

Centre de santé et de services sociaux Lucille-Teasdale

Projet clinique et organisationnel Mission, vision et orientations



Édition produite par la Direction générale du Centre de santé et de services sociaux Lucille-Teasdale

Approuvé par le conseil d'administration le 17 janvier 2006

Le présent document peut être consulté à la section Documentation, sous la rubrique Projet clinique du site web du centre :

<http://www.santemontreal.qc.ca/CSSS/teasdale/fr/default.aspx>

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

Centre de santé et de services sociaux Lucille-Teasdale
Janvier 2006

Table des matières

Préambule	5
1. Le contexte	
1.1 La réorganisation des services de santé et des services sociaux	6
1.2 Une mission et des principes directeurs définis par la Loi	8
1.3 Le projet clinique : fondement de la construction d'un réseau local de services de santé et de services sociaux au service de la population	12
1.4 Une population à connaître pour mieux la desservir	13
1.5 L'utilisation des services par la population	16
1.6 Les partenaires nombreux et diversifiés	17
2. Le portrait du CSSS Lucille-Teasdale	
2.1 14 juillet 2005 : la création d'un nouvel établissement	26
2.2 L'offre de service actuelle du CSSS Lucille-Teasdale	26
3. Notre vision et nos valeurs	
3.1 Notre vision	29
3.2 Nos valeurs	31
3.3 Quelques principes comme ingrédients de base aux travaux du projet	34
4. Orientations, plan d'action et structure du projet	
4.1 Les orientations qui tracent la voie pour réaliser la vision	35
4.2 Structure et organisation du projet clinique	37
Conclusion	40
ANNEXES	
Carte du territoire	Annexe 1
Synthèse du profil populationnel des trois territoires	Annexe 2
Liste des établissements fusionnés	Annexe 3
Liste des établissements associés	
Offre de service en CLSC	Annexe 4A
Offre de service en CHSLD	Annexe 4B
Organigramme du CSSS	Annexe 5
Liste d'abréviations et définitions	Annexe 6
Références	Annexe 7
* Rapport synthèse de la consultation	Annexe 8
* Schéma du séquençage des priorités de l'ASSSM	Annexe 9

Préambule

Cette deuxième version du *Projet clinique et organisationnel* constitue une autre étape dans l'appropriation, la compréhension et la réalisation des mandats proposés par la création des réseaux locaux de santé et services sociaux, dont le but ultime est l'amélioration de la santé et du bien-être de la population. Dans sa version préliminaire, ce document a servi de base à la discussion à laquelle le CSSS Lucille-Teasdale a convié la quasi-totalité de ses partenaires. Les phases subséquentes s'appuieront sur ce document, revu et corrigé suite aux consultations, et viendront définir les programmations spécifiques autour des grands programmes-clientèles du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Plus qu'un outil de référence, ce document vise à véhiculer l'esprit qui nous anime en regard des responsabilités et défis qui nous incombent. Il rappelle au lecteur le contexte qui a mené à la création des centres de santé et de services sociaux (CSSS), il présente la population au cœur du projet, ainsi que les nombreux partenaires oeuvrant auprès de la population. On y rappelle le mandat qui est confié tant au CSSS Lucille-Teasdale qu'au réseau local. Il présente les enjeux et défis qui nous attendent et nos engagements devant ces défis. Enfin, il décrit la vision et les valeurs qui nous animent, les orientations qui seront privilégiées afin de réaliser ce projet, ainsi que la structure de réalisation du projet.

Nous disposons collectivement de nouveaux moyens, parfois sous forme de leviers légaux, mais surtout de nouvelles opportunités pour qu'un véritable leadership santé-social se partage et soutienne concrètement la réalisation de ce qui est largement souhaité soit : une meilleure intégration des services, une consolidation des services de première ligne et la confirmation qu'ils sont la base et la porte d'entrée dans le réseau de la santé et des services sociaux. De ce fait, nous croyons par là pouvoir participer à l'amélioration de l'état de santé global de la population de notre territoire, par l'amélioration de l'accessibilité, de la continuité et de l'efficacité des services.

Cette version revue et corrigée du *Projet clinique et organisationnel* dessine à grands traits le chemin à parcourir. Il a été largement modulé des nombreux commentaires recueillis pendant la consultation qui s'est tenue au cours de l'automne 2005, auprès du personnel et des médecins du CSSS ainsi que de nombreux partenaires institutionnels, communautaires et intersectoriels. Un rapport synthèse de la consultation précise les personnes et organismes rejoints et les résultats de la démarche. Ce document est joint en annexe 8.

La structure du document a été revue et le contenu complété. Plusieurs éléments ont été précisés, clarifiés ou ajoutés. Nous vous invitons à lire cette nouvelle version. Nous souhaitons que les intervenants et partenaires s'y reconnaissent et se sentent parties prenantes de ce vaste projet.

En terminant nous tenons à remercier sincèrement toutes les personnes et organismes qui nous ont donné leur avis et ont contribué ainsi à le bonifier.

1. Le contexte

1.1 LA RÉORGANISATION DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

L'adoption de la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, L.Q. 2003, C.21 (anciennement projet de loi 25) en décembre 2003 a été le coup d'envoi à une réorganisation majeure du réseau québécois de la santé et des services sociaux. Le CSSS Lucille-Teasdale est une des nouvelles organisations de santé et services sociaux créées dans ce contexte à travers le Québec, dont 12 se partagent le territoire de Montréal.

Les objectifs à l'origine de cette grande réorganisation sont d'améliorer la santé et le bien-être de la population et de mettre en place une offre de service plus intégrée permettant de faciliter l'accessibilité aux services, la continuité et la qualité des services.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a identifié neuf grands programmes-clientèles autour desquels le projet clinique et organisationnel devra être élaboré et réalisé.

▶ Deux programmes visent la population générale

- **Le programme « *santé publique* »** se situe dans le cadre du Plan national de santé publique (PNSP) et du Plan régional de santé publique (PAR). Le programme vise la modification des déterminants de la santé et du bien-être, l'amélioration de la santé ou du bien-être, ou la réduction des problèmes de santé, des problèmes psychosociaux et des traumatismes. Il couvre les activités de promotion (par exemple promotion des saines habitudes de vie), de prévention (par exemple les campagnes de vaccination contre l'influenza), de protection (plans de mesures d'urgence) et de surveillance. On peut retrouver les activités de ce programme dans l'ensemble des autres programmes.
- **Le programme « *services généraux* »** s'adresse aux personnes de la population générale en santé et ayant des besoins ponctuels de santé ou de services psychosociaux, ou vivant à un moment de leur vie une maladie ou une situation difficile requérant des services de santé ou des services psychosociaux. Ce programme comporte les services de santé généraux tels les services médicaux, soins infirmiers et les services psychosociaux généraux qu'une personne peut requérir à un moment ou l'autre de sa vie (chirurgie, crise familiale, problème de logement, deuil, etc.).

▶ Sept programmes s'adressent à des personnes vulnérables ou des personnes de la population générale qui ont des problématiques chroniques ou complexes, soit au niveau de leur santé ou au niveau psychosocial.

- **Le programme « *personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (PPALV)* »** vise les personnes âgées qui présentent des problèmes de santé ou sociaux multiples, qui réduisent leur capacité de vivre de façon autonome.

- **Le programme « *santé physique* »** vise les personnes ayant des maladies chroniques, telles le diabète, les maladies pulmonaires obstructives chroniques, les cancers, etc.
- **Le programme « *déficience physique* »** rejoint les personnes qui ont une déficience physique permanente, soit de naissance ou acquise, et qui présentent des incapacités persistantes ou les personnes qui présentent des maladies dégénératives.
- **Le programme « *déficience intellectuelle (DI) et troubles envahissants du développement (TED)* »** s'adresse aux personnes dont la déficience intellectuelle ou le TED entraîne des besoins de support au développement, d'accompagnement ou d'aide à l'intégration sociale.
- **Le programme « *santé mentale* »** vise les personnes qui ont une maladie mentale transitoire (telle la dépression, les troubles anxieux) ou une maladie mentale chronique (telle la psychose).
- **Le programme « *jeunes en difficulté* »** s'adresse aux jeunes qui présentent des difficultés d'adaptation sociale de toutes natures, qui sont aux prises avec de la violence et de l'abus, mais aussi aux familles en situation de vulnérabilité soit à cause de conditions socio-économiques difficiles, soit qu'elles appartiennent à des communautés culturelles ou issues d'immigration récente ou pour d'autres motifs qui peuvent compromettre le développement des enfants et des adolescents qui en font partie.
- **Le programme « *dépendances* »** s'adresse aux personnes qui présentent des problèmes d'alcoolisme, de toxicomanie ou de jeu pathologique.

Tous ces programmes visent également les familles, les proches, les aidants naturels qui côtoient et aident ces personnes.

Les enjeux et défis de l'offre de service par programmes-clientèles

Tout en reconnaissant sa pertinence, nous sommes conscients que cette nouvelle façon de développer l'offre de service par programmes-clientèles comporte un certain nombre d'enjeux et de défis. Nous oeuvrons auprès de personnes qui très souvent présentent des problématiques multiples, concomitantes ou à différents moments de leur vie. Par exemple, une personne peut présenter à la fois un problème de santé mentale, une maladie chronique telle le diabète, un problème d'alcoolisme. Ces profils de besoins ne sont pas mutuellement exclusifs. On doit prendre garde de ne pas créer de nouveaux silos, par programme cette fois, ce qui pourrait entraîner une autre forme d'obstacles à l'accessibilité et la continuité.

Un autre enjeu est lié à la capacité d'adapter les programmes, à rejoindre et à desservir des personnes présentant des caractéristiques socio-démographiques et culturelles très diversifiées. Par ailleurs certaines problématiques ne ressortent pas dans ce découpage par programme et peuvent se retrouver dans l'ensemble des programmes par exemple, la problématique de la violence familiale et toutes les formes d'abus ou la pauvreté et les problématiques nombreuses qui y sont rattachées.

