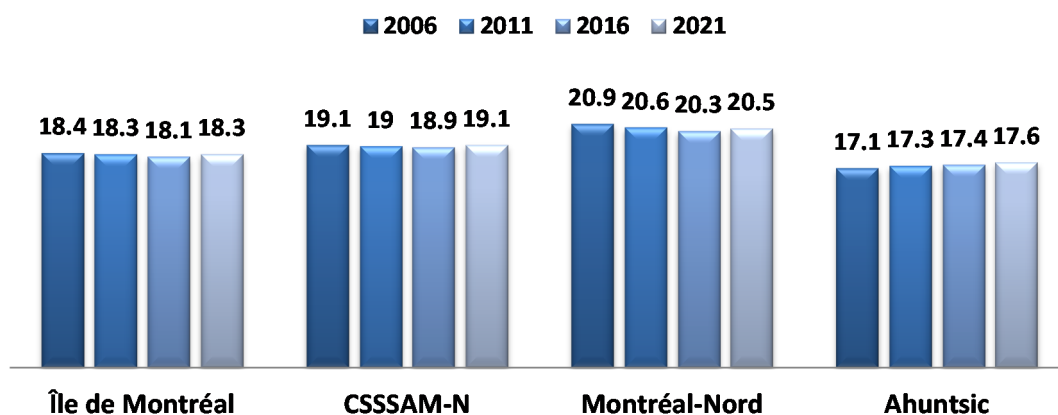
On retrouve enfin 7 573 habitants par kilomètre carré à Montréal-Nord (7^e rang sur les 29 CLSC de l'île de Montréal) et 5 754 habitants par kilomètre carré à Ahuntsic (14^e rang). Il s'agit donc d'un territoire à forte densité urbaine.



Démographie

La population du CSSSAM-N : un profil populationnel contrasté, à la fois jeune et âgé comparativement à Montréal

Évolution de la proportion des 0-17 ans (%) parmi la population totale, selon les territoires, 2006 à 2026

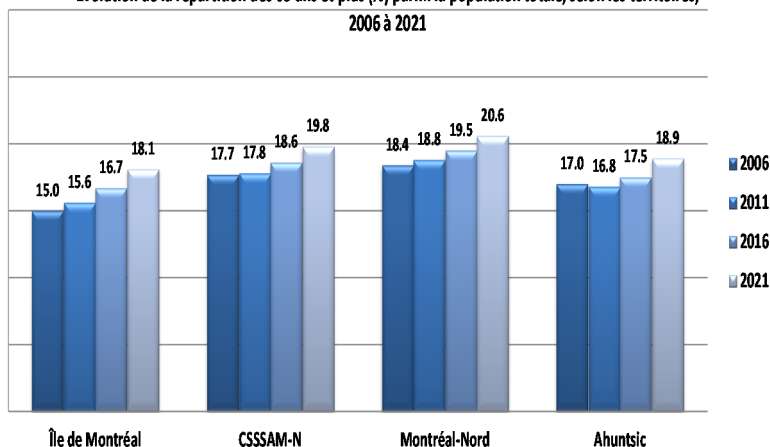


Au CSSSAM-N en 2006, le nombre de 0-17 ans est de 31 369 individus, soit 17 830 à Montréal-Nord et 13 539 à Ahuntsic.

Une légère croissance du nombre des 0-17 ans est prévue dans les années à venir. Ce nombre passera à 31 875 en 2016 et à 32 771 en 2021 sur le territoire du CSSSAM-N, ce qui représente une croissance de 4,5 %.

Population et territoire

Évolution de la répartition des 65 ans et plus (%) parmi la population totale, selon les territoires, 2006 à 2021



En 2006, 103 657 personnes de 18-64 ans résident sur le territoire, soit 51 677 à Montréal-Nord et 51 980 à Ahuntsic.

Pour 2021, une baisse des 18-64 ans est prévue dans tous les territoires de comparaison (voir graphique en annexe, page 94).

Le nombre d'adultes passera de 105 572 à 105 068 au CSSS-M entre 2016 et 2021, soit de 52 010 à 51 797 à Montréal-Nord et de 53 562 à 53 271 à Ahuntsic.

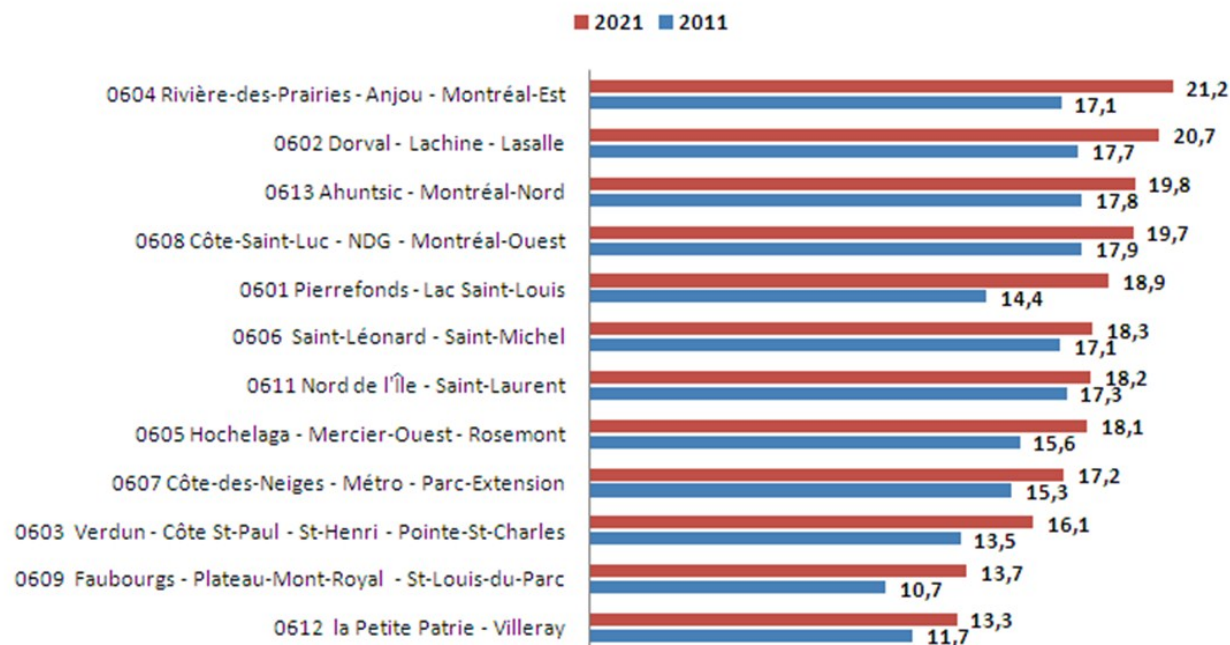
Pour la période 2006-2021, le nombre d'âinés subira une forte croissance de 16,7 %, passant de 29 133 à 33 999 durant cette période, soit de 15 693 à 18 176 à Montréal-Nord et de 13 440 à 15 823 à Ahuntsic (voir graphique ci-contre).

Globalement, l'évolution entre 2011 et 2021 révèle une baisse de la proportion des 18-64 ans et une hausse des 65 ans et plus sur le territoire (voir graphique en annexe, page 94).

Comparaison régionale des âinés de 65 ans et plus

Tel qu'illustré dans le graphique suivant, en 2011, le territoire d'Ahuntsic-Montréal-Nord occupe le deuxième rang parmi les 12 territoires de RLS en ce qui a trait à la population âgée de 65 ans et plus, soit 29 133. En 2021, près d'une personne sur cinq (19,8 %) sur le territoire d'Ahuntsic-Montréal-Nord sera âgée de 65 ans ou plus, soit 34 000 personnes, ce qui le placera au 3^e rang parmi les 12 territoires de RLS de la région de Montréal pour ce qui est de la proportion et au 4^e rang pour ce qui est du nombre brut d'âinés de 65 ans et plus.

Projections démographiques concernant les personnes de 65 ans et plus, selon le territoire de RLS, 2011 et 2021



Population et territoire

Comme nous le verrons dans la section suivante du document, les aînés de 75 ans et plus constituent déjà une bonne proportion de nos visiteurs à l'urgence et de nos patients hospitalisés à l'Hôpital Fleury. Les projections démographiques laissent entrevoir une forte pression de ce segment de la population sur nos services.

En 2006, la situation de vie des aînés du territoire est plus défavorable comparativement à Montréal alors que :

- 40,1 % vivent seuls (Montréal, 35,9 %);
- 46,7 % vivent hors famille, pas en couple (Montréal, 39,4 %);
- 25,4 % ont de faibles revenus (Montréal, 22,8 %);
- 19,4 % ont un revenu annuel supérieur à 40 000 \$ (Montréal 26,3 %).

Un boom de naissances

Depuis six ans, nous observons sur le territoire du CSSSAM-N un accroissement du nombre de naissances. De 2007 à 2009, elles sont passées de 2 102 à 2 214. La hausse est plus élevée à Ahuntsic (+ 8 %) qu'à Montréal-Nord (+ 4 %) entre 2007 et 2009, malgré un nombre supérieur à Montréal-Nord.

La natalité est surtout le fait de la portion immigrante de la population. Il faut donc s'attendre à une croissance soutenue des naissances étant donné la forte proportion des immigrants dans la population totale.

Les besoins des nouveaux immigrants sont souvent accrus au niveau des programmes de suivi intensif en périnatalité et petite enfance ainsi qu'en intervention éducative précoce.

Nombre de naissances sur le territoire du CSSSAM-N, selon le secteur de CLSC, le voisinage et l'année, 2007 à 2009 (données provisoires)

Territoire / année	2007	2008	2009	Moyenne 2007-09
CLSC de Montréal-Nord	1 153	1 143	1 193	1 163
Montréal-Nord-Nord-Est	195	186	231	204
Montréal-Nord-Centre	852	830	854	845
Montréal-Nord-Sud-Ouest	106	127	108	114
CLSC d'Ahuntsic	949	996	1 021	989
Sault-au-Récollet	336	335	352	341
Saint-Sulpice-Est	130	152	144	142
Saint-Sulpice-Ouest	122	138	140	134
Ahuntsic-Nord-Ouest	166	179	198	181
Ahuntsic-Centre-Nord	195	192	187	191
CSSSAM-N (total)	2 102	2 139	2 214	2152

L'accroissement du nombre de naissances amène une croissance de la demande pour les activités périnatales de nos équipes en CLSC. Cette croissance est visible dans les centres d'activités « Services psychosociaux pour les jeunes en difficulté et leur famille » ainsi que « Santé parentale et infantile en CLSC », tel que répertorié dans le tableau de la page 115.

Le nombre d'enfants vaccinés a aussi cru de 7,8 % entre 2007-2008 et 2009-2010, passant de 4 226 à 4 556.

La demande de services médicaux auprès des omnipraticiens du territoire est aussi en croissance pour le suivi des grossesses, des bébés et des enfants.

Socioéconomie

Profil de la défavorisation au CSSSAM-N

Comparativement à Montréal, la population locale compte une proportion plus élevée de personnes ayant des conditions défavorables **socialement**. Plus de la moitié de la population (53 %) vit dans des secteurs défavorisés socialement à Ahuntsic contre 45 % à Montréal-Nord.

Sur le **plan matériel**, la population locale est nettement plus défavorisée que pour l'ensemble de Montréal. À Montréal-Nord, 83 % de la population vit dans des secteurs défavorisés contre 28 % à Ahuntsic.

