

Centre de santé et de services sociaux
d'Ahuntsic et Montréal-Nord



PROJET CLINIQUE (PHASE II)



NOTES AU LECTEUR

Mise en garde

Les informations présentées dans ce document ont été synthétisées à partir de travaux qui se sont échelonnés sur près de douze mois et qui ont regroupé près de 200 personnes tant de l'interne que des partenaires communautaires et institutionnels du Centre de santé et de services sociaux d'Ahuntsic et Montréal-Nord (CSSSAM-N). Le lecteur ne retrouvera peut-être pas certaines données pointues émises lors de ces travaux. Il est possible de communiquer avec la Direction des communications du CSSSAM-N pour se procurer l'ensemble des écrits qui viennent appuyer les différents chapitres de ce document.

Publication

Centre de santé et de services sociaux d'Ahuntsic et Montréal-Nord
Centre administratif
1725, boul. Gouin Est
Montréal (Québec)
H2C 3H6
Téléphone: 514 384-2020
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 des communications du Centre de santé et de services sociaux d'Ahuntsic et Montréal-Nord.

AIDES	Action intersectorielle pour le développement des enfants signalés
AMDI	Association de Montréal pour la déficience intellectuelle
ASSSM	Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
AVD	Activités de la vie domestique
AVQ	Activités de la vie quotidienne
CAP	Comité d'accès aux programmes
CH	Centre hospitalier
CHR	Centre hospitalier régional
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CII	Conseil des infirmières et infirmiers
CIM	Conseil en immobilisation & management Inc.
CLSC	Centre local de services communautaires
CM	Conseil multidisciplinaire
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CMR	Clinique médicale réseau
CPE	Centre de la petite enfance
CRDI	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle
CRDI-TED	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et troubles envahissants du comportement
CRDP	Centre de réadaptation en déficience physique
CSDM	Commission scolaire de Montréal
CSEM	Commission scolaire English-Montréal
CSPI	Commission scolaire de la Pointe-de-l'Île
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CSSSAM-N	Centre de santé et de services sociaux d'Achutesic et Montréal-Nord
D	Dépendances
DI	Déficience intellectuelle
DI/TED	Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
DO	Développement organisationnel
DP	Déficience physique
DRMG	Département régional de médecine générale
DSIE	Demande de services interétablissements
ÉEMS	Écoles et milieux en santé
EIJ	Équipe intervention jeunesse
ETP	Équivalent temps plein
GMF	Groupe de médecine familiale
HLM	Habitation à loyer modique
ISQ	Institut de la statistique du Québec
ITSS	Infections transmissibles sexuellement et par le sang
IVG	Interruption volontaire de grossesse
JD	Jeunes en difficulté
MEL	Module d'évaluation liaison
MELS	Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
MEQ	Ministère de l'Éducation du Québec (maintenant MELS)
MES	Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale
MFE	Ministère de la famille et de l'enfance
MMSE de Folstein	Mini Mental State Examination, dont l'auteur est M. Folstein
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OÉMC	Outil d'évaluation multiclientèle
OMH	Office municipal d'habitation
OLO	Oeufs Lait Oranges
PAL	Plan d'action local
PDI	Plan directeur immobilier
PEDAP	Parents d'enfants défiant l'autorité parentale
PEPS	Parents, enfants et personnel scolaire (animation sur le déficit d'attention)
PI	Plan d'intervention
PII	Plan d'intervention interdisciplinaire
PIQ	Protocole d'immunisation du Québec
PPALV	Programme personne en perte d'autonomie liée au vieillissement
PRISMA-7	Nom de l'outil choisi pour le dépistage de la perte d'autonomie, en 7 questions
PSI	Plan de services individualisés
PSJP	Programme de soutien aux jeunes parents
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RLS	Réseau local de services
RLS-AM-N	Réseau local de services d'Achutesic et Montréal-Nord
RV	Rendez-vous
SAD	Soutien à domicile
SAF	Soutien à la famille
SG	Services généraux
SHQ	Société d'habitation du Québec
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et petite enfance
SP	Santé physique
SPO	Santé physique oncologie
SRV	Sans rendez-vous
STM	Société de transport de Montréal
TA	Tension artérielle
TED	Trouble envahissant du développement
Tx	Taux
UDI	Utilisateur de drogues injectables
VHC	Virus de l'hépatite C



TABLE DES MATIÈRES

Introduction

- De plus en plus près de l'objectif ... l'accessibilité, la continuité et la qualité 3
- Pour s'y retrouver ... quelques définitions 4
- La population au cœur de notre action 5

Section 01 : Programme des services généraux

- Diagramme de cheminement avant le projet clinique 8
- Diagramme de cheminement après le projet clinique 9
- Zones d'amélioration du programme 10

Section 02 : Programme personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement

- Diagramme de cheminement avant le projet clinique 14
- Diagramme de cheminement après le projet clinique 15
- Zones d'amélioration du programme 16

Section 03 : Programme santé mentale

- Diagramme de cheminement avant le projet clinique 18
- Diagramme de cheminement après le projet clinique 19
- Zones d'amélioration du programme 20

Section 04 : Programme jeunes en difficulté

- Diagramme de cheminement avant le projet clinique 24
- Diagramme de cheminement après le projet clinique 25
- Zones d'amélioration du programme 26

Section 05 : Programme dépendances

- Diagramme de cheminement avant le projet clinique 30
- Diagramme de cheminement après le projet clinique 31
- Zones d'amélioration du programme 32

Section 06 : Programme déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement

- Diagramme de cheminement avant le projet clinique 34
- Diagramme de cheminement après le projet clinique 35
- Zones d'amélioration du programme 36

Section 07 : Programme déficience physique

- À venir 38

Section 08 : Programme santé physique

- Diagramme de cheminement avant le projet clinique - Maladies chroniques 40
- Diagramme de cheminement après le projet clinique - Maladies chroniques 41
- Zones d'amélioration du programme 42
- Diagramme de cheminement avant le projet clinique - Oncologie 44
- Diagramme de cheminement après le projet clinique - Oncologie 45
- Zones d'amélioration du programme 46

Section 09 : Santé publique

- Le plan d'action local de santé publique 49

Section 10 : Programmation clinique

- Présentation de tous les programmes 52

Conclusion

- La prochaine étape ... la traduction dans la réalité de la population 59

Références bibliographiques

- 61

...l'accessibilité, la continuité et la qualité

Le document que vous avez entre les mains a été rédigé de façon à coller de très près à la réalité. Aussi, pour en faciliter la compréhension, nous avons illustré chaque programme par une situation fictive. Ce scénario, bien qu'il ne puisse pointer un client en particulier, pourrait sans contredit se retrouver au sein du programme ciblé.

À partir de ce scénario, un diagramme a été dessiné pour mettre en relief la façon dont le projet clinique teintera l'offre de service à la population des territoires d'Ahuntsic et de Montréal-Nord. Il y a ainsi un « avant » et un « après » projet clinique. En fait, ce document a été créé pour être le plus concret possible pour le lecteur.

À la suite de ces diagrammes, vous retrouverez l'ensemble des cibles d'amélioration visées par le programme et leurs priorités.

La phase II du projet clinique s'est échelonnée sur près de douze mois, soit de juin 2005 à juin 2006. Les travaux ont exigé des centaines d'heures de rencontres, de recherches et de rédaction. Plutôt que de donner priorité à un certain nombre de programmes, le CSSSAM-N a préféré les aborder tous de front. Bien sûr ceci a exigé de nos équipes et de nos partenaires de mettre les bouchées doubles, mais grâce à leur engagement et à leur professionnalisme, les résultats escomptés ont été atteints et ceci est tout en leur honneur.

Nous sommes conscients que la phase II du projet clinique sera à pleine maturité lorsque la programmation sera complétée. Nous prévoyons que les écrits à ce sujet seront terminés en février 2007. C'est alors que la mise en œuvre prendra véritablement forme et que l'opérationnel aura préséance.

Vous pourrez constater à lecture de ce document que l'édification du CSSSAM-N va bon train et que nous bâtissons des assises solides pour que notre organisation continue à se

« centrer sur le mieux-être de sa population »

Bonne lecture

... quelques définitions

CIBLE DE PROGRAMMATION CLINIQUE

Une cible constitue un objectif général formulé en énoncé qui décrit le point que l'organisme souhaite atteindre à l'avenir et qui oriente les décisions et les activités quotidiennes.

Dans le cadre du projet clinique, les situations retenues pour lesquelles il sera nécessaire d'apporter des modifications ou améliorations devront être formulées en cibles d'amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population ou encore en cibles d'amélioration de l'organisation des services cliniques.

ACCÈS

Situation où les clients ou les groupes peuvent obtenir les soins et services requis ou disponibles dans le lieu le plus approprié, au bon moment et en fonction de leurs besoins particuliers.

CONTINUITÉ

Fournir des soins et services ininterrompus qui sont coordonnés au sein des programmes et des organismes, et entre ceux-ci, ainsi que durant la transition entre les niveaux de services, tout au long du continuum et en tout temps.

QUALITÉ

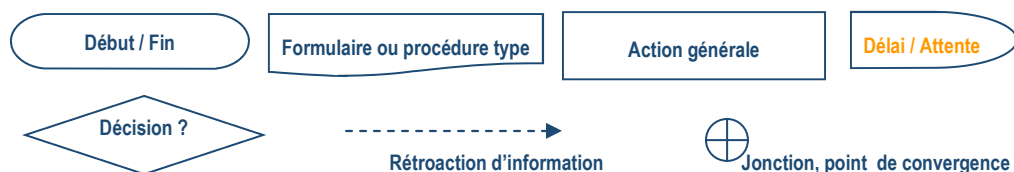
Le degré d'excellence ou la mesure selon laquelle l'organisation répond aux besoins des clients et surpasse leurs attentes.

ATTRIBUTION DE PRIORITÉS À CHAQUE CIBLE

Les améliorations ciblées doivent s'opérer dans le temps et selon une planification rigoureuse. Différents critères ont été adoptés pour déterminer leur degré de priorité. Ces degrés se répartissent en trois catégories, soit la priorité 1 qui exige une mise en œuvre immédiate et les priorités 2 et 3 qui s'étendent respectivement sur du moyen et long termes. Les critères sont les suivants :

- Nombre de personnes affectées/population totale.
- Taux de mortalité, de morbidité et d'incapacité.
- Conséquence sur la vie sociale.
- Comment le problème va-t-il évoluer s'il n'y a pas d'intervention? Y a-t-il urgence d'agir?
- Ce problème ou la clientèle concernée par ce problème est-il ciblé par le ministère ou l'agence (entente de gestion) comme une priorité?
- Ce problème ou ce service est incontournable pour la fonctionnalité du programme.
- Capacité reconnue de l'intervention à solutionner le problème.
- Disponibilité de l'expertise, des technologies.
- L'intervention respecte-t-elle les valeurs de la société et de(s) établissement(s) impliqué(s)?
- Disponibilité des ressources financières.
- Coût des solutions alternatives.
- Le service est-il déjà offert sur le territoire?

SYMBOLES UTILISÉS DANS LES DIAGRAMMES



La population au cœur de notre action

Au cours d'une vie, toute personne est appelée à utiliser divers services de santé et services sociaux. Désormais, le CSSSAM-N facilite le cheminement de chaque membre de sa population dans le système de santé dont les services ont été organisés en trois lignes, la troisième représentant le plus grand degré de spécialisation. Les différentes ressources sont réparties sur l'ensemble du Québec.

Ainsi, le CSSSAM-N veille à ce que toute personne reçoive la meilleure réponse possible à la problématique qu'elle présente et ce, dans les meilleurs délais, tout en veillant à la bonne modulation des demandes sur les trois paliers de services.

SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE

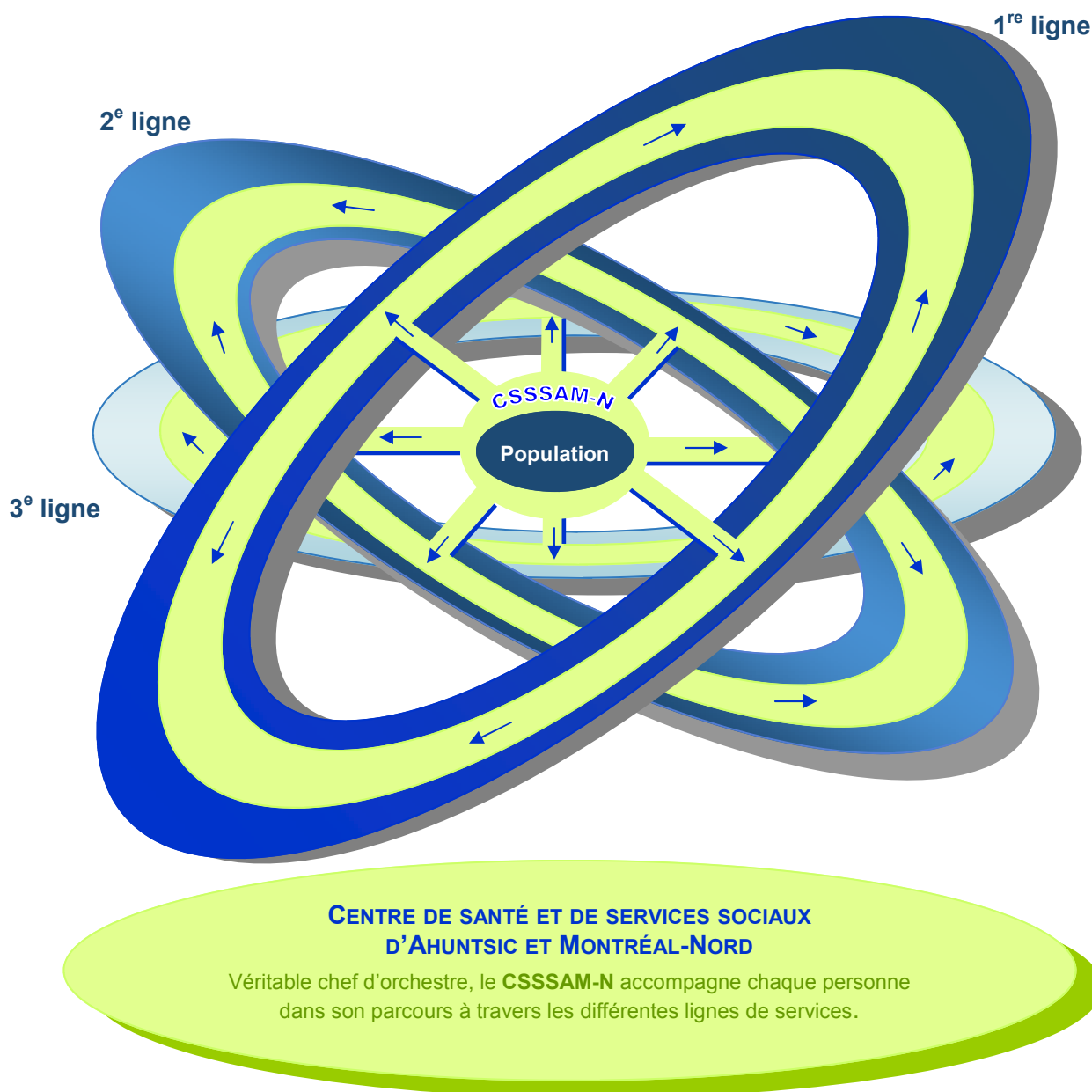
Soit les services médicaux et sociaux généraux.
Ils représentent la plus importante proportion des services offerts par le système de santé, jusqu'à près de 80 %.

SERVICES DE DEUXIÈME LIGNE

Soit les services médicaux et sociaux spécialisés.
Ex. Arthroplastie du genou

SERVICES DE TROISIÈME LIGNE

Soit les services médicaux et sociaux surspécialisés.
Ex. Chirurgie cardiaque, traumatologie





S-01

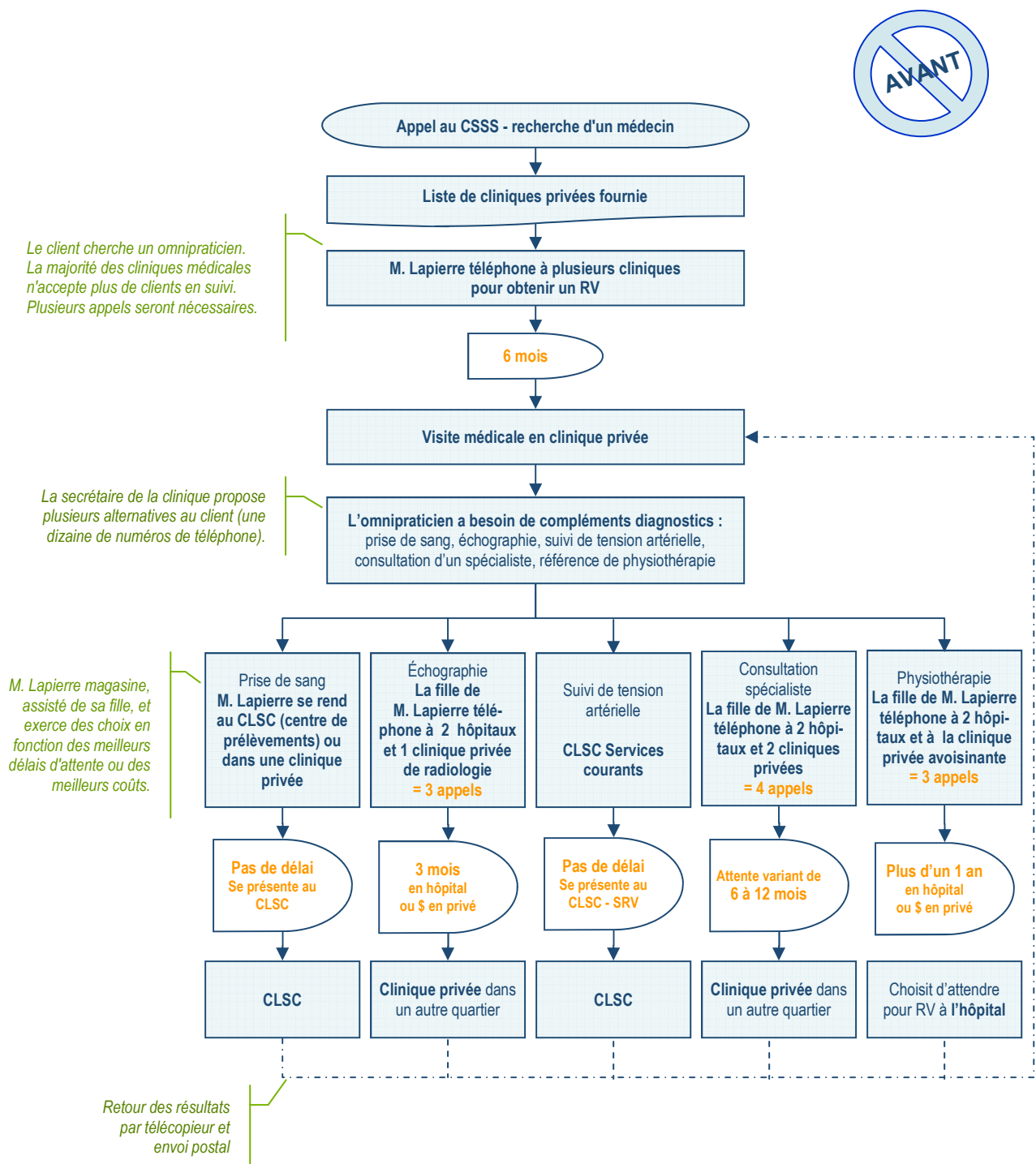
Section 01 :