Un autre enjeu important est la capacité de développer et consolider les activités de promotion de la santé et du bien-être et de prévention des maladies, des problèmes psychosociaux et des traumatismes dans chacun des programmes.

Face à ces enjeux et défis, nous nous engageons à :

- considérer la personne comme un tout, dans une vision globale ;
- conserver une approche systémique, biopsychosociale de la personne ;
- assurer un processus d'accès simple, qui s'inscrit en continuité avec les interventions effectuées en aval ou en amont, que ces interventions soient effectuées par un partenaire de la communauté, un autre établissement de santé ou services sociaux ou un autre programme du CSSS ;
- répondre à l'intérieur de chacun des programmes, aux problématiques spécifiques telles la violence familiale, la pauvreté, etc.;
- adapter notre approche en fonction des particularités socio-démographiques et culturelles des personnes;
- promouvoir le développement social en collaboration avec nos partenaires ;
- intégrer une vision de la promotion et de la prévention de la santé et développer des pratiques cliniques préventives dans tous les programmes.

1.2 UNE MISSION ET DES PRINCIPES DIRECTEURS DÉFINIS PAR LA LOI

Chaque CSSS devient l'assise de la nouvelle organisation des soins et services. Il se voit confier la coordination des services destinés à la population. Il doit organiser les

services de concert avec les partenaires qui jouent un rôle dans l'offre de service de santé et services sociaux, de manière à répondre aux besoins de toute la population du territoire. Plus récemment le projet de loi 83, adopté le 25 novembre 2005 est venu modifier la Loi sur les services de santé et les services sociaux, en précisant notamment les définitions et mandats du «réseau local de services de santé et de services sociaux» et de l'instance locale que constitue le CSSS. Plus spécifiquement les articles 99.2 à 99.8 de la LSSS définissent comme suit le réseau local de santé et de services sociaux et le mandat du CSSS :

99.2. *Aux fins de la présente loi, on entend par « réseau local de services de santé et de services sociaux » tout réseau mis en place conformément à un décret du gouvernement pris en application de la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (chapitre A-8.1) de même qu'un nouveau réseau mis en place conformément à un décret pris en vertu de l'article 347. 2005, c. 32, a. 48.*

Objectif

99.3. *La mise en place d'un réseau local de services de santé et de services sociaux vise à responsabiliser tous les intervenants de ce réseau afin qu'ils assurent de façon continue, à la population du territoire de ce réseau, l'accès à une large gamme de services de santé et de services sociaux généraux, spécialisés et surspécialisés. 2005, c. 32, a. 48.*

Coordination

99.4. *La coordination des services offerts par les intervenants d'un réseau local de services de santé et de services sociaux est assurée par une instance locale, laquelle est un établissement multivocationnel qui exploite notamment un centre local de services communautaires, un centre d'hébergement et de soins de longue durée et, le cas échéant, un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés.*

Instance locale

Seule une instance locale visée au premier alinéa peut faire usage, dans son nom, des mots « centre de santé et de services sociaux ».
2005, c. 32, a. 48.

Projet clinique et organisationnel

99.5. *L'instance locale est responsable de définir un projet clinique et organisationnel identifiant, pour le territoire du réseau local de services de santé et de services sociaux, les éléments suivants:*

1° les besoins sociosanitaires et les particularités de la population en fonction d'une connaissance de l'état de santé et de bien-être de celle-ci;

2° les objectifs poursuivis concernant l'amélioration de la santé et du bien-être de la population;

3° l'offre de service requise pour satisfaire aux besoins et aux particularités de la population;

4° les modes d'organisation et les contributions attendues des différents partenaires de ce réseau.

Conformité

Le projet clinique et organisationnel doit être conforme aux orientations ministérielles et régionales et respecter les standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience reconnus ainsi que les ressources disponibles.

Mobilisation

*Aux fins de définir son projet clinique et organisationnel, une instance locale doit, pour le territoire de son réseau local, mobiliser les établissements offrant des services spécialisés et surspécialisés, les divers groupes de professionnels, les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale, les ressources privées et les intervenants des autres secteurs d'activités ayant un impact sur les services de santé et les services sociaux et s'assurer de leur participation.
2005, c. 32, a. 48.*

Services offerts

99.6. *Dans la perspective d'améliorer la santé et le bien-être de la population de son territoire, une instance locale doit offrir:*

1° des services généraux, notamment des services de prévention, d'évaluation, de diagnostic et de traitement, de réadaptation, de soutien et d'hébergement;

*2° certains services spécialisés et surspécialisés, lorsque ceux-ci sont disponibles.
2005, c. 32, a. 48.*

Coordination des services

99.7. *Afin de s'assurer de la coordination des services requis pour la population du territoire du réseau local de services de santé et de services sociaux, l'instance locale doit:*

1° définir et mettre en place des mécanismes d'accueil, de référence et de suivi des usagers des services de santé et des services sociaux;

2° instaurer des mécanismes ou conclure des ententes avec les différents producteurs de services ou partenaires que sont, notamment, les établissements

offrant des services spécialisés ou surspécialisés, les médecins du territoire, les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale et les ressources privées;

3° prendre en charge, accompagner et soutenir les personnes, notamment celles ayant des besoins particuliers et plus complexes, afin de leur assurer, à l'intérieur du réseau local de services de santé et de services sociaux, la continuité des services que requiert leur état;

4° créer des conditions favorables à l'accès, à la continuité et à la mise en réseau des services médicaux généraux, de concert avec l'agence, le département régional de médecine générale et la table régionale des chefs de département de médecine spécialisée, en portant une attention particulière à l'accessibilité:

a) à des plateaux techniques diagnostiques pour tous les médecins;

b) à l'information clinique, entre autres, le résultat d'examens diagnostiques tels ceux de laboratoire et d'imagerie médicale, les profils médicamenteux et les résumés de dossiers

c) à des médecins spécialistes par les médecins de famille dans une perspective de hiérarchisation des services lorsqu'approprié.
2005, c. 32, a. 48.

Information et consultation

99.8. Une instance locale doit recourir à différents modes d'information et de consultation de la population afin de la mettre à contribution à l'égard de l'organisation des services et de connaître sa satisfaction en regard des résultats obtenus.

2005, c. 32, a. 48.

Deux principes directeurs fondent la création des réseaux locaux et la mission des CSSS :

▶ La responsabilité populationnelle

Selon ce principe les CSSS et leurs partenaires locaux ont une responsabilité collective reconnue envers l'ensemble de la population du territoire. Ils assument cette responsabilité en favorisant la convergence des efforts pour maintenir et améliorer l'état de santé et de bien-être de la population, en rendant accessibles les services requis et en assurant la prise en charge et l'accompagnement des personnes dans le système de santé et de services sociaux.

► **La hiérarchisation des services**

Le second principe vise à garantir une meilleure complémentarité des services et à faciliter le cheminement de l'utilisateur entre les services de première ligne (services de proximité qu'on retrouve par exemple en CLSC, en cabinet privé de médecin) de deuxième ligne (services spécialisés qu'on retrouve généralement à l'hôpital) et de troisième ligne (services qu'on retrouve en centre hospitalier spécialisé) suivant des mécanismes de référence entre les producteurs. Une meilleure accessibilité aux services sera assurée par des ententes ou des corridors établis entre ces derniers. Ces mécanismes seront bidirectionnels, c'est-à-dire qu'ils prévoiront autant le recours aux services de deuxième et de troisième ligne que la planification des services de première ligne offerts à l'utilisateur lorsqu'il retournera dans son milieu de vie.

1.3 LE PROJET CLINIQUE : FONDEMENT DE LA CONSTRUCTION D'UN RÉSEAU LOCAL DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX AU SERVICE DE LA POPULATION

Le projet clinique du réseau local réfère à la démarche qui vise à répondre aux besoins de santé et de bien-être de la population du territoire à partir de divers modes de prestation de services adaptés aux réalités locales, articulés entre eux et qui englobent l'ensemble des interventions relatives à la promotion-prévention de la santé et du bien-être, le diagnostic, les interventions ou traitements, le suivi, l'adaptation et le soutien à l'intégration sociale, la réadaptation et le soutien en fin de vie. Il tient compte du rôle et des responsabilités des acteurs sectoriels et intersectoriels et du potentiel de contribution des divers acteurs. Il suppose que les divers interlocuteurs se rendent imputables des services qu'ils offrent aux individus et à la population et des ressources mises à leur disposition. ⁽¹⁾

Il s'agit avant tout d'un processus à animer, d'une façon de travailler à induire tant avec les intervenants du CSSS qu'auprès des partenaires. Nous avons à assurer la coordination d'une démarche continue dont l'objet est la définition et l'organisation d'une offre de service « réseau », dont les enlignements doivent être en cohérence avec les priorités ministérielles et régionales, tout en étant adaptés aux réalités de la population locale, en termes de caractéristiques et de besoins. Le projet clinique comporte deux grands défis : le défi de l'arrimage entre les partenaires et celui de la responsabilité collective.

Pour assurer l'offre de service de santé et de services sociaux de première ligne requise pour la population de son territoire, le CSSS Lucille-Teasdale doit :

- connaître l'état de santé et de bien-être de la population du territoire, partager cette connaissance avec les partenaires et assurer le leadership des actions visant à l'améliorer;

¹ MSSS, Projet clinique, cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, document principal, Octobre 2004

- coordonner l'utilisation des services mis à la disposition de son territoire et prendre les mesures appropriées afin d'accompagner et soutenir les usagers de façon à assurer la continuité entre les différents épisodes de soins requis à l'intérieur du réseau de la santé et des services sociaux;
- assurer la concertation des efforts du réseau local, visant l'utilisation optimale de la gamme des services qui sont offerts et leur adaptation aux attentes des usagers et aux besoins de la population.