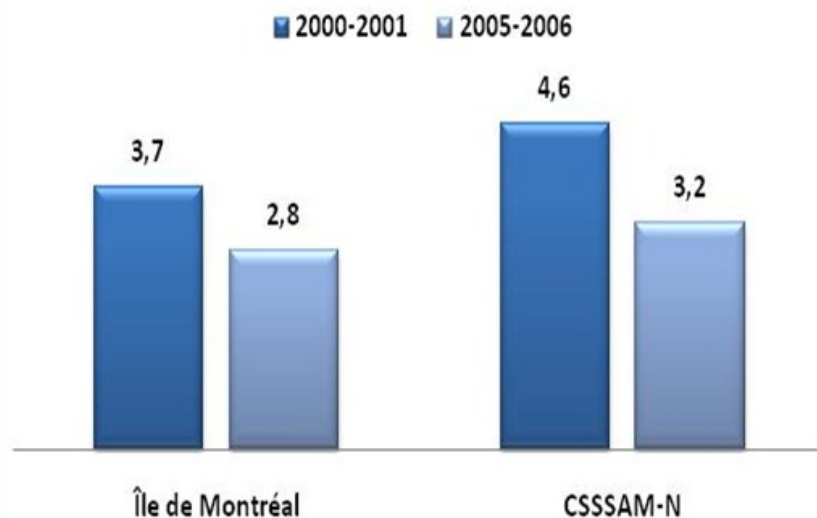
Les gens ayant des conditions défavorables **sur les deux plans à la fois** représentent 27 % de la population du CSSSAM-N, soit 42 737 personnes (31 725 à Montréal-Nord et 11 012 à Ahuntsic).

Les études de l'équipe santé des populations et services de santé (ESPSS) de la Direction de santé publique de Montréal démontrent clairement que la défavorisation est reliée à une plus grande prévalence de maladies chroniques (hypertension artérielle, insuffisance cardiaque, MPOC et diabète). Cette plus forte prévalence se répercute ensuite dans des habitudes de consommation de services de santé à la hausse.

Indicateurs de santé

Un nombre élevé de personnes âgées souffrant de maladies pulmonaires

Prévalence (%) des MPOC chez les 40 ans et plus selon le territoire, 2000-2001 à 2005-2006



Source: Observatoire populationnel du CSSSAM-N

La prévalence des personnes aux prises avec une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) est plus élevée au CSSSAM-N qu'à Montréal. Par ailleurs, ce sont les personnes âgées de 75 ans et plus qui sont proportionnellement les plus touchées. La morbidité est élevée dans la majorité des cas.

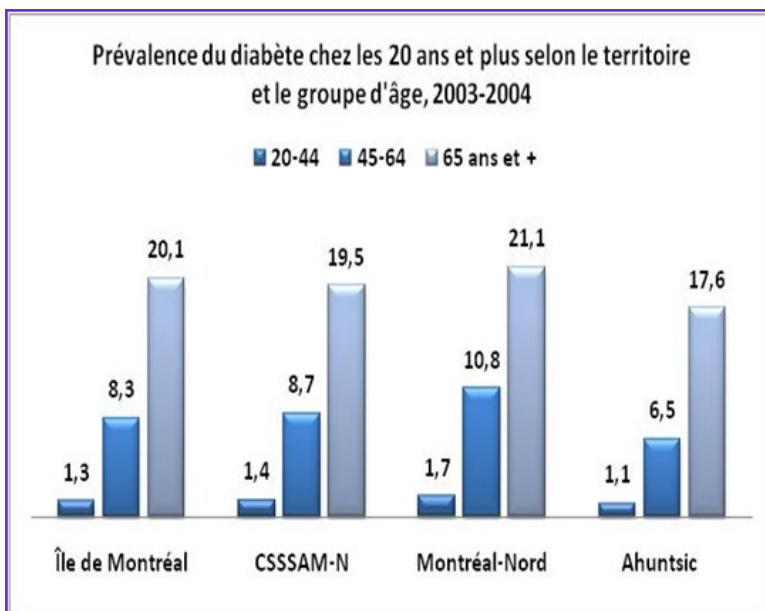
Enfin, la proportion de personnes aux prises avec une MPOC augmente avec la défavorisation matérielle selon l'étude de l'ESPSS.

De façon générale, la prévalence des MPOC est en diminution sur l'île de Montréal, mais la différence de notre territoire avec la région reste significative. L'urgence de l'Hôpital Fleury subit les répercussions de cette prévalence et la clientèle qui y est hospitalisée avec ce type de diagnostic représente 7,8 % des hospitalisations de 2008-2009, alors que la moyenne montréalaise se situe à 5,6 % (source : Statistiques interactives CMIS). La durée moyenne de séjour des hospitalisations associées aux maladies pulmonaires se situe à 7,36 jours en 2008-2009, avec une cible à 7,46, et se trouve en deçà de la moyenne montréalaise.

Cette clientèle est aussi desservie en CLSC. Les 533 dossiers-clients (ouverts avec raison MPOC en 2009-2010) représentent 10,7 % de l'ensemble des dossiers-clients des infirmières en soins à domicile, par exemple. Globalement, dans l'ensemble de nos CLSC en 2009-2010, 624 usagers ont reçu plus de 10 000 interventions en lien avec la MPOC. On voit que la majorité de la clientèle est desservie en SAD. Le CSSS entend, dans les prochaines années, réorganiser et développer son offre de service MPOC en première ligne en prévention de la consommation de services plus coûteux en centre hospitalier.

Maladies chroniques : la prévalence du diabète varie selon le territoire et l'âge

La prévalence du diabète en 2003-2004 chez les personnes de 20 ans et plus est de 6,9 % au CSSSAM-N, qui se classe au 7^e rang parmi les 12 territoires de CSSS de Montréal. À l'échelle des secteurs, Montréal-Nord obtient une prévalence de 8,0 % et Ahuntsic 5,7 %. La proportion nord-montréalaise est de 18,0 % supérieure à celle de Montréal, alors qu'elle est 17,0 % inférieure à Ahuntsic (graphique en annexe page 96). Montréal-Nord se situe par ailleurs au 6^e rang sur les 29 territoires de CLSC de Montréal (proportions les plus élevées), contrairement à Ahuntsic, qui se classe au 4^e rang des territoires de CLSC ayant les prévalences les plus faibles.



Source: Observatoire populationnel du CSSSAM-N

La prévalence est au moins deux fois plus élevée chez les 65 ans et plus, comparativement aux 20-64 ans et ce, pour tous les territoires de comparaison. Par ailleurs, Montréal-Nord présente les prévalences les plus élevées et ce, pour tous les groupes d'âge, alors que c'est l'opposé qui prévaut à Ahuntsic.

Plus la population est défavorisée, plus le pourcentage de cas augmente. La distribution des cas est donc 4 fois plus élevée au 5^e quintile (le plus défavorisé matériellement) qu'au 1^{er} (le plus favorisé).

Le continuum de services auprès de cette clientèle est en implantation. En CLSC, cette clientèle peut accéder à des services médicaux, à de la nutrition clinique, de la kinésiologie et des soins infirmiers. Le nombre de suivis devrait croître dans les années à venir alors que plus de médecins référeront la clientèle dans nos CLSC. L'accent est mis à développer et publiciser cette offre de service et à répondre à un besoin déjà bien présent dans la population.

Sociodémographie et santé

Une population diversifiée sur le plan de sa composition ethnique

L'immigration n'a cessé de croître depuis 1996, particulièrement à Montréal-Nord. Toutefois, la proportion d'immigrants est semblable à celle de Montréal en 2006. Les principaux pays de naissance des immigrants sont Haïti (23,4 %) et l'Italie (22,7 %).

La proportion de la population immigrante ira en augmentant puisque le territoire du CSSS a un effet attractif sur les nouveaux immigrants, particulièrement ceux provenant de minorités visibles comme les Noirs et les Arabes.

D'autres indices de santé se comparant défavorablement à ceux de l'ensemble de la région de Montréal et du Québec

Une espérance de vie en bonne santé inférieure d'environ un an.

Un taux d'incidence du cancer, toutes formes confondues, de 553 par 100 000 habitants, comparativement à 489 à Montréal et à 470 au Québec.

Un taux de mortalité lié à certaines maladies chroniques plus élevé.

Une prévalence des personnes avec surplus de poids de 49 %, comparativement à 43 % à Montréal et à 47 % au Québec (voir graphique en annexe, page 97).

Une population socioéconomiquement défavorisée,
multiethnique et globalement moins en santé qu'ailleurs
à Montréal et au Québec, particulièrement à Montréal-
Nord

Consommation médicale de la population du territoire

La population du territoire a un indice de consommation* en omnipratique se situant à 0,93 et à 1,02 en spécialités, ce qui est près de l'idéal théorique de 1.

L'indice d'autosuffisance** du territoire du RLS se situe à 0,81 en omnipratique et à un niveau très bas de 0,33 en spécialités, ce qui révèle un faible taux de rétention de la clientèle desservie dans son territoire d'appartenance.

Ce dernier indice scindé par territoire de CLSC révèle que la population de Montréal-Nord consomme une très grande partie de ses services médicaux généraux et spécialisés, sinon la majorité, en dehors de son territoire.

Cette situation est en lien avec les données de production médicale de la page suivante démontrant une plus faible présence médicale sur le territoire.

Par manque de ressources médicales, cette consommation de services médicaux de la population de Montréal-Nord ne se fait pas dans son territoire. Elle est compensée par les quartiers Ahuntsic et Rosemont (hôpitaux Fleury et Maisonneuve-Rosemont) en majorité.

Le développement futur, à moyen et long terme, de GMF, CR et CRI devrait permettre d'améliorer ces indices pour les années à venir.

	Indice comparatif de consommation	Indice d'autosuffisance
Territoire CSSSAM-N		
Omnipratique	0,93	0,81
Spécialités	1,02	0,33
Territoire Ahuntsic		
Omnipratique	1,00	1,15
Spécialités	1,04	0,61
Territoire Montréal-Nord		
Omnipratique	0,88	0,5
Spécialités	1,01	0,08

Source : MSSS, CONSOM 2009

* Définition de l'indice comparatif de consommation médicale selon l'outil CONSOM du MSSS

Consommation réelle comparée à une consommation attendue basée sur la moyenne provinciale pondérée selon la structure d'âge et les indices de défavorisation de la population du territoire concerné. L'idéal se situe à 1.

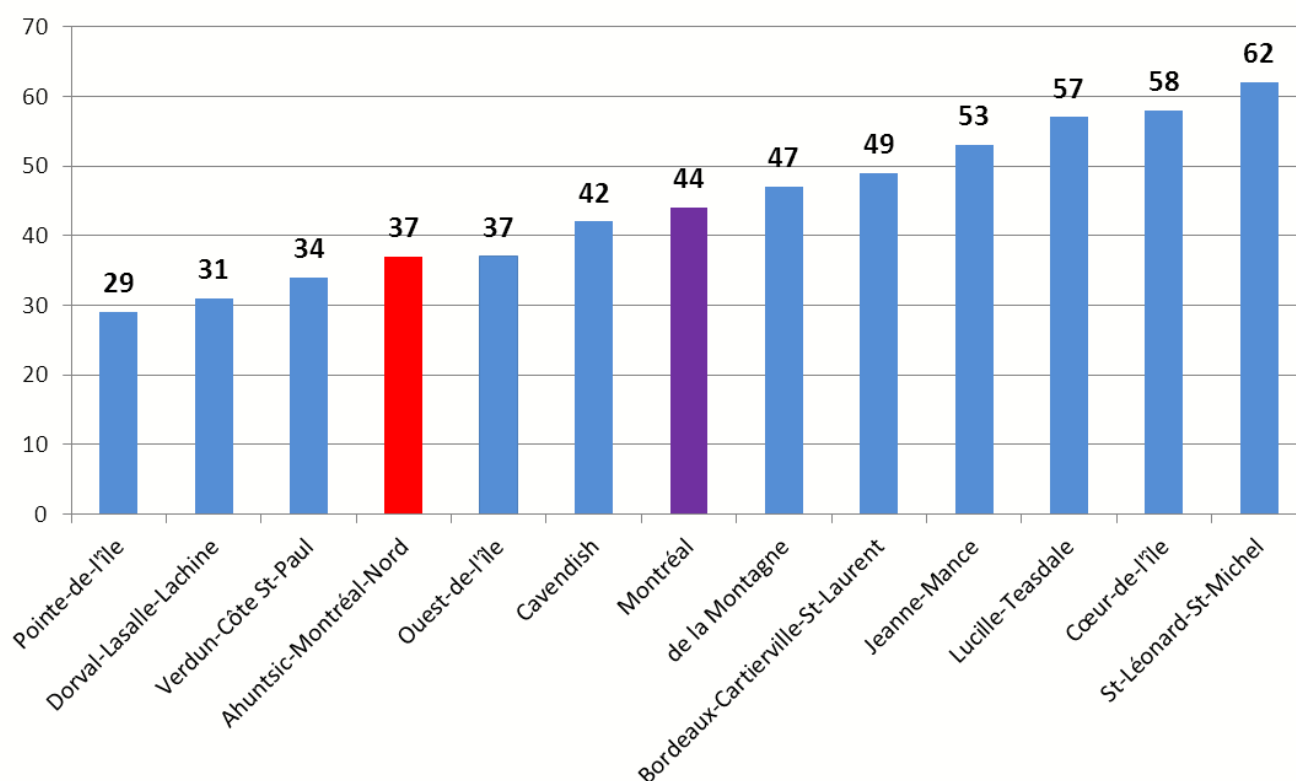
** Définition de l'indice d'autosuffisance médicale selon l'outil CONSOM du MSSS

Un territoire est autosuffisant si la consommation de services médicaux de la population de ce territoire est égal à la production de services dans ce territoire. L'indice idéal se situe à 1.

