

Centre de santé et de services sociaux de Rouyn-Noranda

Plan stratégique 2006-2009



**La santé,
une richesse pour notre collectivité.**

Recommandation

Comité de direction
24 janvier 2006

Adoption

Conseil d'administration
8 mars 2006

Rédaction

Marina Larue
Directrice générale adjointe et de la santé publique

Conception graphique

Manon Cliche

Note : Dans ce document, le masculin est pris dans son sens générique et désigne aussi bien les hommes que les femmes.

Table des matières

Mot du président du conseil d'administration et du directeur général.....	v
Introduction	1
<hr/>	
1. Objectifs de la planification stratégique.....	2
<hr/>	
2. Processus de la démarche de planification stratégique.....	2
<hr/>	
3. Présentation du Centre de santé et de services sociaux de Rouyn-Noranda	3
3.1 L'établissement et son réseau local	3
3.2 La mission	3
3.3 Les valeurs.....	4
3.4 La philosophie d'intervention	5
3.5 La philosophie de gestion	5
3.6 L'offre de service	6
<hr/>	
4. Contexte.....	7
4.1 L'environnement	7
4.2 Les caractéristiques sociodémographiques	7
4.3 L'adaptation de l'organisation de services	10
<hr/>	
5. Tendances.....	11
5.1 Sociodémographiques	11
5.2 Socioéconomiques	11
5.3 Enjeux et orientations ministérielles.....	11
<hr/>	
6. Enjeux du Centre de santé et de services sociaux de Rouyn-Noranda	13
<hr/>	
7. Défis qui guideront nos orientations	13
7.1 Offre de service	13
7.2 Développement organisationnel	14
7.3 Communications	14
7.4 Transformation du réseau	14
<hr/>	
Annexe	
Organigramme	15

Mot du président du conseil d'administration et du directeur général intérimaire

C'est avec plaisir que nous vous présentons une version adaptée de la planification stratégique 2006-2009 du Centre de santé et de services sociaux de Rouyn-Noranda (CSSSRN).


Au cours des deux dernières années, des changements majeurs ont été entrepris pour consolider l'organisation des services dans le réseau de la santé et des services sociaux. Revoir en profondeur nos organisations, intégrer des modes de gestion et de dispensation de services, fondre des cultures et des philosophies : voilà le défi qui nous a animés dans l'objectif de mieux répondre aux besoins de la population.

Cet exercice a permis de favoriser de nombreux contacts avec nos partenaires sectoriels et intersectoriels ainsi qu'avec l'ensemble de nos employés et des médecins. Ensemble, nous avons mis en commun nos préoccupations et nos besoins, et accru notre connaissance de l'environnement interne et externe. Ainsi, nous avons pu dégager une compréhension de certains contextes, certaines tendances et certains enjeux qui nous influenceront au cours des prochaines années. La présentation du Portrait de santé de Rouyn-Noranda, présenté en septembre 2005 par l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, est venue renforcer la perception des tendances locales et régionales.

Maintenant, nous connaissons beaucoup mieux les défis qui nous attendent. Ainsi, nous pouvons les transformer en opportunités tout en structurant notre modèle organisationnel pour y répondre adéquatement.



Claude Sanesac,
Directeur général intérimaire



André Rouleau,
Président du conseil d'administration

Introduction

La planification stratégique 2006-2009 du CSSSRN vient définir les orientations qui guideront nos actions au cours des prochaines années.

Ce travail met en relief les éléments qui devront faire l'objet d'un effort particulier afin d'offrir, en tenant compte du contexte et des enjeux présents, une gamme de soins et de services adaptés. Dans une perspective de gestion par résultats, l'établissement devra tenir compte non seulement du contexte sociodémographique du territoire à desservir et de ses problématiques de santé et de bien-être, mais aussi de ses obligations de reddition de compte qui se concrétisent par la production d'un rapport annuel de gestion en lien avec les orientations ministérielles.

La période couverte par ce plan stratégique est de trois ans, soit jusqu'en 2009. Il coïncide avec l'adoption et la révision du Plan d'organisation de l'établissement, tel que prévu dans la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS).

La première partie guide le lecteur vers les objectifs poursuivis par la démarche et le processus entamé pour y arriver. S'ensuivent la présentation de l'établissement et le contexte dans lequel le CSSSRN évolue. Les tendances qui peuvent affecter notre organisation de services sont analysées et transposées en enjeux, puis en défis à relever. Finalement, la dernière partie décrit les orientations stratégiques et les actions prioritaires qui sont retenues pour faire face aux enjeux identifiés dans chacun des neuf programmes-services.

1. Objectifs de la planification stratégique

Les objectifs de la planification stratégique sont les suivants :

- Situer la position du CSSSRN à l'intérieur du réseau local pour les trois prochaines années quant à la prestation de services attendue de la part de ce type d'établissement nouvellement créé, en fonction des ressources disponibles et des partenariats potentiels avec les organismes locaux et régionaux;
- Définir le plus précisément possible les orientations à privilégier en fonction des besoins de la clientèle de notre territoire (responsabilité populationnelle), de l'évolution du réseau de la santé et des services sociaux (partenariats) et des orientations ministérielles et régionales (projet clinique);
- Déterminer les objectifs et les priorités d'action qui se dégagent de l'exercice de planification stratégique.

2. Processus de la démarche de planification stratégique

Le processus adapté de démarche de planification stratégique du CSSSRN résulte de multiples rencontres, d'échanges d'information et de formations, tant avec le personnel de notre établissement qu'avec nos partenaires locaux, régionaux et provinciaux.

