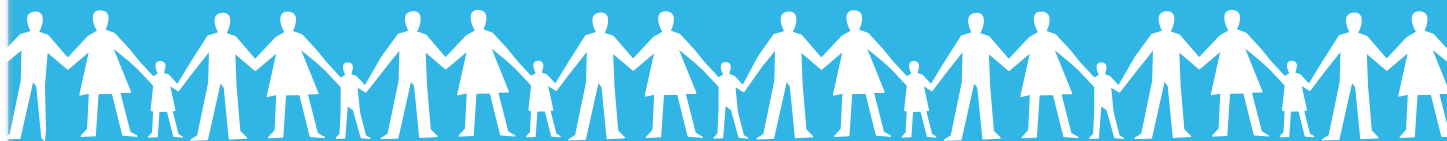




De l'union des gouttes d'eau naissent les océans...



PROJET CLINIQUE
RÉSEAU LOCAL HAUT-RICHELIEU—ROUVILLE
2008-2013

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



PRÉAMBULE	5
1 CONTEXTE DE RÉALISATION DU PROJET CLINIQUE	6
1.1 EN QUOI CONSISTE LE PROJET CLINIQUE	6
1.2 VALEURS RETENUES POUR LA RÉALISATION DU PROJET CLINIQUE	7
1.3 VISION DU RÉSEAU LOCAL	8
2 DÉMARCHES DE RÉALISATION DU PROJET CLINIQUE	9
2.1 DÉMARCHES RETENUES	9
2.1.1 Étape 1 : Profil populationnel et besoins de la population	9
2.1.2 Étape 2 : Analyse de la gamme de services offerts	9
2.1.3 Étape 3 : Analyse des écarts et diagnostic	9
2.1.4 Étape 4 : Identification des objectifs et des cibles	11
2.1.5 Étape 5 : Programmation des soins et services	12
2.1.6 Étape 6 et 7 : Mise en œuvre et rétroaction	12
2.2 STRUCTURE DE FONCTIONNEMENT	12
3 PROFIL DU TERRITOIRE ET DE LA POPULATION	16
3.1 PORTRAIT DU TERRITOIRE	16
3.2 PROFIL DE LA POPULATION DU TERRITOIRE	18
3.2.1 Faits saillants pour la population du territoire	18
3.3 PORTRAIT DU RÉSEAU LOCAL HAUT-RICHELIEU – ROUVILLE	24
3.4 PRÉOCCUPATIONS ET BESOINS DE LA POPULATION	24
3.4.1 Consultation de la population du territoire	24
3.4.2 Faits saillants des rencontres de consultation	25
4 CHOIX DES CIBLES D'ACTION	27
4.1 CHANTIER UNIVERSEL	27
4.1.1 Comité de travail services généraux volet social et dépendances	28
4.1.2 Comité de travail services généraux volet santé, services médicaux de première ligne, urgence et services diagnostiques	30
4.1.3 Comité de travail chirurgie	32



4.2	CHANTIER ENFANCE-FAMILLE-JEUNESSE	34
4.2.1	Comité de travail 0-5 ans	34
4.2.2	Comité de travail 6-17 ans	36
4.2.3	Comité de travail déficience intellectuelle (DI), déficience physique (DP) et troubles envahissants du développement (TED)	38
4.3	CHANTIER SANTÉ MENTALE	40
4.3.1	Comité de travail santé mentale jeunesse	40
4.3.2	Comité de travail santé mentale adulte	42
4.4	CHANTIER LUTTE CONTRE LE CANCER ET MALADIES CHRONIQUES	48
4.4.1	Comité de travail asthme et maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC)	48
4.4.2	Comité de travail maladies cardiovasculaires (MCV), diabète et insuffisance rénale	51
4.4.3	Comité de travail lutte contre le cancer	53
4.5	CHANTIER PALV ET DP	55
4.5.1	Comité de travail non institutionnel	56
4.5.2	Comité de travail institutionnel	59
5	MISE EN ŒUVRE DU PROJET CLINIQUE	61
	CONCLUSION	62

LEXIQUE

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

L'organisation des soins de santé et des services sociaux représente un enjeu important tant au Canada qu'au Québec et, de façon particulière, dans notre région. Garantir un accès équitable aux services de santé à toute une population est un défi que nous devons constamment relever, et ce, tous ensemble. Pour y arriver, la collaboration des partenaires locaux impliqués dans le bien-être et la santé de la population est essentielle.

Cette grande collaboration prend aujourd'hui la forme d'un réseau local de santé et de services sociaux pour lequel, en ce qui a trait à notre région, le Centre de santé et de services sociaux Haut-Richelieu–Rouville en constitue le pivot. C'est ce réseau local qui est le maître d'œuvre du projet clinique, projet visant à assurer l'accessibilité, la continuité et la qualité des services de santé et des services sociaux pour la population de son territoire.

Le projet clinique fait partie des nouvelles orientations du gouvernement en matière de santé et de services sociaux et doit être conforme aux lignes directrices ministérielles énoncées dans le cadre de la mise en œuvre de ce projet. Il doit aussi tenir compte de l'approche de la Santé publique de la Montérégie qui consiste en la prévention des problèmes de santé, la guérison et le soutien des personnes, en plus de respecter les standards d'accès, de qualité et d'efficacité reconnus, tout en considérant les ressources disponibles.

Le projet clinique est donc un projet d'envergure qui nous amène à revoir l'offre et l'organisation des services de santé et des services sociaux de notre territoire, et ce, afin d'améliorer la santé et le bien-être de notre population. La participation de chaque partenaire local est au cœur de la réussite de ce projet et représente une opportunité pour chacune des parties impliquées d'aller au-delà de ses propres objectifs afin de relever ce grand défi collectif.

Le 22 septembre 2006 marquait le début des activités liées au projet clinique par le lancement de cet important projet. Plus de 400 personnes de notre réseau local de santé et de services sociaux ont participé aux travaux du projet clinique. Ces personnes provenaient à la fois, du CSSS, des établissements à mission régionale, des organismes communautaires, de la population, d'organismes socio-économiques, de cabinets privés de médecins, des milieux municipal et scolaire, etc.

La première année des travaux a conduit au choix de 65 cibles prioritaires (septembre 2006 à novembre 2007), cibles qui feront l'objet d'un plan d'action sur cinq ans, de 2008 à 2013, afin d'assurer l'actualisation et la mise en œuvre des actions découlant de ces cibles.

L'année 2008 a été marquée par une période de transition de la démarche du projet qui visait l'adaptation de la structure de fonctionnement et le début de la réalisation de la programmation de soins et de services. La mise en œuvre s'est également amorcée au cours de cette année et se poursuivra dans les années à venir. Un processus d'évaluation continue permettra donc de suivre et d'analyser les impacts du projet clinique sur l'état de santé et de bien-être de la population.



1. Contexte de réalisation du projet clinique

1.1 En quoi consiste le projet clinique ?

La réalisation du projet clinique visait essentiellement l'amélioration et le maintien de l'état de santé de la population, ce qui implique d'abord de prévenir la maladie pour ensuite améliorer et maintenir la santé et le bien-être social des personnes vivant au sein du territoire du réseau local.

Le projet clinique poursuit trois principaux objectifs, soit d'améliorer l'accessibilité des soins de santé et des services sociaux à la population, de s'assurer de la continuité de ces soins et services et de leur qualité. Il s'agit de rapprocher les services de la population et de faciliter le cheminement des personnes dans le réseau de la santé et des services sociaux.

Ceci nous amène à revoir l'offre et l'organisation des services de santé et des services sociaux de notre territoire en étant centré sur la population et ses besoins et en faisant les choix appropriés découlant des priorités identifiées.

La réalisation du projet clinique est devenue possible par l'adoption d'une démarche structurée mettant à contribution tous les acteurs clés du réseau local. Ce projet se voulait rassembleur et mobilisateur pour les personnes impliquées dans la démarche. Il visait la création de bases solides afin d'actualiser la réalité du réseau local pour le bien-être de la population qui y réside. Il présentait une opportunité privilégiée de partenariat et de collaboration afin de revoir les façons de faire et de mettre en œuvre les actions émergentes à chacune des étapes de la démarche. Cette démarche s'inscrivait également dans la continuité des activités déjà réalisées en s'assurant d'apporter les ajustements visant à bonifier l'offre de services actuelle.

Différentes approches ont été privilégiées afin de guider nos actions tout au long des travaux.

APPROCHE POPULATIONNELLE

Cette approche vise essentiellement à bien connaître les besoins de la population et les caractéristiques de l'état de santé de cette dernière.

- Connaître les besoins :
 - Par la tenue d'une consultation auprès de la population du territoire;
 - Par la participation de la population et des partenaires aux différentes étapes du projet.
- Connaître les caractéristiques et l'état de santé de la population, soit :
 - Le profil démographique;
 - Les facteurs de risque;
 - Les indicateurs d'état de santé.

APPROCHE DE PRÉVENTION, DE GUÉRISON ET DE SOUTIEN

Il importe d'assurer une offre de services qui tient compte des trois niveaux d'interventions :

- Des services et des activités de promotion des saines habitudes de vie et des activités de prévention des problématiques de santé ;
- Des services et activités qui visent la guérison ou évitent la détérioration de la santé ;
- Des services et activités de soutien.

Cette approche s'inscrit également dans la volonté d'offrir **le bon service au bon patient à la bonne place par le bon intervenant** dans une perspective de hiérarchisation des services entre les prestataires de services de la première, de la deuxième et de la troisième lignes.



1.2 Valeurs retenues pour la réalisation du projet clinique

Au tout début de la démarche de réalisation du projet clinique, un comité d'orientation a retenu les valeurs¹ qui ont guidé les travaux, tant au niveau du déroulement des activités prévues à la démarche qu'au niveau des choix prioritaires faits par les différents comités de travail afin de répondre aux besoins de la population du réseau local.

RESPONSABILITÉ

- Responsabilité consistant en une imputabilité et au courage de se remettre en question.
- Responsabilité de travailler dans le meilleur intérêt de la population, cette optique devant transcender l'ensemble des travaux.
- Précision quant à la responsabilisation qui consiste à rendre les gens autonomes et capables d'agir, d'être imputables de leurs actions à l'égard de leur état de santé.

ENGAGEMENT

- Adhésion face aux décisions collectives.
- Enthousiasme et investissement personnel et collectif dans l'action.
- Importance de croire que l'on peut faire la différence et croire que l'on peut réaliser les actions découlant des travaux.
- Détermination en dépit des obstacles.

INTERDÉPENDANCE

- Travail en équipe interdisciplinaire et entre partenaires du réseau local.
- Échange et interaction des uns par rapport aux autres.
- Partage des connaissances et des expertises.
- Entraide et respect dans l'action.

RESPECT

- Égard et considération pour la dignité humaine.
- Croyance au potentiel des personnes.
- Notion d'empathie.
- Traitement attentionné et diligent des demandes.
- Importance de mettre au premier plan la population et les personnes à qui nous devons offrir des services comme partenaires du réseau local.

EFFICIENCE

- Valorisation des investissements les plus rentables.
- Atteinte des résultats convenus, au meilleur coût, et dans les délais prévus, saine utilisation des ressources (ratio output/input).
- Capacité de réaliser un objectif.

¹ Valeurs retenues par les membres du comité d'orientation à la rencontre du 22 février 2006



1.3 Vision du réseau local

La réalisation du projet clinique a permis aux différents intervenants et partenaires de développer une connaissance et une vision commune des services offerts, de la population et de ses besoins afin de faire des choix éclairés pour y répondre. Voici les principaux éléments de la vision du réseau local qui se sont dégagés lors des travaux du projet clinique :

- La personne et ses proches au cœur des préoccupations des différents acteurs :
 - Respect et reconnaissance de la personne et de ses particularités;
 - Personne faisant partie de sa communauté;
 - Participation dans les soins et les services en favorisant une responsabilisation de la personne;
 - Importance « d'être et de faire » avec la personne et ses proches;
 - Adaptation des approches et des interventions en tenant compte des besoins et des particularités de la personne.
- Nécessité d'être tous ensemble porteurs de la promotion et de la prévention de la santé et du bien-être.
- Contribution de l'ensemble des partenaires.
- Disponibilité des services de première ligne comme porte d'entrée, avec la mise en place de mécanismes de référence efficaces vers les services spécifiques et spécialisés.
- Actions précoces à tous les niveaux.
- Maintien de l'autonomie par l'adoption d'une approche misant sur la réadaptation et la notion de rétablissement de la personne.
- Mise à contribution des équipes interdisciplinaires, dans un contexte de continuité, et de qualité des services par le recours à la formation des intervenants.



2. Démarche de réalisation du projet clinique

2.1 Démarche retenue

Les activités liées au projet clinique se sont déroulées avec la mobilisation et l'implication soutenues des membres des comités de travail et des chantiers pour la réalisation des travaux prévus aux différentes étapes de la démarche. La Figure 1 présente cette démarche.

LES ÉTAPES

2.1.1 Étape 1 : Profil populationnel et besoins de la population

L'étape 1 a permis de s'approprier les données relatives à l'évolution démographique, de même qu'au portrait de santé de la population du territoire. La juste compréhension des besoins actuels et futurs de la population influence la détermination de l'offre de services afin de mieux répondre à ces besoins. Une consultation de la population du territoire a également permis de prendre connaissance des préoccupations exprimées par les citoyens et d'en tenir compte dans la suite des travaux.

2.1.2 Étape 2 : Analyse de la gamme de services offerts

La deuxième étape visait à dresser, avec les partenaires du réseau local, le portrait de l'offre de services en tenant compte des différents prestataires de services de même que des activités visant à prévenir, guérir et soutenir la population.

2.1.3 Étape 3 : Analyse des écarts et diagnostic

Au cours de l'étape 3, il est devenu possible d'identifier les écarts entre les besoins de la population et les services offerts au sein du réseau local. L'analyse des écarts a permis de préciser des cibles d'amélioration. La revue du cheminement de la population et de la clientèle dans les différents continuums de soins et services a permis de mettre en évidence ce qui serait souhaitable et les écarts par rapport à cette situation idéale. Les participants à la démarche ont ainsi identifié les cibles potentielles permettant de réduire ces écarts.



Figure 1 : Démarche de réalisation du projet clinique



2.1.4 Étape 4 : Identification des objectifs et des cibles

Les travaux des étapes précédentes ont permis de finaliser l'analyse des écarts entre les besoins de la population de notre territoire et les services offerts, de même que l'identification des cibles potentielles afin de réduire ces écarts. Les besoins étant nombreux, il était devenu impératif de faire des choix et d'établir des priorités afin de se donner des objectifs de résultats réalistes. Le recours à une méthodologie rigoureuse, basée sur des critères spécifiques, a permis d'objectiver les choix et de retenir des priorités judicieuses.

Les critères permettant d'apprécier chacune des cibles étaient les suivants :

- Besoins et impacts sur l'état de santé et de bien-être.
- Puissance de l'intervention (données probantes, meilleures pratiques et conformité aux orientations).
- Déploiement actuel (accessibilité, continuité et qualité).
- Disponibilités des ressources (humaines, financières, organisationnelles et connaissances spécifiques).

