

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



Projet clinique et organisationnel

Plan d'affaires

Phase I: septembre 2005

NOTES AU LECTEUR

Mise en garde

Les informations présentées dans ce document sont sommaires. Elles portent sur le portrait global du territoire, la desserte du CSSS et le CSSS lui-même. Une étude plus détaillée permettra une analyse plus exhaustive des éléments qui qualifient et situent la consommation de services et l'offre de l'établissement.

Cette même étude pourra d'ailleurs intégrer des éléments de comparaison, de projection, de mise à niveau, d'étalonnage et finalement, des analyses sur la situation relative par rapport aux différents seuils de services et aux cibles à atteindre dans le temps en terme de desserte de la clientèle.

Mentionnons finalement que les tableaux suivants sont basés sur des programmes clientèle 2003-2004 et sont donc sujets à changement au cours de la prochaine année.

Les sources d'information

- ISQ, 2005: données sur la démographie des territoires;
- MSSS, 2003-2004: banque APR-DRG: banque de données qui recense l'ensemble des hospitalisations au Québec et leurs caractéristiques en terme d'âge, de provenance, de diagnostics, de séjour, etc.;
- MSSS, 2003-2004: banque I-CLSC: banque de données qui recense l'ensemble des volumes clientèles en CLSC et les nombres d'interventions par programme, sous-programme, centre d'activités, etc.;
- MSSS, 2003-2004: banque de données M30: banque de données qui recense les rapports financiers des établissements;
- Agence régionale, 2005;
- Établissement, 2005;
- ICIS et autres sources d'informations sur la prévalence et l'incidence des maladies;
- CIM: certains éléments graphiques ont été conçus par la firme.

Publication

Centre de santé et de services sociaux d'Achutesic et Montréal-Nord
Siège social
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'Achutesic et Montréal-Nord

LEXIQUE

AMDI:	Association de Montréal pour la déficience intellectuelle
AVD:	Activités de la vie domestique
AVQ:	Activités de la vie quotidienne
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 & Pharmaciens
CMR:	Clinique médicale réseau
CPE:	Centre de la Petite Enfance
CRDP:	Centre de réadaptation en déficience physique
CSSS:	Centre de santé et de services sociaux
CSSSAM-N:	Centre de santé et de services sociaux d'Achunsi et Montréal-Nord
DI:	Déficience intellectuelle
DO:	Développement organisationnel
DP:	Déficience physique
EIJ:	Équipe intervention jeunesse
GMF:	Groupe de médecine familiale
ISQ:	Institut de la statistique du Québec
ITSS:	Infections transmissibles sexuellement ou par le sang
MFE:	Ministère de la famille et de l'enfance
MSSS:	Ministère de la santé et de services sociaux
MELS:	Ministère de l'éducation, du loisir et du sport
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
PSI:	Plan de services individualisés
RAMQ:	Régie de l'Assurance-maladie du Québec
RLS:	Réseau local de services
RLS-AM-N:	Réseau local de services d'Achunsi et Montréal-Nord
STM:	Société de transport de Montréal
TED:	Trouble envahissant du développement
Tx:	Taux

SUIVEZ LE GUIDE

Le document en un coup d'œil	6
Avant de commencer... nos origines	10
Plus qu'une promesse... un devoir	11
À la recherche de l'idéal	12
Nos convictions... un engagement à mieux vous servir	18
Le CSSSAM-N... une organisation vivante	20
Proche de notre population	22
Notre population... notre source d'inspiration	24
Bâtir l'avenir	26
Un futur prometteur	46

LE DOCUMENT EN UN COUP D'OEIL

La phase I du projet clinique comprend la mission, la vision, les valeurs de même que les enjeux cliniques au regard des priorités nationales, régionales et locales. Cette section du projet clinique schématise les éléments essentiels attendus par le dépôt de la phase I. Les figures ci-bas et les éléments ci-contre constituent les assises de la phase II dont le résultat est attendu en juin 2006. L'énoncé de mission confirme à la fois la responsabilité populationnelle de même que la place centrale de la prévention et la promotion de la santé.

La figure relative à la vision présente par choix un plus large spectre de composantes autour des buts ultimes visés soient l'excellence et la réussite. Les 5 variables de vision qui y sont nommées apportent une perspective intégrée et complète des objectifs visés.

La mission ou plus qu'une promesse... un devoir

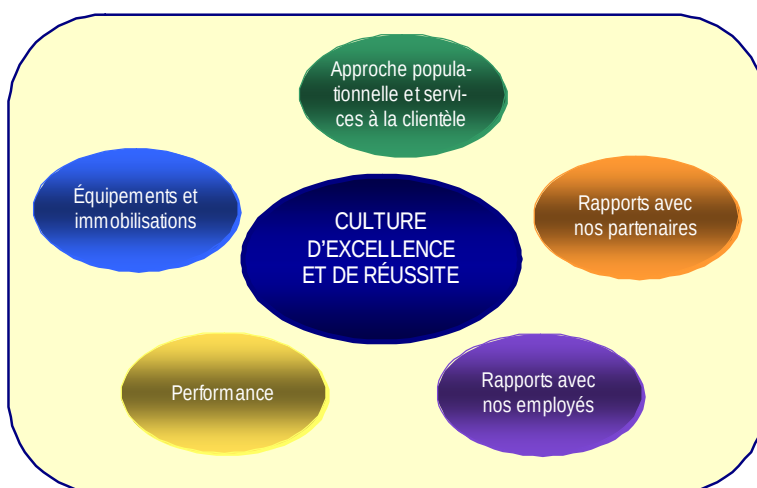
Riche de la diversité et des forces de la population de son territoire, le CSSSAMN s'engage à maintenir et à améliorer le bien-être et la santé de celle-ci tout en favorisant le développement de son potentiel de santé et ce, à l'intérieur des orientations et directives gouvernementales

Les valeurs prennent leur ancrage auprès de la population (jaune) pour s'étendre à la gestion (bleu). Chacune de celles-ci est expliquée plus loin.

Le lecteur découvrira au parcours des pages des éléments qui permettront de mieux comprendre ce qu'est le CSSSAMN. La structure organisationnelle, la description de notre territoire, le profil de nos employés ne sont que quelques exemples illustrant les facettes de l'organisation.

6

La vision ou à la recherche de l'idéal



Les valeurs ou nos convictions ... un engagement à mieux vous servir



Le projet clinique

PRIORITÉS MINISTÉRIELLES

- Les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement
- Les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale
- Les personnes souffrant de maladies chroniques
- Les personnes aux prises avec le cancer
- Les jeunes en difficulté et leur famille



PRIORITÉS RÉGIONALES

- Les services médicaux de première ligne
- Les cliniques médicales régionales
- La santé mentale (jeunes et adultes)
- Les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement
- Prévention et promotion de la santé (tout-petits, jeunes, développement des communautés, vigilance et protection)
- Lutte contre le cancer
- Consolidation des services post-hospitaliers de réadaptation et de convalescence

NOTRE CAPACITÉ D'AGIR EN FONCTION DES PROGRAMMES

Santé publique (voir page 28)

- Supporter la volonté de concertation, d'arrimage et d'intégration, incluant les partenaires intersectoriels et les partenaires autonomes, pour l'établissement d'une approche d'ensemble grâce à un processus et un lieu d'échange sur les problèmes et les besoins.
- Partager avec les instances intersectorielles, une compréhension des priorités, orientations et stratégies de développement social du milieu pour renforcer leur appui.
- Développer une culture de santé publique dans le CSSS, incluant l'utilisation des données probantes (ex : Health Promotion Hospitals).

Services généraux (voir page 30)

- Compléter, préciser et stabiliser l'offre de service et en assurer l'accessibilité selon la norme ministérielle.
- Cibler le développement de programmes d'enseignement en fonction des problématiques spécifiques de notre population.
- Assurer l'harmonisation interne et externe des pratiques et outils d'accueil et d'évaluation.
- Accentuer les efforts de concertation avec les partenaires, notamment avec les médecins.

Personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (voir page 34)

- Ajuster l'offre de service à une population croissante et à ses caractéristiques culturelles et linguistiques, incluant le répit aux proches aidants.
- Développer des ressources d'hébergement intermédiaires et alternatives.
- Mettre en place un guichet unique avec un numéro unique d'accès téléphonique.
- Mettre en place une gestion de cas assurant la continuité des services à l'intérieur de tout le réseau pour la clientèle ciblée.
- Maintenir et renforcer une table de concertation intersectorielle pour les personnes âgées.
- Mettre sur pied une table de concertation des CHSLD publics et privés conventionnés.

NOTRE CAPACITÉ D'AGIR EN FONCTION DES PROGRAMMES (suite)

Santé mentale (voir page 38)

- Informer, former et sensibiliser les écoles, les CPE, les cliniques médicales.
- Rendre accessible le dépistage et l'évaluation précoce pour les jeunes et les aînés.
- Consolider la 1^{ère} ligne et utiliser la 2^{ème} ligne comme consultants et experts.
- Mettre sur pied un comité de supervision et un comité de liaison pour le CSSAM-N.
- Formaliser et harmoniser la gamme de services en place (évaluation en première ligne, modèle de collaboration avec la psychogériatrie de Sacré-Cœur, etc.).
- Mettre en place un centre de jour pour les nouveaux patients psychiatriques et promouvoir l'implantation d'une maison des aînés dans la communauté.

Déficiência intellectuelle et trouble envahissant du développement (voir page 40)

- Améliorer les collaborations entre les organismes.
- Se donner des moyens ensemble pour mieux faire face aux demandes de services en attente.
- Identifier un partenaire comme responsable de l'évaluation de la clientèle adulte.
- Améliorer l'accès à des ressources adaptées : placements, répit, logements supervisés, loisirs.
- Améliorer l'accès à des services pour la clientèle présentant à la fois une déficiéce intellectuelle et des problèmes de santé mentale.

Déficiência physique (voir page 36)

- Créer un véritable réseau de services intégrés : harmonisation des pratiques et des critères d'accès, développement des services manquants et des ententes de services requises, travail sur les interfaces et les délais.
- Assurer que les services de soutien à domicile soient accessibles, continus, selon l'intensité et la norme de qualité requises.
- Créer un comité de travail pour améliorer le transport adapté avec la STM et le ministère des transports.
- Développer sur le territoire des ressources résidentielles non institutionnelles répondant aux choix et aux besoins des personnes.

Santé physique (voir page 44)

- Développer des CMR sur le territoire et améliorer l'accessibilité aux plateaux techniques.
- Supporter la volonté de collaboration interne, de mise en commun des expertises et de prise en charge élargie.
- Développer les compétences à intervenir auprès des communautés culturelles.
- Développement de nouveaux partenariats communautaires (ex.: soins palliatifs).
- Travailler en amont des problématiques à incidence élevée (insuffisance cardiaque, diabète, etc.).

Dépéandances (voir page 42)

- Consolider les activités de prévention et dépistage auprès des jeunes et élargir à l'ensemble du territoire : prévention du jeu, outils adaptés aux clientèles (jeunes, âgées, féminines), prévention et dépistage du VIH-Sida et ITSS.
- Rendre accessibles les ressources d'aide en milieu scolaire pour les jeunes adultes.
- Améliorer l'accessibilité aux services spécialisés.
- Diversifier les formes d'intervention et développer les services à proximité. Assumer un leadership au niveau du CSSAM-N sur la coordination des services, la formation continue et le partage des expertises.

Jeunes en difficulté (voir page 32)

- Intervenir de façon précoce et intensive, le plus près possible des milieux de vie des jeunes et de leur famille afin de prévenir l'aggravation et la récurrence des problèmes d'adaptation sociale.
- Prévoir des mécanismes pour travailler les interfaces entre les programmes.
- Privilégier des interventions multiformes.
- Intensifier les services de stimulation précoce et d'orthophonie.
- Généraliser la coordination de services avec les partenaires selon la formule EIJ.

NOTRE CAPACITÉ D'AGIR EN FONCTION DES PROGRAMMES (suite)

Administration et soutien aux services: ressources informationnelles (voir page 16)

- Être à la recherche des meilleures pratiques en matière de performance clinique et administrative.
- Mettre en place les systèmes d'information et de gestion requis pour améliorer la prise de décision.
- Respecter nos engagements inclus dans l'entente de gestion signée avec l'Agence.
- Élaborer et mettre en place un Plan de développement des ressources humaines répondant aux besoins des employés en conformité avec les exigences de la loi.