Cette planification stratégique a débuté en juillet 2004 lors de la création de la nouvelle instance locale qu'est le CSSSRN. Dès lors, une importante démarche de révision de l'ensemble de la structure organisationnelle s'est amorcée. Le directeur général intérimaire a fait une tournée d'échanges et d'information en mars 2005, ayant pour thème *La population au cœur de la réforme*. Lors de cet exercice, de nombreux commentaires et préoccupations ont été soulevés de la part de quelque 90 convives provenant de différents secteurs : économie, éducation, municipal, associations, etc. Les membres du personnel ont aussi été consultés lors de ces tournées. Il en a été de même lors de la rencontre avec les représentants des organismes communautaires en juin 2005. Une quarantaine de personnes nous ont fait part de leurs préoccupations,

notamment en lien avec le respect de l'autonomie des organismes communautaires.

Le 21 septembre 2005, l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue transmettait au réseau local de Rouyn-Noranda, lors du premier rendez-vous du CSSSRN, le portrait de santé de notre population. Cette journée, où plus de 140 personnes (leaders de la communauté et personnel de l'établissement) étaient présentes, a permis de mieux cerner les tendances et les enjeux avec lesquels nous devons et devons composer dans les prochaines années. Cet événement a été la pierre angulaire de l'intégration de la structure organisationnelle que nous mettions en place aux particularités de santé de notre milieu. Ces données nous ont été précieuses dans l'élaboration de cette planification stratégique adaptée.

3. Présentation du Centre de santé et de services sociaux de Rouyn-Noranda

3.1 L'établissement et son réseau local

Le CSSSRN est issu de la fusion, en juillet 2004, du Centre hospitalier Rouyn-Noranda, du CLSC Le partage des eaux et du Centre d'hébergement Maison Pie XII, conformément aux exigences de la Loi 25 de la LSSSS sur les regroupements d'établissements de santé et de services sociaux.

Le CSSSRN est doté d'un conseil d'administration unique formé de quinze membres nommés par le ministre. L'organisme est l'instance locale de la Ville de Rouyn-Noranda et compte un point de service principal avec six points de service dans divers quartiers à caractère rural. Il dispose d'un budget annuel de 58 300 000 \$. Près de 1 100 employés, dont 57 cadres, y travaillent. L'instance locale fait partie d'un réseau local qui, depuis juin 2005, compte les partenaires suivants :

- 67 organismes communautaires et associations, dont 43 reconnus par l'Agence (voir bottin des organismes communautaires);
- Une entreprise d'économie sociale en aide domestique;
- 7 cliniques médicales privées regroupant 29 médecins omnipraticiens pour assurer la prise en charge (suivi longitudinal);
- 6 pharmacies privées;
- Ressources intermédiaires et de type familial;
- Certaines ressources privées.

Pour mener à bien sa mission, le CSSSRN dispose du nombre de lits suivant :

- 109 lits de santé physique;
- 14 lits de santé mentale;
- 9 lits de réadaptation fonctionnelle intensive;

- 154 lits d'hébergement permanents ;
- 9 lits ressources intermédiaires (Béthanie);
- 54 lits de ressources intermédiaires;
- 35 lits de ressources de type familial – personnes âgées en perte d'autonomie;
- Lits de ressources intermédiaires en santé mentale;
- 17 lits ressources de type familial en santé mentale;
- N.B. 82 lits dressés, incluant 14 lits en santé mentale

3.2 La mission

La mission du CSSSRN est d'offrir à la population qu'elle dessert des services de santé et des services sociaux de nature préventive ou curative ainsi que des services de réadaptation ou de réinsertion.

Dans cette optique, le personnel s'applique à réaliser des activités de santé publique, conformément aux dispositions de la *Loi sur la santé publique*. Il s'assure que :

- Les personnes qui requièrent de tels services pour elles-mêmes ou pour leur famille soient jointes;
- Leurs besoins soient évalués;
- Les services requis leur soient offerts soit à l'intérieur de l'établissement, soit dans leur milieu de vie, à l'école, au travail ou à domicile;
- Si nécessaire, les personnes soient dirigées vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide.

L'établissement offre à la clientèle en perte d'autonomie, sur une base temporaire ou permanente, tant au moyen de ses ressources internes qu'externes, un milieu de vie substitut de même qu'un vaste éventail de services : hébergement, assistance, soutien, surveillance, réadaptation, réinsertion, services psychosociaux, soins infirmiers, pharmaceutiques et services médicaux.

La raison d'être du personnel du CSSSRN est également d'offrir des conditions et un milieu de vie qui permettent à la personne de maintenir un équilibre global de sa santé physique, psychologique et sociale. L'objectif général est d'accompagner, d'assister ou de suppléer à la capacité de la personne à assumer les effets de certaines incapacités en lui offrant, sur une base individuelle, des soins et des services humains, globaux et continus. Plus spécifiquement :

- Réaliser des interventions de prévention, de maintien ou de réadaptation de l'autonomie biopsychosociale de la personne en misant sur ses capacités, ses forces et sur le fruit de ses expériences antérieures;
- Favoriser le maintien ou la réintégration de la personne dans son milieu de vie naturel;
- Assurer la mise en place des conditions nécessaires pour fournir à la personne un véritable milieu de vie et la meilleure qualité de vie possible dans le respect de sa dignité;
- Favoriser l'intégration de la personne à la vie de la communauté extérieure ou à celle de son entourage et promouvoir l'implication de la communauté ou de l'entourage à la vie de la personne;
- Encourager la recherche et assurer des programmes de formation adaptés aux besoins de la clientèle et du personnel.

Finalement, le personnel du CSSSRN veille tout à la fois à rendre les services de santé et les services sociaux accessibles à la population de Rouyn-Noranda et de l'Abitibi-Témiscamingue, à participer à la formation des professionnels de la santé et à développer des activités de recherche.