Production médicale en cabinet privé sur le territoire

Malgré la présence de trois GMF et d'une clinique-réseau sur notre territoire, le nombre d'ETP en omnipratique en cabinet privé est inférieur à la moyenne montréalaise. Plus fort est ce réseau de première ligne médicale et moins forte est la pression sur le réseau sociosanitaire public et les urgences.

Nombre de médecins Équivalents-temps-plein (ETP) en omnipratique en cabinets privés par 100000 habitants par territoire de CSSS de Montréal



Sources : statistiques interactives CMIS, banque de données Consom, MSSS, 2007 et estimation de population, année 2007

La plus faible production locale de services en cabinet privé sur le territoire du CSSSAM-N, couplée à l'absence de clinique médicale d'envergure à heures d'ouverture prolongées (modèle polyclinique), amène une pression sur l'urgence de l'Hôpital Fleury, qui reçoit quantité de clientèle ambulante à priorités peu élevées (4 et 5) nécessitant des services médicaux en omnipratique.

Nous anticipons, pour les années à venir, le même niveau de sollicitation de l'urgence de l'Hôpital Fleury par ce type de clientèle, compte tenu du manque de médecins en omnipratique sur le territoire.

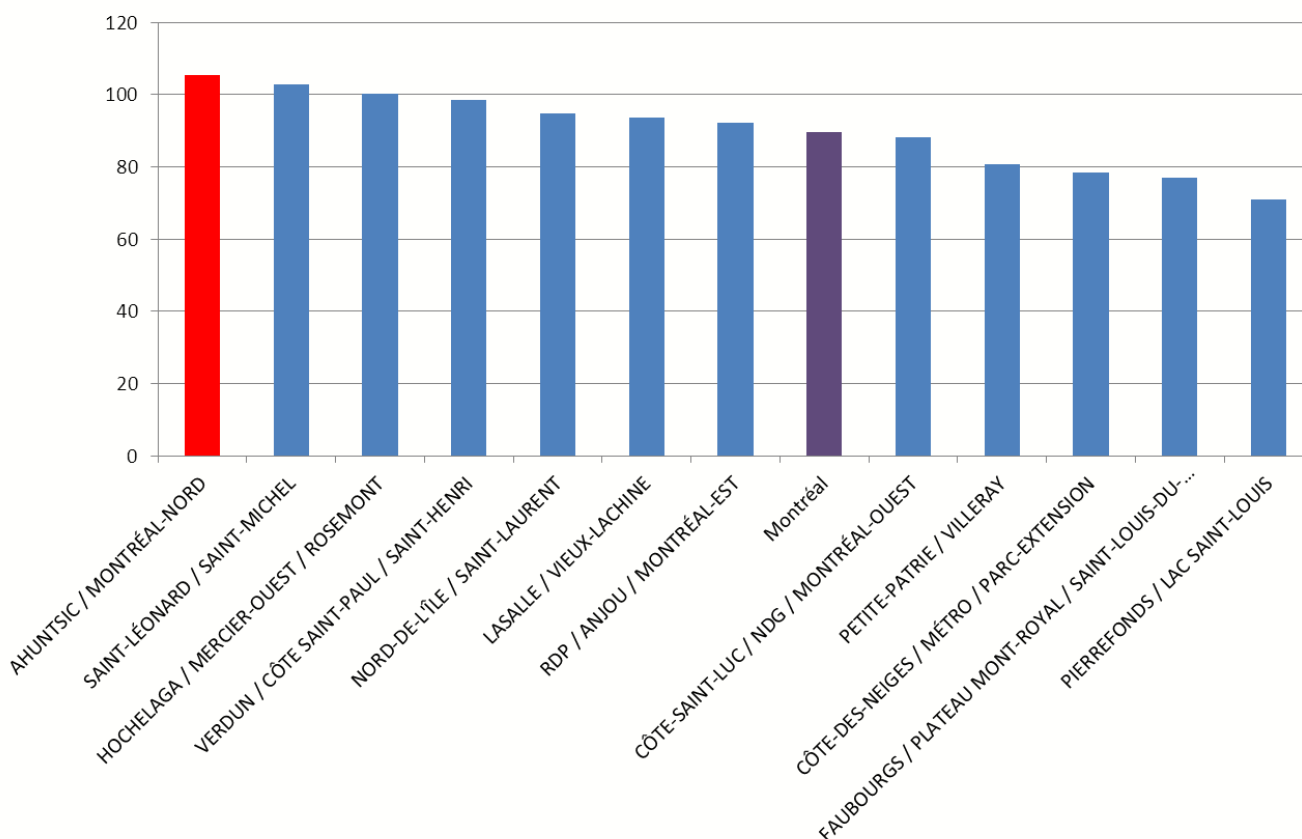
Les contraintes immobilières locales rendent difficiles le démarrage d'une clinique médicale d'envergure. Le cadre bâti des arrondissements Ahuntsic et Montréal-Nord laisse peu de place au développement immobilier.

Un GMF est actuellement implanté au CLSC d'Ahuntsic et la présence médicale en omnipratique est en développement au CLSC de Montréal-Nord. Ce phénomène accentue la pression sur des locaux déjà rares et compressés dans nos CLSC.

Consommation de services en milieu hospitalier

Tout âge confondu, toutes raisons d'hospitalisation incluses et sans égard au lieu de cette hospitalisation, le **taux d'hospitalisation** de la population d'Achuntsic/Montréal-Nord est le plus élevé de la région montréalaise en 2008-2009. Ce fait est à mettre en lien avec la défavorisation matérielle et sociale, une démographie particulière et surtout les indicateurs de santé défavorables pour la population de notre territoire, particulièrement à Montréal-Nord.

Taux d'hospitalisation par 1000 habitants en soins physiques et psychiatriques de courte durée en 2008-2009

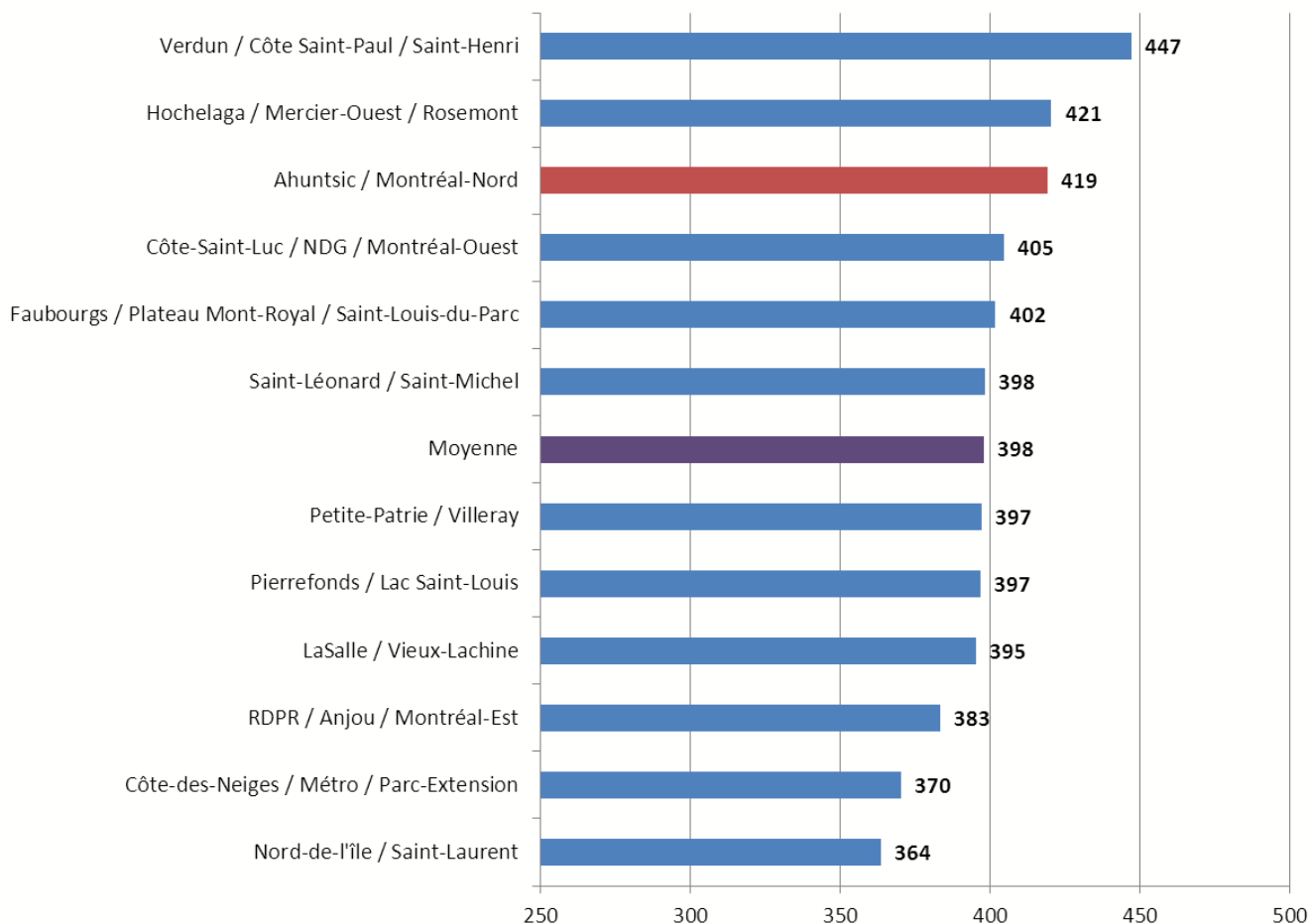


Sources : MSSS, base de données APR-DRG, estimation de population, année 2008-2009

Lorsque ce taux d'hospitalisation est fractionné pour ne cibler que la clientèle de 75 ans et plus en 2008-2009, notre CSSS se situe au troisième rang, comme on peut le voir sur le graphique de la page suivante.

Les habitudes de consommation actuelle de la population de 50 à 64 ans seront un bon indicateur des hospitalisations dans 10 ans. Le taux d'hospitalisation de ce segment de notre population est le deuxième plus élevé des CSSS de Montréal, à 124 hospitalisations pour 1 000 habitants, comparativement à 114 en moyenne pour l'île. Le taux d'hospitalisation par 1 000 habitants âgés de 18 à 64 ans situe le CSSS au deuxième rang des RLS montréalais avec 52,7 hospitalisations, la moyenne montréalaise étant de 44,9.

