



De l'union des gouttes d'eau naissent les océans...



## CIBLES PRIORITAIRES 2008-2013

Centre de santé et de services sociaux  
Haut-Richelieu—Rouville



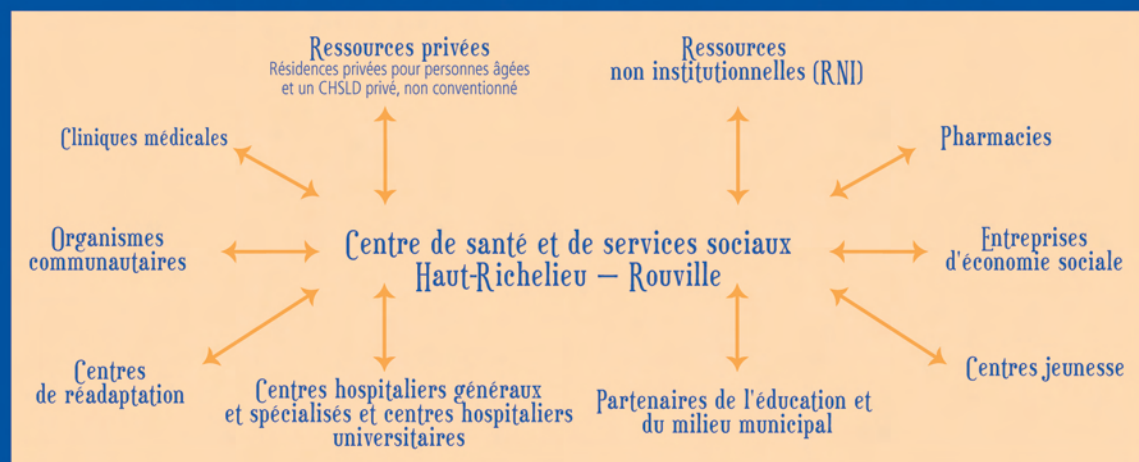
# Les étapes du projet clinique



## Le projet clinique : un important exercice de mobilisation locale

C'est sous le thème « De l'union des gouttes d'eau naissent les océans » que le CSSS Haut-Richelieu-Rouville a lancé son important projet clinique en septembre 2006. Ce projet qui réunit plus de 400 participants provenant du réseau local de santé et de services sociaux poursuit trois objectifs, soit : d'améliorer l'**accessibilité** des soins de santé et de services sociaux à la population, de s'assurer de leur **continuité** et de leur **qualité**. **En d'autres mots, il s'agit de mieux adapter les services aux besoins de la population et de faciliter le cheminement des personnes dans le réseau.**

### Réseau local de santé et de services sociaux



## Une démarche concertée pour l'atteinte d'un but commun

Afin d'œuvrer à ce projet d'envergure, treize comités de travail issus de cinq chantiers, un comité de pilotage et un grand comité d'orientation stratégique ont été constitués. Toutes ces équipes ont été mises à contribution en fonction de continuums de soins préalablement identifiés. Ces continuums de soins permettent de réfléchir l'organisation des services en termes de regroupements de clientèles ayant des besoins spécifiques dans une approche de prévention, de guérison et de soutien.

Les travaux ont permis de faire émerger 65 cibles prioritaires qui s'actualiseront sur un horizon de cinq ans, soit jusqu'en 2013. Ces cibles consistent en des actions privilégiées à mettre en œuvre afin de diminuer les écarts entre, d'une part, les besoins de la population et, d'autre part, les services offerts tout en renforçant les pratiques qui ont fait leurs preuves et qui fonctionnent. En fait, ces cibles se déclinent en plans d'actions qui précisent les moyens concrets à mettre en place afin d'atteindre les objectifs visés d'amélioration de l'accessibilité, de la continuité et de la qualité des soins et des services dispensés. De plus, notons que chacun des treize comités de travail devait minimalement identifier une cible touchant la promotion et la prévention auprès de la population et une cible à portée « réseau local », c'est-à-dire qui implique de nombreux partenaires du territoire dans leur réalisation.