Gestion des bâtiments et équipements (voir page 17)

- Mettre en place un plan des mesures d'urgence.
- Mettre en place un plan directeur des immobilisations.
- Mettre en place un système d'entretien préventif pour les équipements.
- Être reconnu pour nos standards d'entretien sanitaire.

Document en évolution

AVANT DE COMMENCER... NOS ORIGINES

Le projet de loi 83 apporte une nouvelle évolution de notre système de santé par la mise en place des réseaux locaux de services intégrés dans un territoire donné. Concrètement cela a occasionné d'abord une restructuration administrative, ceci par la fusion des missions de courte durée (CH), de longue durée (CHSLD) et de services généraux (CLSC). Cette fusion a donné naissance au Centre de santé et des services sociaux d'Ahuntsic et Montréal-Nord. Cette nouvelle organisation a pour mandat central d'élaborer et de mettre en œuvre un projet clinique pour assurer une meilleure accessibilité, la continuité ainsi qu'une meilleure qualité de services. Parallèlement à ceci, la nouvelle organisation devra également harmoniser les processus cliniques et de gestion.

Le schéma ci-dessous illustre par une approche systémique, les principales composantes de réalisation du projet clinique et organisationnel. La section de gauche présente les facteurs qui donnent l'impulsion au projet clinique, soit la législation, les partenaires du réseau, les besoins de la population et de la clientèle consommatrice des services. La vie organisationnelle s'articule autour de 6 variables qui constituent le moteur de l'activité interne. Les bulles supérieures que sont la mission, la vision et les valeurs sont en quelque sorte les jalons sur lesquels s'édifie le projet clinique. Les bulles inférieures: les enjeux et les orientations stratégiques, les objectifs et projets de même que le contrôle et la mesure des résultats représentent le processus opérationnel autour duquel prend forme l'organisation des services et les impacts sur la population desservie.

Enfin, les résultats s'expriment dans leur plus simple expression soit par le rendement individuel et organisationnel mais surtout en terme de finalité au regard de l'amélioration de la santé de la population de notre territoire.



PLUS QU'UNE PROMESSE... UN DEVOIR

La raison d'être du Centre de santé et de services sociaux d'Ahuntsic et Montréal-Nord s'appuie sur la responsabilité populationnelle qui lui est dévolue laquelle est le fondement du projet clinique. Elle prend son assise dans le sillage de la mission dictée par la Loi de la santé et des services sociaux dont les mandats principaux sont résumés ici :

- Connaître et prendre en charge le bien-être et l'état de santé de sa population;
- Coordonner et gérer les soins et les services de santé que sa population requiert;
- Développer l'optimisation de la gamme de services offerts à sa population;
- Définir un projet clinique et organisationnel pour son territoire;
- Informer et consulter sa population afin de l'impliquer et de mesurer sa satisfaction.

Le Centre de santé et de services sociaux d'Ahuntsic et Montréal-Nord définit sa mission en libellant l'énoncé suivant :

11

Riche de la diversité et des forces de la population de son territoire , le CSSSAM-N s'engage à maintenir et à améliorer le bien-être et la santé de celle-ci tout en favorisant le développement de son potentiel de santé et ce, à l'intérieur des orientations et directives gouvernementales.

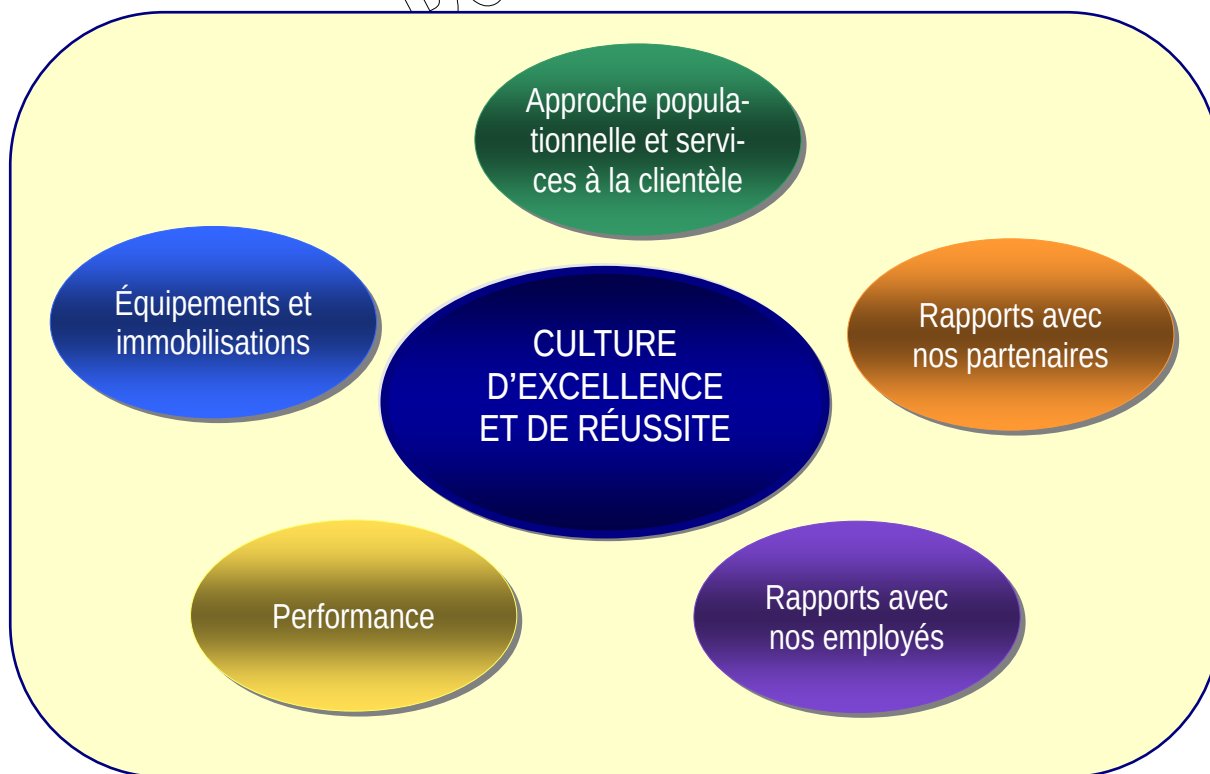
La multiplicité de sa population enrichit et guide les actions posées en regard du but ultime : l'amélioration de la santé et le bien-être de sa population. Cet engagement se traduit par la responsabilité du CSSSAM-N d'agir sur la population de son territoire pour que celle-ci se sensibilise à l'importance de développer des habitudes de vie pour préserver sa santé. Les façons de faire du CSSSAM-N sont façonnées de façon à lui assurer l'accès aux services, l'accompagnement qu'elle requiert dans un souci constant de qualité.

À LA RECHERCHE DE L'IDÉAL

La perfection n'est pas de ce monde ... le monde idéal n'existe pas ... bien sûr toutefois pour s'en approcher ne faut-il pas le viser ? C'est pourquoi le Centre de santé et de services sociaux d'Ahuntsic et Montréal-Nord croit que la réussite et l'excellence doivent être les noyaux de sa vision.

Développer une culture d'excellence et de réussite exige que l'on se préoccupe de l'atteinte de ces deux cibles dans tous les volets de l'organisation. C'est pourquoi la vision du CSSSAM-N est élargie et non centrée sur un seul aspect de sa gestion. Pouvons-nous nous permettre d'atteindre notre équilibre budgétaire au détriment de la qualité des services à notre population ? Non, évidemment. Nous devons donc prendre de front les cinq composantes qui définissent notre organisation et qui la modèlent dans une préoccupation constante d'atteindre nos cibles. Cette culture doit être présente à tous les niveaux de l'organisation et se traduire dans l'ensemble des façons de faire car une vision prend tout son sens dans le quotidien du Centre de santé et de services sociaux d'Ahuntsic et Montréal-Nord.

12



Approche populationnelle et services à la clientèle

Une population avertie et au fait de son état de santé globale

Selon le plan de communication établi, le CSSSAM-N en collaboration avec ses différents partenaires divulguera l'état de santé de la population du territoire desservie, à partir de déterminants et d'indicateurs reconnus.

Une population intéressée et motivée à développer de saines habitudes de vie

La prévention reste le meilleur allié. Le CSSSAM-N donnera donc priorité à ce volet pour permettre à sa population de préserver sinon de développer naturellement de bonnes habitudes de vie et ce, dans tous les aspects du quotidien. Le CSSSAM-N le fera par la recherche d'idées novatrices qui mobiliseront l'ensemble de la population.

Une population qui s'investit au développement de son potentiel de santé globale

En plus d'être bénéficiaire de services cliniques, la population desservie par le CSSSAM-N devra être active dans toute la continuité du processus de soins ou de services de l'organisation. Le CSSSAM-N l'impliquera dans les décisions qui la concernent et ce, par le biais de médiums multiples.

Une population qui connaît et utilise son réseau local de services intégrés

Pour être servi correctement et au bon endroit le citoyen se doit de connaître son réseau local. Aussi, le CSSSAM-N développera un programme de promotion et de sensibilisation axé sur le bon service à la bonne personne et au bon moment. Ce programme s'inscrira dans un plan de communication triennal revu et corrigé annuellement en vue de demeurer centré sur les besoins d'information de la population.

Une population qui utilise judicieusement les services de santé et services sociaux

Le CSSSAM-N devra informer sa population au regard des services offerts au sein de chacun de ces sites. Ainsi, l'usager saura quel type de services il est possible d'utiliser. Les actions de communication seront identifiées par des tactiques précises intégrées dans un plan de communication global.

Une population satisfaite des services reçus

La satisfaction de sa population reste toujours la plus belle promotion. Le CSSSAM-N développera un programme d'évaluation de la satisfaction de la clientèle permettant de mesurer et de connaître ses forces et ses faiblesses et d'y apporter des pistes de solutions concrètes pour l'usager.

Rapport avec nos partenaires

Des partenaires dont la mission, l'autonomie et l'expertise sont reconnus et respectés

Nos partenaires sont responsables de définir leur mission. Ils possèdent une bonne connaissance de leur milieu et sont des références précieuses quant à nos orientations. Leur indépendance permet de faire évoluer le développement du CSSSAM-N dans la détermination des services à offrir à la population.

Des partenaires qui connaissent la vision du CSSS

Pour prendre tout son sens, la vision du CSSS doit vivre aussi à l'extérieur de l'organisation. Le CSSSAM-N devra faire connaître et promouvoir sa vision.

Des partenaires à part entière au sein du réseau local

Nos partenaires doivent s'investir au sein du réseau local pour exercer leur rôle spécifique. La mise en place de canaux de communication efficaces permettra un support mutuel et une complémentarité en vue de l'atteinte des résultats visés, soit le maintien et l'amélioration du bien-être et de la santé de la population dans un milieu dont les conditions sont favorables.

Des partenaires engagés dans l'amélioration des services

L'amélioration des services, c'est l'affaire de tous. Le CSSSAM-N et ses partenaires partagent un souci constant d'offrir ce qu'il y a de mieux et visent l'excellence. Pour cela il est essentiel qu'ils s'engagent ensemble dans un processus d'amélioration continu de la qualité des services.

Des partenaires qui contribuent à ajuster la réponse aux besoins de la population

Le réseau local doit être en mesure de répondre aux besoins de santé et de bien-être de la population du territoire. Cette responsabilité engage le CSSS et ses partenaires à développer des ententes de service et des mécanismes de collaboration lesquels permettront d'offrir à la population une réponse mieux ajustée à ses besoins.

Des partenaires impliqués dans l'évaluation de l'accessibilité et de la continuité

Le CSSSAM-N et ses partenaires partagent le même objectif soit celui d'assurer l'accessibilité et la continuité des services à sa population. En ce sens, ils collaborent à l'évaluation de l'atteinte de cet objectif.

Rapport avec nos employés

Des employés engagés et mobilisés par la dynamique du milieu de travail

À la base, une étude scientifique et rigoureuse du climat de travail de l'ensemble des secteurs de l'organisation permettra d'élaborer un plan de développement des ressources humaines. De plus, chaque cadre pourra dans son secteur d'activités, élaborer avec la collaboration de son personnel, un plan d'action personnalisé en fonction des variables qui influencent le climat de travail.

Des employés informés et consultés dans les décisions les concernant

L'accès à l'information, le droit à l'expression et la participation aux grandes décisions pour lesquelles il est concerné sont des besoins légitimes pour tout employé du CSSSAM-N. En conséquence, un plan de communication doit inclure des rencontres périodiques avec le personnel au cours desquelles le directeur général et l'équipe de direction sont invités à échanger avec les employés, les syndicats et autres associations.