Taux d'hospitalisation par 1000 habitants âgés de plus de 75 ans en 2008-2009 selon le réseau de résidence



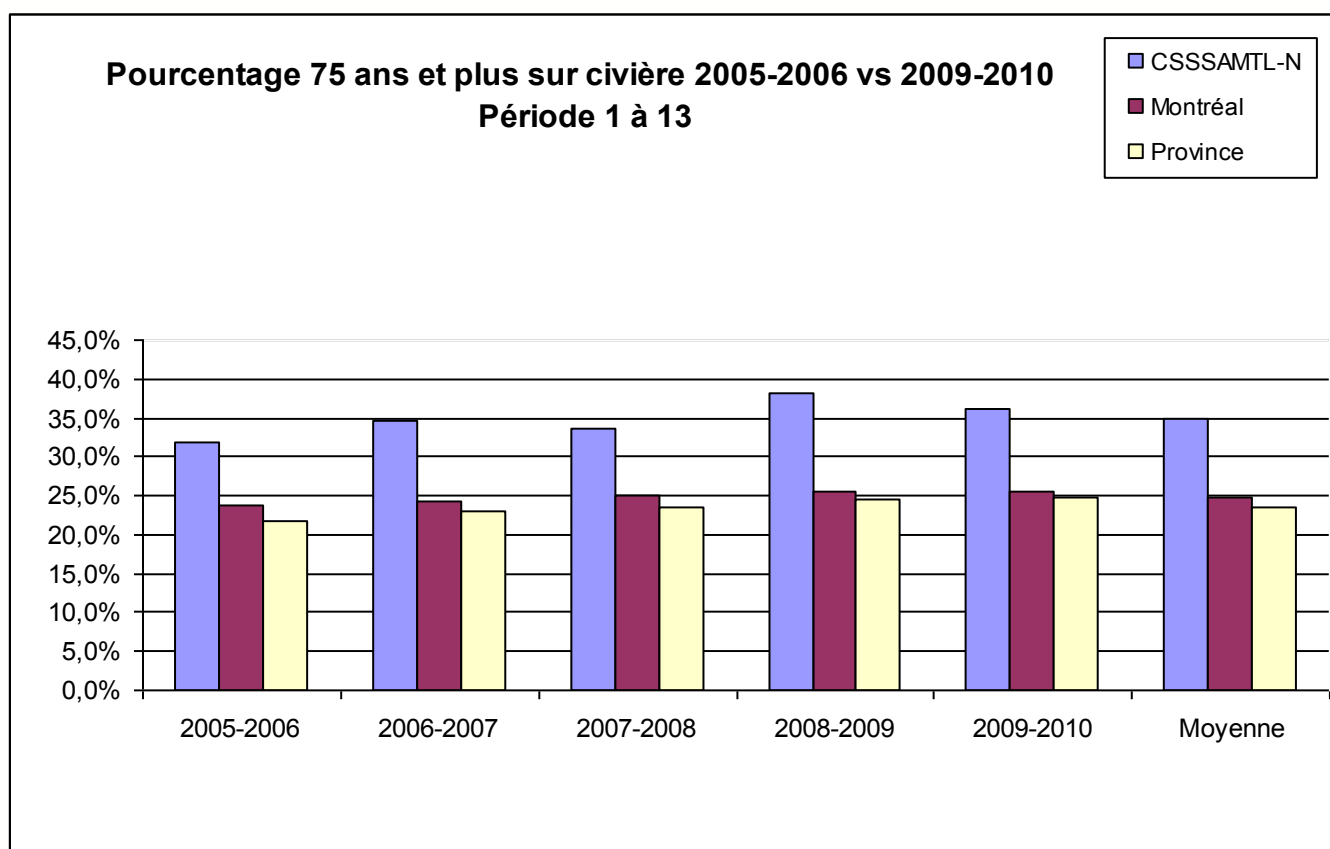
Sources : MSSS, base de données APR-DRG, estimation de population, année 2008-2009

Les personnes âgées de 75 ans et plus du territoire nécessitent plus d'hospitalisations que la moyenne montréalaise.

Tel que mentionné précédemment, cette situation se reflète dans les caractéristiques des visites à l'urgence et des hospitalisations dans les unités de l'Hôpital Fleury, alors que les 75 ans et plus sont très présents. Le graphique de la page suivante en témoigne.

Chirurgies d'un jour

Le nombre de chirurgies d'un jour effectuées auprès des résidents du territoire, sans égard au lieu de prestation de services, est stable, soit environ de 5 900 entre 2006-2007 et 2008-2009 (source APR-DRG).



Source portraits quinquennaux MSSS

Rétention sur le territoire des clientèles hospitalières résidentes du territoire

En 2006-2007, 23 % des hospitalisations des résidents du territoire de CSSSAM-N se font à l'Hôpital Fleury (taux de rétention). Cette proportion est stable depuis quelques années. Elle se situe à 23,4 % en 2008-2009.

Ce taux de rétention est comparable à celui d'autres hôpitaux de Montréal sur leur réseau local respectif, tels que l'Hôpital Jean-Talon et les hôpitaux LaSalle et de Lachine combinés.

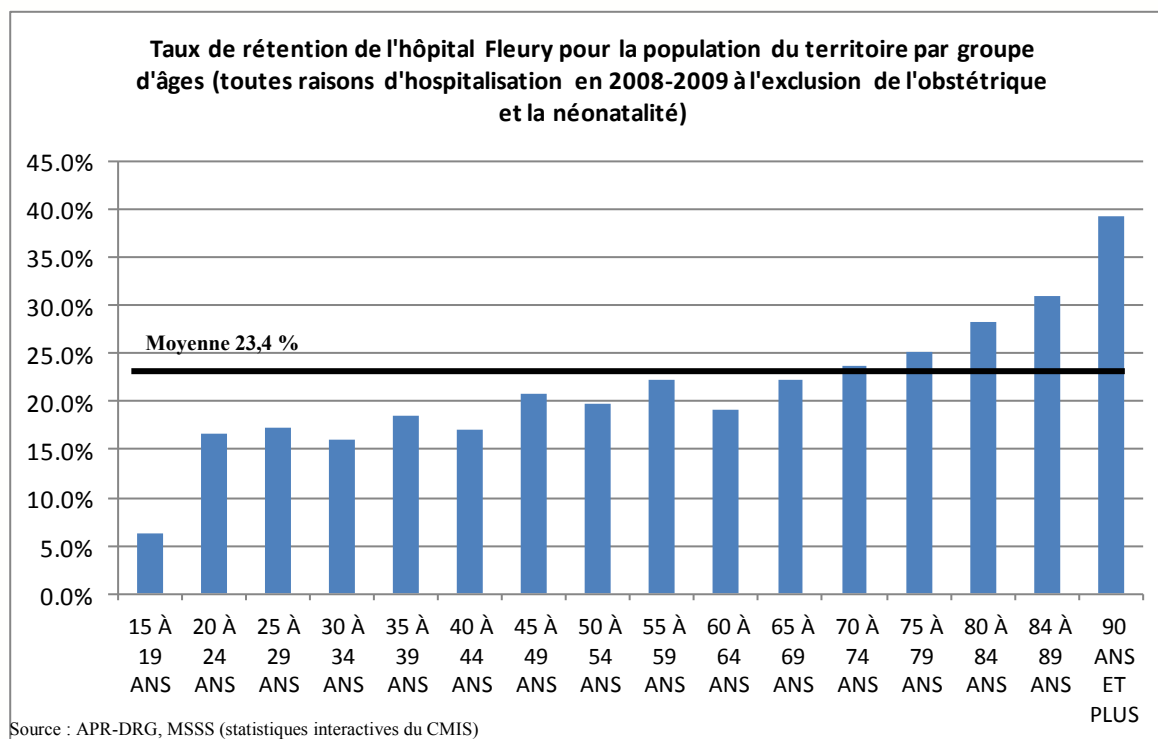
Il est toutefois inférieur à celui d'autres hôpitaux de l'île, tels que l'Hôpital général du Lakeshore et le Centre hospitalier de Verdun.

En ce qui concerne les services médicaux spécialisés, la population d'Ahuñtsic et Montréal-Nord affiche le profil de consommation suivant en 2007 :

- 18 % à l'Hôpital Fleury;
- 18 % au Centre hospitalier de l'Université de Montréal;
- 15 % à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont;
- 11 % à l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal;
- 11 % au Centre universitaire McGill.

Le taux de rétention des personnes âgées de 75 ans et plus est à 28 %, confirmant le choix de l'Hôpital Fleury comme hôpital de proximité pour ce segment de population. En fait, le graphique ci-dessous montre que le taux de rétention augmente avec l'âge, l'hypothèse étant que la clientèle vieillissante est moins mobile et favorise des services de proximité. Le taux de rétention devrait donc s'accroître naturellement par la démographie et la clientèle âgée justifiera nos choix organisationnels d'adapter les unités de l'hôpital selon les normes de prévention des infections nosocomiales, les principes humanistes de soins et l'approche gériatrique.

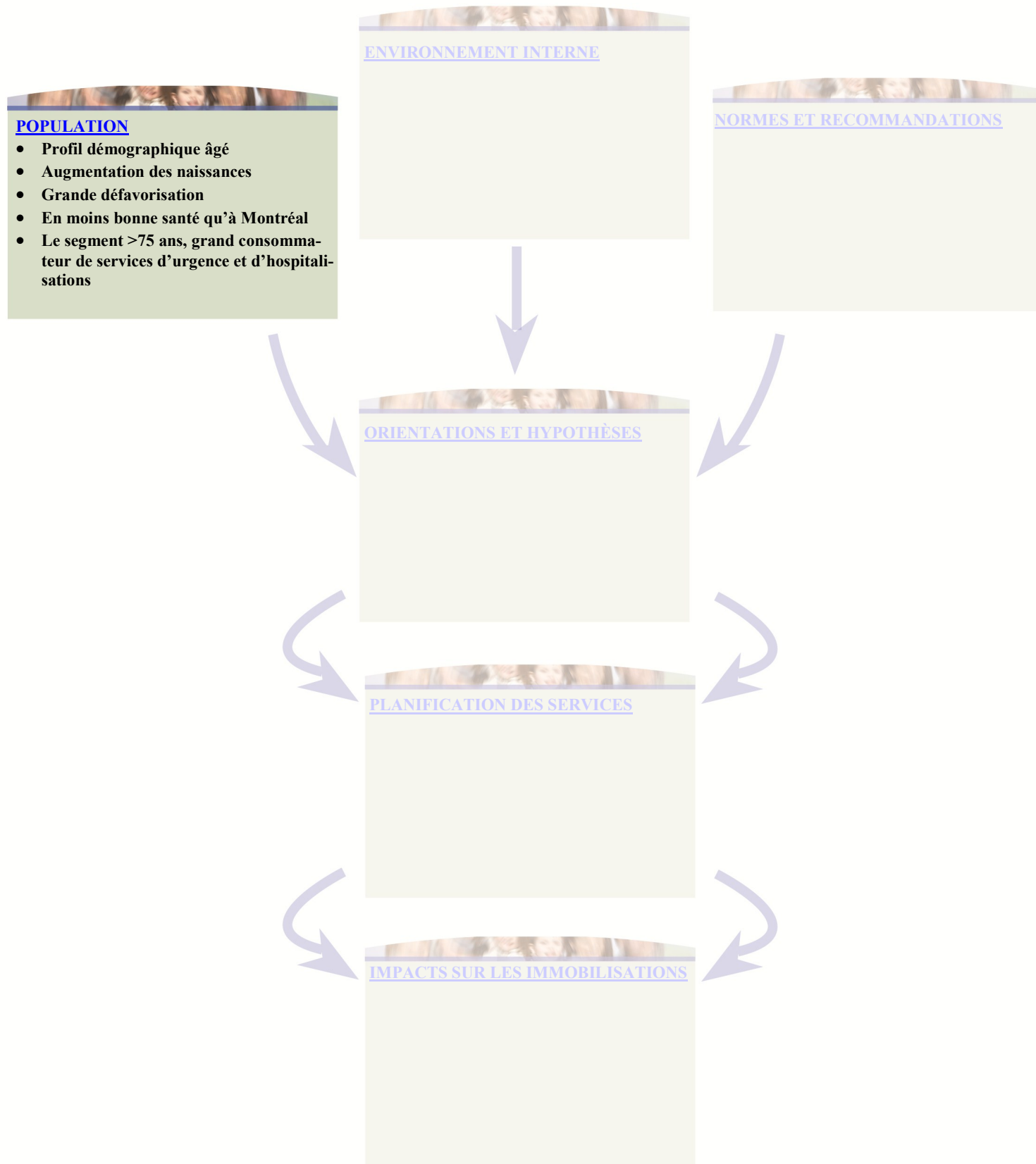
Nos efforts de développement et de consolidation des services médicaux dans le réseau local avancés dans notre planification stratégique auront aussi un impact sur le taux de rétention. Le développement des services ambulatoires à l'Hôpital Fleury et le renforcement des liaisons entre les première et deuxième lignes médicales augmenteront cette rétention. Cet accroissement anticipé de clientèle constitue une justification des besoins immobiliers de l'hôpital tels que décrits plus loin dans le document.