De façon plus concrète, le projet clinique sera la fondation, la façon de faire, qui viendra supporter le développement de plusieurs projets qui s'inséreront dans les différents programmes-clientèles.

1.4 UNE POPULATION À CONNAÎTRE POUR MIEUX LA DESSERVIR

Près de 171 000 personnes habitent le territoire du CSSS Lucille-Teasdale, soit 9 % de la population de Montréal.

Le territoire couvre les quartiers montréalais de Rosemont, de Mercier-Ouest et de Hochelaga-Maisonneuve et recoupe en partie les arrondissements municipaux Rosemont-Petite-Patrie et Mercier-Hochelaga-Maisonneuve. Il est délimité par la rue Iberville à l'ouest, l'autoroute 25 à l'est, le port de Montréal au sud et la rue Bélanger au nord. La carte du territoire se retrouve en annexe 1.

L'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (Agence) et la Direction de la santé publique de Montréal (DSP) ont brossé le portrait de la population de chaque CSSS de Montréal à partir de données du recensement 2001 de Statistiques Canada. Plusieurs CLSC ont élaboré dans les dernières années un portrait de population de leur territoire. Nous disposons donc déjà d'un grand nombre d'informations sur la population à desservir et les outils pour nous permettre de connaître et comprendre la population, ses habitudes d'utilisation des services et la trajectoire des services, sont à notre portée. Les principales caractéristiques de la population sont les suivantes :

▶ Croissance ou décroissance ?

L'Institut de la statistique du Québec prédit pour notre territoire, une légère décroissance de 2001 à 2011. Cependant, on a enregistré entre 1996 et 2001 une légère augmentation de population, due à d'importants projets domiciliaires, dont le développement des terrains Angus et Cité Paul-Sauvé. Ces projets continuent à construire et d'autres projets importants sont en voie de réalisation, dans Mercier-Ouest et Hochelaga-Maisonneuve, ce qui porte à croire qu'on peut anticiper encore une certaine croissance. De plus, ces projets tendent à attirer des personnes âgées autonomes ou en légère perte d'autonomie, le taux de personnes âgées du territoire pourrait donc continuer à s'accroître. Par ailleurs, des efforts importants sont faits pour offrir des logements sociaux abordables aux familles et quelques projets de logement social sont à l'étude présentement sur le territoire.

► **Les caractéristiques de notre population**

Les principales caractéristiques de la population significatives pour notre mission, sont présentées dans un tableau à l'annexe 2. En les comparant aux indicateurs pour toute la région de Montréal, les premiers constats que nous faisons sont les suivants :

- **au plan sociodémographique et économique :**
 - Le taux de personnes âgées est plus élevé;
 - Le taux de jeunes de 0-18 ans est un des plus petits de Montréal;
 - Le taux de personnes âgées vivant seules est plus élevé;
 - Le taux de familles monoparentales est plus élevé;
 - Le taux de personnes francophones est plus élevé;
 - Le taux de personnes immigrantes est plus faible;
 - Le niveau d'éducation est moins élevé;
 - Le taux de décrochage scolaire est plus élevé;
 - Le taux de population vivant sous le niveau de faible revenu est plus élevé.

- **au plan de la santé et du bien-être :**
 - Le taux de grossesse chez les 14-17 ans (2 territoires sur 3) est supérieur;
 - Le taux d'hospitalisation de la population (3/3) est supérieur;
 - Le taux d'hospitalisation pour tumeurs est supérieur (3/3);
 - Le taux de maladies cardio-vasculaires est plus élevé (2/3);
 - Le taux de mortalité par le sida est supérieur;
 - Le taux d'admission en santé mentale est le plus élevé de Montréal;
 - L'utilisation des services de soutien à domicile est moins élevée;
 - L'espérance de vie est inférieure pour les hommes (3/3);
 - L'espérance de vie est inférieure pour les femmes (2/3);
 - Le taux de mortalité évitable est supérieur (3/3).

Des défis particuliers nous attendent en regard du cancer, des maladies respiratoires, des maladies cardiovasculaires, de la naissance de bébés en santé, mais aussi des jeunes en difficulté, dont les indicateurs démontrent tous une problématique plus importante que la moyenne montréalaise.

- **au plan du niveau de défavorisation**

Six données sont utilisées pour juger du niveau de défavorisation d'une population :

- le nombre de personnes séparées, divorcées ou veuves, le nombre de familles monoparentales, le nombre de personnes vivant seules composent **l'indice de défavorisation sociale;**

- le niveau de scolarité, le niveau de revenu et le taux d'emploi composent **l'indice de défavorisation matérielle.**

Selon le système d'évaluation de la défavorisation des inégalités observées sur les territoires de CLSC (base de données 2000-2002) de l'Institut national de santé publique du Québec (l'INSPQ), on estime que 25 % de la population du territoire du CSSS Lucille-Teasdale (42 700) est très défavorisée au plan matériel, 25 % (42 700) est très défavorisée au plan social, entre 6 et 8 % (12 000) est très défavorisée sur deux plans et 40 % (68 000) est très défavorisée sur un plan ou l'autre ou sur les deux plans.

► **Des ressemblances et des distinctions entre les trois territoires : l'enjeu de l'ajustement de l'offre de service**

Par ailleurs, nous constatons que les populations des anciens territoires des CLSC se distinguent sur plusieurs paramètres. Par exemple, les territoires de Mercier-Ouest et Rosemont ont un taux de personnes âgées beaucoup plus élevé que Hochelaga-Maisonneuve, alors que les territoires de Hochelaga-Maisonneuve et Rosemont ont un taux de personnes vivant seules plus élevé, le taux de familles monoparentales est de plus de 50 % à Hochelaga-Maisonneuve, le taux de décrochage scolaire y est plus élevé, alors que le taux de grossesse à l'adolescence est presque trois fois plus élevé qu'à Mercier-Ouest. Toujours à Hochelaga-Maisonneuve, le taux de population sous le niveau de faible revenu (près de 46 %) est presque deux fois plus élevé qu'à Mercier-Ouest.

De plus, certains portraits de population ont permis de démontrer qu'à l'intérieur d'un même territoire, les caractéristiques de la population peuvent varier de façon significative. Ces constats font ressortir l'enjeu de l'ajustement de l'offre de service aux particularités locales des territoires.

Les enjeux et défis de la connaissance et de la compréhension de la population

Les statistiques ne disent pas tout et la loi de la moyenne peut faire oublier ou disparaître des réalités cruciales à connaître pour assurer une offre de service adaptée et pertinente. Par exemple, les personnes vivant en situation de pauvreté ou d'isolement social risquent de ressortir moins, les problématiques des familles ou des jeunes peuvent être occultées par celles vécues par les personnes âgées, les réalités spécifiques d'un territoire peuvent être diluées, etc. De plus les chiffres parlent peu des réalités vécues par chaque personne, de leur vision, de leurs problèmes et besoins, de leurs attentes en regard des services. Des informations qualitatives doivent venir compléter ces portraits statistiques provenant des intervenants et des organismes qui reçoivent ces personnes et des personnes elles-mêmes.

Face à ces enjeux et défis, nous nous engageons à :

- documenter de façon plus précise les réalités des différents groupes de clientèles de chaque territoire, Rosemont, Mercier-Ouest et Hochelaga-Maisonneuve;
- assurer la participation des personnes utilisatrices des services et de leurs proches et de représentants de la population dans l'élaboration du projet clinique.

1.5 L'UTILISATION DES SERVICES PAR LA POPULATION

Le développement du réseau local de services de la santé et des services sociaux doit proposer et assurer à la population une offre de service complète, accessible à l'intérieur du territoire du CSSS Lucille-Teasdale, tout en maintenant le principe de liberté de choix du lieu pour obtenir le service. Or la population de notre territoire, à l'instar de la population de Montréal, a des habitudes d'utilisation de services à travers tout le territoire de Montréal. Selon la situation, une personne utilisera les services de son CLSC, son médecin de famille aura son cabinet dans un autre quartier, elle fréquentera plusieurs hôpitaux de Montréal selon les problématiques de santé qu'elle présente. La moitié des personnes hébergées provenant de notre territoire le sont dans un autre quartier, notamment dans les établissements du CSSS de la Pointe-de-l'Île ou du CSSS Jeanne-Mance. Un grand nombre de résidants du territoire déménagent fréquemment et ne changent pas pour autant de médecins traitants. Pour améliorer l'offre de service, l'accessibilité et le continuum de services, nous aurons besoin en préalable de connaître le plus possible la trajectoire d'utilisation des services de la population du territoire.

Voici quelques informations qui illustrent cette réalité :

En 2004-2005, 6 844 hospitalisations de personnes vivant sur notre territoire ont été faites. Ces hospitalisations se répartissent environ comme suit :

- 38 % à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (HMR);
- 19 % au CHUM (Hôpital Notre-Dame et Hôpital St-Luc);
- 6 % à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine (LHL);
- 5 % à l'Hôpital Santa Cabrini;
- 5,5 % à l'Institut de Cardiologie de Montréal;
- 4 % à l'Hôpital Ste-Justine;
- 22,5 % : autres (répartis dans 19 établissements).

Concernant les services en santé mentale, la population utilise principalement les services de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont et de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, mais aussi en proportion significative, ceux du CHUM et pour les enfants, ceux de l'Hôpital Rivière-des-Prairies (RDP) et de l'Hôpital Ste-Justine.

En ce qui concerne l'utilisation des services de CLSC, considérant que l'accessibilité a toujours été balisée par le lieu de résidence, la réalité est différente et les services sont en général utilisés dans le CLSC du lieu de résidence de la personne. Cependant, il y a des exceptions. Par exemple, à travers les ententes qui les lient avec les commissions scolaires, les CLSC desservent une clientèle scolaire dont une partie significative

provient d'autres territoires, en particulier dans les écoles secondaires francophones ou anglophones et les collèges du territoire.

Enfin, dans l'arrimage réseau à faire entre les CLSC et les services médicaux des cabinets privés, nous ferons face à un défi particulier, puisque les médecins reçoivent des clients sans égard à leur lieu de résidence.