La Figure 2 présente de façon plus spécifique les critères utilisés dans le choix des cibles prioritaires.

Figure 2 : Critères permettant d'apprécier les cibles potentielles

Critères	Éléments
Besoins de santé et bien-être	Évolution prévisible de la prévalence Prévalence de la condition visée État de santé et de bien-être des personnes touchées Coûts sociaux associés à la condition
Puissance de l'intervention	Effet théorique de l'intervention proposée par la cible Qualité de la preuve (force des données probantes) Conformité d'ordre éthique ou légale Conformité aux orientations existantes
État du déploiement actuel	Offre de l'intervention Accès à l'intervention Collaboration et coordination des partenaires concernés Fluidité du cheminement du client Qualité technique de l'intervention Pertinence de l'intervention
Disponibilité des ressources	Ressources financières Ressources humaines Ressources organisationnelles (réseautage) Connaissances spécifiques (savoir-faire)



Chacun des treize comités de travail devait identifier cinq cibles prioritaires, dont minimalement 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. Ainsi, 65 cibles ont été retenues pour notre réseau et les actions permettant la réalisation de ces cibles s'actualiseront à compter de l'année 2008 jusqu'à 2013.

Ces cibles ont fait l'objet de présentations aux membres du comité d'orientation qui regroupe des partenaires du réseau local, de même qu'aux membres du conseil d'administration du CSSS Haut-Richelieu — Rouville, ce qui permettra de se doter d'un plan d'action commun dans l'actualisation des cibles retenues.

Par ailleurs, notons que lors de l'exercice, il a été constaté que certaines activités étaient déjà en cours de réalisation. Elles n'ont donc pas été retenues parmi les cibles prioritaires, mais il y a un engagement à suivre la progression de la réalisation de ces activités.

2.1.5 Étape 5 : Programmation des soins et services

L'étape de la programmation de soins et services permet de convenir des pratiques en matière d'organisation des services afin d'actualiser les différentes priorités retenues. Les principaux éléments faisant partie de la programmation de soins et services sont les suivants :

- Identification de la clientèle visée;
- Détermination des objectifs visés avec des résultats mesurables et concrets;
- Précision à l'égard des activités cliniques et des modalités d'organisation des services;
- Indicateurs de résultats attendus;
- Mécanismes de suivi et de rétroaction.

C'est également à cette étape que les différentes ententes de services entre les prestataires de services doivent être convenues afin de préciser les mécanismes de collaboration requis, permettant ainsi de faciliter le cheminement de la clientèle au sein du réseau local, tout en tenant compte des activités de prévention, des interventions visant la guérison et le soutien à offrir à la population.

2.1.6 Étapes 6 et 7 : Mise en œuvre et rétroaction

Même si des améliorations ont pu être apportées à tout moment au cours de la démarche, il est nécessaire de se doter d'un plan d'action et de mise en œuvre pour que les priorités retenues soient actualisées de façon concrète au sein du réseau local. Un processus d'évaluation continue permettra donc de suivre et d'analyser les impacts du projet clinique sur l'état de santé et de bien-être de la population.

2.2 Structure de fonctionnement

LES ACTEURS DE LA REALISATION DU PROJET CLINIQUE

Pour réaliser le projet clinique, un nombre important d'acteurs ont été sollicités à plusieurs niveaux que ce soit en termes d'orientation, de planification ou de réalisation des activités. Ces acteurs ont travaillé en étroite collaboration au sein de différents chantiers et comités de travail qui ont été constitués dans le but non seulement de mener à bien le projet clinique, mais aussi d'assurer une représentativité équitable de la population et des dispensateurs de services de notre territoire.

Les différents chantiers et comités de travail proposés pour œuvrer à la démarche du projet clinique ont été définis en lien avec les différents continuums de soins. Ces continuums de soins permettent de refléter l'organisation des services en termes de regroupements de clientèles ayant des besoins spécifiques. La Figure 3 présente la structure de fonctionnement mise en place pour la réalisation du projet clinique, alors que le Tableau 1 présente la composition et les mandats des différentes instances.

Figure 3 : Structure de fonctionnement pour la démarche du projet clinique

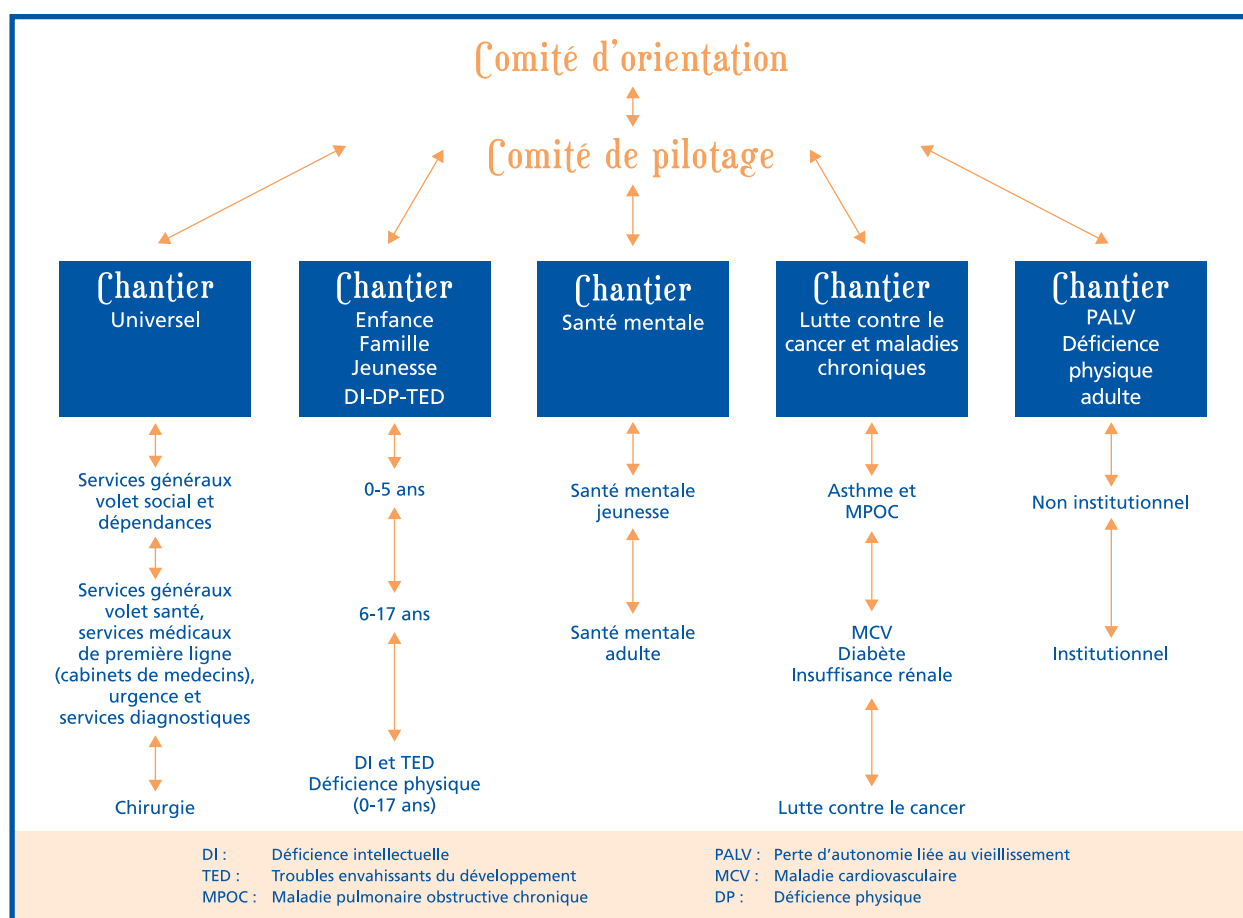


Tableau 1 : Les différents groupes de travail

Comité d'orientation

Composition :

Représentants du Centre de santé et de services sociaux Haut-Richelieu—Rouville et du réseau local (pharmacies, organismes communautaires, cabinets de médecins, établissements de santé régionaux, municipalités, commissions scolaires, etc.)

Principaux mandats :

- Énoncer les orientations et les lignes directrices du projet clinique
- Recevoir les recommandations, en faire l'analyse et soumettre les recommandations appropriées au conseil d'administration du Centre de santé et de services sociaux Haut-Richelieu—Rouville

Comité de pilotage

Composition :

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

Principal mandat :

- Assurer le leadership afin de planifier et de coordonner les travaux du projet clinique

Chantiers et comités de travail

Composition :

Représentants du réseau local selon l'expertise spécifique liée à la thématique du chantier et du comité.

Principaux mandats :

- Réaliser les différents travaux liés aux clientèles tout en tenant compte des projets et autres travaux en cours (identifier les besoins, documenter l'offre de services, analyser les écarts entre les besoins et les services, proposer des choix organisationnels)
- Proposer des approches, des modèles de soins et une organisation qui répondent aux besoins de la population

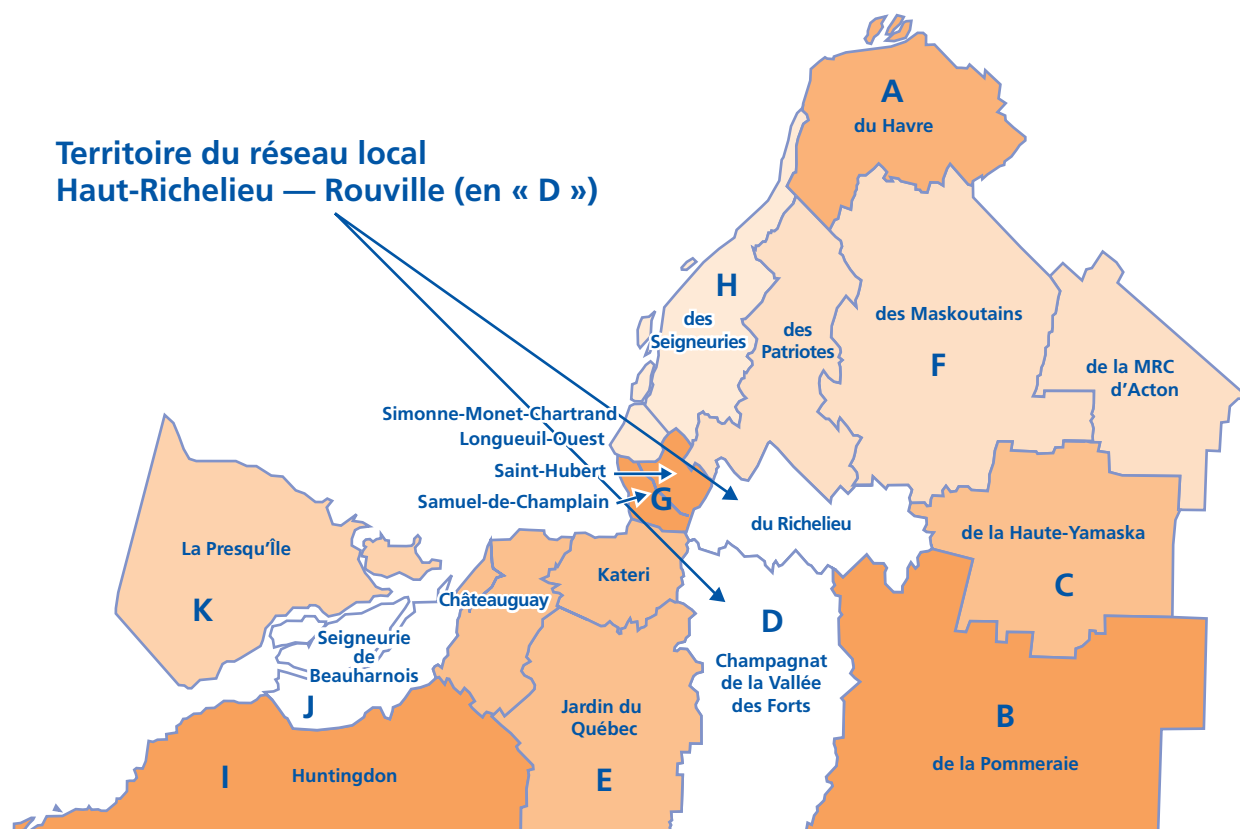


3. Profil du territoire et de la population

3.1 Portrait du territoire

Le territoire du réseau local Haut-Richelieu – Rouville est situé dans la région de la Montérégie et est constitué de deux territoires de CLSC soit ceux du CLSC de la Vallée des Forts et du CLSC du Richelieu. La Figure 4 présente géographiquement la localisation de notre territoire au sein de la Montérégie.

Figure 4 : Territoire du réseau local Haut-Richelieu – Rouville



Ce territoire compte trois MRC distinctes (MRC de Rouville, MRC du Haut-Richelieu et MRC de la Vallée du Richelieu) et couvre 21 municipalités. Le territoire comporte deux pôles urbains d'importance soit la municipalité de Saint-Jean-sur-Richelieu, la deuxième plus grande ville de la Montérégie, avec 53 % de la population totale de notre territoire (79 601 personnes²), et celle de Chambly, avec 13 % de la population totale de notre territoire (20 342 personnes³). Les 19 autres municipalités sont situées davantage en zone rurale avec des populations variant de 500 à 7 600 personnes environ.