Faits saillants sur la population d’Ahuntsic et Montréal-Nord

- Près de 162 000 personnes sur le territoire d’Ahuntsic et Montréal-Nord au recensement de 2006.
- Une proportion d’ainés (65 ans et plus) et de jeunes (17 ans et moins) plus élevée que sur l’île de Montréal.
- Cet écart avec Montréal ira en s’accroissant dans les années à venir, alors que le profil populationnel sera contrasté, à la fois jeune et âgé. Le territoire aura une proportion d’ainés plus grande que la moyenne de l’île de Montréal en 2021.
- Un boom de naissances depuis 5-6 ans, surtout dû à la population immigrante.
- Comparativement à Montréal, le CSSSAM-N compte une proportion plus élevée de personnes ayant des conditions défavorables socialement.
- Sur le plan matériel, le CSSSAM-N est nettement plus défavorisé que Montréal, surtout à Montréal-Nord.
- Une population en moins bonne santé par rapport à Montréal, notamment du côté des maladies chroniques comme la MPOC et le diabète, du taux d’incidence du cancer, du surplus de poids et de l’espérance de vie en bonne santé.
- Une population diversifiée sur le plan de sa composition ethnique.
- Une population qui consomme moins de services médicaux en omnipratique que le niveau attendu. Le taux de consommation en omnipratique est inférieur à 1.
- Une production de services médicaux en omnipratique en cabinet privé qui se situe sous la moyenne montréalaise, révélant le manque de médecins sur le territoire.
- Une population nécessitant plus d’hospitalisations que les autres territoires montréalais.
- Le phénomène est aussi présent pour les personnes âgées de plus de 75 ans, qui nécessitent plus d’hospitalisations que la moyenne montréalaise.
- Le nombre de chirurgies d’un jour auprès de la population du territoire est stable autour de 5 900 depuis quelques années.
- Un taux de rétention moyen de la clientèle à 23 % à l’Hôpital Fleury, comparable à celui des hôpitaux Jean-Talon et Lachine-Lasalle. Le taux de rétention s’accroît avec l’âge et atteint un sommet à 39 % pour la clientèle de 90 ans et plus.

Population et territoire



Portrait de l'environnement

- **Environnement interne : portrait de la clientèle et des services actuels**

Zone d'attraction de l'Hôpital Fleury

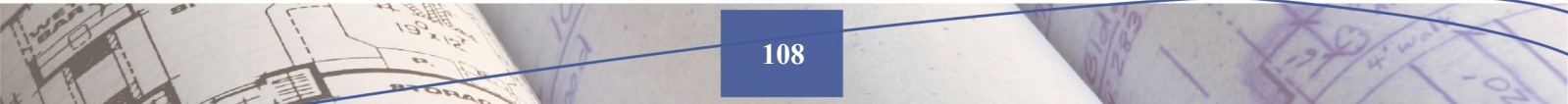
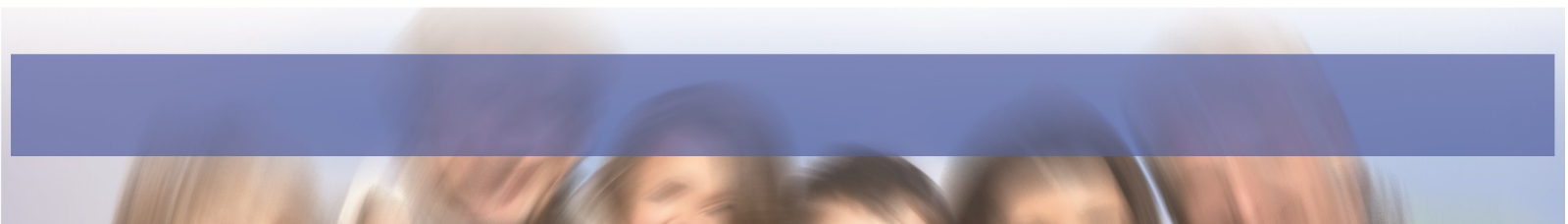
Urgence

Hospitalisations

Les volumes d'activités en CLSC

Le profil clientèle dans nos centres d'hébergement

Faits saillants



Environnement interne - Portrait de la clientèle et des services actuels

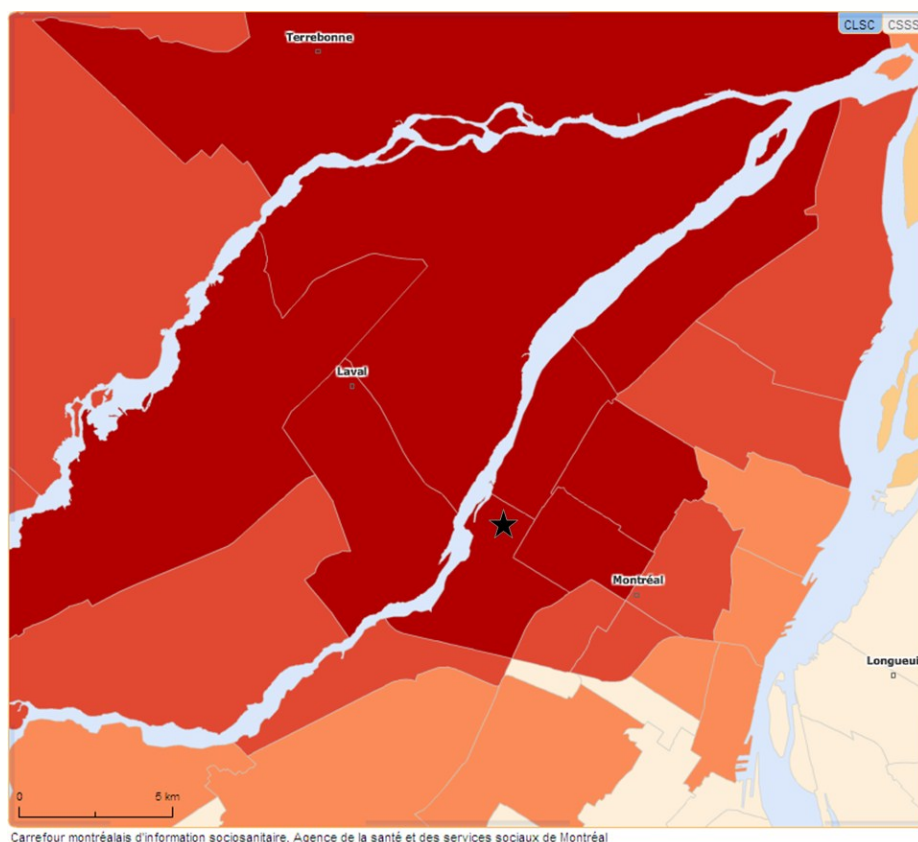
Zone d'attraction de l'Hôpital Fleury

L'Hôpital Fleury hospitalise une clientèle principalement locale provenant de son territoire ainsi que des CSSS environnants sur l'île de Montréal.

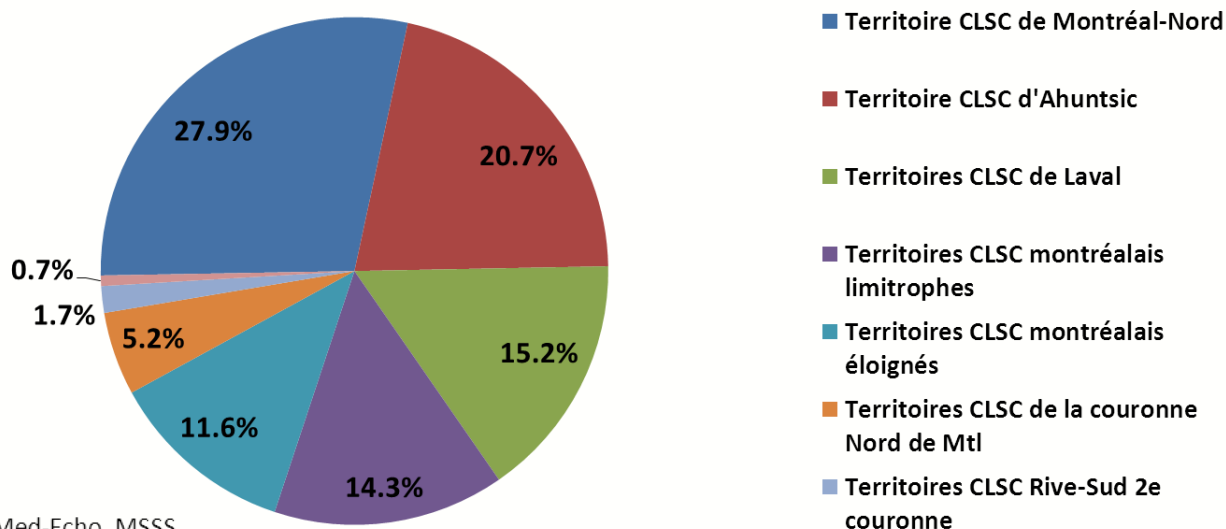
Sa situation au nord de l'île facilite la venue d'une clientèle de Laval et même d'une partie de la couronne nord, comme le révèle le graphique suivant.

Cette zone d'attraction est aussi tributaire des lieux de pratique privée de certains médecins spécialistes.

Les services consommés par la population hors-région sont de tout ordre : visites à l'urgence, hospitalisation en médecine et chirurgie, chirurgie d'un jour, imagerie médicale, endoscopie, cliniques externes, etc.

