

Centre de santé et de services sociaux
d'Antoine-Labelle



PROJET LOCAL D'ORGANISATION DES SERVICES



*« Tous ensemble, pour ajouter
du mieux-être et de la santé
dans nos communautés »*

**Adopté par le Conseil d'administration
le 13 juin 2006**

AVANT-PROPOS

Le présent document se veut le reflet des nombreuses discussions et des travaux qui ont eu lieu depuis le lancement de l'exercice d'élaboration du **projet local d'organisation des services**, en mai 2005.

Cette démarche, qui s'est déroulée au cours de la dernière année, et qui culminera en juin prochain avec l'adoption par le conseil d'administration des orientations et d'un nouveau plan d'organisation, représente l'étape initiale de mise sur pied de notre **Centre de santé et de services sociaux (CSSS)** et du **Réseau local de services** d'Antoine-Labelle dont l'objectif est d'améliorer l'accès, la continuité et la qualité des services offerts à la population de notre MRC et à nos autres clients.

Contrairement à d'autres qui ont choisi une démarche différente, de type « descendante », nous avons voulu, dès le départ, que ce projet prenne peu à peu forme dans une logique « ascendante », à partir de l'évaluation que fait la clientèle des services qui lui sont offerts, des réflexions de nos professionnels et médecins sur les modes optimaux d'organisation des services et, finalement, des constats, des attentes et des collaborations proposées par nos différents partenaires.

La très grande partie des éléments qui composent ce projet ont fait consensus. Les objets de divergence sont peu nombreux et feront l'objet d'une attention particulière dans la documentation qui accompagnera le présent document.

Je désire remercier les centaines de personnes, issues de la population, employés, cadres, professionnels, médecins ou partenaires, qui ont accepté de donner de leur précieux temps pour partager avec nous leurs préoccupations, leurs constats et leurs suggestions. Ce document leur appartient et j'espère qu'ils s'y reconnaîtront !

Finalement, je m'en voudrais de passer sous silence le travail colossal de mémoire de l'exercice réalisé par la chargée de projet, madame Gislaine Doucet, et la qualité de l'animation des nombreuses rencontres par monsieur Jacques Boilard, directeur des ressources humaines.

*Pierre Gfeller, md
Directeur général
Mai 2006*

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	3
TABLE DES MATIÈRES	5
LISTE DES ACRONYMES	7
INTRODUCTION	9
PORTRAIT DE LA MRC D'ANTOINE-LABELLE	25
VERS UN RÉSEAU INTÉGRÉ DE SERVICES À LA COMMUNAUTÉ	29
BESOINS DE LA POPULATION	30
ORIENTATIONS MINISTÉRIELLES	32
ORIENTATIONS LOCALES D'ORGANISATION DES SERVICES	35
CONTOUR DU PROGRAMME	38
VERS UN RÉSEAU INTÉGRÉ DE SERVICES AUX PERSONNES ADULTES EN PERTE D'AUTONOMIE	41
BESOINS DE LA POPULATION	42
ORIENTATIONS MINISTÉRIELLES	46
ORIENTATIONS LOCALES D'ORGANISATION DES SERVICES	49
CONTOUR DU PROGRAMME	52
VERS UN RÉSEAU INTÉGRÉ DE SERVICES EN SANTÉ MENTALE	55
BESOINS DE LA POPULATION	56
ORIENTATIONS MINISTÉRIELLES	59
ORIENTATIONS LOCALES D'ORGANISATION DES SERVICES	62
CONTOUR DU PROGRAMME	64
VERS UN RÉSEAU INTÉGRÉ DE SERVICES EN SANTÉ PHYSIQUE	71
BESOINS DE LA POPULATION	72
ORIENTATIONS MINISTÉRIELLES	75
ORIENTATIONS LOCALES D'ORGANISATION DES SERVICES	81
CONTOUR DU PROGRAMME	84
LISTE DES PARTENAIRES DU RÉSEAU LOCAL	87
LES NIVEAUX D'ACCÈS AUX SERVICES : DÉFINITIONS	90
LES NIVEAUX D'ACCÈS AUX SERVICES : CARACTÉRISTIQUES	92
DONNÉES DE PRODUCTION PROGRAMME SANTÉ PHYSIQUE	94
TABLEAU RÉCAPITULATIF DE LA DÉMARCHE DE CONSULTATION	98
ORGANIGRAMME	100
UN MODÈLE INTÉGRÉ	102

LISTE DES ACRONYMES

CA	Conseil d'administration
CAVAC	Centre d'aide aux victimes d'actes criminels
CCNU	Comité consultatif national sur les urgences
CD	Comité de direction
CGR	Comité de gestion régional
CH	Centre hospitalier
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CLSC	Centre local de services communautaires
CPE	Centre de la petite enfance
CRDI	Centre de réadaptation pour les personnes présentant une déficience intellectuelle
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DI-TED	Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
DRMG	Département régional de médecine générale
DRSP	Direction régionale de la santé publique
ELAN	Centre d'aide aux victimes d'agression sexuelle
GMF	Groupe de médecine familiale
HDSJ	Hôtel-Dieu de St-Jérôme
IVAC	Soutien aux clients victimes d'actes criminels
MCV	Maladies cardio-vasculaires
ML	Mont-Laurier
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la santé et des services sociaux
OLO	OLO pour « œuf-lait-orange » : intervention alimentaire à l'intention des jeunes familles dans le besoin
PAIS	Programme « Adaptation et intégration sociale »
PAPA	Personnes adultes en perte d'autonomie
PRISME	Regroupement des personnes handicapées de la région de Mont-Laurier
RAC	Ressources à encadrement continu
RI	Ressources intermédiaires
RLS	Réseau local de services
RR	Rivière-Rouge
RTF	Ressource de type familial
RUIS	Réseau universitaire intégré de services
SGS	Soins généraux et spécialisés
SIVET	Service d'interprétation en langue des signes
SM	Santé mentale
SRAS	Symptôme respiratoire aigu sévère

INTRODUCTION



e réseau de la santé et des services sociaux du Québec vit présentement une période de changement sans précédent depuis l'avènement de l'assurance-maladie universelle en 1970.

En effet, depuis 2003, une réforme touchant à la fois les structures, le fonctionnement et les relations de travail du réseau a été entreprise par le ministre de la santé, monsieur Philippe Couillard.

C'est dans ce contexte que le Centre de santé et de services sociaux d'Antoine-Labelle (CSSS d'Antoine-Labelle) fut créé à l'été 2004, résultat de la fusion volontaire entre le Centre local de services communautaires (CLSC) des Hautes-Laurentides et le Centre hospitalier et centre de réadaptation Antoine-Labelle.

L'objectif de cette réforme est d'améliorer l'**accès**, la **continuité** et la **qualité** des services de santé et des services sociaux offerts à la population.

L'accès fait référence à la disponibilité des services requis au bon endroit, au bon moment et le plus près possible du milieu de vie de la personne. La continuité des services implique le passage sans rupture ou interruption entre les différents niveaux de services ainsi qu'entre les différentes organisations. Cette notion suppose des mécanismes de coordination et de liaison qui soutiennent la personne à travers le continuum de services. De façon générale, la qualité est l'ensemble des caractéristiques que l'on attend d'un soin ou d'un service pour satisfaire un besoin défini.

De façon plus spécifique, les établissements du réseau de la santé et des services sociaux des Laurentides ont adopté une vision de la qualité où celle-ci est considérée comme « l'essence recherchée dans chaque geste posé par chacune des personnes et chacune des organisations pour que les soins et services contribuent le mieux possible à la santé et au bien-être des citoyens ». Dans le cadre de cette vision, la qualité est considérée comme un engagement mobilisateur, porteur d'actions concrètes du quotidien.

La création de 95 centres de santé et de services sociaux au Québec, regroupant les missions hospitalières, d'hébergement et de services communautaires sur chacun de leur territoire, constitue une étape primordiale du changement. Pour la première fois, un seul établissement, un seul conseil d'administration et une seule équipe de direction sont responsables d'organiser et de coordonner les services offerts à leur population, dans notre cas les personnes résidant dans la Municipalité régionale de comté d'Antoine-Labelle (MRC d'Antoine-Labelle), et imputables d'ajouter de la santé et du mieux-être à la communauté par le biais de la légitimité et de la responsabilité populationnelle qui leur sont conférées par la loi.

Comme le CSSS d'Antoine-Labelle est également un centre de réadaptation en déficience intellectuelle (CRDI) et qu'il détient aussi des mandats régionaux et suprarégionaux en santé mentale et en hébergement de personnes en perte d'autonomie, il dispense également des services à des personnes qui proviennent de l'extérieur de la MRC d'Antoine-Labelle et même des Laurentides. Par le fait même, le CSSS d'Antoine-Labelle est le seul établissement de la région qui offre des services surspécialisés, de niveau tertiaire.

LA NÉCESSITÉ DE REVOIR NOS FAÇONS DE FAIRE

Le vieillissement de la population et le grand nombre de personnes qui présentent des maladies chroniques doivent nous amener à modifier la façon de donner nos services. Alors que le système actuel de santé a été conçu dans les années '70, au moment où la population était jeune et présentait des conditions aiguës pour lesquelles guérir était primordial, la situation actuelle nous oblige à consolider et à améliorer les services de première ligne offerts dans la communauté, puisque informer, soutenir et adapter le milieu sont aujourd'hui aussi importants que guérir.

Les services de première ligne sont offerts dans la communauté en réponse à la plus grande partie des besoins de services de santé et sociaux de la population. Ils sont prodigués par du personnel doté d'une formation générale qui le rend apte à faire face à des situations communes et fréquentes. Le plateau technique de la première ligne est composé d'équipements polyvalents et rarement sophistiqués. Des exemples de tels services sont les cabinets médicaux, les GMF (groupes de médecine familiale), les pharmacies communautaires, le soutien à domicile et la clinique ambulatoire offerts par le CLSC, les services offerts par les organismes communautaires et les résidences privées, le suivi dans la communauté, etc.

Au cours des prochaines années, on doit s'attendre à ce que les nouveaux investissements soient prioritairement affectés à cette première ligne. De plus, la gamme des services spécialisés devra être revue, comme c'est le cas dans chaque CSSS, afin de s'assurer qu'il s'agit là de la meilleure façon de dispenser le service.

L'ensemble des changements que nous effectuerons, tous ensemble, au cours de la prochaine année, afin d'atteindre ces objectifs d'accès, de continuité et de qualité, constitue le **projet local d'organisation des services**¹, qui doit être réalisé par chacun des 95 CSSS du Québec.

Jusqu'à maintenant, pour des raisons historiques et comme partout ailleurs au Québec, nous avons surtout mis l'accent sur le développement des services spécialisés. Il est temps de se questionner sur cette façon de faire. Bien entendu, comme tous les autres CSSS, nous devons continuer à offrir une gamme de services élargis comprenant certains services spécialisés. Mais il est maintenant l'heure de décider si nous désirons continuer à tout faire ou si nous désirons concentrer nos efforts sur les actions qui ajouteront le plus de santé et de mieux-être à notre population.

En particulier, il faudra rapidement identifier des cibles prioritaires qui seront déterminées en fonction des critères suivants :

- leur prévalence dans la population de la MRC d'Antoine-Labelle;
- leur sévérité en termes d'impacts sur la santé et le mieux-être;
- les priorités ministérielles.

Sous ce rapport, les rencontres préliminaires avec la population (focus groups) et les données sociosanitaires produites par la santé publique nous indiquent déjà certaines pistes :

- les activités structurées d'information et de promotion de la santé à une grande échelle auprès de la population;
- l'accès à un médecin de famille;
- l'intégration des services aux personnes en perte d'autonomie;
- les services en pédopsychiatrie;
- le problème du suicide;
- les services aux enfants présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement et à leur famille;

¹ Dans certains milieux, l'expression « projet clinique » est utilisée.

- le suivi variable dans la communauté, en santé mentale;
- l'hémodialyse;
- les maladies chroniques (diabète, cancer, cardiovasculaire et respiratoire).

De plus, à l'heure actuelle, la plupart de ces pistes sont également considérées comme cibles prioritaires par le ministère.

LES VALEURS

Les valeurs qui animent le changement que nous vivons ensemble sont les suivantes :

LES VALEURS FONDAMENTALES

Le respect

On donne au terme « respect » une diversité de significations. Dans le présent document, nous retournerons à son sens étymologique et retiendrons la définition suivante : *sentiment de considération, d'égard envers quelqu'un ou quelque chose, manifesté par une attitude déférente envers celui-ci ou celle-ci; souci de ne pas porter atteinte à cette personne ou à cette chose.*

Au plan philosophique ou de la morale, respecter quelqu'un c'est aussi affirmer la dignité de la personne, sa valeur en tant qu'être moral.

Adopté comme valeur, le respect constitue, dans notre organisation, le fondement de toute orientation, choix organisationnel ou activité clinique. C'est d'ailleurs cette notion de respect qui se situe au cœur de notre code d'éthique.

L'humanisme

Dans le langage courant, le mot humanisme est souvent utilisé pour désigner tout ce qui est humain par opposition à ce qui est inhumain.

En réalité, l'humanisme est un courant de pensée, un mouvement philosophique. L'humanisme est une pensée qui consiste à valoriser l'être humain, à le placer au centre de l'univers. Cette pensée met au premier plan le développement des qualités essentielles de l'être humain et dénonce ce qui l'asservit ou le dégrade. En fonction des principes humanistes, l'individu correctement instruit ou informé, reste libre et pleinement responsable de ses actes dans la croyance de son choix. Les notions de liberté (ce qu'on appelle

le « libre arbitre »), de tolérance, d'indépendance, d'ouverture et de curiosité sont de ce fait indissociables de la théorie humaniste.

Adopter une approche humaniste, c'est considérer chaque être humain comme un être unique inscrit dans un processus d'évolution. C'est explorer le potentiel de cet être humain et miser sur ses capacités. C'est aussi explorer les conditions optimales d'actualisation de ce potentiel².

La transparence

Nous reprendrons ici la définition qui a cours dans le domaine de l'administration publique, en lien avec la prestation de services : *qualité d'une organisation qui informe sur son fonctionnement, ses pratiques, ses intentions, ses objectifs et ses résultats*. C'est la qualité principale qui permet de renforcer le lien de confiance avec les citoyens, les usagers, les employés, permettant, entre autres, de comprendre la logique qui commande les gestes administratifs³.

LES VALEURS À PRIVILÉGIER DANS L'ORGANISATION DES SERVICES

La pertinence

Dans un contexte de rareté de ressources, principalement humaines mais aussi financières, informationnelles et techniques, il faut s'assurer de « faire les bonnes choses », c'est-à-dire d'allouer nos ressources aux activités qui ajoutent le plus de santé et de mieux-être à notre population.

Chaque décision de consacrer des personnes, de l'argent ou du temps à un projet, à une nouvelle activité clinique ou à un équipement spécialisé ne doit être prise que si nous sommes convaincus qu'il s'agit là du meilleur « placement » en termes de retour de santé et de mieux-être sur notre investissement.

² Texte adapté de diverses sources encyclopédiques.

³ Texte adapté de l'Office québécois de la langue française, 2003

Il y aura donc aussi lieu de revoir chacune de nos activités actuelles en nous questionnant à savoir si les ressources que nous y consentons déjà, en termes de professionnels, d'équipements spécialisés, de plateaux techniques ou d'argent, ne pourraient pas être mieux utilisées ailleurs.

Dans ce contexte, nous devons particulièrement revoir la pertinence de certains secteurs spécialisés où des services sont offerts à faible volume et à coût unitaire élevé, d'autant plus que la littérature médicale nous enseigne que c'est dans de tels secteurs qu'on risque de retrouver des problèmes de qualité.

L'équité

Il y a lieu de concentrer nos efforts sur les groupes de population qui présentent les besoins les plus grands.

- Les clientèles vulnérables

Les clientèles vulnérables sont celles qui, en lien avec leur statut socio-économique, risquent de développer ou présentent déjà des problèmes chroniques de santé. Pour ces populations, la littérature démontre que l'action en amont des problèmes est à privilégier.

Les données de la Santé publique des Laurentides indiquent que la population de notre MRC présente plusieurs indices de vulnérabilité :

- statut socio-économique dans le dernier quintile (20 %) des MRC du Québec;
- pourcentage de personnes diplômées de l'école secondaire inférieur à 50 %;
- habitudes de vie (tabagisme, sédentarité, alimentation inadéquate) induisant des maladies chroniques (diabète, maladie cardiovasculaire et pulmonaire, cancer, etc);
- haut taux de suicide particulièrement chez les hommes;
- haut pourcentage de monoparentalité.

C'est donc dire que, même s'il existe des zones de prospérité dans certaines municipalités de notre MRC, on doit en général considérer la population dans son ensemble comme vulnérable et privilégier les actions en amont des problèmes de santé et sociaux, soit l'information, la promotion de la santé, la prévention et le dépistage. C'est une raison supplémentaire de prioriser le

développement d'une première ligne forte et de services offerts dans la communauté plutôt qu'en milieu spécialisé.

Il sera également nécessaire de mieux coordonner notre action avec celle de nos partenaires du monde socioéconomique et politique, et du milieu de l'éducation, puisque l'organisation des services de santé n'est qu'une des nombreuses façons d'améliorer l'état de santé d'une population.

- Les clientèles particulières

Les clientèles particulières sont des personnes qui présentent des conditions complexes pour lesquelles la coordination des services est à privilégier. Des exemples de ce type de clientèles sont les personnes souffrant de maladie mentale sévère, les enfants qui présentent une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement, les personnes souffrant de cancer, etc.

La qualité des services

Alors que la plupart des autres secteurs d'activités économiques ont accordé beaucoup d'importance à l'amélioration de la qualité de leurs produits et de leurs services au cours des vingt dernières années, cet aspect a été relégué au second plan dans le réseau de la santé jusqu'à tout récemment.

Au cours des dernières années, des problèmes importants de « non-qualité » sont apparus : infections au C. difficile et autres infections nosocomiales dans les centres hospitaliers, abus et négligence dans certains CHSLD, utilisation inadéquate des antibiotiques, etc.

Il y a donc lieu, dans le contexte actuel, de remettre la recherche constante de la qualité à l'avant-plan de notre action, afin de s'assurer que la prestation de services s'accomplisse de façon sécuritaire.