Programme des services généraux

Octobre 2006

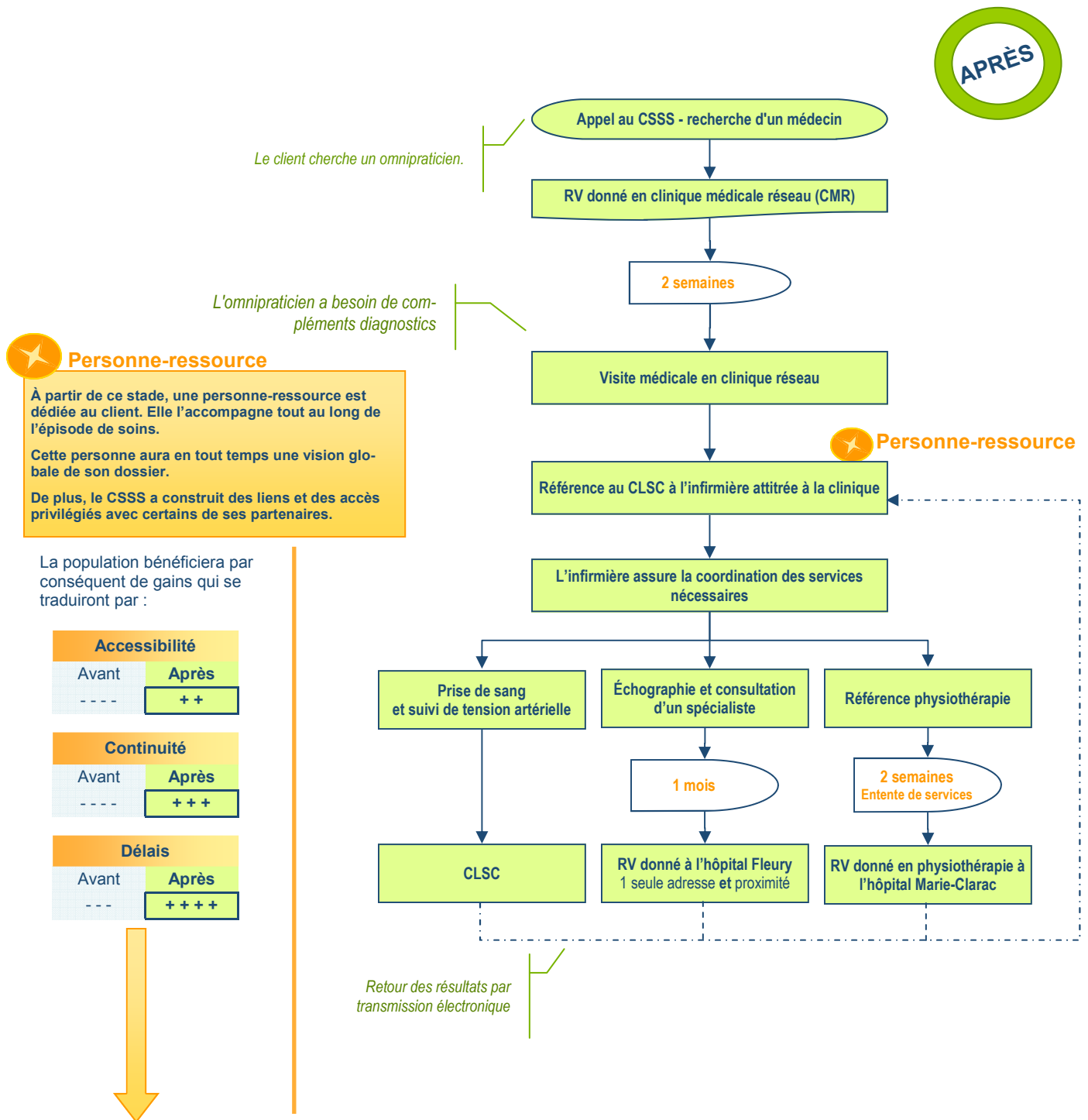
Monsieur Lapierre, 64 ans, veuf depuis 4 ans, faiblement scolarisé, est bien actif physiquement depuis sa retraite, il y a 8 ans déjà. Il était auparavant col bleu à la Ville de Montréal. Il est fier de dire à qui veut l'entendre qu'il n'a pas vu de médecin depuis quarante ans. Sa fille le convainc de consulter pour un bilan de santé et surtout de s'occuper de son mal de dos, source d'appels hebdomadaires.

Diagramme de cheminement avant le projet clinique



Dans cette nouvelle approche, Monsieur Lapierre bénéficiera de délais réduits et surtout du soutien continu d'une personne-ressource qui lui sera attirée au sein des intervenants du CSSSAM-N et qui coordonnera ainsi l'ensemble des services requis. Un médecin de famille sera trouvé pour Monsieur Lapierre qui n'aura plus, par conséquent, à « magasiner » ses services de santé, des services qui respecteront par ailleurs des critères de proximité. Cette personne-ressource sera en quelque sorte la gardienne du dossier de Monsieur Lapierre qui pourra s'adresser à elle pour toute question.

Diagramme de cheminement après le déploiement du projet clinique



No cible	Énoncé de la cible	Accessibilité	Continuité	Qualité	Priorité
SG1	L'accueil de premier niveau du CSSS sera structuré d'ici le 31 mars 2007 de façon à répondre aux demandes d'informations, de prise de rendez-vous sur place ou par téléphone en assurant des références personnalisées (accompagnement) vers les services internes et les ressources du milieu.	X			1
SG2	Tous les processus (modalités d'évaluation et de référence) pour l'accueil professionnel (santé et psychosocial) seront révisés et la gestion des interfaces avec les partenaires internes sera formalisée d'ici le 31 mars 2007 et avec les principaux partenaires externes (cliniques, pharmacies, organismes communautaires...) d'ici le 31 mars 2008.		X		1
SG3	L'offre de service à domicile et ambulatoires aux personnes post-opérées et post-hospitalisées (soins infirmiers, nutrition, réadaptation, aide à domicile) sera révisée afin d'assurer une réponse complète et adaptée à leurs besoins d'ici le 31 décembre 2006.	X			1
SG4	L'accessibilité avec et sans rendez-vous aux services d'intervention en matière de sexualité et de planification des naissances et de suivis pré et post-IVG augmentera de 2 à 5 soirs/semaine (du lundi au vendredi) d'ici le 31 mars 2008.	X			2
SG5	En collaboration avec les cliniques médicales, 80 % des femmes enceintes du territoire seront rejointes afin d'évaluer leurs besoins, les encourager à suivre des cours prénataux, leur donner de l'enseignement sur les signes précurseurs pour lesquels une consultation médicale est nécessaire et dépister les femmes enceintes vulnérables pour les diriger aux programmes spécifiques appropriés d'ici le 31 mars 2010.		X		2
SG6	La prévalence de l'allaitement maternel des premiers mois postnatals sera documentée. D'ici le 31 mars 2008, le CSSS visera à augmenter de 10 % le nombre de femmes qui allaitent exclusivement, en intensifiant les mécanismes de soutien (individuel et communautaire) à l'allaitement maternel.		X		2
SG7	Des protocoles de référence et des ententes de partenariat seront formalisés avec les organismes d'adoption d'ici le 31 mars 2008.	X			3
SG8	Des modalités de retour dans les hôpitaux accoucheurs pour les mères et les bébés qui ont des problèmes de santé seront négociées, d'ici le 1 ^{er} janvier 2008, pour que le retour soit possible à l'intérieur de 7 jours post-congé.		X		1
SG9	En partenariat avec tous les acteurs concernés, abaisser le taux de mortalité infantile à 6,5 pour 1 000 habitants d'ici l'an 2009 (taux actuellement élevé à Montréal-Nord à 8,62 pour 1 000 habitants, versus 5,3 à Ahuntsic, 7,15 pour le CSSSAM-N et 5,3 pour Montréal) par l'intensification des services aux femmes enceintes, aux parents de nourrissons et enfants d'âge préscolaire.	X			1
SG10	Des corridors de services pour le soutien diagnostic seront offerts aux cliniques médicales, GMF ou cliniques réseau afin d'assurer un accès direct pour les cas urgents, sans passage par l'urgence, aux plateaux techniques de biologie, d'imagerie médicale et autres, avec une transmission du résultat au médecin référant dans le délai prescrit (un objectif partagé avec la Direction des services professionnels).	X			2
SG11	Le nombre d'usagers accédant gratuitement aux services de réadaptation (évaluation fonctionnelle des capacités musculo-squelettiques et traitement à court terme de physiothérapie) dans notre RLS sera rehaussé de 15 % d'ici mars 2009.	X			2
SG12	Les services d'accueil psychosocial (évaluation, orientation, support, accompagnement vers les ressources appropriées) seront accessibles dans un délai de 15 jours pour la clientèle dont la situation est non urgente d'ici mars 2007.	X			2
SG13	Les délais d'accessibilité aux consultations psychosociales pour les personnes qui requièrent de l'aide individuelle, conjugale, familiale ou de groupe (problèmes relationnels, violence conjugale, problèmes transitoires d'adaptation reliés au deuil, perte d'emploi et autres situations de vie, etc.) dans une approche court terme (moyenne de 4 interventions/personne) seront réduits de 25 % d'ici mars 2008.	X			2
SG14	L'offre de service d'aide à domicile court terme (CSSS et agences d'aide) pour la clientèle pré et post accouchement sera révisée d'ici mars 2008.	X			1
SG15	L'accessibilité aux services de suivi complet de maternité par une sage-femme comprenant le suivi pendant la grossesse, de l'accouchement ainsi que le suivi durant la période postnatale sera assurée à la population du CSSS en établissant un corridor de services d'ici le 31 mars 2010.	X			3
SG16	En se référant au modèle montréalais de prise en charge, les services généraux formaliseront, d'ici le 31 mars 2008, des mécanismes de liaison et des ententes de services avec les omnipraticiens volontaires ainsi qu'avec les cliniques médicales réseau ou GMF créés sur le territoire.	X			1

No cible	Énoncé de la cible	Accessibilité	Continuité	Qualité	Priorité
SG17	L'accessibilité à un médecin de famille sera augmentée par la création d'une première clinique réseau d'ici mars 2007 et d'une seconde d'ici mars 2008 (collaboration avec la Direction des services professionnels et hospitaliers).	X			1
SG18	D'ici septembre 2009, les services généraux développeront, en collaboration avec les conseillères-cadres cliniques, des campagnes de sensibilisation (ou de formation) auprès de la population, des professionnels, des cliniques médicales, pharmacies et organismes du milieu en visant la promotion de la santé et la prévention de la maladie sur des thématiques ciblées (habitudes de vie, maladies chroniques, prévention du suicide, périnatalité, toxicomanie, jeu pathologique, vaccination, traumatismes non intentionnels, etc.).			X	3
SG19	D'ici décembre 2010, tous les intervenants cliniques du CSSS intégreront des mesures cliniques préventives (évaluation des habitudes de vie) dans leur pratique professionnelle.			X	3
SG20	D'ici mars 2009, des stratégies seront élaborées pour assurer les suivis de tout intervenant atteint d'une maladie infectieuse pour prévenir la transmission à la clientèle du CSSS (en collaboration avec le bureau de santé).			X	3
SG21	D'ici septembre 2007, nos stratégies seront réévaluées afin d'augmenter d'au moins 5 % par année la couverture vaccinale (influenza, pneumocoque...) de la population et du personnel du CSSS jusqu'à rejoindre 80 % de la population ciblée et 60 % des employés du CSSS (horizon de 5 ans).	X			1
SG22	D'ici décembre 2007, le CSSS assurera la prise en charge et le soutien médical pour répondre aux urgences courantes en maladies infectieuses qui nécessitent de la médication en prévention et ce, aux heures d'ouverture des installations CLSC.	X			1
SG23	D'ici mars 2009, le CSSS offrira à toute la population vulnérable des activités de prévention, de protection et de prise en charge des infections transmises par le sexe et par le sang (ITSS).	X			1
SG24	Des stratégies, incluant le développement de l'approche de proximité, seront élaborées d'ici mars 2008 pour rejoindre la clientèle habitant les secteurs où l'indice de défavorisation matérielle et sociale est supérieur à la moyenne montréalaise.	X			2
SG25	Le CSSS respectera le calendrier régulier de vaccination et l'intervalle recommandé par le PIQ pour assurer l'immunisation de base des enfants de 0-5 ans de son territoire d'ici mars 2007.	X			1
SG26	D'ici juin 2007, des mécanismes de concertation seront déployés avec les commissions scolaires, les écoles et les organismes communautaires afin d'assurer le déploiement de l'approche Écoles et milieux en santé et de favoriser la complémentarité des services.		X		1
SG27	Le CSSS contribuera à la réduction (5 % sur 5 ans) de l'incidence des grossesses des adolescentes de son territoire en élaborant des stratégies d'intervention avec ses partenaires scolaires et communautaires d'ici juin 2011.		X		2
SG28	Le CSSS assurera la mise à jour du statut vaccinal de 50 % des jeunes du troisième secondaire de son territoire d'ici juin 2008.	X			2
SG29	Le CSSS assurera le dépistage de la carie dentaire auprès de tous les enfants fréquentant les maternelles publiques du territoire d'ici 2008. Le CSSS assurera le suivi des enfants vulnérables dépistés au moins deux fois par année de la maternelle à la deuxième année. L'application d'agents de scellement sera offerte aux enfants à risque élevé de carie dentaire.	X			2
SG30	Une mobilisation des acteurs multisectoriels sera entreprise et un plan d'action sera élaboré pour augmenter l'accessibilité au transport en commun (clientèle régulière et avec incapacités) et identifier des mesures d'apaisement de la circulation d'ici le 31 mars 2009.	X			2
SG31	Soutenir les communautés et les personnes pauvres et vulnérables qui les composent pour agir sur les facteurs qui influent sur leur santé et bien-être d'ici juin 2010.	X			2
SG32	La consolidation et le développement des tables de quartier et organismes communautaires seront soutenus par le CSSS afin d'assurer la concertation et la complémentarité de leurs activités au sein du RLS.		X		1
SG33	Un état de situation sera dressé et des stratégies seront élaborées avec les partenaires et la population afin de diminuer les risques de violence et d'agression envers les groupes vulnérables (femmes, jeunes, aînés et personnes handicapées) et augmenter leur sentiment de sécurité d'ici décembre 2009.			X	2



S-02

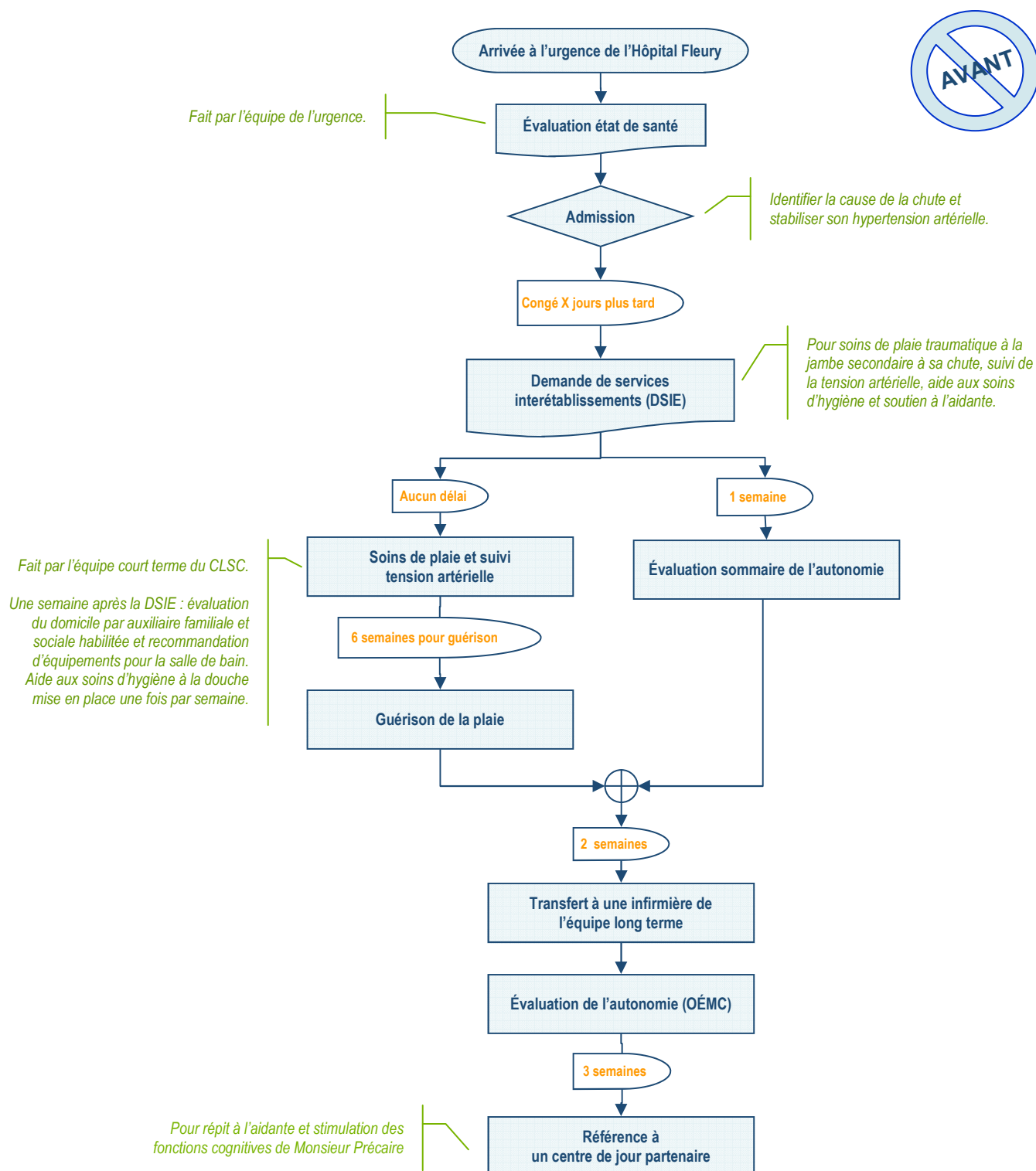
Section 02 :