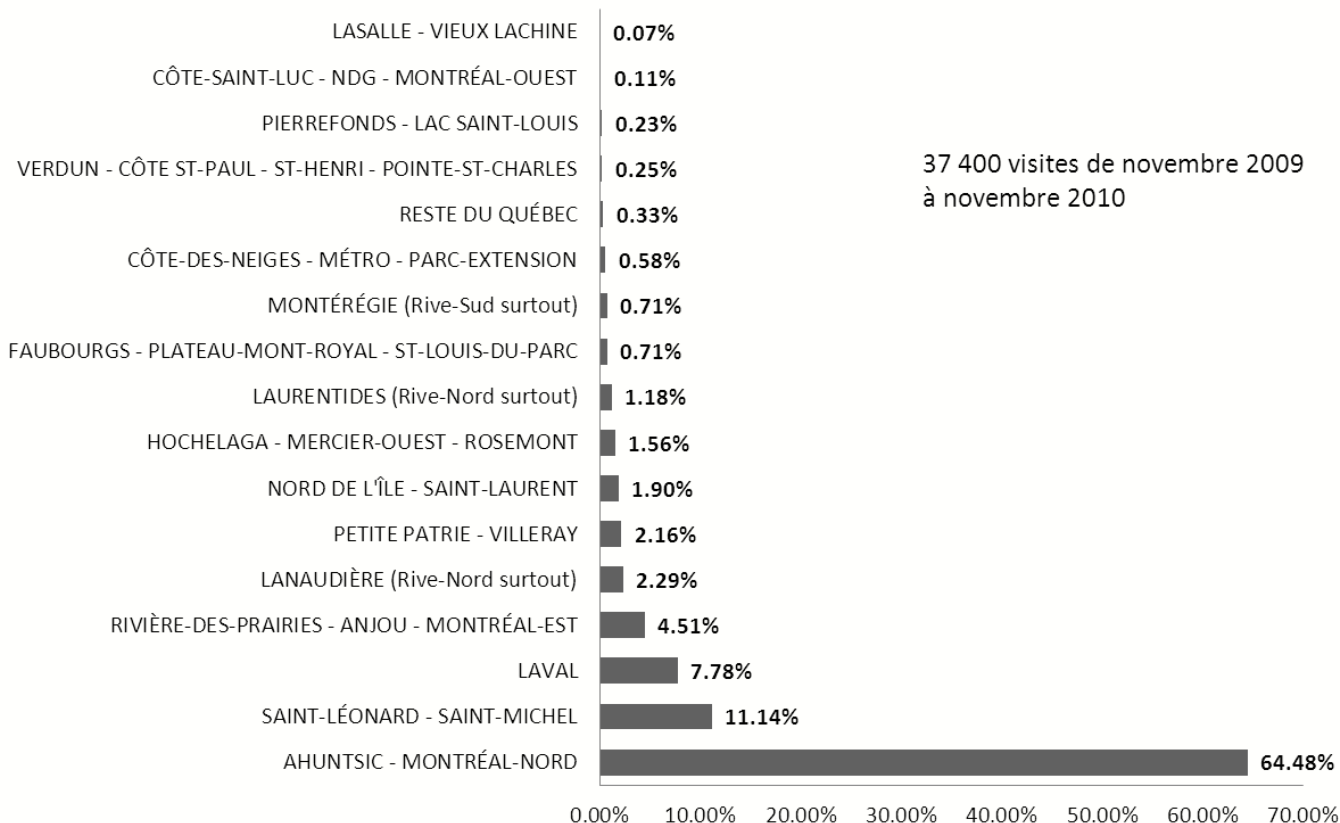


Provenance de la clientèle hospitalisée à l'hôpital Fleury en 2006



Les visiteurs de l'urgence sont des consommateurs de proximité

Répartition des visiteurs de l'urgence de Fleury par réseau local (ou région)



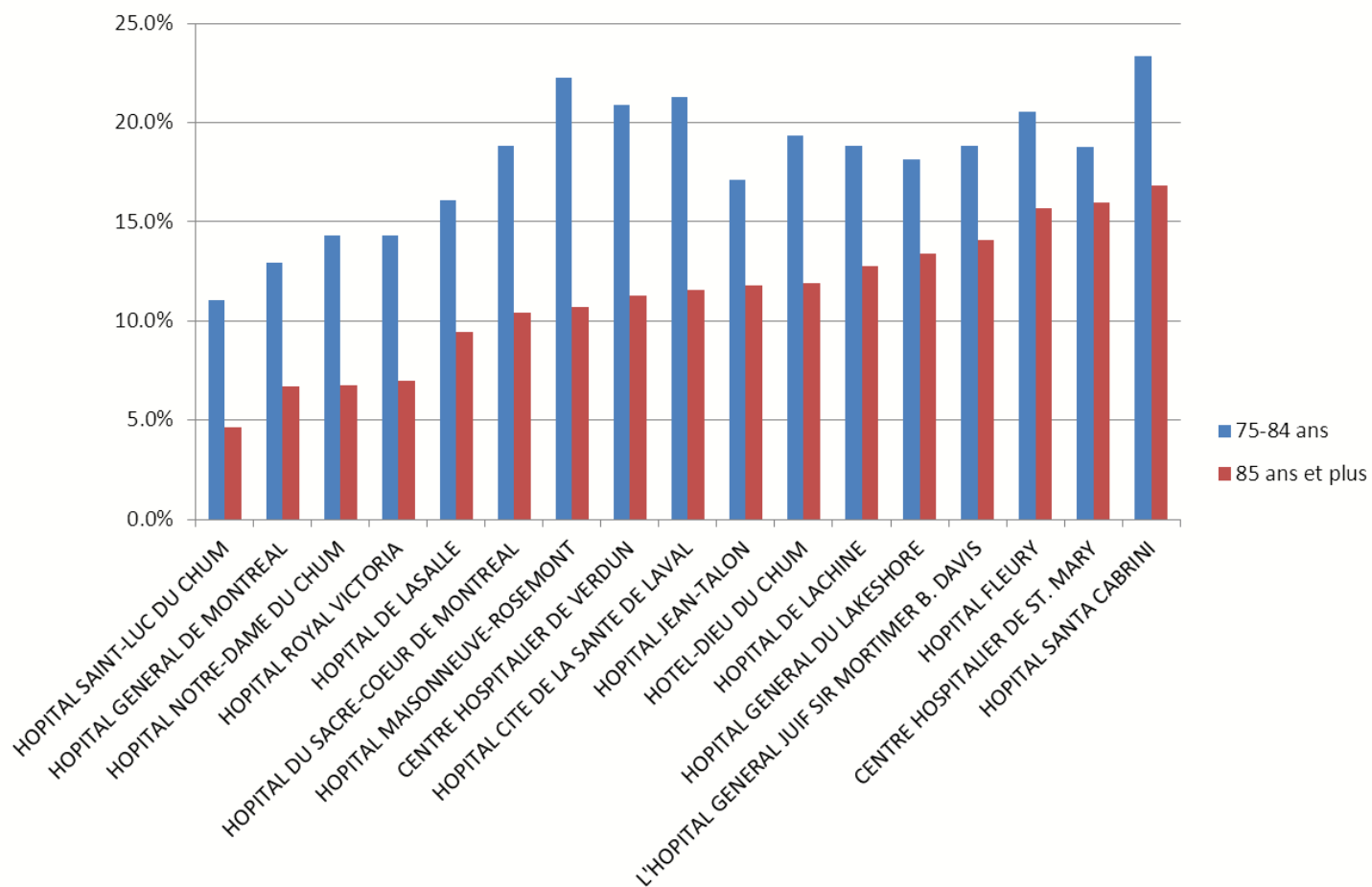
Source: codes postaux extraits de SIURGE Hôpital Fleury gracieusement traités par le CMIS (Agence)

À l'urgence de l'Hôpital Fleury :

- Le nombre de visites à l'urgence est passé de 42 403 en 2004-2005 à 38 311 en 2009-2010, pour une décroissance de 9,7 %. Les actions et les efforts des différentes équipes en place ont contribué à cette diminution.
- Cette décroissance s'applique aussi bien aux usagers ambulants qu'aux usagers sur civière. Par contre, le nombre d'arrivées en ambulance est resté relativement stable.
- Les personnes présentant un niveau de priorité 4 et 5 au triage représentent la moitié des visites. Ces gens sont invités à se présenter dans les diverses cliniques sans rendez-vous du territoire ou des territoires environnants, mais le déficit documenté d'accessibilité aux services médicaux sans rendez-vous en nombre suffisant et aux heures défavorables ainsi que la forte proportion de patients « orphelins » de médecins de famille sur notre territoire expliquent cette situation.
- La proportion des usagers ambulants est élevée (76 % comparativement à 64 % en moyenne pour un groupe composé des autres hôpitaux locaux de Montréal et d'hôpitaux ayant des volumes de visites à l'urgence comparables).
- Les proportions des usagers âgés de 75 ans et plus et de ceux âgés de 85 ans et plus sont plus élevées que dans la plupart des autres urgences de la région de Montréal, tel qu'illustré dans le graphique suivant.

L'urgence de l'Hôpital Fleury

Proportion des usagers de 75 à 84 ans et des 85 ans et plus sur l'ensemble des patients sur civière des différentes urgences de Montréal



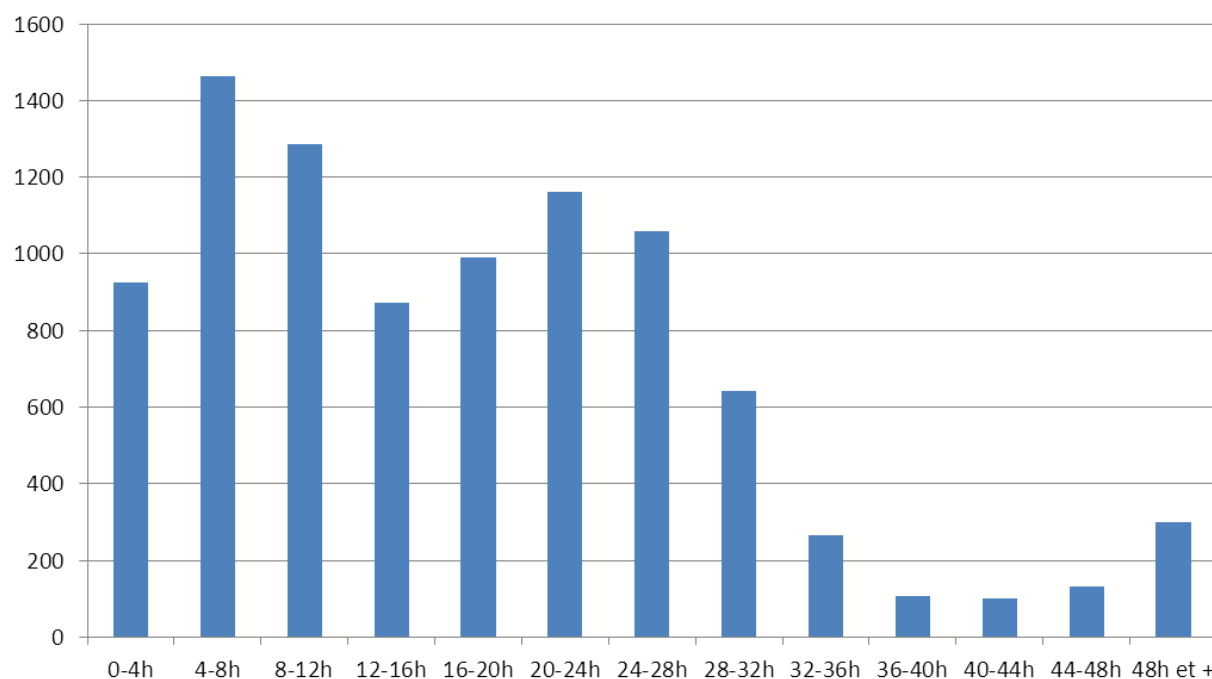
Source: Statistiques interactives du CMIS, registre de la salle d'urgence (J56), MSSS, année 2009-2010

Portrait de l'environnement

Performance de l'urgence

L'urgence de l'Hôpital Fleury est performante relativement à la durée moyenne de séjour sur civière, tel que le démontre ce graphique de la répartition des 9 169 patients sur civière sur un an.