3.3 Les valeurs

Le Centre de santé et de services sociaux de Rouyn-Noranda s'appuie sur un système de valeurs partagées par l'ensemble des membres de l'organisation pour atteindre ses objectifs et relever les nombreux défis qui se présentent à lui. Ces valeurs constituent à l'interne le fondement du projet clinique.

♣ Le respect

En toute équité, chacun accueille l'autre avec empathie en lui manifestant une écoute diligente et en lui accordant la bienveillance nécessaire au respect de sa dignité.

♣ La qualité

La qualité est au cœur de toutes les décisions, les actions et les interventions à tous les paliers de l'organisation. Elle se reflète dans des services cohérents, pertinents, fiables et continus. Elle repose sur de solides compétences et un savoir être tout autant que sur le savoir-faire. La qualité s'accomplit dans la poursuite de l'excellence et se traduit par une rigoureuse démarche d'amélioration continue. En ce sens, l'organisation encourage la créativité et stimule les idées novatrices.

♣ La concertation et le partenariat

L'ouverture, la concertation et la collaboration entre les équipes et les intervenants assurent une cohérence et ajoutent une plus-value à la qualité des services.

Concurremment, le travail en partenariat avec les citoyens et les différents acteurs de la communauté issus des secteurs de la santé et des services sociaux, de l'éducation, du monde municipal, des affaires et du milieu communautaire est un atout essentiel à l'atteinte de nos objectifs.

♣ L'engagement et la solidarité

Le sens des responsabilités, le sentiment d'appartenance, la loyauté et le partage d'une vision commune sont les moteurs de l'engagement et de la solidarité, lesquels s'incarnent dans le dynamisme, la participation et la mobilisation de tous.

☛ La transparence

La transparence est le fruit d'une communication honnête, ouverte et franche à la fois parmi les membres de l'organisation et entre l'organisation, ses partenaires et la population. Basée sur le dialogue et le partage d'information, cette culture de la communication s'exprime par une confiance dans l'organisation.

☛ La reconnaissance

L'apport actif du personnel, des médecins et des bénévoles est essentiel au développement de l'organisation et des services à la population. Dans un souci d'équité et afin de souder l'esprit d'équipe, l'organisation s'assure de souligner aussi bien leur valeur, leurs compétences que leurs réalisations.

3.4 La philosophie d'intervention

Le CSSSRN considère que les personnes sont les premières à pouvoir agir sur leur situation, celle de leurs proches et de la communauté. Chaque personne y est traitée avec dignité et dans le respect de ses droits en s'efforçant de tenir compte de ses valeurs et de ses préférences. Il appartient à l'établissement d'offrir des services sécuritaires et des services efficaces, c'est-à-dire, au bon moment, au bon endroit et par l'intervenant le plus approprié.

L'intervenant écoute, accompagne, soutient et considère le citoyen, l'utilisateur, ses proches, les groupes et la communauté. Il s'assure de leur fournir l'information complète et pertinente pour qu'ils puissent faire des choix éclairés. Il porte une attention particulière aux personnes vulnérables. Il adopte avec toutes les personnes une attitude humaine et empathique. Il veille à l'accessibilité, à la qualité, à la sécurité et à la continuité des services ainsi qu'au développement de partenariats.

Cette philosophie d'intervention repose sur une approche interdisciplinaire qui considère la personne dans son ensemble. Elle vise à promouvoir la santé, à prévenir l'apparition des problèmes, à s'attaquer à leurs causes et à répondre aux besoins.

Les valeurs affirmées dans cette philosophie constituent la base éthique des interventions de l'ensemble des membres de l'organisation.

3.5 La philosophie de gestion

Soucieux de la qualité, de l'éthique, de l'équité et de la réalisation de sa mission, le CSSSRN se dote d'une philosophie de gestion fondée sur la valorisation, la mobilisation, l'engagement, le développement et la participation des membres de l'organisation.

Le personnel, les médecins, les stagiaires et les bénévoles constituent la plus grande richesse de l'organisation, laquelle se veut un milieu de travail stimulant, propice à l'exercice des compétences et au transfert des connaissances. Les ressources humaines qui oeuvrent au CSSSRN manifestent une confiance en l'organisation et démontrent une ouverture d'esprit et une approche humaine. L'organisation met en place différents moyens qui contribuent au développement du sentiment d'appartenance.

Dans le respect des rôles, des mandats et des responsabilités de chacun, le CSSSRN valorise le travail en équipe et encourage l'initiative et l'expression de la créativité. Le partage des mêmes valeurs stimule la recherche et l'aménagement de solutions adaptées aux besoins de sa population et favorise la collaboration entre collègues de travail. L'organisation s'associe aux personnes et aux organismes actifs dans la communauté pour fonctionner en réseau local en fonction des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles dont elle dispose.

Une bonne communication et un environnement sain et sécuritaire sont essentiels au maintien d'un climat de travail harmonieux et au fonctionnement optimal de l'établissement. Les membres de l'organisation et les instances formelles sont reconnus, écoutés et soutenus.

3.6 L'offre de service

Le CSSSRN privilégie une approche de gestion par programme-services pour les raisons suivantes :

- Elle intensifie les liens et le réseautage par l'organisation des services en *continuum* au-delà des frontières institutionnelles ou professionnelles;
- Elle converge vers la responsabilité populationnelle;
- Elle facilite l'organisation des services selon les profils de clientèle et leurs besoins;
- Elle édicte un cadre intégrateur pour la planification, l'allocation des ressources et la reddition de comptes.