Programme personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement

Octobre 2006

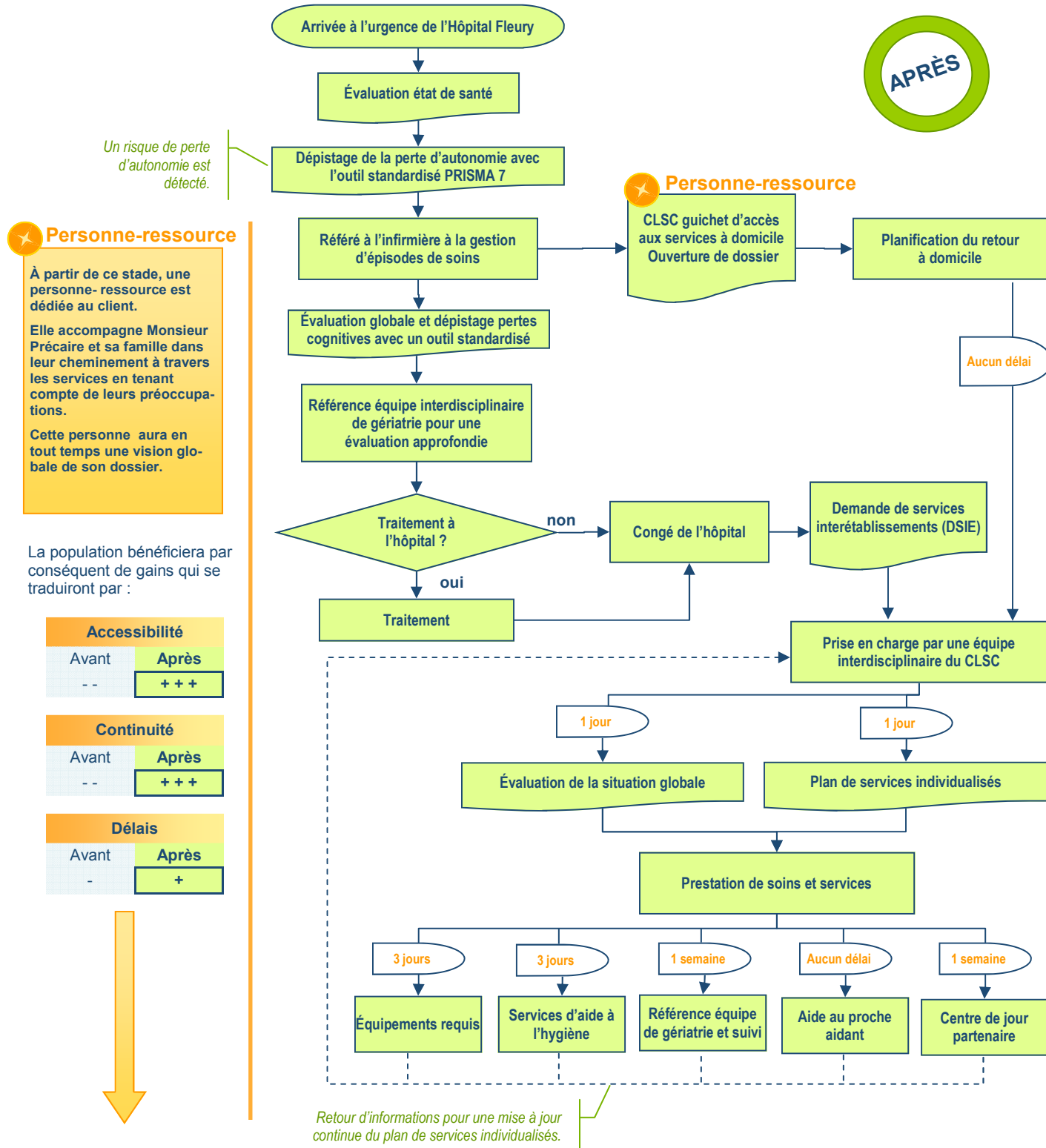
Monsieur Précaire, veuf de 84 ans, est emmené en ambulance à l'urgence de l'Hôpital Fleury à la suite d'une chute. Sa fille qui l'accompagne se dit épuisée. Depuis quelques mois, Monsieur Précaire a besoin de beaucoup d'aide, notamment pour ses sorties à l'extérieur et pour son hygiène personnelle.

Diagramme de cheminement avant le projet clinique



Dans cette nouvelle approche, Monsieur Précaire bénéficiera de délais réduits et surtout du soutien continu d'une personne-ressource qui lui sera attitrée au sein des intervenants du CSSS-N. En tenant compte des préoccupations de Monsieur Précaire et de sa famille, cette personne-ressource veillera à la coordination des différents services dont ils ont besoin. Elle sera en quelque sorte la gardienne du dossier de Monsieur Précaire qui pourra s'adresser à elle pour toute question.

Diagramme de cheminement après le déploiement du projet clinique



No cible	Énoncé de la cible	Accessibilité	Continuité	Priorité Qualité
PPALV1	La clientèle de 75 ans et plus sera dépistée pour la perte d'autonomie à l'aide de l'outil PRISMA-7 pour les personnes qui se présentent à l'urgence d'ici décembre 2006 et avril 2007 pour les personnes qui se présentent ailleurs à l'hôpital ou en CLSC.		X	1
PPALV2	Le dépistage de la clientèle de 75 ans et plus à l'aide de l'outil PRISMA-7 sera fait par les partenaires (organismes communautaires, résidences privées) intéressés et l'arrimage avec le guichet unique d'accès sera mis en place d'ici avril 2008.		X	3
PPALV3	Les modalités de dépistage des 75 ans et plus pour la mauvaise utilisation de médicaments, la mauvaise alimentation, les problèmes dentaires, les troubles visuels et les troubles auditifs seront déterminées d'ici avril 2009.		X	2
PPALV4	D'ici avril 2007 à l'hôpital et avril 2008 dans les deux CLSC, toute la clientèle identifiée en perte d'autonomie à l'aide de l'outil PRISMA-7 sera dépistée pour les troubles cognitifs à l'aide de l'outil MMSE de Folstein par un intervenant de l'équipe multidisciplinaire concernée.		X	1
PPALV5	Une table multisectorielle visant à contrer l'abus, la maltraitance et l'exploitation financière des aînés sera mise en place pour chacun des territoires du CSSS (Ahuntsic et Montréal-Nord) d'ici avril 2007.		X	2
PPALV6	Pour les aînés qui présentent un risque de chute ou qui ont déjà fait une chute, un mode d'intervention personnalisé sera mis en place selon l'échéancier prévu par l'ASSSM et, en partenariat avec les organismes du territoire, l'accessibilité à un groupe de prévention des chutes sera augmentée (programme PIED) de façon à rejoindre 72 personnes par année pour le CSSSAM-N d'ici avril 2007.		X	2
PPALV7	D'ici avril 2010, un plan d'action sera élaboré afin d'offrir aux aînés appartenant à des communautés linguistiques et ethnoculturelles des services adaptés à leurs besoins.	X		3
PPALV8	Un guichet unique d'accès aux services de la Direction « Services aux aînés » pour les deux CLSC sera mis en place et entrera en fonction d'ici avril 2007.	X		1
PPALV9	D'ici avril 2007, la fonction « gestion de cas » sera mise en place pour la clientèle présentant des besoins complexes reliés à la perte d'autonomie. — L'évaluation globale des besoins de la personne et de ses proches sera faite au minimum une fois/an à l'aide de l'outil d'évaluation multiclientèle (ou du profil évolutif) pour toutes les personnes suivies par un gestionnaire de cas d'ici avril 2008. — Un plan de services individualisés sera établi pour tous les usagers suivis par un gestionnaire de cas d'ici avril 2008.		X	1
PPALV10	D'ici avril 2007, la clientèle aura accès à des services de réadaptation gériatrique via des corridors de services, tel que prévu par la réorganisation régionale des services post-hospitaliers.	X		1
PPALV11	En collaboration avec les partenaires, l'offre de service aux proches aidant de personnes âgées sera revue d'ici avril 2008 de façon à intensifier la réponse aux besoins de cette clientèle vulnérable.		X	1
PPALV12	En collaboration avec les partenaires locaux, un comité chargé d'étudier la problématique du transport des personnes âgées sera formé d'ici décembre 2006 et fera des recommandations d'ici décembre 2007.	X		1
PPALV13	L'accessibilité à l'hébergement temporaire (volets répit et convalescence) sur le territoire du CSSSAM-N sera offerte aux personnes âgées d'ici décembre 2007.	X		3
PPALV14	D'ici décembre 2009, le CSSSAM-N assurera graduellement le suivi et l'évaluation de la qualité des services offerts par les résidences privées de son territoire.		X	3
PPALV15	L'accès à l'hébergement temporaire ou de longue durée, incluant l'accueil, l'analyse, l'orientation et le suivi des demandes d'hébergement, sera coordonné par le CSSSAM-N selon l'échéancier planifié par l'ASSSM.	X		3
PPALV 16	D'ici décembre 2008, 193 places seront créées en ressources non institutionnelles et les 25 lits d'hébergement de l'Hôpital Fleury seront fermés.		X	2
PPALV17	Des mesures seront adoptées afin d'assurer la sécurité des aînés nécessitant des mesures de contrôle en milieu d'hébergement et à domicile et les protocoles d'application des mesures de contrôle (contention et isolement) seront produits ou révisés de façon à être conformes aux lois et uniformisés dans les quatre centres d'hébergement du CSSSAM-N et pour les services à domicile des CLSC d'ici avril 2007.		X	1
PPALV18	D'ici avril 2007, les personnes de plus de 65 ans auront accès sur le territoire du CSSSAM-N à une équipe multidisciplinaire spécialisée en gériatrie en 2 ^e ligne.		X	2
PPALV 19	D'ici décembre 2008, la clientèle de 65 ans et plus du territoire du CSSSAM-N aura accès à une offre de service à domicile uniforme, peu importe son lieu de résidence, en ce qui a trait aux soins infirmiers, à l'intervention psychosociale, à la réadaptation et aux services d'aide.		X	2
PPALV 20	D'ici avril 2008, des mesures seront développées afin de faciliter l'accès à des services médicaux pour les aînés.	X		1



S-03

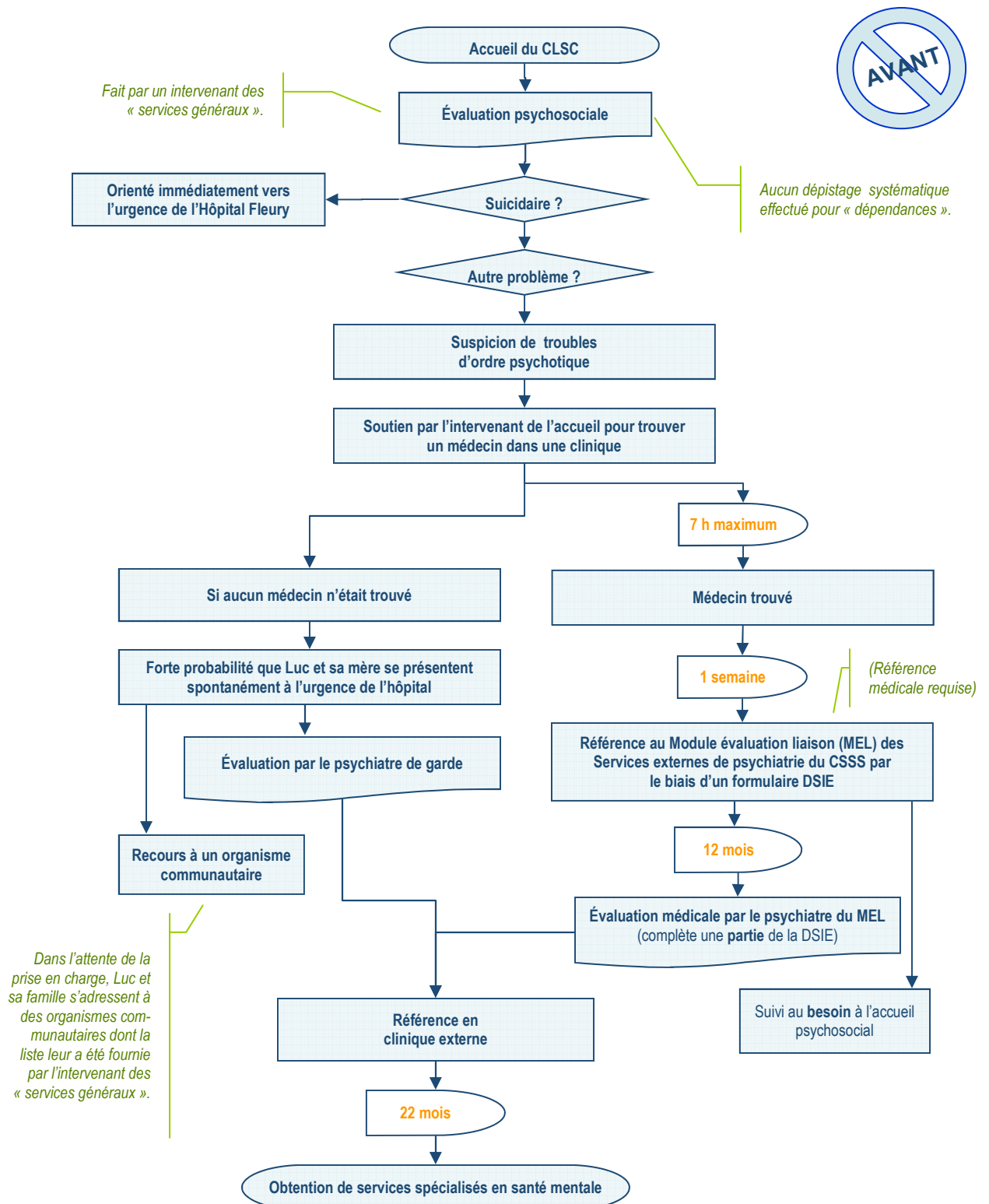
Section 03 :

Programme santé mentale

Octobre 2006

Luc est un jeune adulte psychotique de 24 ans qui n'a pas encore été diagnostiqué. Sa mère le trouve « bizarre ». Luc a développé de « drôles de manies ». Il n'a pas de médecin de famille. Luc et sa mère se présentent au CLSC d'Ahuntsic.

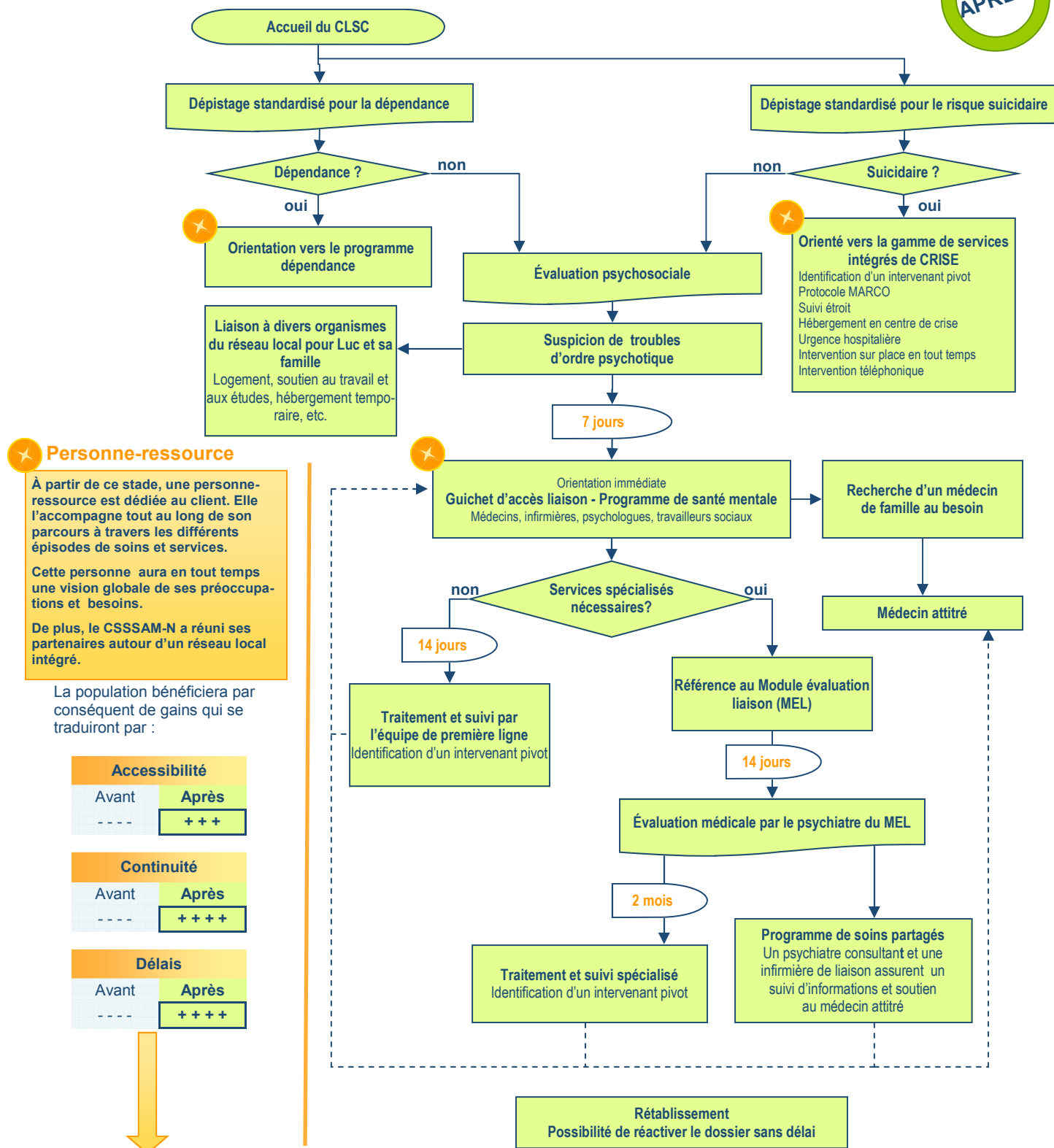
Diagramme de cheminement avant le projet clinique



Dans cette nouvelle approche, Luc obtiendra des services plus rapidement et bénéficiera surtout d'une plus vaste gamme de services continus et intégrés grâce au rôle central du guichet d'accès. Le recours aux services spécialisés est mieux canalisé et jumelé avec une rétroaction systématique aux référents et un soutien aux équipes traitantes. Toutes les actions respectent les goûts et capacités de Luc tout en favorisant le développement de son autonomie afin de lui permettre de rester dans son milieu de vie.