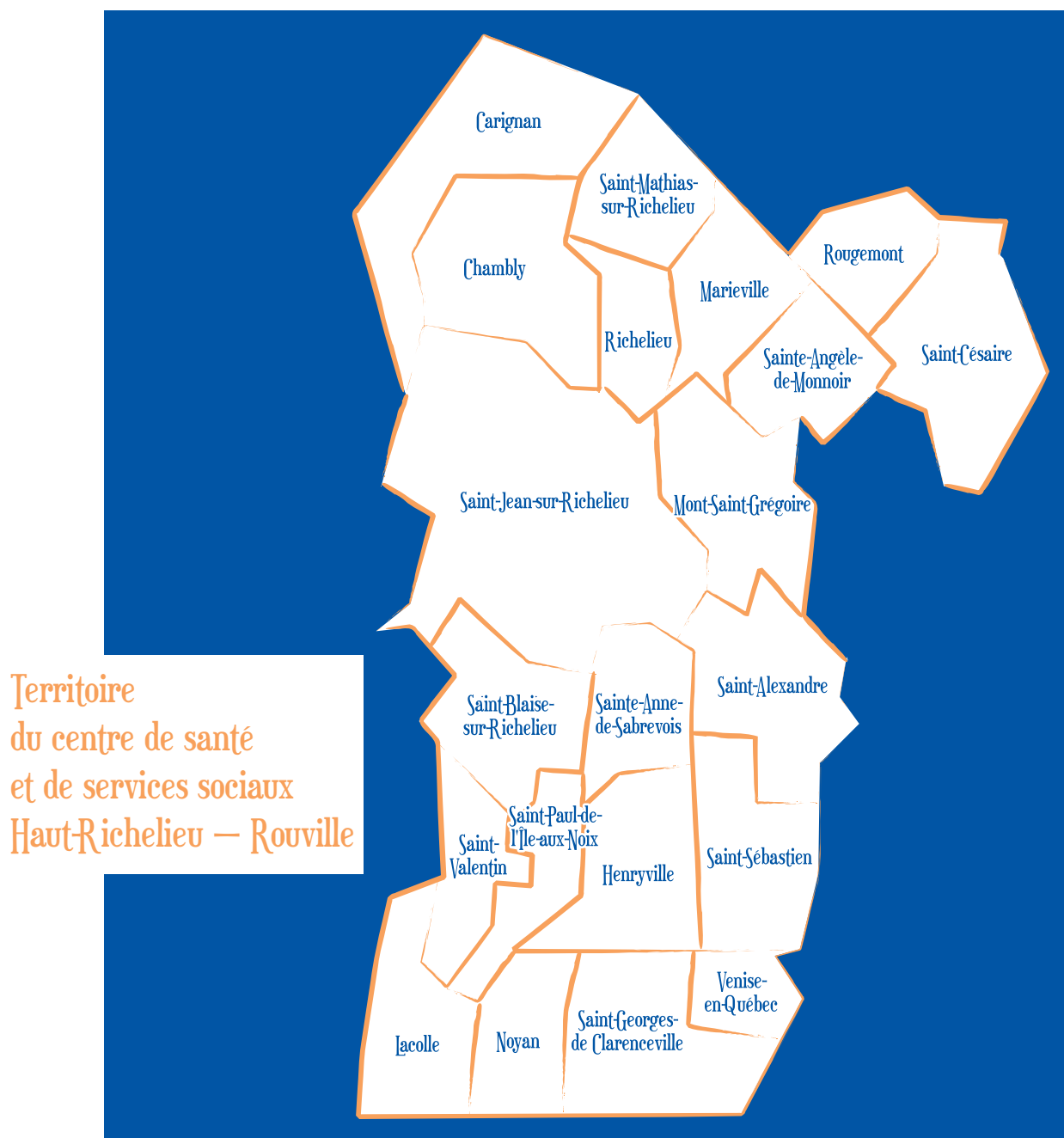
² Statistique Canada. Profil des communautés de 2001, site Internet. Diffusé en juin 2002, date de modification en novembre 2005.

³ Statistique Canada. Profil des communautés de 2001, site Internet. Diffusé en juin 2002, date de modification en novembre 2005.



La Figure 5 illustre les différentes municipalités au sein du territoire.

Figure 5 : Municipalités au sein du territoire



3.2 Profil de la population du territoire

Le territoire compte 153 796 personnes (basé sur le recensement de 2001⁴) dont 101 386 (66 %) provenant du territoire du CLSC Champagnat de la Vallée-des-Forts et 52 410 (34 %) du territoire du CLSC du Richelieu. Il faut également noter que la population vivant sur le territoire du CSSS Haut-Richelieu–Rouville s’est accrue de 5,09 % entre 2001 et 2006.

En terme de population, notre territoire occupe la 5^e place sur les 11 contenus en Montérégie avec 11,63 % de la population totale.

Notre superficie totale à couvrir est de 1 491 km² ce qui en fait le quatrième plus grand territoire de la Montérégie. La densité de population est cependant de 103 personnes par km², nous permettant ainsi d’occuper le 7^e rang en Montérégie.

3.2.1 Faits saillants pour la population du territoire

- Nombre de personnes en 2001 au sein du territoire : 153 796 personnes
 - 24 % de 0-17 ans (36 815 personnes),
 - 65 % de 18-64 ans (99 185 personnes),
 - 12 % de 65 ans et plus (17 796 personnes);
- Croissance de 9,8 % de la population d’ici 2026 (total de 168 887 personnes), 25 % auront alors 65 ans et plus (41 915 personnes) et 18 % auront 0-17 ans (29 615 personnes);
- Autres caractéristiques de la population en 2001 :
 - Près de 2 % des personnes parlaient anglais à la maison,
 - 14 % des ménages vivaient sous le seuil de faible revenu (variation de 7 à 17 % selon les municipalités),
 - 33 % des personnes de 20 ans et plus étaient sans diplôme d’études secondaires,
 - 67 % de la population de 15 ans et plus faisait partie de la population active avec 6 % de chômeurs;
- 63,8 % de la population présentait une maladie chronique soit 79 000 personnes :
 - Groupes à risques : fumeurs, manque d’activités physiques, surplus de poids et mauvaises habitudes alimentaires;
- Environ 10 % de la population de 15 ans et plus ayant connue un épisode de trouble mental ou de dépendances à des substances, soit 11 760 personnes.

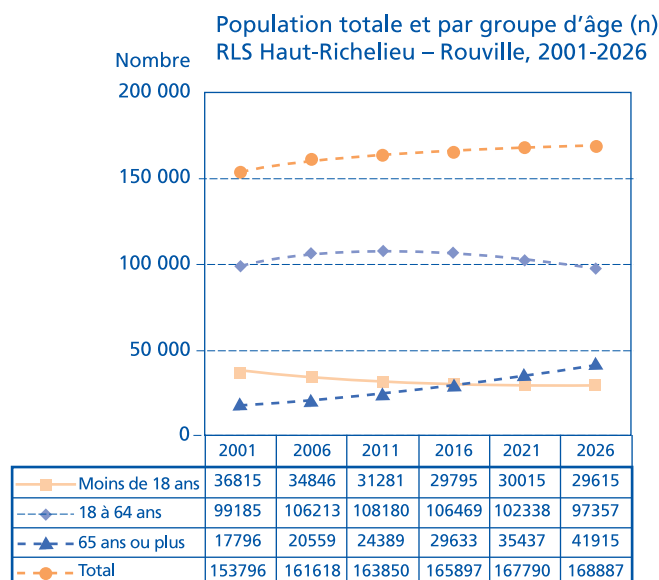
On peut noter que la population totale est en augmentation. Toutefois, le nombre de jeunes de moins de 18 ans passera de 36 815 à 29 615 en 2026, les personnes de 18-64 ans de 99 185 à 97 357, alors que les personnes de 65 ans et plus seront en croissance, leur nombre évoluant de 17 796 à 41 915 en 2026.

⁴ Institut de la statistique du Québec (ISQ). Projections de la population par territoire de CLSC. Édition 2003, publié en janvier 2005



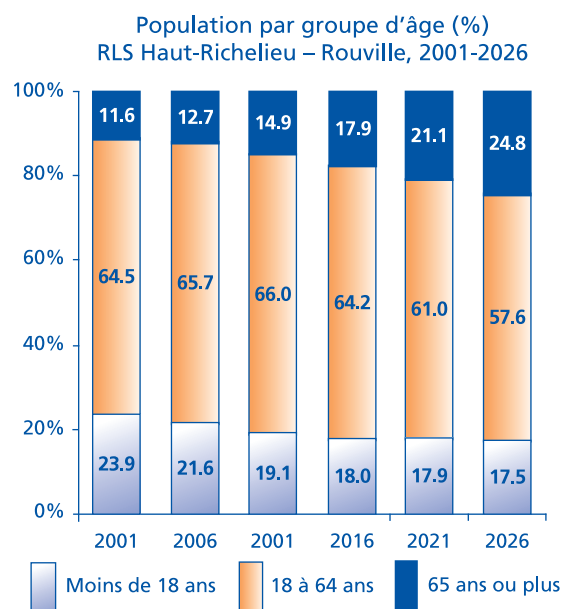
La Figure 6 illustre l'évolution démographique de la population du territoire selon les différents groupes d'âges.

Figure 6 : Population du territoire Haut-Richelieu – Rouville et perspectives démographiques



Source : ISQ, Perspectives démographiques selon le territoire de RLS, 2001-2026, édition 2003

Production : Équipe Surveillance, DSP Montérégie, 2007

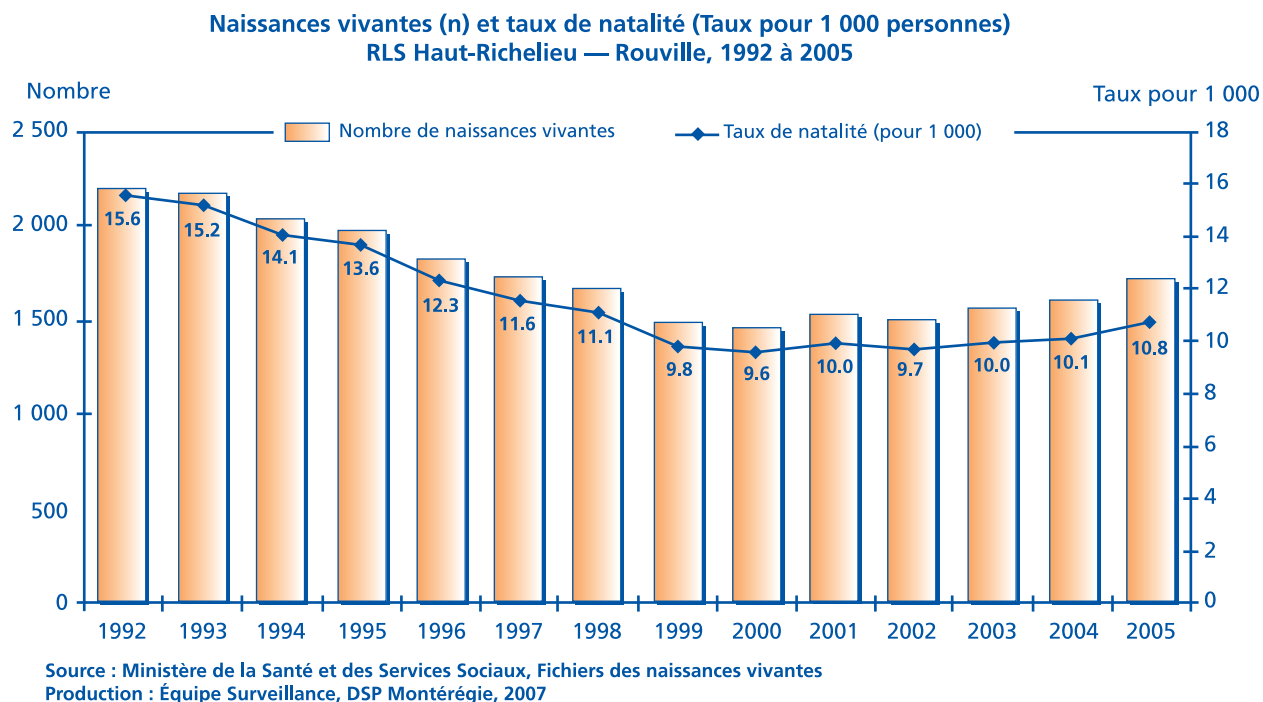


Source : ISQ, Perspectives démographiques selon le territoire de RLS, 2001-2026, édition 2003

Production : Équipe Surveillance, DSP Montérégie, 2007

Il importe de noter que le taux de natalité est en progression constante au cours des dernières années, ce qui contribue à l'accroissement de la population du territoire. La Figure 7 illustre cette progression.

Figure 7 : Évolution du nombre de naissances vivantes et du taux de natalité.



En ce qui concerne le portrait de santé publique de la population de l'ensemble de notre territoire, une distinction importante s'impose entre le profil des personnes habitant le territoire du CLSC de la Vallée-des-Forts et celui des personnes vivant sur le territoire du CLSC du Richelieu.

Ainsi, parmi les 21 indicateurs retenus pour décrire l'état de santé dans le Portrait de santé publié en 2003 par l'Agence de la Montérégie, le territoire du CLSC du Richelieu occupe une position favorable dans 12 cas, ce qui lui confère un bon bilan. Certains des indicateurs les plus favorables méritent d'être mis en lumière :

- La mortalité infantile.
- La proportion de personnes avec une incapacité à long terme.
- Le taux des années de vie perdues prématurément.
- Le taux de mortalité associée au tabagisme.

Quant au territoire du CLSC de la Vallée-des-Forts, il occupe une position généralement défavorable puisque, dans 17 cas sur 21, les valeurs sont inférieures aux valeurs régionales, lui conférant le 11^e rang sur les 12 attribués pour cette famille d'indicateurs. À l'opposé, les deux indicateurs les plus favorables pour le territoire se rapportent à la mortalité périnatale et la mortalité infantile.

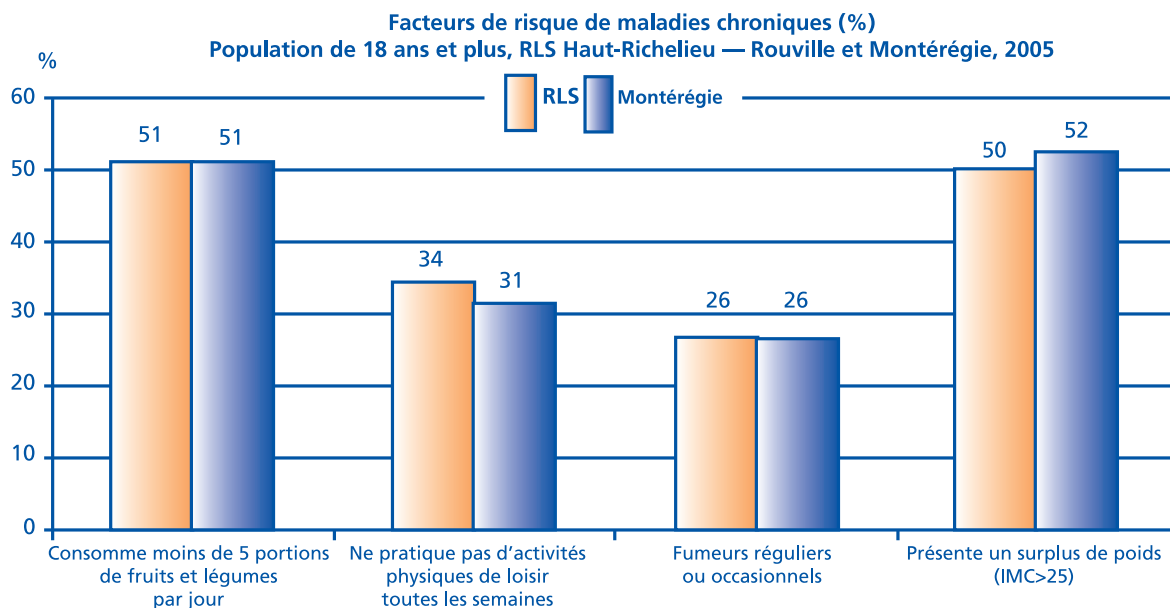


L'ensemble des déterminants sociodémographiques (pauvreté, scolarité, etc.) affiche une note plus faible dans le secteur du CLSC de la Vallée-des-Forts que dans le secteur du CLSC du Richelieu ; toutefois, l'ensemble du territoire du CSSS Haut-Richelieu-Rouville affiche une moyenne supérieure à celle du Québec.