L'efficience

Il faut s'assurer que les activités que nous continuerons à produire nous-mêmes le seront à un coût unitaire acceptable. Il y aura toutefois lieu de tenir compte dans cette analyse de certains facteurs qui augmentent le coût des services, en particulier la distance et l'étalement des services.

Par exemple, il est évident qu'il serait difficile de justifier l'existence de services d'obstétrique et de pédiatrie à Mont-Laurier, ou encore d'une salle d'urgence à Rivière-Rouge (L'Annonciation), si l'on faisait fi de l'éloignement de services similaires pour s'en tenir uniquement à une logique économique.

LES LEVIERS DE CHANGEMENT

L'approche populationnelle

Cette notion implique un profond changement dans nos façons de faire. Le CSSS d'Antoine-Labelle, en lien avec ses partenaires⁴ du **Réseau local de services**, se voit confier comme mission de donner à la population de la MRC tous les outils afin qu'elle puisse conserver et améliorer son état de santé et son mieux-être.

Pour une bonne partie de la population, généralement en santé et qui ne requiert nos services que de façon ponctuelle et occasionnelle, une **logique de santé publique** doit nous animer. Nos efforts devront porter sur l'information sanitaire, la promotion de la santé, la prévention et, dans certains cas, chez les groupes plus à risque, le dépistage.

Pour les personnes qui reçoivent actuellement des services à cause de conditions sociales difficiles ou de santé altérée déjà existantes, l'accent doit être mis sur l'amélioration de l'accès, la continuité et la qualité des services, en favorisant, lorsque possible, une approche de première ligne. Ces actions relèvent d'une **logique d'organisation des services**.

En regroupant dans chaque territoire les établissements de santé déjà existants, le législateur a voulu faciliter la continuité des services entre les différentes composantes du réseau de la santé et des services sociaux et inciter à la création de réseaux intégrés de services plutôt qu'au maintien des structures actuelles qui favorisent un fonctionnement par mission. Cette situation, que nous avons vécue à des degrés variables au cours des dernières années, rendait la continuité des services problématique pour les personnes; celles-ci avaient souvent l'impression que l'information les concernant ne circulait pas bien entre les professionnels de l'hôpital, du CLSC ou du centre d'hébergement.

⁴ Voir la liste des partenaires à l'annexe 1.

La hiérarchisation des services et les partenariats

Le temps est révolu où chacun désirait « faire tout, tout seul » ! Dans le contexte de pénurie actuelle de professionnels, il faut mieux coordonner nos actions et éviter les zones de dédoublement de services afin de s'assurer que le bon service soit rendu à la bonne personne, au bon endroit, au bon moment, par le bon intervenant.

Localement, les modifications apportées aux cadres d'exercice de plusieurs ordres professionnels, dans la foulée de l'adoption du projet de loi 90 en 2003, rendent plus perméables les barrières existantes entre les professions et plus flexibles les règles régissant l'organisation du travail, tout en favorisant l'interdisciplinarité dans la dispensation de services complexes. Ceci nous amènera à revoir la composition des équipes de travail afin de mieux répondre aux besoins de notre clientèle.

En ce qui concerne les services spécialisés, ce même principe de hiérarchisation nous amène à distinguer les services locaux offerts directement par les CSSS, les services régionaux généralement offerts par l'hôpital régional ou par les centres de réadaptation et qui nécessitent une expertise plus grande et donc une certaine concentration afin d'assurer qualité et coût unitaire minimal et, finalement, les services surspécialisés habituellement offerts en milieu universitaire, par l'entremise d'un réseau universitaire intégré de services (RUIS).

Une meilleure continuité signifie également que le CSSS conservera, en tout temps, son rôle de coordonnateur des services reçus par les membres de sa population désignée. Par exemple, les services spécialisés qui sont prodigués à St-Jérôme ou ailleurs à des personnes de notre MRC demeureront sous la responsabilité de coordination de notre CSSS.

Un des sous-objectifs de la réforme est de créer un réseau local de santé et de services sociaux, composé du CSSS et de ses partenaires : médecins en cabinet privé, pharmaciens communautaires, entreprises d'économie sociale, résidences privées, organismes communautaires, centres de réadaptation à vocation régionale et autres établissements du réseau, acteurs socioéconomiques, monde de l'éducation, etc.

Ce réseau, qui devra s'édifier sur la confiance et la coopération, est incontournable en raison de la complexité croissante des besoins des différentes clientèles et de la multiplicité des réponses qu'on doit leur apporter.

De la même façon que pour les services spécialisés, les services rendus sur le territoire de la MRC par nos partenaires locaux devront éventuellement être coordonnés par le CSSS dans le cadre de ce réseau. Pour ce faire, le CSSS devra en arriver à des ententes formelles avec ses partenaires du réseau local dans lesquelles les objectifs du partenariat et les rôles et responsabilités de chacun seront clairement énoncés.

La modification du régime de relations de travail

L'adoption du projet de loi 30 a modifié de façon radicale le régime actuel des relations de travail dans nos organisations en regroupant les membres du personnel en quatre (4) catégories, qui constitueront chacune une unité d'accréditation syndicale. De plus, la négociation locale sera élargie pour inclure une dizaine d'objets supplémentaires de négociation.

Bien que ce changement constitue une quasi-révolution dans les relations de travail, nous sommes confiants que l'établissement et ses partenaires syndicaux sauront trouver des moyens de concilier amélioration des services à la clientèle et qualité de vie au travail du personnel.

LES CONDITIONS DE SUCCÈS

La mobilisation du personnel

Dans une entreprise de services comme l'est un CSSS, la qualité des soins et services est liée à la motivation et à la satisfaction du personnel par rapport à ses conditions de travail.

Le personnel du réseau a vécu plusieurs réformes au cours des 20 dernières années et il n'est pas surprenant que d'aucuns accueillent avec un certain scepticisme les changements actuels. C'est pour cette raison que nous avons voulu, tout au long du processus, impliquer notre personnel, nos professionnels et nos médecins dans les discussions qui conduiront à l'adoption du projet local d'organisation des services par le Conseil d'administration.

De plus, il nous faut déjà affirmer que nous croyons, à l'heure actuelle, qu'aucune perte d'emploi ne résultera des modifications proposées. Par contre, plusieurs personnes oeuvrant dans l'organisation verront leurs tâches modifiées, toujours avec le même objectif : améliorer l'accès, la continuité et la qualité des services à la population et à nos autres clients.

Si nous désirons que notre personnel prenne part au changement plutôt que de le subir, il sera essentiel de communiquer, de susciter des avis et d'être à l'écoute du terrain, puisque c'est là que se trouvent les réponses à la plupart des questions que nous nous posons.

L'implication des médecins

Pour plusieurs, il s'agit là d'un des principaux enjeux de la réforme. Depuis 1970, on a graduellement assisté à la naissance de ce que certains ont appelé, avec justesse, « les deux solitudes », médicale et administrative.

La naissance et le développement du réseau des CLSC ont été interprétés, à tort ou à raison, par les médecins, et en particulier les omnipraticiens, comme une menace à laquelle ils ont répondu en créant, sur tout le territoire québécois, un important réseau de cliniques médicales qui sont devenues, avec le temps, « la porte d'entrée du système », objectif que poursuivaient pourtant les CLSC lors de leur conception.

Au cours des dernières années, les médecins ont graduellement retrouvé des leviers d'influence sur la conduite du réseau : la création des départements régionaux de médecine générale (DRMG), l'émergence de directions des affaires médicales au ministère et dans les agences régionales et la présence aux conseils d'administration des CSSS d'un médecin du territoire ne sont que quelques-uns des éléments qui illustrent cette tendance.

La littérature sur l'organisation des services⁵ met en évidence un certain nombre de facteurs favorisant l'adhésion des médecins à un projet comme le nôtre :

- leur implication dans les travaux entourant le projet;
- l'existence de gains tangibles en termes d'amélioration de services pour leurs patients, tôt dans la démarche;
- le support du personnel du CSSS, surtout dans les fonctions de liaison;
- l'apport des technologies de l'information à la circulation de l'information clinique;
- les réseaux intégrés de services desservant mieux leurs patients;
- l'amélioration de la qualité des services et de la gestion des risques;
- des incitatifs financiers en lien avec les objectifs du CSSS.

⁵ Voir en particulier les écrits de Shortell et al., pour Institute of Medicine, 1996 et 2000.

Il y aura donc lieu d'agir sur ces facteurs afin d'obtenir la participation des médecins du territoire au projet local. Dans le cas des incitatifs financiers, qui sont négociés centralement, il faudra convaincre le ministère et la FMOQ que les paramètres actuels de rémunération dans notre MRC constituent un obstacle à l'atteinte de nos objectifs.

L'apport de médecins reconnus dans le milieu pour leur compétence, leur vision de l'organisation des services et leur leadership en lien avec une clientèle précise, est essentielle à la réussite de notre projet. En effet, lorsque le travail de planification sera terminé, c'est entre autres avec eux que les pratiques cliniques évolueront et qu'éventuellement, on assistera à des modifications de la culture médicale.

Les réseaux intégrés de services

Alors que nous avons jusqu'à maintenant desservi nos clients par mission, voire par édifice (CH, CLSC, CHSLD, etc.), nous devons, dans le cadre de la présente réforme, revoir notre structure afin de faciliter l'évolution de nos pratiques. L'adoption d'un organigramme par programmes-clients supportés par des directions de soutien, devrait nous permettre de mieux intégrer toute la gamme de services destinés à une clientèle donnée.

Ce type de structure, organisée en fonction des services à la clientèle et aussi connue dans le vocabulaire de la gestion sous l'appellation « divisionnelle », est particulièrement appropriée lorsqu'une organisation doit desservir plusieurs clientèles différentes et que la coordination des services est essentielle.

Ses avantages sont une meilleure réponse aux besoins de la clientèle et son adaptabilité aux changements éventuels de l'environnement. De plus, elle reproduit le modèle de financement du MSSS, ce qui rend la reddition de comptes plus aisée.

Ses désavantages sont des coûts un peu plus élevés, généralement par perte des économies d'échelle, de toute façon peu importantes dans notre organisation. De plus, le maintien des expertises dans chacun des programmes est généralement plus difficile.

Cette approche devrait briser les « silos » dans lesquels chacune des composantes de l'organisation fonctionnait, rendre la coordination et la continuité des services plus fluides et favoriser une meilleure circulation de l'information clinique.

Un réseau intégré de services est donc composé d'un certain nombre de partenaires, dont le CSSS, qui partagent l'information, pertinente pour chacun, sur une clientèle et des façons de faire consensuelles dans le but de mieux assurer la continuité et la coordination des services, en plaçant le client au centre de leurs préoccupations. Idéalement, pour le client, les frontières existant entre les acteurs qui participent à l'offre de services doivent devenir imperceptibles.

Cette vision de l'organisation des services implique le développement d'une "culture réseau" plutôt que d'une "culture établissement".

Le niveau de ressources disponibles

Il faudra également que les ressources qui nous sont consenties soient suffisantes pour nous permettre de réaliser ce changement tout en continuant nos opérations. En effet, une démarche de changement planifiée comme le projet local d'organisation des services nécessite la participation d'un grand nombre de personnes qui doivent être libérées de leurs tâches cliniques pendant un certain temps. À l'heure actuelle, aucun budget de transition, sommes non récurrentes consenties aux seules fins du changement, ne nous a été accordé par l'Agence et le Ministère, ce qui constitue certainement un obstacle à la démarche.

Par ailleurs, en plus du budget annuel de l'établissement, nous recevons annuellement des ajouts budgétaires qui sont parfois ciblés vers l'atteinte de certains objectifs particuliers : réduction des listes d'attente, amélioration des services auprès de certaines clientèles comme les personnes souffrant de cancer, etc. L'utilisation d'une partie de ces sommes est toutefois laissée à la discrétion de l'établissement et celles-ci pourront être utilisées pour réaliser le projet local.

En outre, depuis janvier 2005, l'établissement a pris des mesures pour diversifier ses sources et son volume de revenus, ce qui s'est déjà traduit en 2005-2006 par l'ajout de plusieurs centaines de milliers de dollars au budget de fonctionnement.

Finalement, il y aura lieu de revoir la pertinence de chacune de nos activités actuelles, en particulier des activités spécialisées dispensées à faible volume et à coût unitaire élevé, afin de dégager des marges de manœuvre qui pourront être réallouées surtout en première ligne, mais aussi pour des activités

spécialisées jugées plus pertinentes, par exemple les services aux familles dont un enfant souffre de déficience intellectuelle ou encore l'hémodialyse.

La circulation de l'information

À l'heure actuelle, nos systèmes d'information sont désuets et ne permettent pas la circulation rapide et fluide des informations cliniques entre les différents professionnels et intervenants qui offrent des services à la population.

Nous devons, au cours des prochaines années, consentir un investissement important pour rehausser ces technologies.

Les plateaux techniques et les équipements de haute technologie

Dans les Laurentides, les équipements médicaux de haute technologie sont fréquemment désuets et doivent parfois être remplacés en urgence. Le fait que la région ait historiquement développé cinq (5) centres hospitaliers avec six (6) pôles de services, dont deux dans notre MRC, est certainement un des facteurs expliquant cette situation, si l'on se compare à des régions voisines comme Laval ou Lanaudière où le nombre de centres hospitaliers est beaucoup plus faible. De plus, les budgets de renouvellement sont insuffisants : en 2004-2005, les demandes de renouvellement d'équipements de haute technologie des centres hospitaliers des Laurentides totalisaient 24 M\$ alors que l'enveloppe qui sera éventuellement accordée par le Ministère pourrait atteindre 4 M\$.

Il faudra donc s'assurer que le renouvellement, le développement et les nouvelles acquisitions de haute technologie soient pertinents et qu'ils ajoutent de la santé et du mieux-être à la population. Il faudra accorder une attention particulière à cet aspect lors de la révision de la pertinence des activités spécialisées.

Le temps

Le Conseil d'administration a donné le coup d'envoi des travaux entourant le projet local d'organisation des services au printemps 2005. À partir de ce moment, la démarche s'est mise en branle : rencontre avec la population, révision de littérature, création d'un comité de pilotage composé de membres du conseil d'administration, d'un médecin, de chargés de projet, etc.

À partir de l'automne 2005, le projet local s'est graduellement précisé lors de rencontres avec les employés, les médecins, les professionnels, les partenaires et nos clients. Nous espérons pouvoir faire adopter le projet local d'organisation des services par le Conseil d'administration avant l'été 2006 pour ensuite implanter ces changements à partir de septembre 2006.

Ce changement planifié important prendra donc du temps et nous sommes conscients qu'au-delà des modifications de structures et de postes, les mentalités nécessiteront aussi une période d'adaptation aux nouvelles façons de faire.

Il nous reste donc à tous, médecins, partenaires, professionnels, employés et gestionnaires du réseau, à compléter cette mise en commun de nos énergies en réalisant, dans un esprit de confiance et de coopération, le projet local d'organisation des services duquel nous devrions tous, et en particulier la clientèle, sortir gagnants.

Pierre Gfeller, md
Directeur général
Août 2005

EN RÉSUMÉ....

Nos valeurs

- le respect
- l'humanisme
- la transparence
- la pertinence
- l'équité
- la qualité des services
- l'efficacité

Les leviers de changement

- l'approche populationnelle
- la hiérarchisation des services
- les partenariats

Les conditions de succès

- la mobilisation du personnel
- l'implication des médecins
- les réseaux intégrés de services
- le niveau de ressources disponibles
- la circulation de l'information
- les plateaux techniques et les équipements de haute technologie
- le temps

PORTRAIT DE LA MRC D'ANTOINE-LABELLE

LE TERRITOIRE⁶

Le territoire de la MRC d'Antoine-Labelle est rural et composé de 16 municipalités réparties dans les Vallées de la Lièvre et de la Rouge. C'est le territoire le plus vaste et le moins densément peuplé de la région des Laurentides avec 2,2 habitants par km².

Le territoire de la Vallée de la Lièvre se compose des 12 municipalités suivantes :

- Notre-Dame-du-Laus
- Notre-Dame-de-Pontmain
- Lac-du-Cerf
- Kiamika
- Chute-Saint-Philippe
- Lac-des-Écorces
- Mont-Laurier,
- Ferme-Neuve,
- Lac-St-Paul,
- Mont-St-Michel,
- Ste-Anne-du-Lac
- St-Aimé-du-Lac-des-Iles

La Vallée de la Rouge est constituée des 4 municipalités suivantes :

- Nomingue
- Rivière-Rouge
- L'Ascension
- Lac-Saguay

LE PROFIL POPULATIONNEL

Le nombre d'habitants est de 34 756 personnes en 2005 et le profil démographique y est parmi les plus âgés de la région des Laurentides. Il faut également souligner que nous avons une population saisonnière importante. En 2002, elle était évaluée à 16 911 personnes. Le rapport de masculinité est élevé soit 104,8 hommes pour 100 femmes.

⁶ Ce portrait est tiré des données publiées en 2005 par la Direction de Santé publique des Laurentides

En ce qui concerne plus particulièrement les jeunes, précisons que la MRC d'Antoine-Labelle compte 6 442 enfants de 0-17 ans. Pour ce qui est des services de garde, on offre sur le territoire 200 places en centres de la petite enfance et 450 places en milieu familial. Il y a neuf (9) écoles primaires desservant 2 382 enfants et deux (2) écoles secondaires pour un total de 2 014 jeunes de même qu'un centre d'études collégiales. Entre 2005 et 2015, on prévoit que le nombre de jeunes d'âge scolaire (6-17 ans) diminuera d'environ 700. Le taux de décrochage scolaire à la Commission scolaire Pierre-Neveu est actuellement de 33,9%. Soulignons aussi que nos écoles présentent un indice de défavorisation très élevé.

Quant à l'indice de défavorisation de la MRC d'Antoine-Labelle, il est de 1,32 par rapport à celui du Québec de 1,0. Notre MRC est d'ailleurs celle qui présente la situation socio-économique la plus défavorable de l'ensemble de la région des Laurentides. Le taux d'emploi est le plus bas avec moins de la moitié de la population qui occupe un emploi et moins de la moitié de celle-ci qui travaille à temps plein, ce qui donne un revenu annuel moyen de 22 452 \$. Il y a donc beaucoup de pauvreté, d'ailleurs 17,9 % de la population vit sous le seuil de faible revenu et 15 % déclare éprouver de l'insécurité alimentaire.