Diagramme de cheminement après le projet clinique

APRÈS



No cible	Énoncé de la cible	Accessibilité	Continuité	Qualité	Priorité
SM1	Les campagnes sociétales de prévention sur les thèmes notamment de la santé mentale, de la violence, de l'abus et de la négligence seront appuyées localement par les équipes santé mentale de 1 ^{re} ligne jeunes et adultes. Ces équipes susciteront la mobilisation et la participation des partenaires du réseau local à la diffusion des outils de communication et à la réalisation d'actions de promotion ou de prévention reliées aux campagnes.			X	2
SM2	Un soutien aux partenaires du réseau local sera offert sur demande par l'équipe de 1 ^{re} ligne en santé mentale jeunesse afin de développer des interventions visant à prévenir les problèmes d'adaptation sociale des enfants et des jeunes. L'équipe participera aussi à des actions planifiées et concertées visant à soutenir ou à développer des milieux propices au développement et au bien-être de cette même population.			X	2
SM3	L'offre de service de 1 ^{re} ligne en santé mentale sera adaptée aux réalités culturelles et socio-économiques de la population d'Ahuntsic et de Montréal-Nord d'ici 2010.	X		X	2
SM4	Les équipes de 1 ^{re} ligne en santé mentale jeunes et adultes rejoindront, progressivement jusqu'en 2010, tous les intervenants de 1 ^{re} ligne travaillant auprès des jeunes de 6 à 25 ans en milieu scolaire ainsi que ceux travaillant auprès des personnes âgées résidant en milieux de vie, afin de les soutenir dans leurs interventions de prévention et de dépistage des troubles anxieux et dépressifs et dans la prévention du suicide.			X	2
SM5	La gamme des services de crise sera accessible, d'ici avril 2007, à toute personne qui vit une crise psychosociale ou psychiatrique avec ou sans dimension suicidaire, ce qui inclut les personnes ayant un trouble mental, les personnes aux prises avec une dépendance ainsi que les personnes ayant une déficience intellectuelle ou physique.	X			1
SM6	Les partenaires du réseau local intéressés par les problématiques de la crise et du suicide seront mobilisés dès février 2007, sous l'impulsion initiale du CSSS-N, afin d'assurer l'accès aux services pour tous les groupes d'âge de la population et favoriser la continuité à tous les niveaux d'intervention (promotion, prévention, intervention, post-intervention).		X		2
SM7	Un suivi étroit sera offert aux personnes à potentiel suicidaire élevé, lors d'un épisode de crise dès avril 2007, 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 CSSS-N ou d'un partenaire du réseau local.	X			1
SM8	De la formation sera offerte aux intervenants de 1 ^{re} ligne afin de favoriser l'utilisation optimale de la gamme de services lors d'une crise, d'ici décembre 2007.			X	2
SM9	Le guichet d'accès aux services de 1 ^{re} et de 2 ^e lignes pour les enfants et les jeunes de moins de 18 ans sera en fonction pour tout le CSSS-N en décembre 2006. Les délais de réponse au référent et l'amorce de traitement seront atteints progressivement suite à des transferts de personnel. D'ici 2010, l'équipe desservira annuellement 656 enfants et jeunes en 1 ^{re} ligne et 310 auront accès en 2 ^e ligne.	X			1
SM10	Afin d'assurer l'accès et la continuité des services pour les jeunes de 14 à 25 ans ayant un trouble anxieux, les recommandations du groupe de partenaires des territoires du CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord et du CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent, issues du « <i>Plan d'action sur les troubles anxieux chez les jeunes de 12 à 25 ans</i> » (ASSSM, octobre 2004), seront actualisées en fonction du projet clinique santé mentale et mises en œuvre progressivement jusqu'en 2010 sous la coordination du CSSS-N.		X		2
SM11	Les parents qui ont un enfant de moins de 18 ans atteint de troubles mentaux auront accès à un service de soutien et d'entraide développé au sein d'un organisme communautaire. Afin d'éviter l'épuisement des familles, un service de répit sera aussi développé.	X			2

No cible	Énoncé de la cible	Accessibilité	Continuité	Qualité	Priorité
SM12	Un réseau local intégré de services pour les jeunes présentant des troubles mentaux et des besoins cliniques complexes sera mis en place d'ici avril 2007 afin d'améliorer l'accès et la continuité des services.		X		1
SM13	Le guichet d'accès aux services de 1 ^{re} et de 2 ^e lignes pour les adultes sera en fonction pour tout le CSSSAM-N en décembre 2006. Les délais de réponse au référent et l'amorce de traitement seront atteints progressivement suite à des transferts de personnel. D'ici 2010, l'équipe desservira annuellement 2 610 adultes en 1 ^{re} ligne et 1 305 auront accès en 2 ^e ligne.	X			1
SM14	La participation au réseau local intégré de services pour les adultes présentant des troubles mentaux et des besoins cliniques complexes sera maintenue afin d'améliorer l'accès et la continuité des services. Offert en continuité depuis janvier 2006.		X		1
SM15	Le plan d'effectifs médicaux du CSSS sera révisé en lien avec le DRMG afin d'assurer l'offre de service de six médecins omnipraticiens en 1 ^{re} ligne en santé mentale pour les enfants, les jeunes et les adultes ayant un trouble mental. Des ententes de liaison avec les cliniques médicales et les cliniques réseau seront établies. Le nouveau plan d'effectifs médicaux permettra aussi d'assurer l'offre de service de quatre ETP psychiatres afin que la fonction de répondant soit actualisée par le Département de psychiatrie de l'Hôpital Fleury. En pédopsychiatrie, l'offre de service de 1,1 ETP psychiatre sera assurée en collaboration avec l'hôpital désigné.	X			2
SM16	Afin d'améliorer les délais d'accès aux services de 2 ^e ligne, toutes les personnes recevant actuellement un traitement ambulatoire de 2 ^e ligne et pouvant être desservies en 1 ^{ère} ligne ambulatoire seront transférées progressivement d'ici avril 2007.	X			2
SM17	Les services de suivi intensif en milieu naturel verront leur nombre de places augmenter et leurs services s'intensifier afin de soutenir les personnes ayant des troubles mentaux graves et qui sont réfractaires aux approches traditionnelles ou qui sont en état de crise fréquent occasionnant un séjour à l'urgence ou à l'unité d'hospitalisation. Le nombre de places disponibles (113) sera atteint progressivement jusqu'en 2010 et les ratios se situeront entre 8 à 12 personnes par intervenant.	X			1
SM18	Les services de suivi dans la communauté d'intensité variable offerts par le CSSSAM-N et ceux offerts en organismes communautaires, verront leur nombre de places augmenter et leurs services s'intensifier afin de soutenir les personnes ayant des troubles mentaux graves. Le nombre de places disponibles (326) sera atteint progressivement jusqu'en 2010 et les ratios se situeront entre 12 à 25 personnes par intervenant.	X			2
SM19	L'hôpital de jour sera optimisé, d'ici avril 2007, pour qu'y soient inscrites prioritairement des personnes avec des problèmes de santé mentale graves en phase aiguë ou subaiguë mais ne présentant pas de dangerosité immédiate, afin d'éviter leur hospitalisation ou d'écourter leur séjour à l'unité de soins.	X			1
SM20	Les services de court séjour à l'urgence seront optimisés par une liaison 7 jours/7 d'ici le 31 mars 2007. Un retour d'information sera fait systématiquement au référent, à la famille ou à l'accompagnateur. La planification du congé, du transfert ou de l'admission à l'unité de soins sera faite en collaboration avec eux. Aucun séjour à l'urgence ne dépassera 48 heures.		X		1
SM21	L'équipe traitante à l'unité d'hospitalisation favorisera un rapprochement avec les familles et les proches et reconnaîtra leur rôle en tant que partenaires. Ils seront intégrés dans l'évaluation initiale et le plan d'intervention d'ici avril 2007.		X		1
SM22	À l'unité d'hospitalisation, une approche sera développée favorisant l'interdisciplinarité et la liaison avec les partenaires pouvant être mis à contribution lors de l'évaluation du profil de santé et de l'élaboration du plan d'intervention. Cette approche assurera les meilleures conditions de séjour et de traitement tout en développant des liens de collaboration lors de la planification du congé ou du transfert d'une personne hospitalisée, d'ici avril 2007.		X		2

No cible	Énoncé de la cible	Accessibilité	Continuité	Qualité	Priorité
SM23	Le nombre de lits sera haussé de 24 à 28 à l'unité d'hospitalisation de l'Hôpital Fleury d'ici décembre 2006, et une entente avec l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal ouvrira l'accès à 32,7 lits afin d'atteindre 60,7 lits d'hospitalisation au total pour assurer l'offre de service en santé mentale à l'ensemble de la population du territoire du CSSSAM-N. Les durées de séjour respecteront les attentes régionales.	X			2
SM24	Une gamme de services résidentiels sera progressivement développée jusqu'en 2010 pour permettre aux personnes de tous les groupes d'âge de la population ayant besoin de ce type de ressource, de continuer à habiter sur le territoire du CSSSAM-N en favorisant pour elles l'accès à une ressource se rapprochant le plus possible d'un milieu de vie naturel et autonome.	X			1
SM25	Le développement de services thérapeutiques alternatifs sera favorisé au sein d'organismes communautaires, d'ici 2010, afin d'aider les personnes présentant un trouble de santé mentale, notamment celles ayant un trouble grave d'ordre psychotique ou relationnel ainsi que celles présentant un trouble anxieux et/ou dépressif.	X			2
SM26	Le développement d'activités d'entraide entre pairs sera favorisé au sein des organismes communautaires, d'ici 2010, afin d'offrir des milieux d'ancrage accessibles le jour, le soir et les fins de semaine à des personnes qui présentent un risque de rupture sociale et des problématiques associées à un trouble de santé mentale.	X			2
SM27	Un lieu d'accueil « drop in » sera développé au sein d'un organisme communautaire d'ici 2010, pour accueillir les personnes ayant un trouble grave de santé mentale et qui ne désirent pas ou ne sont pas prêtes à s'engager dans un suivi structuré.	X			3
SM28	Le développement de services variés d'intégration sociale sera favorisé au sein des organismes communautaires, d'ici 2010, afin de desservir en nombre suffisant les personnes ayant un trouble grave de santé mentale en fonction de leurs besoins. On soutiendra prioritairement la mise en place des services et activités de développement des possibilités d'emploi, de maintien au travail ou aux études — incluant la collaboration avec les employeurs et les milieux d'enseignement — afin d'aider la personne à exercer une activité productive ou significative ou d'accompagner son développement.	X			2
SM29	Afin d'adapter l'offre de service en activités de loisirs et en activités culturelles actuellement disponibles à la population en général et afin de favoriser un meilleur accès et de meilleures chances d'intégration à ces activités aux personnes ayant un trouble de santé mentale, un groupe de travail sera initié par le CSSSAM-N dès avril 2007, réunissant des représentants d'organismes en santé mentale et les partenaires intersectoriels locaux.	X			3
SM30	Le guichet d'accès aux services de traitement de 1 ^{re} et de 2 ^e lignes destiné aux adultes s'ajoutera, d'ici décembre 2006, l'expertise nécessaire pour évaluer et traiter en 1 ^{re} ligne les personnes âgées ayant un trouble de santé mentale ou une maladie neuro-dégénérative pouvant être prises en charge à ce niveau et leur assurer l'accès à des services spécialisés lorsque nécessaire.	X			1
SM31	Une unité spécialisée en santé mentale de 20 places sera développée en centre d'hébergement « milieu de vie » d'ici 2010, afin d'assurer l'accès à des places en nombre suffisant et améliorer la qualité des soins en santé mentale aux personnes avec profil gériatrique. Ces places seront développées par le biais d'une entente de collaboration entre le Département de psychiatrie de l'Hôpital Fleury et le Centre d'hébergement de Louvain: — 10 places seront accessibles à des personnes vivant dans la communauté; — 10 places seront accessibles pour les personnes en attente d'hébergement ou occupant en longue durée des lits de courte durée.	X			1
SM32	Une offre de service en santé mentale pour les personnes avec un profil gériatrique sera développée dès septembre 2007 en collaboration avec les centres de jour du territoire.	X			2
SM33	En centre d'hébergement, une approche d'intervention adaptée aux personnes ayant des problèmes de comportement et de santé mentale sera favorisée dès décembre 2006 afin de diminuer l'utilisation de la médication et de la contention pour contrôler les comportements perturbateurs.			X	1
SM34	L'offre hiérarchisée de services — entre la 1 ^{re} , la 2 ^e et la 3 ^e lignes — sera révisée et adaptée selon la responsabilité populationnelle du CSSSAM-N et du RUIS de l'Université de Montréal en collaboration avec les partenaires concernés d'ici avril 2007, afin d'assurer l'accès et la continuité des services.		X		ND



S-04

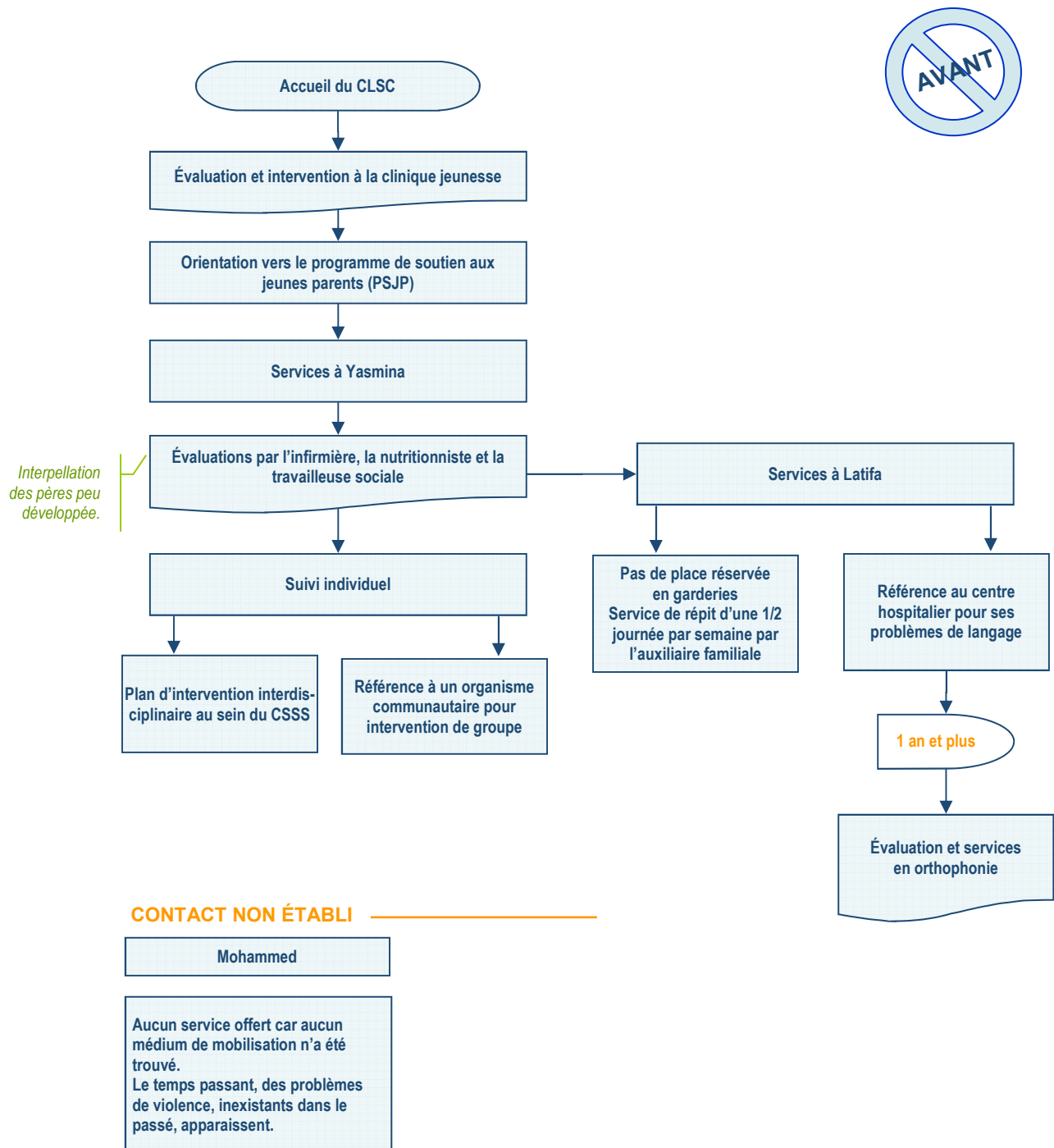
Section 04 :