Des employés oeuvrant dans un milieu sécuritaire préconisant la prévention

Des programmes de prévention et de promotion de la santé pour le personnel seront mis en œuvre. Habitudes alimentaires, activités physiques et différents facteurs en lien avec la qualité de vie au travail sont des facettes en émergence. En complément, un programme de gestion de la présence au travail et un programme de prévention des accidents favoriseront le maintien des employés en emploi.

Des employés concernés par leur développement professionnel

Parmi les variables du plan de développement des ressources humaines, la formation et le perfectionnement sont des gages de compétence en lien avec le savoir et le savoir faire. Tout en considérant que chaque employé est le premier responsable de son développement professionnel, le CSSSAM-N instaurera un programme élaboré pour s'assurer que son personnel répond aux plus hauts standards de compétence reconnus.

Des employés reconnus dans leur milieu de travail

Solliciter l'intelligence et la créativité du personnel implique pour ceux qui se démarqueront, différentes formes de reconnaissance qui doivent être campées à l'intérieur d'un programme. La promotion des attitudes et des comportements professionnels attendus par l'établissement doit s'inscrire dans la foulée de la philosophie de gestion.

Des employés ambassadeurs de la culture d'excellence et de réussite du CSSS

Des employés engagés et satisfaits de l'ensemble de leur qualité de vie au travail sont indubitablement des ambassadeurs naturels du CSSSAM-N

Performance

Un CSSS en équilibre budgétaire dont les processus sont rigoureux

Des politiques et procédures efficaces et harmonisées en matière de planification budgétaire, de tenue de livres et rapports de gestion permettront de respecter les échéances serrées de reddition de comptes, d'assurer l'équilibre budgétaire et de suivre la santé financière du CSSSAM-N avec le minimum de décalage. Les mesures à appliquer en priorité advenant une situation financière difficile devront avoir été identifiées en concertation.

Un CSSS en équilibre qui respecte son entente de gestion avec l'Agence

L'entente de gestion est un contrat entre l'établissement et l'Agence de Montréal déterminant, entre autres, certaines obligations du CSSSAM-N en matière de volumes et qualité de services à la population. Au-delà de l'équilibre budgétaire, le respect de cette entente contractuelle sera prioritaire et les ressources financières mises à la disposition des gestionnaires du CSSSAM-N devront être utilisées de façon optimale.

Un CSSS en recherche constante d'amélioration de ses processus et de ses résultats

Que les actes posés par les employés et gestionnaires du CSSSAM-N, soient pertinents, réalisés au moindre coût, qu'ils produisent l'effet attendu et qu'ils donnent le meilleur résultat possible, en temps opportun. Dans un environnement en constante évolution et de plus en plus exigeant, les façons de faire doivent être régulièrement révisées pour atteindre ces objectifs d'économie, d'efficacité et d'efficience et éliminer les doublons de tâches et le gaspillage de précieuses ressources financières, humaines et matérielles.

Un CSSS qui s'inspire des plus performants et qui s'y compare

L'excellence est une valeur relative. L'atteinte de cet objectif se mesure en se comparant aux autres établissements du réseau. Les rapports financiers, les répertoires d'indicateurs de gestion et tableaux de bord produits par les associations et l'Agence sont les outils privilégiés pour faire ces analyses. Les différentes tables de gestionnaires sont aussi une occasion d'échanger et de partager entre établissements les meilleurs processus.

Un CSSS utilisant l'évaluation, l'audit et l'accréditation comme leviers d'excellence

Même les meilleurs élèves doivent passer avec succès des examens, pour confirmer leur réussite en matière de performance. Le CSSSAM-N se dotera de tableaux de bord lui permettant de suivre continuellement et autant que possible en temps réel l'atteinte de ses propres objectifs, l'accomplissement de sa mission, et aussi les objectifs ministériels. Les indicateurs de gestion les plus courants seront mesurés et analysés.

Un CSSS disposant des SIG pour aider et supporter la prise de décision

La collecte de données fiables et la mesure d'indicateurs de gestion simples, pertinents et autant que possible en temps réel ne peut se faire qu'à partir de systèmes d'information de gestion efficaces et performants. Ces systèmes doivent faciliter la collecte, en éliminant les erreurs de retranscription ou d'interprétation.

Équipements et immobilisations

Un CSSS dont le plan des mesures d'urgence est actif et opérationnel

Le CSSSAM-N est soucieux de la sécurité de sa clientèle et des intervenants présents sur chacun de ses sites. Le plan des mesures d'urgence est mis à jour régulièrement et des exercices sont planifiés dans chaque site. De plus, en collaboration avec les partenaires, il développe les procédures d'urgence pour des interventions psychosociales, de santé physique et de santé publique pour la population de son territoire.

Un plan directeur des immobilisations qui est activé

Afin de réaliser sa mission, le CSSS se dote d'actifs immobiliers de qualité, en quantité suffisante et situés stratégiquement sur son territoire. Le Plan Directeur Immobilier (PDI) s'inscrit dans un contexte de transformation des structures et d'évolution des besoins de la clientèle en fonction de la dispensation de la meilleure qualité de soins et services possibles.

Un CSSS dont les équipements sont rigoureusement remplacés et vérifiés

Le CSSS possède les équipements de technologie médicale, de l'information et du bâtiment pour répondre aux besoins de sa clientèle. Il met en place les processus nécessaires pour évaluer la vétusté et la performance des équipements. Il implique tous les intervenants dans le processus de détermination des priorités et d'acquisition d'équipements.

Un CSSS disposant d'un système d'entretien préventif pour ses équipements

Le bon fonctionnement des équipements est essentiel pour assurer une qualité de soins et services à la clientèle et ce, dans un environnement sain et confortable. Des activités d'entretien préventif sont planifiées sur les éléments importants de nos actifs immobiliers et de notre parc d'équipement, ce qui assure un fonctionnement fiable et durable aux meilleurs coûts possibles.

Un CSSS dont les standards et d'entretien sanitaire sont reconnus

La propreté et l'asepsie des lieux sont une préoccupation constante dans toutes les installations du CSSS. Les procédures de nettoyage et de désinfection sont élaborées, diffusées et connues par tous les intéressés. Les employés sont adéquatement formés et équipés pour réaliser leur travail. Des liens serrés sont développés avec les responsables de la prévention des infections et autres instances, dans le but de créer une vigie face à la salubrité. Une sensibilisation constante envers l'environnement est faite auprès du personnel dans un but ultime d'utilisation maximale des ressources.

Un plan d'identification visuel homogène pour l'ensemble des sites

L'identification visuelle extérieure de chaque site permet à la population de bien identifier les constituantes du CSSS et leurs missions. Une signalisation interne simple et efficace permet à la clientèle de s'orienter adéquatement à l'intérieur des sites.

NOS CONVICTIONS... UN ENGAGEMENT À MIEUX VOUS SERVIR

Nos valeurs à l'égard de notre population et de notre gestion

Compassion

Humanisme et sensibilité représentent les clés de la compassion. C'est aussi une forme de prérequis pour œuvrer auprès de la clientèle et la population. Sensibilité au regard des besoins exprimés par la population de notre territoire et compréhension des émotions exprimées par une clientèle vulnérable font de la compassion une valeur qui teinte la qualité des relations avec la clientèle.

Altruisme

Cette propension naturelle à porter assistance et aide aux personnes, empreinte de sollicitude démontre l'altruisme qui est recherché ici par cette valeur. Cette disposition à se dévouer pour autrui puise son essence dans l'éventail

de traits de personnalité que possède une personne. Faire preuve d'altruisme, c'est aussi reconnaître le besoin d'aide au sens large qui émane de la clientèle ou des collègues de travail.

Dignité

La dignité est ce sentiment qui est propre à chacun, lequel se reflète par le respect de soi. Être sensible à la dignité des personnes assure à la clientèle la courtoisie, la civilité et la politesse auxquelles elle est en droit de s'attendre de tous les intervenants du CSSSAM-N. De plus, la dignité cohabite avec les aspects culturels propres à chaque ethnie et par

conséquent ceux-ci enrichissent les qualités intrinsèques de notre population au regard de sa diversité.

Engagement

Par son niveau d'engagement, l'intervenant démontre concrètement qu'il participe à l'actualisation de la mission de l'établissement et est solidaire du développement de la communauté. Sa motivation au travail, sa détermination et la satisfaction qu'il éprouve sont en étroite relation avec le sens qu'il donne

au travail qu'il accomplit. Son intérêt manifeste envers le travail d'équipe, bien souvent exécuté en multidisciplinarité et interdisciplinarité, amène l'intervenant à s'impliquer dans son développement personnel et professionnel ainsi que dans les activités sociales de l'organisation.



Transparence

La transparence permet de cultiver la confiance de tous les intervenants. Par notre volonté d'exprimer la réalité des faits et des processus décisionnels, nous prédisposons les acteurs du système à comprendre l'application des décisions. Par la même occasion, nous sollicitons l'opinion des intervenants dont la richesse favorise l'émergence de l'innovation et de la créativité.

Respect

Cette valeur recherchée et universelle dicte, à tout intervenant, un état d'esprit d'ouverture, d'accueil et de compréhension au regard de plusieurs facettes de la vie organisationnelle. C'est le cas notamment en ce qui a trait aux nombreuses différences qui caractérisent notre milieu de travail. Différents types de clientèles, différentes catégories de professionnels avec des champs d'intervention à la fois distincts, complémentaires voire même communs, différents intérêts professionnels dépendamment de la portion de structure à laquelle nous appartenons font du respect une vertu qui nécessite un effort constant de volonté si essentiel à l'harmonisation du milieu.

Cohérence

La cohérence est le fil conducteur qui permet de juger si l'action correspond au discours. C'est aussi le talon d'Achille de l'administration. Faire preuve de cohérence, c'est construire une crédibilité, qui demeure fragile, mais qui est si chère à l'évolution et au développement de l'organisation.

Tout intervenant représentant l'administration qui contracte des engagements envers le personnel, doit être conscient des attentes qui en découlent et, par conséquent, doit consacrer tous les efforts nécessaires à leur réalisation et ce, dans le respect de la mission, des orientations et des contraintes de l'organisation.

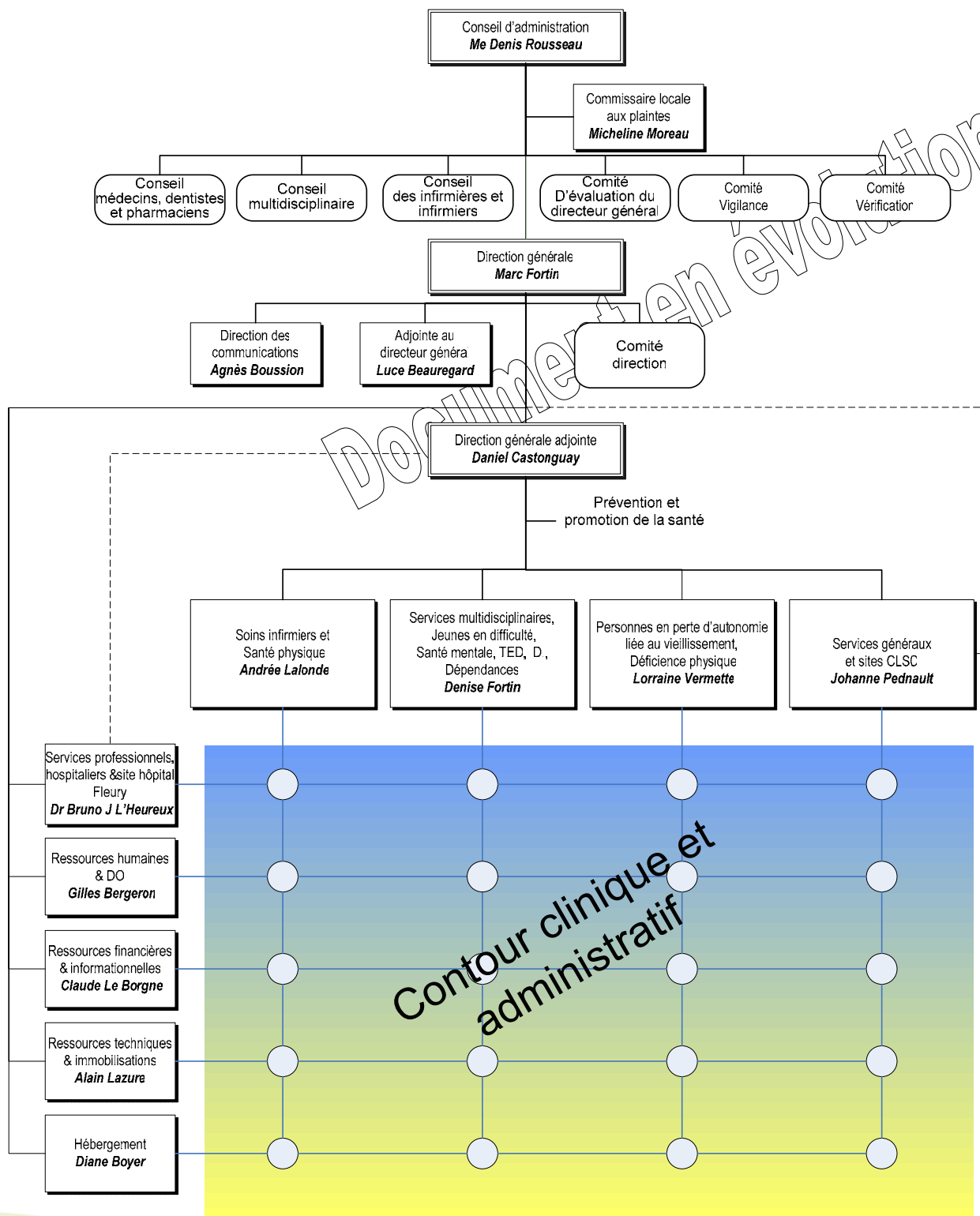
Responsabilisation

Tout intervenant du CSSSAM-N doit assumer les décisions qu'il prend et les gestes qu'il pose en regard de la fonction qu'il occupe au sein de l'organisation. La reddition de comptes, selon le statut occupé, fait partie de ses responsabilités. A cette valeur, se greffe le professionnalisme duquel se dégage la notion d'éthique, laquelle donne une dimension de qualité aux interventions de chacun.