Un pourcentage de 22 % des familles ayant au moins un enfant de moins de 18 ans, soit 855 familles, sont monoparentales. Le nombre de personnes vivant seules s'établit à 3 865 personnes.

En 1997-1999, le taux de mortalité par suicide était de 39,4 hommes/100 000 de population et celui des femmes était de 5,8 pour une moyenne générale de 23,3 comparativement à 20,1 pour l'ensemble du Québec. Enfin, précisons que l'alcool et ses effets touchent 21,1 % de la population de 12 ans et plus.

L'ensemble de ces indices trace un portrait assez sombre de la réalité socio-économique de la population du territoire. Celle-ci doit donc être considérée dans son ensemble comme vulnérable et ce, malgré l'existence de quelques îlots de prospérité relative.

EN RÉSUMÉ....

La population de la MRC d'Antoine-Labelle doit être considérée comme vulnérable

- 16 municipalités
- 34 756 habitants, en moyenne âgés
- 6 442 enfants (0-17 ans)
- taux de décrochage scolaire à 33,9 %
- revenu annuel moyen de 22 452 \$
- 855 familles monoparentales
- 3 865 personnes vivant seules

***VERS UN RÉSEAU INTÉGRÉ
DE SERVICES
À LA
COMMUNAUTÉ***

Besoins de la population

DONNÉES QUANTITATIVES

La MRC d'Antoine-Labelle fait face à une augmentation croissante du nombre de personnes âgées sur son territoire. Selon le dernier rapport de la Direction de la Santé publique, les jeunes de 0 à 17 ans ne constituent que 18,6% de la population et cette proportion diminuera de façon importante d'ici 2015 alors qu'elle passera à 16,2 %. Par ailleurs, voici quelques caractéristiques qui démontrent la vulnérabilité de la population desservie par le CSSS d'Antoine-Labelle :

- 21,9 % des familles sont monoparentales;
- 17,9 % des familles vivent sous le seuil de faible revenu;
- 39,5 % des familles déboursent plus de 30 % de leur revenu pour le logement;
- 15,4 % des personnes de plus de 12 ans vivent de l'insécurité alimentaire;
- 56 % de la population consomme moins de 5 fruits et légumes par jour;
- 48,7 % de la population est inactive;
- 39,8 % de la population fait de l'embonpoint;
- 13,2 % de la population souffre d'obésité;
- 28,5 % de la population fume dont 20 % des jeunes de 12 à 19 ans;
- 2,1 % de la population consomme 5 verres d'alcool plus de 12 fois par année;
- 6 % de la population souffre de diabète.

Au cours de l'année 2004, nous avons enregistré 270 naissances sur le territoire. De 1993 à 1999, le taux de mortalité périnatale était de 8 pour 1 000 et le taux de mortalité infantile était de 4,7 pour 1 000. De 1997 à 2001, nous avons enregistré :

- 7,5 % naissances de faible poids;
- 8,4 % naissances vivantes prématurées;
- 25,4 % naissances de mères faiblement scolarisées;
- 7,1 % naissances de mère de moins de 20 ans.

En 2001-2002, le nombre d'avortements à l'adolescence a été de 17,2 pour 1000.

Au cours de l'année 2002-2003, la Direction de la protection de la jeunesse a reçu 523 signalements et en a retenu 227 dont 48,7 % étaient attribuables à de la négligence, 25,9 % à des troubles du comportement et 25,4 % à des abus physiques, des abus sexuels ou des abandons.

Nous connaissons également un taux élevé de suicide et, enfin, le taux de décrochage scolaire est de 33,9 %, soit 20,6 % chez les filles et 48,3 % chez les garçons.

PRINCIPAUX BESOINS CIBLÉS LORS DES "FOCUS GROUPS"

Accès aux services, information, orientation

- Service de transport pour contrer l'isolement social et favoriser l'accès aux services;
- Accès facile et rapide à la bonne personne, idéalement une seule, connaissant les services disponibles et pouvant nous orienter vers les ressources appropriées;
- Bottin des ressources ou pochette d'informations sur les services disponibles, les heures d'ouverture, etc;
- Augmenter les services pour l'évaluation des enfants dans le milieu scolaire;
- Accès à une clinique ambulatoire pour les cas mineurs afin d'éviter les longues attentes à l'urgence;
- Activités de prévention pour la population.

Soutien à la famille

- Aide adaptée aux besoins réels;
- Flexibilité dans l'application des règles;
- Services de répit aux proches aidants;
- Groupes de soutien dans les communautés;
- Reconnaître la crédibilité des parents et non seulement celle des professionnels de la santé ou de l'éducation.

Coordination de services

- Personne qui fait les liens avec les ressources du milieu, le réseau scolaire et toutes les instances concernées afin de favoriser le transfert et le partage de l'information clinique pertinente.

LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

Pour améliorer l'état de santé de la population et réduire les besoins de services curatifs, il faut agir sur les déterminants de la santé. Or le rapport national sur l'état de santé de la population du Québec nous rappelle que les principaux déterminants des problèmes de santé évitables sont peu tributaires de la seule organisation des services et qu'ils concernent plutôt tous les secteurs de la société. Les moyens intersectoriels susceptibles d'influencer ces déterminants doivent donc viser les buts suivants :

- réduire la pauvreté et les inégalités;
- préserver l'environnement physique;
- appuyer le développement de communautés solidaires;
- promouvoir l'adoption de saines habitudes de vie;
- soutenir le développement des enfants et des jeunes.

Dans cette optique, rappelons les cinq (5) grands défis énoncés par la Direction régionale de la santé publique (DRSP) et qui sous-tendent le plan d'action régional :

- placer la prévention en tête de nos obligations;
- augmenter de façon appréciable les services aux groupes vulnérables;
- recentrer nos rôles et nos fonctions :
 - la DRSP, architecte de la prévention;
 - le CSSS, maître d'œuvre des interventions locales;
- travailler avec les médecins pour accentuer le réflexe de « maintenir en santé »;
- exercer une influence positive auprès des communautés qui se mobilisent.

⁷ Ce chapitre est tiré des documents suivants : Cadre de référence pour les projets cliniques et organisationnels, septembre 2004; Rapport de la direction de santé publique des Laurentides; Rapport national sur l'état de santé de la population du Québec; Rapport du Comité sur la définition des programmes du ministère de la Santé et des Services sociaux, janvier 2004; Allons à l'essentiel, Association des CLSC et des CHSLD du Québec, avril 2001

LES RÉSULTATS À ATTEINDRE

Ces objectifs nécessitent une approche de première ligne comme le prévoit le ministère de la Santé et des Services sociaux en identifiant les résultats à atteindre pour améliorer la santé et le bien-être des enfants et des familles :

- agir en amont, dès la petite enfance;
- agir de concert avec le milieu et, le plus souvent possible, offrir les services dans le milieu de vie des personnes;
- améliorer l'accessibilité des services aux enfants, aux adolescents et aux parents;
- rejoindre plus précocement les familles les plus vulnérables et les aider plus intensivement;
- améliorer la continuité des services par la concertation entre les intervenants des différents établissements et des autres secteurs d'intervention.

LES SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE

Les services de première ligne sont un ensemble de services organisés sur une base locale et de nature préventive, curative, de réadaptation, palliative ou de soins de fin de vie et de soutien qui s'appuient sur une infrastructure légère, des compétences professionnelles générales et diversifiées ainsi que des techniques courantes d'interventions. Ces services permettent de prévenir, de résoudre ou de réduire la majorité des problèmes sociaux ou de santé courants vécus par l'ensemble de la population et par certaines clientèles vulnérables ou particulières.

Ils sont donc orientés vers la communauté, c'est-à-dire qu'ils sont offerts à domicile, près du lieu de résidence et dans le milieu de vie des citoyens et sont basés sur une approche globale de la personne qui tient compte de l'ensemble de ses besoins.

Les services de première ligne regroupent deux grands types de services : les services généraux et les services spécifiques.

Les **services généraux** s'adressent à toute la population et, en lien avec les médecins de famille, devraient être la principale porte d'entrée dans le système de services de santé et de services sociaux. Ils répondent à un besoin de maintien ou d'amélioration de la santé et du bien-être ou encore à des problèmes généralement ponctuels, qui peuvent aussi être de nature aiguë et réversible. Les services généraux incluent des activités de santé publique qui

s'inscrivent dans une approche populationnelle et des activités cliniques et d'aide qui supposent une réponse à des besoins individuels.

Les activités de santé publique sont liées à des interventions de promotion et de prévention en vue d'agir sur les facteurs qui favorisent la santé, de diminuer les facteurs de risque qui menacent la santé ou d'en diminuer les conséquences et de dépister précocement les maladies et les problèmes psychosociaux. Ces activités s'adressent à l'ensemble de la population et découlent du Programme national de santé publique.

Les **services spécifiques** s'adressent à des clientèles vulnérables et à des clientèles particulières. Les activités cliniques d'aide offertes en première ligne servent principalement à « soigner et soutenir » les personnes qui vivent dans leur communauté et qui doivent recevoir des services individualisés qui leur sont propres. Les personnes qui nécessitent de tels services sont des clientèles particulières. Ce sont les jeunes en difficulté, les personnes qui ont une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement, les personnes aux prises avec une ou plusieurs formes de dépendance (toxicomanie, alcoolisme, joueur pathologique, etc.).

Orientations locales d'organisation des services

UNE PREMIÈRE LIGNE FORTE POUR ASSURER L'INFORMATION, LA PRÉVENTION ET LA PROMOTION DE LA SANTÉ

Pour une bonne partie de la population, généralement en santé et qui ne requiert nos services que de façon ponctuelle, une logique de santé publique doit nous animer. Ainsi, une bonne partie de nos interventions doit être axée sur la prévention, la promotion et l'information.

C'est aussi le type d'actions qu'il faut privilégier face à une population dite "vulnérable" comme celle de la MRC d'Antoine-Labelle. En effet, pour répondre aux besoins de cette population, nous devons revoir notre prestation de services afin de développer une première ligne forte qui interviendra en amont des problèmes de santé et sociaux.

Pour orchestrer ces changements, le CSSS doit se doter d'une équipe solide dédiée à l'information sanitaire, à la prévention et à la promotion de même qu'au dépistage. Cette équipe devra assurer un lien avec chacun des programmes-clientèles. Il faut aussi, par notre action, susciter, encourager et soutenir les initiatives de groupes locaux visant à répondre à un problème social ou de santé avec des solutions adaptées à notre milieu. Une mobilisation orchestrée conduira à des changements réels et significatifs dans le mode de vie de notre population.

UNE PORTE D'ENTRÉE ACCESSIBLE

Le CSSS doit aussi permettre à la population d'avoir la plus grande accessibilité possible aux soins et services répondant à ses besoins grâce à une modalité d'accueil souple (avec ou sans rendez-vous) couplée à des services continus adaptés à la réalité territoriale. Pour ce faire, la notion de « porte d'entrée » est privilégiée. On doit accueillir et diriger les personnes et leurs proches vers les services pertinents à leurs besoins.

LE PARTAGE DES RESPONSABILITÉS; LE RENFORCEMENT DES PARTENARIATS

Les maladies chroniques, source d'incapacité prolongée, sont, en grande partie, évitables par l'adoption de saines habitudes de vie tel que l'abandon du tabagisme, une alimentation adéquate et la pratique régulière d'activités physiques.

Pour atteindre les objectifs visés dans le domaine de la prévention, le Centre de santé et de services sociaux doit adopter des stratégies qui invitent au partage des responsabilités par l'engagement des personnes, des familles, des communautés ainsi que des acteurs appartenant aux secteurs communautaire, public et privé, et qui agissent sur les déterminants favorisant la santé.

Le renforcement des partenariats avec les communautés constitue donc une composante essentielle de la réorganisation des services. Bien que le milieu municipal représente un partenaire privilégié avec lequel le réseau de la santé souhaite s'allier pour travailler au développement de milieux de vie favorables à des choix santé, l'action efficace sur les déterminants de la santé requiert également la concertation avec les acteurs des milieux économique, politique, communautaire et de l'éducation.

DES SERVICES PLUS PRÈS DES GENS GRÂCE À L'ORGANISATION COMMUNAUTAIRE

L'organisation communautaire doit être utilisée au maximum afin de mobiliser et soutenir les communautés de notre territoire. Notre action doit susciter et soutenir des initiatives ascendantes du milieu. Il faudra reconnaître les besoins exprimés par la population en lien avec le logement, le transport, etc. puisqu'il a été clairement démontré que l'environnement physique, social et économique a un impact sur la santé de la population.

LES SERVICES À LA FAMILLE

Les parents sont les maîtres d'œuvre du développement de l'enfant. En fonction de ses capacités, l'enfant est lui-même un acteur important de son développement et on doit en tenir compte. Les services à l'enfance, à la jeunesse et à la famille misent donc sur l'actualisation et le renforcement du potentiel des enfants, des jeunes et de leurs parents. Chaque étape de développement est à la fois tributaire des étapes antérieures et conditionne les étapes subséquentes. Il faut donc assurer un lien continu et transversal dans tous les programmes afin d'assurer l'intégration de l'ensemble des services s'adressant aux enfants et aux jeunes.

UNE APPROCHE TERRITORIALE

Pour répondre aux besoins d'une population dispersée sur un vaste territoire, nous proposons l'organisation des services sur une base territoriale dans plusieurs secteurs, notamment l'organisation communautaire, la nutrition et le travail social.

Cette approche devrait permettre une meilleure connaissance de la réalité de chaque communauté de la part de nos professionnels en plus de favoriser l'accès et la continuité des services pour la population locale.

On trouvera à la figure 3, le contour du programme Services à la communauté et les différents centres d'activités qui le composent.

Contour du programme

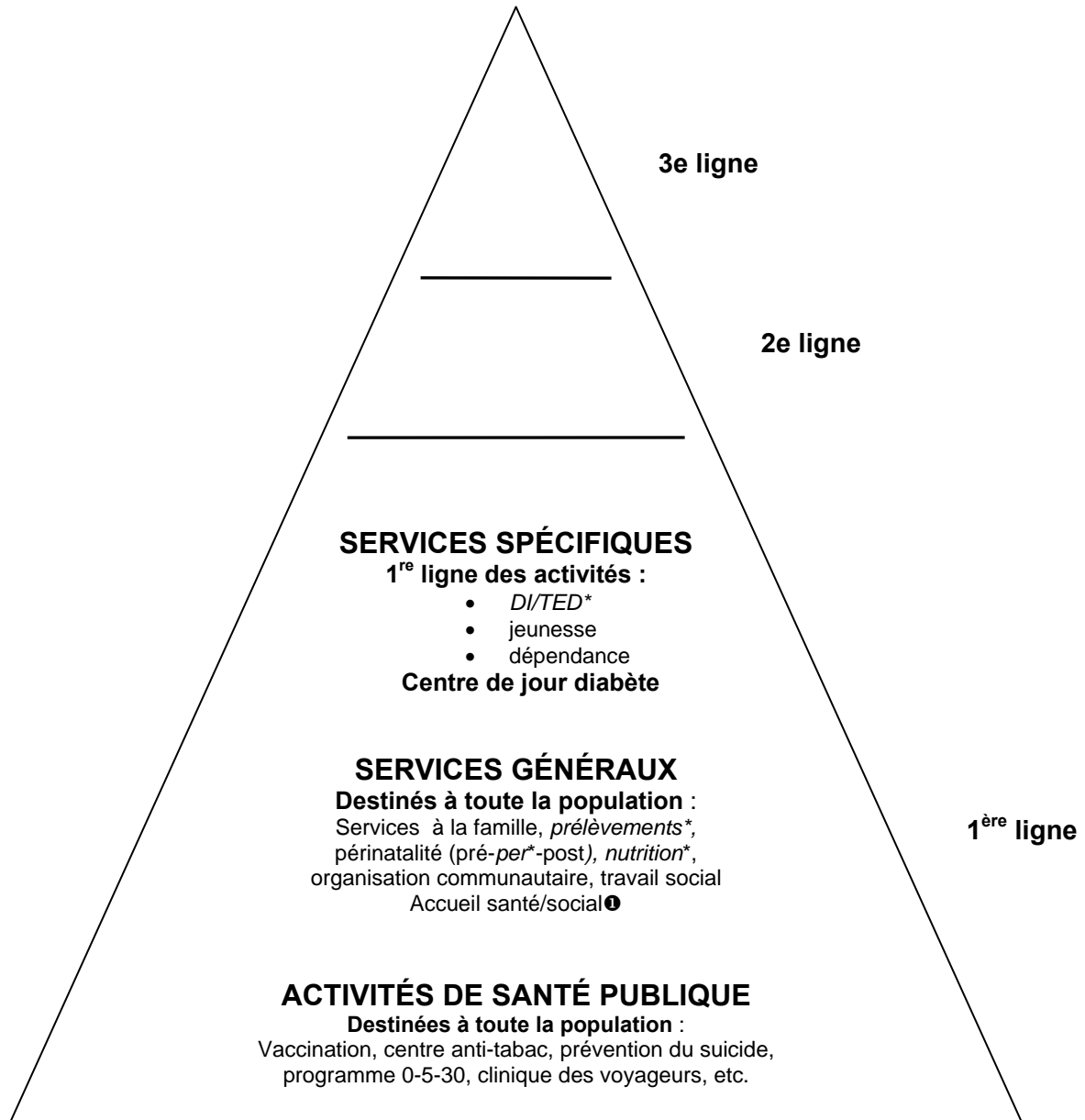


Figure 3

Les interventions peuvent être individuelles ou de groupe.

* *Nouvelle composante*

ⓘ L'arrimage, les rôles respectifs et la répartition des ressources entre l'accueil psychosocial et la première ligne de santé mentale seront précisés dans la phase d'opérationnalisation du projet.

EN RÉSUMÉ....

Nos orientations locales

- une première ligne forte pour assurer l'information, la prévention et la promotion de la santé
- une porte d'entrée accessible
- le partage des responsabilités et le renforcement des partenariats
- des services plus près des gens grâce à l'organisation communautaire
- les services à la famille
- une approche territoriale dans l'organisation de certains services

**VERS UN RÉSEAU INTÉGRÉ
DE SERVICES
AUX
PERSONNES ADULTES
EN PERTE D'AUTONOMIE**

Besoins de la population

DONNÉES QUANTITATIVES

Le vieillissement de la population

La MRC d'Antoine-Labelle compte actuellement 5 623 personnes âgées de 65 ans et plus, ce qui représente 16 % de la population. C'est un des taux les plus élevés des Laurentides. De plus, 40% de ces personnes sont déjà âgées de 75 ans et plus.