L'offre de service du réseau local et l'utilisation des services sur le territoire n'est donc pas une équation parfaite et ne pourra jamais l'être.

Les enjeux et défis concernant l'offre de service/utilisation des services

Les concepts de liberté de choix des personnes en regard du lieu d'utilisation des services et de responsabilité populationnelle du CSSS quant à l'offre de service peuvent sembler en opposition. Pour le CSSS et le réseau local, le défi consiste à développer une offre de service qui fera en sorte d'encourager la population à recevoir les services à l'intérieur du réseau local.

Nos engagements en regard de l'adéquation entre l'offre et l'utilisation des services :

- déterminer, là où c'est possible, le profil d'utilisation de soins et services pour chacun des programmes-clientèles, en précisant les particularités relatives à des sous-groupes d'utilisateurs tels : hommes/femmes, groupes d'âge ;
- conserver une souplesse dans la desserte des clientèles hors territoire, afin de respecter les réalités des partenaires et des personnes ;
- développer une offre de service réseau qui répondra aux besoins de la population du territoire.

1.6 Les partenaires nombreux et diversifiés

Le CSSS Lucille-Teasdale hérite d'une tradition de partenariat très riche. Les trois CLSC fusionnés sont d'une part très impliqués dans leurs communautés respectives. Ils sont parties prenantes de nombreuses tables de concertation avec les partenaires communautaires et intersectoriels. Les organismes communautaires sont présents sur les trois territoires de CLSC, leur nombre, la qualité de leur action et le souci de la population qui les anime, constituent en soi une vitalité.

D'autre part, les six établissements fusionnés étaient membres actifs de comités de concertation avec les établissements de santé de Montréal ou de l'Est, ils ont contribué à la réalisation de plusieurs projets de continuum de services, notamment au niveau des services pré et post-hospitaliers. Déjà plusieurs partenariats existent, formalisés ou non, on compte de nombreux mécanismes de coordination entre les établissements de santé et services sociaux du territoire. On retrouve des dizaines d'organismes

communautaires, plusieurs pharmacies dans la communauté et 26 cliniques médicales regroupant près de 200 médecins, dont un grand nombre y pratiquent à temps partiel.

La réalisation de notre mandat de coordination des services offerts à la population de notre territoire par le réseau local ne peut pas se faire sans la participation de tous les intervenants du milieu. Mais nos partenaires ont des réalités, des statuts, des moyens et des responsabilités très variés. Leur niveau de participation au développement du projet clinique et leur contribution à la prestation des services à la population de notre territoire ne seront pas homogènes. Lors de la consultation cet automne, nous avons constaté que les mêmes mots ne veulent pas dire la même chose pour tous. À titre d'exemple, quand nous parlons dans notre document de consultation de faire des «petits projets concrets par clientèle», nos partenaires des établissements du réseau y sont très favorables, voyant là une approche réaliste, permettant d'atteindre plus rapidement des résultats d'amélioration des services. Par contre, pour plusieurs organismes communautaires, cela évoque plutôt un mode de financement précaire, à la pièce, par projets très ciblés, avec des obligations de reddition de comptes très strictes. Or, il s'agit d'une pratique qu'ils contestent. Les enjeux concernant le financement des organismes communautaires ne peuvent pas être évacués des discussions autour du projet clinique.

D'autre part, le territoire couvert par nos partenaires ne correspond pas à celui couvert par le CSSS. Par exemple, plusieurs organismes communautaires ont une portée très locale, rejoignant la population d'un des trois quartiers couverts par le CSSS, d'autres ont une portée sous-régionale ou régionale, les médecins en cabinet privé ont des clientèles de toute provenance, les centres hospitaliers ont des dessertes sous-régionales, les centres de réadaptation ont des mandats régionaux. Un grand nombre des partenaires sont donc en interface avec plusieurs CSSS.

Pour ces raisons, notre approche envers nos partenaires du réseau local doit être flexible et les moyens utilisés pour les impliquer doivent être variés et adaptés.

► **L'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, hôpital de première instance**

Notre partenaire principal parmi les établissements de santé et des services sociaux est notre hôpital de première instance, l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (HMR). Considérant que notre CSSS n'a pas de centre hospitalier, l'accès aux médecins spécialistes et aux services nécessitant le plateau technique d'un centre hospitalier pour notre population dont nous sommes responsables, passe par des ententes avec l'hôpital de première instance. HMR est l'hôpital de première instance de deux réseaux locaux, situation qui a un impact sur les mécanismes de partenariat et des ententes de services tel que prévus dans la loi. Un comité d'orientation stratégique a été mis sur pied avec la participation de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, du CSSS de la Pointe-de-l'Île, des représentants du département régional de médecine générale (DRMG) des deux territoires et de notre CSSS. Ce comité sera le lieu principal de discussions et d'orientations pour la coordination des services entre HMR et notre CSSS. Une certaine coordination avec le CSSS de la Pointe-de-l'Île est nécessaire pour qu'une harmonisation de nos liens avec HMR soit faite lorsque nécessaire. Nous bâtissons sur une collaboration établie depuis plusieurs années entre HMR et les CLSC de l'Est. Cette coordination n'exclut pas que nous aurons des projets spécifiques avec HMR qui n'impliqueront pas le CSSS de la Pointe-de-l'Île et vice versa.

Notre orientation concernant les liens avec HMR dans l'élaboration du projet clinique pour notre territoire est basée sur la croyance que des projets concrets par clientèle avec un leadership clinique est la meilleure garantie du succès. Pour cette raison, nous privilégierons le développement des continuums de services par clientèle spécifique et par projets concrets visant prioritairement les personnes atteintes de maladies chroniques. La somme de tous ces projets doit par contre se situer dans une vision globale visant l'amélioration de la santé de la population, doit inclure des éléments de prévention et de promotion de la santé et viser « l'empowerment » des personnes.

Notre rôle consiste aussi à faciliter les liens entre HMR et les autres partenaires du réseau local tels que les médecins omnipraticiens, les organismes communautaires et les partenaires intersectoriels. Dans chacun des projets avec HMR nous aurons à identifier les autres partenaires qui sont concernés par la clientèle spécifique et déterminer avec eux leur implication.

► **Les médecins omnipraticiens**

L'implication des médecins omnipraticiens du territoire est une clé de première importance pour assurer la réussite du projet clinique. Les services médicaux de première ligne sont offerts en presque totalité dans les cabinets privés. Les omnipraticiens du CSSS offrent des services médicaux en hébergement, à domicile ou dans les programmes spécifiques ainsi que des services médicaux dits « courants » mais la portée de ces derniers est réduite considérant les effectifs très limités en place. Dans ce contexte, le défi est d'impliquer les omnipraticiens du territoire dans l'élaboration et l'actualisation du projet clinique.

Deux cliniques-réseau dans la partie nord du territoire ont signé des ententes contractuelles avec l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont et le CSSS. Ces deux cliniques deviennent des partenaires privilégiés et des leaders dans le réseau local même si leur clientèle ne provient pas uniquement de notre territoire. Avec eux, le DRMG et les médecins du CSSS, nous avons à développer l'offre de service de première ligne pour notre territoire. L'ajout d'autres cliniques-réseau, surtout dans la partie sud du territoire, devient prioritaire. Nous avons à réviser notre offre de service en CSSS pour permettre une meilleure collaboration entre les programmes et les médecins et faire l'arrimage avec notre hôpital de première instance pour que les médecins voient concrètement des gains avec une véritable prise en charge de la clientèle, santé et social, surtout pour les personnes avec des maladies chroniques. Nous avons à développer une offre de service en prévention et promotion de la santé qui sera vue comme crédible et essentielle par les médecins pour leur clientèle. Nous avons à rendre accessible des systèmes d'information clientèle qui permettront aux médecins d'avoir accès à l'information clinique nécessaire pour poser leurs diagnostics et faire le bon suivi de leurs patients. Nous avons à développer l'accès au plateau technique et aux spécialistes tant pour les cliniques-réseau que pour les omnipraticiens du territoire. Le partenariat avec les médecins passe d'abord par une offre de service crédible et pratique avec des gains visibles et rapides pour leurs patients.

▶ **Les hôpitaux psychiatriques**

Le plan d'action ministériel en santé mentale dans la région de Montréal est l'enjeu majeur de nos liens avec les hôpitaux psychiatriques. Notre hôpital de première instance, HMR, a un département de psychiatrie qui dessert la clientèle adulte et jeune. Par ailleurs, l'Hôpital Louis-H. Lafontaine dessert aussi la population adulte et l'Hôpital Rivière-des-Prairies la population jeune. Pour mieux coordonner la mise en œuvre du plan d'action pour les services en santé mentale dans l'est de Montréal, nous avons convenu avec les CSSS de la Pointe-de-l'Île, Saint-Léonard et Saint-Michel, l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, l'Hôpital Louis-H- Lafontaine et l'Hôpital Rivière-des-Prairies de mettre sur pied deux comités de coordination - un pour les jeunes et un pour les adultes. Ces deux comités auront à définir les ententes nécessaires pour l'actualisation du plan d'action. Le contenu de ces ententes inclura la détermination des corridors de services entre les équipes de première ligne en CSSS qui seront créées et la désignation des psychiatres répondants. Ces ententes serviront de base pour l'élaboration du projet clinique en santé mentale pour notre territoire.

▶ **Les CHSLD associés**

Le plan d'action ministériel et régional pour les services aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement déterminera le nombre de lits d'hébergement pour la population du territoire. Ce nombre inclura les lits à l'intérieur du CSSS et ceux des CHSLD associés. Nous aurons à discuter avec eux de la répartition des lits sur notre territoire et le fonctionnement du système d'admission qui sera décentralisé ainsi que la continuité des services entre le domicile et l'hébergement. Nous avons aussi une offre de service à faire auprès des CHSLD associés. Cette offre de service peut inclure l'accès à la formation, le traitement des plaintes, des systèmes d'information et tout autre service dépendant des besoins et des demandes des CHSLD associés.