Rigueur

Cette conviction colore le style de gestion en y injectant des notions d'équité, d'exactitude, de précision et de logique qui permettent aux intervenants de mener à bien les différents projets et objectifs organisationnels. Posséder la rigueur dans l'exécution du travail est un gage de réussite et contribue à façonner la crédibilité des membres de l'organisation.

LE CSSSAM-N... UNE ORGANISATION VIVANTE



Nos employés... la vigueur de notre organisation

Le moteur d'une organisation est sans contredit le personnel qui y travaille. Le projet clinique est un exemple convaincant de ce que nous avançons. Modifier les façons de faire, innover, revoir l'organisation des services et des soins, tout ceci ne peut se faire sans l'apport et l'engagement de l'ensemble de nos équipes.

Catégories d'emploi	Nombre
Hors-cadres	2
Cadres supérieurs	19
Cadres intermédiaires	99
Infirmières	471
Infirmières auxiliaires	88
P.A.B., aux. fam. et soc.	661
Professionnels	285
Personnel de bureau	283
Métiers	397
TOTAL	2305
Source: DRH et DO (juillet 2005)	

La mise en place du projet clinique et son succès reposent sur l'ensemble de notre personnel et de nos médecins; c'est pourquoi ils devront détenir une expertise pointue et nous devons nous assurer comme organisation d'offrir à nos équipes une formation continue pour leur permettre de maintenir leurs connaissances à la fine pointe des dernières exigences et des derniers développements.

Le transfert des compétences et l'interdisciplinarité sont aussi deux volets sur lesquels le CSSSAM-N aura à se pencher dans le cadre de la mise en œuvre du projet clinique. Les travaux entourant la phase I du projet clinique ont permis à plus de deux cents personnes de se mobiliser au sein de ce projet. En provenance de différentes équipes, ces professionnels ont démontré que c'est grâce à l'interdisciplinarité et au travail d'équipe qu'il est possible de regarder vers l'avenir. Selon les échéanciers serrés et des résultats attendus, la phase I du projet clinique est terminée. Toutefois, est-il nécessaire de spécifier que la phase II exigera de nos équipes de continuer à travailler l'avenir tout en assumant le présent. Effectivement, le projet clinique et les tra-

vaux qui l'entourent forment les fondations du CSSSAM-N et nous permettent de construire l'avenir.

Le succès du projet clinique repose sur l'engagement de nos équipes, car c'est grâce à elles que ce projet ne sera plus dans quelques mois un projet, mais une réalité, et qu'il prendra vie au sein de notre organisation.

Nos médecins... un des jalons de notre réussite

Département	Actif	Associé	Conseil	Honoraire	Affilié	Nombre
Anesthésiologie	5	0			0	5
Biologie médicale	3	13	2			18
Chirurgie	20	12	1	1		34
Imagerie médicale	1					1
Médecine générale	76	11			2	89
Médecine spécialisée	9	11	1	2		23
Pharmacie	10	1				11
Psychiatrie	8		4			12
TOTAL	132	48	8	3	2	193
Source: direction des services professionnels et hospitaliers (septembre 2005)						
IB: Il s'agit d'individus et non d'équivalent temps plein (ETP)						

PROCHE DE NOTRE POPULATION

Le CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord

- . 3 établissements fusionnés (8 sites)
- . 5 établissements associés

Ailleurs dans le territoire d'Ahuntsic et Montréal-Nord

- . 16 cliniques médicales
- . Parmi les 16 cliniques, 3 potentiels CMR
- . Aucun GMF
- . Plusieurs groupes communautaires

22



Le profil démographique comparé en 2005

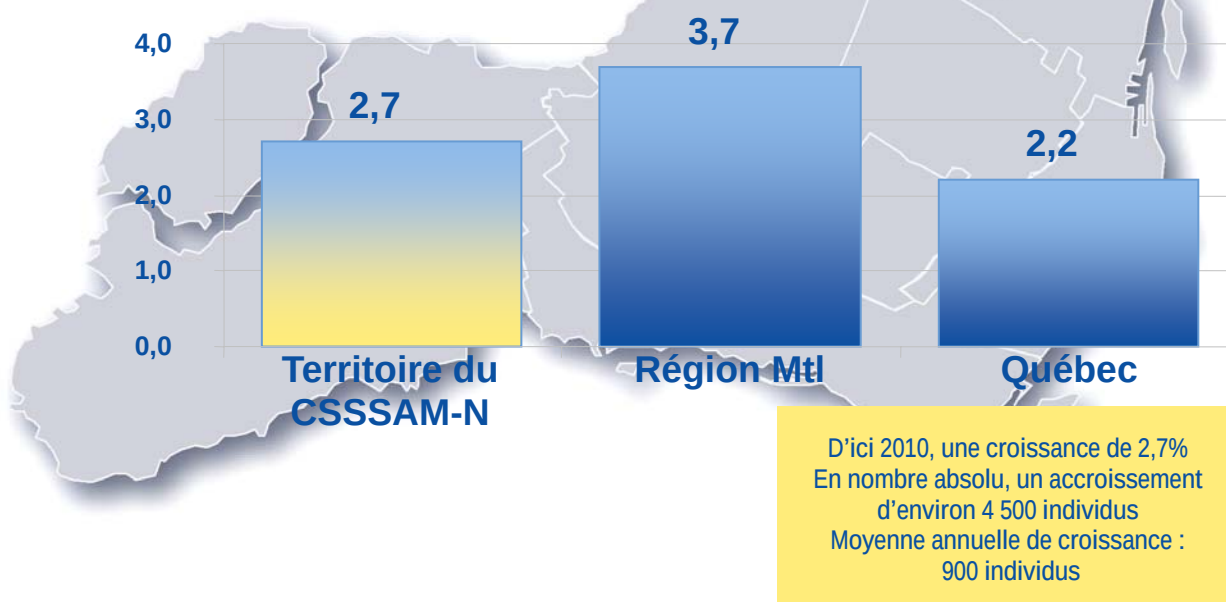
La population totale et les ratios de personnes âgées de moins de 18 ans et de plus de 65 ans

	Population totale	% pop. 00-17 ans	% pop. 65 ans et +
Territoire du CSSSAM-N	167 096	19,3%	18,1%
Région de Montréal	1 882 561	19,0%	15,1%
Ensemble du Québec	7 566 409	20,3%	13,8%

Le territoire d'Achunsiac et Montréal-Nord
Le 5^{ème} en importance dans les 12 RLS de la région
en terme démographique
Au Québec, le 16^{ème} en importance sur 95 RLS
Parmi les ratios de personnes âgées les plus forts
de la région de Montréal et du Québec

23

L'évolution démographique comparée, 2005-2010



NOTRE POPULATION... NOTRE SOURCE D'INSPIRATION

Profil sommaire de la consommation de la population du territoire en 2003-2004 ^{1,2}

CLSC : Usagers différents	54 055
CLSC : Interventions	258 657
CHSLD : personnes hébergées	1 432
CHSGS : Hospitalisations	18 102
CHSGS : Équiv.-lits ³	523

Consommation totale de la population qui habite le territoire d'Ahuntsic et Montréal-Nord, peu importe le CSSS ou le territoire d'obtention du service

24

Profil sommaire de la production (offre) du CSSSAM-N en 2003-2004 ^{1,2}

Production (offre) totale du territoire d'Ahuntsic et Montréal-Nord, peu importe le territoire de provenance de la clientèle

Usagers différents - CLSC	45 437
Interventions - CLSC	255 094
Personnes hébergées	712
Cliniques externes - visites	48 047
Urgence - visites	42 336
Chirurgies d'un jour	2 858
Hospitalisations	5 497

1 : 2003-04 est la dernière année disponible pour les banques de données nationales
 2 : consommation totale de la population peu importe le CSSS ou le territoire de consommation
 3 : équiv.-lits mesurés avec un taux d'occupation théorique de 90%

La population de langue officielle anglaise ou ni anglaise, ni française

	Langue officielle anglais	% du total	Langue officielle ni anglais / ni français	% du total
Territoire : Ahuntsic	9 477	12,5%	1 516	2,0%
Territoire : Montréal-Nord	10 730	13,0%	1 651	2,0%
Ensemble du territoire	20 206	12,8%	3 167	2,0%
Région de Montréal	565 227	31,7%	39 352	2,2%

Au global, 23 373 personnes n'ont pas le français comme langue officielle, soit environ 15% de la population totale du territoire

La clientèle de CLSC de langue de service anglaise ou ni anglaise, ni française

25

	Langue de service anglais	% du total	Langue de service ni anglais / ni français	% du total
Territoire : Ahuntsic	835	5,0%	591	3,5%
Territoire : Montréal Nord	559	2,7%	598	2,8%
Ensemble du territoire	1 394	3,7%	1 189	3,2%
Région de Montréal	108 867	23,7%	12 075	2,6%

Au niveau du territoire, environ 60% de la clientèle de langue officielle autre que le français est de langue officielle anglaise. Dans le sous territoire de Montréal-Nord, ce ratio est de 48%, démontrant l'importance relative du volume de clientèle de langue officielle autre que l'anglais ou le français

Particularités

Le taux de réponse du CSSS est d'environ 57% sur les clientèles du territoire dont la langue officielle est l'anglais, ce même taux est d'environ 86% sur les clientèles dont la langue officielle n'est ni l'anglais, ni le français