D'ici 2015, la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus passera à 22,3 %, ce qui correspond à une augmentation de plus de 2 500 personnes dont 7 % auront plus de 75 ans et 8 % auront une incapacité grave. On observe également dans la MRC, une proportion supérieure de femmes et d'hommes prodiguant sans rémunération des soins aux personnes âgées. En fait, 24% des proches aidants ne sont pas rémunérés. Mentionnons aussi que l'espérance de vie des hommes est de 74,7 ans et que celle des femmes est de 81,8 ans. Quant à l'espérance de vie sans incapacité, elle est de 64,8 ans pour les hommes et de 72,22 ans pour les femmes.

C'est donc dire que la demande de services pour cette clientèle augmentera de façon importante au cours des prochaines années.

Soutien à domicile

En 2003-2004, nous avons reçu 2 168 nouvelles demandes de soins à domicile et nous avons desservi :

- 1 380 clients pour 12 278 interventions en soins infirmiers;
- 188 clients pour 1 140 interventions en inhalothérapie (60 clients sont oxygénodépendants à domicile);
- 324 clients pour 7 107 interventions d'aide à domicile;
- 588 clients pour 2 920 interventions psychosociales;
- 158 clients pour 1 021 interventions en ergothérapie; 275 prêts d'équipement et 47 transports d'équipement.

Depuis le milieu de l'année 2003-2004, nous offrons aussi les services d'une nutritionniste à raison d'une journée par semaine. Pour la période couverte, celle-ci a effectué 40 interventions.

Mentionnons également qu'au cours de cette même période, 90 personnes ont participé au programme de prévention des chutes et 494 clients ont bénéficié de la vaccination anti-grippale à domicile. Quant au lit de répit/dépannage, il a été utilisé à 73 %.

Centre de jour

Au moment d'écrire ces lignes (juillet 2005), il y a 75 clients et clientes inscrits au centre de jour itinérant. La moyenne d'âge de cette clientèle est d'environ 80 ans. Plus précisément, 88 % de ces personnes sont âgées de 65 ans et plus et de ce nombre, 73 % ont 75 ans et plus. La liste d'attente est actuellement de 20 clients, la plus longue étant celle du point de service de Mont-Laurier pour 17 clients. Les principaux diagnostics chez cette clientèle sont les accidents cérébrovasculaires (ACV), l'hypertension artérielle (HTA), le diabète et les pertes cognitives.

Hébergement

Présentement, nous offrons des services d'hébergement à 279 clients en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et en ressources intermédiaires (RI).

Au cours de l'année 2004-2005, le nombre d'admissions en CHSLD a été de 25 dans la Rouge et de 30 dans la Lièvre, dont environ 4 sur notre unité de 23 lits pour la clientèle "régionale" ayant des comportements perturbateurs. En RI, nous avons eu 65 admissions incluant l'hébergement temporaire.

La moyenne d'âge de notre clientèle en RI est d'environ 71 ans dans la Rouge⁸ et 81 ans dans la Lièvre. En CHSLD, 67 % de la clientèle de la Rouge a 65 ans et plus et de ce nombre, 57 % a 75 ans et plus. Dans la Lièvre, 92 % de cette clientèle a 65 ans et plus et de ce nombre, 87 % a 75 ans et plus.

La durée moyenne de séjour en CHSLD est d'environ 6,20 ans dans la Rouge et 3,38 ans dans la Lièvre.

En juillet 2005, 51 personnes sont sur la liste d'attente pour être admises en CHSLD et en RI; la durée moyenne d'attente est de 7 mois. Parmi ces 51 personnes, on en compte 26 pour le CHSLD Ste-Anne, 14 pour le Centre de L'Annonciation, 10 pour une RI à Mont-Laurier et 1 pour une RI à L'Annonciation. Notons également que plus de 50 % de ces personnes

⁸ En raison de la clientèle en déficience intellectuelle et en santé mentale dans la Rouge, la moyenne d'âge est plus basse que dans la Lièvre, mais la moyenne d'heures/soins est semblable pour l'ensemble de la clientèle.

attendent à domicile; les autres sont dans des lits de courte durée, soit en santé physique ou en santé mentale.

PRINCIPAUX BESOINS CIBLÉS LORS DES "FOCUS GROUPS"⁹

Information et considération

- information sur la maladie, sur les soins et services requis et leur disponibilité;
- information sur l'évolution de la situation et sur les conséquences qui en découlent pour la personne et pour les proches (ex : mise sous curatelle, arrêt des traitements, etc.);
- prise en compte de nos suggestions.

Accès aux services

- s'adresser à une seule personne, accessible, bien identifiée, qui nous informe et nous oriente afin que nous prenions des décisions éclairées; une personne ressource qui nous explique la maladie ou la problématique; qui nous informe de ce qui s'en vient et des services auxquels on a droit; une personne qui fait le lien entre toutes les ressources;
- réduire le temps d'attente pour l'hébergement et, pendant cette attente ou pour accélérer le retour à domicile, prioriser les services de maintien de l'autonomie;
- s'assurer de rejoindre les personnes isolées.

Soutien aux proches

- aide pour obtenir les services (par exemple, pour avoir une subvention pour adapter notre maison);
- accompagnement pour s'adapter à la nouvelle situation;
- aide à la maison lors de séjours d'un client "hébergé", que ce soit pour des aménagements physiques ou des services professionnels comme l'ergothérapie ou la physiothérapie;
- services de soutien et de répit pour la personne aidante; également du support physique pour la personne en perte d'autonomie;

⁹ Consultation effectuée auprès de la population au printemps et à l'automne 2005.

Hébergement

- plus d'écoute et d'attention de la part du personnel tant pour la personne hébergée que pour la famille;
- besoin d'être informé et soutenu par les intervenants pour pouvoir aider nos proches;
- mettre l'accent sur l'approche, le respect; l'empathie; adapter les services aux besoins des clients;
- rendre le milieu de vie le plus semblable possible au domicile;
- prévoir des services de fin de vie en CHSLD;
- respecter le choix des personnes qui ne veulent pas être hébergées.

LE VIEILLISSEMENT

Le Québec, comme beaucoup d'autres sociétés industrialisées connaît une augmentation importante du nombre de personnes âgées et même du nombre de personnes très âgées. Il compte actuellement environ un million de personnes de 65 ans et plus. Entre 2005 et 2010, plus de 150 000 personnes s'ajouteront et le mouvement s'accélérera par la suite.

Le grand âge n'est plus synonyme de maladie, de pauvreté et de dépendance. Cette ancienne perception ne devrait plus avoir cours. En effet, la grande majorité des personnes âgées d'aujourd'hui sont autonomes, en bonne santé, socialement actives et économiquement indépendantes. Elles sont sensibilisées à la prévention et se sentent responsables de leur santé et de leur bien-être. En fait, environ 20 % seulement des aînés - des personnes très âgées pour la plupart - ont besoin de services à cause d'une incapacité, dont près de 4 % sont hébergés dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Ces femmes et ces hommes souhaitent tirer pleinement parti de leur potentiel et participer, dans la mesure de leurs moyens, aux décisions qui les concernent.

L'EFFET SUR LES SERVICES

La façon de concevoir l'organisation des services que le système de santé et de services sociaux doit mettre en place pour les personnes aînées ayant une incapacité est également, dans une large mesure, surannée. Au regard des services de courte durée (médicaux, hospitaliers et autres), les personnes âgées reçoivent les mêmes services que la population en général. Ceux-ci doivent être adaptés aux besoins des femmes et des hommes âgés et ce, malgré le fait que ces services ont reçu beaucoup d'attention et ont pu profiter d'importantes améliorations au cours des dernières années.

Les services de longue durée n'ont pas fait l'objet d'une telle attention. Certes, à la suite des *Orientations ministérielles sur les services aux personnes âgées en perte d'autonomie*, adoptées en 2001, des changements ont été amorcés, en particulier pour améliorer la continuité des services. Pourtant, la trame de fond est à peu près restée la même : on s'en remet encore au modèle binaire qui oppose, d'un côté, les services à domicile pour les femmes et les hommes qui

¹⁰ Ce chapitre est tiré du plan d'action 2005-2010 du MSSS sur les services aux aînés en perte d'autonomie – Un défi de solidarité (introduction)

ont une incapacité peu importante, de l'autre, l'hébergement en CHSLD, pour celles et ceux dont les besoins sont grands. Pourtant, l'expérience montre que cette vieille opposition ne tient plus. D'une part, vu le stade de développement qu'ils ont atteint, les services à domicile et les services dans la communauté permettent à la grande majorité des personnes qui ont une incapacité modérée ou grave de demeurer chez elles, dans la mesure où elles et leurs proches reçoivent l'assistance appropriée. D'autre part, on remarque que, partout en Occident, diverses formules de résidences adaptées se sont développées au cours des dernières décennies. Ces nouveaux modes de logement offrent la sécurité aux personnes âgées et permettent aux services publics d'expérimenter de nouvelles formes d'assistance, moins onéreuses que le soutien dans un domicile conventionnel et beaucoup moins dispendieuses que l'hébergement. Bref, il s'agit d'une alternative qui offre beaucoup de possibilités. Par ailleurs, habiter dans une telle résidence fait une différence majeure pour les personnes âgées : elles sont chez elles.

L'organisation des services aux personnes âgées en perte d'autonomie peut donc emprunter une direction nouvelle. Elle doit même le faire : pour être plus efficace, pour mieux répondre aux besoins des personnes âgées ainsi qu'à leurs attentes et à celles de leurs proches. Cette nouvelle avenue ne représente plus un choix pour le Québec : c'est une obligation. En effet, sans un changement de cap, il deviendra très difficile de bien soutenir les femmes et les hommes âgés et ce, même si l'on devait ajouter des ressources. Il faudra bien sûr un ajout important de ressources, mais ce sont d'abord et avant tout les façons de faire qu'il faut changer, maintenant.

Entre 2005 et 2010 - un laps de temps très court - le nombre de personnes âgées en perte d'autonomie au Québec devrait augmenter d'environ 30 000, passant d'un peu plus de 200 000 à un peu plus de 230 000, selon toute probabilité, soit une augmentation de 15 %. Les nouveaux besoins seront donc importants.

Le Plan d'action 2005-2010 porte essentiellement sur l'organisation des services de longue durée aux personnes âgées en perte d'autonomie. C'est là la priorité, parce qu'on sait que les lacunes dans ces services entraînent des conséquences majeures sur la qualité de vie des aînés, d'abord, et sur le recours aux services de courte durée, ensuite. Dans les deux cas, cela se traduit par des coûts sociaux et financiers importants pour les personnes âgées ainsi que pour la collectivité.

Le Plan d'action 2005-2010 annonce un changement de cap dans l'organisation des services aux personnes âgées en perte d'autonomie et une diversification des réponses à leurs besoins. Cette diversification est à l'image de la société actuelle. Elle devrait se traduire dans notre conception de la vieillesse et de la place des personnes âgées dans la société.

UN DÉFI DE SOLIDARITÉ

Bien répondre aux besoins d'un nombre croissant de personnes âgées en perte d'autonomie constitue un véritable enjeu sur le plan du partage des responsabilités, puisque tant les individus et leur famille que la société tout entière sont interpellés. La réussite du plan d'action mis de l'avant ne peut reposer que sur la participation des différents niveaux de gouvernement, du secteur privé, des organisations non gouvernementales, du milieu communautaire, des dispensateurs de services, des familles et des personnes âgées elles-mêmes.

Orientations locales d'organisation des services

UN RÉSEAU INTÉGRÉ DE SERVICES

L'objectif d'un réseau intégré de services pour les personnes adultes en perte d'autonomie (PAPA) est d'assurer la continuité des soins et des services, que ces derniers soient ponctuels ou spécialisés, préventifs ou curatifs, qu'ils soient offerts à domicile, en centre hospitalier ou en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Grâce à une utilisation complémentaire des ressources et à la contribution de toutes les personnes concernées, les personnes en perte d'autonomie et leurs proches, les professionnels, tant ceux du réseau public que ceux oeuvrant dans la communauté, les organismes communautaires et les groupes sociaux, on offrira aux personnes une réponse mieux adaptée à leurs besoins, ce qui favorisera leur maintien à domicile le plus longtemps possible et avec une meilleure qualité de vie.

La réorganisation des services du programme PAPA se traduira d'abord par le maintien des composantes suivantes :

- mission CHSLD;
- mission centre de jour;
- hébergement temporaire;
- services en ressources intermédiaires.

et par l'intégration des composantes suivantes des anciennes structures :

- soutien et maintien à domicile;
- gériatrie active.

L'intégration des services permettra au réseau local d'assumer cette responsabilité collective des soins aux personnes adultes en perte d'autonomie grâce à une philosophie d'intervention partagée et à la mise en place de mécanismes de coordination adéquats (guichet unique, gestionnaire de cas) visant à éviter les dédoublements et à éliminer les délais indus. Le réseau intégré sera aussi doté d'outils d'évaluation uniformes et d'un système d'information efficace pour éviter la multiplication des interventions.

LE DOMICILE : LIEU PRIVILÉGIÉ DE PRESTATION DES SERVICES

De plus en plus, le domicile des personnes s'impose comme le lieu privilégié de prestation des services or, lorsqu'une personne réside de manière permanente dans une habitation collective qui offre le gîte et le couvert comme services de base, cette résidence doit être considérée comme son domicile¹¹.

Le domicile de la personne est donc défini comme étant l'endroit où elle habite, que ce soit à sa résidence personnelle, en ressource intermédiaire ou en résidence privée d'hébergement. Grâce à un partenariat avec ces ressources, on s'assurera que les services soient donnés à la personne et réajustés selon l'évolution de sa situation, quel que soit le milieu où elle vit.

LES SERVICES À DOMICILE : UNE PRIORITÉ

Au cours des prochaines années, le CSSS misera en priorité sur le développement des services à domicile plutôt qu'en centre d'hébergement et de soins de longue durée. La réforme actuelle nous incite en effet à consolider les services offerts dans la communauté, tant sur le plan de la quantité que sur le plan de la qualité, ce qui implique l'ajout de ressources pour les services à domicile.

Bien sûr, il nous faudra aussi consolider la qualité des services en CHSLD, mais dans ce secteur l'ajout des ressources sera plutôt consacré à rehausser le nombre d'heures de soins qu'à accroître le nombre de places.

L'APPROCHE "MILIEU DE VIE"¹²

Avec le développement des services à domicile, les personnes en perte d'autonomie passent moins de temps en centre d'hébergement, mais elles sont plus nombreuses à y terminer leur vie et lorsqu'elles y arrivent, elles requièrent un niveau de soins plus élevé pendant toute la durée de leur séjour.

Grâce à une approche "milieu de vie", le CSSS souhaite offrir à sa clientèle hébergée des soins et services de qualité dans un milieu de vie stable et familial, significatif et aidant, où il fait bon vivre. Essentiellement, cette

¹¹ Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie, février 2001 (page 33)

¹² Cette approche est définie dans le document intitulé « Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD – Orientations ministérielles » daté d'octobre 2003

approche vise à dispenser des soins et services définis selon les besoins, les goûts, les habitudes et les valeurs des personnes et de leur famille. Par exemple, on tentera d'éviter que des conjoints âgés soient séparés en raison de règles administratives; on reconnaîtra la primauté du point de vue de la personne hébergée : c'est elle qui décide des choses la concernant, etc.

La réalisation complète de cet objectif nécessitera une réorganisation du travail favorisant l'appropriation du pouvoir par la personne hébergée, l'intégration des proches, le travail en équipe interdisciplinaire, la souplesse des horaires et des rôles, la mobilisation du personnel, etc.

LA MISSION DU CENTRE DE JOUR

Afin de compléter la gamme de services offerts dans la communauté aux personnes adultes en perte d'autonomie, la mission du centre de jour sera recentrée afin que ce dernier puisse assumer pleinement son rôle qui consiste à restaurer et maintenir les capacités fonctionnelles de ces personnes afin qu'elles puissent demeurer le plus longtemps possible à domicile avec un degré d'autonomie optimal et ainsi éviter un déracinement de leur milieu de vie naturel.

On trouvera à la figure 1, le contour du programme PAPA et les différents centres d'activités qui le composent.

Contour du programme

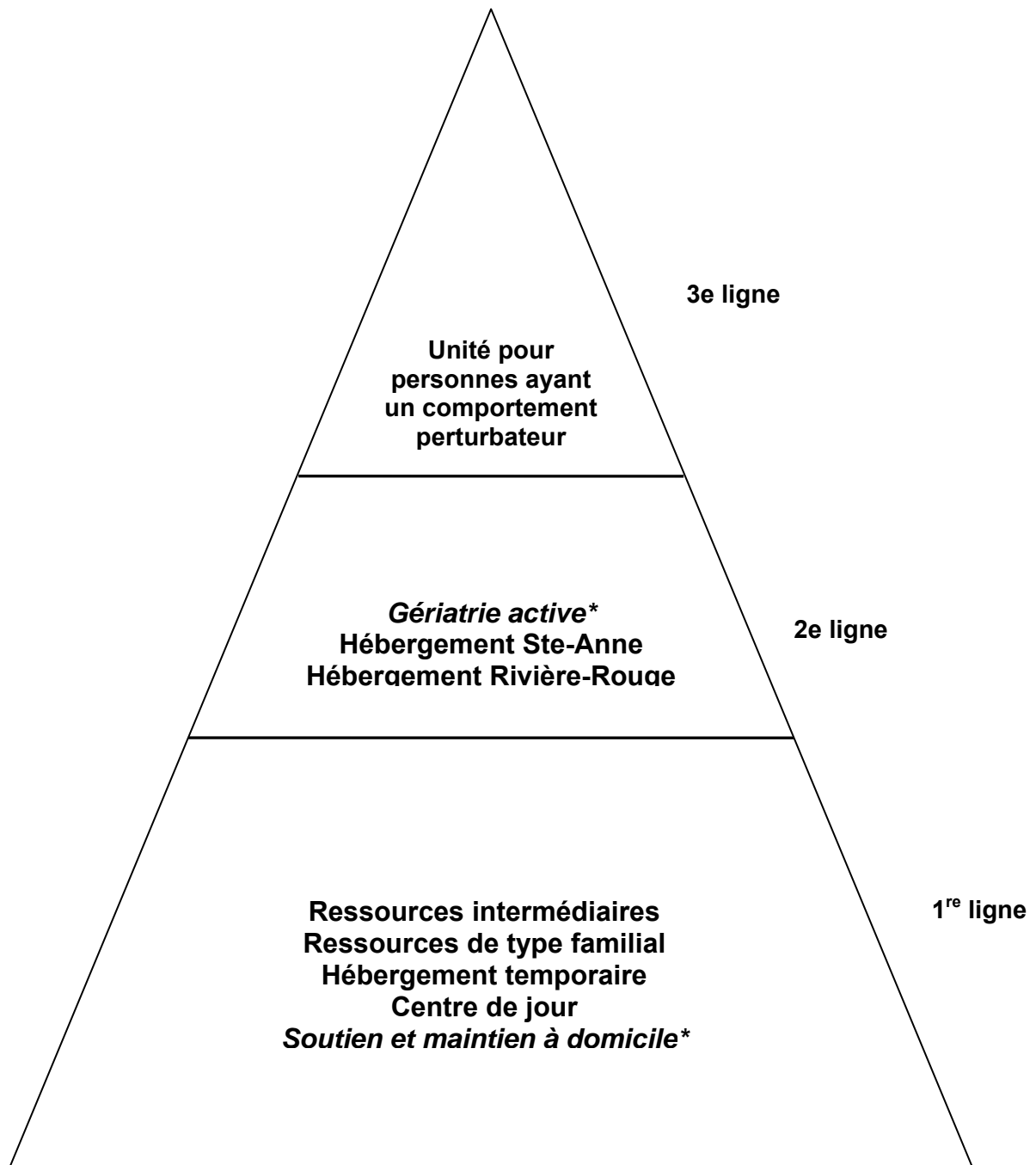


Figure 1

* Nouvelle composante

EN RÉSUMÉ....