## Le bon service, à la bonne place, au bon moment !

L'élaboration du projet clinique a également permis à tous les partenaires impliqués de développer une vision commune et de mieux travailler ensemble pour l'atteinte d'un but commun. Par ailleurs, bien que ce projet priorise 65 cibles d'action concertées au sein de notre réseau local, rappelons que l'ensemble des autres activités régulières de chacun des partenaires continuent de se réaliser quotidiennement. Cependant, l'atteinte de nos cibles aura pour effet d'influencer et d'améliorer nos façons de faire dans la dispensation de plusieurs de nos services

Nous vous invitons donc à lire attentivement le tableau de ces cibles puisqu'elles constituent véritablement la trame de fond des efforts et des choix cliniques qui devront être déployés par le réseau local au cours des prochaines années dans le but de prévenir, guérir et soutenir la population qui en fait partie.

Pour obtenir plus d'informations concernant le projet clinique, vous pouvez également vous procurer les outils suivants auprès de la Direction des communications du CSSS Haut-Richelieu—Rouville :

- Brochure du projet clinique (septembre 2006)
- Document « Démarche détaillée du projet clinique 2008-2013 » (mars 2009)



Centre de santé et de services sociaux  
Haut-Richelieu—Rouville



Produit par :

La direction des communications  
du Centre de santé et de services sociaux Haut-Richelieu—Rouville

978, boul. du Séminaire Nord  
Saint-Jean-sur-Richelieu (Québec) J3A 1E5  
Téléphone : 450 358-2572

Toute reproduction est permise à la condition de faire mention de la source.  
Mars 2009

[www.santemonteregie.qc.ca/haut-richelieu-rouville](http://www.santemonteregie.qc.ca/haut-richelieu-rouville)

# CIBLES PRIORITAIRES DU PROJET CLINIQUE 2008 - 2013

## Légende

P : Prévenir

G : Guérir

S : Soutenir

R : cible à portée « réseau »

DI : déficience intellectuelle

TED : trouble envahissant du développement

DP : déficience physique

MPOC : maladie pulmonaire obstructive chronique

MCV : maladie cardiaque vasculaire

SIPPE : services intégrés en périnatalité et petite enfance

ITSS : infection transmise sexuellement et par le sang

VHC : virus de l'hépatite C

GMF : groupe de médecine familiale

CSSS : centre de santé et de services sociaux

AVC : accident vasculaire cérébral

# Chantier Universel

(services de 1<sup>ère</sup> ligne et/ou services ponctuels, aigus et de courte durée)

## Services généraux – Volet social et dépendances

## Services généraux – Volet santé, services médicaux de 1<sup>ère</sup> ligne, urgence et services diagnostiques

## Chirurgie

1. G-R : Améliorer la continuité, la coordination et la collaboration entre les services de 1<sup>ère</sup> et de 2<sup>e</sup> ligne pour les personnes présentant des problématiques multiples (suicide, santé mentale, etc.) et nécessitant des services variés offerts par différentes équipes.

1. P-R : Promouvoir les saines habitudes de vie (arrêt tabagique, activité physique, saine alimentation) afin de réduire les facteurs de risques provoquant les maladies chroniques.

1. G-R : Améliorer l'accessibilité à des consultations chirurgicales et aux chirurgies dans des délais raisonnables.

2. G : Améliorer l'accessibilité aux services psychosociaux de 1<sup>ère</sup> ligne (CLSC) afin de réduire les délais d'attente.

2. G-R : Améliorer les arrimages entre le laboratoire de l'hôpital (résultats des tests), le médecin traitant et le pharmacien communautaire dans le but de favoriser un meilleur suivi des personnes recevant des anticoagulants et de réduire les conséquences néfastes.

2. P-R : Mettre en œuvre et intensifier les activités de prévention des traumatismes non intentionnels par l'adoption de pratiques sécuritaires lors des loisirs, sur la route ou à domicile (utilisation adéquate des sièges de retenue, sécurité en piscine, dans les aires de jeu municipales et scolaires et sur les fermes, etc.).

3. G-R : Améliorer l'offre de services continue et intégrée entre la 1<sup>ère</sup> et la 2<sup>e</sup> ligne pour les personnes vivant des problématiques de dépendance puisque peu de services sont disponibles sur le territoire et que les arrimages entre eux sont limités.

3. G-R : Améliorer l'accessibilité aux services diagnostiques de l'hôpital (médecine nucléaire, imagerie médicale, laboratoires) dans le but de réduire les listes d'attente.