Sur le plan de l'organisation clinique, on note la présence de quatre directions :

- Direction générale adjointe et de la santé publique;
- Direction du programme des personnes en perte d'autonomie;
- Direction santé mentale, enfance, jeunesse, famille, adultes;
- Direction de la santé physique;

Ces quatre directions offrent une gamme de services liés à :

- la santé publique et aux services généraux;
- au programme des personnes en perte d'autonomie, notamment au vieillissement ou à la déficience physique (hébergement, soutien en milieu de vie);
- à la santé mentale;
- aux dépendances;

- aux troubles envahissants du développement;
- à la déficience intellectuelle;
- aux services offerts à l'enfance, aux jeunes, aux familles et aux adultes.

Enfin, le programme santé physique dispense des services communautaires auxquels s'ajoutent les services :

- du bloc opératoire;
- de médecine;
- de chirurgie de pédiatrie;
- de gynécologie obstétrique;
- de pouponnière;
- de pédiatrie et d'adolescence;
- d'urgence;
- de soins intensifs;
- de dialyse et d'oncologie;
- des services externes spécialisés (urologie, neurologie, oto-rhino-laryngologie, etc.).

L'organisation dispose, par ailleurs, de cinq directions de programmes-soutien :

- Direction de la qualité des services et des soins infirmiers;
- Direction des services professionnels;
- Direction des ressources humaines et du développement organisationnel;
- Direction des services techniques;
- Direction des ressources financières, matérielles et informationnelles.

4. Contexte

4.1 L'environnement

La population desservie par le CSSSRN est celle qui réside sur le territoire de la Ville de Rouyn-Noranda, dont les limites correspondent à celles de l'ancienne MRC de Rouyn-Noranda. On y dénombrait 39 615 personnes au dernier recensement de 2001, ce qui représente 27 % de la population de la région 08. Ainsi, le territoire du CSSS Rouyn-Noranda est le second plus peuplé en Abitibi-Témiscamingue.

Située au cœur de la région, la Ville de Rouyn-Noranda est bornée à l'ouest par la frontière ontarienne, au sud, par la MRC du Témiscamingue, au nord, par la MRC d'Abitibi-Ouest, et à l'est, par les MRC d'Abitibi et de la Vallée-de-l'Or. Le mot d'origine algonquienne « Abbittibi » signifie « là où les eaux se séparent » ou « eaux mitoyennes ». La séparation est définie par une ligne de partage des eaux traversant la région d'ouest en est. Cette ligne passe par le Parc Aiguebelle, situé dans la partie nord de Rouyn-Noranda.

Depuis la récente fusion des quinze municipalités de son territoire, la nouvelle Ville de Rouyn-Noranda couvre 5 992 km². Le point de service principal du CSSSRN est situé à Rouyn-Noranda. L'établissement compte également les quatre points de service en milieu rural et les deux points de chute suivants :

- Beaudry-Cloutier
- Cadillac
- Clérick-Mont-Brun
- Montbeillard-Rollet
- Bellecombe (point de chute)
- Destor (point de chute)

4.2 Les caractéristiques sociodémographiques

Langue maternelle

Par langue maternelle, on entend la première langue apprise dans l'enfance. Les données du

dernier recensement indiquent que, sur le territoire de Rouyn-Noranda, le français constitue la langue maternelle de 96 % de la population, comparativement à 2 % pour l'anglais et 1 % d'autres langues.

Fécondité

Bien qu'ayant une population un peu plus jeune que celle du reste du Québec, on note au cours des dernières années une baisse significative du nombre de naissances sur le territoire. Alors que de 1997 à 1999 on enregistrait une moyenne de 480 naissances par année, ce taux a décliné pour atteindre, de 2000 à 2002, une moyenne de 392 naissances par année, ce qui représente une baisse de 19 % en très peu de temps.

Mortalité

De 1998 à 2002, le nombre de décès enregistrés annuellement sur le territoire de Rouyn-Noranda a presque toujours augmenté. Ainsi, il est passé de 239 à 294, ce qui représente une hausse totale de 23 % en quatre ans et une augmentation annuelle moyenne de l'ordre de 6 %.

Migration interne

Le solde migratoire sur le territoire de Rouyn-Noranda est devenu négatif au cours des dernières années, le nombre de résidents sortants surpassant le nombre de résidents entrants. La situation en 2003-2004 marque toutefois une légère amélioration par rapport aux années antérieures, le solde migratoire s'élevant à 236 personnes en 2003-2004, comparativement à 488, en 2002-2003, et à 556, en 2001-2002. Exceptionnellement, en 2004-2005, on observe un écart positif de 54 personnes.

Revenus

Selon les récentes observations du Bureau d'emploi et solidarité social de Rouyn-Noranda, en septembre 2003, quelque 2 053 ménages bénéficiaient de la sécurité du revenu, soient 2 260 adultes et 670 enfants.

Données sur la population

	Québec	Abitibi-Témiscamingue	Ville (MRC) Rouyn-Noranda	Rouyn-Noranda ¹	Beaudry Cloutier	Montbeillard Rollet	Cléry Mont-Brun Destor	Cadillac
	Nombre	Nombre	Nombre	%	%	%	%	%
Pop.	7 237 475	146 090	39 615	85,7	5,7	2,1	3,7	2,8
Groupes d'âges								
0-4	375 765	8 190	2 160	5,5	4,9	5,1	6,8	3,6
5-9	457 230	10 215	2 775	7,0	7,5	6,5	7,9	7,2
10-14	458 590	10 710	2 775	7,4	6,9	5,5	6,8	6,0
15-19	462 070	11 045	2 875	6,4	4,9	4,1	5,0	5,4
20-24	487 410	8 900	2 455	9,6	9,1	14,7	10,4	9,0
25-54	3 275 710	66 100	18 195	45,8	46,5	48,4	38,1	45,2
55-64	760 910	14 140	3 850	6,7	7,1	7,8	6,5	7,2
65-74	547 185	9 985	2 690	4,9	4,9	4,1	2,2	3,6
75 et +	412 635	6 825	1 840	6,8	7,7	6,0	9,0	8,4
Sexe								
Femme	3 704 635	72 990	20 105	51	49,6	47,5	47,8	50,6
Homme	3 532 840	73 095	19 510	48,9	50,4	52,5	52,2	49,4
Langue utilisée à la maison								
Français	5 761 765	136 465	37 825	96	97	97	99	94
Anglais	557 040	4 330	905	2	2	0	0	4
Autres	709 420	2 330	275	1	1	1	1	1