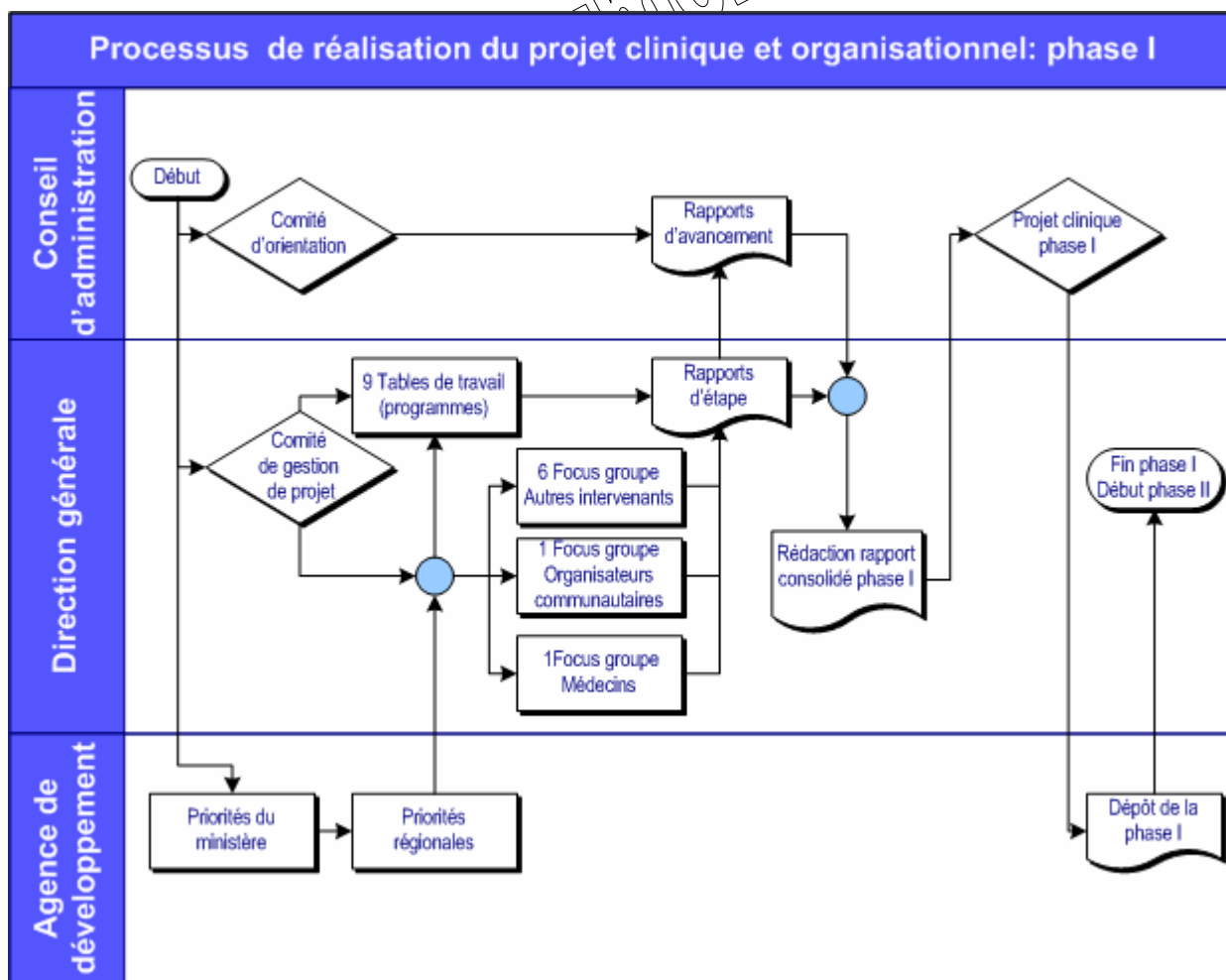
Note : les statistiques sur la langue de service des utilisateurs de services hospitaliers ou d'hébergement ne sont pas disponibles

BÂTIR L'AVENIR

Le processus de réalisation du projet clinique: phase I est un processus complet sans être complexe.

Émanant des priorités nationales et régionales dictées respectivement par le Ministère et l'Agence, les travaux de la phase I du projet clinique du CSSAM-N ont débuté en janvier 2005 pour se terminer en juin 2005.

Chapeautés par le comité d'orientation et mis en œuvre par le comité de gestion de projet, les travaux ont interpellé plus de deux cents (200) personnes. Le nombre élevé d'intervenants, de partenaires, de médecins, d'organiseurs communautaires, etc. ayant pris part à cette démarche donne une saveur locale et un regard réaliste à ces travaux, deux (2) éléments fondamentaux à la construction et à l'édification de notre projet clinique.



Le comité de gestion de projet est formé de cinq (5) personnes et relève de la Direction générale du CSSSAM-N. Ce comité définit les lignes directrices des travaux et s'assure de la qualité des rapports déposés au comité d'orientation.

Les neufs (9) tables de travail sont composées d'intervenants représentatifs du CSSSAM-N ainsi que des milieux communautaires et institutionnels de notre territoire. Ces tables sont coordonnées et animées par des responsables de tables issus de l'interne du CSSSAM-N et dont l'expertise est reconnue.

Parallèlement à ces tables, huit (8) Focus Groupes ont été mis sur pied. Ces groupes ont permis d'alimenter davantage les travaux des tables par leurs regards et leurs expériences directs avec la clientèle. Ces consultations permettaient de valider, de confirmer ou d'infirmer certains constats mis de l'avant au sein des tables de travail.

Les tables de travail par le biais de leurs responsables devaient déposer un rapport d'étapes. Ce rapport avait pour objectif de mettre en lumière les constats respectifs de chacun des programmes et pointer certaines pistes de solution pour notre organisation.

Suivant ce dépôt, un rapport d'avancement est soumis au comité d'orientation; celui-ci est quant à lui formé de vingt-quatre (24) membres. La provenance de chacun des membres est variée. Cette variété permet à ce comité d'avoir le regard critique essentiel à ce type de démarche. Qu'il s'agisse de la Direction de la santé publique, de l'Agence, du Comité des usagers ou du CMDP, chacun pose un regard sur les travaux et sur les rapports selon l'expertise qui lui est propre.

Enfin, suivant les commentaires et les recommandations du comité d'orientation, un rapport consolidé de la phase I est rédigé. Ce rapport synthétisé vise à résumer l'essentiel des travaux et donne succinctement la première lecture clinique du projet.

Ce rapport consolidé est par la suite déposé au comité d'orientation, lequel recommandera son adoption par le conseil d'administration du CSSSAM-N.

Le conseil d'administration mandate par la suite le directeur général à déposer ledit rapport auprès des instances concernées, soit l'Agence et le Ministère.

Par le dépôt du rapport consolidé de la phase I, le coup d'envoi de la phase II est donné.

Le programme santé publique (selon les banques de données)

	RLS AM-N	Région Mtl
Quelques indicateurs socioéconomiques		
Population sous le seuil de pauvreté	33,3%	29,0%
Population 20 ans et plus – faible scolarité	33,9%	26,5%
Ratios 15-24 ayant quitté l'école	34,1%	31,6%
Taux délinquance juvénile (12-17 ans)	5,9%	6,1%
Taux de familles monoparentales	38,6%	33,0%
Taux prestataires de l'assistance-emploi	16,7%	12,8%

28

Quelques indicateurs sur l'état de santé		
Espérance de vie à la naissance - femmes	81,0 ans	81,1 ans
Espérance de vie à la naissance - hommes	74,4 ans	74,8 ans
Taux de grossesse adolescente	37 par 1000	28 par 1 000
Taux hépatite C	77,1 par 100 000	82,7 par 100 000
Taux MTS	123,8 par 100 000	179,6 par 100 000
Taux prévalence hypertension	131,8 par 1 000	121,3 par 1 000
Taux de prévalence - diabète	6,6%	5,7%
Taux d'incidence du cancer	563 par 100 000	503 par 100 000
Taux prévalence de la maladie cardiaque	61,9 par 1 000	55,4 par 1 000
Taux prévalence des troubles mentaux	47,1 par 1000	45,9 par 1000

- Indique que le RLSAM-N est dans une position relativement défavorable par rapport à l'ensemble montréalais
- Indique que le RLSAM-N est dans une position relativement favorable par rapport à l'ensemble montréalais

Constats tirés des travaux locaux:*À propos de nos plans locaux de santé publique(PAL)*

- L'inventaire qu'ils constituent couvre la plupart des axes et objectifs régionaux.
- Plusieurs activités font partie de l'offre de service régulière, sont quelques fois temporaires en raison des ressources disponibles ou de leur caractère opportuniste et ne sont pas rattachées à l'hôpital ou aux résidences.
- Les objectifs concernant le milieu communautaire sont portés surtout par la concertation.
- Plusieurs objectifs et actions de santé publique n'ont pas les conditions nécessaires à leur consolidation et leur développement.
- Les objectifs reliés à la santé au travail sont traités à part, sans arrimage aux autres.
- La facture des PAL, une liste de mesures, suscite peu la mobilisation et l'intégration.

À propos de nos pratiques

- Nous sommes passés de la prévention primaire à la prévention tertiaire : clientèle vulnérable ciblée plutôt que santé de la population en général.
- Les clientèles ciblées multi-problématiques nécessitent une concentration de ressources dans des secteurs précis au détriment de zones où les difficultés sont moins grandes.
- L'implantation des programmes de santé publique se fait en accéléré.
- Le lieu d'intervention, la langue et la culture de la clientèle nécessitent un temps plus grand pour réaliser les activités et atteindre les objectifs.
- Le financement limité force à faire des choix (ex. priorité à la vaccination plutôt qu'aux activités préventives en scolaire, routes chargées avec peu d'interventions éducatives).
- Les indicateurs de succès des pratiques sont peu connus (données probantes).
- La responsabilité de la promotion des mesures préventives est à clarifier pour l'optimiser.

Capacité d'agir et orientations

- Volonté de concertation, d'arrimage et d'intégration incluant l'intersectoriel et les partenaires autonomes pour l'établissement d'une approche d'ensemble: un processus et un lieu d'échange sur les problèmes et les besoins.
- Partage nécessaire avec les instances intersectorielles, d'une compréhension des priorités, orientations et stratégies de développement social du milieu pour renforcer leur appui.
- Mise en place d'un cadre de référence local en santé publique par le développement d'une compréhension approfondie de la problématique, des approches privilégiées, du parcours de la clientèle, d'objectifs et d'actions ciblant l'ensemble des déterminants de santé et agissant sur l'ensemble des stratégies nationales et régionales.
- Faire connaître les choix locaux à tous les niveaux de responsabilités intersectoriels, élaborer les rôles, responsabilités et participation des établissements et organismes et en soutenir l'implication selon des échéanciers réalistes.
- Développer une culture de santé publique dans le CSSS.
- Assurer la continuité du financement des projets pour assurer la consolidation des actions vers les objectifs visés.
- Identifier des ressources spécifiques rattachées à la direction de santé publique du CSSS pour assurer des changements réels et une réalisation durable des actions du PAL.

Le programme services généraux (selon les banques de données)

Démographie

Population totale en 2005

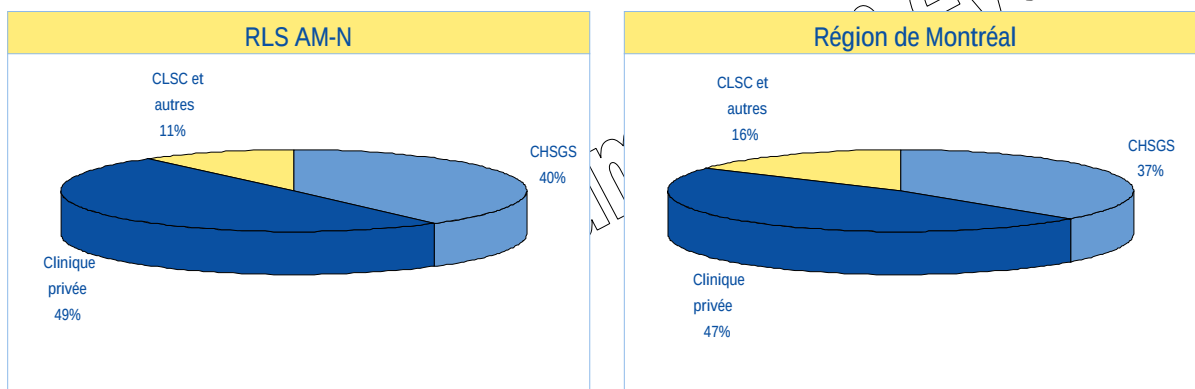
RLS AM-N

167 096 personnes

Région Mtl

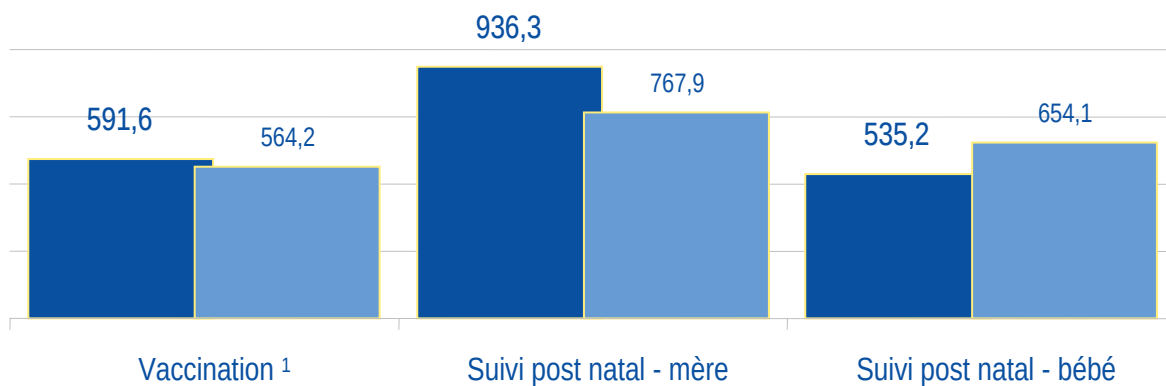
1 882 561 personnes

Les services donnés par les médecins du RLS AM-N et la région en omnipratique, 2003



Note : la mesure est fonction de la facturation générée par site d'offre du service
Source : RAMQ

Nombre d'interventions par 1 000 naissances en CLSC (mesuré à partir de la rubrique I-CLSC « raison d'intervention »)



¹ Vaccination faite en CLSC (exclut les vaccinations en bureaux privés)

Constats tirés des travaux locaux:*Accessibilité*

- L'accessibilité à un médecin de famille est restreinte pour la clientèle qui le requiert.
- L'accessibilité-horaire est variable et incomplète selon la nature du service demandé ou la clientèle en demande.
- L'offre de service varie selon les ressources disponibles.
- Les programmes d'enseignement ne sont pas disponibles pour plusieurs clientèles chroniques.
- Les services de nutrition, de physiothérapie et d'ergothérapie sont peu accessibles.