Programme jeunes en difficulté

Octobre 2006

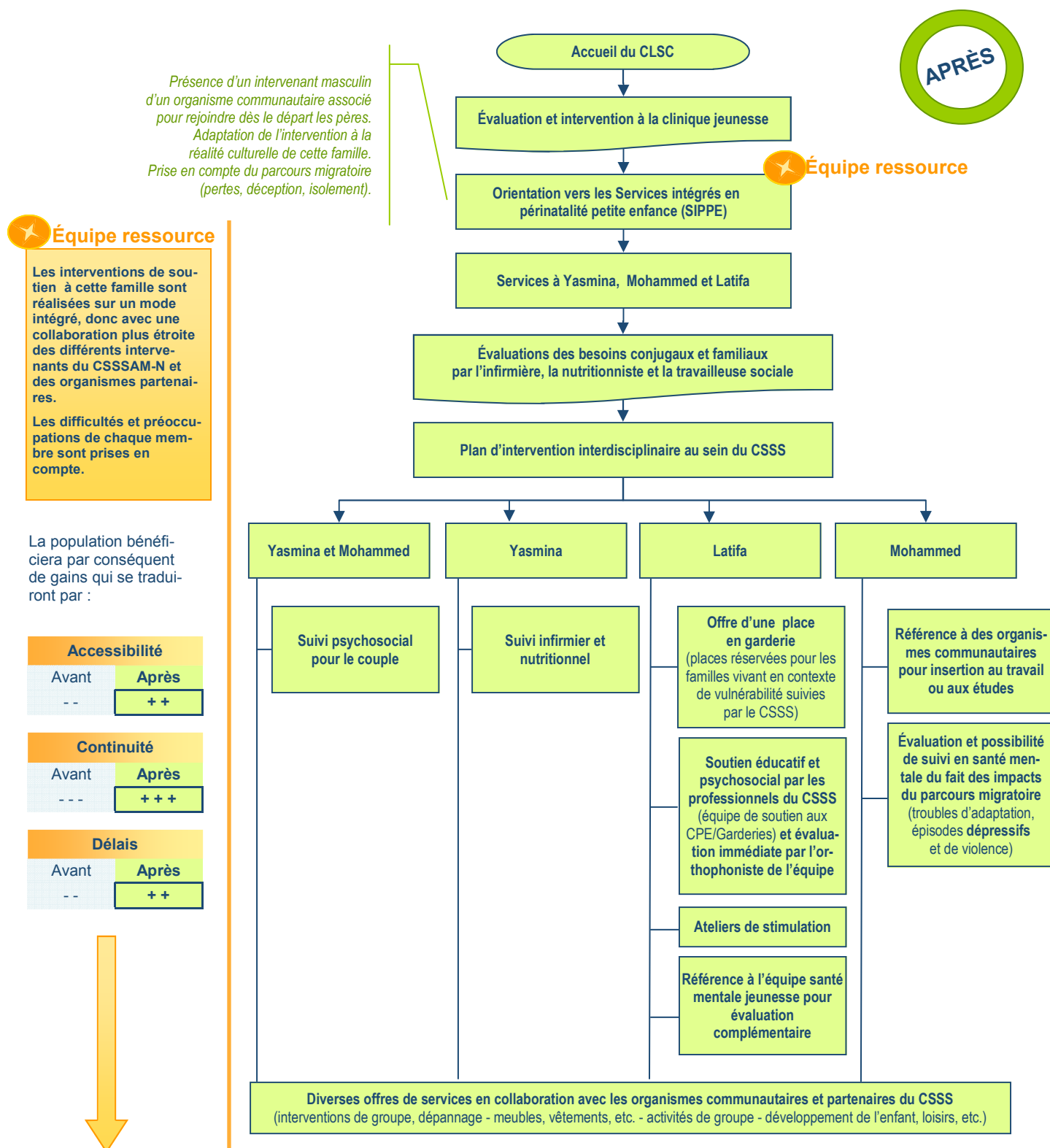
Yasmina, 19 ans, se présente à l'accueil du CLSC du CSSSAM-N. Elle est enceinte de son deuxième enfant. Elle vit au Québec depuis deux ans, habite un HLM et reçoit des prestations de l'aide sociale. Mohammed, son conjoint, était professeur en Algérie et n'a pu, jusqu'à présent, faire reconnaître ses diplômes. Il est actuellement sans emploi et, selon Yasmina, accepte mal le futur bébé. Yasmina voudrait que leur fille de trois ans, Latifa, fréquente une garderie car elle parle peu et est très timide. Yasmina se dit totalement épuisée et dépassée.

Diagramme de cheminement avant le projet clinique



Dans cette nouvelle approche, l'évaluation menée et les services offerts s'adressent d'emblée à tous les membres de la famille, contrairement au traitement morcelé et incomplet du schéma antérieur. Une réflexion a été menée afin de parvenir à une meilleure mobilisation des pères et des ententes conclues afin de réserver des places en garderies pour les familles en contexte de vulnérabilité. Enfin, afin de pouvoir répondre à l'ensemble des besoins de notre population, une jonction a été réalisée avec l'équipe santé mentale jeunesse.

Diagramme de cheminement après le déploiement du projet clinique



No cible	Énoncé de la cible	Accessibilité	Continuité	Qualité	Priorité
JD1	À partir de mai 2006, poursuivre le développement des connaissances des intervenants et l'adaptation des actions et des interventions aux diversités culturelles dans le cadre du programme des Services intégrés en périnatalité et petite enfance (3 volets du SIPPE et le programme OLO), afin de mieux répondre aux besoins des familles vivant en contexte de vulnérabilité.			X	1
JD2	À partir de mai 2006, les pratiques seront adaptées afin de rejoindre davantage les pères dans les volets « Accompagnement des familles », « Création d'environnement favorable » et « Soutien aux CPE / garderies ». Une démarche d'harmonisation de nos activités auprès des pères sera entreprise dès l'automne 2006, avec la collaboration des autres programmes du CSSSAM-N, afin de donner davantage de place aux pères.	X			1
JD3	L'équipe de soutien aux CPE/garderies sera complétée par l'embauche d'une orthophoniste et d'une psychoéducatrice dès l'automne 2006, pour le CLSC de Montréal-Nord.	X			1
JD4	D'ici avril 2007, la durée et l'intensité des services offerts aux parents dans le cadre du programme SIPPE seront adaptées et variées selon les besoins des personnes et des modalités de suivi de ces interventions seront développées par le CSSSAM-N en collaboration avec nos partenaires.		X		2
JD5	D'ici avril 2007, explorer la possibilité de compléter l'offre de service en matière de stimulation précoce pour les enfants non rejoints actuellement.	X			2
JD6	Une plus grande accessibilité aux services, une meilleure continuité des interventions et une meilleure coordination des activités auprès des familles vivant en contexte de vulnérabilité et ayant des enfants entre 0 et 5 ans seront assurées, dès l'automne 2006, par la mise en place d'un comité de suivi des plans d'action du volet « Création d'environnement favorable » dans chacun des territoires d'Ahuntsic et de Montréal-Nord.		X		1
JD7	D'ici avril 2007, les signatures des protocoles d'entente entre les CLSC et les milieux de garde seront complétées et les Centres jeunesse de Montréal et Batshaw seront intégrés dans la démarche.		X		2
JD8	D'ici avril 2007, nous aurons mis en place des comités de suivi des protocoles d'entente de collaboration entre les CLSC (Ahuntsic et Montréal-Nord) et les milieux de garde, afin d'assurer une bonne gestion des places réservées, le développement de PSI et la coordination des activités de promotion, de prévention et de réadaptation.		X		2
JD9	Durant l'année 2006 – 2007, en collaboration avec les partenaires concernés, explorer la possibilité de développer un programme intersectoriel en matière de négligence.	X			3
JD10	Dès mai 2006, les travaux pour l'élaboration d'un cadre de référence sur l'intervention de crise et le suivi intensif dans le milieu pour les jeunes et les familles vivant de grandes difficultés seront amorcés.	X			1
JD11	Dès septembre 2006, l'équipe d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu sera consolidée pour le territoire du CLSC de Montréal-Nord.	X			1
JD12	D'ici avril 2007, faire l'analyse des activités de groupe existantes auprès des parents d'enfants de 6 à 17 ans en collaboration avec nos partenaires, et explorer la possibilité d'en mettre en place au CSSSAM-N.	X			3
JD13	D'ici avril 2009, le suivi des ententes de complémentarité entre les deux CLSC et les milieux scolaires (CSDM, CSEM, CSPJ) sera assuré afin de permettre une plus grande concertation de nos activités de promotion, de prévention et de réadaptation.		X		3
JD14	Progressivement, les équipes d'intervenants psychosociaux en milieu scolaire des territoires d'Ahuntsic et de Montréal-Nord seront consolidées afin de pouvoir rencontrer les objectifs prévus dans le cadre de l'approche « Écoles et milieux en santé » et afin de pouvoir répondre aux exigences de l'Entente de complémentarité avec le milieu scolaire.	X			2
JD15	Dans le cadre de la hiérarchisation des services auprès des familles et des jeunes en difficulté, l'offre de service des Centres jeunesse de Montréal et Batshaw et des CLSC sera révisée en lien avec nos missions respectives (services de réadaptation, services d'intervention intensive, ateliers de stimulation précoce, suivi des placements, etc.). D'ici avril 2007, des comités de suivi du guide de collaboration CLSC – Centres jeunesse seront mis en place.		X		2

No cible	Énoncé de la cible	Accessibilité	Continuité	Qualité	Priorité
JD16	Dès le dépôt du cadre de référence par l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, des collaborations seront développées avec des organismes communautaires dans le cadre de la supervision des droits d'accès.	X			3
JD17	Dès l'automne 2006, afin d'assurer une continuité et une complémentarité des interventions, des mécanismes de collaboration simples et efficaces seront mis en place pour les jeunes et leur famille qui ont besoin de services dans plus d'un programme du CSSSAM-N.		X		1
JD18	Des PII seront développés systématiquement afin de coordonner les actions des différents programmes auprès des mêmes familles et/ou des mêmes jeunes.			X	2
JD19	D'ici avril 2008, en collaboration avec des partenaires locaux, nous explorerons les différentes actions possibles pour contrer la violence.	X			3
JD20	Des collaborations avec les services généraux seront développées afin d'assurer l'accès à des services médicaux pour les jeunes en difficulté.	X			2
JD21	D'ici avril 2007, des moyens seront développés pour accroître l'accès à des ressources de répit et des suppléments alimentaires pour les familles vivant en contexte de grande vulnérabilité.	X			2
JD22	D'ici avril 2008, des ententes de complémentarité seront développées avec nos partenaires afin d'accroître l'accès à différentes ressources de soutien pour les familles vivant en contexte de grande vulnérabilité (accès au logement, activités de loisirs gratuites, etc.).	X			3
JD23	Une mise à jour des outils standardisés sera effectuée durant les deux prochaines années et une harmonisation de ces outils sera entreprise entre les deux CLSC, en lien avec les différents programmes de recherche (PSJP, AIDES, etc.).			X	3
JD24	D'ici avril 2007, une analyse des listes d'attente sera faite afin de respecter le délai de 4 semaines entre la demande de service et le début de l'intervention.	X			2



S-05

Section 05 :

Programme dépendances

Octobre 2006

Daniel, un jeune de 19 ans, résidant à Montréal-Nord, est un utilisateur de drogues injectables. Il revend également de la cocaïne dans le parc Saint-Laurent. Il est connu de l'organisme communautaire le Centre des jeunes L'Escale qu'il a fréquenté quelques années auparavant. Daniel se présente à la réception du CLSC du CSSSAM-N pour obtenir 20 seringues.

Diagramme de cheminement avant le projet clinique



La commis présente à la réception ignore qu'il est possible de lui remettre effectivement des seringues et le dirige vers les pharmacies du quartier.

Se présente à la réception du CLSC et demande des seringues

PERTE DE CONTACT

Daniel se fait arrêter alors qu'il revendait de la drogue

Délit de revente de stupéfiants / Service de police de la Ville de Montréal.

Transfert à l'établissement de détention de Montréal (Bordeaux)

Sensibilisé par l'équipe de santé de l'établissement (rattachée au CSSSAM-N), il demande un dépistage VHC.

3 mois

Équipe Services intégrés de dépistage et de prévention (SIDEP) des ITSS

Alors qu'il est remis en liberté, les résultats n'étaient pas disponibles.

PERTE DE CONTACT

Libéré, Daniel fait un excès de consommation

Est admis à l'urgence de l'Hôpital Fleury

Quitte l'hôpital après 24 heures suite à un refus de traitement

PERTE DE CONTACT

L'équipe santé mentale le réfère au Centre Dollard-Cormier pour un processus de désintoxication et suivi.

Daniel se présente de lui-même à l'accueil psychosocial du CLSC de Montréal-Nord

3 mois

Prise en charge en santé mentale CLSC de Montréal-Nord

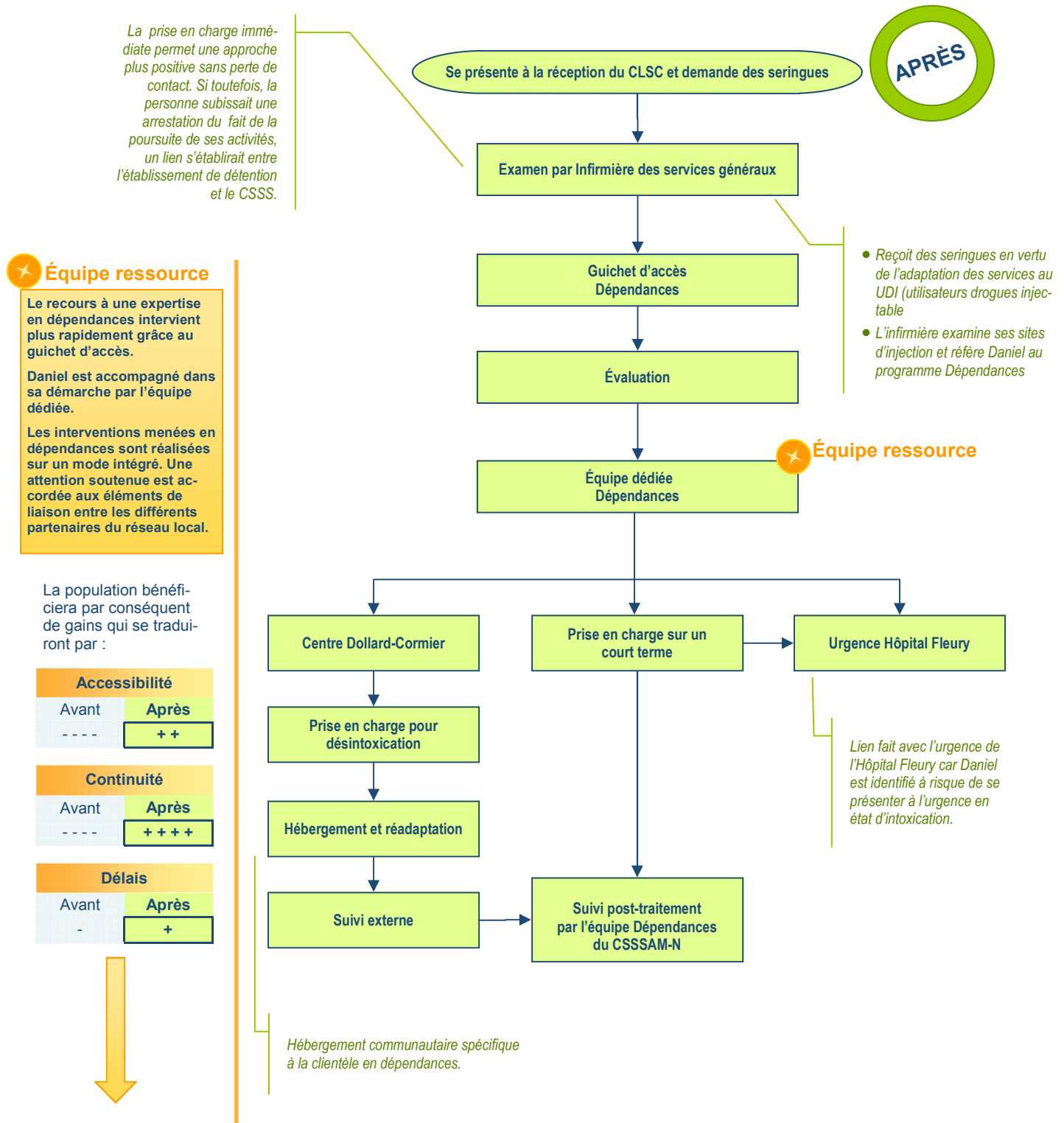
Centre Dollard-Cormier

Délai inconnu

Traitement

Dans cette nouvelle approche, Daniel bénéficiera d'emblée d'une évaluation par des intervenants détenant une expertise en dépendances, plutôt que d'une évaluation générale comme précédemment. Une équipe ressource le guidera à travers l'ensemble du réseau local. Cet accompagnement comporte un fort potentiel d'influence sur les décrochages. Une attention toute particulière est également accordée à la transmission des informations entre le CLSC et l'urgence de l'Hôpital Fleury par exemple, à des fins préventives.

Diagramme de cheminement après le déploiement du projet clinique



No cible	Énoncé de la cible	Accessibilité	Continuité	Qualité	Priorité
D1	Tous les intervenants le requérant, principalement des services généraux, recevront la formation sur le dépistage de la dépendance, en partenariat avec le Centre Dollard-Cormier d'ici avril 2007.			X	1
D2	Le dépistage en milieu scolaire sera appuyé et développé, en partenariat avec les commissions scolaires correspondantes, selon les modalités proposées par le plan d'action Écoles et milieux en santé (ÉEMS) et en arrimage avec les programmes pour les clientèles vulnérables de notre réseau, notamment jeunes en difficulté et ce, dès le dépôt du plan d'action ÉEMS.			X	2
D3	Dès septembre 2006, une concertation sur les activités de dépistage, de prévention et d'intervention sera assurée avec les partenaires du milieu communautaire afin de partager et reconnaître les pratiques et les spécificités de chacun.		X		2
D4	Les représentations nécessaires seront effectuées auprès des organismes concernés afin d'obtenir un mandat régional pour répondre aux besoins populationnels du milieu carcéral dès septembre 2006.		X		1
D5	Un mécanisme de liaison sera développé afin d'assurer la continuité des services dans la communauté, pour la clientèle carcérale à sa sortie, d'ici avril 2008.		X		2
D6	L'organisation des services de santé de l'établissement Tanguay sera révisée, en collaboration avec le ministère de la Sécurité Publique.			X	2
D7	D'ici avril 2008, une équipe dédiée de première ligne en dépendances sera mise en place et des mécanismes de liaison et d'arrimage avec les programmes pour les clientèles vulnérables de notre réseau, notamment la santé mentale, seront développés.		X		1
D8	Un guichet d'accès unique pour la clientèle en dépendances sera développé en collaboration avec les services généraux d'ici avril 2008.	X			1
D9	Une équipe spécialisée pour les traitements internes en milieu hospitalier et ambulatoire sera développée d'ici avril 2010.	X			2
D10	Dès juin 2006, l'adaptation des services offerts aux utilisateurs de drogues injectables à tout le CSSSAM-N sera poursuivie.			X	1
D11	La possibilité de développer des ressources d'hébergement pour la clientèle ayant des besoins spécifiques sera explorée en partenariat avec les organismes communautaires et institutionnels d'ici avril 2010.	X			3
D12	Un cadre de référence pour la problématique de dépendances liée aux jeux de hasard et d'argent sera élaboré d'ici avril 2009.			X	3



