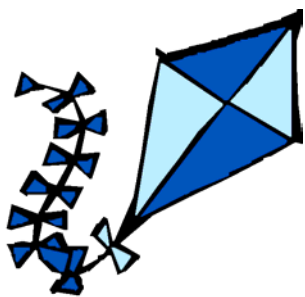


Le projet clinique au CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes 1 AN PLUS TARD... OÙ EN SOMMES-NOUS?

**LE 20 AVRIL 2006 MARQUAIT
UNE ÉTAPE IMPORTANTE
AU CSSS
DU LAC-DES-DEUX-MONTAGNES
QUANT AUX TRAVAUX EFFECTUÉS
DANS LE CADRE DE
LA RÉORGANISATION
DES SERVICES DE SANTÉ
ET DES SERVICES SOCIAUX,
RÉORGANISATION PRÉVUE
PAR LES NOUVELLES
ORIENTATIONS DU MINISTÈRE DE
LA SANTÉ ET
DES SERVICES SOCIAUX
EN 2004.**

**EN EFFET, CE JOUR-LÀ,
PLUS DE 150 PERSONNES
DE TOUS LES MILIEUX,
OEUVRANT SUR
NOTRE TERRITOIRE,
PARTICIPAIENT AU LANCEMENT
DE LA DÉMARCHÉ
DE PROJET CLINIQUE...**

**SUITE À LA RENCONTRE
D'AVRIL 2006, DES ÉQUIPES
DE TRAVAIL ÉTAIENT
MISES EN PLACE...**



Toutes voiles vers la
santé

Pendant six mois, les participants se sont rencontrés régulièrement.

Ils se sont penchés sur l'organisation des services et les besoins prioritaires des clientèles visées. Ils ont ciblé des actions à mettre en place localement pour améliorer l'accessibilité, la continuité et la qualité des services.

Aujourd'hui, le temps est venu de vous présenter le travail accompli au cours de la dernière année.

Mais, auparavant, situons le contexte de cette démarche...

LE CONTEXTE

Suite aux nombreuses modifications apportées à la Loi sur les services de santé et les services sociaux en 2004, on assistait à la naissance des centres de santé et de services sociaux (CSSS) au Québec. Ces nouvelles instances locales se voyaient confier une nouvelle et importante responsabilité, soit celle de définir un projet clinique et organisationnel pour le territoire du réseau local de services de santé et de services sociaux. Un nouveau terme fait dès lors son apparition : la responsabilité populationnelle.

La responsabilité populationnelle peut se définir comme étant la responsabilité collective de maintenir et d'améliorer la santé et le bien-être de la population d'un territoire local. Cette responsabilité est partagée par tous les intervenants qui offrent des services à la population. Il s'agit en fait de rendre accessible un ensemble de services, le plus complet possible, et d'assurer la prise en charge et l'accompagnement des personnes dans le système de santé et services sociaux.

L'accroissement et la complexité des besoins, le vieillissement de la population, la rareté des ressources, l'augmentation des maladies chroniques font pression sur le système de santé et font en sorte que le CSSS doit revoir ses façons de faire et même concentrer ses efforts sur certains groupes de population.

Afin de déterminer ces groupes, le CSSS a

procédé, en 2006, à une étude de données visant à dresser un portrait de la population de son territoire et un profil des caractéristiques des besoins de sa population. Suite à des travaux de réflexion, cinq clientèles ont été choisies, en fonction des besoins locaux de la population ou de l'urgence de revoir l'organisation des services.

Les cinq clientèles retenues ont été :

- ✓ Les personnes âgées en perte d'autonomie
- ✓ Les personnes ayant un problème de santé mentale
- ✓ Les jeunes en difficulté
- ✓ Les personnes ayant subi un traumatisme
- ✓ Les personnes ayant une maladie pulmonaire

Dans le cadre de ses nouveaux mandats, le CSSS a aussi la responsabilité d'assurer la coordination des services offerts par les intervenants du réseau local. Il doit donc solliciter la contribution de tous les acteurs ayant un impact sur la santé et les services sociaux pour éviter le dédoublement des services et faire en sorte que le bon usager reçoive le bon service, au bon moment, au bon endroit, par le bon intervenant.

Tous les partenaires impliqués sont invités, dès lors, à revoir leurs actions pour mieux agir sur les déterminants de la santé de la population afin que, tous ensemble, nous en arrivions à créer une nouvelle organisation de services.