Nombre de patients sur civière selon différentes durées de séjour à l'urgence de l'hôpital Fleury (toutes raisons d'admission)



←→ Moins de 8hres, délai de prise de décision médicale au Guide de gestion des urgences: **26%** de notre clientèle

←→ Moins de 12hres, cible interne: **40%** de notre clientèle

←→ Moins de 24hres, indicateur du Ministère: **73%** de notre clientèle

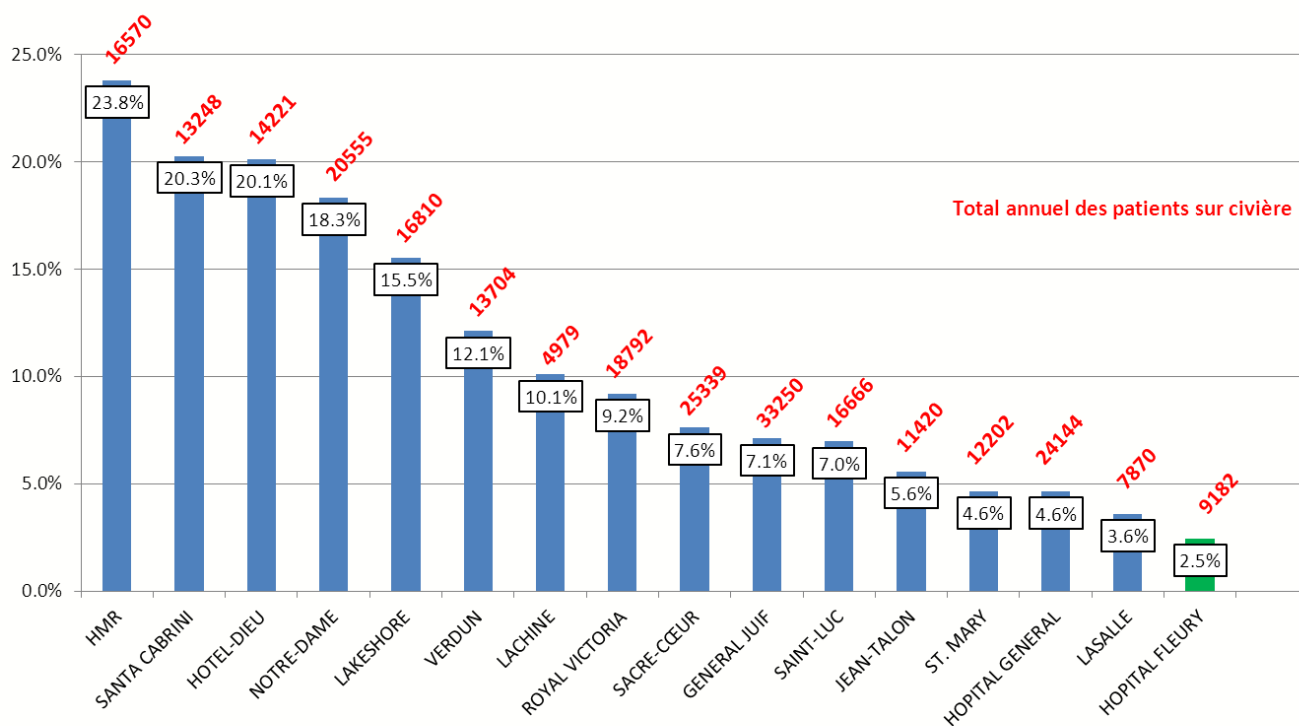
←→ Moins de 48hres, indicateur du Ministère: **96%** de notre clientèle

Source: SIURGE hôpital Fleury. Patients admis sur civière de novembre 2009 à novembre 2010

La comparaison avec les urgences comparables de l'île de Montréal est avantageuse, comme indiqué dans le graphique de la page suivante. En nombre brut de patients sur civière, Fleury n'est pas un hôpital majeur sur l'île, mais il se positionne au premier rang pour la performance de son pourcentage de séjours de plus de 48 heures. En 2009-2010, l'Hôpital Fleury est aussi au premier rang des hôpitaux généraux (sans les hôpitaux pédiatriques) relativement à la durée moyenne de séjour (ambulatoire et civières).

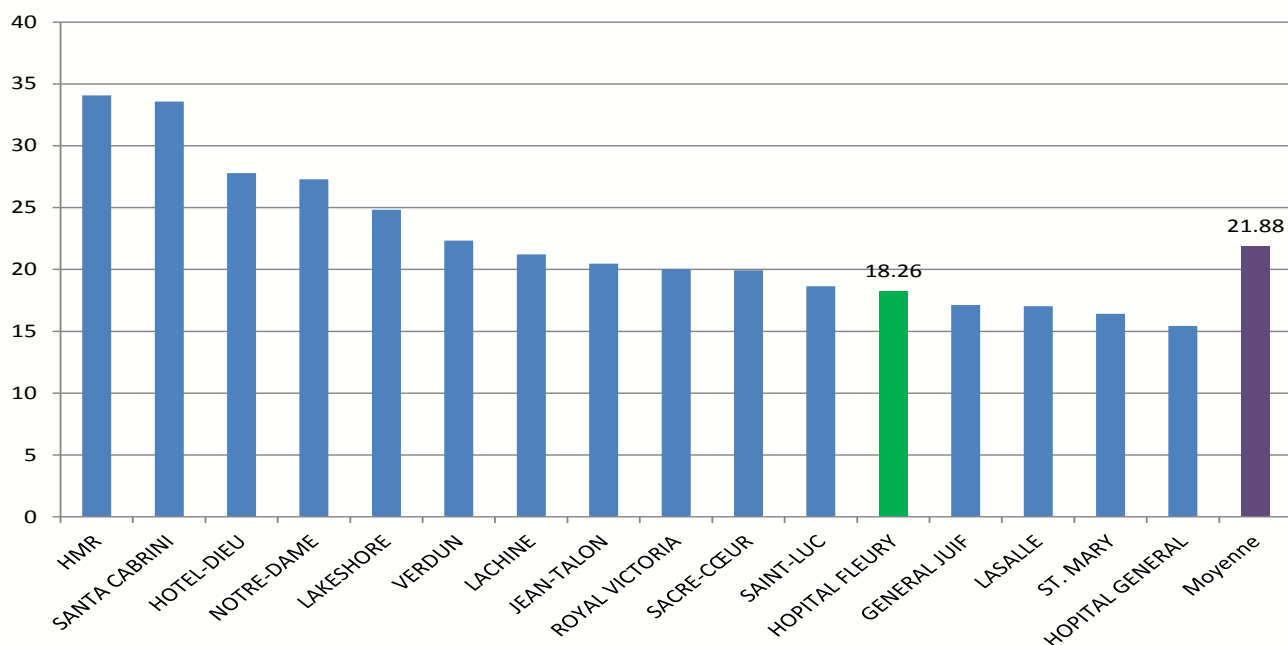
Portrait de l'environnement

Pourcentage des séjours de plus de 48 heures à l'urgence



Patients sur civière admis à l'urgence en 2009-2010, statistiques interactives du CMIS

DMS (durée moyenne de séjour, en heures, à l'urgence) pour les patients sur civière



Patients sur civière admis à l'urgence en 2009-2010, statistiques interactives du CMIS

Les activités à l'Hôpital Fleury :

- Le nombre d'hospitalisations a diminué de 12,3 % entre 2003-2004 et 2008-2009, passant de 5 497 à 4 820 au cours de ces cinq années.
- L'âge moyen de la clientèle hospitalisée à l'Hôpital Fleury en 2008-2009 est de 67 ans, ce qui est comparable à celui de la clientèle des autres hôpitaux locaux de Montréal.
- L'Hôpital Fleury voit sa clientèle de 75 ans et plus hospitalisée croître plus rapidement que la moyenne québécoise. Elle représente 44 % de l'ensemble des hospitalisations. La proportion des hospitalisations de cette clientèle à l'Hôpital Fleury est presque le double de celle des établissements comparables du Québec.
- L'intensité des ressources utilisées pour desservir la clientèle, telle que mesurée par le NIRRU, est comparable à celle des autres hôpitaux locaux de Montréal. Sur le plan des ressources utilisées pour les personnes hospitalisées de 75 ans et plus, l'Hôpital Fleury est dans la moyenne des établissements de comparaison (I-Stratège) ainsi que de la région.
- La durée moyenne de séjour est de 5,63 jours en 2008-2009, comparativement à une durée cible de 5,14 jours (source APR-DRG tableau 1/C). L'écart prononcé avec la cible en psychiatrie pousse cette moyenne à la hausse (DMS psychiatrie à 31,71 avec cible à 20,57). La DMS en santé physique seulement se situe à 4,74 jours, avec une cible à 4,62.
- 3 645 chirurgies d'un jour en 2008-2009, en croissance de 8 % par rapport à 2006-2007 (plus forte croissance des hôpitaux montréalais comparables (source : APR-DRG).
- En chirurgie d'un jour, 31 % des clientèles proviennent du territoire du CSSS-N, 32 % des autres territoires de Montréal et 37 % de l'extérieur de la région en 2007-2008.
- En ce qui concerne les clientèles hospitalisées, 60 % sont résidentes du territoire du CSSS-N en 2007-2008 (39 % pour les clientèles chirurgicales, 66 % pour les clientèles de médecine et 78 % pour les clientèles psychiatriques).
- Depuis quelques mois, l'unité de psychiatrie est en débordement et dépasse les 24 lits dressés historiquement financés. La desserte globale en psychiatrie de toute la région nord est étudiée par l'Agence. Les résultats pourraient modifier la planification des services du CSSS d'ici 5-10 ans.

Trois facteurs en particulier contribuent au faible taux de rétention des clientèles hospitalières résidentes du territoire : a) le panier de services disponibles à l'Hôpital Fleury; b) l'absence de corridors de services privilégiés avec l'Hôpital Fleury pour les fournisseurs de services médicaux du territoire; c) le libre choix du lieu de prestation des usagers dans un contexte de proximité avec les autres hôpitaux.

Le CSSS travaille actuellement sur ces facteurs et entend poursuivre les actions dans les prochaines années. Conformément au plan stratégique de l'organisation, les services médicaux du réseau local de services seront consolidés. Des ententes de partenariat sont à prévoir dans les spécialités absentes de l'hôpital. De meilleurs arrimages avec la première ligne médicale, les GMF et les bureaux privés de médecins sont déjà en développement. Ces améliorations dans la trajectoire des patients auront définitivement un impact sur les volumes clientèle et donc, sur les ressources nécessaires pour répondre aux besoins. Des locaux adéquats et en nombre suffisant deviendront nécessaires.

Les volumes d'activités en CLSC

Les usagers en CLSC par centre d'activités

Année financière CLSC	2007-2008 Total Nb Usager	2009-2010 Total Nb Usager
Centre d'activités		
Activités médicales	4 353	5 145
Services psychosociaux pour les jeunes en difficulté et leur famille	1 858	2 142
Services ambulatoires de santé mentale en première ligne	791	1 422
Soins infirmiers à domicile réguliers	5 119	4 991
Services de santé courants	11 059	12 889
Santé parentale et infantile - CLSC	7 127	7 500
Aide à domicile (SAD)	2 031	2 101
Services dentaires préventifs	888	810
Services psychosociaux à domicile	2 189	2 206
Services psychosociaux autres que SAD	1 336	545
Santé scolaire	5 169	5 032
Orthophonie pour enfants en CLSC	-	24
Services aux usagers en milieu naturel - DI et TED	525	696
Nutrition à domicile	191	194
Nutrition - Autres	380	478
Ergothérapie à domicile	752	759
Physiothérapie à domicile	954	985
Total	44 722	47 919

- 47 919 usagers desservis par les CLSC en 2009-2010, 44 722 en 2007-2008 (en excluant le centre d'activités Santé publique, parce que ces activités ont fortement été délestées en période de pandémie et la comparaison entre deux années devient difficile).
- La croissance des usagers différents en CLSC est donc de 6,7 % entre 2007-2008 et 2009-2010.
- Cette situation reflète une croissance soutenue, année après année, des volumes clientèle.
- Les CLSC ont vu leur nombre d'intervenants et de membres du personnel de soutien s'accroître dans les mêmes proportions au fil des ans.
- Ces tendances de développement seront les mêmes pour les années à venir, alors que se poursuivront ou s'actualiseront divers plans nationaux et régionaux tirés de la planification stratégique ministérielle.
- Les ressources immobilières en CLSC, déjà compressées au maximum, devront s'ajuster en conséquence.