S-06

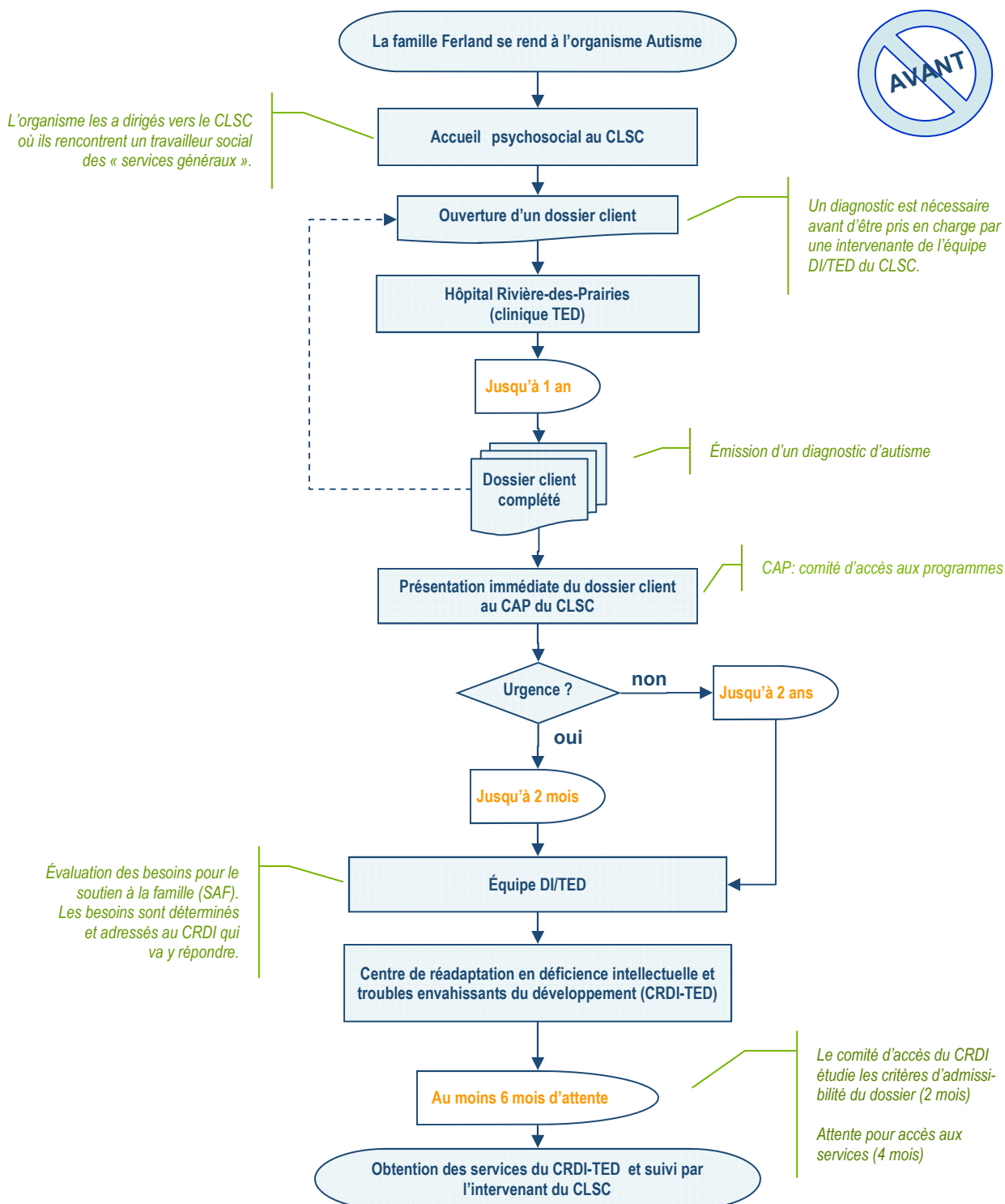
Section 06 :

Déficiência intellectuelle et troubles envahissants du développement

Octobre 2006

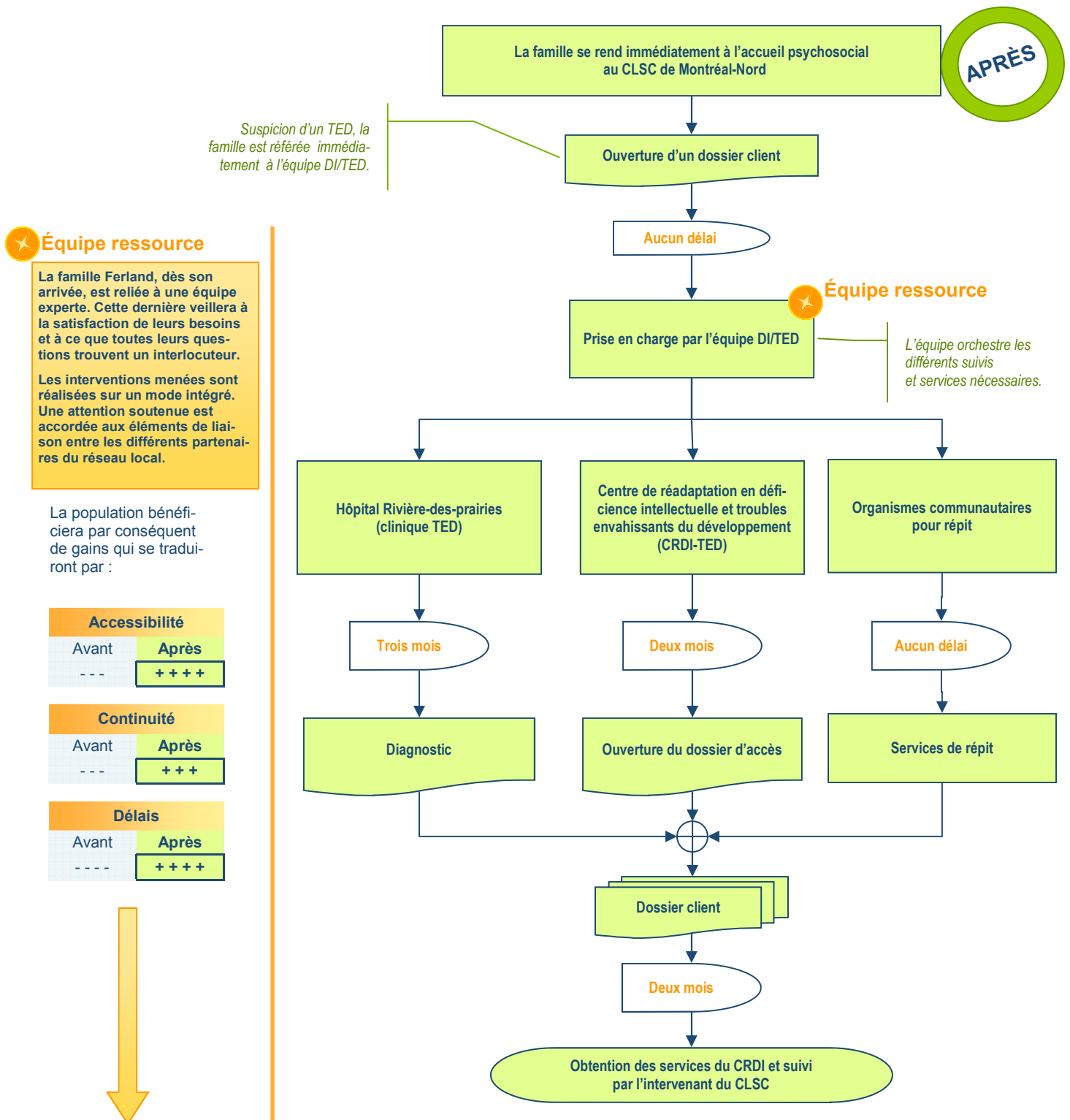
La famille Ferland réside à Montréal-Nord. Elle a un garçon de 4 ans, Martin, qui fréquente un CPE. L'éducatrice fait remarquer aux parents que Martin s'isole beaucoup, communique très peu pour son âge, semble fasciné par certaines textures et réagit anormalement à certains sons. Désespérés, les parents font quelques recherches sur Internet et découvrent que leur fils a des traits autistes. Ils choisissent d'interpeller un organisme communautaire pour obtenir des informations.

Diagramme de cheminement avant le projet clinique



Dans cette nouvelle approche, non seulement les délais d'obtention des services sont énormément réduits, mais de plus, la famille Ferland bénéficie d'un soutien continu par une équipe spécialisée. L'arrimage et les liaisons entre les différents partenaires du réseau local ont été améliorés et des ententes conclues. Par conséquent, les actions se mettent en place en parallèle plutôt qu'en séquence successive.

Diagramme de cheminement après le déploiement du projet clinique



No cible	Énoncé de la cible	Accessibilité	Continuité	Qualité	Priorité
DI1	Des activités structurées de dépistage, de prévention et de sensibilisation pour la clientèle DI/TED seront mises en place en partenariat avec différents organismes d'ici avril 2007.			X	2
DI2	L'accès aux services de 1 ^{re} ligne sera assuré, pour la clientèle DI/TED et sa famille, selon les besoins ciblés, notamment en harmonisant les services dispensés dans les deux CLSC pour diminuer le délai d'attente pour la prise en charge de 50 % d'ici juin 2007.	X			1
DI3	L'ensemble des personnes présentant une DI/TED de notre territoire aura accès à des services de médecin traitant ou spécialiste (de santé physique et/ou de santé mentale), dans la communauté et à proximité d'ici 2008, en collaboration avec les services généraux.	X			1
DI4	L'évaluation diagnostique pour la clientèle DI/TED adulte ne fréquentant pas le milieu scolaire sera assurée par le CSSSAM-N en partenariat avec les hôpitaux concernés.	X			2
DI5	Des mécanismes seront mis en place, en partenariat avec le CRDI et les hôpitaux désignés, pour faciliter l'accès aux services 2 ^e et 3 ^e lignes afin de diminuer les délais d'attente d'ici janvier 2007.	X			1
DI6	En regard de l'entente de complémentarité MES-MEQ et en lien avec le plan d'action Écoles et milieux en santé, une concertation des partenaires sera développée afin d'offrir aux enfants DI/TED et à leur famille, l'ensemble des services nécessaires au développement du potentiel de la clientèle DI/TED, d'ici avril 2007.		X		2
DI7	Différentes avenues seront explorées afin que soient développées des alternatives aux services de garde en milieu scolaire pour la clientèle DI/TED d'ici avril 2008.			X	3
DI8	Des services professionnels de type ergothérapie, physiothérapie, nutritionniste, orthophonie et psychologue seront rehaussés et disponibles dans la communauté et à proximité, pour la clientèle DI/TED, d'ici avril 2008.	X			1
DI9	Les services de répit accessibles pour la clientèle DI/TED seront diversifiés et le nombre de places disponibles sera rehaussé, en collaboration avec des partenaires de la communauté, d'ici avril 2007.	X			1
DI10	Des stratégies de gestion des situations de crise seront élaborées en partenariat avec le CRDI et les autres organismes dès juin 2006.		X		2
DI11	Une réflexion concertée sera amorcée en septembre 2006 avec les partenaires concernés sur l'orientation à donner à la clientèle ayant un profil de lenteur intellectuelle afin de déposer des recommandations d'ici 2008.			X	3
DI12	Des stratégies en partenariat avec différents organismes prendront forme pour améliorer des mécanismes d'accès à l'utilisation aux services de transport au réseau régulier pour la clientèle DI/TED d'ici avril 2008.		X		2
DI13	Dans le cadre de la hiérarchisation des services auprès de la clientèle DI/TED et de leurs familles, l'offre de service du CRDI et des CLSC sera révisée en lien avec nos missions respectives par la mise en place de comités de suivi du guide de collaboration CRDI – CLSC.			X	1



S-07

Section 07 :

Programme déficience physique

Octobre 2006

À VENIR

Centre de santé et de services sociaux
d'Achamps et Montréal-Nord



S-08

Section 08 :

Programme santé physique Maladies chroniques

Octobre 2006

Monsieur Jasmin, 60 ans, diagnostiqué insuffisant cardiaque depuis 10 mois, se présente pour la deuxième fois à l'urgence pour un essoufflement et une détérioration de son état général. Hospitalisé quelques jours, on lui confirme qu'il n'est pas candidat à la chirurgie. Son état stabilisé, il obtient son congé et quitte l'hôpital avec sa fille. Cette dernière est très préoccupée par la situation, son père n'ayant pas de médecin de famille.

Diagramme de cheminement avant le projet clinique

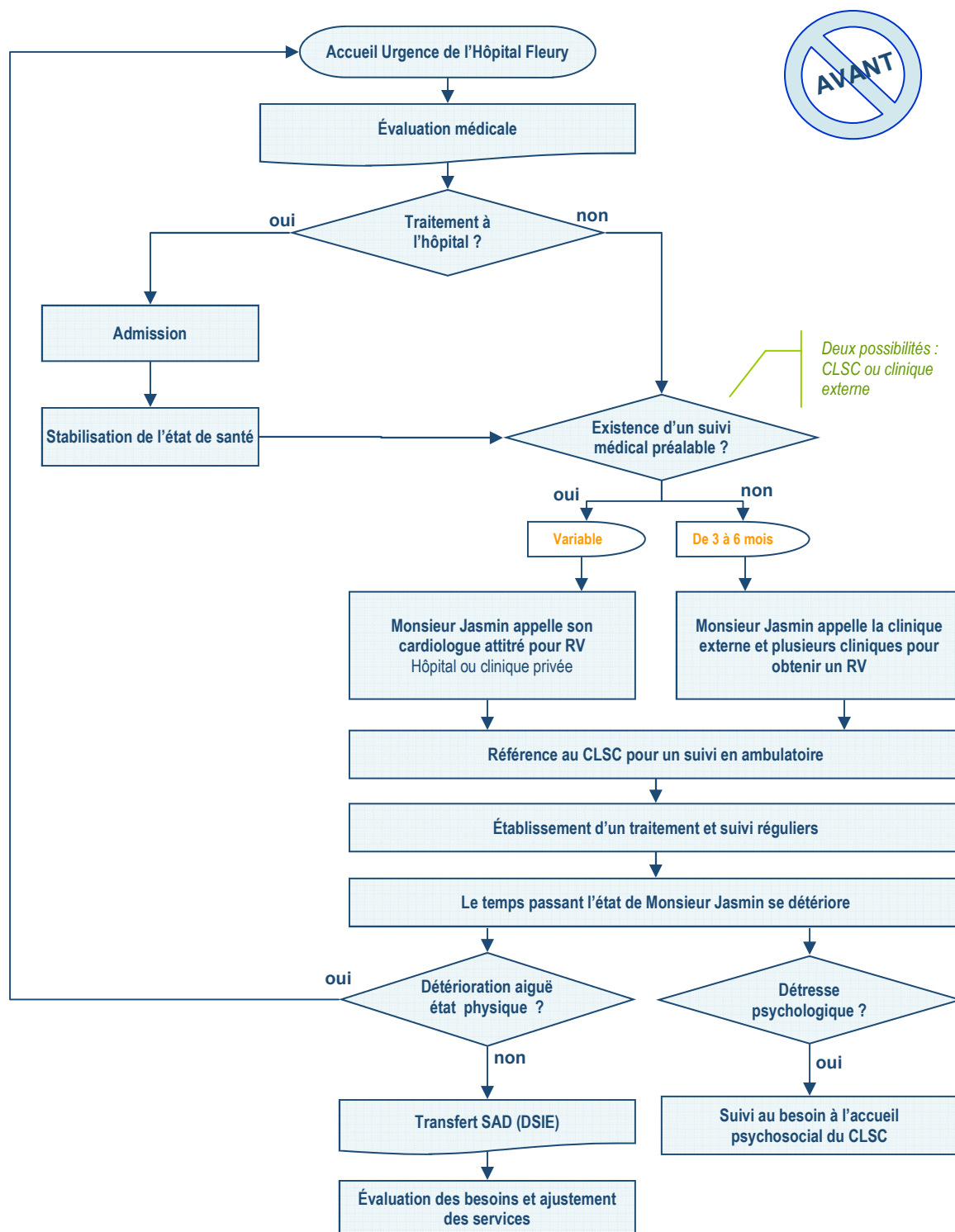


Diagramme de cheminement après le projet clinique



No cible	Énoncé de la cible	Accessibilité	Continuité	Qualité	Priorité
SP1	D'ici avril 2008, les continuum cliniques seront développés pour l'ensemble des personnes atteintes de maladies chroniques et ce, de façon à promouvoir l'engagement de la personne et de ses proches dans la gestion de sa maladie et optimiser l'atteinte de résultats (diminuer la durée de l'hospitalisation et maintenir une condition de santé stable à domicile).	X			1
SP2	Le continuum clinique pour la clientèle atteinte de MPOC sera consolidé d'ici décembre 2007 afin d'en maximiser l'accès à toutes les personnes diagnostiquées et à favoriser un suivi optimal entre les CLSC, l'Hôpital Fleury et les partenaires.		X		1
SP3	D'ici juin 2008, les personnes atteintes de maladies chroniques seront soutenues par des équipes de soins multidisciplinaires auxquelles se grefferont certains professionnels spécifiques. Des alliances seront déployées avec d'autres centres hospitaliers environnants s'il y a lieu (corridors de services) et des ententes de complémentarité seront effectuées afin d'assurer les services professionnels requis et la coordination de ces derniers.	X			1
SP4	D'ici décembre 2007, les personnes atteintes de maladies chroniques et leurs proches auront accès à différentes stratégies favorisant une plus grande autonomie dans l'autogestion de leur maladie.	X			2
SP5	D'ici avril 2008, les programmes d'enseignement ainsi que les outils et la documentation cliniques destinés à l'ensemble des personnes atteintes de maladies chroniques seront uniformisés selon les normes et les recommandations en vigueur afin d'assurer une cohérence et une harmonisation des pratiques.			X	1
SP6	Un soutien continu dans la façon de vivre la chronicité sera offert aux personnes et à leur famille en assurant l'implication des partenaires (cliniques réseau, cliniques privées et organismes communautaires, etc.) dans la gamme de services et ce, d'ici avril 2008.		X		2
SP7	Afin d'améliorer le suivi des personnes aux prises avec une maladie chronique spécifique et optimiser la communication et la collaboration interdisciplinaire, un système d'information clinique (plan d'intervention ou dossier unique) commun à tous les intervenants de l'équipe de soins sera développé d'ici juin 2008.		X		2
SP8	D'ici décembre 2007, les personnes vivant une maladie chronique et leur famille seront accompagnées par une infirmière pivot en chronicité. Cette dernière sera la personne ressource pour l'ensemble du continuum et son rôle s'exercera dans l'ensemble du CSSS.		X		1
SP9	D'ici décembre 2007, les personnes souffrant de maladies chroniques qui présentent une détérioration de leur condition de santé ou des complications auront accès au plateau technique et aux soins dans un délai maximal de 24 heures.	X			1
SP10	D'ici juin 2008, les personnes atteintes de maladies chroniques et présentant des conditions de comorbidité auront accès dans un délai maximal d'un mois à un soutien nutritionnel, de façon individuelle ou en groupe, afin de répondre à leurs priorités.	X			3
SP11	Afin d'initier précocement des traitements et permettre l'ajustement de la médication de façon à prévenir et à traiter rapidement les exacerbations, des algorithmes de décision professionnelle et des ordonnances collectives seront créés d'ici mai 2007.			X	1
SP12	D'ici juin 2007, l'ensemble des personnes souffrant de maladies chroniques et de cancer étant en fin de vie ainsi que leurs proches seront accompagnés par une équipe de soins palliatifs mobilisée dans l'ensemble du CSSS. Une trajectoire des services vers l'équipe de soins palliatifs sera déterminée.			X	2
SP13	L'ensemble des personnes aux prises avec une maladie chronique aura accès à des services de 2 ^e et de 3 ^e lignes (programmes interdisciplinaires intégrés, groupes de soutien de réadaptation...) de réadaptation/réhabilitation afin de prévenir la perte d'autonomie secondaire à la chronicité et ce, d'ici juin 2009.	X			2