Suite en page 2



LE CONTEXTE...

C'est dans ce contexte que le CSSS lançait, en avril 2006, la démarche locale d'organisation des services, ou projet clinique, en sollicitant la participation de la population, des organismes communautaires, des établissements à vocation régionale, des médecins oeuvrant en cabinet privé, des pharmaciens communautaires, du réseau de l'éducation, des organismes intersectoriels (ex. : municipalités) et du personnel du CSSS.

Cette mobilisation sans précédent a permis à plus de 150 participants, de professions et de milieux différents, intéressés par l'amélioration de la santé et des services sociaux, de se familiariser avec le concept de responsabilité populationnelle ainsi que les valeurs et les principes directeurs du projet clinique. Ils ont également été conviés à participer aux travaux des équipes pour influencer le choix des

cibles d'action prioritaires à mettre en place localement.

Au printemps 2006, cinq équipes de travail ont débuté leurs travaux. Les équipes étaient composées principalement d'intervenants, de gestionnaires et de médecins du CSSS; de représentants des milieux communautaire et intersectoriel ainsi que de représentants d'établissements à vocation régionale. Les travaux se sont échelonnés sur six mois, à une fréquence moyenne d'une rencontre par mois. Soulignons que le nombre d'équipes est passé à six avec la scission de l'équipe de santé mentale en deux volets : jeunesse et adulte.

La démarche reposait principalement sur l'expertise des acteurs « terrain » qui connaissent les besoins et les problématiques de la clientèle. Mais le défi était de taille : il fallait que les participants, de professions et de milieux différents, arrivent à s'entendre sur des actions prioritaires, malgré des attentes et des enjeux différents, tout en sachant qu'il n'y avait pas de

nouveau financement...

Parmi les cibles identifiées dans la démarche, les équipes devaient en retenir une, au minimum, par niveau de services (prévention/promotion, services de première, deuxième ou troisième ligne), jusqu'à un maximum de dix. Les cibles retenues par les équipes devaient répondre à certains critères populationnels, tels que rejoindre un nombre important d'usagers et d'aidants naturels; toucher un problème récurrent ou fréquent; concerner le plus de partenaires et de ressources; être réalistes, mesurables, réalisables à court ou moyen terme... Les cibles ayant fait l'objet d'un consensus ou d'un choix majoritaire au niveau de l'équipe ont été acheminées au comité d'orientation. Ce comité, formé de divers représentants du CSSS, de membres du conseil d'administration et de partenaires, a suivi l'évolution des travaux, a déterminé les cibles prioritaires et a recommandé les plans d'action au conseil d'administration du CSSS.

LES CIBLES PRIORITAIRES RETENUES ET LES ÉQUIPES DE TRAVAIL

L'équipe de projet clinique pour les jeunes en difficulté



De g. à d.: Johanne Daoust, France Lebrun, Michèle Blais, Annie Leroux, Marie-Catherine Auclair-Julien (chef d'équipe), Diane Grenier, Marie-Josée Leblanc et Martin Tassé.
Absents de la photo: Carmen Brunette, Marie-Paule Delvaux, Gilles Durand, Anne-Marie Lecault et Suzanne Lepage.

JEUNES EN DIFFICULTÉ

4 cibles ont été retenues sur les 29 identifiées...

- ✓ Sensibiliser les familles et leurs proches à adopter de saines habitudes de vie en lien avec l'allaitement, l'alimentation, l'activité physique, l'abstinence du tabac et l'usage des médicaments.
- ✓ Harmoniser l'offre de service visant le développement des compétences parentales.
- ✓ Assurer l'accueil et l'évaluation des jeunes vulnérables et de leur famille sans rupture de service.
- ✓ Assurer le traitement et le suivi des jeunes en grande vulnérabilité sans rupture de service.

L'équipe de projet clinique pour les personnes ayant subi un traumatisme



De g. à d.: Guylaine Rochon, Maryse Lapointe, Jocelyne Sanscartier, Marie-Pierre Guérard, Francine Parent, Manon Chénier, Francine Clermont, Guylaine LeHouillier, Sylvie Pelletier, Stéphanie Dion, Nancy Chabot (chef d'équipe), Ginette Constant et Chantal Cadieux.
Absents de la photo: Dr Gino Fournier, Louis Maltais et Yannick Tourigny.