Les résultats associés aux déterminants en lien avec les habitudes de vie et les différents facteurs de risque sont relativement similaires à ceux de la Montérégie. En 2005, 50 % de la population adulte présentait un surplus de poids (embonpoint et obésité) alors que l'obésité touchait environ 15 % des adultes. En outre, près d'un adulte sur trois (34 %) fait rarement de l'activité physique durant ses loisirs, environ un adulte sur deux (51 %) consomme moins de cinq portions de fruits et légumes par jour et environ un adulte sur quatre (26 %) fume sur une base régulière ou occasionnelle.

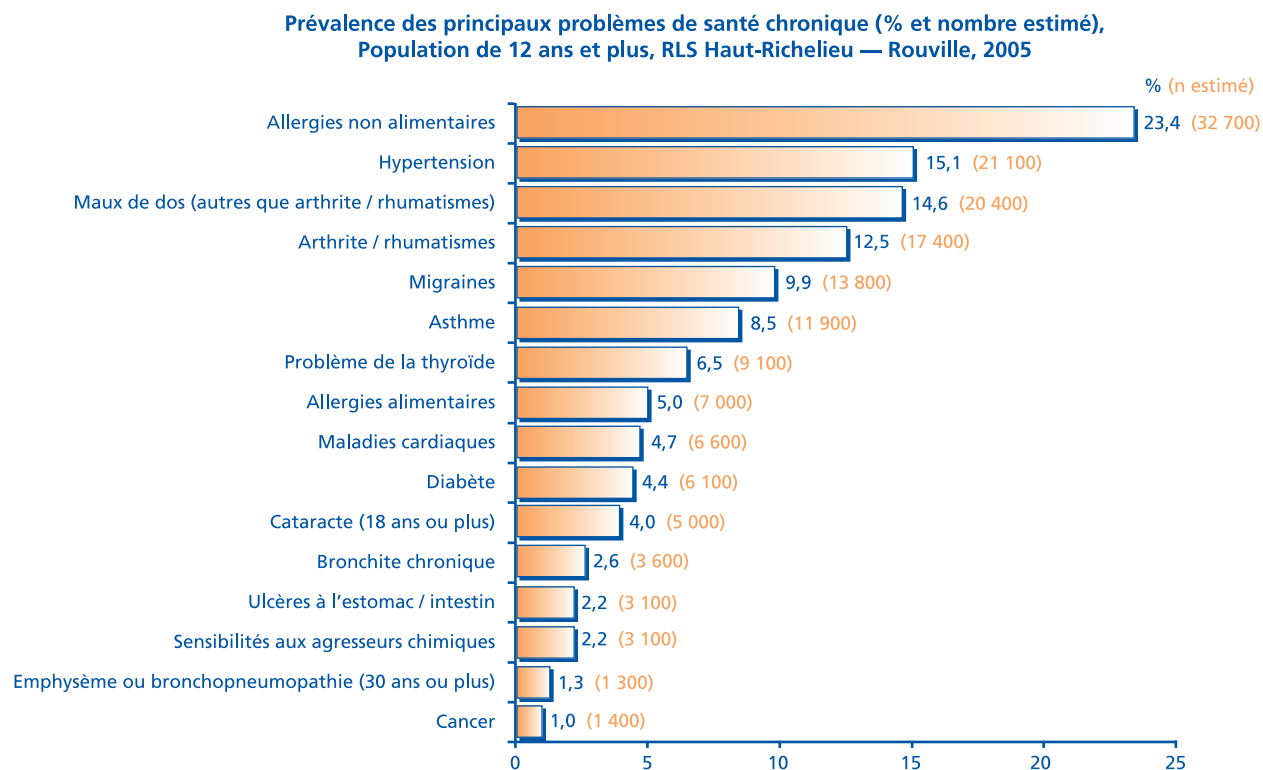
La Figure 8 et la Figure 9 présentent respectivement les données relatives aux facteurs de risques de maladies chroniques et à la prévalence des principaux problèmes de santé chroniques pour le territoire du réseau local.

Figure 8 : Facteurs de risque de maladies chroniques



Source : Baron, G. et coll. Prévalence du dépistage et du counselling en regard de la prévention des cancers et des facteurs de risques des maladies cardiovasculaires en Montérégie, 2005. Résultats préliminaires
Production : Équipe Surveillance, DSP Montérégie, 2007.

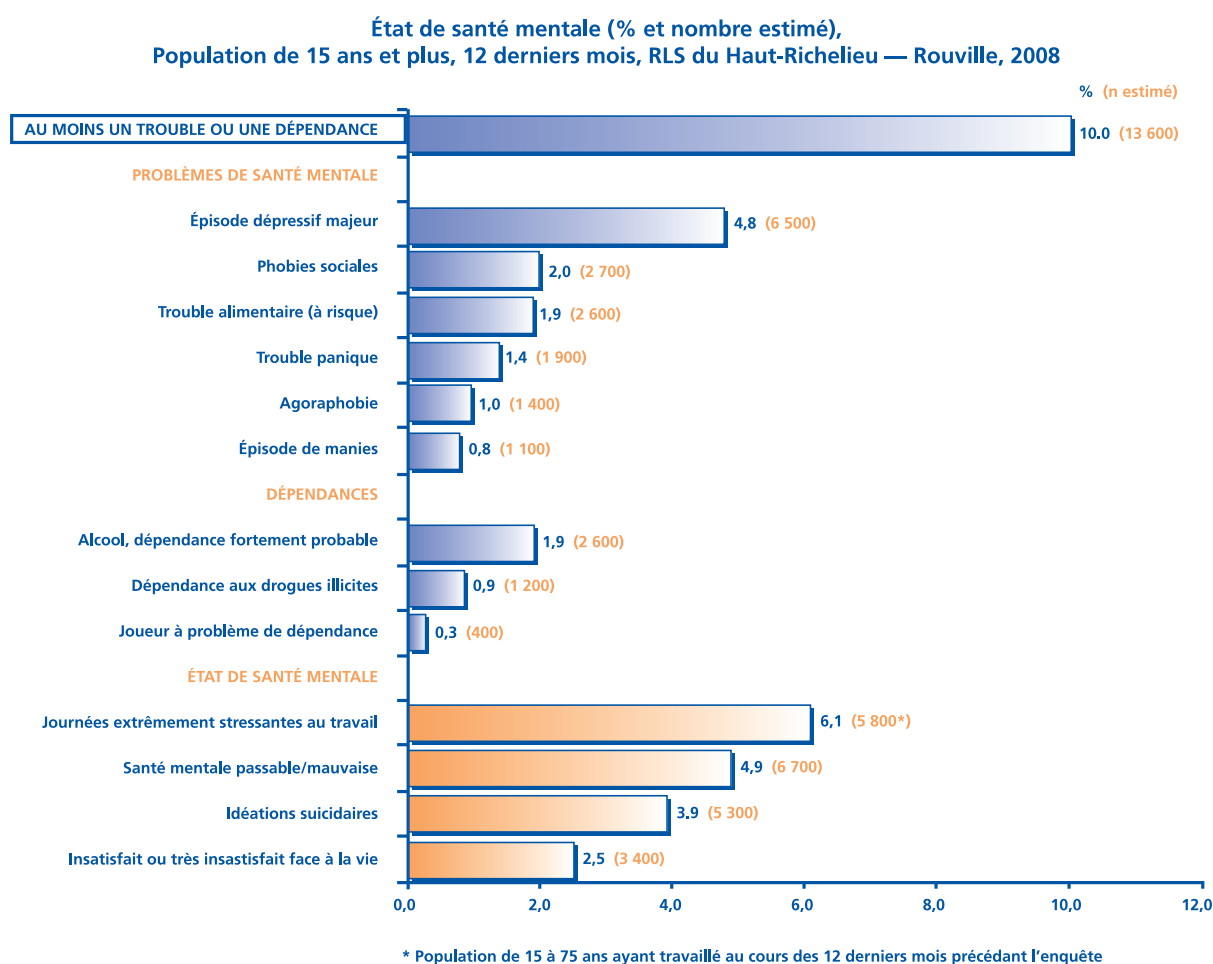
Figure 9 : Prévalence des principaux problèmes de santé chronique



Quant aux données sur la santé mentale de la population, une enquête de Statistique Canada menée en 2002 révèle cependant que, au cours des 12 mois précédents, environ 10 % des Québécois de 15 ans et plus vivant à domicile ont connu un épisode de trouble mental ou un problème de dépendance à l'alcool, aux drogues ou au jeu. Pour la population du réseau local, cela représenterait environ 13 600 individus de 15 ans et plus en 2008. Parmi les troubles mentaux, le problème le plus répandu est la dépression majeure (5 %). Quant aux problèmes de dépendance, la situation la plus fréquente concerne le risque de dépendance à l'alcool, qui menace environ 2 % de la population.

La Figure 10 illustre les différentes données à l'égard de la santé mentale.

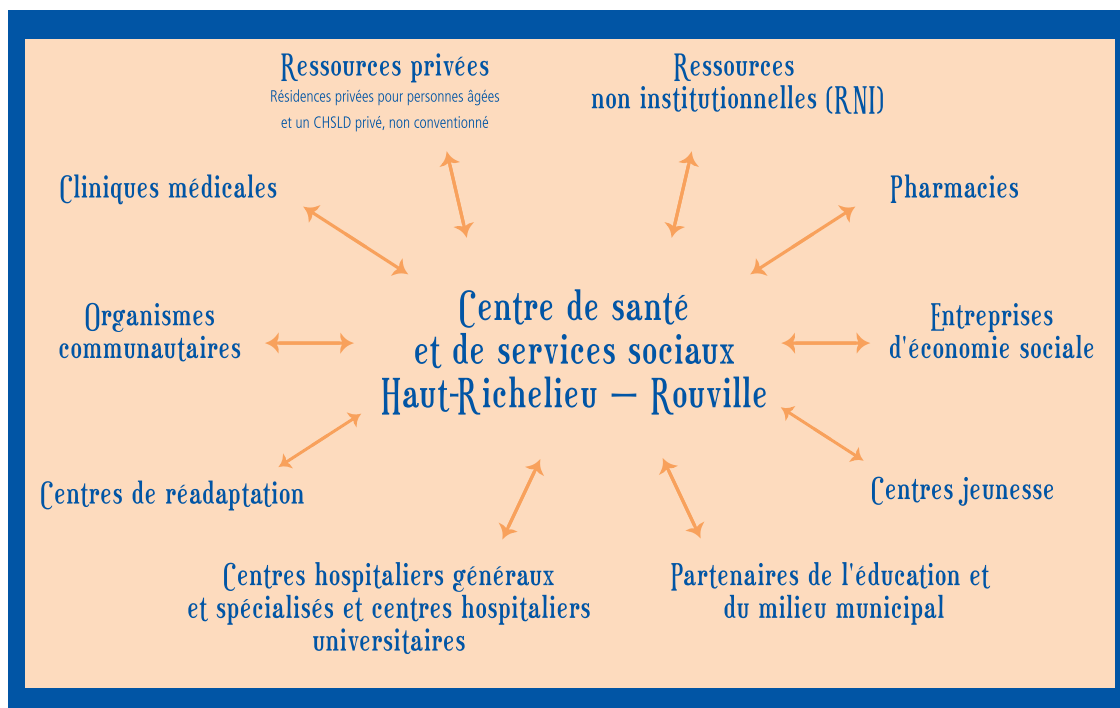
Figure 10 : État de santé mentale



3.3 Portrait du réseau local Haut-Richelieu – Rouville

La Figure 11 illustre les différents partenaires qui composent le réseau local Haut-Richelieu – Rouville.

Figure 11 : Réseau local Haut-Richelieu - Rouville



3.4 Préoccupations et besoins de la population

3.4.1 Consultation de la population du territoire

L'importance de prendre en considération les besoins de la population du territoire a conduit à la réalisation d'une consultation de la population par la tenue de neuf rencontres au sein des municipalités du territoire. Les objectifs visés par la tenue des rencontres de consultation étaient les suivants :

- Assurer une tribune d'échange et de partage avec la population du territoire ;
- Assurer une participation active de la population du territoire aux travaux entourant le projet clinique ;
- Tenir compte des préoccupations de la population du réseau local en regard des résultats attendus pour le projet clinique ;

- Prendre en considération les besoins de la population du territoire, tels que formulés par la population ;
- Orienter les travaux et les choix organisationnels et réseau pour la planification des services en tenant compte des préoccupations de la population.

Les différentes rencontres ont permis de rejoindre les citoyens des municipalités du territoire en les regroupant selon les similitudes entre les caractéristiques de la population des municipalités concernées. Près de 225 personnes ont participé aux rencontres de consultation de la population, le nombre de personnes présentes variant de 6 à 49 personnes selon les rencontres.

3.4.2 Faits saillants des rencontres de consultation

Voici brièvement les principales préoccupations soulevées par les participants lors des rencontres de consultation.

POPULATION EN GÉNÉRAL

- Accès aux services médicaux.
- Alternatives à l'urgence.
- Accès aux services diagnostiques.
- Information sur les services disponibles au sein du territoire.
- Qualité de l'accueil au sein des services et importance du lien avec le professionnel lors des interventions.
- Cheminement complexe au sein des services.
- Conscience de l'importance de la prévention.
- Proximité des services au sein de la communauté.
- Disponibilité des services psychosociaux.
- Prévention des infections nosocomiales.

ENFANTS, JEUNES ET FAMILLES

- Services de première ligne en périnatalité.
- Accès aux services d'orthophonie.
- Participation de la famille.
- Conciliation travail et famille.
- Soutien à l'éducation auprès des parents.
- Soutien et répit aux familles (particulièrement les familles monoparentales).
- Prévention précoce auprès des jeunes.
- Consommation d'alcool et de drogues chez les jeunes.
- Développement harmonieux des jeunes et contribution de la communauté.
- Activités adaptées auprès des jeunes (loisirs, maison de jeunes, bénévolat, etc.).



AÎNÉS

- Accroissement du nombre d'aînés.
- Volonté de demeurer à domicile le plus longtemps possible.
- Soutien et répit aux proches et aux aidants.
- Accès aux services à domicile.
- Adaptation des services afin de tenir compte des besoins particuliers des aînés.
- Rehaussement du programme chèque emploi-services.
- Accès à l'hébergement et qualité des services en CHSLD, dans un contexte de milieu de vie.

PERSONNES PRÉSENTANT UNE MALADIE CHRONIQUE

- Disponibilité inégale des cours sur le diabète au sein du territoire.
- Besoin d'information sur les maladies chroniques et les problèmes de santé associés.
- Disponibilité des services de radio-oncologie et arrimage avec les services spécialisés hors du territoire.
- Soutien psychosocial requis et disponibilité de groupes de soutien.
- Satisfaction à l'égard des services de soins palliatifs et des suivis systématiques (insuffisance cardiaque, MPOC, etc.) lorsque disponibles.

PERSONNES PRÉSENTANT UNE DÉFICIENCE PHYSIQUE

- Accompagnement et soutien aux aidants.
- Besoins d'activités et de services adaptés aux particularités des personnes avec déficience physique.
- Disponibilité du transport adapté afin de favoriser le maintien de l'autonomie.
- Disponibilité de logements sociaux et adaptés.