Continuité

- La continuité des services auprès de la clientèle suicidaire ou démontrant des problèmes de santé mentale est fragile.
- Les processus d'accueil et d'évaluation sont cloisonnés et souvent dédoublés.
- La concertation avec les partenaires (cliniques médicales, pharmacies, organismes communautaires) est peu développée.
- La communication des avis de naissance par l'externe est incomplète.

Santé publique

- L'information de la population sur les bienfaits de la vaccination des jeunes est insuffisante.
- Des services d'éducation parentale doivent être développés pour les 0-4 ans.

Capacité d'agir et orientations

- Assurer l'harmonisation interne et externe des pratiques et outils d'accueil et d'évaluation.
- Accentuer les efforts de concertation avec les partenaires.
- Accentuer les efforts de développement des cliniques-réseaux.
- Investir dans les communications entre le CSSS et les médecins du territoire: agent de liaison, système de référence, etc.
- Compléter, préciser et stabiliser l'offre de service et en assurer l'accessibilité selon la norme ministérielle.
- Cibler le développement de programmes d'enseignement en fonction des problématiques spécifiques de notre population.
- Assurer la continuité des services pour les clientèles suicidaires ou avec des problèmes de santé mentale (gestion de cas, etc.).
- Assurer l'harmonisation interne et externe des pratiques et outils d'accueil et d'évaluation.
- Accentuer les efforts de concertation avec les partenaires.
- Investir des ressources et implanter de nouvelles pratiques dans les programmes de santé publique.

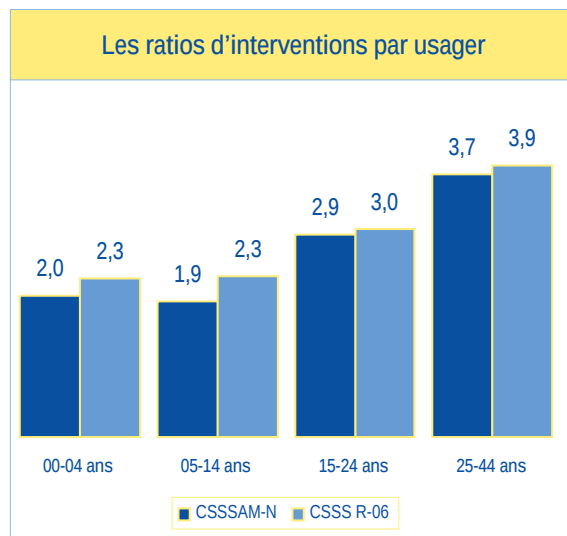
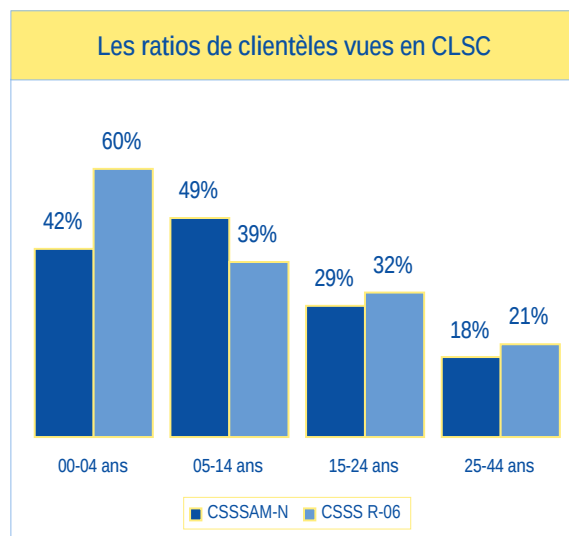
Le programme jeunes en difficulté (selon les banques de données)

Quelques indicateurs épidémiologiques et socio-sanitaires

	RLS AM-N	Région M
Taux de grossesse adolescente (14-17 ans)	37 par 1000	28 par 1 000
Naissance avec retard intra-utérine	7,4%	7,7%
Mortalité infantile	5,2 par 1 000	5,6 par 1 000
Population 20 ans et plus – faible scolarité	33,9%	26,5%
Ratios 15-24 ayant quitté l'école	34,1%	31,6%
Taux délinquance juvénile (12-17 ans)	59 par 1 000	61 par 1 000
Taux de victimisation (00-17 ans)	27 par 1 000	21 par 1 000
Taux d'externalisation (00-17 ans)	13 par 1 000	14 par 1 000

32

Caractéristiques des clientèles en CLSC



Constats tirés des travaux locaux:

- En 2005, on estime à 32 204 personnes les 0-17 ans et à 14 581 les 18-24 ans : 10 à 15% d'entre elles vont rencontrer des difficultés qui risquent d'entraver leur développement.
- L'extrême pauvreté, comme déterminant pouvant avoir des incidences importantes sur le développement de problèmes sociaux et de santé, est très présente (3 enfants sur 10) dans certains quartiers.
- L'offre de services est incomplète (de la promotion à la réadaptation).
- Les délais d'attente souvent trop longs peuvent avoir des conséquences désastreuses.
- Une augmentation des demandes d'aide pour les enfants présentant des retards de développement globaux ou qui reçoivent des diagnostics.
- Une augmentation des problèmes de langage en attente de services durant 11/2 an en orthophonie.
- Des problèmes d'accessibilité en ergothérapie, psychologie, et neuropsychologie.
- Les services en CPE, en scolaire et le répit sont insuffisants.
- Des activités de groupe auprès de clientèles ciblées (PEPS, PEDAP, Vers le pacifique, l'aide aux devoirs et aux leçons) qui donnent de bons résultats.
- Des protocoles de collaboration existants avec les Centres jeunesse et à établir avec le Centre Dol-lard-Cormier.
- Une accessibilité inégale en pédopsychiatrie.
- Le manque de coordination des services peut compartimenter l'intervention entre les divers programmes à l'intention des jeunes (services généraux, santé mentale, santé publique, déficience physique, déficience intellectuelle, TED, dépendances).
- La coordination des services avec les partenaires selon le modèle EIJ, une formule gagnante.
- Des interventions de proximité existantes qui permettent de rejoindre les familles les plus vulnérables (milieux défavorisés, nouveaux arrivants, liens de confiance à développer).

Capacité d'agir et orientations

- Intervenir de façon précoce et intensive, le plus près possible des milieux de vie des jeunes et de leur famille afin de prévenir l'aggravation et la récurrence des problèmes d'adaptation sociale.
- Pour réviser et compléter l'offre de service : travailler dans le sens des orientations ministérielles annoncées pour l'automne sur l'offre de services du programme Jeunes en difficultés et dans le sens des ententes MSSS-MELS sur le partage des responsabilités et MSSS et MFE sur l'offre de services de santé et de services sociaux aux enfants en service de garde.
- Prévoir des mécanismes pour travailler les interfaces entre les programmes.
- Privilégier des interventions multifformes agissant sur le jeune, sa famille, son milieu de vie et son environnement en partenariat.
- Intensifier les services de stimulation précoce et d'orthophonie.
- Les activités de lutte contre la pauvreté doivent être prioritaires.
- L'intervention de proximité doit être maintenue.
- Généraliser la coordination de services avec les partenaires selon la formule EIJ.

Le programme personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (selon les banques de données)

Quelques indicateurs

Pop. 65 ans et plus vivants seuls
Taux d'hospitalisation – 65 ans et plus

RLS AM-N
37,8%
340 par 1 000

Région Mtl
35,6%
308 par 1 000

Les personnes âgées dans l'ensemble de la population

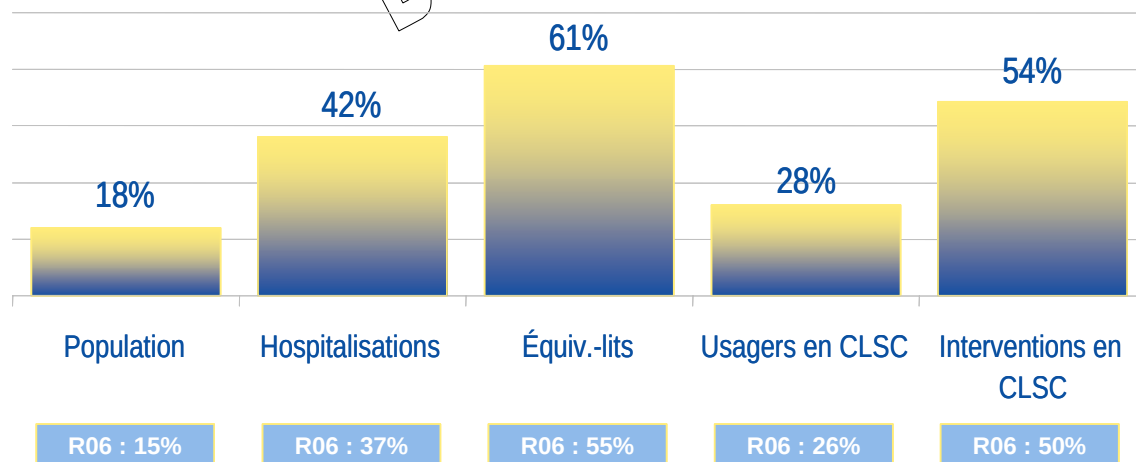
Population 65 ans et plus
Population 75 ans et plus
Population 85 ans et plus

30 216 (18,1% du total)
15 509 (9,3% du total)
3 963 (2,4% du total)

285 087 (15,1% du total)
140 403 (7,5% du total)
35 112 (1,9% du total)

La part des personnes âgées de 65 ans et plus dans la consommation de la population du RLS AM-N

34



Hébergement

Nbre d'orientations - SRA
Nbre d'admissions en CHSLD
Nbre de personnes hébergées

RLS AM-N
426 orientations en 2003-2004
393 admissions (tx 92% vs Mtl : 80%)
1 432 personnes hébergées

Constats tirés des travaux locaux:*Accessibilité*

- Problème d'accessibilité à des services médicaux, psychosociaux, d'ergothérapie et d'aide à domicile.
- Une offre de service incomplète : programmes de fin de vie, ressources intermédiaires, alternative à l'hébergement.
- Absence de cliniques externes spécialisées à proximité : chutes et troubles de la marche, mémoire, dysphagie et troubles associés, incontinence, etc.
- Problèmes d'accessibilité à des consultations spécialisées : ophtalmologie, santé mentale, psychogériatrie.
- Problèmes d'accessibilité à des ressources non institutionnelles, à du transport et à de l'accompagnement adéquat pour la clientèle.
- Plusieurs actions sont assurées par les partenaires : dépistage, soins et assistance, support aux proches.
- Deux centres de jour sur le territoire et hébergement institutionnel à 52% dans des CHSLD privés conventionnés.

Continuité

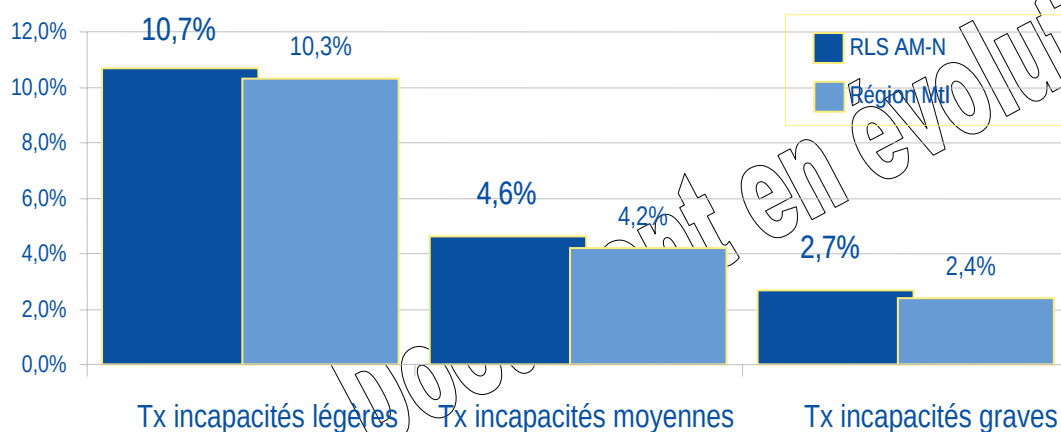
- Problème de liaison de la 2^{ième} ligne à la première.
- Problème de suivi aux consultations chez les spécialistes.
- Dédouplements des évaluations et plans d'interventions.