Source : Profil de territoire région de Rouyn-Noranda, Centre des ressources humaines du Canada de l'Abitibi-Témiscamingue, décembre 2003.

Données sur la population

	Québec	Abitibi-Témiscamingue	Ville (MRC) Rouyn-Noranda	Rouyn-Noranda ²	Beaudry Cloutier ³	Montbeillard Rollet	Cléry Mont-Brun Destor	Cadillac
	Nombre	Nombre	Nombre	%	%	%	%	%
Revenus des ménages								
Moins de 19 000 \$	2 659 780	55 345	14 685	48	47	61	57	59
20 000 \$ - 59 000 \$	2 403 600	43 890	12 055	44	46	34	37	23
60 000 \$ et +	442 875	7 775	2 585	8	9	5	4	16
Niveau d'activité – population de 15 ans et plus								
Population active	3 742 490	70 560	19 685	63	63	58	58	49
Taux de chômage	8 %	14 %	12 %	12	15	22	17	15
Taux d'emploi	59 %	53 %	55 %	56	54	45	49	42
Population inactive	2 089 865	44 630	11 870	37	36	42	42	51

Source : Profil de territoire région de Rouyn-Noranda, Centre des ressources humaines du Canada de l'Abitibi-Témiscamingue, décembre 2003.

¹ Rouyn-Noranda comprend les cinq localités suivantes : Lac Dufault, Arntfield, Granada, McWatters, Évain.

² Rouyn-Noranda, incluant le quartier Beaudry

³ Excluant le quartier Beaudry

Problématiques de santé et de bien-être¹

Au chapitre de son état de santé, d'emblée, la population de Rouyn-Noranda se démarque de la population québécoise par une espérance de vie moins longue. De fait, pour la période de 1995 à 1997, l'espérance de vie sur le territoire du CSSSRN était de 75,8 ans comparativement à 77,9 ans pour la population québécoise², soit un écart de deux ans. Ainsi, l'espérance de vie à Rouyn-Noranda s'apparente à celle des Témiscabitiens en comparaison avec celle des Québécois. Elle s'explique, entre autres, par une mortalité plus importante attribuable aux maladies cardiovasculaires, au cancer du poumon, aux maladies de l'appareil respiratoire - particulièrement aux maladies pulmonaires obstructives chroniques -, au suicide et aux traumatismes non intentionnels comme les accidents de la route ou les chutes accidentelles.

Caractéristiques sociosanitaires

Le taux de mortalité lié aux maladies cardiovasculaires est de 302 décès pour 100 000 personnes en Abitibi-Témiscamingue comparativement à 247 décès pour 100 000³ à l'échelle du Québec. Soulignons que, sur l'échiquier régional, c'est le territoire du CSSSRN qui présente le plus haut taux, soit 342 décès pour 100 000 personnes. La mortalité provoquée par le cancer du poumon est également supérieure en région à celle observée au Québec, soit un taux annuel moyen de 83 décès pour 100 000 personnes en Abitibi-Témiscamingue contre 65 décès pour 100 000 personnes au Québec⁴.

En ce qui a trait aux maladies de l'appareil respiratoire, le taux annuel moyen s'élève à 91 décès pour 100 000 personnes en Abitibi-

Témiscamingue comparativement à 66 décès pour 100 000 personnes au Québec⁵. À cet égard, les deux tiers des décès relatifs aux maladies de l'appareil respiratoire résultent, en région, de maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC) : bronchite chronique, asthme et emphysème.

De fait, de 1995 à 1999, l'Abitibi-Témiscamingue affichait un taux de mortalité attribuable au MPOC nettement supérieur à celui du Québec, soit une moyenne de 58 décès annuellement pour 100 000 personnes comparativement à 38 décès pour 100 000 personnes au Québec. À la même période, la population desservie par le CSSSRN présentait un taux similaire à celui de la région, c'est-à-dire une moyenne annuelle de 56 décès pour 100 000 personnes.

Le taux de mortalité associé aux traumatismes non intentionnels, occasionnés en particulier par des accidents de véhicules à moteur et des chutes accidentelles, est de beaucoup supérieur en Abitibi-Témiscamingue qu'au Québec. La région enregistre, de 1994 à 1998, une moyenne annuelle de 28 décès pour 100 000 personnes contre 19 décès pour 100 000 au Québec. Le taux moyen de mortalité lié aux accidents de véhicules à moteur s'élève, en région, à 18 décès par année pour 100 000 personnes contre 10 décès par année pour 100 000 au Québec. Quant au taux régional attribuable aux chutes accidentelles, il est de 13 décès pour 100 000 personnes contre 8 décès pour 100 000 au Québec. Il constitue donc une cause de mortalité prématurée considérable.

La mortalité par suicide pose un autre problème de taille en région. De 1995 à 1999, l'Abitibi-Témiscamingue enregistrait en moyenne 30 décès par suicide pour 100 000 personnes comparativement à 20 décès par suicide pour 100 000 personnes au Québec⁶, ce qui équivaut à une fois et demie le taux québécois. Sur notre territoire, le nombre annuel moyen de décès par suicide s'élevait à

¹ BELLOT, Sylvie. Direction de la Santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, 27 janvier 2004.