Centre de santé et de services sociaux
d'Achunhic et Montréal-Nord



S-08

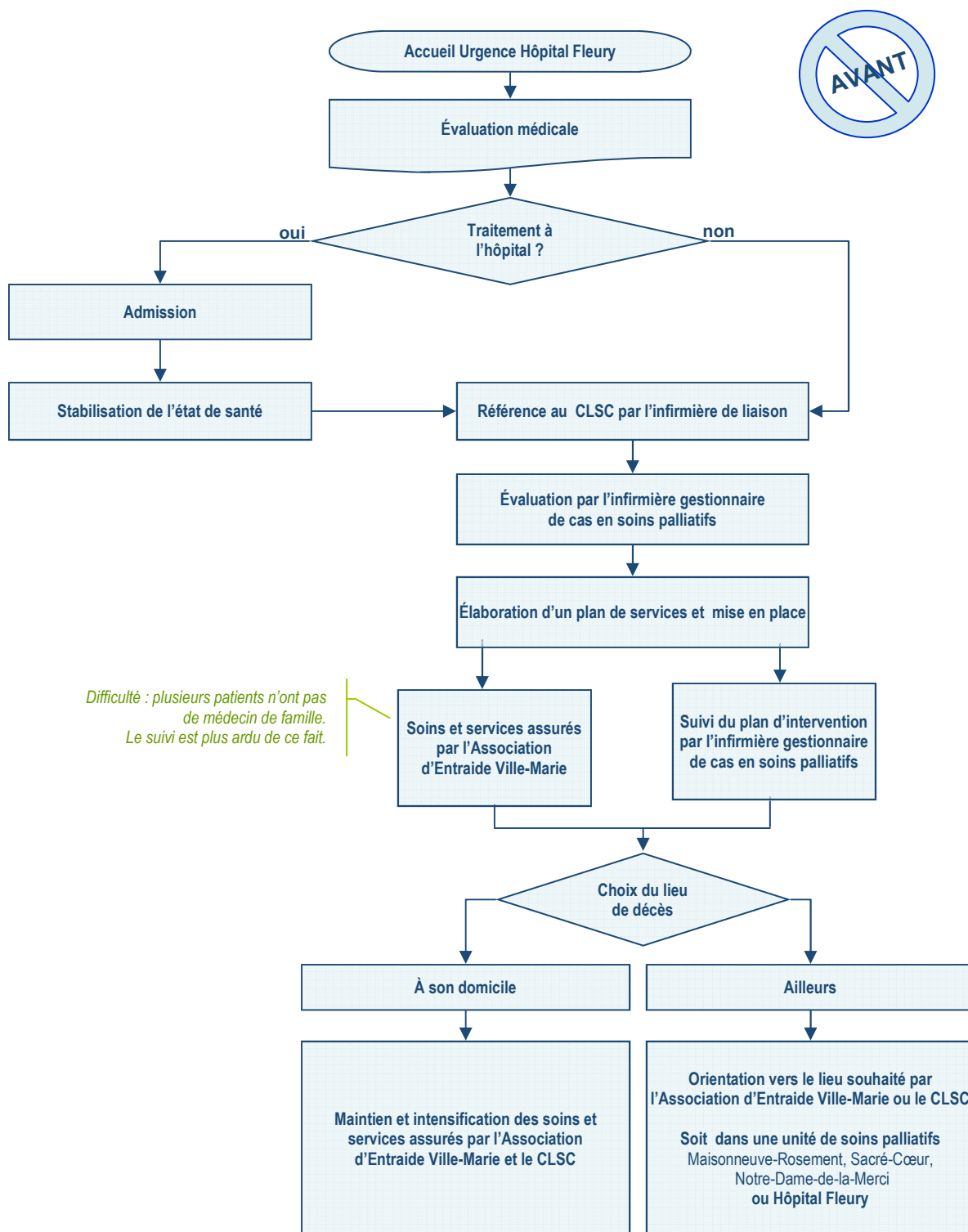
Section 08 :

Programme santé physique Oncologie

Octobre 2006

Madame Laverdure, 49 ans, est atteinte d'un cancer du côlon. Elle était suivie par un oncologue de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal où elle a reçu plusieurs traitements de chimiothérapie. Il y a deux semaines, l'oncologue lui a annoncé qu'il n'y avait plus de traitement curatif possible et que la maladie progressait. Madame Laverdure est retournée chez elle, sans médecin traitant. Elle se présente à l'Hôpital Fleury pour nausées et vomissements. Après évaluation, le médecin de l'urgence la retourne chez elle.

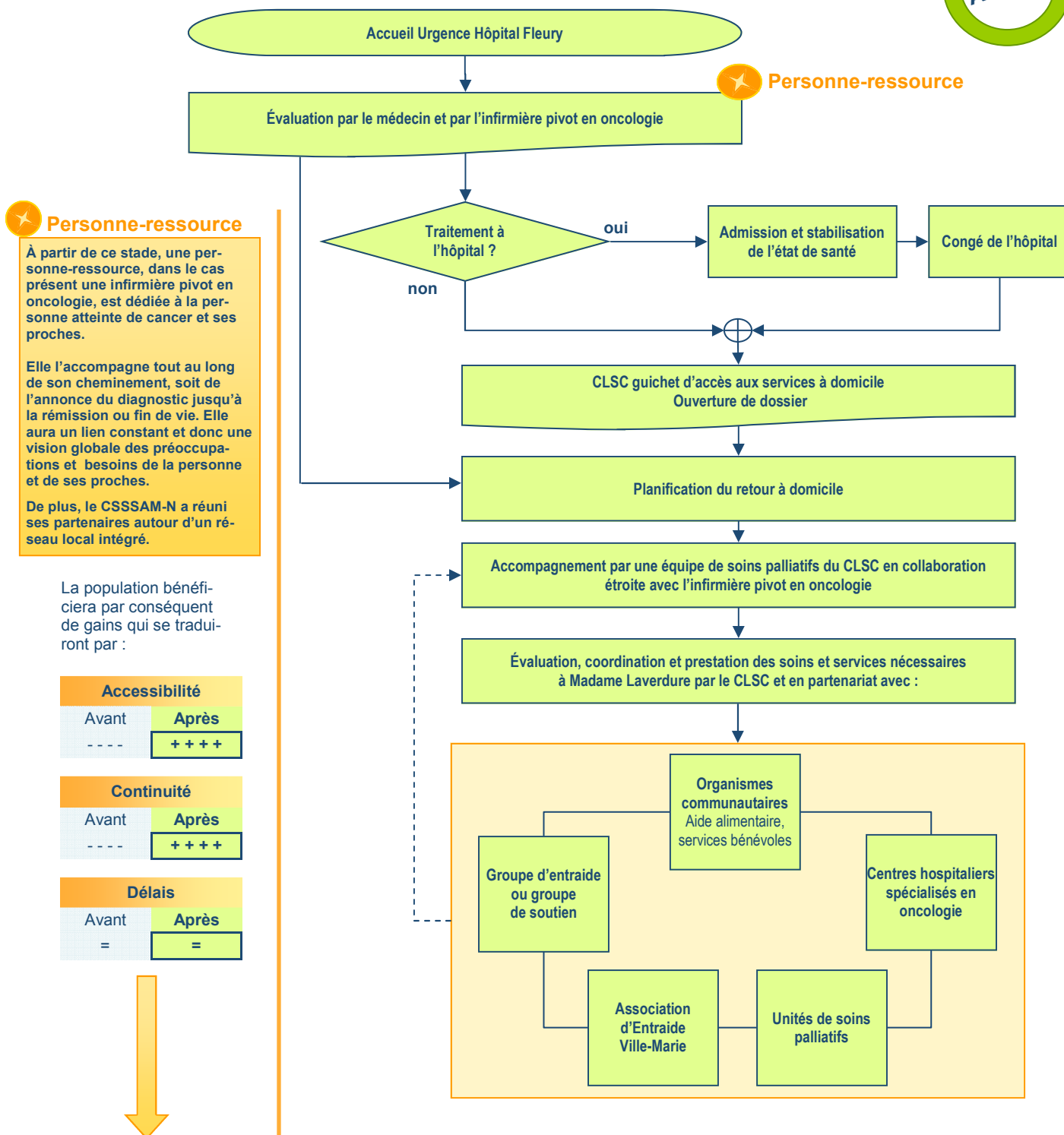
Diagramme de cheminement avant le projet clinique



Dans cette nouvelle approche, Madame Laverdure et ses proches bénéficieront de l'accompagnement constant de l'infirmière pivot en oncologie. En tenant compte de leurs préoccupations, cette personne-ressource veillera à la coordination des différents services dont ils ont besoin. Les services seront assurés par les intervenants disposant de la meilleure expertise dans l'ensemble du CSSSAM-N et en collaboration avec ses partenaires.

Diagramme de cheminement après le projet clinique

APRÈS



No cible	Énoncé de la cible	Accessibilité	Continuité	Qualité	Priorité
SPO1	D'ici mars 2007, toute personne en suspicion d'un cancer ou qui vient d'apprendre qu'elle est atteinte d'un cancer sera référée systématiquement à une infirmière pivot en oncologie. Cette dernière deviendra la personne ressource pour l'ensemble du continuum et son rôle s'exercera dans l'ensemble du CSSS.		X		1
SPO2	D'ici mars 2007, les personnes atteintes de cancer seront soutenues par une équipe interdisciplinaire locale à laquelle se grefferont certains professionnels spécifiques. Des alliances seront déployées avec d'autres CH s'il y a lieu (corridors de services) et des ententes de complémentarité seront effectuées afin d'assurer les services professionnels requis ainsi que la coordination de ces derniers.	X			1
SPO3	D'ici mars 2007, des outils cliniques permettant d'évaluer la situation et d'intervenir auprès de la clientèle seront créés, diffusés et partagés dans l'ensemble du CSSS afin d'assurer une continuité des soins.		X		1
SPO4	D'ici mars 2007, les outils et la documentation clinique destinés à l'ensemble de la clientèle atteinte de cancer seront accessibles et disponibles dans chacune des installations du CSSS. Ils seront uniformisés selon les normes et recommandations en vigueur afin d'assurer une cohérence et une harmonisation des pratiques.			X	1
SPO5	D'ici mars 2007, l'ensemble des personnes atteintes de cancer dans une phase palliative de fin de vie, ainsi que leurs proches, seront accompagnés par une équipe de soins palliatifs mobilisée dans l'ensemble du territoire du CSSS. Une trajectoire de services sera déterminée.			X	1
SPO6	D'ici mars 2007, des ententes permettant un accès rapide aux services d'un centre hospitalier partenaire pour les investigations complexes, le diagnostic et les traitements seront établies.	X			1
SPO7	D'ici mars 2007, un soutien continu dans la façon de vivre avec le cancer sera offert aux personnes atteintes et leurs proches en assurant l'implication des cliniques réseau, des cliniques privées et de tout autre organisme communautaire dans la gamme de services.		X		1
SPO8	Afin de suivre une clientèle atteinte de cancer et d'optimiser la communication et la collaboration interdisciplinaire, un système d'information clinique (plan d'intervention ou dossier unique) commun à tous les intervenants de l'équipe de soins sera développé d'ici juin 2008.		X		2
SP 09	D'ici décembre 2007, pour éviter l'hospitalisation et faciliter l'accès aux services, une unité de médecine de jour sera créée afin que les personnes atteintes de cancer puissent bénéficier de traitements pour soulager les symptômes de la maladie et ce, le plus près possible de leur lieu de résidence.	X			2
SPO10	D'ici mars 2007, des moyens seront mis en place pour assurer à la clientèle des soins de qualité optimale : formation de base et continue, participation à des colloques, participation à des comités de thérapies du cancer.			X	1

Centre de santé et de services sociaux
d'Ahuntsic et Montréal-Nord



S-09

Section 09 :
Santé publique

Octobre 2006

La Direction de santé publique de Montréal, en collaboration avec les douze CSSS montréalais, a travaillé à l'élaboration d'un tronc commun en matière de santé publique.

À partir de cette ligne générale, le CSSSAM-N a élaboré son Plan d'action local de santé publique, un plan qui prend en considération les réalités populationnelles et organisationnelles de son territoire.

Vous pouvez vous procurer ce document en contactant la Direction des communications du CSSSAM-N.

Centre de santé et de services sociaux
d'Ahuntsic et Montréal-Nord



S-10

Section 10 :

Programmation clinique

Octobre 2006

Vous trouverez dans cette section une synthèse de la programmation clinique planifiée par le CSSSAM-N. L'ampleur des travaux ne permet pas une présentation exhaustive dans le présent document. Toutefois, il suffira à toute personne qui souhaite plus d'informations de contacter la Direction des communications du CSSSAM-N.

PROGRAMMATION CLINIQUE - SERVICES GÉNÉRAUX

Description du programme

- Objectifs du programme
- Clientèle visée

Accueil de la clientèle et réception des références

- Modalités d'accueil de la clientèle
- Modalités d'accueil téléphonique
- Modalités de réception des références
- Principe d'accompagnement de la clientèle

Accueil professionnel

- Santé physique
- Psychosocial
- Info-Santé et Info-Social

Équipe multidisciplinaire de services de courte durée

- Soins infirmiers
- Infirmières cliniciennes
- Suivi clientèle
- Coordination et liaison CSSS-omnipraticien
- Cliniques avec et sans rendez-vous
- Infirmières
- Infirmières auxiliaires
- Consultations psychosociales
- Consultations psychologiques
- Physiothérapie
- Ergothérapie
- Nutrition
- Auxiliaires familiales et sociales

Services médicaux de première ligne

- Cliniques médicales réseau
- Omnipraticiens du CSSS
- Liaisons avec les omnipraticiens de pratique privée
- Soutien diagnostique
- Modalités de référence en spécialités médicales

Services de périnatalité et de petite enfance

- Contact et suivi suite à l'avis de grossesse, rencontres prénatales
- Services post-accouchement et post-adoption
- Visites systématiques des nouveaux-nés et de leur mère
- Visites et conseils post-adoption
- Soutien à l'allaitement maternel
- Aide à domicile
- Vaccination
- Activités de dépistage des clientèles vulnérables
- Services auprès des parents du nourrisson et du jeune enfant
- Services en milieu de garde
- Suivi complet de maternité par une sage-femme

Services en milieu scolaire

- Soins infirmiers
- Vaccination
- Éducation
- Consultations
- Hygiène dentaire
- Approche Écoles et milieux en santé

PROGRAMMATION CLINIQUE - SERVICES GÉNÉRAUX (SUITE)

Interventions en matière de sexualité, planification des naissances et suivi pré et post-IVG

Services de santé publique – prévention – promotion

- Pratiques cliniques préventives
- Campagnes de communication - sensibilisation – éducation
- Centre d'éducation pour la santé
- Centre d'abandon tabagique
- Enseignement de base pour les maladies chroniques
- Prévention des problèmes psychosociaux
- Approche de proximité

Interventions communautaires

Prévention et promotion en milieu de travail

- Programmes spécifiques aux milieux de travail
- Programme « Pour une maternité sans danger »
- Études d'hygiène industrielle pour les demandes d'indemnisation pour maladies professionnelles
- Programmes provinciaux d'intervention en milieu de travail
- Interventions de promotion et de prévention en matière de problèmes psychosociaux et de maladies chroniques en milieu de travail

PROGRAMMATION CLINIQUE - PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT

Introduction

Les activités de dépistage et de prévention

- Le dépistage de la perte d'autonomie chez les personnes de 75 ans et plus
- Le dépistage des troubles cognitifs et des symptômes dépressifs
- Le dépistage de la mauvaise utilisation des médicaments
- Le dépistage de la mauvaise alimentation
- Le dépistage des problèmes visuels et auditifs
- Le dépistage des problèmes dentaires
- La prévention des chutes
- Les mesures de contrôle (contentions)
- Le dépistage et l'intervention dans les situations d'abus, de négligence ou d'exploitation

Le continuum de services

- Le guichet unique d'accès aux services
- La prise en charge et le suivi des personnes présentant des besoins complexes
- Les soins et services professionnels
- Les services d'aide et d'accompagnement
- Les services aux proches-aidants
- Le centre de jour
- L'hébergement
 - Les différents types de ressources d'hébergement
 - L'accès aux ressources d'hébergement
 - Les centres d'hébergement : à la fois milieux de vie et de soins
 - L'évaluation de la qualité des soins et services offerts
- L'équipe multidisciplinaire de gériatrie
- La réponse aux besoins des communautés linguistiques et ethnoculturelles

La collaboration avec les partenaires

- Les interfaces avec les autres programmes du CSSS
- Les corridors de services inter-établissements

Conclusion

PROGRAMMATION CLINIQUE - SANTÉ MENTALE

Introduction

Contexte

- Les balises nationales et régionales
- Les programmes services
- Le plan d'action en santé mentale 2005-2010
- Les principales composantes
 - Orientations - enjeux - vision - objectif général - principes directeurs - éléments structurants de la gamme de services - conditions de succès de l'organisation des services
- Le plan montréalais de mise en œuvre
 - Le cadre de référence pour les services de 1ère ligne
 - La redistribution des ressources
- Le projet clinique et organisationnel du CSSSAM-N
 - Les valeurs organisationnelles
 - L'organisation des programmes
- Le projet clinique du programme santé mentale
 - L'accessibilité, la continuité et la qualité
 - La démarche réalisée
 - Les principaux écarts rencontrés et les défis à relever
 - Les valeurs portées par les partenaires
 - Les cibles prioritaires retenues

La clientèle visée

- Les personnes ayant un trouble de santé mentale
- Les familles et les proches

Caractéristiques de la population d'Ahuntsic et de Montréal-Nord

Le programme Santé mentale

- Le rôle du CSSSAM-N
- Le rôle du réseau local

Le continuum de services :

Pour chaque élément de la gamme de services on aura : une description sommaire; les organismes dispensateurs et les partenaires associés; les modalités d'accès et de dispensation des services; les ressources professionnelles; les cibles cliniques; les indicateurs de suivi; les ententes de services; les modalités de liaison; les coordonnées du service.