Capacité d'agir et orientation

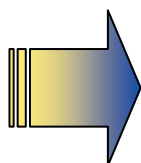
- Une offre de service à ajuster à une population croissante et à ses caractéristiques culturelles et linguistiques, incluant le répit aux proches aidants.
- Des ressources d'hébergement intermédiaires et alternatives à développer.
- Des ressources de courte durée gériatrique et de convalescence à développer sur le territoire.
- Un guichet unique avec un numéro unique d'accès téléphonique à mettre en place.
- Une gestion de cas assurant la continuité des services à l'intérieur de tout le réseau pour la clientèle ciblée.
- Des outils d'évaluation de besoins, de dépistage et de communication à uniformiser et informatiser.
- Une table de concertation intersectorielle pour les personnes âgées à maintenir et renforcer.
- Une table de concertation des CHSLD publics et privés conventionnés à mettre sur pied.
- Une gestion d'ensemble du vieillissement à assurer.

Le programme déficience physique (selon les banques de données)

Taux d'incapacités : profil comparé RLS AM-N et région de Montréal



36



RLS AM-N : environ 7 600 individus avec incapacités moyennes
RLS AM-N : environ 4 600 individus avec incapacités graves

Consommation et production en CLSC

Usagers différents
Interventions
Interventions par programme

RLS AM-N	CSSS AM-N
1 198 usagers	1 178 usagers
30 148 interventions	30 084 interventions
25,2 I/U	25,2 I/U

Taux de pénétration en CLSC

Ratio usager programme DP au CLSC vs population avec incapacités graves ou moyennes

CSSS AM-N sur RLS AM-N

9,7% de la population cible

Constats tirés des travaux locaux:

- On estime à 31 645 le nombre de personnes avec incapacité sur le territoire; 12 088 d'entre elles ont plus de 15 ans et une incapacité modérée ou grave de nature variée.
- Les activités de prévention et promotion et les services de nutrition sont peu accessibles.
- Des barrières linguistiques et culturelles nuisent à l'accessibilité.
- La personne et sa famille confrontées à la complexité du système ont besoin de support et d'accompagnement.
- L'évaluation globale des besoins de la personne et de ses proches n'est pas toujours assurée.
- Peu de PSI sont réalisés avec la participation des clients et de leur famille.
- Les services d'aide (AVD et AVQ), répit, gardiennage et dépannage sont nettement insuffisants pour intégrer et maintenir les personnes à domicile et supporter les aidants.
- L'accès à un médecin de famille est limité et l'évaluation des spécialistes est priorisée selon l'urgence, d'où une longue attente pour certains.
- L'attente pour l'obtention d'aides techniques est longue et le transport adapté est difficilement accessible, ce dernier répondant à environ 10% des besoins.
- Les ressources résidentielles adaptées sont peu nombreuses et l'attente pour le programme d'adaptation du domicile est de deux ans.
- L'accessibilité architecturale du CSSS et l'accessibilité à divers services du milieu est difficile (ex.: services de garde, activités sportives, accompagnateur).
- Le délais d'accès aux services spécialisés est parfois long et les clientèles à déficiences multiples ne correspondant pas aux critères se retrouvent sans services.

Capacité d'agir et orientations

- Identifier, harmoniser et partager des outils de dépistage simples et efficaces avec les partenaires.
- Développer une service d'accueil, d'évaluation et référence, adapté aux besoins spécifiques de la clientèle et des proches aidants.
- Former et informer adéquatement les intervenants à l'évaluation et la référence.
- S'assurer de la participation des personnes à leur PSI et leur fournir au besoin l'accompagnement d'un gestionnaire de cas pour assurer la continuité dans l'ensemble du continuum.
- S'assurer de la transmission de l'information intra et interétablissement (évaluation, PSI).
- Clarifier l'offre de services disponible dans l'ensemble du continuum et les mandats et critères d'admission de chacun.
- Soutenir les groupes d'entraide existants qui contribuent à augmenter l'accessibilité.
- Établir des ententes de services pour chaque type de déficience, avec les partenaires concernés (CRDP, CHR, cliniques médicales), sans oublier les déficiences multiples.
- Travailler à la réduction de l'attente et des écarts entre les services requis et les services alloués (aide à domicile, aide technique, transport adapté, etc.).
- Sensibiliser les responsables des programmes d'adaptation des logements, les promoteurs immobiliers et les divers acteurs de la communauté aux problèmes d'accessibilité et aux mesures contribuant à l'intégration sociale des personnes.

Le programme santé mentale (selon les banques de données)

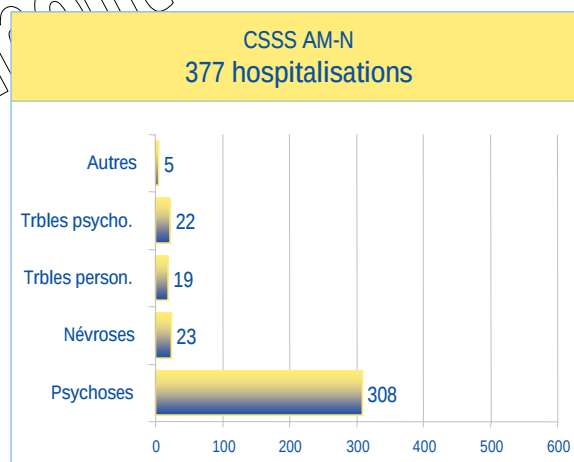
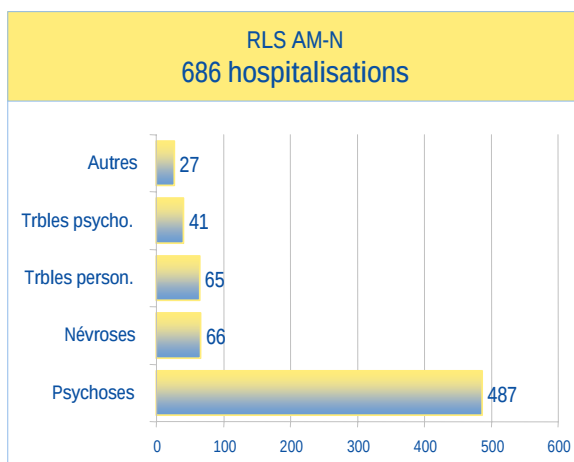
Quelques indicateurs épidémiologiques

Taux de mortalité liée au suicide
Taux de psychose hospitalisée
Taux de prévalence des troubles mentaux

RLS AM-N
18 par 100 000
2,9 par 1000
47,1 par 1000

Région Mtl
15 par 100 000
2,7 par 1000
45,9 par 1000

Consommation et production en CHSGS : épisodes par regroupements diagnostiques



Les volumes correspondent à la CMD 19, de laquelle nous avons soustrait le DRG 429 : troubles organiques / retard mental

Consommation et production en CLSC

Usagers différents
Interventions
Interventions par usagers

RLS AM-N
2 569 usagers
13 538 interventions
5,3 I/U

CSSS AM-N
2 520 usagers
13 797 interventions
5,5 I/U

Constats tirés des travaux locaux:

- Des 28 000 personnes du territoire connaissant un problème de santé mentale au cours de leur vie, 3 680 vivront un trouble sévère ou persistant et 20 000 des troubles transitoires.
- Les services offerts à proximité sont insuffisants par rapport aux services spécialisés qui sont eux-mêmes peu accessibles.

Jeunes

- La collaboration est très inégale entre la pédopsychiatrie des CH et leur communauté, d'où un déséquilibre sur le territoire du CSSS qui est en lien avec deux d'entre eux.
- Le dépistage et l'intervention précoce en première ligne est parcellaire.

Adultes

- Un problème d'accessibilité et de continuité pour la clientèle ayant des troubles de personnalité sévères. La distance limite l'utilisation des programmes spécialisés.
- Une capacité limitée des organismes communautaires à absorber la clientèle peu mobilisable et une tendance pour la clientèle à rester au même service.
- Peu d'accessibilité aux diagnostics différentiels à l'extérieur de l'hôpital.

Aînés

- Une offre de service inégale sur le territoire du CSSS.
- Une accessibilité plus faible aux services pour les aînés ayant des problèmes de santé mentale et leurs proches, incluant les ressources communautaires.
- Peu de dépistage chez les aînés pour prévenir la dépression, le suicide et l'abus de médicaments.
- Pas d'accessibilité à des unités spécifiques pour les aînés ayant des troubles de comportement accompagnés d'une démence ou de problèmes cognitifs ou des doubles diagnostics (déficience physique et santé mentale).

Capacité d'agir et orientations*Jeunes*

- Un service de dépistage et d'évaluation précoce.
- Informer, former et sensibiliser les écoles, les CPE, les cliniques médicales.
- Consolider la 1^{ère} ligne et utiliser de façon optimale la 2^{ème} ligne comme consultants et experts et investir dans la liaison.

Adultes

- Mobiliser les médecins et donner accès à l'évaluation liaison de la 2^{ème} ligne, à une vigie 24/7 sur les pharmacopées psychiatriques et à des diagnostics différentiels.
- Mettre sur pied un comité de supervision et un comité de liaison pour le CSSSAM-N.
- Développer des groupes d'intervention adaptés aux personnes ayant des troubles limites de personnalité et un centre de jour pour les nouveaux patients psychiatriques.
- Formaliser la gamme de services en place (évaluation en première ligne, etc.).

Aînés

- Harmoniser l'offre de service sur le territoire incluant les services aux aidants.
- Améliorer l'accès à l'évaluation (avec ergothérapie) et la liaison interne et externe.
- Dépister la dépression, le suicide et l'abus de médicaments et y sensibiliser les médecins.
- Promouvoir l'implantation d'une maison des aînés dans la communauté.
- Développer une équipe de santé mentale en CHSLD et une équipe de géro-psycho-geriatrie.

Les programmes troubles envahissants du développement et déficience intellectuelle (selon les banques de données)

Quelques indicateurs épidémiologiques

	RLS AM-N	Région Mtl
Taux de prévalence TED : 01-19 ans	27 par 10 000	27 par 10 000
Taux de prévalence TED : 20-64 ans	15 par 10 000	15 par 10 000
Taux prévalence DI : population totale	3%	3%
Taux besoin services spécialisés : DI	10 cas par 100	10 cas par 100

Quelques volumes – fonction des indicateurs

	RLS AM-N	Région Mtl
Nbre estimé de cas : TED	Environ 100 cas	Environ 1 100 cas
Environ 40% d'entre eux ont moins de 20 ans		
Nbre estimé de cas : DI	Environ 5 000 cas	Environ 56 200 cas
Taux besoins services spécialisés : DI	Environ 500 cas	Environ 5 600 cas
On estime qu'environ 10% de la population présentent une DI qui nécessite des services spécialisés		
Note : les informations sur la prévalence et les profils caractéristiques originent du MSSS		

40

Consommation et production en CH

	RLS AM-N	Région Mtl
Clientèle avec DRG-429 : retard mental	12,7 par 10 000 (212 cas)	8,5 par 10 000 (1 600 cas)
DRG 429 est : troubles organiques / retard mental		

Consommation et production en CLSC

	RLS AM-N	CSSS AM-N
Usagers différents : programme DI	415 usagers	387 usagers
Interventions : programme DI	3 012	2 917
Interventions par usagers	7,3 I/U	7,5 I/U

Constats tirés des travaux locaux:

- Sur le territoire du CSSSAM-N, on estime à 643, le nombre de personnes, pour lesquelles un diagnostic de déficience intellectuelle a été posé et qui ont besoin de services. Nous desservions 378 usagers en 2004-2005.
- On estime à 235 le nombre de personnes présentant un trouble envahissant du développement (soit 90 familles ayant un enfant de moins de 19 ans). Nous desservions 142 usagers en 2004-2005.
- En fait 10 nouveaux-nés par an (DI ou TED) sur le territoire du CSSSAMN : 9 cas ont d'ailleurs été identifiés au centre de développement l'année dernière.
- Le dépistage est fait par divers intervenants et des problématiques sont identifiées: placements, manque de logements supervisés, de loisirs adaptés et à proximité, etc.
- La responsabilité d'évaluer la clientèle adulte n'est portée formellement par aucun partenaire du réseau de la santé et des services sociaux, ce qui pose problème pour les parents vieillissants d'une personne déficiente ou les nouveaux arrivants confrontés à cette situation.
- Le diagnostic et le traitement des cas de comorbidité (à la fois déficience intellectuelle et problème de santé mentale, soit 15 à 35 % de la clientèle DI) reçus en première ligne sont plus difficiles d'accès par manque de diagnostic en DI ou par exclusion aux programmes de santé mentale à cause de leur déficience.
- L'attente pour des ressources en DI et TED, conjuguée à l'appauvrissement, le vieillissement et la monoparentalité sont des facteurs d'aggravation des situations qui nous confrontent : 108 usagers étaient en attente en 2004-2005 pour l'un des services dispensés par l'Intégrale.
- Le répit, soit par le soutien financier ou par des ressources adaptées est manquant. Un comité de travail en a dressé un premier inventaire. Seul l'AMD et Révanous sont présents sur le territoire.
- Les ressources spécialisées de répit, de loisir, de gardiennage scolaire, (inexistantes au secondaire) sont insuffisantes et génèrent de l'attente et de l'épuisement pour les parents dans le besoin.
- Des problèmes de continuité sont entraînés par les doubles problématiques, soit le manque d'hébergement spécialisé ou de services adaptés en situation de crise. L'urgence de l'hôpital représente souvent la seule ressource disponible même si elle ne peut pas donner le service qui correspond au réel besoin.