▶ **Les établissements à vocation régionale ou sous-régionale**

On compte aussi des collaborations avec plusieurs établissements régionaux, tels les centres de réadaptation en déficience physique, en déficience intellectuelle et en alcoolisme et toxicomanie, ainsi que le Centre jeunesse de Montréal et le Centre de la jeunesse et de la famille Batshaw. Ces établissements sont aussi en interface avec plusieurs CSSS pour la réalisation du projet clinique pour les programmes déficience physique, déficience intellectuelle et troubles envahissant du développement, le programme « dépendances » et le programme « jeunes en difficulté ». Par ailleurs, nous devons attendre les orientations de l'Agence quant à l'organisation régionale des services autour de ces clientèles pour amorcer des démarches plus systématiques. Cependant, les collaborations existantes avant la création des réseaux locaux continuent de s'appliquer et nous poursuivons les projets en cours, notamment le projet de partenariat avec le Centre de réadaptation Gabrielle-Major, les collaborations avec le Centre jeunesse de Montréal.

▶ **Les organismes communautaires et les entreprises d'économie sociale**

Les organismes communautaires sont des entités légalement autonomes. Ils oeuvrent dans de nombreux champs d'activités : développement social, promotion, défense des

droits, soutien à l'intégration sociale, aide aux personnes démunies. Ils offrent notamment des services de soutien alimentaire, d'aide aux déplacements, d'aide au logement, des groupes d'entraide, de soutien à l'éducation des enfants, de répit, etc.

On retrouve aussi les entreprises d'insertion sociale et celles d'économie sociale qui offrent des services tels « entretien ménager » et qui favorisent l'insertion en emploi.

Le niveau, les modalités et la pérennité du financement constituent un enjeu de taille et est déterminant de leur capacité d'offrir leurs services et de contribuer au développement social. Leurs liens avec le projet clinique de notre réseau local dépendront des conditions qui leur permettront d'assurer leur autonomie et de poursuivre leur mission propre. Les organismes communautaires ne doivent pas être perçus ou considérés comme « sous-contractant » du réseau. Nous concevons le partenariat avec les organismes communautaires d'abord à partir d'une offre de service du CSSS à leur endroit. Une personne du CLSC (CSSS) doit être clairement identifiée à l'organisme communautaire comme personne de liaison et des modalités de références directes dans les programmes doivent être établies pour la clientèle référée au CSSS par des organismes communautaires. La référence d'un client du CSSS vers un organisme communautaire doit inclure la transmission d'information pertinente avec le consentement libre et éclairé de la personne référée. Enfin du support sous forme de consultation ou formation doit être offert par le CSSS, aux organismes communautaires lorsque de tels besoins se manifestent. Ces éléments constituent la base pour un partenariat dans un projet clinique.

Le CSSS aura nécessairement à développer des projets spécifiques par programmes-clientèles selon les balises régionales et nationales. Les modalités de collaboration avec des organismes communautaires dépendront du programme-clientèle concerné. Les mécanismes de concertation en santé mentale ne seront pas les mêmes qu'en enfance-famille-jeunesse. Lors de la consultation de cet automne, les organismes communautaires ont indiqué que les tables de concertation existantes doivent être un lieu privilégié pour la concertation avec eux, tout en gardant la porte ouverte sur d'autres modalités s'ils le souhaitent. Le CSSS aura à jouer le rôle de faire les liens entre ces tables de concertation, ses propres services et les autres partenaires du réseau qui ne sont pas présents aux tables de concertation.

► **Des collaborateurs intersectoriels : des liens à maintenir et à renforcer**

Même s'ils ne relèvent pas de la santé et des services sociaux et ne sont pas soumis à la réalisation du réseau local, les partenaires intersectoriels tels la Ville de Montréal et les deux arrondissements municipaux qui couvrent notre territoire (incluant les services de police et d'incendie), les commissions scolaires, les centres locaux d'emploi (CLE) les centres de petite enfance (CPE), sont des partenaires essentiels avec lesquels nous avons des collaborations étroites à maintenir et développer. L'article 99.5 de la LSSS confère d'ailleurs au CSSS la responsabilité de mobiliser aussi les ressources des autres secteurs d'activité ayant un impact sur les clientèles. Nous solliciterons donc la participation de ces organismes au projet clinique dans les domaines où ces organismes rejoignent les clientèles ciblées par le projet clinique.

► **Le bénévolat : une contribution significative dans le réseau local**

De nombreux bénévoles offrent leur temps et leur énergie dans les établissements du réseau local et dans les nombreux organismes communautaires. Pour plusieurs organismes communautaires, une part importante de leur mission est rendue possible par la contribution de bénévoles. Or, le bénévolat évolue, le recrutement et la rétention sont plus difficiles, la forme de bénévolat se transforme ainsi que les intérêts et les motivations. Cette réalité risque d'avoir des impacts significatifs dans plusieurs secteurs d'activités.

Les enjeux et défis du partenariat

Un premier défi est de susciter et favoriser la collaboration et la concertation de partenaires ayant des réalités, des statuts, des moyens, des responsabilités, des missions et des cultures très différentes. Il requiert l'exercice d'un leadership crédible pour tous les partenaires.

La non-concordance ou l'entrecroisement des bassins de desserte ou des territoires couverts par les différents partenaires ajoute à la complexité de ce défi.

La continuité des partenariats qui existaient avant la création des réseaux locaux, tout en faisant les adaptations nécessaires, fait aussi partie de l'équation.

L'émergence de la valeur ajoutée par la création du réseau local en regard de la santé et du bien-être est essentielle. Par ailleurs, nous considérons cet enjeu comme un ingrédient mobilisateur de tous les partenaires et un moyen de stimuler le développement du réseau local.

Le partage de la responsabilité et de l'imputabilité qui a un sens très différent d'un groupe de partenaires à l'autre. Ce partage est relativement clair pour les établissements de santé et de services sociaux, dans le contexte de la LSSS et des ententes de gestion. Par ailleurs, il l'est moins en ce qui concerne les organismes communautaires qui manifestent leur volonté d'être partie prenante du réseau local, mais qui veulent être assurés de conserver l'autodétermination de leur mission, leur liberté et leur autonomie.

Le financement des organismes communautaires, soit le niveau, les modalités et la pérennité, constitue un enjeu important.

La capacité de rejoindre, d'intéresser et d'impliquer les médecins de la communauté est critique au succès du projet clinique.

L'adaptation des mécanismes et de la dynamique de collaboration, que ce soit avec HMR, hôpital de première instance, ou avec tous les autres établissements impliqués de santé et de services sociaux dans l'offre et le continuum de services sera déterminante.

Vis-à-vis les partenaires intersectoriels, un premier défi est de favoriser la concertation autour des plans d'action réciproques dans le domaine du développement social et de la prévention et promotion, notamment en regard des démarches municipales ou scolaires en cette matière. Un deuxième défi est de susciter l'intérêt et la participation des partenaires au projet clinique dans les domaines où nos clientèles respectives se rejoignent.

Enfin, créer un réseau intégré de services entre un aussi grand nombre de dispensateurs de services requiert une communication soutenue, des outils puissants de transmission d'information et nous ne détenons pas toutes les clés du développement de ces outils. Développer des mécanismes de communication rapides et adaptés, respectueux des règles de confidentialité, sera donc un autre grand défi.

Face à ces enjeux et défis, nous nous engageons :

vis-à-vis tous les partenaires :

- à favoriser dans tous les projets l'exercice d'un leadership partagé fondé sur la transparence et le respect;
- à adapter les modalités de contribution et de participation respectant les contraintes et réalités de chacun;
- à maintenir les collaborations existantes;
- à mettre en place des moyens afin que l'ensemble des partenaires connaissent leurs services, préoccupations et défis réciproques;
- à susciter l'émergence et la consolidation d'une culture de partenariat basée sur les valeurs du réseau et animée par la recherche des meilleures pratiques et façons de faire dans tous les secteurs d'activités;
- à promouvoir le développement et la mise en place des moyens de communication pertinents requis.

vis-à-vis les médecins :

- à prendre les moyens pour intéresser les médecins et favoriser leur implication et leur engagement dans le projet clinique, en collaboration avec le DRMG.

vis-à-vis l'hôpital de première instance :

- à agir comme facilitateur dans les liaisons de HMR avec les médecins de la communauté, les organismes communautaires et les partenaires intersectoriels.

vis-à-vis les CHSLD associés :

- à proposer une offre de service de soutien visant à faciliter l'exercice de leur mission;
- à les associer dans le développement du projet clinique aux personnes en perte d'autonomie.

vis-à-vis les hôpitaux psychiatriques :

- à élaborer le plan d'action local en santé mentale en cohérence avec les orientations et ententes qui seront prises au niveau du comité des établissements de l'est de Montréal sur le plan d'action en santé mentale.

vis-à-vis les établissements à vocation régionale et sous-régionale :

- à maintenir et consolider les collaborations existantes;
- à développer le projet clinique visant leur secteur d'intervention en cohérence avec les orientations régionales et ministérielles.

vis-à-vis les organismes communautaires :

- à poursuivre le soutien, le développement et la consolidation du milieu communautaire et de la communauté, par une approche diversifiée impliquant autant les gestionnaires, les services communautaires, les intervenants;
- à associer les organismes communautaires aux décisions d'allocation budgétaire dans le cas où le CSSS serait mandaté pour allouer certains budgets qui leur sont spécifiquement dévolus;
- à respecter la volonté et la liberté des organismes communautaires de s'engager dans l'une ou l'autre des activités reliées au projet clinique;

- à maintenir notre appui et notre soutien aux organismes communautaires, sans égard à leur engagement ou implication dans le projet clinique;
- à identifier des personnes de liaison du CSSS pour faciliter les références des clientèles et la communication entre les organismes communautaires et les programmes du CSSS;
- à contribuer à la réflexion pour développer des stratégies de recrutement et de rétention des bénévoles.

vis-à-vis les partenaires intersectoriels :

- à favoriser la concertation autour des plans d'action réciproques, par exemple, dans le domaine du développement social, de la prévention et promotion, du logement social, etc.