PERSONNES AYANT SUBI UN TRAUMATISME

4 cibles ont été retenues sur les 18 identifiées...

- ✓ Améliorer et harmoniser l'accès à l'information et concerter les diverses activités de promotion et de prévention pour mieux sensibiliser la population aux risques d'accident.
- ✓ Réduire les chutes chez les personnes âgées en perte d'autonomie.
- ✓ Réduire le taux de fréquentation de l'urgence pour les personnes ayant subi un traumatisme mineur.
- ✓ Améliorer le temps de réponse et diminuer les délais d'intervention auprès de la clientèle traumatisée.

**L'équipe de projet clinique
pour les personnes ayant un problème de santé mentale
Volet jeunesse**



De g. à d., devant: Dre Martine Ducharme, Dominique Tremblay, Denise Trano et Suzanne Vilandré; derrière: Nancy Larivée, Jean-Pierre Lussier, Ginette Rivard, Jocelyne Bergeron, Linda Vallée (chef d'équipe), Annie Morrissette, Rose-Marie Danylo et Robert Leduc. Absents de la photo: Dre Geneviève Aubin, Caroline Chrétien, Gilles Durand, Gaston Leblanc et Dre Nathalie Patenaude.

**PERSONNES AYANT UN PROBLÈME DE
SANTÉ MENTALE – VOLET JEUNESSE**

4 cibles ont été retenues sur les 9 identifiées...

- ✓ Améliorer le soutien aux parents et aux familles vulnérables afin de favoriser le développement optimal des 0-17 ans.
- ✓ Dépister et supporter les jeunes à risque suicidaire.
- ✓ Augmenter l'accès à l'éventail des services de première ligne.
- ✓ Augmenter l'accès au suivi psychiatrique.

**L'équipe de projet clinique
pour les personnes ayant un problème de santé mentale
Volet adulte**



De g. à d., devant: Nancy Larivée, Dre Linda Gilbert et Sandra Thibault; derrière: Dr Roger Paquet, Jocelyne Bergeron, Marthe Pichette, Jean-Pierre Lussier, Annie Morrissette, Hébert Parisé, Linda Vallée (chef d'équipe), Raymond Rochette et Robert Leduc. Absents de la photo: Sylvain Barbara, Caroline Chrétien et Gaston Leblanc.

**PERSONNES AYANT UN PROBLÈME DE
SANTÉ MENTALE – VOLET ADULTE**

3 cibles ont été retenues sur les 5 identifiées...

- ✓ Dépister et supporter les adultes à risque de suicide.
- ✓ Consolider l'accueil, l'évaluation, l'orientation et la référence de la clientèle.
- ✓ Augmenter l'accessibilité au suivi psychiatrique.

**L'équipe de projet clinique
pour les personnes âgées en perte d'autonomie**



De g. à d.: Carole Guérard, Liane Rouillier, Ginette Bordeleau, Sylvie Bournival, Natalie O'Brien, Sylvie Gagnon, Mélisa Lallier, Monique Bachant et Natalie Jutras (chef d'équipe). Absents de la photo: Nancy Bélanger, Francine Giguère, Michel Hébert et Pierrette Mondion.

PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE

5 cibles ont été retenues sur les 21 identifiées...

- ✓ Prévenir les plaies chez les personnes âgées en perte d'autonomie dans tous les milieux de vie.
- ✓ Supporter les proches aidants et briser leur isolement.
- ✓ Permettre aux personnes âgées en perte d'autonomie de demeurer le plus longtemps possible dans leur milieu de vie naturel.
- ✓ Permettre aux personnes âgées d'avoir accès à une gamme de milieux de vie substitués en fonction de leurs besoins et des heures soins.
- ✓ Assurer l'évaluation, le traitement et le suivi de la clientèle à profil gériatrique.

**L'équipe de projet clinique
pour les personnes ayant une maladie pulmonaire**



De g. à d.: Caroline Boyer (chef d'équipe), Diane Arseneau, Laurence Bernard, Josée Coulombe, Manon Gaudreault, Marie-Noëlle Bélanger, Carole Vaillancourt, Audrey Potvin, Annie Prévost, Danielle Bazinet, Christine Dufour, Anick Charbonneau et Amélie Paquette. Absentes de la photo: Sylvie Dagenais, Annie Finlay et Carole Levasseur.