Nos orientations locales

- le développement d'un réseau intégré de services aux personnes adultes en perte d'autonomie
- le domicile : lieu privilégié de prestation des services
- les services à domicile : une priorité
- l'approche « milieu de vie » à implanter
- la mission du centre de jour à revoir

**VERS UN RÉSEAU INTÉGRÉ
DE SERVICES
EN
SANTÉ MENTALE**

DONNÉES QUANTITATIVES

Adulte

Selon les données tirées de l'*Avis du conseil médical du Québec*, les maladies mentales viennent au deuxième rang derrière les maladies cardiovasculaires et arrivent devant les cancers pour le fardeau qu'elles représentent lorsqu'on tient compte de la mortalité, du degré et de la durée des invalidités. Les troubles anxieux et de l'humeur sont fréquents et ils sont associés à un fardeau individuel, social et économique élevé. Au Québec, les prévalences à vie pour la dépression majeure sont de 10 % et pour les troubles anxieux de 21 %. Au Québec, comme ailleurs dans le monde, de 2 à 3 % de la population adulte a un trouble mental grave.

Jeunesse

Selon une étude récente¹³, 15 % des jeunes et des enfants souffrent de troubles mentaux.

Les troubles anxieux sont les plus répandus, puisqu'on les observe dans 6,5% de la population des jeunes, suivis par les troubles de la conduite et le trouble du déficit de l'attention, qui touchent chacun 3,3% des jeunes et les troubles dépressifs 2,1 %.

L'ensemble des autres troubles qui affectent les jeunes – l'abus de substances, les troubles envahissants du développement, les troubles obsessionnels compulsifs, la schizophrénie, le syndrome de Gilles de la Tourette, les troubles alimentaires et le trouble bipolaire – atteignent moins de 2 % d'entre eux.

L'enquête sociale et de santé de 1998 estime que le nombre de jeunes de 15-24 ans aux prises avec un taux élevé de détresse psychologique est en constante augmentation. De 23 % en 1997, ce taux est passé à 28 % en 1998.

¹³ MSSS, Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : *La force des liens*, juin 2005, p. 30

Données de consommation 2004-2005¹⁴

Nombre d'admissions à l'unité de soins psychiatriques de courte durée : 465, augmentation de 6 par rapport à l'année précédente

Durée de séjour à l'unité de soins psychiatriques de courte durée : 10 jours, en baisse de 3,35 jours

Jours /présences : 5 348, soit 577 jours de moins que l'an passé

Nombre d'utilisateurs différents rencontrés à la clinique de santé mentale L'Annonciation : 566

Nombre d'utilisateurs différents rencontrés à la clinique de santé mentale Mont-Laurier : 507

Nombre d'utilisateurs différents rencontrés à la clinique de santé mentale jeunesse : 120

Nombre de jeunes en attente de services de pédopsychiatrie au 31 mars 2005 : 28

Nombre de prises en charge en pédopsychiatrie : 51

Nombre d'utilisateurs vivant dans la communauté sur le territoire du CSSS d'Antoine-Labelle : 189

Nombre d'utilisateurs vivant dans la communauté sur le territoire du CSSS des Sommets : 96

Nombre de ressources résidentielles sur le territoire de la MRC d'Antoine-Labelle

- Ressources à encadrement continu (RAC) : 2
- Ressources de type familial (RTF) : 12
- Ressources intermédiaires (RI) : 3

¹⁴ Selon la banque de données Gestred et le rapport annuel 2004-2005

Nombre moyen d'usagers de 18 ans ou plus
ayant reçu des services de soutien d'intensité
variable dans la communauté :

224

Nombre moyen d'usagers de 18 ans ou plus
ayant reçu des services de suivi intensif
dans la communauté :

0

PRINCIPAUX BESOINS CIBLÉS LORS DES "FOCUS GROUPS"

- nécessité d'informer les citoyens sur la maladie mentale afin d'atténuer les préjugés;
- arrimage important à faire entre l'urgence et le service de santé mentale;
- nécessité d'être pris en charge dès le début de la maladie. La difficulté se pose actuellement avant que le diagnostic soit posé;
- avoir une équipe d'intervenants disponibles lors de crise;
- développer des services pour les jeunes à Mont-Laurier;
- offrir du suivi dans la communauté afin de favoriser l'intégration et la réadaptation sociale.

LA VISION

Le plan d'action ministériel se situe dans la perspective globale d'un continuum de services allant de la promotion et de la prévention aux services de 1^{re} ligne et aux services spécialisés. Dans le respect des valeurs et des approches de chacun, le réseau de la santé mentale doit offrir des services de qualité à l'ensemble de la population.

Le développement prioritaire de services de 1^{re} ligne en santé mentale rapidement accessibles pour toute la population est l'assise de ce plan d'action.

L'OBJECTIF GÉNÉRAL

L'objectif général est de doter le Québec d'un système efficient qui reconnaît le rôle des personnes utilisatrices et qui offre l'accès à des services de traitement et de soutien pour les enfants, les jeunes et les adultes de tout âge ayant un trouble mental ainsi que pour les personnes présentant un risque suicidaire.

LES ENJEUX MAJEURS

Sur la base des constats effectués quant aux difficultés et aux progrès réalisés dans la dernière décennie, certains enjeux émergent :

- La priorité qu'il faut accorder au rétablissement de la personne dans sa globalité et au développement de moyens qui lui donneront espoir et faciliteront sa participation active à la vie en société.
- Les efforts importants qu'il faut investir pour contrer les tabous, les fausses croyances et la stigmatisation qui entourent encore la maladie mentale et contribuent à limiter le rétablissement des personnes atteintes.
- L'amélioration de l'accessibilité aux services de santé mentale de première ligne, particulièrement pour les personnes qui présentent des troubles

¹⁵ Ce chapitre est tiré du Plan d'action en santé mentale 2005-2010 du MSSS.

modérés et qui ont besoin d'être évaluées et traitées rapidement, tant sur le plan médical que psychosocial.

- L'utilisation optimale de toutes les ressources en place afin d'assurer un partenariat entre les fournisseurs de services et entre les niveaux de services et d'offrir aux personnes ayant un trouble mental un traitement de qualité qui répond à la diversité de leurs besoins.
- La nécessité de réorganiser les services spécialisés de deuxième ligne afin que les personnes travaillant dans ces services soient en mesure de mettre leur expertise à la disposition des intervenants de première ligne par des activités de consultation, de soutien et de formation.
- L'urgence de rendre accessibles l'expertise et les services de santé mentale pour les jeunes à la grandeur du territoire, de soutenir les acteurs intersectoriels travaillant auprès des jeunes et d'assouplir les frontières entre les services offerts aux jeunes et ceux donnés aux adultes.
- La priorité qu'il faut accorder à la réduction des décès par suicide, ce qui suppose l'amélioration des services destinés aux personnes à potentiel suicidaire élevé dans tous les groupes d'âge et spécialement aux hommes.

LES ACTIONS PRIORITAIRES RELEVANT DES CSSS

- Favoriser la participation des personnes utilisatrices de services et de leurs proches dans les structures de décision.
- Réduire la stigmatisation et la discrimination entourant la maladie mentale par l'information et la sensibilisation.
- Assurer un passage fluide des services courants vers les services de santé mentale de première ligne pour toutes les personnes qui en ont besoin.
- Offrir des services d'intervention de crise 24 heures par jour, 7 jours par semaine, à toute la population.
- Établir un guichet d'accès aux services de toxicomanie de 1^{re} et 2^e ligne pour les enfants et les jeunes ainsi que pour les adultes.
- Évaluer et traiter les enfants et les jeunes ayant un trouble mental dans les services de 1^{re} ligne ou de 2^e ligne.

- Évaluer et traiter les adultes ayant un trouble mental dans les services de 1^{re} ou de 2e ligne.
- Hiérarchiser les services médicaux psychiatriques pour répondre aux besoins des personnes (0-100 ans).
- Assurer des mesures de soutien dans la communauté pour les personnes les plus vulnérables.
- Améliorer les services de soutien intensif ou d'intensité variable aux personnes vivant dans un logement autonome.
- Soutenir l'intégration au travail des personnes ayant un trouble mental.
- Rejoindre les personnes en difficulté ou en situation de crise, particulièrement les hommes adultes et les jeunes de 15 à 25 ans et intervenir auprès d'eux.
- Assurer l'identification, l'évaluation, la prise en charge et le suivi des personnes à potentiel suicidaire élevé.
- Établir des collaborations pour offrir des services aux personnes ayant un problème de comorbidité (santé mentale, toxicomanie, déficience intellectuelle).

Orientations locales d'organisation des services

UNE PHILOSOPHIE AXÉE SUR L'UNICITÉ ET LA GLOBALITÉ DE LA PERSONNE

Notre philosophie est axée sur des notions d'unicité et de globalité de la personne et favorise pleinement la participation de la famille et des proches, le tout dans une approche intégrée des services. Ces actions doivent être telles que la clientèle puisse développer ses capacités et exercer pleinement ses choix par rapport à sa santé et son bien-être et ainsi se réapproprier son pouvoir d'agir sur sa vie.

UN RÉSEAU INTÉGRÉ DE SERVICES

Afin de comprendre le développement des services de santé mentale de la MRC d'Antoine-Labelle, nous devons préciser que vers la fin des années '50, L'Annonciation, pour des raisons socioéconomiques et politiques, fut une des municipalités choisies par le Ministère pour construire un imposant hôpital psychiatrique. De ce fait, le développement des services de santé mentale de la région s'est concentré à l'intérieur et autour de cet établissement asilaire qui prenait en charge l'ensemble des besoins des personnes aux prises avec des troubles mentaux. Cette situation a amené les autres établissements du réseau, dont ceux de première ligne, à identifier les problèmes de santé mentale comme relevant exclusivement des services spécialisés et à ne pas développer de services spécifiques de première ligne dans ce domaine.

Le CSSS d'Antoine-Labelle est maintenant amené, dans le cadre de la réforme, à relever le défi majeur d'offrir sur son territoire une organisation de services de santé mentale hiérarchisée dans une vision intégrée. Son réseau intégré de première, deuxième et troisième ligne devrait favoriser l'accessibilité, la continuité et permettre le passage fluide d'un type de service à un autre, selon l'évolution des besoins des personnes.

Tous les CSSS ont la responsabilité de la santé de la population de leur territoire et doivent offrir des services de première ligne. Toutefois, certains

CSSS sont mandatés par le Ministère ou par l'Agence régionale pour offrir des services de deuxième et même de troisième ligne. C'est le cas du CSSS d'Antoine-Labelle qui, à son centre de services de Rivière-Rouge, offre des activités de niveaux spécialisé et surspécialisé.

LA HIÉRARCHISATION DES SERVICES

La hiérarchisation des services vise l'utilisation optimale des ressources de 1^{re}, 2^e et 3^e lignes pour répondre de façon adéquate et en continuité aux besoins de la personne. Pour ce faire, il faut modifier la structure organisationnelle, intégrer tout le volet santé mentale du PAIS¹⁶ et miser sur des services de 1^{re} ligne qui retiennent au maximum la clientèle et qui mettent à profit l'expertise des gens qui y travaillent. Cela devrait avoir pour effet de désengorger les services spécialisés qui pourront investir plus d'énergie et de ressources dans le traitement de cas complexes et d'épisodes aigus de soins.

Aussi, bien que le CSSS soit désigné comme coordonnateur des services, de nombreux partenaires sont indispensables dans la gamme de services à offrir. Dans une approche favorisant l'émergence de partenariats, il est essentiel de nous concerter avec les organismes communautaires qui consacrent des efforts envers cette clientèle, afin de bien définir nos rôles et responsabilités respectifs et ce, dans le respect de leur autonomie.

Dans certains cas, sur une base volontaire, un financement en provenance du CSSS pourrait venir favoriser leur action et l'atteinte d'objectifs désirables pour les deux parties et la clientèle.

On trouvera à la figure 2, le contour du programme Santé mentale et les différents centres d'activités qui le composent. Ces composantes sont aussi décrites à partir de la page 65.

¹⁶ Programme "Adaptation et intégration sociale" desservant actuellement certaines clientèles de Santé mentale

Contour du programme

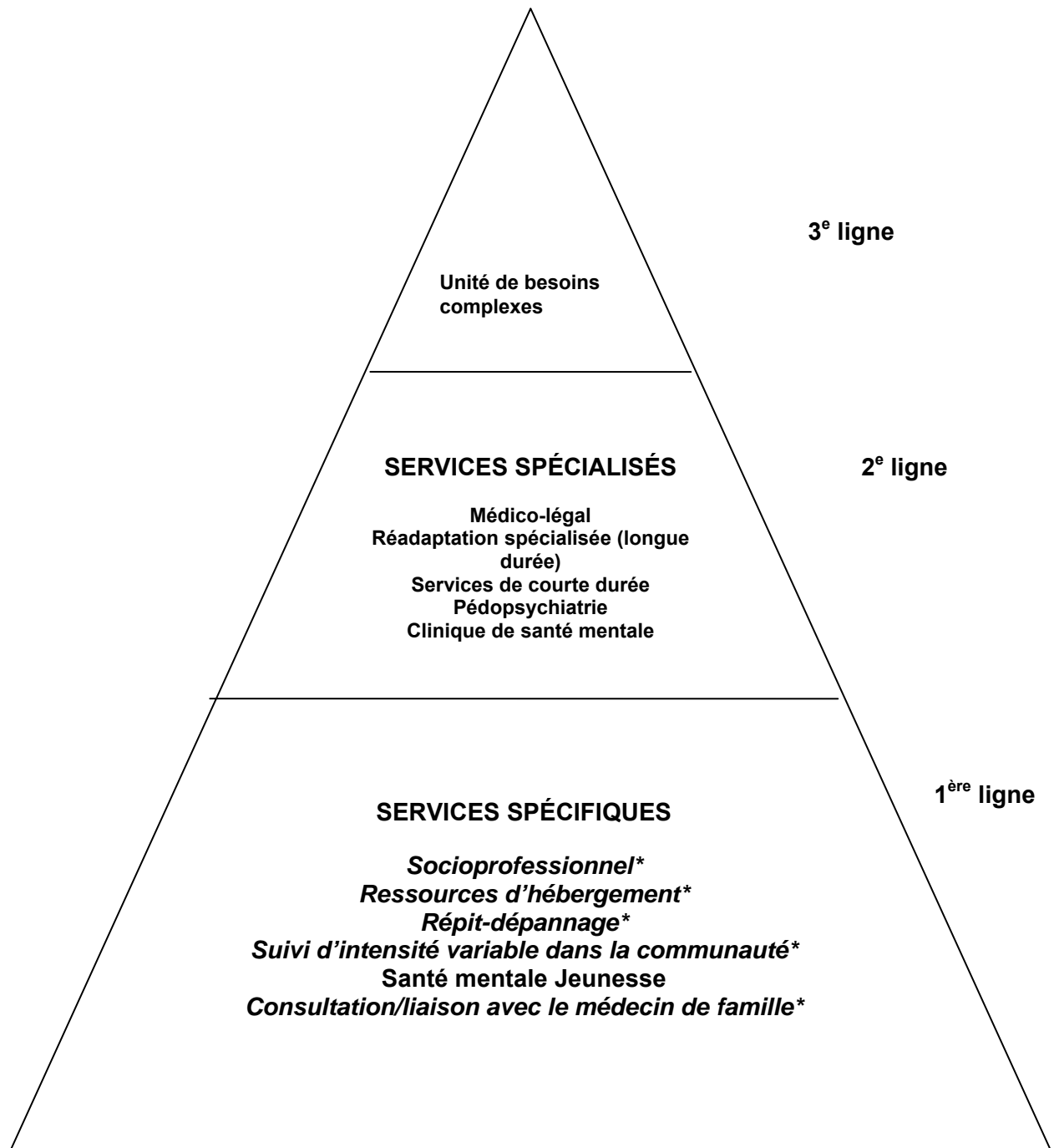


Figure 2

* Nouvelle composante

La première ligne

Les services de santé mentale de première ligne sont organisés sur une base locale et s'appuient sur des infrastructures légères. Ils sont de deux ordres : des services généraux offerts à toute la population par le biais du programme des services à la communauté et des services spécifiques destinés spécialement à la santé mentale. Bien qu'il doive participer activement aux activités générales de promotion et de prévention offertes par les services à la communauté, particulièrement à l'égard de la stigmatisation, de la toxicomanie et des personnes à risque suicidaire, le programme de santé mentale définit son contour en première ligne par les services spécifiques qu'il offre. Ces activités sont dédiées à toute clientèle qui présente des problèmes de santé mentale modérés. Elles sont composées de l'ensemble des services de proximité nécessaires au bon maintien et à l'insertion des personnes dans la communauté. Elles doivent être présentes en amont et en aval des épisodes de services spécialisés.