2. Le portrait du CSSS Lucille-Teasdale

2.1 14 JUILLET 2004 : LA CRÉATION D'UN NOUVEL ÉTABLISSEMENT

Le CSSS Lucille-Teasdale (dont le nom à l'origine a été le CSSS de Hochelaga-Maisonnette, Olivier-Guimond et Rosemont) a été créé le 14 juillet 2004. Il est issu de la fusion de six établissements, soit les CLSC Hochelaga-Maisonnette et Olivier-Guimond, le CLSC-CHSLD de Rosemont, les CHSLD Lucille-Teasdale, Jeanne-LeBer et le Foyer Rousselot. Ces six établissements totalisent onze sites, soit trois CLSC : Hochelaga-Maisonnette, Olivier-Guimond et Rosemont et sept centres d'hébergement : soit les Résidences Marie-Rollet et Robert-Cliche qui faisaient partie du CLSC-CHSLD de Rosemont, la Résidence Maison-Neuve, les Pavillons Éloria-Lepage et J.-Henri-Charbonneau qui faisaient partie du CHSLD Lucille-Teasdale, le Foyer Rousselot, le CHSLD Jeanne-LeBer et enfin le Centre de crise l'Entremise, qui faisait partie du CLSC Hochelaga-Maisonnette.

La liste des établissements fusionnés se retrouve à l'annexe 3.

Ces onze sites ou installations qui composent maintenant le CSSS Lucille-Teasdale, totalisent près de 2 400 employés et 65 médecins omnipraticiens.

Il dispose de 1 215 lits d'hébergement de longue durée, 33 lits de réadaptation en santé physique, d'un hôpital de jour, de deux centres de jour, de 74 places en ressources intermédiaires de type familial et huit places au centre de crise.

Enfin, il dispose d'un budget annuel de 116 000 000 \$.

Il est associé avec quatre centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) privés conventionnés, qui totalisent 440 lits d'hébergement. La liste des établissements associés se retrouve à l'annexe 3.

L'Hôpital Maisonnette-Rosemont est désigné comme « hôpital de première instance » pour le CSSS Lucille-Teasdale.

Le plan d'organisation du CSSS se retrouve en annexe 5.

2.2 L'OFFRE DE SERVICE ACTUELLE DU CSSS LUCILLE-TEASDALE

Les établissements fusionnés exerçaient avant la fusion, une mission d'établissement de première ligne soit la mission CLSC et la mission CHSLD et offraient la gamme de services qu'on retrouve habituellement dans les CLSC et les centres d'hébergement, en centre de jour, en unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) et en hôpital de jour.

Pour le volet CLSC, on retrouve principalement des services d'accueil, d'évaluation et d'orientation de première ligne, des services de santé et sociaux de première ligne, les services des centres de prélèvements, Info-Santé, des services d'action communautaire, des services de soutien à domicile, des services sociaux et de santé aux jeunes et aux

familles, en périnatalité, des services en milieu scolaire, la vaccination et le suivi systématique de personnes avec maladies chroniques. Une équipe de psycho-gériatrie située au CLSC de Hochelaga-Maisonneuve couvre les besoins pour l'ensemble du territoire du CSSS.

Pour la mission CHSLD, on retrouve l'hébergement de personnes âgées présentant un niveau de besoins qui varie selon les installations. Des clientèles avec des besoins particuliers se retrouvent dans les résidences, soit des jeunes adultes avec déficience physique et intellectuelle, des clientèles à profil psychiatrique et des personnes âgées aveugles.

De plus les CLSC assument des mandats sous-régionaux, soit une centrale Info-Santé au CLSC de Rosemont et un centre de crise en santé mentale, soit le centre de crise de l'Entremise. Enfin, le soutien psychosocial en hébergement temporaire et la gestion des ressources intermédiaires de type familial pour les personnes âgées sont deux mandats régionaux du CSSS Lucille-Teasdale.

Par ailleurs, chaque ancien établissement avait développé quelques particularités dans son offre de service, telles une approche adaptée pour les services auprès des hommes à Hochelaga-Maisonneuve, des activités de désensibilisation aux allergies à Olivier-Guimond, une démarche de groupe pour les femmes ayant une préoccupation en regard du poids à Rosemont, des services d'accompagnement spirituel à domicile à Hochelaga-Maisonneuve, de la formation continue auprès des personnes ayant des problèmes de santé mentale, etc.

Un état de situation de l'offre de service a été réalisé à l'automne 2004 et on en retrouve la synthèse aux annexes 4a et 4b. Il s'agissait d'un premier inventaire, sommaire qui doit être complété avec la réalisation de la fusion et le développement des projets cliniques.

Les principaux constats de cet inventaire des services rendus sont les suivants :

- une gamme de services essentiellement similaires;
- des différences significatives dans les ressources disponibles pour plusieurs volets de l'offre de service;
- des différences au niveau des critères d'accès et des balises;
- des écarts significatifs au niveau de l'intensité des services et des modalités de prestation dans plusieurs volets de l'offre de service.

Les défis et enjeux de l'offre de service du CSSS

La fusion des établissements ayant donné lieu à la création du CSSS et son mandat qui est d'assurer une part importante des services de première ligne comportent plusieurs enjeux importants dont voici les principaux :

- le maintien des acquis et de l'offre de service antérieure à la fusion dans le contexte de priorités ministérielles et régionales autour des programmes-clientèles ;
- le respect des approches ou programmes spécifiques développés par les équipes ;
- l'harmonisation et l'intégration des services des anciens établissements fusionnés ;
- le défi de l'équité des services entre les territoires ;
- l'enjeu de la pression que la création des réseaux locaux fait porter à la première ligne et aux services en CLSC en regard de la capacité des équipes à relever le défi ;
- le défi de la qualité des services, de la capacité à se situer à la fine pointe des meilleures pratiques et de mobiliser les intervenants dans cette voie ;
- le défi de l'implantation du concept « milieu de vie » dans les centres d'hébergement ;
- le défi de la consolidation des activités de promotion et prévention de la santé.

Certains de ces éléments peuvent paraître s'opposer, par exemple le maintien des acquis/l'harmonisation, le respect des approches et des programmes spécifiques/l'intégration des services. L'harmonisation ne doit pas mener à un nivellement vers le bas des services ou des standardisations non pertinentes.

Face à ces enjeux et défis nous nous engageons :

- à adapter notre offre de service aux besoins évolutifs de la population en assurant le maintien des acquis ;
- à nous assurer que nos services s'intègrent de façon harmonieuse et cohérente avec l'ensemble des services du réseau ;
- à tenir compte des particularités et des besoins spécifiques de la population des différents quartiers de notre territoire ;
- à garder un équilibre entre le volet santé et le volet social ;
- à impliquer l'ensemble de notre personnel dans un processus continu d'évolution de notre offre de service et d'amélioration des pratiques ;
- à diffuser les résultats de recherche auprès des intervenants et à favoriser leur participation à des projets de recherche sur les meilleures pratiques en collaboration avec les CSSS universitaires ;
- à implanter le concept « milieu de vie » dans les centres d'hébergement en assurant le support et la formation du personnel à cet effet ;
- à faire connaître et rehausser les activités existantes de promotion et prévention de la santé dans les programmes ;
- à introduire les changements où c'est pertinent et de façon progressive.

3. Notre vision et nos valeurs

3.1 NOTRE VISION

Comme point de départ aux travaux sur le projet clinique le CSSS s'est donné une vision esquissant la situation de la santé et du bien-être de la population du territoire dans 5 ans. Cette vision fixe la hauteur du défi que nous voulons relever et que nous voulons partager avec les partenaires qui contribueront au projet clinique dans les prochaines années.

Nous aurons réussi le projet clinique et le développement du réseau local de services :

- ▶ **Si, dans 5 ans, la population du territoire nous dit qu'elle...**
 - fait confiance aux services, est satisfaite des services et utilise davantage les services à l'intérieur du réseau local;
 - connaît les services, sait où s'adresser, obtient toujours réponse, est bien orientée;
 - accède facilement et rapidement aux services requis et profite de la même gamme et qualité de services quel que soit son lieu de résidence;
 - profite d'un accès plus étendu aux services de première ligne;
 - est plus sensible à l'importance d'adopter de saines habitudes de vie et a accès à des moyens concrets pour améliorer ses habitudes de vie.

- ▶ **Si dans 5 ans, les personnes vulnérables et leur entourage nous disent qu'ils...**
 - sont bien soutenus et accompagnés à travers le réseau ou pris en charge par le réseau et ne subissent pas de bris de services dans le continuum;
 - profitent de conditions qui leur permettent de vivre le plus longtemps possible dans leur milieu de vie;
 - ont accès, le cas échéant, à des ressources d'hébergement alternatif ou institutionnel de qualité;
 - ont des conditions de fin de vie respectant leur choix.

▶ **Si dans 5 ans, nous observons...**

- une tendance à l'amélioration sur certains indicateurs de santé et bien-être, par exemple une amélioration des indices de mortalité et morbidité, une diminution des taux de personnes avec problématiques de toxicomanie, de délinquance ou de décrochage scolaire;
- l'existence de plusieurs ressources alternatives d'hébergement et l'augmentation de l'intensité des services à domicile;
- la diminution du nombre de signalements à la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ);
- la diminution du taux de grossesse à l'adolescence;
- la diminution du nombre de jeunes et de familles en situation de pauvreté;
- l'existence de nombreux réseaux avec les ententes de services, des corridors d'accès précis, des mécanismes de règlement de litiges, des mandats, rôles et responsabilités définis, connus, partagés et une reconnaissance du concept de « responsabilité et imputabilité partagées »;
- l'existence d'outils de communication et d'échanges d'informations pertinents et fonctionnels;
- un réseau dynamique, actif dans la réalisation de nombreux projets, dont les intervenants disposent de conditions favorables pour faire émerger et développer les projets de partenariat.