PERSONNES PRÉSENTANT UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE

- Difficulté d'intégration des enfants et des personnes avec déficience intellectuelle.
- Importance du répit et de l'accompagnement pour les parents.
- Accès à des services psychosociaux.



4. Choix des cibles d'action

4.1 Chantier Universel

Cette section présente les 65 cibles prioritaires qui s'actualiseront sur un horizon de cinq ans, de même que les activités déjà en voie de réalisation. Ces cibles, présentées par grand chantier, 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.

Notons que chaque comité de travail devait minimalement identifier une cible touchant la promotion et la prévention (P) et une cible à portée « réseau local » (R) c'est-à-dire qui implique de nombreux partenaires du territoire dans leur réalisation. Par ailleurs, les cibles précédées des lettres G ou S font référence aux catégories « Guérir » et « Soutenir ».

VISION DU CHANTIER

- Disponibilité des services médicaux de première ligne.
- Consolidation et développement de la première ligne comme porte d'entrée.
- Arrimage avec les services plus spécifiques pour les clientèles avec des besoins particuliers et continus (mécanismes de référence).

4.1.1 Comité de travail services généraux volet social et dépendances

PROFIL DE LA POPULATION VISÉE PAR LE COMITÉ

Personnes de 18 ans et plus en 2007

	Hommes	Total
Personnes de 18-64 ans en 2007	54 471	106 687
Personnes de 65-74 ans en 2007	5 800	11 875
Personnes de 75 ans et plus en 2007	3 764	9 287
Personnes de 18-60 ans en 2007		97 454
<i>Population totale de 18 ans et plus en 2007</i>		<i>127 849</i>

Prévalence des différentes problématiques

	Taux	Nb personnes
Problèmes psychosociaux (santé mentale)	10,0 %	12 785
Problèmes de violence et d'agressions sexuelles	2,0 %	2 557
Problèmes de dépendances au jeu	2,1 %	2 685
Problèmes de cyberdépendance		
6 % des 52 % utilisateurs d'internet		
Autres problématiques	1,0 %	1 278

Personnes avec différentes problématiques

23 294

Population de référence

23 294

Autres informations

Taux de dépression	4,90 %
Taux de dépendance aux drogues	0,09 %
Taux de dépendance	1,90 %
Nombre annuel de cas de suicide (taux de 17,0/100 000)	26
Taux de personnes demandant de l'aide	50,00 %

Activités en voie de réalisation

Activités	Actions en cours
G : Accès à des outils de détection appropriés et validés pour les personnes au prise avec une dépendance selon les clientèles et selon les niveaux de services «R».	- Travail en cours par Le Virage. - Développement des outils déjà réalisés, formation à venir et implantation par la suite au sein des organismes et autres partenaires.
G : Accès à des médecins dans le cadre du programme de méthadone «R».	Projet en discussion entre le CSSS Haut-Richelieu – Rouville et Le Virage afin d'offrir des ressources en soutien aux médecins qui assurent le suivi de cette clientèle (infirmière et travailleur social).
S : Accessibilité à des services d'insertion et de réinsertion sociale, notamment par l'employabilité «R».	- Services déjà bien déployés notamment avec l'organisme COFFRE, à consolider et à rendre disponible auprès des différentes clientèles - Arrimage à poursuivre avec les différents services et partenaire.

Cibles d'action prioritaires

Cibles	Ce que l'on vise
1G-R : Améliorer la continuité, la coordination et la collaboration entre les services de 1 ^{ère} et de 2 ^e ligne pour les patients présentant des problématiques multiples (suicide, santé mentale, etc.) et nécessitant des services variés offerts par différentes équipes.	- Des interventions simultanées ou successives des équipes interdisciplinaires selon les problèmes des personnes (par exemple, dépression situationnelle, santé mentale, suicide, toxicomanie), selon les niveaux de services. Importance de travailler plus étroitement en continuité, en intégration et en simultané afin de mieux desservir la population. - Des rôles et des responsabilités bien définis des différents intervenants et partenaires afin d'optimiser les interventions et d'assurer une meilleure utilisation des ressources. - Une mise à contribution des différents partenaires de la première ligne (médecin traitant, CLSC, milieu communautaire, etc.) et de la deuxième ligne (urgence, équipe de santé mentale, hospitalisation, centre de réadaptation, centre de prévention du suicide, etc.). Au besoin, recours à la troisième ligne pour des services surspécialisés. - Un cheminement plus fluide de la clientèle dans les différents services et organismes.
2G : Améliorer l'accessibilité aux services psychosociaux de 1 ^{ère} ligne (CLSC) afin de réduire les délais d'attente.	- Une amélioration des plages horaires et une diminution des délais d'attente. - Une réponse à l'accroissement de la demande de services (en lien notamment avec la détresse psychologique). - Une intervention rapide et précoce en 1^{ère} ligne pour éviter le recours à des services plus spécialisés et plus lourds.



Cibles

3G-R : Améliorer l'offre de services continue et intégrée entre la 1^{ère} et la 2^e 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.

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

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

Ce que l'on vise

- Une meilleure organisation des services en dépendances, avec une concertation des différents partenaires, permettra de faire «les bonnes choses à la bonne place» (niveaux de services).
- Une signature d'ententes avec trois CSSS et Le Virage sur les services à mettre en place pour le programme de méthadone.
- Des interventions précoces visant à réduire les méfaits et le recours à des services plus complexes (notamment les lits de désintoxication médicale).
- Des interventions en milieu de travail, en milieu rural, au Cégep et autres milieux scolaires destinés aux adultes.
- Une mise en place de réseaux de sentinelles.
- Un programme structuré de santé publique.
- La disponibilité de ressources afin d'agir précocement.
- La disponibilité de services au sein du territoire pour la clientèle victime d'agression sexuelle, en collaboration avec les divers partenaires concernés.
- Un arrimage avec les divers organismes du territoire qui offrent des services à cette clientèle.

4.2.2 Comité de travail services généraux volet santé, services médicaux de première ligne, urgence et services diagnostiques

PROFIL DE LA POPULATION VISÉE PAR LE COMITÉ

Personnes de 18 ans et plus en 2007	127 849
Personnes de 18-64 ans en 2007	106 687
Personnes de 65-74 ans en 2007	11 875
Personnes de 75 ans et plus en 2007	9 287
Personnes de 18-60 ans en 2007	97 454
Population de référence	127 849



Activités en voie de réalisation

Activités	Actions en cours
G : Consolidation de l'application des protocoles post exposition accidentelle par l'implication des médecins de première ligne au niveau du suivi (formation des médecins pour l'évaluation des risques associés) «R».	- Harmonisation des processus. - Consolidation du programme dans les différents services du CSSS et de nos partenaires.
G : Application de modèles intégrés de soins médicaux de première ligne (GMF ou autre), continuité des services médicaux (médecins de famille) «R».	- Cinq GMF en place. - Rencontres en cours auprès des cliniques médicales visées afin de prévoir l'organisation des services.
G : Développement de services de radiologie d'intervention.	- Arrivée récente d'une nouvelle radiologiste qui assurera ce type de services. - Recrutement de nouveaux radiologistes.
P : Systématisation de l'application d'un programme intégré de prévention des infections nosocomiales en établissement.	- Suivi rigoureux de la prévention des infections nosocomiales. - Vision CSSS et réseau local à consolider.
G : Accessibilité aux services d'Info-Santé.	- Régionalisation réalisée au cours de l'année 2006-2007. - Optimisation des services afin de répondre à un plus grand nombre d'appels dans un délai plus court.
P : Consolidation du programme de vaccination contre l'influenza, incluant les volets qualité et information vaccinale «R».	Programme bien déployé, à poursuivre afin d'assurer le même niveau d'intervention et l'augmentation du taux de couverture vaccinale en optimisant le service.

Cibles d'action prioritaires

Cibles	Ce que l'on vise
1P-R : Promouvoir les saines habitudes de vie (arrêt tabagique, activité physique, saine alimentation) afin de réduire les facteurs de risque provoquant les maladies chroniques.	- L'acquisition de saines habitudes de vie comprenant entre autres une saine alimentation, de l'activité physique et la cessation tabagique (par exemple, programme 0-5-30). - La réalisation d'activités de prévention auprès de la population en général afin d'assurer le maintien et l'amélioration de l'état de santé de la population du territoire et ainsi éviter des maladies chroniques graves. - La consolidation des services déjà déployés. - L'implication des partenaires du réseau local.
2G-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	- L'arrimage avec le médecin de famille, le service de prélèvements et la pharmacie du patient. - Un meilleur soutien aux médecins dans la réalisation de cette activité afin de leur permettre d'assurer un suivi auprès d'une clientèle plus vulnérable. - Une révision des processus afin d'assurer un meilleur suivi auprès de la clientèle (qualité et sécurité des patients).



Cibles

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

4G-R : Améliorer l'organisation des services de 1^{ère} 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

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

Ce que l'on vise

- Un accès rapide aux services en imagerie médicale, de laboratoires et d'endoscopie afin de permettre un diagnostic rapide pour une prise en charge de la clientèle dans les meilleurs délais et ainsi éviter des visites à l'urgence.
- L'amélioration des modes de communication des résultats pour un accès rapide à ceux-ci et ainsi éviter la reprise de certains examens en raison d'une non disponibilité des résultats.
- Une complémentarité des services de première et de deuxième ligne (notamment en lien avec le médecin traitant, les GMF, les CLSC, l'urgence et la médecine ambulatoire).
- Des activités de relance structurées suite à une visite à l'urgence.
- La réduction des visites à l'urgence en proposant une alternative qui répond aux besoins de la clientèle.
- Un accès rapide aux médecins spécialistes afin d'éviter les délais d'attente pour le diagnostic et la prise en charge.
- Une révision de l'organisation des services afin de les optimiser et de faire les « bonnes choses à la bonne place ».
- Une information clinique partagée entre les différentes installations du CSSS.
- Une révision du rôle de l'infirmière en CLSC et en GMF en lien avec la Loi 90, en complémentarité avec le médecin et les autres professionnels.
- Des actions pouvant avoir un impact sur l'accessibilité aux médecins en les dégageant de certaines interventions pouvant être réalisées par des infirmières.

4.1.3 Comité de travail chirurgie

PROFIL DE LA POPULATION VISÉE PAR LE COMITÉ

Personnes avec chirurgie au sein du territoire du réseau local (HHR et autres CH)

2004-2005	Tous les âges	0 - 18 ans	18 - 64 ans	65 ans et plus
Hospitalisation	3 518	233	2 036	1 249
Chirurgie d'un jour	6 204	752	3 488	1 964
Total	9 722	985	3 213	3 213

Population de référence

9 722



Autres informations

Près de 15 % des personnes de 65 ans et plus à risque de chute
Nombre de personnes de 65 ans et plus au sein du territoire de 21 162 en 2007

Activités en voie de réalisation

Activités	Actions en cours
G : Amélioration de la continuité des services à l'aide de mécanismes de collaboration et de partage d'information entre les intervenants (suivi systématique).	- Comité de travail ayant débuté ses travaux pour les services de stomathérapie. - Revue des techniques de soins, formation des intervenants à venir.
G : Accessibilité à des services de stomathérapie en externe.	- Harmonisation des pratiques. - Revue de l'offre de services afin d'éviter des bris de services.
G : Accessibilité à des services infirmiers pour effectuer des relances téléphoniques en chirurgie d'un jour.	- Travail complété, début des activités le 19 août 2007. - Inscription de la clientèle au service 24/7 dans une proportion de 40 % des cas de chirurgie d'un jour (patient ciblé selon sa condition). - Impact sur les visites à l'urgence à documenter.

Cibles d'action prioritaires

Cibles	Ce que l'on vise
1G-R : Améliorer l'accessibilité à des consultations chirurgicales et aux chirurgies dans des délais raisonnables.	- L'accès à des chirurgiens (orthopédistes, chirurgiens généraux, ophtalmologistes, oto-rhino-laryngologistes, gynécologues, urologues, etc.) pour les consultations initiales et pour la chirurgie elle-même dans des délais acceptables. - L'accès aux spécialistes constituant la base permettant le traitement des personnes selon la chirurgie requise. - L'application de la Loi 33 sur l'accessibilité à des services de chirurgies dans des délais acceptables.
2P-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 jeux municipales et scolaires et sur les fermes, etc.).	- La prévention des accidents de la route, de la consommation d'alcool en lien avec la conduite automobile, des accidents dans les piscines résidentielles, des accidents de vélo ou de ski (port du casque), etc. - La diminution des traumatismes non intentionnels et des séquelles possibles. - Un arrimage avec les partenaires pour mettre en place des actions visant la réduction des traumatismes non intentionnels.

Cibles

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

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

4G : 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.

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

Ce que l'on vise

- Un arrimage avec les services de première ligne afin d'assurer la prise en charge rapide et le congé de l'hôpital suite à une chirurgie.
- Un suivi en postopératoire de la personne opérée en fonction de ses besoins : notamment pour le suivi de plaies et pansements (CLSC en services ambulatoires ou à domicile), et arrimage avec le médecin de famille.
- La consolidation des liens avec le médecin traitant suite à une chirurgie afin de lui donner les informations cliniques pertinentes au suivi de son patient.
- Une continuité des services afin de traiter les cas rapidement et d'éviter des aggravations et des visites à l'urgence.
- Des services psychosociaux dès la préadmission afin de mieux planifier les séjours et l'organisation des services au congé.
- Un soutien à la personne et ses proches selon les types de chirurgie, l'âge de la clientèle et les besoins suite à une chirurgie.
- Un arrimage avec les services de première ligne pour l'organisation des services au moment du congé.
- Des services de réadaptation adaptés aux besoins de la clientèle en première ligne et en deuxième ligne (en ambulatoire ou à domicile), de même que lors de l'hospitalisation (sept jours sur sept, notamment).
- Révision de l'offre de service.