Capacité d'agir et orientations

- Améliorer les collaborations entre les organismes.
- Se donner ensemble des moyens pour mieux faire face aux demandes de services en attente.
- Identifier un partenaire comme responsable de l'évaluation de la clientèle adulte.
- Améliorer l'accès à des ressources adaptées : placements, répit, logements supervisés, loisirs.
- Améliorer l'accès à des services pour la clientèle présentant à la fois une déficience intellectuelle et des problèmes de santé mentale.

Le programme dépendances (selon les banques de données)

Quelques indicateurs épidémiologiques

Alcool : taux consommation à risque
Drogue : taux de prévalence – utilisation régul.
Jeu : taux de personnes problématiques
Jeu : taux de joueurs pathologiques

RLS AM-N	Région Mtl
12% de la pop. 15 ans + < 1% population totale	12% de la pop. 15 ans + < 1% population totale
2% de la population	2% de la population
1% de la population	1% de la population

Quelques volumes – fonction des indicateurs

Alcool : taux consommation à risque
Drogue : taux de prévalence – utilisation régul.
Jeu : taux de personnes problématiques
Jeu : taux de joueurs pathologiques

RLS AM-N	Région Mtl
16 800	189 000
1 330	15 000
3 300	37 500
1 665	18 730

Un peu plus du tiers de la population qui consomme une drogue de façon régulière est âgée de 15-24 ans

42

Consommation et production en CH

Clientèle avec CMD 20

RLS AM-N	Région Mtl
9,6 par 10 000 (160 cas)	10,0 par 10 000 (1 700 cas)

CMD 20 : Tr. mentaux liés à subst. psycho-actives

Note : des données internes au CHF révèlent qu'en 2004—2005, il y a eu 479 hospitalisations liées à l'alcool et aux autres toxicomanies (14 comme diagnostic principal et 465 comme diagnostic secondaire)

Consommation et production en CLSC

Usagers différents : programme Dépendance
Interventions : programme Dépendance

RLS AM-N	CSSS AM-N
29 usagers	134 usagers
68 (2,3 I/U)	462 (3,4 I/U)

Constats tirés des travaux locaux:

- Selon l'indice montréalais, 3 708 personnes seraient dépendantes à l'alcool sur le territoire et 920 personnes seraient dépendantes aux drogues.
- 2 098 personnes seraient potentiellement en besoin pour des services spécialisés pour le jeu sur notre territoire.
- Le syndrome de l'alcoolisme fœtale chez 0.5 à 2 enfants sur 1000 naissances vivantes.
- Le diagnostic de « toxicomanie compliquant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches » représente 24% des diagnostics principaux et 18% des diagnostics secondaires.
- En 2003-2004, 947 visites de résidents du territoire Ahuntsic dans des ressources (autres que CLSC et pharmacies) offrant du matériel pour UDI(utilisateur de drogues injectables).
- 80% des personnes référées (santé mentale, abus sexuel, violence, prostitution juvénile) par l'équipe quartier, ont aussi un problème de consommation de drogues ou d'alcool.
- Les services ne sont pas accessibles à l'école pour les jeunes adultes.
- L'accès aux services de thérapie est limité pour les clientèles incarcérées.

Nos services

- L'accueil, l'évaluation, l'intervention minimale, la référence et motivation aux traitements se fait peu en première ligne. Plusieurs préfèrent les services communautaires plus informels.
- Le comité toxico a permis la réalisation de plusieurs projets en concertation.
- En milieu de détention, les équipes traitent les sevrages, conséquences immédiates de la dépendance aux médicaments et de la consommation de drogue.
- Des tournées faites par des partenaires en milieu scolaire en prévention de la consommation d'alcool et en animation sur les drogues et plusieurs interventions individuelles et de groupes faites par les équipes communautaires en milieu scolaire.

Capacité d'agir et orientations

- Consolider les activités de prévention et dépistage auprès des jeunes et élargir à l'ensemble du territoire : prévention du jeu, outils adaptés aux clientèles (jeunes, âgées, féminines), prévention et dépistage du VIH-Sida et ITSS.
- Former les intervenants et soutenir les familles.
- Rendre accessibles les ressources d'aide en milieu scolaire pour les jeunes adultes.
- Améliorer l'accessibilité aux services spécialisés par un processus d'admission plus court, par des points de services à proximité, par des ressources d'hébergement temporaire et de logement supervisé et par un réseautage renforcé pour le soutien à la réadaptation.
- Diversifier les formes d'intervention et développer les services préférablement sur le territoire plutôt que de référer au centre-ville pour les obtenir (ex.: échange de seringues, matériel de prévention accessible en établissement de détention).
- Sensibiliser les médecins et pharmaciens au traitement de substitution à la méthadone et promouvoir l'établissement d'une équipe multidisciplinaire de suivi sur le territoire.
- Pour améliorer la continuité, privilégier une évaluation en première ligne partageable par les ressources spécialisées.
- Pour assurer la continuité, prévoir un mécanisme de suivi aux références pour la première ligne incluant les besoins de soutien pour la clientèle qui le requiert (PI/PSI).
- Assumer un leadership au niveau du CSSSAMN sur la coordination des services, la formation continue et le partage des expertises.

Le programme santé physique (selon les banques de données)

Quelques indicateurs épidémiologiques

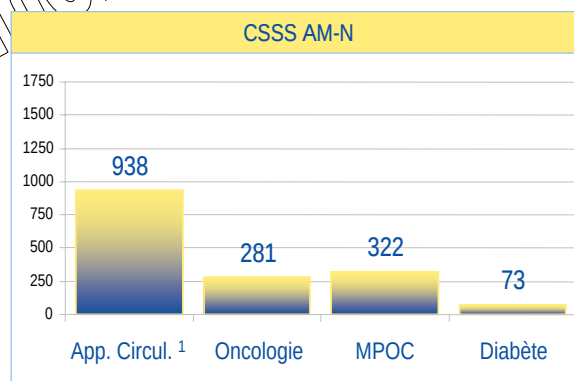
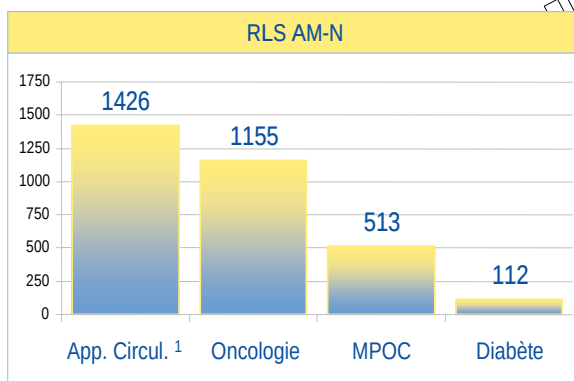
Tx de prévalence - diabète
Tx prévalence MPOC
Taux d'incidence du cancer
Tx prévalence de la maladie cardiaque

RLS AM-N
6,6%
18,8 par 1 000
563 par 100 000
61,9 par 1 000

Région Mtl
5,7%
17,6 par 1 000
503 par 100 000
55,4 par 1 000

Le taux d'incidence est le nombre de nouveaux cas par année. Tout comme pour les taux de prévalence, il est fonction du profil d'âge des populations

Consommation et production en CHSGS – les épisodes de soins



1 : Maladies de l'appareil circulatoire (CMD-05)

Consommation et production en CLSC

Usagers différents
Interventions
Interventions par usagers

RLS AM-N
16 379 usagers
74 820 interventions
4,6 I/U

CSSS AM-N
14 824 usagers
70 485 interventions
4,8 I/U

Constats tirés des travaux locaux:*Oncologie et soins palliatifs*

- Incidence et mortalité par cancer du poumon et cancer du sein plus élevés que Montréal.
- Gamme de services très incomplète et problèmes d'accès, ex : peu de médecins de famille, pas de chirurgie du sein ou du poumon, pas d'équipe de soins palliatifs en milieu institutionnel ou à domicile, pas de réseau d'entraide ou d'organismes communautaires.
- Besoins différents selon les communautés culturelles.

Maladies chroniques

- Hospitalisations et indices comparatifs de mortalité (appareil circulatoire, respiratoire) plus élevés que Montréal.
- Hospitalisations pour l'ensemble des diagnostics ou maladies de l'appareil digestif plus élevés que Montréal.
- Problèmes d'accès ex : services médicaux spécialisés, ergothérapie, nutrition, pas de cliniques spécialisées (ex : insuffisance cardiaque, diabète).
- Pas de suivi systématique pour certains diagnostics et problèmes de prise en charge global et de suivi (ex.: polypharmacie).

Urgence

- Engorgement à certaines périodes de l'année par manque de cliniques sur le territoire.
- Problème d'accès aux plateaux techniques pour les médecins du territoire.
- Problème d'accès aux cliniques externes existantes.

Capacité d'agir et orientations:

- Développement de CMR sur le territoire et accessibilité accrue aux plateaux techniques.
- Volonté de collaboration interne, de mise en commun des expertises et de prise en charge.
- Développement des compétences à intervenir auprès des communautés culturelles.
- Développement de nouveaux partenariats communautaires.
- Travail en amont des problématiques à incidence élevée : insuffisance cardiaque, diabète.

UN FUTUR PROMETTEUR

Le coup d'envoi de la phase II est donné par le dépôt du document dont vous venez de prendre connaissance. S'échelonnant de juin 2005 à juin 2006, la phase II aura pour assises le programme de santé publique et le programme de services généraux. Ces programmes transversaux «sont la base d'accès aux services et aux activités des autres projets cliniques (1)». Cette distinction donne ainsi à ces programmes un positionnement de premier plan au sein du projet clinique.

Les travaux entourant la phase II du projet clinique devront donner priorité aux programmes de santé mentale chez les adultes et les jeunes, des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement et des services post-hospitaliers. L'étape ultime de la phase II verra à cibler et définir les meilleures façons de faire, les meilleures pratiques et le continuum de services visant à assurer l'accessibilité et la continuité pour les clientèles vulnérables et fragiles.

La lutte contre le cancer devra aussi être en premier plan des actions de la phase II du projet clinique. Notre CSSS devra actualiser son plan local et élaborer des ententes visant à respecter les orientations régionales.

À partir de juin 2006 et jusqu'à mars 2007 les priorités de travail pour la phase 3 seront ciblées au niveau des programmes suivants :

- Jeunes en difficulté
- Dépendances
- Déficience intellectuelle
- Déficience physique
- Santé physique

Ainsi nos équipes ne manquent pas de défis pour les travaux entourant la phase II. La phase I nous a permis de faire le défrichage, la phase II nous permettra de débiter la construction et bâtir l'avenir du CSSSAM-N, car notre organisation continue et continuera de se

« centrer sur le mieux-être de sa population ».