Suivi médical par le médecin de famille (GMF et cliniques privées)

Les médecins de première ligne sont des acteurs centraux dans le traitement des troubles mentaux modérés et des troubles graves stabilisés. Ils sont actifs au sein des GMF (groupes de médecine familiale), des cliniques médicales et des cabinets privés. Leur implication et leur présence en grand nombre sont des conditions de succès. Le psychiatre répondant du territoire est indispensable comme interlocuteur privilégié des médecins de famille et des intervenants de 1^{re} ligne qui ont besoin de l'avis d'un spécialiste.

Services de crise

Ils sont une composante du volet psychosocial et ils devraient être accessibles sur une base de 24 heures par jour, 7 jours par semaine afin de fournir une réponse immédiate à tout enfant ou adulte qui vit une situation sociale urgente.

Pour la première année d'implantation du projet local, ces services seront maintenus sous l'accueil psychosocial des services à la communauté. L'arrimage, les rôles respectifs et la répartition des ressources entre l'accueil psychosocial et la première ligne de santé mentale seront précisés au cours de cette première année d'opérationnalisation et feront l'objet d'une évaluation après cette période.

Hébergement de crise

Lits d'hébergement transitoire pour adultes, gérés par la Maison Lyse-Beauchamp.

Services aux personnes à haut risque suicidaire

En collaboration étroite avec le programme des services à la communauté, des actions concrètes doivent être entreprises pour assurer un meilleur arrimage avec les urgences, l'élaboration de protocole de crise suicidaire, un suivi post-hospitalisation et la formation des intervenants.

Diagnostiques, traitements et réadaptation

Toxicomanie et dépendances

Nous devons intégrer la problématique de toxicomanie à la pratique des intervenants des services spécifiques de première ligne.

Suivi d'intensité variable dans la communauté

Ce volet nous apparaît la pierre angulaire de la réussite du maintien dans la communauté et de la voie vers l'autonomie. Ce service est actuellement offert par les intervenants en santé mentale du PAIS qui assurent le suivi communautaire dans les ressources résidentielles. Nous proposons le transfert de ce champ d'expertise dans le programme de santé mentale. Le suivi dans la communauté constitue davantage un service de base à rendre disponible localement plutôt qu'un service spécialisé.

Des enjeux importants sont liés à cet objectif puisque nous desservons actuellement le CSSS des Sommets en termes de ressources résidentielles et de suivi. Il nous faudra donc déterminer avec lui une nouvelle répartition des services tenant compte de nos responsabilités populationnelles respectives. Le deuxième enjeu concerne la municipalité de Labelle qui fait partie du territoire du CSSS des Sommets. Historiquement et culturellement, la population de cette municipalité a toujours consommé majoritairement ses services à L'Annonciation. D'ailleurs, la Loi sur les services de santé et services sociaux a préséance sur les modalités d'organisation territoriale et permet aux personnes de choisir leur fournisseur de services. Nous devons donc nous pencher sur les impacts organisationnels et financiers d'un tel choix.

Suivi intensif dans la communauté

Ce modèle s'adapte peu à un milieu rural, nécessite une structure importante et dispendieuse et nos évaluations nous permettent d'avancer que la faible densité de population rend ce modèle moins adapté à notre contexte.

Hébergement

Ce secteur comprend les ressources résidentielles du PAIS (RTF, RI et RAC). Plusieurs de ces ressources sont désuètes et peu adaptées à la nouvelle clientèle. Des réaménagements sont nécessaires pour viser l'accroissement de l'offre de logements autonomes avec soutien.

Tout comme pour les résidences privées, le volet clinique des ressources résidentielles devra être intégré à la 1^{re} ligne et le suivi de la clientèle sera assumé par l'équipe de suivi d'intensité variable dans la communauté.

Répit dépannage

Dans le cadre du plan d'action ministériel, des services de soutien aux familles et aux proches doivent être développés. D'ailleurs, un des besoins prioritaires exprimés par les familles est d'avoir accès à quelques places afin de pouvoir héberger temporairement la personne ayant un trouble mental lorsque le répit devient nécessaire.

Les places développées par la Maison Lyse-Beauchamp peuvent permettre cette forme de répit pour les cas légers à modérés. Pour les cas plus graves, une entente avec une RI ou une RTF convenant d'une place réservée pourrait être envisageable. Pour les enfants, le besoin est des plus criants et le réseau local devra travailler à pallier cette lacune dans l'offre de services.

Socioprofessionnel

Ce secteur fait partie intégrante du PAIS, mais nous proposons qu'il soit intégré au programme de santé mentale.

Dans notre MRC, l'accessibilité à l'emploi est difficile pour près d'une personne sur deux, encore plus si la personne souffre d'une maladie mentale. Les programmes de type contrat d'intégration de travail semblent donc être les mesures les plus normalisantes dans un contexte réaliste. La participation sociale par des activités d'aide ou d'entraide doit aussi être considérée.

Santé mentale jeunesse

Ces services de 1^{re} ligne sont prioritaires et visent à offrir, par une équipe de base, des services aux jeunes aux prises avec des problèmes de santé mentale. Un arrimage et une concertation étroite sont nécessaires avec l'équipe des services à la communauté qui a pour mandat les services destinés aux jeunes qui présentent des problèmes de développement ou de comportement, ou qui ont des difficultés d'adaptation sociale.

La deuxième ligne

Les services de santé mentale spécialisés de deuxième ligne sont organisés sur une base régionale et offerts sur une base locale et régionale. Ils permettent de résoudre des problématiques plus graves et font appel à une expertise pointue, mais qui demeure répandue. Les intervenants de la 2^e ligne doivent soutenir les équipes de première ligne et agir comme consultants auprès de ces derniers.

Cliniques de santé mentale - Mont-Laurier et L'Annonciation

Unité d'admission - 1^{er} Sud

La mise en place d'une première ligne, de lits de crise psychosociale avec la Maison Lyse-Beauchamp, une gestion efficace des lits et un suivi post-hospitalisation devraient nous permettre de diminuer sensiblement le nombre d'admissions et les durées de séjour en milieu hospitalier et donc de revoir la pertinence d'un certain nombre de lits de courte durée.

La préparation de la sortie de l'hôpital devra impliquer les équipes dans la communauté. Ainsi coordonnée, l'hospitalisation ne devrait plus causer de brisure dans la continuité des soins, mais plutôt être un lieu favorisant la préparation des personnes à réintégrer leur milieu de vie.

Services spécialisés de longue durée - unités 4 Sud et 4 Nord

En soins psychiatriques de longue durée, le CSSS d'Antoine-Labelle a une mission régionale. Deux unités sont donc réservées au traitement et à la réadaptation de longue durée. L'accès devrait y être offert à toutes les personnes qui en ont besoin par le biais d'un comité d'accès. Nous devons revoir la composition des équipes afin d'axer l'approche vers la réadaptation et le retour dans la communauté.

Pédopsychiatrie

Santé mentale infantile.

La troisième ligne

Les services de santé mentale surspécialisés de troisième ligne sont organisés sur une base régionale et supra régionale. Ils s'adressent à des personnes ayant des besoins très complexes, liés à des conditions dont la prévalence est très faible. Ils requièrent une expertise ultraspécialisée et rare.

Unité 3 Nord

Cette unité à mission locale, régionale et suprarégionale est surspécialisée et traite des problèmes très complexes de déficience intellectuelle associée à un problème de santé mentale, un trouble de comportement grave, de l'agressivité ou un trouble de conduite sexuelle. L'accès à ces services se fait généralement par référence de la 2^e ligne et les demandes sont étudiées au comité d'accès de la longue durée. Cet élément de mission est considéré stratégique par l'organisation.

Ruis

Des ententes formelles devront être prises avec le RUIS pour assurer des corridors de services pour les personnes nécessitant des services de troisième ligne en pédopsychiatrie et en médico-légal.

EN RÉSUMÉ....

Nos orientations locales

- une philosophie d'intervention axée sur l'unicité et la globalité de la personne
- le développement d'un réseau intégré de services (jeunesse et adulte)
- l'implantation d'un modèle de réadaptation spécialisée sur les unités de soins de longue durée
- la hiérarchisation des services pour une utilisation optimale des ressources de 1^{re}, 2^e et 3^e lignes et pour une meilleure réponse aux besoins

***VERS UN RÉSEAU INTÉGRÉ
DE SERVICES
EN SANTÉ PHYSIQUE***

Besoins de la population

DONNÉES QUANTITATIVES¹⁷

Au cours des dernières décennies, l'amélioration des conditions de vie, l'efficacité des traitements offerts et l'accessibilité des soins et des services de santé ont contribué à améliorer l'état de santé et le bien-être de la population québécoise. Bien que cette dernière vive plus longtemps, les incapacités et les limitations d'activité causées par la vieillesse augmentent, de même que la prévalence de certains problèmes.

Trois maladies chroniques sont responsables de près des trois quarts des décès : il s'agit des cancers, des maladies cardiovasculaires et des maladies respiratoires. Elles sont la cause du plus grand nombre de décès prématurés dans la population québécoise. Les cancers causent 32 % des décès alors que les maladies cardiovasculaires en occasionnent 29 %. Le diabète, l'asthme, l'arthrite et l'obésité sont aussi des maladies chroniques qui ont des conséquences importantes sur la qualité de la vie des individus. Les maladies chroniques sont principalement associées au vieillissement, mais aussi à des habitudes de vie néfastes pour la santé. Plusieurs de ces maladies pourraient être évitées par la pratique régulière d'une activité physique, par une saine alimentation ainsi que par l'abandon du tabagisme.

Les conditions socio-économiques ont également un impact sur la santé des individus. Les personnes les plus pauvres au Québec vivent en moyenne six années de moins que les gens les plus favorisés. Ces personnes sont aussi deux fois plus exposées au risque d'une maladie grave ou d'un décès prématuré.

Enfin, l'apparition récente d'agents infectieux tels que le virus du Nil occidental et le symptôme respiratoire aigu sévère (SRAS), commande une vigilance accrue dans le réseau de la santé. Les maladies nosocomiales, telle la bactérie *C. difficile*, figurent au deuxième rang des accidents évitables en milieu de soins après les erreurs médicamenteuses et 30 % de ces maladies seraient évitables.

¹⁷ Un certain nombre de données de production sont disponibles à l'annexe 3.

PRINCIPAUX BESOINS CIBLÉS LORS DES "FOCUS GROUPS"

Qualité et continuité des soins

- nécessité de mettre plus d'emphase sur le respect de la clientèle, l'empathie, l'humanisation des soins;
- nécessité d'impliquer le client et sa famille dans le plan de soins; de les tenir au courant de l'évolution de la situation, de les préparer aux prochaines étapes;
- lors de l'hospitalisation, coupure dans la prise en charge au niveau médical; manque de continuité au plan thérapeutique, impression d'un bris dans la transmission de l'information d'un médecin à l'autre;
- rupture dans la continuité des services entre le médecin spécialiste et le médecin de famille;
- temps d'attente en clinique externe; le délai trop court entre chaque rendez-vous engendre un délai allant jusqu'à quatre heures d'attente;
- manque de standardisation et de rigueur dans le processus d'administration de la médication lors d'hospitalisation;
- manque de coordination de l'information entre les différents professionnels affectés à une même personne;

Salle d'urgence

- nécessité d'élargir le champ de pratique des infirmières au triage pour diminuer le temps d'attente à l'urgence;
- désire être informé des raisons du temps d'attente à l'urgence; sentiment d'être souvent oublié;
- engorgement de la salle d'urgence lié à la difficulté d'accès à un médecin de famille et à une sous-utilisation des services de santé courante de la première ligne;
- référence par le médecin du CLSC à la salle d'urgence de la clientèle des soins à domicile en soins palliatifs alourdissant inutilement le processus d'hospitalisation;
- référence, une fois sur deux, à la salle d'urgence par le service Info-Santé à défaut d'avoir d'autres alternatives.

Accès aux services

- est-il possible de réserver un lit dans un CH spécialisé de Montréal pour être assuré que, si on est référé dans ce centre, il y ait bien une place réservée pour nous?
- délai important entre la date de prise de rendez-vous et la date du rendez-vous en centre de prélèvements;

- liste d'attente pour certains examens spécialisés en imagerie médicale;
- difficultés pour rejoindre les centres de rendez-vous d'examens diagnostiques par téléphone.

Information

- manque d'information et d'enseignement à la clientèle suite à un examen diagnostique;
- difficulté à identifier la profession des différents intervenants, principalement pour les personnes âgées qui ont de la difficulté à lire la carte d'identification des employés;
- manque d'information sur l'aide offerte aux proches aidants et sur les services disponibles en première ligne.

LE CONTEXTE

L'évolution de la société québécoise demande d'adapter le système de santé et de services sociaux aux nouvelles réalités démographiques, épidémiologiques et technologiques ainsi qu'aux changements relatifs à l'organisation des services et à l'évolution des dépenses.

LES CHANGEMENTS DANS L'ORGANISATION DES SERVICES, DANS LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES ET DANS LES TECHNOLOGIES

De plus en plus, les soins et les services sont accessibles dans la communauté et les frontières entre les champs d'exercice professionnel sont de moins en moins hermétiques. La progression de différentes problématiques sociales et complexes nécessite la présence d'une grande diversité d'intervenants aux expertises variées, impliquant ainsi une redéfinition des rôles de chacun dans le sens d'une plus grande complémentarité. La mise en place d'un nouveau modèle clinique et organisationnel, basé sur les réseaux locaux de services, favorise l'intégration des services.

L'amélioration des pratiques doit s'appuyer davantage sur des données qui démontrent leur efficacité. Ces données, qui sont dites probantes, sont issues des milieux de la recherche ou font consensus auprès des experts. Le rythme effarant de l'acquisition de nouvelles connaissances entraîne la nécessité d'une plus grande utilisation de différents outils (guides pratiques, protocoles standardisés, etc.) qui permettront aux milieux cliniques de faire évoluer leurs pratiques. Les domaines de la santé et des services sociaux sont fortement touchés par l'évolution rapide des technologies. Les instruments diagnostiques et chirurgicaux ainsi que les médicaments rendent possible le traitement de pathologies qui ne pouvaient être traitées auparavant et améliorent les traitements existants. De plus, les avancées pharmaceutiques combinées à d'autres développements technologiques permettent de prodiguer certains soins à domicile qui, autrefois, étaient donnés à l'hôpital.

¹⁸ MSSS – Planification stratégique 2005-2010

Les technologies de communication donnent aussi des possibilités multiples pour améliorer le traitement et la circulation de l'information clinique et administrative, pour soutenir la coordination des interventions et pour assurer la complémentarité des organisations. Afin d'améliorer l'accessibilité, la qualité et la continuité des services, il faut miser sur les possibilités qu'offrent ces nouvelles technologies et l'évolution des pratiques.

LES ENJEUX, LES ORIENTATIONS ET LES OBJECTIFS NATIONAUX

Quatre grands enjeux se dégagent du contexte entourant le secteur québécois des services de santé et des services sociaux. Pour chacun de ceux-ci, le Ministère propose des orientations et des actions cohérentes qui visent à maintenir ou à améliorer le fonctionnement général du système de santé et de services sociaux. Voici donc les éléments qui touchent particulièrement le programme de santé physique :

ENJEU 1 : LE DÉVELOPPEMENT D' ACTIONS EFFICACES EN AMONT DES PROBLÈMES

Orientations

- Améliorer la santé et le bien-être de la population par une action efficace en **promotion**, en **prévention** et en **protection**.

ENJEU 2 : L'ADAPTATION DE L'ORGANISATION DES SERVICES AFIN D'ASSURER UNE MEILLEURE ACCESSIBILITÉ ET UNE PLUS GRANDE CONTINUITÉ DES SERVICES, PARTICULIÈREMENT POUR LES CLIENTÈLES LES PLUS VULNÉRABLES

Orientations

- Améliorer l'accès aux **services généraux** de première ligne et réduire l'encombrement des **urgences**;
- Améliorer l'accès aux services de **chirurgie** en vue de réduire les listes d'attente;
- Offrir un continuum de services pour la lutte contre le **cancer** et pour les personnes atteintes de **maladies chroniques**.

Cibles

- Assurer à la population l'accès à un médecin de famille, notamment par la mise en place de l'équivalent de 300 GMF au Québec.

- Améliorer l'accès, dans chaque territoire local, aux services infirmiers et psychosociaux généraux :
 - en augmentant le nombre de personnes desservies;
 - en offrant une réponse plus complète aux besoins en augmentant l'intensité des services.
- Garantir, en tout temps et à toute la population, un accès aux services d'information et de conseils, de référence et d'orientation par Info-Santé 24/7, dans un délai de moins de 4 minutes.
- Assurer, dans tous les territoires locaux, une garde 24/7 en soins infirmiers et en services sociaux.
- Maintenir ou diminuer le temps de séjour sur civière à l'urgence
- Accroître la capacité d'intervention pour les patients ayant besoin d'une :
 - chirurgie de la cataracte;
 - arthroplastie de la hanche;
 - arthroplastie du genou;
 - chirurgie avec hospitalisation;
 - chirurgie d'un jour;
 - chirurgie cardiaque.
- Poursuivre l'implantation, dans les territoires locaux, de services d'enseignement, d'autogestion et de suivi pour les patients atteints d'une maladie pulmonaire obstructive chronique.
- Assurer la disponibilité des équipes interdisciplinaires locales, régionales et suprarégionales de lutte contre le cancer.
- Assurer la capacité d'intervention des services spécialisés en radiothérapie en fonction du délai établi de 8 semaines
- Assurer la capacité du réseau à répondre adéquatement aux besoins de la clientèle en cardiologie tertiaire (hémodynamie, chirurgie cardiaque et électrophysiologie).
- Accroître l'accès aux services de soins palliatifs :
 - en augmentant le nombre de personnes desservies à domicile;
 - en augmentant l'intensité des services;
 - en augmentant le nombre de lits.

- Réduire l'incidence moyenne annuelle des infections nosocomiales faisant l'objet d'une surveillance provinciale.