4.2 Chantier Enfance-famille-jeunesse

VISION DU CHANTIER

- Pour les enfants et les jeunes
 - Place privilégiée dans leur communauté
 - Contribution et participation importante de ceux-ci au développement social et communautaire
 - Réponse à leurs besoins de base
 - Développement de leur potentiel et de leur estime de soi
- Pour les familles
 - Unité de base de nos communautés
 - Disponibilité des ressources nécessaires
 - Contribution au développement des communautés
- Pour les communautés
 - Partenaires dans le développement des enfants, des jeunes et des familles
 - Porteurs de la mission de promotion et de protection de la santé et du bien-être
 - Inclusion et intégration de ses membres
 - Politiques familiales au bénéfice de la collectivité



4.2.1 Comité de travail 0-5 ans

PROFIL DE LA POPULATION VISÉE PAR LE COMITÉ

Enfants de 0-5 ans en 2007 (fichier de démo de ASSS Montérégie)	9 524
Ajout des parents	14 286
Ajout femmes enceintes et conjoints (1 200 accouchements par an)	2 400
Population de référence	26 210

Activités en voie de réalisation

Activités	Actions en cours
P : Démarche d'accréditation « L'initiative amis des bébés » au CSSS.	- Comité local en place, politique sur l'allaitement maternel adoptée. - Résultats de la 2^e étude sur l'état d'avancement IAB, par la Direction de la santé publique de la Montérégie à l'automne 2008. - Plan d'action à élaborer pour l'obtention de la certification en 2009.
G : Mise en place des activités continues de formation, de sensibilisation, de transfert des connaissances et de coaching au CSSS et avec les partenaires (services intégrés et de qualité, alcoolisme et toxicomanie, autisme, TED, problèmes de l'attachement, négligence, déficiences physiques et sensorielles).	- En mode continu, accentuation des activités de formation tel que l'outil DEP-ADO avec l'équipe SIPPE et les équipes du Virage, et formation sur le retard de développement pour la clientèle DI-TED en collaboration avec le SRSOR. - Revue des mandats des différents partenaires. - Revue des impacts des changements à la Loi de la protection de la jeunesse, formation donnée à ce niveau.
G : Arrimage entre les intervenants, dans les cas de signalements non retenus, de sorte que les parents et l'enfant reçoivent les services nécessaires.	- Relance du comité local CSSS-CJM. - Référence en première ligne suite une à évaluation-orientation (E/O) pour un signalement non retenu afin d'assurer une meilleure continuité. - Comité MSSS-MELS avec priorité d'action au niveau des jeunes en difficulté. - Recours aux PSI (Plans de services individualisés). - Mécanisme avec les équipes de RTS (réception-traitement-signalement) pour une référence à l'accueil des services de première ligne par un appel logé au CLSC avec le consentement des parents. - Travail avec les équipes du programme CAFE (Crise ado-enfance-famille).



Activités	Actions en cours
G : Disponibilité des services de développement des habiletés parentales (Barclay).	Services existants, offre de services par le CSSS et les organismes communautaires du territoire.
G : Support minimal offert aux parents d'enfants ayant un TED et qui sont en attente des services de 2 ^e ligne.	- Ajout de services avec la venue de l'équipe TED, en lien avec le SRSOR et le CSSS, de même qu'avec le milieu communautaire. - Concertation sur les services à offrir. - Arrimage à compléter avec le CMR. - Poursuite de l'offre de services en première ligne suite à une référence en 2^e ligne et dans l'attente d'une prise en charge.

Cibles d'action prioritaires

Cibles	Ce que l'on vise
1P-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 naissances de bébés en santé.	Des activités de promotion de la santé liées à la saine alimentation, le non-usage de tabac, l'activité physique, l'allaitement maternel de même que les interventions préventives en matière de dépendances.
2G-R : Améliorer l'accessibilité, la continuité et la coordination des services offerts en 1 ^{ère} et 2 ^e ligne en : - harmonisant les 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.	- La mise en place de mécanismes d'accès, de collaboration et de partage des informations cliniques entre les intervenants et les partenaires. - L'harmonisation des outils d'évaluation. - La hiérarchisation des services afin de répondre à des lacunes importantes en termes d'accessibilité et de continuité des services à travers le réseau local, ce qui est préalable à plusieurs actions.
3P : 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.	L'accessibilité et une intensité du soutien santé et psychosocial offert par les équipes interdisciplinaires du CSSS auprès des jeunes parents (moins de 20 ans) et auprès des familles vivant dans une extrême pauvreté.
4G : 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.	Une visite systématique à domicile par une infirmière du CSSS dans un délai de 48 heures suite au retour de la mère et du bébé à la maison.
5G-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.	Une accessibilité à des services médicaux pour les femmes enceintes, les nouvelles mères et la clientèle pédiatrique du territoire.



4.2.2 Comité de travail 6-17 ans

PROFIL DE LA POPULATION VISÉE PAR LE COMITÉ

Enfants et jeunes de 6-17 ans en 2007 (fichier de démo de ASSS Montérégie)	24 715
6-11 ans	10 652
12-17 ans	14 063
Ajout des parents (1,5 enfants par famille)	37 073
Population totale de référence	61788

Activités en voie de réalisation

Activités	Actions en cours
G : Formation continue des intervenants impliqués et de coaching sur les TDAH, la dépression, les troubles anxieux, les comportements violents, l'alcoolisme et la toxicomanie chez les jeunes, les résistances chez les parents non collaborateurs, la responsabilisation et l'empowerment des parents, etc. « R ».	- Entente entre le CSSS et Le Virage pour l'utilisation de l'outil DEP-ADO dans tous les milieux. - Recours au dépistage qui permet de situer les niveaux de services requis avec une référence en 2^e ligne au besoin. - Formation des intervenants pour l'utilisation de la technique d'entrevue motivationnelle, sur la Loi de la protection de la jeunesse, sur les TDAH.
S : Concertation intersectorielle entre les partenaires du réseau pour assurer un suivi adéquat des jeunes aux divers stades du cheminement académique, aux passages de l'un à l'autre des niveaux scolaires (primaire, secondaire, CEGEP, École des métiers) et lorsqu'il fait face à des problèmes psychosociaux « R ».	- Mise en place du Comité priorité éducation, en lien avec la planification stratégique de la ville de Saint-Jean-sur-Richelieu, qui regroupe le Cégep et la Commission scolaire, de même que les intervenants visés par les actions auprès des jeunes. - Tenue des États généraux sur la pauvreté. - Table de concertation jeunesse en place avec la tenue d'activités qui se poursuivent avec le milieu scolaire. - Projet avec la Commission scolaire portant sur la mise en place de classes de répit à Marieville, à Chambly et à Saint-Jean-sur-Richelieu et ce, afin de favoriser la réussite scolaire par le retrait temporaire du jeune de la classe régulière, de même qu'un travail avec la famille, le jeune et le milieu scolaire permettant par la suite la réintégration du jeune dans sa classe régulière.
P : Implantation du programme Fluppy dans les milieux scolaires défavorisés « R ».	Programme déjà offert dans certaines écoles du territoire avec la Commission scolaire, cibles du PAL (Plan d'action local en santé publique) étant atteintes à ce niveau.



Activités

G : Accès à des services adaptés pour les familles en difficulté lorsque le signalement n'est pas retenu.

G : Coordination des services de l'ensemble du réseau avec les services de réadaptation du Centre jeunesse « R »

Actions en cours

- Présence d'un coordonnateur EIJ (équipe intervention jeunesse) en lien avec le comité d'accès.
- Relance du comité local CSSS-CJM.
- Référence en première ligne suite à évaluation orientation (E/O) pour un signalement non retenu afin d'assurer une meilleure continuité.
- Comité MSSS-MELS avec priorité d'action au niveau des jeunes en difficulté.
- Recours aux PSI (Plans de services individualisés).
- Mécanisme avec les équipes de RTS (réception traitement-signalement) pour une référence à l'accueil des services de première ligne par un appel logé au CLSC avec le consentement des parents.
- Travail avec les équipes du programme CAFE (Crise ado-enfance-famille).
- Participation du CJM aux tables de concertation et aux mécanismes de concertation, à consolider et à maintenir.

Cibles d'action prioritaires

Cibles

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

2G-R : Améliorer l'accessibilité, la continuité et la coordination des services offerts en 1^{ère} et 2^e 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.

3P-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.

Ce que l'on vise

- La promotion de la saine alimentation, le non-usage du tabac, de l'activité physique, de la non consommation de drogues et d'alcool.
- L'implantation de l'approche « École en santé ».
- Une harmonisation des outils d'évaluation.
- Des échanges d'informations entre les partenaires afin d'éviter la répétition pour la clientèle et d'améliorer l'accès aux services.
- Une réduction des infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS), par une action concertée des partenaires.



Cibles

- 4G : Améliorer l'accessibilité aux services psycho sociaux en CLSC pour les jeunes en difficulté et leurs familles.
- 5G : 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.

Ce que l'on vise

- Une intervention précoce et concertée auprès des parents et auprès des jeunes à risque qui rencontrent des difficultés dans leur famille ou à l'école.
- Une accessibilité à des services de santé préventifs et curatifs pour les adolescents et les jeunes adultes (12 - 24 ans) offerts par une équipe multidisciplinaire sur l'ensemble du territoire du CSSS.
- Un travail de proximité auprès des jeunes.

4.2.3 Comité de travail déficience intellectuelle (DI), déficience physique (DP) et troubles envahissants du développement (TED)

PROFIL DE LA POPULATION VISÉE PAR LE COMITÉ

Population totale en 2007	162 088
DI-TED 0-100 ans	
DI : 3% de la population totale avec DI (légère, modérée, sévère)	4 638
DI chez les 0-17 ans	789
TED (total des cas)	405
TED 0-17 ans taux de 81/10 000	213
TED adulte taux de 15/10 000	192
Total des cas de DI-TED	5 267
DP 0-17 ans	
Déficience motrice taux de 2,1/1 000	55
Déficience auditive taux de 0,9/1 000	24
Déficience visuelle taux de 0,5/1 000	13
Troubles du langage taux de 69/10 000	181
Total des cas de DP 0-17 ans	274
Population de référence	5541

Activités en voie de réalisation

Activités	Actions en cours
G : Activité de stimulation précoce globale pour les enfants présentant un retard de développement et en attente d'évaluation.	• Offre de services auprès des enfants de 0-5 ans et de leurs parents déjà existante, par le biais de programme de stimulation précoce offert par le CSSS et le milieu communautaire, de même que le SRSOR et ce, selon les territoires. • Mise en place du plan d'accès DI-TED.
G : Disponibilité d'une structure d'accueil-orientation-référence pour tous les enfants présentant un retard de développement ou une déficience.	• L'élaboration d'un cadre de référence pour la mise en place d'un réseau intégré de services. • Trajectoire de services en cours d'élaboration.
S : Développement de programmes de contrôle de la qualité dans les résidences privées d'hébergement, les familles d'accueil ou les résidences d'accueil « R ».	• Démarche d'accréditation et de certification des familles d'accueil et des résidences en collaboration avec le SRSOR et le CMR.
G : Accessibilité des services de réadaptation intensive pour troubles graves de comportement sur notre territoire « R ».	• Service mis en place à Saint-Hyacinthe pour la région de la Montérégie.
S : Accès à des services d'intégration socioprofessionnelle (variété et quantité) pour les personnes handicapées « R ».	• Stages en milieu de travail, services d'apprentissage au milieu de travail parrainés par le SRSOR, des cours professionnels au niveau secondaire en collaboration avec le milieu communautaire. • Le CMR, avec l'école Marie-Rivier, offre des services aux adultes en lien avec les employeurs. • Table de concertation en place pour cette clientèle.
S : Accessibilité à des services pour le développement des habiletés sociales pour les enfants, adolescents et adultes TED « R ».	• Consolidation des services offerts par le SRSOR, en milieu scolaire, de même qu'en partenariat avec les organismes communautaires (APDIP, ALPHA).

Cibles d'action prioritaires

Cibles	Ce que l'on vise
1S-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.	• L'accessibilité à diverses mesures de soutien aux personnes, familles, parents et/ou proches pour éviter l'épuisement, les ruptures familiales ou permettre l'intégration sociale ou le maintien à domicile.
2S : 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.	• L'accès à du soutien et des services psychosociaux. • Une diminution des délais d'attente. • Un accompagnement des familles dès le diagnostic.



Cibles

3S-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.

4S-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.

5P-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.).

Ce que l'on vise

- Une diminution des délais d'attente.
- La mise en place de mesures afin de permettre aux jeunes avec une déficience physique et leur famille de vivre dans des conditions de base adéquates.

- Une meilleure accessibilité à du transport adapté.

- La mise en œuvre de diverses activités de prévention, de sensibilisation et de promotion par les partenaires intersectoriels, par exemple, la clinique de vérification des sièges d'auto, prévention des accidents avec les équipements agricoles, etc.

4.3 Chantier Santé mentale

VISION DU CHANTIER

- Sensibilisation auprès de la population en regard de la maladie mentale
- Nécessité de tirer le meilleur de chaque personne dans les interventions
- Notion de rétablissement de la personne à considérer dans les interventions
- Importance du soutien à la personne et ses proches pour faire les bonnes choses
- Nouvelle façon de faire les choses
 - Importance de départager les niveaux de services entre la première et la deuxième ligne et de l'arrimage entre les partenaires
- Évolution dans la perception de la maladie mentale

4.3.1 Comité de travail santé mentale jeunesse

PROFIL DE LA POPULATION VISÉE PAR LE COMITÉ

Population de moins de 18 ans en 2007

	Nombre
RLS Haut-Richelieu-Rouville	34 240
RLS Pommeraie (41%)	4 010
RLS Jardin-Roussillon (en partie)	44 912
CLSC Jardin du Québec (74%)	3 794
CLSC Kateri (2%)	460
Total	42 504

Population de référence

Taux de jeunes de moins de 18 ans avec des problèmes de santé mentale pour le Québec	10,2%
Nombre de jeunes avec des problèmes de santé mentale pour notre territoire	4 335
Nombre annuel de cas de suicide chez la population totale de notre territoire (taux de 17,0 / 100 000)	26

Population de référence	4 361
--------------------------------	--------------

Autres informations

Taux de troubles de dépression au Québec	4,90%
Taux de troubles concomitants pour clientèle en milieu psychiatrique	33 à 50%
Taux de cas de troubles mentaux nécessitant un suivi de première ligne	2,26%
Taux de cas de troubles mentaux sévères nécessitant un suivi de deuxième ligne	1,13%
Taux de cas de troubles mentaux transitoires	0,28%

Activités en voie de réalisation

Activités	Actions en cours
P : Application des recommandations scientifiques dans les programmes de postvention « R ».	• Intensification des actions et services pour les personnes vivant une crise suicidaire. • Consolidation des services auprès des jeunes, en partenariat avec le CPS.
G : Amélioration de la disponibilité des services professionnels spécialisés en milieu scolaire (stratégie de recrutement à développer pour se doter de professionnels spécialisés et d'enseignants pour les classes d'adaptation) pour les jeunes ayant des problèmes de santé mentale « R ».	• Rehaussement du nombre de professionnels en milieu scolaire dont des orthopédagogues et des orthophonistes. • Arrimage avec les partenaires scolaires. • Participation à la table de concertation MELS-MSSS.
G : Rendre accessible des ressources d'hébergement adaptées en centre jeunesse SMJ « R ».	• Investissement à venir pour la mise en place d'une unité de traitement spécialisé (services sociaux). • Présence de trois unités de traitement individualisé soit pour les enfants de 0-5 ans présentant des troubles de l'attachement majeurs (Escargot), pour les adolescentes et pour les adolescents, ce service étant toutefois absent pour les jeunes de 6-12 ans.