- Prévention/promotion
- Services de crise
- Suicide
- Services de traitement des omnipraticiens et des cliniques réseau
- Services de première ligne d'évaluation et de traitement ambulatoire
- Les guichets d'accès
- Le rôle de l'intervenant pivot
- La fonction de liaison clinique
- Soutien d'intensité variable dans la communauté en CSSS et en organismes communautaires
- Entraide entre pairs
- Entraide aux familles et aux proches
- Répit à l'intention des familles et de l'entourage
- Soutien au travail et aux études
- Promotion, respect et défense des droits
- Services d'urgence hospitalière
- Unité d'hospitalisation brève
- Activités structurées en milieu de jour et traitement alternatif
- Logements avec soutien continu et appartements supervisés
- Centre de jour relevant d'un établissement
- Services de 2e ligne d'évaluation et de traitement ambulatoire
- Module d'évaluation liaison
- Programme de soins partagés
- Gérontopsychiatrie
- Psychogériatrie
- Suivi intensif intégré et en équipe
- Hôpital de jour
- Hospitalisation courte durée
- Hébergement de transition
- Hébergement à durée limitée ou illimitée
- Hébergement offrant un encadrement allant de léger à intensif 24heures/24 et 7jours/7

PROGRAMMATION CLINIQUE - SANTÉ MENTALE (SUITE)

Hébergement et soins psychiatriques de longue durée de type CHSLD
 Services de 3^e ligne d'évaluation et de traitement sur spécialisés (RUIS)
 Évaluation et traitement sur spécialisé
 Hospitalisation longue durée
 Hospitalisation médico-légale
 Services d'hospitalisation à l'Institut Pinel de Montréal

Les ententes de partenariat

Collaborations inter programmes du CSSS-M-N
 Les protocoles d'intervention
 Le protocole MARCO
 Le protocole SPVM
 La liaison clinique du réseau local
 Les groupes de travail sur des problématiques locales
 La crise psychosociale et psychiatrique
 Le suicide
 Les troubles anxieux chez les jeunes
 L'intégration aux activités culturelles et de loisirs
 Ententes de collaboration, corridors de services entre les établissements du réseau de la santé et des services sociaux
 Ententes de collaboration avec les partenaires intersectoriels (municipalités, OMH, SHQ, organismes communautaires, etc.)
 Ententes de collaboration avec les autres partenaires

Qualité des services

Outils de communication
 Dépliant destiné à la population
 Dépliant destiné aux intervenants
 Carte des ressources
 Outils cliniques (grilles de références, DSIE, plan d'intervention, plan de services individualisés, grilles communes)
 Pratiques reconnues « *best practices* » encouragées
 Formation continue
 Interdisciplinarité

Les ressources humaines

Les ressources financières

Plan de mise en œuvre du projet clinique

Modalités d'évaluation et de reddition de compte

Conclusion

PROGRAMMATION CLINIQUE - JEUNES EN DIFFICULTÉ

Introduction

Tableau de l'offre de service

Les services aux jeunes et à leur famille

Suivi psychosocial
 Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité
 Volet : Accompagnement des familles
 Volet : Création d'environnement favorable
 Volet : Intervention éducative précoce 2-5 ans
 Soutien direct aux familles
 Programme d'intervention en négligence
 Programme d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu
 Services d'intervention de groupe pour des problématiques particulières
 Équipe d'intervention jeunesse pour des jeunes présentant des problèmes multiples ou des situations complexes
 Réadaptation
 Retrait du milieu familial et placement
 Adoption
 Supervision des droits d'accès

PROGRAMMATION CLINIQUE - JEUNES EN DIFFICULTÉ (SUITE)

Les protocoles de collaboration

Protocole d'entente entre les CLSC et les milieux de garde
Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation : Deux réseaux, 1 objectif : Le développement des jeunes
Approche Écoles et milieux en santé
Guide de collaboration CLSC – Centres jeunesse

La coordination interprogrammes

Les données statistiques

PROGRAMMATION CLINIQUE - DÉPENDANCES

Introduction

Le projet clinique – Phase I
Participants table de travail Phases I et II

Portrait de la clientèle

Prévention, Promotion et dépistage

Les services de 1^{re} ligne

Accès (guichet unique)
Équipe dédiée dépendances

Les services de 2^e ligne

Centre Dollard-Cormier
Organismes dans la communauté

Organismes communautaires

Liaison
Missions

Milieu carcéral

Mandat
Liaison
Gamme de services

Traitement

Hospitalier (interne)
Ambulatoires (externe)
Organismes communautaires

Réinsertion/réadaptation

Ressources d'hébergement

Utilisateurs de drogues injectables (UDI)

Jeux de hasard et d'argent

Cadre de référence
Gamme de services à définir

Cibles

Conclusion

PROGRAMMATION CLINIQUE DI-TED

Introduction

- Le projet clinique – Phase I
- Participants table de travail Phases I et II

Portrait de la clientèle

Prévention, promotion et dépistage

Les services de 1^{re} ligne

- Harmonisation des pratiques en 1^{ère} ligne
- L'accès aux médecins
- L'accès aux services professionnels
- L'évaluation diagnostique
- La référence au Centre de réadaptation en DI-TED

La scolarisation

- Services scolaires
- Services de garde

Le programme « soutien à la famille »

- Le répit/gardiennage pour les familles

La situation de crise

- Gestion et organisation

Le profil de lenteur intellectuelle

Transport

- Adapté
- Public régulier
- Scolaire

Les loisirs et activités

Les liens avec la déficience physique

L'hébergement

- Dans la communauté (appartements)
- De longue durée (CHSLD)

Cibles

Conclusion

PROGRAMMATION CLINIQUE - DÉFICIENCE PHYSIQUE

À venir

PROGRAMMATION CLINIQUE – SANTÉ PHYSIQUE - MALADIES CHRONIQUES

Introduction

- Priorités ministérielles et axes de développement du continuum

Prévenir - Prévention primaire

- Actions découlant du plan d'action local de santé publique
- Interfaces avec le programme des services généraux

Prévenir - Prévention secondaire

- Optimisation de la qualité de vie et connaissance de la maladie
- Autogestion de la maladie
- Prévention de la détérioration de la condition physique et mentale
- Suivi continu et gestion rapide de la détérioration de la condition clinique
- Complications liées à la qualité de l'air et aux changements climatiques
- Stratégies favorisant la réduction de la consommation tabagique
- Amélioration de l'état nutritionnel
- Immunisation des personnes atteintes
- Dépistage et traitement des conditions psychologiques associées à la maladie
- Utilisation judicieuse des ressources et réduction des hospitalisations
- Équipes multidisciplinaires
- Mécanismes de suivi
- Ententes de complémentarité

PROGRAMMATION CLINIQUE – SANTÉ PHYSIQUE - MALADIES CHRONIQUES (SUITE)

Guérir

- Accès rapide aux services lors d'épisodes aigus ou complications
- Efficacité des services d'urgence
- Diminution des durées de séjours en centre hospitalier

Accompagner

- Services de réadaptation / réhabilitation
- Programmes interdisciplinaires intégrés de réadaptation
- Soins palliatifs destinés à la personne atteinte de chronicité
- Équipe de soins palliatifs
- Accessibilité aux soins de fin de vie et trajectoire de services

Conclusion

PROGRAMMATION CLINIQUE – SANTÉ PHYSIQUE – ONCOLOGIE

Introduction

Prévenir - Prévention primaire

- Actions découlant du PAL Santé Publique
- Interfaces avec le programme des services généraux
- Sensibilisation de la population
- Reconnaissance des signes et symptômes
- Recours optimal aux services de dépistage

Prévenir - Prévention secondaire

- Optimisation de la qualité de vie et connaissance de la maladie
- Autogestion de la maladie
- Prévention de la détérioration de la condition physique et mentale
- Suivi continu et gestion rapide de la détérioration de la condition clinique

Guérir

- Soutien au cours de la période périagnostique
- Accompagnement continu de la personne et de ses proches
- Accessibilité rapide aux services
 - Accès aux examens diagnostics
 - Accès aux médecins de famille
 - Traitement des complications et gestion des symptômes
- Fluidité de l'information et optimisation du suivi
 - Équipes multidisciplinaires
 - Trajectoires de soins
 - Ententes interétablissements
 - Coordination des interventions locales, régionales et suprarégionales
 - Accès à l'information clinique en temps réel

Soutenir

- Accessibilité aux soins palliatifs
 - Équipe dédiée de soins palliatifs
 - Consolidation du continuum de soins palliatifs
 - Accès aux services médicaux
 - Accès aux lits de soins palliatifs
 - Ententes et partenariat avec les ressources externes
- Qualité des services offerts au sein du continuum
 - Conception et implantation des normes de pratique
 - Programmes de formation continue
 - Évaluation de la qualité des soins

Conclusion



La prochaine étape ...

... la traduction dans la réalité de la population

Vous venez de lire en quelques pages le résumé de travaux complexes dont le détail a noirci des centaines de feuilles. Nos équipes oeuvrent déjà à la phase III du projet clinique, soit la mise en œuvre des cibles retenues et présentées dans le présent document.

Comment se traduira, par exemple, la cible SG1 auprès de la population de notre territoire ? Nous ne devons jamais perdre de vue que le projet clinique et les améliorations qui seront mises de l'avant sont d'abord et avant tout orientés vers la population qui en sera le principal témoin. C'est pourquoi l'énergie que continue de déployer l'ensemble des membres de chacune des tables de travail sera équivalente sinon supérieure à la phase II.

Ainsi, quand vous nous lirez prochainement, vous constaterez que les équipes ont travaillé à une mise en œuvre réaliste grâce à leur expertise et à leur connaissance du territoire, respectueuse des particularités locales et en harmonie avec l'objectif ultime qu'est l'instauration d'une « approche populationnelle » transversale, c'est-à-dire à tous les niveaux.

Dans notre introduction, nous comparons le CSSSAM-N à un véritable chef d'orchestre. Cette figure stylistique n'est pas anodine. Afin de parvenir à une harmonie, les instruments doivent être accordés et les musiciens dirigés. Les notes s'enchaînent afin de ne pas briser la mélodie. Il en est de même pour les services de santé et les services sociaux et pour la population dont les besoins doivent être satisfaits. À l'instar des musiciens soutenus et guidés, les personnes s'adressant au CSSSAM-N seront accompagnées afin de parvenir à cette partition nommée le « mieux-être ».

Ceci exigera de tous et toutes la modification d'un ensemble de façons de faire ancrées depuis plusieurs années. Nous faisons toutefois le pari que les bénéfices des changements apportés constitueront des leviers efficaces à leur mise en place. La mobilisation et l'engagement de nos équipes seront les deux éléments majeurs et garants du succès de ce vaste projet, soit le projet clinique du Centre de santé et services sociaux d'Ahuntsic et Montréal-Nord.



Références bibliographiques

Chacune des tables de travail et ses membres s'inspirent d'un nombre important de documents. Ces références ont permis de bonifier et de mettre en lumière un ensemble d'éléments de façon à garder le cap sur la réalité des besoins de chacun des programmes. Nous avons choisi d'inscrire ici les principaux documents de références utilisés, toutefois il est possible de consulter la liste exhaustive de ces documents en communiquant avec la Direction des communications du CSSSAM-N.

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL. *Fiches pour la documentation et l'établissement des priorités régionales de santé et de services sociaux – 2005-2008*, Montréal, 2005.

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL. *Le modèle montréalais de prise en charge - Travaux en cours*, Montréal, 2006.

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL. *Les services destinés aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement. Enjeux, perspectives, balises régionales*, Montréal, 2005.

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL. *Organisation des services post hospitaliers de réadaptation et de convalescence - Partage des mandats entre les établissements*, Montréal, octobre 2005.

ASSOCIATION CANADIENNE DU DIABÈTE. *Lignes directrices de pratique clinique de l'Association canadienne du diabète pour la prévention et le traitement du diabète au Canada*, 2003.

ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX. *Séance d'appropriation - Projet d'organisation clinique des services*, Montréal, septembre 2005.

AUCOIN, L., V. ALLAIRE, A.-E. GRATTON ET M. BISSONNETTE. *PRIISME –Gestion optimale des maladies chroniques*, Bureau des affaires du Québec, Mars 2005.

CONSEIL CANADIEN D'AGRÈMENT DES SERVICES DE SANTÉ. *Programme d'agrément du CCASS – Glossaire 5.0*.

CONSEIL QUÉBÉCOIS DE LUTTE CONTRE LE CANCER. *L'intervenant pivot en oncologie- un rôle d'évaluation, d'information et de soutien pour le mieux être des personnes atteintes de cancer*. Québec, Ministère de la Santé et des services sociaux, 2000.

CR OUEST DE MONTRÉAL, CR LISETTE-DUPRAS, CRDI GABRIELLE MAJOR, LES SERVICES DE RÉADAPTATION L'INTÉGRALE, CENTRE MIRIAM, CR MACKAY, CR MARIE-ENFANT *Orientation de la clientèle présentant un retard global de développement de 5 ans et moins*, Montréal, juillet 2006.

DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE DE MONTRÉAL. *Le Plan d'action montréalais en santé publique 2003-2006 : La prévention en action*, Montréal, 2003.

DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE DE MONTRÉAL. *Modèles logiques (documents en évolution)*, Montréal, août 2006.

FÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DES CENTRES DE RÉADAPTATION. *Offre de service*, 2006.

FÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DES CENTRES DE RÉADAPTATION POUR PERSONNES ALCOOLIQUES ET AUTRES TOXICOMANES. *Offre de service*, 2004.

I-CLSC. *Données statistiques*.

LEFEBVRE, G. *Savoir organiser, savoir décider*, Montréal, Les Éditions de l'Homme, 1975.

MED-ECHO. *Données statistiques*.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Cadre de référence National pour la conclusion d'ententes de services entre les centres de santé et de services sociaux et les centres de réadaptation en déficience intellectuelle*, Québec, 2005.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *De l'intégration sociale à la participation sociale – politique de soutien aux personnes présentant une déficience intellectuelle, à leurs familles et aux autres proches*, Québec, 2001.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *L'architecture des services de santé et des services sociaux : Les programmes services et les programmes soutien*, Québec, janvier 2004.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX - DIRECTION DE LA LUTTE CONTRE LE CANCER. *Le soutien, l'adaptation et la réadaptation en oncologie au Québec*, Québec, 2005.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Les documents ministériels en appui aux projets cliniques, Projet clinique- Dépendances, Document de travail*, Québec, juillet 2006.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Les documents ministériels en appui aux projets cliniques, Projet clinique – Jeunesse, Document de travail*, Québec, mars 2006.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Les documents ministériels en appui aux projets cliniques, Projet clinique – Perte d'autonomie liée au vieillissement, Document de travail*, Québec, mars 2006.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Les documents ministériels en appui aux projets cliniques, Projet clinique – Santé mentale, Document de travail*, Québec, mars 2006.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Les documents ministériels en appui aux projets cliniques, Projet clinique – Santé physique – volet : maladies chroniques, Document de travail*, Québec, mai 2006.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Les documents ministériels en appui aux projets cliniques, Projet clinique – Santé physique – La lutte contre le cancer, Document de travail*, Québec, août 2006.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Les documents ministériels en appui aux projets cliniques, Projet clinique - Services généraux – activités cliniques et d'aide*, Québec, juin 2006.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX - DIRECTION DE LA LUTTE CONTRE LE CANCER. *Les équipes interdisciplinaires en oncologie*, Québec, 2005.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Les services généraux offerts par les centres de santé et de services sociaux*, Québec, septembre 2004.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Offre de service du Programme Jeunes en difficulté, Document de travail*, Québec, mai 2005.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan d'action 2005-2010 en santé mentale: La force des liens*, Québec, 2005.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan d'action interministériel en toxicomanie*, Québec, 2006.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan stratégique 2005-2010 du ministère de la Santé et des Services sociaux*, Québec, 2005.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Politique de soutien à domicile « Chez soi : Le premier choix*, Québec, 2003.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Politique en soins palliatifs de fin de vie*, Québec, 2005.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX - SERVICES DES PERSONNES HANDICAPÉES. *Pour une véritable participation à la vie de la communauté - Orientations ministérielles en déficience physique, objectifs 2004-2009*, Québec, 2003.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme dépendances – document de travail*, Québec, 2005.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme québécois de lutte contre le cancer. Pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe*, Québec, 1998.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Projet clinique. Cadre de référence pour les réseaux locaux de santé et de services sociaux. Document principal*, Québec, 2004.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Stratégie d'action pour les jeunes en difficulté et leur famille*, Québec, 2002.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Stratégie québécoise face au suicide: S'entraider pour la vie*, Québec, 1998.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Un défi de solidarité : Les services aux aînés en perte d'autonomie – Plan d'action 2005-2010*, Québec, 2005.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Un geste porteur d'avenir*, Québec, 2003.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD – Orientations ministérielles*, Québec, 2004.

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION. *Cadre de référence pour l'élaboration des plans d'intervention – Le plan d'intervention au service de l'élève*, Québec, 2004.

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION. *Politique de l'adaptation scolaire – Une école adaptée à tous les élèves*, Québec, 1999.

RAMQ. *Données statistiques*.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL-CENTRE. *Vers un réseau de services intégrés destinés aux personnes atteintes de maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC), Éléments essentiels de la mise en œuvre*, Montréal, mai 2002.

REGROUPEMENT DES ÉTABLISSEMENTS DE RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE PHYSIQUE DE MONTRÉAL. *Cadre de référence pour les offres de services spécialisés et surspécialisés des établissements de réadaptation en déficience physique de Montréal*, Montréal, octobre 2005.

REGROUPEMENT DES ÉTABLISSEMENTS DE RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE PHYSIQUE DE MONTRÉAL. *Offre de service et mécanismes d'accès aux services spécialisés et surspécialisés de réadaptation en déficience physique de Montréal*, Montréal, janvier 2006.

TABLE DE CONCERTATION JEUNESSE DE MONTRÉAL-NORD – COMITÉ TOXICO. *Plan d'action 06-07 pour le territoire de Montréal-Nord dans le cadre du Programme régional en promotion de la santé et en prévention des toxicomanies et de l'alcoolisme de la Régie Régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre*, Montréal, 2006.

VOYER, P. *Tableaux de bord de gestion et indicateurs de performance*, 2^e édition, Ste-Foy, Presses de l'Université du Québec, 1999.