² GIRARD, Chantal, BELLOT, Sylvie. *La population de l'Abitibi-Témiscamingue : caractéristiques démographiques et socio-économiques tome 3 - Portrait de la MRC Rouyn-Noranda*, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, 2000. p.36

³ GUÉRIN, Michel. *La mortalité par maladies de l'appareil circulatoire en Abitibi-Témiscamingue : un aperçu de la situation en 1999*, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, 2003, p.10.

⁴ PAGEAU, Michel et al. *Le portrait de santé, le Québec et ses régions*, Institut national de santé publique, Les publications du Québec, 2001, p. 93.

⁵ GUÉRIN, Michel. *La mortalité par maladies pulmonaires obstructives chroniques en Abitibi-Témiscamingue : un aperçu de la situation en 1999*, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, 2003, p. 10.

⁶ BELLOT, Sylvie. *Un aperçu de la mortalité par suicide en Abitibi-Témiscamingue*, régionale de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, 2002, p. 6.

31 décès pour 100 000 personnes, soit un taux semblable au taux régional.

Plusieurs enquêtes révèlent, par ailleurs, un tabagisme considérablement plus élevé dans la région qu'au Québec. La dernière enquête de Statistique Canada, menée en 2000-2001, confirme cet état de fait : 34 % des Témiscabitiens de 15 ans et plus sont fumeurs (réguliers ou occasionnels) comparativement à 30 % des Québécois. Or, les effets nocifs du tabac sur les maladies cardiovasculaires, le cancer du poumon et les maladies pulmonaires obstructives chroniques sont bien connus et documentés. Ils expliquent partiellement un taux de mortalité supérieur à la suite de ces maladies.

4.3 L'adaptation de l'organisation des services

Au cours des dernières années, il a fallu adapter l'offre de service du territoire en fonction des besoins de la clientèle et des orientations ministérielles, en :

- Mettant en place une structure basée sur l'approche programme-services;
- Misant sur une approche d'intégration de services, d'interdisciplinarité, de complémentarité, de collaboration et de partenariat accru à l'intérieur du réseau local;
- Mettant au premier rang une offre de service tissée sur une toile de prestation sécuritaire et de haut niveau de qualité;
- Développant et consolidant des programmes de promotion de la santé et de prévention de la maladie en accentuant les interventions en santé publique;
- Maximisant et intensifiant les services de maintien à domicile;

- Mettant en place l'approche milieu de vie pour les résidents du centre d'hébergement au sein du programme des personnes en perte d'autonomie et en implantant l'approche prothétique;

Se sont ajoutées les réalisations et les réalités suivantes :

- Le regroupement des trois établissements de santé et de services sociaux de première ligne sur le territoire (CLSC, CHSLD et CH), intégrant ainsi trois missions en une.
- L'élaboration d'une nouvelle philosophie de gestion et d'une nouvelle philosophie d'intervention répondant à de nouvelles valeurs communes;
- La mise en place d'un nouveau plan d'organisation qui reflète une structure tout à fait différente du passé;
- La construction du nouveau Centre d'hébergement;
- Une nouvelle démarche d'amélioration de la qualité afin d'obtenir un agrément de la mission CH.
- Une difficulté prononcée pour notre territoire d'arriver à recruter et maintenir un nombre suffisant de différents types de professionnels tels que médecins, infirmières, ressources en réadaptation, physiothérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes, psychologues, etc.;
- L'augmentation de la charge de travail avec des ressources limitées, l'adaptation à de nouveaux modes de communication.

5. Tendances

5.1 Sociodémographiques⁷

Évolution démographique

L'évolution démographique des cinq dernières années (1999 à 2004) s'est traduite par une perte de population de 7 % sur le territoire de Rouyn-Noranda, soit 2 792 personnes de moins, alors que le Québec a pour sa part, enregistré une faible croissance de 3 % au cours de la même période. Le déclin de la population à Rouyn-Noranda est attribuable à la fois à une baisse du nombre de naissances, à une hausse du nombre de décès et au départ de nombreux résidents.

Population projetée en 2016

Selon les projections de population les plus récentes, le territoire de Rouyn-Noranda compterait en 2016 un total de 36 637 personnes, soit 7 % de personnes de moins qu'en 2004. Compte tenu du vieillissement prévu de la population, la part des jeunes de moins de 15 ans devrait s'amenuiser et se situer autour de 13 % en 2016 comparativement à 18 % en 2004. À l'inverse, la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus devrait s'accroître et atteindre 19 % en 2016, comparativement à 12 % en 2004.

5.2 Socioéconomiques⁷

Faible scolarité

La proportion de personnes de 15 ans et plus ne détenant pas de diplôme d'études secondaires s'élève à 40 % sur notre territoire, ce qui est nettement supérieur au reste du Québec, qui s'élève à 33 %.

Chômage

En 2001, le taux de chômage à Rouyn-Noranda s'élevait à 12,2 %, ce qui est supérieur à la moyenne québécoise qui était de 8,2 % au même moment.

Revenu moyen disponible

Le montant du revenu personnel disponible, calculé après le paiement des impôts directs et des divers autres droits et permis, fournit une donnée plus représentative que le revenu personnel lui-même. En 2002, sur le territoire de Rouyn-Noranda, le revenu personnel moyen s'établissait à 19 422 \$, ce qui est légèrement supérieur à la moyenne québécoise de 19 096 \$, mais surtout nettement plus élevé que la moyenne régionale s'élevant à 16 829 \$.