Cibles d'action prioritaires

Cibles	Ce que l'on vise
1G-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.	• Une clarification des rôles et des responsabilités de chaque intervenant et partenaire dans l'offre de services : enfance-famille-jeunesse (EFJ), omnipraticiens, guichet d'accès, services spécifiques en santé mentale, services spécialisés en santé mentale. • Une collaboration et une coordination des services de l'ensemble des partenaires concernés par les besoins des jeunes aux prises avec des problèmes de santé mentale, particulièrement avec le milieu scolaire. • Une présence souhaitable d'un omnipraticien au sein de l'équipe SMJ 1^{ère} ligne afin d'assurer les liens avec les médecins généralistes et les pédiatres. • Une coordination des services. • Une compréhension commune de l'offre de service.
2G-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.	• Des plans d'intervention pour tous les jeunes ayant des problématiques multiples : troubles de comportement, troubles envahissants du développement (TED), déficience intellectuelle, problématiques reliées aux dépendance (toxicomanie, alcoolisme, jeu pathologique, etc.). • La mise en place de mécanismes de coordination afin de faciliter la continuité des services : corridors de services, mécanismes d'accès, gestionnaires de cas, plan de services individualisé (PSI), etc.
3G : Améliorer l'accessibilité aux pédopsychiatres pour les équipes de santé mentale jeunesse œuvrant en CLSC afin d'aider ces derniers à mieux suivre la clientèle jeunesse présentant une problématique de santé mentale plus complexe mais ne nécessitant pas de services de pédopsychiatrie.	• Un support conseil par les pédopsychiatres aux intervenants de première ligne.
4S-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.	• Le développement de services de répit, de groupes d'entraide et de soutien et de groupes psycho-éducatifs, etc.
5P-R : Soutenir les activités de prévention en santé mentale jeunesse sur notre territoire.	• La réalisation d'activités de sensibilisation aux problèmes de santé mentale chez les jeunes afin de démystifier et de réduire les préjugés en découlant.



4.3.2 Comité de travail santé mentale adulte

PROFIL DE LA POPULATION VISÉE PAR LE COMITÉ

Population de 18 ans et plus en 2007

	Nombre		
	18-64 ans	65 ans et plus	Total
RLS Haut-Richelieu – Rouville	106 687	21 162	127 849
RLS Pommeraie (41 %)	13 542	3 519	17 061
RLS Jardin-Roussillon (en partie)			
CLSC Jardin du Québec (74 %)	11 253	2370	13 623
CLSC Kateri (2 %)	1 247	162	1 409
Total	132 730	27 213	159 943

Population de référence

Taux de personnes de plus de 18 ans avec des problèmes de santé mentale pour le Québec	10,2 %
Nombre de personnes avec des problèmes de santé mentale pour notre territoire	16 314
Nombre annuel de cas de suicide chez la population totale de notre territoire (taux de 17,0 / 100 000)	26

Population de référence	16 340
--------------------------------	---------------

Autres informations

Taux de troubles de dépression au Québec	4,90 %
Taux de troubles concomitants pour clientèle en milieu psychiatrique	33 à 50 %
Taux de cas de troubles mentaux nécessitant un suivi en première ligne	2,26 %
Taux de cas de troubles mentaux sévères nécessitant un suivi en deuxième ligne	1,13 %
Taux de cas de troubles mentaux transitoires	0,28 %
Taux de cas de troubles mentaux graves et persistants	0,10 %
Taux de cas avec suivi intensif intégré et en équipe	0,07 %
Taux de cas avec suivi d'intensité variable	0,25 %

Activités en voie de réalisation

Activités	Actions en cours
G : Consolidation du guichet d'accès aux services en santé mentale.	- Mise en place du guichet d'accès en janvier 2006. Équipe composée de 5 intervenants au début ; actuellement 10 intervenants (depuis juillet 2007). - Orientation visant à desservir 70 % de la clientèle en 1^{ère} ligne et 30 % en 2^e ligne, tel que prévu au plan d'action en santé mentale.



Activités

- S : Application de stratégies en matière de développement des communautés « R ».
- S : Développement d'un programme de logement avec soutien continu et appartements supervisés « R ».
- G : Consolidation de l'équipe de santé mentale pour adultes en 1^{ère} ligne.
- G : Amélioration de la qualité des services en matière d'accueil, de détection et de traitement des groupes vulnérables par l'amélioration des compétences des intervenants et amélioration du processus de transfert des connaissances et des meilleures pratiques tout en encourageant les pratiques novatrices.
- S : Développement d'un programme de soutien et de réadaptation psychosociale pour les adultes en RTF et en RI « R ».

Actions en cours

- Collaboration et partenariat au sein du réseau local afin d'assurer une complémentarité des services dans la communauté.
- Présence de divers organismes communautaires tels que le Point Commun (qui répond aux besoins des usagers dans la communauté), L'Éclusier (qui répond aux besoins des proches) et qui œuvrent en collaboration avec le CPS pour le soutien des usagers, au suivi intensif dans la communauté (PACT), etc.
- Développement de services pour les personnes âgées de 65 ans et plus qui sont de plus en plus nombreux.
- Services offerts par Le Point Commun (Soutien communautaire) et les SEP (services externes en psychiatrie) pour la clientèle du programme de suivi d'intensité variable (SIV).
- Services de réadaptation en place afin de soutenir le client dans sa démarche.
- Équipe en implantation.
- Traitement des références en santé mentale, dans un délai de 7 jours, diminution des références en 2^e ligne (70/30).
- Fonctionnement intégré par les omnipraticiens et travail en soins partagés.
- Différentes formations offertes sur les meilleures pratiques, comme par exemple les guides d'interventions sur les troubles anxieux, etc.
- Formation TCC (thérapie comportementale et cognitive) en octobre et novembre 2007 pour l'ensemble des professionnels du réseau santé mentale.
- Programme en cours depuis un an.
- Réévaluations et nouveaux plans de soutien.
- Plan d'intervention pour tous les clients.
- Formation sur « l'approche positive ».

Cibles d'action prioritaires

Cibles

- 1G-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.

Ce que l'on vise

- Une clarification des rôles et des responsabilités de chaque intervenant et partenaire dans l'offre de services.
- Un arrimage des services en première ligne et en deuxième ligne afin de faciliter le cheminement des personnes.



Cibles

2G : 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.

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

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

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

Ce que l'on vise

- Un suivi intensif des personnes dans la communauté (là où se situe la personne) par des équipes interdisciplinaires afin d'éviter les multiples visites à l'urgence et les hospitalisations.
- Une augmentation du nombre de places pour mieux répondre à cette clientèle.

- Une sensibilisation de la population en regard des problèmes de santé mentale afin de les démystifier et de réduire les préjugés en découlant.

- Une sensibilisation de la population en regard de la prévention du suicide.
- La mise en place d'un programme local de prévention du suicide afin de réduire le taux de suicide, plus particulièrement chez les hommes et chez les aînés.
- Un travail de collaboration avec différentes ressources, notamment le CPS (centre de prévention du suicide) et L'Éclusier afin de développer des outils à l'intention des proches et des intervenants impliqués.

- L'intégration à la vie en société (travail, logement, études, loisirs, etc.) des personnes présentant des troubles psychotiques et un support à leur famille.

4.4 Chantier Lutte contre le cancer et maladies chroniques

VISION DU CHANTIER

- Importance des activités de prévention afin de réduire l'apparition des maladies chroniques et du cancer
- Participation active de la personne et des proches dans un esprit de responsabilisation, par le biais notamment de l'enseignement
- Nécessité d'agir précocement afin d'éviter des détériorations de la condition des personnes et le recours à l'urgence et à l'hospitalisation
- Équipes interdisciplinaires pour le suivi des différentes clientèles et arrimage des équipes, les personnes présentant souvent plus d'une problématique



4.4.1 Comité de travail asthme et maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC)

PROFIL DE LA POPULATION VISÉE PAR LE COMITÉ

HRR		Prévalence, Enquête	Population du RLS 2007	Population concernée	Sources	Année	Hospit. 2004-2005	Décès 2000-2003
Maladies chroniques	Âge	%	n				n	n
Asthme	< 12 ans	12,0	20 176	2 421	ELNEJ	1994-1995		
	≥ 12 ans	8,5	141 912	12 063	ESCC 3.1	2005	195	1
MPOC	≥ 12 ans	3,1	141 912	4 399	ESCC 3.1	2005	561	57
Total (maladies)		23,6		18 883	ISQ, éd.2003	2006	756	57

Population de référence	18 883
-------------------------	--------

Activités en voie de réalisation

Activités	Actions en cours
P : Augmentation du nombre de personnes rejointes par la vaccination « R ».	- Poursuites des activités de vaccination afin d'accroître le taux de couverture. - Sensibilisation à poursuivre et à intensifier au sein des différentes activités et dans les différents milieux (suivi systématique MPOC, soins à domicile, cabinet privé, Centre d'enseignement sur l'asthme (CEA), etc.).
P : Augmentation des interventions en prévention du tabagisme et les intégrer dans notre milieu en lien avec les campagnes nationales « R ».	- Poursuite des activités de promotion et de prévention sur les trois volets du tabagisme : - Promouvoir les effets néfastes du tabagisme afin d'inciter les jeunes à ne pas fumer ; - Inciter les fumeurs à cesser de fumer et les soutenir dans leur démarche ; - Encourager les ex-fumeurs à continuer en ce sens et aussi d'agir comme agent multiplicateur. - Formation pour l'intervention minimale efficace en cours, à étendre au sein du réseau local.
P : Augmentation des pratiques cliniques préventives et les systématiser « R ».	
S : Accessibilité à des activités d'enseignement et de soutien auprès de la clientèle.	Centre d'enseignement sur l'asthme à poursuivre et en promouvoir la visibilité.



Activités

G : Accessibilité aux services et aux soins pharmaceutiques.

G : Formation des intervenants et des médecins.

Actions en cours

- Arrimage en cours avec les pharmacies d'officine, notamment pour l'obtention du profil pharmaceutique lors d'une visite à l'urgence ou d'une hospitalisation.
- Arrimage afin de faciliter l'application des plans d'action.
- Sensibilisation auprès des pharmaciens sur l'intensification de l'enseignement auprès de la clientèle.
- Implication des pharmaciens pour la clientèle inscrite en suivi systématique.
- Mise en place d'une nouvelle requête pour les examens de physiologie respiratoire afin de mieux cibler les examens pertinents selon le diagnostic et les problématiques visées.
- Formation à venir sous peu avant l'implantation de la requête.

Cibles d'action prioritaires

Cibles

1G-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 ».

2G-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.

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

Ce que l'on vise

- Une prise en charge précoce et coordonnée pour la clientèle.
- L'utilisation d'outils communs afin de favoriser la communication entre les différents intervenants.
- Une équipe interdisciplinaire pour le suivi de la clientèle.
- Une participation active de la personne et de proches (responsabilité de la personne en regard de sa santé).
- L'optimisation des plans d'intervention en appliquant des guides de pratique reconnus et communs pour les différents intervenants œuvrant auprès de la clientèle.
- Une utilisation adéquate des médicaments pour la clientèle atteinte d'asthme et de MPOC en se référant au consensus de la Société canadienne de thoracologie et au consensus canadien sur l'asthme.
- Un dépistage précoce de la MPOC en cabinet privé.
- Un accès à des examens plus spécialisés (fonction respiratoire au repos ou à l'effort, provocation bronchique, etc.) en deuxième ligne afin de préciser le diagnostic.
- Un arrimage avec le médecin de famille.



Cibles

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

5P-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.).

Ce que l'on vise

- Un suivi et un enseignement, par une équipe interdisciplinaire, auprès des personnes avec maladies pulmonaires chroniques et de leurs proches.
- Un enseignement sur la pathologie, la médication, des activités de réadaptation adaptées aux personnes, soutien psychosocial, alimentation, etc.
- Une gamme de services dans le but d'accroître la qualité de vie de la clientèle et de maintenir l'autonomie le plus longtemps possible.
- Une bonne qualité de l'air ambiant.
- Une sensibilisation de la population de l'importance d'un environnement sain.
- Un travail constant à faire avec les municipalités et les différents partenaires.

4.4.2 Comité de travail maladies cardiovasculaires (MCV), diabète et insuffisance rénale

PROFIL DE LA POPULATION VISÉE PAR LE COMITÉ

HRR	Âge	Prévalence, Enquête %	Population du RLS 2007 n	Population concernée	Sources	Année	Hospit. 2004-2005 n	Décès 2000-2003 n
Maladies chroniques								
Diabète	≥ 20 ans	6,4	123 673	7 405	SQSD	2003-2004	136	23
Insuffisance rénale				260			59	18
MCV : Hypertension	≥ 12 ans	15,1	141 912	21 429	ESCC 3.1	2005	2 427	361
AVC	≥ 12 ans	0,9	141 912	1 277	ESCC 3.1	2005		
Maladie cardiaque	≥ 12 ans	4,7	141 912	6 670	ESCC 3.1	2005		
Insuffisance cardiaque	≥ 12 ans	0,9	141 912	1 277	ESCC 2.1	2003		
Total (avec hypertension)		26,1	141 912	37 041	ISQ, éd 2003	2006	2 622	402
Total (sans hypertension)		11,0	141 912	15 612				

Population de référence

37 041

Activités en voie de réalisation

Activités	Actions en cours
G : Accessibilité aux services et aux soins pharmaceutiques et implication appropriée du pharmacien.	- Pharmacien de plus en plus présent au sein des activités de suivi systématique, tant en insuffisance cardiaque, qu'en dialyse. - Projet de tutorat en dialyse en cours.
G : Accessibilité aux ressources de réadaptation afin d'assurer l'évaluation de la dysphagie.	Protocole de dysphagie complété, formation à venir et constitution d'une équipe plus formelle à venir.
G : Disponibilité d'un programme d'enseignement et de réadaptation cardiaque par une équipe interdisciplinaire et un intervenant pivot.	- Programme en cours, en lien avec le suivi systématique d'insuffisance cardiaque, à intensifier et à poursuivre. - Équipe à consolider.

Cibles d'action prioritaires

Cibles	Ce que l'on vise
1G : 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 ^{ère} et de 2 ^e ligne pour le traitement de ces personnes.	- La mise en place d'une équipe interdisciplinaire pour la réalisation d'interventions planifiées et continues (suivi systématique) pour le suivi de cette clientèle, avec une perspective de responsabilisation du patient dans la prise en charge de sa maladie et de son traitement. - L'identification des services de première ligne et de deuxième ligne pour faire les bonnes choses à la bonne place et optimiser nos interventions.
2P-R : Promouvoir les saines habitudes de vie (arrêt tabagique, activité physique, saine alimentation) afin de réduire les facteurs de risques provoquant les maladies chroniques.	- Des pratiques cliniques préventives en regard des saines habitudes de vie « R ». - Des activités de dépistage du diabète en ciblant bien les personnes à risque « R ». - Des activités de dépistage selon les recommandations actuelles en insuffisance rénale « R ».
3G : 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.	- Le recours à des guides de pratiques cliniques harmonisés pour tous les intervenants (développement d'outils communs). - La mise en place des mécanismes permettant d'assurer la continuité des services auprès de la clientèle diabétique. - La consolidation des services de base afin d'agir précocement et d'éviter les complications secondaires liées au diabète. - Une équipe interdisciplinaire œuvrant en collaboration pour le suivi de la clientèle diabétique.