▶ **Si dans 5 ans, les partenaires et intervenants impliqués dans le réseau local nous disent qu'ils...**

- reconnaissent les avantages de la création des réseaux locaux et sont satisfaits de travailler dans ce réseau;
- ont intégré la préoccupation de l'ensemble de la population;
- travaillent en équipe « réseau » et sont parties prenantes de son développement, ont intégré une façon de travailler avec les partenaires et acquis une reconnaissance réciproque entre les partenaires du réseau;
- sont capables d'évaluer par différents moyens les besoins des clientèles, d'ajuster les services, de mesurer les résultats (statistiques, sondages, etc.).

► **Si dans 5 ans, le CSSS Lucille-Teasdale...**

- a réussi à réviser et améliorer son offre de service;
- a obtenu l'agrément;
- a profité d'une plus value suite à la fusion, dans plusieurs secteurs et reconnaît plusieurs avantages à la fusion;
- est reconnu et crédible auprès de la population et des partenaires;
- observe qu'un certain sentiment d'appartenance s'est développé chez les intervenants et qu'ils sont mobilisés dans les projets « réseau » dans leurs secteurs respectifs;
- est reconnu comme partenaire pour le développement des communautés et l'amélioration des conditions de vie de la population du territoire.

Les enjeux et défis relatifs à la vision

Le réalisme de la vision en regard de la capacité de la réaliser, être en mesure de mesurer le chemin parcouru, partager et rallier les partenaires autour de cette vision sont les principaux défis qu'elle porte.

Face à ces défis nous nous engageons :

- à développer des plans d'action permettant de s'en approcher et comportant des objectifs simples, mesurables, atteignables et réalistes.

3.2 NOS VALEURS

Les valeurs qui nous animent et qui guident nos actions proviennent de plusieurs sources :

L'accessibilité, la continuité, la qualité, l'équité, l'efficacité et la pertinence animent le réseau de la santé et des services sociaux depuis toujours. Jusqu'à présent, chaque établissement les intégrait et les interprétait en fonction de son offre de service propre. Nous devons nous les réapproprier en faisant une nouvelle lecture, à la lumière du défi particulier de développer un réseau intégré de services. L'accessibilité à tout un réseau, la continuité à travers les partenaires de ce réseau, la qualité à tous les niveaux du réseau, un accès équitable pour toute la population du territoire, l'efficacité du CSSS Lucille-Teasdale, mais aussi dans l'intégration des services, la pertinence du service, le

meilleur lieu ou la meilleure modalité pour l'offrir en fonction des différents dispensateurs.

Chaque établissement fusionné portait ses propres valeurs, ce sont des acquis précieux à maintenir et à intégrer au projet du réseau local. Ce sont notamment :

- le respect de la personne, des différences, de la dignité, de la confidentialité et des attentes;
- la reconnaissance de son autonomie, de sa capacité d'agir, de sa responsabilité dans l'amélioration de sa condition et de sa participation aux décisions qui la concernent;
- des services personnalisés et adaptés aux besoins particuliers;
- la démocratisation et le partenariat au sein de la communauté;
- des milieux de vie substitut de qualité;
- l'amélioration des conditions de vie de la population;
- un partenariat engagé;
- la continuité des services et le travail interdisciplinaire;
- l'amélioration continue de la qualité.

D'autres valeurs se dessinent à travers la création et la mise en place du plan d'organisation du CSSS Lucille-Teasdale et différentes décisions ou actions prises au cours de la première année de la fusion :

- la cohérence avec le mandat confié par la loi **qui se reflète par des directions « programmes-clientèles »**;
- le respect et la préoccupation des réalités de chaque territoire et de chaque installation **qui se reflètent par l'intégration dans les responsabilités des directeurs de programmes d'un volet de responsabilité territoriale par CLSC**;
- la qualité des services, le soutien et le développement du personnel, qui se reflètent par la création, en plus des directions des soins infirmiers et de services professionnels prévus par la loi, de la direction des services psychosociaux, de la réadaptation et activités connexes. La reconnaissance spécifique par le conseil d'administration du rôle des conseils professionnels souligne aussi l'importance accordée à la qualité des services à la population;
- l'importance du mandat de la santé publique **qui se reflète par la création d'une direction de la prévention et de la promotion de la santé**;

- l'importance du développement du projet « milieu de vie » en hébergement **qui se reflète par la création d'un comité du conseil d'administration, soit le comité stratégique d'orientation du concept « milieu de vie »**;
- l'importance des droits des usagers **qui se reflète par la création du poste de commissaire aux plaintes et à la qualité, relevant directement du conseil d'administration.**

Enfin, au cours des derniers mois, deux valeurs maîtresses ont émergé, plus spécifiquement en lien avec la réalisation du projet clinique, ce sont :

▶ **Le respect :**

- **Le respect des personnes pour qui nous travaillons**, de leurs différences, de leurs droits, de leurs attentes, de leur dignité, de leur autonomie, de leur intégrité et de leur pouvoir sur leur santé et leurs conditions de vie. Cela signifie notamment, une approche globale bio-psychosociale de la personne, une approche adaptée aux caractéristiques culturelles des personnes. Cela signifie aussi le respect de la liberté de choix des personnes en regard des soins et services offerts. Enfin cela implique le respect des caractéristiques et des besoins particuliers des populations des différents quartiers qui composent notre territoire.
- **Le respect des partenaires avec qui nous collaborons**, de leur autonomie, de leur mission, de leur capacité d'engagement et de contribution, de leur expertise, de leur réalité et de leurs contraintes.
- **Le respect des intervenants**, de leur expertise, de leur engagement, de leur droit au développement professionnel, de leur besoin d'être soutenus dans l'adaptation à l'évolution des services.

▶ **La qualité :**

- **La qualité des services**, ce qui signifie des services accessibles, pertinents, adaptés, offerts par des intervenants compétents, fondés sur des approches reconnues et à la fine pointe des connaissances; cela réfère aussi à la continuité des services entre les intervenants et les dispensateurs de services, à la qualité de la communication soutenant le continuum de services.
- **La qualité du milieu de vie**, que ce soit dans les centres d'hébergement, les ressources d'hébergement alternatives ou dans la communauté. Cette valeur fonde notre engagement à travailler à l'amélioration des conditions de vie de la population du territoire, quel que soit son milieu de vie.

3.3 QUELQUES PRINCIPES COMME INGRÉDIENTS DE BASE AUX TRAVAUX DU PROJET

Continuité, souplesse, simplicité, adaptation, réalisme et transparence sont les ingrédients que nous proposons dans le travail à accomplir, plus spécifiquement :

- avoir une vision d'ensemble, développer une vision nouvelle, mais fondée sur les acquis et en continuité;
- reconnaître et respecter l'autonomie des organismes communautaires, leur réalité, leur contribution, leur expertise;
- développer le réseau à travers des projets réalistes et concrets donnant des résultats selon des échéanciers réalistes;
- avoir une approche souple, adaptée à l'écoute des réalités et contraintes des partenaires;
- développer le réseau à partir du terrain, encourager des projets qui rallient les différents partenaires et apportent une valeur ajoutée pour les partenaires et la clientèle, des projets « gagnants-gagnants »;
- prioriser les projets sur la base de critères partagés et de zones de convergence d'intérêt;
- conserver une vision locale;
- encourager une utilisation des structures de concertation existantes en étant prêts à les adapter au besoin, selon les recommandations des partenaires;
- s'assurer de modes de consultation des partenaires et des modalités d'entente simples et souples;
- adopter la simplicité et la transparence dans les rapports avec les partenaires et les intervenants.

Ces valeurs et principes constituent des règles de base pour amorcer la réalisation du projet clinique. Au fil des travaux, elles seront partagées avec les différents partenaires et éventuellement, le réseau tissera son propre système de valeurs.

Les enjeux et défis des valeurs et principes :	Nos engagements :
<ul style="list-style-type: none">• Être cohérent• Les porter• Les partager• Les transmettre	<ul style="list-style-type: none">• Les proposer• Les véhiculer• Les appliquer

4. Orientations, plan d'action et structure du projet

4.1 LES ORIENTATIONS QUI TRACENT LA VOIE POUR RÉALISER LA VISION

Le but ultime du réseau local est d'améliorer la santé et le bien-être de la population du territoire.

Le mandat du CSSS Lucille-Teasdale se situe à deux niveaux. Le premier est de promouvoir, d'animer et de coordonner le développement du réseau local de services. Le second est d'assurer sa propre offre de service à la population, comme partenaire du réseau local. Le CSSS Lucille-Teasdale doit donc adapter l'offre de service actuelle en conséquence.