Depuis la création des CLSC au début des années 1970, les services rendus dans ce type d'installation sont en croissance. Des poussées sont apparues au gré des réformes du système de santé, en particulier celle du virage ambulatoire. Entre autres causes, les pressions des sorties hospitalières forcent le développement des services en CLSC et les ressources immobilières doivent suivre.

Nos CLSC sont actuellement occupés à pleine capacité. La tangente « Réseau » des prochaines années lorgne vers les services de proximité. Le vieillissement de la population l'exige, tout comme le meilleur respect de la hiérarchisation des services entre les première, deuxième et troisième lignes.

Le profil clientèle dans nos centres d'hébergement

	Moyenne heures-soins et d'assistance des nouvelles admissions		
	2008-2009	2009-2010	2010-04-01 à 2010-11-10
Laurendeau	3.15	3.19	3.15
Légaré	1.94	2.02	2.25
De Louvain	1.51	1.67	1.76
Paul-Lizotte	1.85	1.93	1.99

Source : Outil de mesure OÉMC – sommaire de l'autonomie – heures soins à l'admission
Information extraite de SICHELD

La moyenne des heures-soins des nouvelles admissions ne cesse de croître depuis le démarrage en 2007 du plan d'action montréalais des services aux personnes âgées, qui prévoit réserver aux établissements à mission CHSLD la clientèle nécessitant plus de soins et de services d'assistance. Les délais d'attente aux différents programmes et aux différents centres sont très fluctuants, tributaires des pressions externes et des orientations du système régional d'admission ainsi que de l'Agence.

Le Centre d'hébergement Paul-Lizotte accueille 128 personnes. La nouvelle clientèle admise nécessite plus de 3 heures-soins, conformément au plan d'action. La clientèle est composée de 80 % de femmes et l'âge moyen des résidents est de 84 ans. La durée moyenne de séjour est de 1 232 jours (3,4 ans).

Le Centre d'hébergement Laurendeau accueille 290 personnes qui nécessitent plus de 3 heures-soins par jour. Environ 75 % de la clientèle est composée de femmes et l'âge moyen des résidents est de 83 ans. La durée moyenne de séjour est de 1 317 jours (3,6 ans). Seize lits doivent graduellement être convertis au programme d'hébergement pour évaluation; dix le sont à la fin 2010.

Le Centre d'hébergement Légaré accueille 105 personnes, dont 88 qui nécessitent de 1,5 à plus de 3 heures-soins par jour et 17 qui sont en instance d'évaluation de leur condition générale (programme d'hébergement pour évaluation). Le nombre de lits à convertir au programme d'hébergement pour évaluation est de 26 d'ici quelques mois. Environ 80 % de la clientèle est composée de femmes et l'âge moyen des résidents est de 85 ans. La durée moyenne de séjour est de 1 569 jours (4,3 ans).

Le Centre d'hébergement de Louvain accueille 155 personnes qui nécessitent de 1,5 à 3 heures-soins par jour. La clientèle est composée de 76 % de femmes et l'âge moyen des résidents est de 81 ans. La durée moyenne de séjour est de 1 291 jours (3,5 ans). Le Service régional d'admission, bien au fait des contraintes architecturales de l'édifice et des recommandations des visiteurs du MSSS, utilise de plus en plus le Centre pour l'hébergement transitoire. L'observation récente de la clientèle et des intervenants au Centre d'hébergement de Louvain, dans le cadre d'un projet de réorganisation des services, tend à démontrer l'existence d'une concentration de clientèle affligée de problématiques de troubles de comportement.

L'arrivée prochaine du système de profils-clientèle ISO-SMAF dans nos centres d'hébergement permettra de mieux connaître nos résidents et de proposer des solutions mieux adaptées aux problématiques de chaque profil, ainsi que de regrouper certains d'entre eux afin de leur offrir une programmation adaptée. Ce raffinement de réponse institutionnelle en lien avec les besoins précis des résidents exigera des lieux physiques flexibles et versatiles en centre d'hébergement dans les années à venir.

Faits saillants de l'environnement interne

- L'Hôpital Fleury attire une clientèle à l'urgence autant qu'hospitalisée de provenance majoritairement locale ainsi que des territoires limitrophes. Elle provient aussi de Laval et d'une partie de la Rive-Nord.
- Une décroissance du nombre de visites à l'urgence est notée depuis quelques années.
- Le registre des visiteurs de l'urgence démontre des proportions élevées de patients ambulants et avec des priorités 4 et 5 après le triage, reflétant le manque de couverture par les cliniques médicales de type mini-urgence dans le territoire ainsi que le manque d'accessibilité à un médecin traitant pour la clientèle orpheline.
- L'urgence offre une belle performance relativement à ses durées de séjour et ses processus d'admission aux unités pour hospitalisation lorsque comparée aux autres hôpitaux montréalais. Le travail d'optimisation se poursuit pour atteindre les cibles ministérielles de DMS et de pourcentage de 24 heures sur civière.
- Les proportions des usagers âgés de 75 ans et plus et de ceux âgés de 85 ans et plus qui se présentent à l'urgence sont plus élevées que dans la plupart des autres urgences de la région de Montréal.
- Cette situation se reflète aussi dans les lits des unités, alors que les 75 ans et plus représentent une très grande proportion (44 %) de toutes les hospitalisations de l'Hôpital Fleury. Ce ratio est supérieur aux hôpitaux comparables.
- Les chirurgies d'un jour sont en croissance à Fleury. La croissance de 8 % en 2008-2009 par rapport à 2006-2007 est la plus forte des hôpitaux montréalais comparables (CSSS avec hôpitaux).
- Les volumes d'usagers sont en croissance dans les CLSC année après année et cette tendance devrait se maintenir.
- Nos centres d'hébergement voient leur clientèle graduellement nécessiter plus de soins et services en réponse aux besoins grandissants et de plus en plus complexes. Cette situation est conforme au plan d'action montréalais pour l'amélioration des services aux personnes âgées. Par contre, les contraintes architecturales du Centre d'hébergement de Louvain restreignent l'atteinte de cet objectif.

Portrait de l'environnement

POPULATION

- Profil démographique âgé
- Augmentation des naissances
- Grande défavorisation
- En moins bonne santé qu'à Montréal
- Le segment >75 ans, grand consommateur de services d'urgence et d'hospitalisations

ENVIRONNEMENT INTERNE

- Clientèle majoritairement locale
- Excellente performance de l'urgence
- Forte proportion de clientèle >75 ans à l'urgence et aux unités
- Croissance clientèle en CLSC
- Croissance des besoins de la clientèle en hébergement
- Développement de l'offre de service

NORMES ET RECOMMANDATIONS

ORIENTATIONS ET HYPOTHÈSES

PLANIFICATION DES SERVICES

IMPACTS SUR LES IMMOBILISATIONS

BIBLIOGRAPHIE

ANCTIL, Hervé et JUHEL, Amélie, *L'architecture des services de santé et des services sociaux*, ministère de la Santé et des Services sociaux, janvier 2004

ALARIE, Françoise, BÉRUBÉ, Michèle et GADOURY, Michelle, *Planification stratégique montréalaise 2010-2015* (document de consultation), Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2010

CARON, A. et MARTEL, R. P., *La vision stratégique du développement culturel, économique, environnemental et social*, ministère des Affaires municipales et des régions, septembre 2005

Conférence internationale pour la promotion de la santé d'Ottawa 1986, *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, <http://www.aspq.org/DL/charte.pdf>, novembre 1986

Direction des communications MSSS, *Résumé du cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux - Projet clinique*, ministère de la Santé et des services sociaux, octobre 2004

Direction des communications MSSS, *Plan d'action de développement durable 2009-2013—Prévenir et agir, pour la santé de notre avenir*, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2009

Direction des communications Office municipal d'habitation de Montréal, *Plan stratégique 2010-2014 –L'OMHM en action, l'employé, pivot de notre réussite*, OMHM, 2009

DORVAL, Danièle et LAVOIE, Sylvie, *Principales caractéristiques de la population du CSSS d'Achuntsic et Montréal-Nord*, Direction de santé publique de Montréal, 2009

Extraits du site WEB de l'hôpital Louis-H. Lafontaine sur l'amélioration continue de la qualité, <http://www.hlhl.qc.ca/hopital/portrait/qualite-des-services/amelioration-continue-de-la-qualite.html?lang=Fr-Ca>

Extraits du site WEB du CSSS de la Montagne, <http://www.santemontreal.qc.ca/CSSS/delamontagne/fr/default.aspx?sortcode=1.58.60>

FILION, Gilbert, *Plan d'action local de santé publique 2010-2015 - CSSS d'Achuntsic et Montréal-Nord* (document préliminaire), CSSS d'Achuntsic et Montréal-Nord, 2010

Jolicoeur et Associés, en collaboration avec l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, *Enquête de satisfaction auprès des personnes en perte d'autonomie—CSSS d'Achuntsic et Montréal-Nord*, décembre 2007

LEMIEUX, Carl, *Notes de cours Gestion stratégique* dans le cadre du programme de relève des cadres supérieurs de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-centre, 2003

SCOR Recherche—Marketing, en collaboration avec le Carrefour d'information sociosanitaire de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, *Services posthospitaliers de réadaptation de soins subaigus Centre de santé et de services sociaux d'Achuntsic et Montréal-Nord*, décembre 2009

Service des communications CSSS-IUGS, *Planification stratégique 2006-2011—La santé une passion à partager*, Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, juillet 2006



Glossaire des acronymes et sigles

AQESSS	Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux
ASSSM	Agence de santé et de services sociaux de Montréal (aussi appelée l'Agence)
CII	Conseil des infirmières et infirmiers
CM	Conseil multidisciplinaire
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CRDI	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle
CRDP	Centre de réadaptation en déficience physique
CR	Clinique réseau
CRI	Clinique réseau intégrée
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CSSSAM-N	Centre de santé et de services sociaux d'Achatsic et Montréal-Nord
DGA	Direction générale adjointe
DI-TED	Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
DP	Déficience physique
DRF	Direction des ressources financières
DRHDO	Direction des ressources humaines et du développement organisationnel
DRI	Direction des ressources informationnelles
DRMG	Département régional de médecine générale
DSI	Direction des soins infirmiers
DSIE	Demande de services interétablissement
DSM	Direction des services multidisciplinaires
DSP	Direction de la santé publique
DSQ	Dossier Santé Québec
DSPH	Direction des services professionnels et hospitaliers
DSTI	Direction des services techniques et des immobilisations
ECGT	Équipe de consultation gériatrique thérapeutique
ETP	Équivalent temps plein (médecin)
GMF	Groupe de médecine familiale
GRH	Gestion des ressources humaines
ICLSC	Système d'information de la clientèle en CLSC
ITSS	Infection transmise par le sexe et par le sang
JeD	Jeunes en difficultés
MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
MSSS	Ministère de la santé et des services sociaux
OACIS	Dossier patient informatisé
OSBL	Organisme sans but lucratif
PACS	Picture archiving and communication systems
PALV	Perte d'autonomie liée au vieillissement
PALV-SAD	Perte d'autonomie liée au vieillissement – Services à domicile
PDI	Plan directeur immobilier
PDRI	Plan directeur des ressources informationnelles
PREM	Plan régional d'effectifs médicaux
RCGT	Firme de consultation Raymond-Chabot-Grant-Thornton
RLS	Réseau local de services
RNI	Ressource non institutionnelle
RI	Ressource intermédiaire ou ressources informatiques (selon le contexte)
RSIPA	Réseau de services intégrés pour les personnes âgées
SICHELD	Système d'information de la clientèle hébergée
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et en petite enfance
SRV	Sans rendez-vous