3. G-R : Lors de la sortie de l'hôpital après une chirurgie :  

- améliorer le suivi de la personne opérée par les intervenants de 1<sup>ère</sup> ligne (CLSC, médecin de famille, etc.) en facilitant des arrimages plus fluides et efficaces entre tous.

4. P-R : Afin de diminuer la prévalence du suicide, intensifier les activités de prévention sur le territoire.

4. G-R : Améliorer l'organisation des services de 1<sup>ère</sup> ligne sur le territoire afin d'offrir des alternatives à la fréquentation de l'urgence et de favoriser une prise en charge rapide du patient.

4. G : Avant l'entrée à l'hôpital pour une chirurgie, s'assurer que des services psychosociaux soient accessibles de façon plus étendue afin que le retour à domicile soit bien planifié par la mise en place de services appropriés, si nécessaires.

5. S-R : Rendre accessibles des services spécialisés pour la clientèle adulte en regard des agressions sexuelles.

5. G : Améliorer l'accessibilité aux services infirmiers de 1<sup>ère</sup> ligne (CLSC, GMF) notamment par un enrichissement du rôle des infirmières.

5. G : Améliorer l'accessibilité à des services spécialisés de réadaptation.



# Chantier Enfance – Famille – Jeunesse

0 - 5 ans

6 - 17 ans

DI - TED, DP (0 - 17 ans)

1. P-R : Promouvoir l'acquisition de saines habitudes de vie chez les femmes enceintes et les nouvelles mamans incluant l'allaitement maternel, la non-consommation d'alcool et de drogues, etc. dans le but de favoriser la naissance de bébés en santé.

1. P-R : Promouvoir une approche globale et concertée en promotion et prévention pour une école et un milieu en santé.

1. S-R : Afin de contrer l'épuisement des familles qui ont des enfants souffrant de DI, de DP ou de TED, améliorer l'accessibilité aux services de répit-gardiennage-dépannage qui permettront également l'intégration sociale des jeunes et leur maintien à domicile.

2. G-R : Améliorer l'accessibilité, la continuité et la coordination des services offerts en 1<sup>ère</sup> et 2<sup>e</sup> ligne en :

- harmonisant des outils facilitant le partage de l'information clinique entre les intervenants ;
- clarifiant les mécanismes d'accès (portes d'entrée) en particulier pour les enfants en difficulté et/ou ceux souffrant d'une déficience physique et/ou intellectuelle.

2. G-R : Améliorer l'accessibilité, la continuité et la coordination des services offerts en 1<sup>ère</sup> et 2<sup>e</sup> ligne en :

- harmonisant des outils facilitant le partage de l'information clinique entre les intervenants ;
- clarifiant les mécanismes d'accès (portes d'entrée) en particulier pour les jeunes en difficulté et/ou vivant un décrochage scolaire.

2. S : En raison de délais d'attente importants aux services spécialisés et du manque de soutien et d'accompagnement offert aux familles qui apprennent que leur enfant a un diagnostic de DI, de DP ou de TED; rendre disponibles des services psychosociaux et de soutien, notamment en CLSC.

3. P : Rendre disponible le programme SIPPE permettant d'intensifier le suivi des clientèles vulnérables qui sont plus à risque de vivre des problèmes d'adaptation et d'avoir des difficultés à jouer leur rôle parental.

3. P-R : Rendre disponibles les programmes de promotion et de prévention en sexualité et de prévention des ITSS, du VIH-Sida, du VHC et des grossesses à l'adolescence et ce, dans les cliniques jeunesse, les écoles et les maisons de jeunes afin de diminuer leur incidence.

3. S-R : Améliorer l'accessibilité aux services d'évaluation pour l'adaptation du domicile et aux équipements afin de diminuer les délais d'attente et de favoriser le maintien des personnes handicapées dans leur milieu.

4. G : Mettre en place un programme de visites précoces à domicile 7 jours sur 7 assurant ainsi un suivi sécuritaire de la mère et du bébé après l'accouchement.

4. G : Améliorer l'accessibilité aux services psychosociaux en CLSC pour les jeunes en difficulté et leurs familles.

4. S-R : Améliorer l'accessibilité des services de transport adapté au sein des municipalités en raison de lacunes existantes en termes de disponibilité et de flexibilité.