Cibles

4G-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.

5G-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.

Ce que l'on vise

- Un arrimage entre les intervenants de l'équipe interdisciplinaire (incluant le médecin de famille) et le recours à des outils communs en regard des renseignements cliniques à partager.
- Un arrimage avec les médecins en cabinet privé, notamment le partage des renseignements cliniques.
- L'intégration de nutritionnistes à l'équipe interdisciplinaire à tous les niveaux de services, que ce soit pour les personnes souffrant de diabète ou pour les cas présentant des complications secondaires (maladies cardiovasculaires et insuffisance rénale, notamment).

4.4.3 Comité de travail lutte contre le cancer

PROFIL DE LA POPULATION VISÉE PAR LE COMITÉ

Total de la population du territoire en 2007
Taux de prévalence de 1,17 % Montérégie (INSPQ 1999)

162 088
1 896

Population totale de référence

1 896

Nombre de cas prévalents en Montérégie, par site de cancer et par sexe

	Hommes	Femmes	Total	% des cas de cancer
Colorectal	1 058	1 220	2 278	14,3 %
Poumon	1 003	709	1 712	10,7 %
Prostate	1 971		1 971	12,3 %
Sein		3 147	3 147	19,7 %
Utérus		514	514	3,2 %
Vessie	736	271	1 007	6,3 %
Tous les sites	7 659	8 312	15 971	100 %

Prévalence des cancers par 100 000 de population, par site et par sexe, Montérégie

	Hommes	Femmes
Colorectal	209,1	139,7
Poumon	167,5	94,6
Vessie	125,4	36,2
Sein		408,7
Corps Utérus		68,6
Prostate	349,8	

Activités en voie de réalisation

Activités	Actions en cours
G : Accessibilité à l'infirmière pivot en oncologie (en première et en deuxième ligne).	• Arrivée d'une deuxième infirmière pivot au cours des derniers mois, ce qui répond mieux aux besoins.
S : Accessibilité à des places en soins palliatifs pour l'accueil d'une clientèle en fin de vie et préterminaux.	• Aménagement d'une ressource intermédiaire en soins palliatifs d'une capacité de 15 places. • Ouverture de la ressource au cours de l'automne 2007.
P : Accessibilité à des interventions de prévention du tabagisme « R ».	• Activité déjà en cours, à poursuivre et intensifier.
S : Soins pharmaceutiques en soins palliatifs.	• Présence accrue des pharmaciens au sein de l'équipe clinique, à poursuivre et intensifier.
P : Accessibilité au vaccin VPH.	• Disponibilité de ce vaccin, en lien avec les orientations de la santé publique.

Cibles d'action prioritaires

Cibles	Ce que l'on vise
1G : 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.	• Une consolidation des équipes interdisciplinaires selon les différents services cliniques de première, deuxième et troisième lignes. • L'accessibilité à l'équipe d'oncologie et soins palliatifs : recours à cette équipe pour les différents intervenants des autres programmes le cas échéant, où que le patient reçoive les services (tant en hospitalisation, en CLSC, en CHSLD qu'en externe). • La clarification des rôles et des responsabilités des intervenants des différents niveaux de services et la consolidation des arrimages entre les équipes. • La coordination des interventions et l'intégration des activités.
2G-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.	• Des mécanismes de partage des informations cliniques entre les intervenants afin d'assurer la continuité des interventions. • Un accès à l'information clinique le plus rapidement possible afin d'être plus coordonné et de faciliter la continuité, tout en évitant des répétitions pour la clientèle et les proches. • Des outils communs de partage des informations cliniques et la mise à jour des informations entre les intervenants, de même qu'avec le médecin traitant.



Cibles

3S : 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.

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

5S-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.).

Ce que l'on vise

- La formation des infirmières en gestion de la douleur (infirmières travaillant à l'hôpital, en CLSC ou en CHSLD).
- La disponibilité, l'harmonisation et l'amélioration de l'application des guides de pratique et la formation pour tous les intervenants, même ceux qui ne font pas partie de l'équipe oncologie/soins palliatifs.
- Une équipe d'experts accessible au sein du CSSS, une expertise au sein des différents sites et un arrimage avec le médecin traitant.
- Un arrimage avec les services de soins palliatifs, notamment.
- Des pratiques cliniques préventives en regard des saines habitudes de vie.
- Des saines habitudes de vie en prévention des problématiques liées au cancer, cette cible étant celle ayant le plus d'impact dans la prévention du cancer.
- Des services de soutien de différentes natures pour les patients et leurs proches (intervenants psychosociaux, nutritionniste, entretien ménager, transport, accompagnement au deuil, etc.).
- Un soutien auprès de la personne et des proches.
- Un soutien à l'annonce du diagnostic et/ou lors de l'accompagnement en fin de vie.

4.5 Chantier PALV et DP

VISION DU CHANTIER

- Reconnaissance à part entière de la personne âgée ou de la personne présentant une déficience physique dans sa globalité, avec ses besoins particuliers
- Respect de la personne et de ses choix
- Place importante de la famille et des proches et besoin de les soutenir
- Nécessité d'adapter nos interventions en fonction des particularités de la clientèle
- Importance de la qualité des services offerts avec notamment la formation des intervenants



4.5.1 Comité de travail non institutionnel

PROFIL DE LA POPULATION VISÉE PAR LE COMITÉ

Population PALV

Personnes de 65 ans et plus en 2007		21 162
Personnes en institution		877
Personnes de 75 ans et plus	9 287	20 285

Population PALV

20 285

Population DP adulte

Personnes de 18-64 ans en 2007	106 687
Taux d'incapacité chez les 18-64 ans	6,60 %
Nombre de personnes de 18-64 ans avec incapacités	6 401
Population DP adulte	6 401

Population de référence	26 686
-------------------------	--------

Autres informations

Hospitalisation chez les 65 ans et plus en 2004-2005	5 769	27 %
--	-------	------

Incapacités selon la gravité

	18-64 ans	65 ans et plus	75 ans et plus
Taux d'incapacité	6,60 %	27,90 %	40,50 %
Légère	27,60 %	34,00 %	31,30 %
Moderée	25,90 %	20,30 %	19,00 %
Grave	28,90 %	28,10 %	29,30 %
Très grave	17,60 %	17,60 %	20,40 %

Incapacités selon le type d'incapacité

	18-64 ans	65 ans et plus	75 ans et plus
Audition	23,90 %	35,90 %	41,10 %
Vision	19,30 %	25,00 %	29,10 %
Parole	13,90 %	11,10 %	12,10 %
Mobilité	69,80 %	80,60 %	82,30 %
Mémoire	12,10 %	11,50 %	14,50 %

Origine principale de l'incapacité, personnes de 15 ans et plus avec incapacité

De naissance	11,30 %
Maladie ou mal	25,60 %
Vieillesse	18,30 %
Conditions de travail	9,60 %
Stress	6,00 %
Accident	18,10 %
Autre origine	11,00 %



Activités en voie de réalisation

Activités	Actions en cours
P : Déploiement du programme 0-5-30 dans les milieux de vie ciblés (centre de jour, résidence privée et organismes communautaires) «R».	• Activités déjà en cours de réalisation au sein notamment des résidences privées et des partenaires, soit les centres d'action bénévole et les centres de jour (saine alimentation, activités physique, notamment).
G : Systématisation de l'application du PI et du PSI.	• Formation en cours sur le plan d'intervention pour les intervenants du soutien à domicile. • Arrimage à faire avec la réalisation des plans de services individualisés. • Mise en œuvre et suivi à venir sous peu afin de systématiser le PI et le PSI.
G : Systématisation de la classification des besoins par profils-types (ISO SMAF).	• Mise en place de la classification des besoins par profils types pour tous les usagers recevant des services à domicile, de même que pour les personnes faisant l'objet d'une demande d'hébergement.
P : Implantation du programme PIED de prévention des chutes pour une clientèle de 65 ans et plus répondant aux critères du programme «R».	• Début de l'implantation du programme au printemps 2007. • Programme visant des personnes plus autonomes. Groupe de 12 personnes à raison de 8-10 rencontres par groupe, 2 fois semaine. • Présence d'un thérapeute en réadaptation physique à raison de 4 jours/semaine, tenue de trois groupes en simultané de façon continue depuis le début des activités.
P : Implantation des réseaux de type sentinelle en prévention de la violence et des abus envers les aînés «R».	• Déploiement d'un système d'écoute téléphonique avec l'AQDR (association québécoise de défense des droits des personnes), suivi régulier de certaines personnes plus à risque.
S : Accessibilité à l'équipe de consultation gériatrique et thérapeutique.	• Révision du fonctionnement en cours, avec identification des besoins afin de revoir l'organisation des services.

Cibles d'action prioritaires

Cibles	Ce que l'on vise
1P-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.	• La détection précoce des problèmes visuels. • Une référence rapide vers les services pertinents, en lien notamment avec l'Institut Nazareth et Louis Braille.



Cibles

2S-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.

3S-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.

4S-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.).

5S : 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.

Ce que l'on vise

- Une gamme complète de services afin d'assurer un soutien aux proches et aux aidants et ainsi permettre à la personne de demeurer à domicile le plus longtemps possible :
 - Services d'aide et d'assistance à domicile
 - Services professionnels et communautaires en réponse aux besoins des proches
 - Services de soutien dans le cadre des programmes Chèque emploi-service et Soutien à la famille
 - Services en centre de jour.
- Une contribution soutenue des aidants afin de maintenir les personnes à domicile, avec toutefois un besoin accru d'aide et de soutien afin d'éviter l'épuisement :
 - Actions à envisager à différents niveaux et ce, avec la participation de plusieurs partenaires.

- Une augmentation du nombre de places en ressources non institutionnelles.
- La consolidation du réseau de ressources non institutionnelles (RNI) afin d'offrir un milieu de vie adapté selon les besoins des personnes et de retarder ou d'éviter l'hébergement institutionnel.
- Une utilisation judicieuse des places disponibles et de libérer les places en hébergement de longue durée, tout en évitant des séjours en milieu hospitalier pour des personnes en attente d'hébergement.

- Une systématisation des activités de formation continue, de transfert de connaissances et de coaching.
- Une formation pour l'ensemble des intervenants de l'équipe interdisciplinaire, incluant les médecins.
- Des interventions adaptées aux particularités des clientèles en perte d'autonomie ou présentant une déficience physique.
- Une approche gériatrique dans les différents milieux de services par l'ensemble des intervenants, professionnels et médecins.

- Une organisation de services facilitant l'accès aux services par la mise en place d'un guichet unique sur les deux territoires de CLSC et permettant l'accompagnement de la personne et ses proches au sein des différents services dont elle a besoin, par un intervenant désigné.



4.5.2 Comité de travail institutionnel

PROFIL DE LA POPULATION VISÉE PAR LE COMITÉ

Nombre de places en hébergement CHSLD (nombre de personnes en hébergement, excluant l'hébergement temporaire)	603
Admissions par an (nouveaux cas, année 2004-2005)	274
Population de référence	877

Activités en voie de réalisation

Activités	Actions en cours
G : Accessibilité à des services et des soins pharmaceutiques.	• Implantation d'un nouveau système de distribution de médicaments. • Révision de l'organisation des services pour permettre une présence accrue des pharmaciens en milieu d'hébergement.
G/S : Déploiement du programme de dysphagie.	• Programme de dysphagie déjà développé, travail amorcé avec les intervenants en place.
G/S : Accessibilité aux services en orthophonie.	
S : Systématisation d'activités continues de formation, sensibilisation, transfert des connaissances, coaching à l'intention des intervenants (professionnels ou non) (notamment approche gériatrique, approche interdisciplinaire, PAI, approche palliative, etc.).	• Formation en cours au sein des différentes résidences sur l'approche Gineste-Marescotti. • Suivi de l'implantation de l'approche.

Cibles d'action prioritaires

Cibles	Ce que l'on vise
1S : 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.	• Une organisation de services qui tient compte que le milieu d'hébergement est le milieu de vie substitut et qu'en ce sens, il s'apparente à la maison de la personne et à son mode de vie selon ses préférences. • Un milieu de vie pour le résident où il importe qu'il puisse contribuer à la prise de décision le concernant et qu'il se sente comme chez lui dans ce milieu. • Une intégration harmonieuse du résident et de ses proches dans son nouveau milieu de vie.



Cibles

- 2S : 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.
- 3S : 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.
- 4P : 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.).
- 5S-R : Adapter les activités d'animation et de loisirs en tenant compte des besoins des personnes hébergées et de la philosophie « milieu de vie ».

Ce que l'on vise

- Des activités et des services adaptés aux besoins du résident.
- La participation du résident et/ou de ses proches à la confection du plan d'accompagnement individualisé.
- La réalisation systématique du plan d'accompagnement individualisé.
- Une accessibilité à des services de soutien à la personne et aux proches en soins de fin de vie.
- Une application des guides de pratique de soins de fin de vie par le personnel.
- Des services adaptés pour bien accompagner le résident et ses proches durant cette période.
- Des intervenants formés afin de bien accompagner le résident et ses proches et d'adopter une approche adaptée.
- Le maintien de l'autonomie du résident par des activités de prévention dont la vaccination, l'alimentation adaptée, la prévention des chutes, la réduction du recours aux contentions, etc.
- Une diversité d'activités de loisirs.
- Des activités adaptées aux besoins évolutifs des résidents.



5. Mise en œuvre du projet clinique

Les prochaines étapes permettront de préciser les actions et les moyens à mettre en place afin d'atteindre les objectifs visés selon les différentes cibles retenues. Des porteurs ont été identifiés pour chacune des cibles prioritaires et des équipes de travail s'affaireront à définir la programmation des soins et des services. Elles s'assureront de la mise en œuvre des actions qui en découlent au cours des prochaines années, de même que du suivi des résultats.

Un processus d'évaluation continue permettra donc de suivre et d'analyser les impacts du projet clinique sur l'état de santé et de bien-être de la population.

Conclusion

En terminant, nous tenons à remercier sincèrement toutes les personnes qui ont participé, animé, porté la réalisation du projet clinique et toutes celles qui poursuivront sa mise en œuvre. C'est grâce à leurs efforts soutenus et à leur engagement que nos services seront mieux adaptés aux besoins de la population et que leur cheminement dans notre réseau en sera facilité.

Plus que jamais, nous sommes convaincus que la mobilisation de tous les participants impliqués au sein de ce projet en assurera sa réussite et tous ensemble nous parviendrons à le réaliser avec succès puisque de l'union des gouttes d'eau naissent les océans...



à tous les bâtisseurs du
PROJET CLINIQUE !

accessibilité
continuité
qualité

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

Rédaction et révision :
Lucie Raymond, Christiane Duval, Ginette Senez, Sylvie Grégoire

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

www.santemonteregie.qc.ca/haut-richelieu-rouville

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

ISBN 978-2-9811251-0-1
ISBN 978-2-9811251-1-8
Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2009