Vieillesse de la main-d'oeuvre

En 2001, le taux de chômage à Rouyn-Noranda s'élève à 12,2 %, ce qui est supérieur à la moyenne québécoise qui atteint 8,2 %. À plus long terme, les perspectives du marché du travail sont à l'effet d'une diminution de la population active et, surtout, de l'augmentation de la population inactive en raison des nombreux départs à la retraite et à la préretraite. Ceci s'explique principalement par le vieillissement, non seulement de la main-d'oeuvre, mais également de la population. De plus, une main-d'oeuvre plus âgée pourrait aussi signifier encore plus de maladies de court et de long termes. Cet alourdissement des effectifs dans les milieux de travail n'est pas encore pris en compte par les organisations, mais ça ne saurait tarder.

Vieillesse de la population

La baisse de natalité, la hausse de l'espérance de vie des gens ainsi que l'exode des jeunes sont tous des facteurs contribuant à un vieillissement de la population. D'ici 15 ans, l'Institut de la statistique du Québec prévoit que le nombre de personnes âgées de plus de 65 ans pourrait doubler à Rouyn-Noranda.

5.3 Enjeux et orientations ministérielles

Quatre enjeux se dégagent du contexte entourant le secteur québécois des services de santé et des services sociaux. Pour chacun de ceux-ci, le Ministère et son réseau proposent des orientations cohérentes de façon à maintenir ou à améliorer le fonctionnement

⁷ BELLOT, S. et BEAULÉ, G. *Portrait de santé*. Agence de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue. 2005

général du système de santé et de services sociaux.

ENJEU 1 :

Le développement d'actions efficaces en amont des problèmes :

- 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 :

- 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**;
- Permettre aux **personnes âgées en perte d'autonomie** de demeurer le plus longtemps possible dans leur communauté;
- Intervenir de façon précoce, intensive et en continuité, le plus près possible des milieux de vie, afin de prévenir l'aggravation et la récurrence des problèmes d'adaptation sociale des **jeunes** et des **familles**;
- Traiter et soutenir efficacement les jeunes et les adultes ayant un **trouble mental** ainsi que les personnes présentant un **risque suicidaire**;
- Favoriser l'intégration et la participation sociale des personnes présentant une **déficience**;
- Agir sur les difficultés d'adaptation sociale des personnes aux prises avec une **dépendance** à l'alcoolisme et aux autres

toxicomanies, y compris le jeu pathologique;

- Assurer des services de santé et des services sociaux adaptés aux particularités des **communautés crié et inuite**.

ENJEU 3 :

L'amélioration de la qualité des services ainsi que l'optimisation de l'utilisation des ressources qui soutiennent la dispensation des services :

- Améliorer la qualité et assurer la **prestation sécuritaire** des services de santé et des services sociaux;
- Favoriser l'intégration et la cohérence des actions en matière de **médicaments** afin d'assurer notamment la viabilité et la pérennité du Régime général d'assurance médicament;
- **Informé la population** sur son état de santé et de bien-être et sur les moyens de le maintenir ou de l'améliorer;
- Assurer la disponibilité de **ressources humaines** qualifiées;
- Optimiser l'utilisation des **ressources informationnelles** et la circulation de l'information clinique en soutien à l'intégration des services;
- Soutenir l'organisation des **activités universitaires** dans le secteur de la santé.

ENJEU 4 :

La gestion efficiente de ressources allouées au réseau de la santé et des services sociaux :

- Assurer une gestion des **ressources financières** qui respecte le cadre budgétaire du gouvernement et qui est équitable pour toutes les régions du Québec.

6. Enjeux du Centre de santé et de services sociaux de Rouyn-Noranda

Les diverses données recueillies au cours de cette démarche adaptée ont mis en relief certains enjeux auxquels sera confrontée notre organisation au cours des prochaines années, soit :

- Améliorer la santé de la population par le développement d'actions efficaces de **promotion** de la santé et de **prévention** de la maladie, et ce, à l'intérieur de tous les programmes-services;
- Travailler à accentuer la **mise en œuvre du réseau local** à Rouyn-Noranda, en collaborant de façon soutenue avec nos partenaires sectoriels, intersectoriels et communautaires, tout en respectant leur autonomie;
- Intensifier nos efforts pour promouvoir et obtenir l'assentiment au développement du rôle de **l'infirmière praticienne** au Québec afin d'augmenter l'accessibilité des soins et services;
- Favoriser l'émergence d'une seule **culture organisationnelle** à la suite du regroupement des établissements;
- Doter le CSSSRN d'**effectifs médicaux** et de **professionnels répondant** aux besoins de la population;
- Adapter l'organisation des services afin d'assurer une meilleure **accessibilité** et une plus grande **continuité** des services, particulièrement pour les clientèles les plus vulnérables;
- Assurer une **prestation** de soins et de services **fiable et sécuritaire**;
- Miser sur l'**interdisciplinarité** pour rendre des services efficaces et efficaces à la clientèle;
- **Gérer de façon efficiente** et responsable les ressources financières, matérielles et informationnelles qui nous sont allouées.
- Améliorer la qualité des services et optimiser l'utilisation des ressources qui soutiennent la dispensation des services.

7. Défis qui guideront nos orientations

Pour présenter les défis qui nous guideront dans les années à venir, voici la liste des orientations prises par les conseils d'administration des trois ex-établissements :

7.1 Offre de service

- Adapter l'offre de service aux besoins de la population;
- Accentuer les activités de promotion, de prévention et de santé publique tant auprès de la population générale que des clientèles vulnérables;
- Poursuivre la démarche d'amélioration continue de la qualité au sein de l'ensemble de l'établissement;
- Accroître l'accessibilité aux services médicaux en favorisant la création d'un groupe de médecine de famille et en soutenant l'implantation d'un projet-pilote d'infirmières praticiennes de première ligne;
- Renforcer les liens interservices et interétablissements sur le plan des pratiques professionnelles afin d'améliorer les procédures de requête de services et les prises en charge conjointes;
- Consolider et développer les services psychosociaux.