ENJEU 3 : L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES AINSI QUE L'OPTIMISATION DE L'UTILISATION DES RESSOURCES QUI SOUTIENNENT LA DISPENSATION DES SERVICES

ENJEU 4 : LA GESTION EFFICIENTE DES RESSOURCES FINANCIÈRES ALLOUÉES AU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

LES ORIENTATIONS RÉGIONALES

Ces orientations régionales visent à supporter les CSSS dans la planification de l'organisation des services de santé physique sur leur territoire.

A. Améliorer l'accès aux services médicaux de première ligne

Les travaux sont élaborés par chacun des CSSS en collaboration avec la Table médicale territoriale selon les paramètres suivants :

- préciser les rôles et les responsabilités de chacun afin d'améliorer l'accessibilité aux médecins de famille ainsi que la fonction d'assistance et de coordination de la recherche d'un médecin de famille;
- établir l'ampleur du problème pour chacun des RLS (réseau local de services) impliqués et prioriser les besoins à combler;
- identifier des solutions favorisant le travail en réseau intégré, la mise en place de GMF et/ou de cliniques médicales associées ou toutes autres solutions innovatrices, facilement réalisables et s'inscrivant dans les orientations de l'Agence et du ministère;
- établir un échéancier de réalisation pour chacune des solutions retenues;
- convenir de mécanismes d'information de la population, de reddition de compte et d'indicateurs de résultats.

B. Améliorer l'accessibilité aux services d'urgence de deuxième ligne

Chacun des CSSS est responsable de l'élaboration des travaux en fonction des paramètres suivants :

Élaborer un plan d'action répondant aux normes et standards du comité national de coordination des urgences (CCNU);

- diminuer la durée moyenne de séjours hospitaliers;
- développer ou améliorer l'accès aux activités ambulatoires;
- développer ou améliorer l'accès aux activités de la chirurgie d'un jour;
- améliorer l'accès aux services de soutien à domicile;
- identifier des priorités d'action en lien avec le cahier des charges et les priorités régionales.

L'Agence est responsable de coordonner et supporter les travaux en fonction des paramètres suivants :

- identifier des priorités régionales en lien avec les orientations et les seuils nationaux;
- établir les ententes de gestion entre le ministère, l'Agence et les CSSS en lien avec les seuils nationaux et les priorités régionales et locales.

C. Développer ou améliorer l'accès aux services pour les clientèles particulières

- cancer
- maladies chroniques
- soins palliatifs de fin de vie

Chacun des CSSS est responsable de l'élaboration des travaux en fonction des paramètres suivants :

- améliorer l'accès aux services ambulatoires;
- développer ou améliorer l'accès aux activités d'enseignement et de réadaptation;
- améliorer l'accès aux services de soutien à domicile;
- développer ou améliorer l'accès aux services en soins palliatifs de fin de vie;
- identifier des priorités d'action en lien avec le cahier des charges et les priorités nationales et régionales.

L'Agence est responsable de coordonner et supporter les travaux en fonction des paramètres suivants :

- identifier des priorités régionales en lien avec les orientations et les seuils nationaux;
- établir les ententes de gestion entre le ministère, l'Agence et les CSSS en lien avec les seuils nationaux et les priorités régionales et locales.

D. Optimiser la prestation des services spécialisés

Chacun des CSSS est responsable d'assurer l'accès aux services de deuxième et de troisième ligne à la population de son territoire en fonction des standards d'accès, d'intégration et de qualité.

Par ailleurs, l'Agence est responsable d'établir un plan de travail et de coordonner les travaux en fonction des paramètres suivants :

- définir le rôle de la mission régionale;
- harmoniser et stabiliser l'offre de services régionale de deuxième et de troisième ligne;
- établir des ententes de services entre les paliers local, régional (HDSJ) et suprarégional (RUIS);
- établir les ententes de gestion entre le ministère, l'Agence et les CSSS en lien avec les seuils nationaux, les priorités régionales et locales avec le comité de gestion régional (CGR).

Orientations locales d'organisation des services

UNE RÉORGANISATION BASÉE SUR LA QUALITÉ DES SERVICES, L'AMÉLIORATION DE L'ACCÈS AUX SERVICES ET UNE UTILISATION JUDICIEUSE DE NOS RESSOURCES

Le programme de santé physique regroupe des activités cliniques de première, deuxième et troisième ligne. Il comprend d'une part des services individuels destinés à répondre aux besoins des personnes ambulatoires présentant des problèmes ponctuels et aigus et, d'autre part, des soins et des traitements spécialisés à toute personne qui est aux prises avec une maladie, un symptôme ou un traumatisme. Il répond aussi aux personnes aux prises avec une maladie chronique qui exige un suivi systématique et des services continus.

Les changements organisationnels qu'entraîne l'implantation de l'organisation locale de services intégrés ont une portée qui dépasse le simple fait d'offrir des services dans le cadre des structures connues. La volonté de mettre fin à l'enchevêtrement et à la fragmentation des services ne peut se faire sans se centrer sur les besoins des personnes et des familles, avec la conviction que l'utilisation complémentaire des ressources doit avoir pour base la qualité des services, l'amélioration de l'accès aux services et une utilisation judicieuse de nos ressources.

L'INTÉGRATION ET LA HIÉRARCHISATION DES SERVICES POUR UNE MEILLEURE CONTINUITÉ

Le projet clinique s'inscrit dans une logique d'intégration et de cohérence :

- une logique d'**intégration verticale** visant à corriger les problèmes d'accès à l'expertise et aux services spécialisés (de la première ligne jusqu'aux services de troisième ligne via des corridors de services);
- une logique d'**intégration horizontale** visant à corriger les problèmes de continuité par des mécanismes de coordination entre les dispensateurs et favorisant la hiérarchisation des soins et des services afin que chaque intervenant de la santé puisse contribuer pleinement à

la prestation de soins et de services. Par exemple, la hiérarchisation des soins qui élargit les champs d'exercice professionnels entre les médecins, les infirmières, les infirmières auxiliaires et les préposés aux bénéficiaires; entre les inhalothérapeutes, les infirmières et les infirmières auxiliaires.

Dans un contexte de ressources limitées et de pression à la hausse sur la demande de services, une organisation de services intégrés devient incontournable. C'est un pas à franchir afin d'offrir à notre population le bon service, au bon endroit, au bon moment, par la bonne personne et au moindre coût.

LA RÉVISION DE LA PERTINENCE DE CERTAINES ACTIVITÉS SPÉCIALISÉES AFIN D'AMÉLIORER L'OFFRE DE SERVICES

Ce contexte nous amène également à questionner la **pertinence** de maintenir certaines activités spécialisées à leur niveau actuel. Au cours des dernières années, trois (3) études externes ont soulevé certaines questions et proposé des modifications à l'organisation de services qui auraient pour résultat de générer des économies en revoyant certaines façons de faire. Ces économies pourraient par la suite être réinvesties en première ligne, afin de mieux répondre aux besoins de la population vulnérable qui habite la MRC d'Antoine-Labelle.

Ces études nous amènent à nous questionner sur un certain nombre de services cliniques, mais en particulier les suivants :

- les soins intensifs à Rivière-Rouge;
- la structure et l'organisation des services d'inhalothérapie à Rivière-Rouge et à Mont-Laurier;
- le nombre de lits à Mont-Laurier.

DES CHANGEMENTS QUI DÉCOULENT DES ORIENTATIONS RÉGIONALES ET MINISTÉRIELLES

Améliorer l'accès aux services médicaux de première ligne

- identifier des solutions favorisant le travail en réseau intégré, la mise en place de GMF et/ou de cliniques médicales associées ou toutes autres solutions innovatrices, facilement réalisables et s'inscrivant dans les orientations de l'Agence et du ministère;
- revoir la porte d'entrée du réseau local de service (accueil centralisée);
- assurer une liaison pour la clientèle vulnérable et faciliter l'accès à un médecin de famille (Mont-Laurier).

Améliorer l'accessibilité aux services d'urgence de deuxième ligne

- diminuer le temps d'attente à l'urgence;
- diminuer la durée moyenne de séjours hospitaliers;
- développer ou améliorer l'accès aux activités ambulatoires (principalement en première ligne);
- développer ou améliorer l'accès aux activités de la chirurgie d'un jour;
- développer une clinique de relance (Mont-Laurier).

Développer ou améliorer l'accès aux services pour les clientèles particulières

- développer un programme de lutte contre le cancer qui assure une coordination et une intégration de toutes les activités des instances impliquées dans le continuum de lutte contre le cancer;
- augmenter le nombre de personnes en soins palliatifs desservies à domicile et augmenter l'intensité des services;
- poursuivre l'implantation de services d'enseignement, d'autogestion et de suivi pour les patients atteints d'une maladie pulmonaire obstructive chronique;
- assurer un suivi systématique de la clientèle atteinte de maladies cardiovasculaires (MCV) et implanter un programme de réadaptation en lien avec Promosanté.

Optimiser la prestation des services spécialisés

- établir des ententes de services entre les paliers local, régional (HDSJ) et suprarégional (RUIS);
- implanter un centre satellite d'hémodialyse au Centre de services de Rivière-Rouge.

Optimiser la prévention des infections nosocomiales

LE DÉVELOPPEMENT DES SERVICES DE RÉADAPTATION PHYSIQUE À DOMICILE

Dans l'optique du développement des services de première ligne, nous privilégions le développement de services de réadaptation physique à domicile. Ce projet nécessite une analyse sur la réorganisation des services qui sera effectuée au terme des travaux régionaux qui ont cours actuellement sur la réadaptation physique.

On trouvera à la figure 4, le contour du programme Santé physique et les différents centres d'activités qui le composent.

Contour du programme

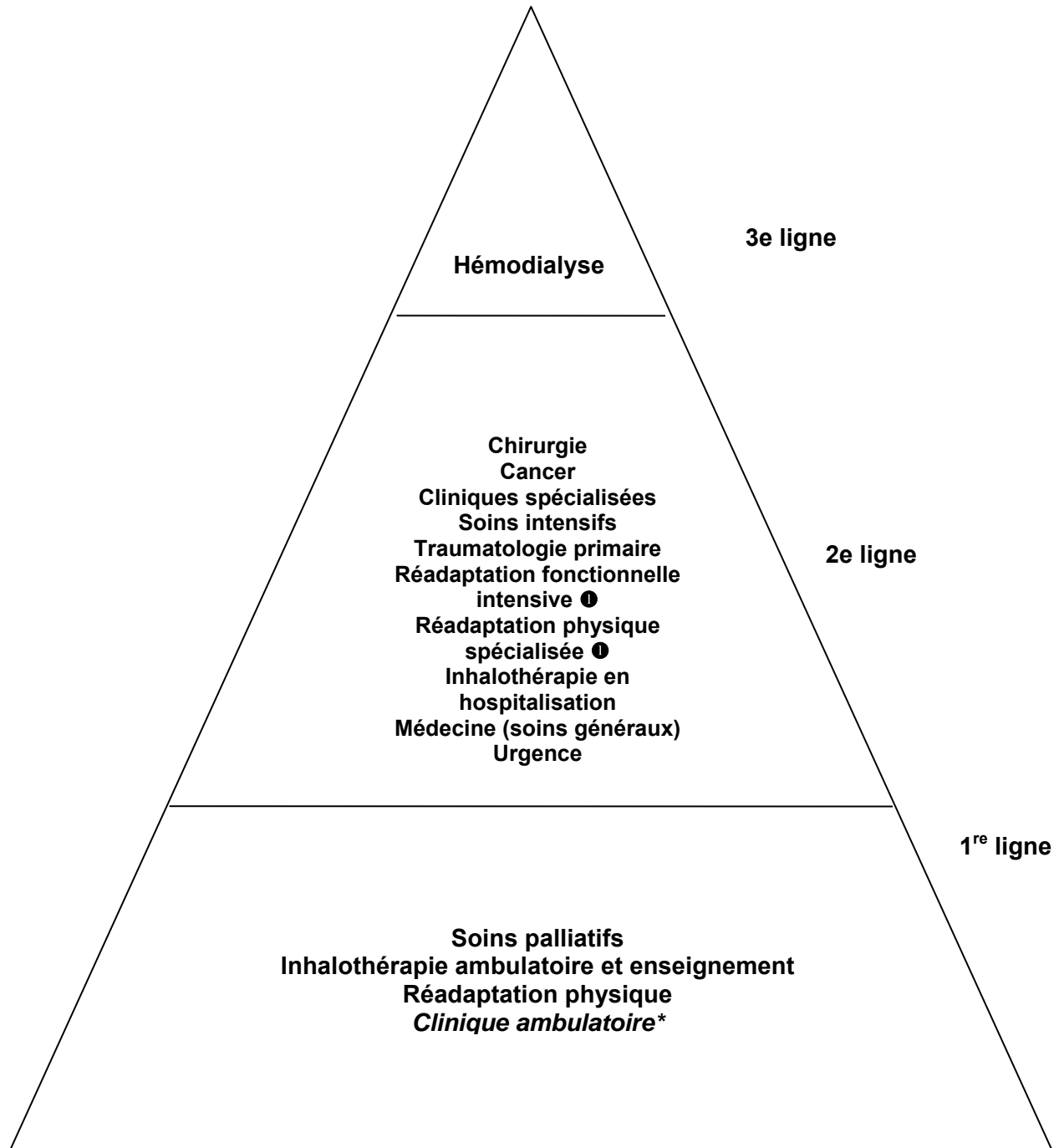


Figure 4

* Nouvelle composante

❶ Feront l'objet de discussion avec l'Agence et le Bouclier à la lumière des nouvelles responsabilités confiées aux établissements

EN RÉSUMÉ....

Nos orientations locales

- une réorganisation basée sur la qualité des services, l'amélioration de l'accès aux services et une utilisation judicieuse de nos ressources
- l'intégration et la hiérarchisation des services pour une meilleure continuité
- la révision de la pertinence de certaines activités spécialisées afin d'améliorer l'offre de services
- l'amélioration de l'accès aux services des médecins de famille et aux services d'urgence de deuxième ligne
- le développement ou l'amélioration de l'accès aux services pour les clientèles particulières
- l'optimisation de la prestation des services spécialisés
- l'optimisation de la prévention des infections nosocomiales
- le développement des services de réadaptation physique en première ligne

LISTE DES PARTENAIRES DU RÉSEAU LOCAL

Action bénévole de la Rouge
Agence de la santé et des
services sociaux des
Laurentides
Albatros 06-B Inc.
Association de la personne
handicapée de la MRC
d'Antoine-Labelle
Association des parents
d'enfants handicapés des
Hautes-Laurentides
Association des résidences
privées
Association du diabète
Carrefour des jeunes de Mont-
Laurier
Carrefour jeunesse Desjardins
CAVAC
Centre André-Boudreau
Centre communautaire de
Ferme-Neuve
Centre d'action bénévole
Léonie Bélanger
Centre de femmes « Signée
femmes »
Centre local d'emploi
Centre de la famille de
Notre-Dame-du-Laus
Centre de la famille des
Hautes-Laurentides
Centre d'exposition de Mont-
Laurier (art thérapie)
Centre jeunesse des
Laurentides
Centre Ressources Jeunes de
Notre-Dame-du-Laus
Cliniques médicales
Commission scolaire Pierre-
Neveu
Conférence St-Vincent de Paul
CPE La fourmilière

CPE Les petits bourgeons
CPE Les vers à choux
CSSS de St-Jérôme
Défi-Autonomie
Détente Santé
Écono-Stop
ÉLAN
Épiceries des villages de la
MRC d'Antoine-Labelle
Fondation OLO
GMF de la Rouge
IVAC
La Manne du jour
La Mèreveille
La Passerelle
L'Arc-en-soi
Le Bouclier
Le Centre d'aide pour
personnes traumatisées
crâniennes et handicapées
physiques Laurentides
(CAPTCHPL)
Le Faubourg
Le PRISME
Les Abeilles actives de
Notre-Dame-du-Laus
Les municipalités de la MRC
d'Antoine-Labelle
Les Papillons de Nominique
Inc.
Maison Clothilde
Maison des jeunes de la
Vallée de la Rouge
Maison Lyse-Beauchamp
Mesures alternatives des
Vallées du Nord
Pharmacies communautaires
Promo-santé
RUIS de l'Université de
Montréal
SIVET

Sûreté du Québec
Transport collectif

Les niveaux d'accès aux services¹⁹ : définitions

Le modèle d'organisation des services sera construit autour de trois niveaux d'accès aux services et aux ressources qui répondent à des besoins distincts. On trouvera au tableau 1, une description des principaux éléments qui caractérisent les différentes lignes de service.

Les services de première ligne

Le premier niveau d'accès est celui des services de première ligne qui sont destinés à l'ensemble de la population et à des clientèles ayant des besoins particuliers. Cet accès est généralement direct et les conditions qui permettent le recours aux services de première ligne sont simples, prévisibles, clairement définies et connues des usagers. Ces services visent à répondre à des problèmes de santé ou à des problèmes sociaux usuels et variés. Ils doivent de plus être offerts près du milieu de vie des personnes qui les utilisent. Les intervenants de première ligne possèdent des compétences professionnelles générales et diversifiées. Les services de première ligne s'appuient également sur des infrastructures et des technologies légères. Ces services correspondent aux services généraux qui s'adressent à toute la population (ex. : services de prévention, services médicaux, services infirmiers, services psychosociaux et Info-santé) et aux services spécifiques qui s'adressent à des clientèles vulnérables et particulières, on pense notamment aux services de soutien à domicile.

Les services de deuxième ligne

Le deuxième niveau d'accès regroupe les services de deuxième ligne qui complètent ceux de première ligne. Sauf exception, la référence d'un professionnel est nécessaire pour avoir accès à ces services. Il s'agit de services permettant de traiter des problèmes de santé et des problèmes sociaux complexes, mais répandus.

Ils exigent des expertises spécialisées, regroupées pour constituer des masses critiques. Ces services s'appuient habituellement sur une infrastructure particulière et une technologie avancée, quoique courante.

¹⁹ MSSS – Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (février 2004), p.25

Certains services médicaux spécialisés et des services sociaux et de réadaptation spécialisés devront être offerts le plus près possible du milieu de vie des individus susceptibles d'y avoir recours. Cette offre locale de services spécialisés devra être considérée lorsque les services pourront être produits en volumes suffisamment importants pour garantir la qualité, le maintien à un niveau critique des équipes spécialisées et des coûts unitaires acceptables.