Pour rencontrer son mandat, le CSSS se donne dix grandes orientations :

1. Élaborer le projet clinique en assurant la cohérence avec les priorités ministérielles et régionales et l'adéquation avec les réalités et besoins particuliers du territoire du CSSS et de chacun des quartiers qui le composent;
2. Approfondir la connaissance de la population à desservir et de ses habitudes d'utilisation des services de santé et services sociaux;
3. Assurer la participation des personnes utilisatrices des services, de leurs proches et de représentants de la population dans l'élaboration du projet clinique ;
4. En regard du partenariat :
 - Améliorer notre connaissance et notre compréhension des intervenants et organismes qui oeuvrent en santé et services sociaux de notre territoire et des mécanismes de concertation existants;
 - Animer la réflexion sur les modalités de travail avec nos partenaires et déterminer avec eux les mécanismes de travail appropriés, modalités de consultation, de concertation et de formalisation des ententes;
 - Partager avec les partenaires la vision, les valeurs et principes guidant les projets;
 - Identifier avec les partenaires les priorités d'action et les projets;
 - Élaborer le projet clinique avec les partenaires.
5. Réaliser des projets concrets, sur la base des priorités, intérêts et préoccupations des acteurs, qui ont du sens pour eux;
6. Promouvoir la mesure de résultats dans les projets développés;

7. Réaliser la fusion des six établissements du CSSS en respectant les cultures, reconnaissant les expertises, combinant nos meilleures façons de faire afin d'améliorer l'offre de service;
8. Développer l'offre de service du CSSS plus spécifiquement :
 - Adapter l'offre de service en fonction de l'approche populationnelle et du développement du réseau local;
 - Élaborer et mettre en place un véritable concept « milieu de vie » dans chaque centre d'hébergement;
 - Appuyer les pratiques professionnelles sur des recherches probantes dans toutes les sphères d'intervention;
 - Se servir du projet clinique comme d'un levier d'intégration des pratiques;
 - Maintenir et consolider ce qui existe déjà, ce qui a fait ses preuves et donne de bons résultats;
 - Adapter ce qui mérite d'être bonifié, harmonisé, rehaussé;
 - Transformer pour améliorer, pour apporter une plus value à l'organisation et aux services;
 - Développer ce qui n'est pas encore accessible et devrait l'être;
 - Intégrer et réaliser le plan local de santé publique.
9. Se servir des communications comme outil intégrateur de la fusion et du développement du réseau;
10. Développer les ressources informationnelles comme levier stratégique pour soutenir le réseau et assurer la circulation de l'information, la communication et optimiser le travail.

Ces orientations seront traduites dans un plan d'action qui fera l'objet d'un document distinct. Le premier plan d'action couvrira la période 2006-2007, puis sera mis à jour annuellement ou au besoin. Le plan d'action sera cohérent avec les priorités ministérielles et régionales. De plus, le plan d'action est lié à l'avancement des travaux devant être fait au niveau régional, en préalable au développement des projets cliniques locaux. Le séquençage des priorités de travail régionales est illustré par un schéma produit par l'Agence en juin 2005. Ce schéma illustre la séquence des travaux régionaux relatifs aux différents programmes-clientèles jusqu'en mars 2007. On le retrouve en annexe 9. En résumé, ces priorités sont les suivantes :

- ▶ **Pour le programme « santé publique »** : le développement des plans d'action de vigie sanitaire et de mesures en cas de menace à la santé publique, tels la pandémie d'influenza, la chaleur accablante; le développement de mesures visant le développement de saines habitudes de vie et la prévention des maladies chroniques et de l'obésité, notamment par la mise en place de centres d'éducation à la santé; la consolidation des programmes de soutien au développement des jeunes enfants et aux familles en situation de vulnérabilité; la prévention des chutes et fractures chez les personnes âgées; la prévention des infections transmises par le sang et le sexe.
- ▶ **Pour le programme « services généraux »** : l'amélioration de l'accessibilité aux services médicaux de première ligne et de la continuité de ces services avec le réseau des établissements de santé et services sociaux, notamment par la création des cliniques médicales réseau; la réorganisation du continuum des services post-hospitaliers de réadaptation orthopédique (hanche et genou) et neurologique.
- ▶ **Pour le programme « personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement »** : l'actualisation du plan d'action ministériel 2005-2010 « les services aux aînés en perte d'autonomie, un défi de solidarité » en commençant à Montréal par le rehaussement des services de soutien à domicile, le développement des ressources alternatives à l'hébergement institutionnel, la mise à niveau des services requis par l'alourdissement de la clientèle en centre d'hébergement et l'implantation du concept « milieu de vie » en centre d'hébergement.
- ▶ **Pour le programme « santé physique »** : le développement des continuums de services pour les maladies chroniques : diabète, MPOC, maladies cardiovasculaires, ainsi que le suivi des personnes atteintes de cancer, incluant les soins palliatifs.
- ▶ **Pour le programme « santé mentale »** : l'implantation du plan d'action ministériel en santé mentale pour les jeunes et les adultes.

Les programmes « déficience physique », « dépendances », « Jeunes en difficulté » et « DI-TED » donneront lieu à des travaux au niveau régional en 2006-2007. Entretemps, nous poursuivrons l'offre de service et assurerons la continuité des collaborations en cours avec les partenaires impliqués auprès de ces clientèles.

4.2 STRUCTURE ET ORGANISATION DU PROJET CLINIQUE

La réalisation du projet clinique sera supportée par une structure de gestion de projet. Cette structure sera complétée au fur et à mesure de l'évolution des travaux et en fonction des orientations régionales. Pour l'instant elle se décline comme suit :

- ▶ **Au niveau stratégique :**

Le comité d'orientation du projet clinique du CSSS Lucille-Teasdale, présidé par un vice-président du conseil d'administration, a le mandat de donner les grandes orientations, de recevoir, analyser et valider les travaux du comité de pilotage et de

les présenter au conseil d'administration. Le comité est composé de trois membres du CA, dont un est représentant du DRMG, d'un représentant de chaque instance professionnelle - CMDP, CII et CM -, du directeur général et de la directrice générale associée.

Un comité stratégique des partenaires regroupant des représentants de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, des deux CSSS y étant associés et du DRMG a été créé. Ce comité a pour mandat d'assurer la concertation et la coordination entre HMR et les deux CSSS et de faciliter la liaison, la communication et l'implication des médecins des deux territoires. Ce comité déterminera notamment les projets prioritaires. Ce comité est appuyé par un comité de pilotage des partenaires, composé de directeurs de chacun des trois établissements.

► **Au niveau opérationnel :**

Un comité de pilotage du CSSS Lucille-Teasdale, coordonné par la directrice générale associée du CSSS, dont le mandat est de coordonner le développement du projet clinique, d'assurer les liens et l'intégration entre les différents projets et d'instrumenter les comités « projets-clientèles » pour la réalisation de leur mandat, notamment de fournir les informations populationnelles requises dans les travaux. Ce comité est composé des directeurs cliniques du CSSS Lucille-Teasdale. Il détermine les étapes de réalisation et soutient la réalisation des travaux des comités « projets-clientèles ». Les directeurs cliniques auront la responsabilité d'identifier les partenaires, d'interpeller pour amorcer la réflexion sur les priorités d'action et les modalités de travail. Ils seront à l'affût des opportunités permettant de démarrer des projets concrets.

Des comités de concertation sur des projets-clientèles qui seront créés pour réaliser les projets cliniques priorisés de concert avec les partenaires. La composition et les modalités de travail de ces comités seront adaptées à chaque projet.

À ce jour on retrouve les comités de concertation suivants :

- Pour le programme PPALV : le comité sur un projet continuum intégré pour les clientèles avec déficit cognitif qui cadre dans le programme PPALV;
- Pour le programme santé physique : le comité sur le projet continuum intégré en réadaptation;
- Pour le programme services généraux : le comité Enfance-Jeunesse pour l'accessibilité et le continuum aux services de santé;
- Le comité de concertation sur l'imagerie médicale;
- Un comité a été mis en place pour la création des cliniques-réseau, les travaux de ce comité se situent dans le cadre du programme «services généraux»;

- Pour l'implantation du plan d'action ministériel en santé mentale, deux comités ont été formés avec les établissements de l'Est : un pour les jeunes 0-18 ans et un pour les adultes. Les travaux de ces deux comités établiront certaines bases pour nous permettre d'amorcer notre projet clinique en santé mentale avec l'ensemble des partenaires.

Le CSSS Lucille-Teasdale est représenté sur les comités régionaux mis en place par l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal autour du projet clinique, ce qui assure les liens et la cohérence entre l'Agence, les établissements à vocation régionale en déficience intellectuelle, déficience physique, jeunesse, toxicomanie, etc.

De plus, on maintient la participation du CSSS à toutes les tables ou comités intersectoriels ou de concertation existant avant la fusion, afin d'assurer une large diffusion des informations relatives à la création des réseaux locaux et la continuité des liens avec les partenaires communautaires et intersectoriels.

En conclusion

Un certain nombre d'étapes relatives au projet clinique ont été réalisées de juillet 2004 à la fin décembre 2005, ce sont principalement :

- L'état de situation des services cliniques du CSSS Lucille-Teasdale;
- La création des conseils professionnels et la confirmation du rôle important qu'ils auront à jouer dans l'avancement du projet clinique;
- La création du plan d'organisation dans une optique « programmes-clientèles »;
- La création de plusieurs comités clés : le comité d'orientation et le comité de pilotage du CSSS et le comité stratégique des partenaires avec HMR et le CSSS de la Pointe-de-l'Île;
- La création de comités de concertation clinique autour de projets concrets en lien avec le projet clinique;
- Le développement de deux projets de cliniques médicales réseau;
- La prise de connaissance du portrait de la population et du territoire;
- La formation des membres du comité de pilotage, leur permettant de s'approprier les concepts qui fondent le projet et des outils pour le réaliser;
- La conception du projet clinique préliminaire et la consultation auprès des membres du personnel du CSSS et des partenaires.

Nous avons à animer un vaste projet collectif et son succès repose sur un certain nombre de conditions gagnantes, notamment :

- Une vision claire et partagée;
- L'adhésion des partenaires;
- La cohésion de l'équipe de direction autour du projet;
- La conviction partagée des gains qu'apportera la réalisation du projet;
- L'appui du CA à toutes les étapes du projet;
- Une communication transparente et soutenue;
- Une écoute attentive;
- La souplesse et la capacité d'adaptation;
- La confiance mutuelle du personnel et de l'équipe de gestion;
- La reconnaissance des acquis et de la valeur de ce que chaque établissement et chaque partenaire apporte dans ses bagages;
- Le réalisme des étapes;
- La réalisation de succès à travers des projets concrets : une preuve à bâtir;
- La cohérence.

Et surtout, la conviction que nous réussirons à faire progresser de façon significative l'offre de service de première ligne pour la population du territoire et finalement à améliorer progressivement l'état de santé et de bien-être de notre population.

ANNEXES