5. G-R : Améliorer l'accessibilité aux services médicaux pour les futures mères et leurs enfants à naître ainsi que pour les nouvelles mamans et leurs bébés.

5. G : Améliorer l'accessibilité aux cliniques Jeunesse par :

- l'ajout des services dans le secteur du Bassin de Chambly ;
- une majoration de la limite d'âge de la clientèle visée ;
- des meilleurs délais de réponse.

5. P-R : Mettre en œuvre et intensifier les activités de prévention des traumatismes non intentionnels par l'adoption de pratiques sécuritaires lors des loisirs, sur la route ou à domicile (utilisation adéquate des sièges de retenue, sécurité en piscine, dans les aires de jeu municipales et scolaires et sur les fermes, etc.).

# Chantier Santé mentale

## Jeunesse

1. G-R : Mieux définir les rôles et les responsabilités de chaque niveau de services et créer des mécanismes favorisant la fluidité des services de tous les partenaires.

2. G-R : Pour les jeunes présentant des problèmes multiples et complexes (troubles de comportement, anxiété, dépression, consommation abusive), améliorer la continuité et la coordination des services variés offerts par les différentes équipes.

3. G : Améliorer l'accessibilité aux pédopsychiatres pour les équipes de santé mentale jeunesse œuvrant en CLSC afin d'aider ces dernières à mieux suivre la clientèle jeunesse présentant une problématique de santé mentale plus complexe mais ne nécessitant pas de services de pédopsychiatrie.

4. S-R : En raison de la rareté de services de soutien aux familles vivant avec un enfant ayant des problèmes de santé mentale, améliorer la disponibilité et la connaissance de tels services sur le territoire.

5. P-R : Soutenir les activités de prévention en santé mentale jeunesse sur notre territoire.

## Adulte

1. G-R : Mieux définir les rôles et les responsabilités de chaque niveau de services et créer des mécanismes favorisant la continuité et la coordination des services de tous les partenaires œuvrant en santé mentale auprès des adultes et de leur famille.

2. G : Offrir le service de suivi intensif dans la communauté, à la population qui le requiert, afin d'accompagner quotidiennement des personnes ayant des troubles graves de santé mentale pour qu'elles aient :

- un meilleur contrôle de leur maladie ;
- une meilleure intégration dans la communauté (logement, travail, études, loisirs) ;

évitant ainsi les visites à l'urgence et les hospitalisations.

3. P-R : Soutenir les campagnes d'information visant à réduire les préjugés et la discrimination engendrés par la maladie mentale.

4. P-R : Afin de diminuer le nombre de suicides, développer un programme de prévention sur le territoire.

5. G-R : Développer des services de réadaptation pour les personnes présentant des troubles psychotiques et leur famille.

# Chantier Lutte contre le cancer et maladies chroniques

## Asthme et MPOC

## MCV diabète et insuffisance rénale

## Lutte contre le cancer

1. G-R : Améliorer les suivis des personnes souffrant de MPOC afin d'éviter qu'elles ne développent des problèmes nécessitant une hospitalisation. De plus, agir précocement auprès des personnes ayant des problématiques plus « légères ».

1. G : Afin d'éviter les bris de services pour les personnes victimes d'AVC et d'insuffisance rénale, mettre en place des interventions planifiées et continues par une équipe interdisciplinaire de 1<sup>ère</sup> et de 2<sup>e</sup> ligne pour le traitement de ces personnes.

1. G : Améliorer l'accessibilité aux équipes dédiées au traitement et au suivi des personnes atteintes de cancer tant en oncologie qu'en soins palliatifs afin :

- d'éviter les bris de service;
- de s'assurer d'intervenir dans une approche adaptée aux besoins de ces personnes;
- de soutenir les autres équipes.

2. G-R : Dans le but d'optimiser les traitements offerts aux patients atteints de MPOC et d'asthme, utiliser et appliquer les meilleurs guides de pratique reconnus scientifiquement et les uniformiser au sein du réseau local.

2. P-R : Promouvoir les saines habitudes de vie (arrêt tabagique, activité physique, saine alimentation) afin de réduire les facteurs de risques provoquant les maladies chroniques.

2. G-R : Améliorer la continuité des services par un meilleur partage des outils d'information afin de mieux servir l'utilisateur et de mieux suivre son évolution dans le but d'ajuster son plan de traitement au besoin.