Les services de troisième ligne

Le troisième niveau d'accès, soutenant le premier et le deuxième niveau, est celui des services de troisième ligne. Ces derniers sont offerts sur une base nationale, concentrés dans un nombre limité d'endroits et habituellement accessibles sur référence d'un professionnel. Ils s'adressent à des personnes ayant des problèmes de santé et des problèmes sociaux très complexes, dont la prévalence est souvent plus faible.

Ils requièrent l'expertise d'intervenants très spécialisés ayant des compétences rares dans un champ d'intervention de pointe. Ces services s'appuient sur des équipements, des technologies et des expertises sophistiqués et rares, qui ne peuvent pas être disponibles partout. Les services de troisième ligne correspondent généralement aux services surspécialisés.

Les niveaux d'accès aux services²⁰ : caractéristiques

Première ligne	Deuxième ligne	Troisième ligne
Problématiques usuelles et variées	Problématiques complexes	Problématiques très complexes avec prévalence très faible
Services généraux et spécifiques	Services spécialisés	Services surspécialisés
S'adresse à toute la population, à des clientèles vulnérables, à des clientèles particulières	S'adresse à des personnes avec problématiques complexes mais répandues (à des groupes ou toute population dans le cadre de mandat particulier de la santé publique)	S'adresse à des personnes avec problématiques très complexes et/ou peu répandues
Accès facile, prévisible, identifié et connu	Accès qui requiert une référence (sauf exception)	Accès qui requiert une référence (sauf exception)
Infrastructures et technologies légères	Infrastructures particulières et technologies diagnostiques ou thérapeutiques lourdes, mais répandues	Infrastructures de pointe. Équipements surspécialisés ou très coûteux
Intervenants ou équipes d'intervenants de première ligne avec compétences professionnelles générales et diversifiées	Intervenants ou équipes d'intervenants spécialisés avec expertise pointue dans un champ d'intervention qui demeure répandu	Intervenants ou équipes d'intervenants très spécialisés ayant des compétences rares dans un champ d'intervention de pointe
S'assure de mettre à contribution l'ensemble des ressources du réseau local et de garantir l'accès aux services de deuxième et troisième ligne	Retourne les personnes vers les services de première ligne, lorsque requis, et tient les intervenants de première ligne informés sur les services offerts aux personnes à l'intérieur de l'épisode de soins ou de l'évènement qui a suscité le recours aux services de deuxième ligne	Retourne la personne vers les services de première ligne ou de deuxième ligne, lorsque requis, et tient les intervenants informés sur les services offerts aux personnes à l'intérieur de l'épisode de soins ou de l'évènement qui a suscité le recours aux services de troisième ligne

Tableau 1

²⁰ Association des CLSC et des CHSLD du Québec – fiche sur le concept de première ligne – juin 2004

DONNÉES DE PRODUCTION PROGRAMME SANTÉ PHYSIQUE

Salles d'urgence – profil d'achalandage

Rivière-Rouge

Année	Visites	Ambulances	Pts/civière	Séjour ≥48 h	DMS globale	≥48 h & ≥75 ans	DMS ≥75 ans
2003-2004	22 721	788	2 734	3,5 %	10,6 h	6,6 %	14,0
2004-2005	23 130	841	2 865	5,2 %	12,4 h	9,1 %	17,1

Mont-Laurier

Année	Visites	Ambulances	Pts/civière	Séjour ≥48 h	DMS globale	≥48 h & ≥75 ans	DMS ≥75 ans
2003-2004	25 579	1 383	5 107	6,0 %	13,0 h	11,2 %	18,6
2004-2005	25 303	1 480	4 467	4,2 %	11,8 h	7,4 %	16,1

Cliniques externes

Rivière-Rouge

Année	Consultations clin. ext.	Oncologie visites	Oncologie traitements	GMF
2003-2004	4 321	936	457	5 222
2004-2005	4 509	905	447	5 099

Mont-Laurier

Année	Consultations clin. ext.	Oncologie visites	Oncologie traitements
2003-2004	10 955	1 209	709
2004-2005	10 928	1 067	618

Unités d'hospitalisation

Unité de médecine, RFI et soins palliatifs, Rivière-Rouge

Année	Jours-présence	Admissions	Taux d'occupation	DMS
2003-2004	6 915	508	105,25 %	14,20
2004-2005	6 719	480	102,27 %	13,61

Médecine, chirurgie, gériatrie active et soins palliatifs, Mont-Laurier

Année	Jours-présence	Admissions	Taux d'occupation	DMS
2003-2004	18 586	1 421	101,84 %	9,05
2004-2005	17 411	1 416	95,40 %	9,21

Pédiatrie :

39,54 % d'occupation moyenne pour l'année 2004-2005
38,81 % d'occupation moyenne pour l'année 2005-2006

En 2004-2005 pour les patients en attente d'hébergement, le séjour le plus court aura été de 2 jours et le plus long de **297 jours**.

Soins intensifs

Rivière-Rouge

Année	Jours-présence	Admissions	Taux d'occupation	DMS
2003-2004	362	149	49,59 %	2,43
2004-2005	280	128	38,36 %	2,19

Mont-Laurier

Année	Jours-présence	Admissions	Taux d'occupation	DMS
2003-2004	1 327	321	90,89 %	2,75
2004-2005	1 272	312	87,12 %	2,70

Bloc opératoire, Mont-Laurier

Année	Bloc opératoire		Chirurgie d'un jour	Médecine d'un jour	Endoscopie
	Heures- présence	Usagers	Usagers		Nombre d'examens
2003-2004	1 607	1 442	547	1 060	1 320
2004-2005	1 524	1 348	448	1 297	1 485

Complexe mère-enfant, Mont-Laurier

Année	Jours-présence		Admissions		Taux d'occupation	DMS	
	Mères	Nouveaux- nés	Mères	Nouveaux- nés		Mères	Nouveaux- nés
2003-2004	996	771	360	298	54,58 %	2,74	2,58
2004-2005	1 025	746	376	315	56,16 %	2,48	2,38

Services de réadaptation physique

Rivière-Rouge

Année	Heures de prestation			
	Physiothérapie	Ergothérapie	Orthophonie	Audiologie
2003-2004	3 618	1 280	68	156
2004-2005	3 615	373	1 331	142

Mont-Laurier

Année	Heures de prestation	
	Physiothérapie	Ergothérapie
2003-2004	2 944	840
2004-2005	2 963	764

Service d'électrophysiologie – Unités techniques

Année	Mont-Laurier	Rivière-Rouge
2003-2004	192 111	88 022
2004-2005	173 967	75 114

Service de prélèvements - Visites

Année	Mont-Laurier	Rivière-Rouge
2003-2004	22 159	7 032
2004-2005	20 632	7 641

Service d'imagerie médicale - Examens

Année	Mont-Laurier	Rivière-Rouge
2003-2004	34 662	13 343
2004-2005	32 029	13 979

Service de nutrition clinique - Usagers

Année	Mont-Laurier	Rivière-Rouge
2003-2004	396	297
2004-2005	463	257

Service d'inhalothérapie

Année	Mont-Laurier	Rivière-Rouge
2003-2004	N/D	N/D
2004-2005	382 118	268 519

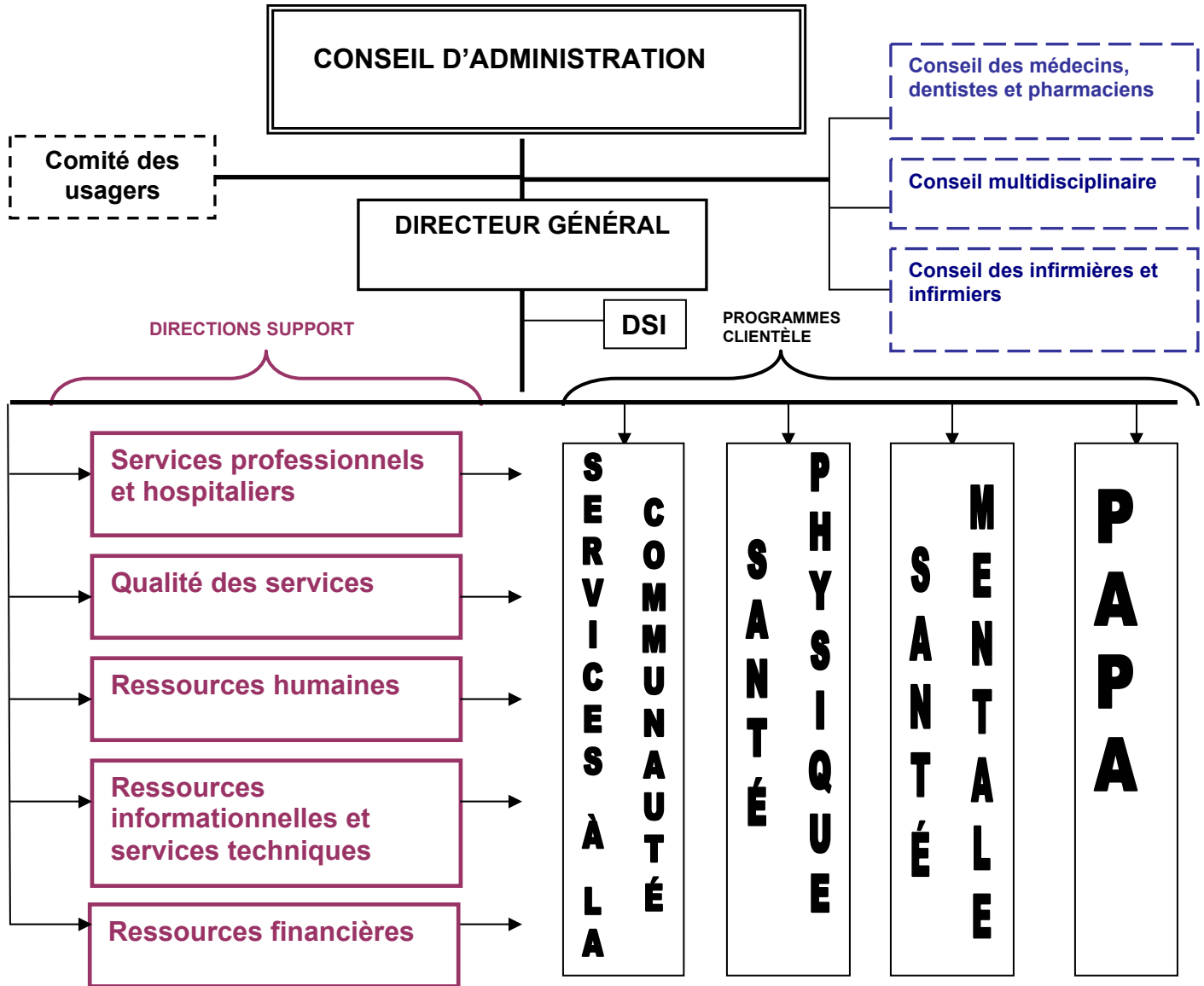
Tableau récapitulatif de la démarche de consultation

Date	Activité	Nombre de participants
05-03-29	Présentation au CA Formation du Comité de pilotage	
05-04-26/27	Séance de travail du Comité de direction	
05-06-06/07	Séance de travail du Comité de direction	
05-06-08	Focus group DI-TED (ML + RR)	7
05-06-15	Focus group Santé physique (ML)	8
05-06-20	Focus group PAPA (ML)	11
05-06-22	Focus group PAPA (RR)	14
05-06-23	Focus group Santé mentale (ML)	9
05-08-30	Comité de pilotage	
05-09-07	Focus group Santé physique (RR)	9
05-09-12	Focus group Services à la communauté (ML)	5
05-09-19	Focus group Santé mentale (RR)	7
05-09-27	Focus group Notre-Dame-du-Laus	80
05-09-27	Focus group Services à la communauté (RR)	11
05-10-03	Groupe d'experts Santé mentale (ML)	13
05-10-03	Groupe d'experts Santé mentale (RR)	15
05-10-18	Groupe d'experts PAPA (ML)	17
05-10-25	Groupe d'experts PAPA (RR)	14
05-10-26	Comité de pilotage	
06-01-06	Groupe d'experts Santé mentale (2 ^e ronde)	23
06-01-19	Séance de travail du Comité de direction	
06-01-25	Groupe d'experts Services à la communauté (ML)	20
06-01-30	Groupe d'experts Services à la communauté (RR)	15
06-02-22	Groupe d'experts Services ambulatoires (ML)	17
06-02-23	Groupe d'experts Services hospitaliers (ML)	22
06-03-08	Groupe d'experts Services hospitaliers (RR)	19
06-03-08	Groupe d'experts Services ambulatoires (RR)	14
06-03-11	Séance de travail (CA et CD)	

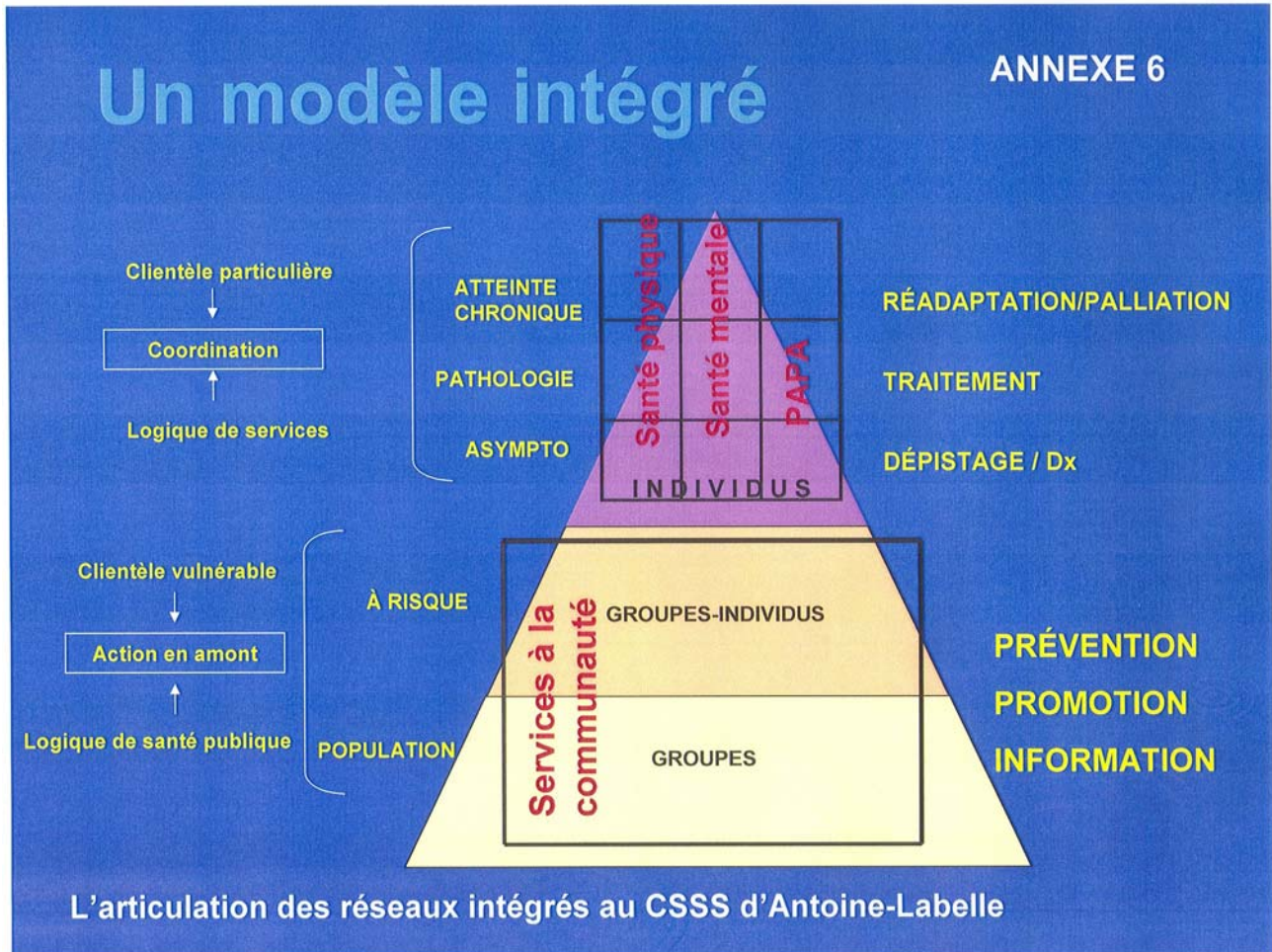
Date	Activité	Nombre de participants
06-03-14	Groupe d'experts Réadaptation physique	17
06-03-20	Rencontre population – Suivi (RR)	9
06-03-21	Rencontre population – Suivi (ML)	8
06-03-28	Médecins et pharmaciens communautaires (ML)	4
06-03-29	Médecins du GMF et pharmaciens (RR)	10
06-03-30	Séance de travail avec les chefs de service	37
06-04-11	Comité de pilotage	
06-04-19	Présentation à l'exécutif du CM	
06-04-20	Séance de travail avec les chefs de service	33
06-05-10	Rencontres avec le personnel (ML)	17
06-05-11	Rencontres avec le personnel (RR)	47
06-05-17	Rencontre avec le personnel (ML)	58
06-05-17	Rencontre avec le personnel (Ste-Agathe)	11
06-05-18	Rencontres avec le personnel (ML)	59
06-05-18	Présentation à l'exécutif du CII	
06-05-24	Assemblée générale du CM	32
06-05-25	Séance de travail avec les chefs de service	38
06-05-25	Présentation à l'exécutif du CMDP	
06-06-05	Assemblée générale du CII (RR)	23
06-06-05	Assemblée générale du CII (ML)	5
06-06-06	Comité de pilotage	

ORGANIGRAMME

ANNEXE 5



UN MODÈLE INTÉGRÉ



Ont collaboré à ce document :

France Castilloux, directrice du Programme PAPA
Sylvianne Doré, directrice du Programme SGS
Gislaine Doucet, chargée de projet
Jocelyne Forget, directrice à la qualité des services
Pierre Gfeller, directeur général
Denyse Lafontaine, directrice intérimaire du Programme SM
Francine Laroche, directrice intérimaire des Services à la communauté
Anny Mousty, directrice intérimaire du Programme AIS

Mise en page et montage : France Forget, secrétaire de direction
Direction générale

Reprographie : Danielle Tremblay
Service de reprographie du CSSS d'Antoine-Labelle

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2006
Bibliothèque et Archives nationales du Canada, 2006

ISBN : 2-922661-15-6
978-2-922661-15-6