7.2 Développement organisationnel

- Compléter la restructuration administrative de l'organisation;
- Développer un sentiment d'appartenance et une nouvelle culture organisationnelle axée sur la qualité et l'interdisciplinarité ;
- Poursuivre le développement des programmes de recrutement et de rétention des médecins et des professionnels pour lesquels on observe une pénurie ;
- Maintenir l'équilibre budgétaire tout en améliorant et consolidant la performance;
- S'approprier la mission, la philosophie de gestion, la philosophie d'intervention, les valeurs organisationnelles, les orientations et le code d'éthique du CSSRN;
- Consolider les incitatifs à la présence au travail.

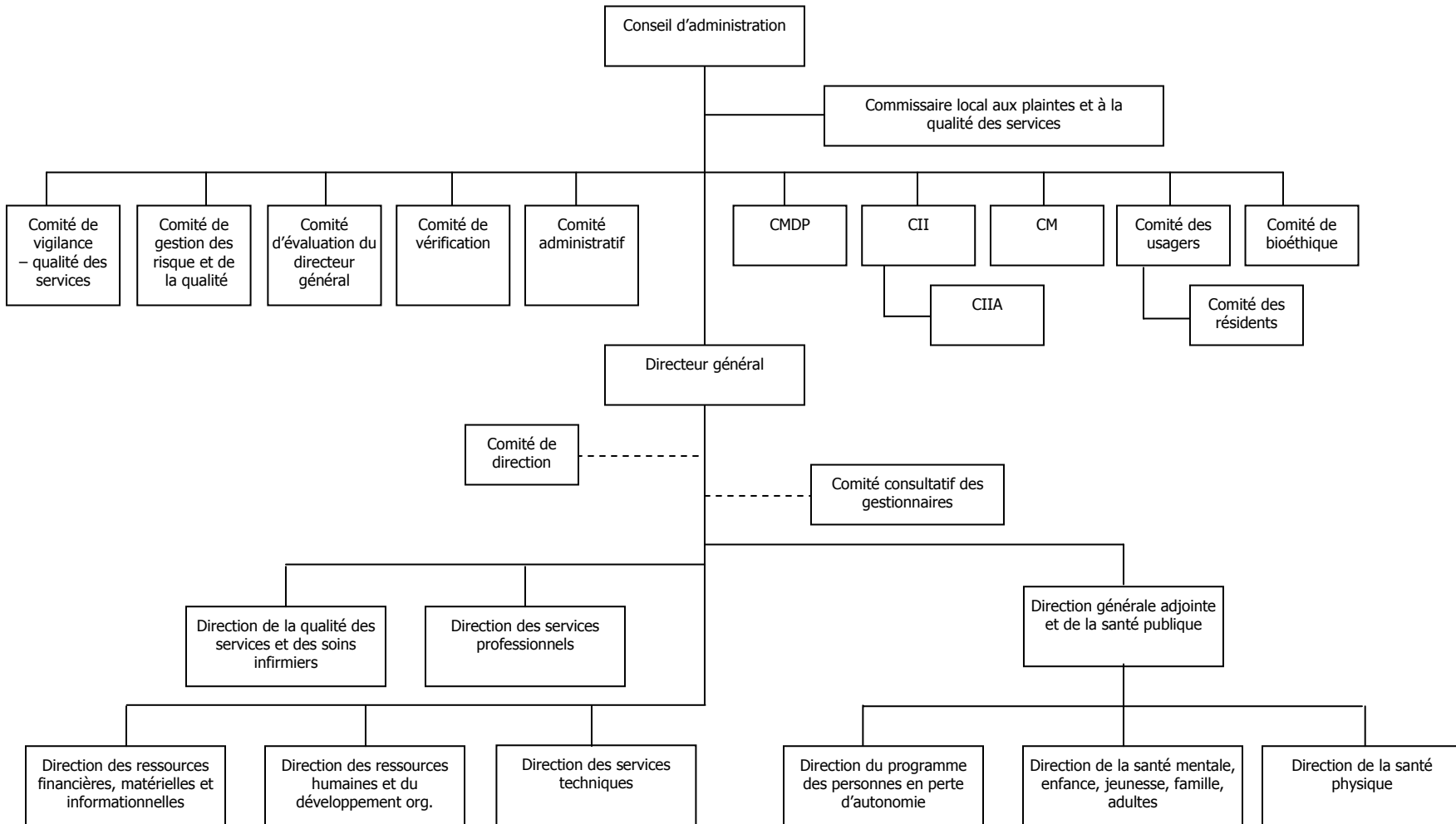
7.3 Communications

- Élaborer un plan annuel de communication;
- Concevoir et mettre en ligne un site Web intégré.

7.4 Transformation du réseau

- Déployer l'intégration des services afin d'accroître l'accessibilité, de rehausser la continuité et d'augmenter la qualité des soins et des services;
- Favoriser la participation du personnel et des conseils professionnels dans l'organisation des services du nouveau réseau local;
- S'assurer de la participation des citoyens, des usagers, des groupes et des communautés et intensifier la collaboration avec les établissements à vocation régionale;
- Poursuivre l'élaboration du projet clinique.

**CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX
DE ROUYN-NORANDA**
Encadrement supérieur



Pour tout savoir sur le CSSRN :
www.CSSSRN.qc.ca

Centre de santé et de services sociaux
de Rouyn-Noranda