3. G-R : Améliorer l'accessibilité et la disponibilité aux tests de fonction respiratoire de base, en 1<sup>ère</sup> ligne (cabinets privés de médecins), et spécialisés, en 2<sup>e</sup> ligne, dans le but de diminuer les délais d'attente à ces derniers.

3. G : Améliorer l'accessibilité à des services interdisciplinaires intégrés et continus d'enseignement de base en regard des MCV et du diabète afin :

- de répondre à un plus grand nombre de demandes;
- d'être disponibles sur tout le territoire;
- d'harmoniser les interventions.

3. S : Dans le but de soulager adéquatement la personne atteinte de cancer, améliorer la gestion de la douleur, notamment, par de la formation au personnel et aux médecins, par l'application améliorée des guides de pratiques, etc.

4. G : Améliorer l'accessibilité à un programme complet, structuré et intégré de rééducation respiratoire sur le territoire puisqu'un tel programme n'existe pas actuellement.

4. G-R : Améliorer la continuité des services par un meilleur partage, entre les intervenants, de l'information contenue au dossier de l'utilisateur afin de mieux le servir et de mieux suivre son évolution permettant l'ajustement de son plan de traitement au besoin.

4. P : Promouvoir les saines habitudes de vie (arrêt tabagique, activité physique, saine alimentation) afin de réduire les facteurs de risques provoquant les maladies chroniques.

5. P-R : Dans le but d'améliorer la qualité de l'air ambiant à l'intérieur et à l'extérieur, promouvoir un environnement sain (diminution des allergènes, du tabagisme, de la pollution atmosphérique, de l'herbe à poux, des acariens, etc.).

5. G-R : Améliorer l'accessibilité au suivi nutritionnel intensif en intégrant les nutritionnistes aux équipes interdisciplinaires desservant les clientèles souffrant de MCV, de diabète et d'insuffisance rénale.

5. S-R : En raison d'un manque de services de soutien aux personnes atteintes de cancer et à leurs proches, améliorer l'accessibilité à de tels services sur le territoire (transport, services d'accompagnement au deuil, services psychosociaux, aides matérielles, etc.).



# Chantier Perte d'autonomie liée au vieillissement et Déficience physique « adulte »

## Non institutionnel

## Institutionnel (6 centres d'hébergement)

1. P-R : Améliorer la détection et la référence précoce des problèmes visuels chez les personnes âgées dans le but de réduire les risques de perte d'autonomie associée.

1. S : Développer la philosophie « milieu de vie » afin que la personne hébergée :

- retrouve un milieu s'apparentant à son domicile, à son mode de vie, à ses préférences;
- se sente chez-elle;
- contribue à la prise de décision la concernant.

2. S-R : Améliorer l'accessibilité et le développement des services de soutien (répit, gardiennage, soutien à la famille, centre de jour, aide et assistance à domicile, etc.) aux proches et aux aidants naturels.

2. S : Mettre en œuvre systématiquement un plan d'accompagnement individualisé avec chaque nouveau résident, ainsi que ses proches, afin d'adapter les activités et services proposés pour mieux répondre à ses besoins personnels et à ses préférences.

3. S-R : En raison d'un manque de ressources d'hébergement pour les clientèles ayant des besoins spécifiques (déficience physique, déficits cognitifs, etc.) développer l'accessibilité à des ressources adaptées à leurs besoins.

3. S : Dans le but de mieux soutenir et accompagner la personne en fin de vie ainsi que ses proches, développer une approche adéquate et appropriée à cette étape de la vie.

4. S-R : Développer des habiletés spécifiques chez les intervenants afin de leur permettre de mieux intervenir et interagir auprès des personnes présentant des besoins particuliers (personnes handicapées, personnes âgées, etc.).

4. P : Afin que la personne hébergée conserve un état de santé le plus stable possible, intensifier les activités de prévention (prévention des chutes, vaccination, alimentation adaptée, réduction du recours aux contentions, etc.).

5. S : Organiser les services non institutionnels de façon à :

- faciliter leur accès par la mise en place d'un guichet unique (une seule porte d'entrée);
- permettre l'accompagnement de la personne et de ses proches par un intervenant au sein des différents services.

5. S-R : Adapter les activités d'animation et de loisirs en tenant compte des besoins des personnes hébergées et de la philosophie « milieu de vie ».