**PERSONNES AYANT
UNE MALADIE PULMONAIRE**

4 cibles ont été retenues sur les 15 identifiées...

- ✓ Identifier la clientèle à risque de développer une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) et répertorier la clientèle avec MPOC.
- ✓ Améliorer l'accessibilité à des services de fin de vie et de répit pour la clientèle MPOC.
- ✓ Assurer le suivi de la clientèle MPOC sans rupture de service.
- ✓ Réduire la durée moyenne d'hospitalisation de la clientèle MPOC en améliorant la qualité des services offerts à la clientèle.

LES CIBLES TRANSVERSALES

L'ACCESSIBILITÉ MÉDICALE

Cinq équipes sur six ont soulevé l'impact de l'absence de suivi médical pour la population du territoire et la nécessité d'arrimer nos services avec les médecins de famille du territoire. Leur implication constitue un enjeu majeur pour l'amélioration de la qualité des services. Le CSSS s'est engagé à chercher des solutions locales pour améliorer l'accessibilité médicale pour la clientèle ciblée du territoire.

L'ACCESSIBILITÉ AU TRANSPORT POUR LA CLIENTÈLE VULNÉRABLE

Quatre équipes sur six ont soulevé la problématique du transport dans l'organisation des services de santé et des services sociaux sur le territoire. Celle-ci a un impact sur plusieurs déterminants de la santé. Spécifions que l'offre de transport pour le corridor est-ouest (de Saint-Eustache à Oka) est limitée et que le transport collectif est inexistant dans les secteurs ruraux de Saint-Placide et des municipalités du sud de Mirabel. Devant l'étendue du territoire à desservir, le CSSS doit poursuivre sa collaboration pour trouver des solutions locales afin de mieux desservir sa population.

LES PLANS D'ACTION 2007-2010

Pour chaque cible prioritaire retenue, les équipes de travail ont proposé des moyens et ont identifié des pistes de solution qui, selon eux, contribueraient à la réussite du projet clinique au sein de notre territoire. Les directeurs du CSSS, en consultation avec les chefs d'équipe et les gestionnaires, ont élaboré des plans d'action, en s'inspirant des propositions des équipes de travail. Les cibles transversales ont également fait l'objet d'un plan d'action. Ces plans triennaux ont été adoptés par le conseil d'administration du CSSS le 16 avril dernier. Le conseil suivra de près l'évolution des travaux du projet clinique au cours des trois prochaines années.

LES ÉTAPES À VENIR...

- ♦ Mise en place graduelle des actions selon les travaux des équipes.
- ♦ Poursuite des travaux de la table territoriale médicale.
- ♦ Validation et suivi, soit par les équipes qui deviennent « groupes aviseurs » ou par les comités intersectoriels déjà en place.
- ♦ Évaluation des résultats et suivi des échéanciers par les directions.
- ♦ Suivi des indicateurs par la direction générale et présentation annuelle de l'avancement des travaux au conseil d'administration.

EN CONCLUSION. . .

Ces travaux sont d'autant plus une réussite qu'ils sont le fruit des réflexions émanant des intervenants les plus près de la clientèle. Les travaux des équipes ont influencé les plans d'action visant à améliorer l'organisation des services locaux à la population. Toutes les équipes ont réussi à cibler des actions prioritaires dans l'immensité des besoins à combler, l'absence de services, les enjeux différents des partenaires et le manque criant de financement dans la région.

Bien qu'imparfaite, cette première démarche a été porteuse de changement. Elle révolu-

tionne toutes les façons de faire et permet à tous d'élargir leur vision afin de briser les vieux réflexes et notre façon de travailler en silo. Suite à cette démarche, les directeurs du CSSS se sont engagés, via leurs plans d'action, à assumer la mise en place des actions retenues, en collaboration avec les partenaires impliqués.

Les résultats de cette démarche nous fournissent un document unique qui dresse un portrait de l'offre de service locale actuelle pour les cinq clientèles retenues. Ce portrait constitue le point de départ et le point de comparaison pour suivre les progrès réalisés, à travers

les plans d'action, au cours des prochaines années.

Nous ne pouvons que féliciter les six équipes, totalisant plus de 80 personnes, qui ont accepté de réfléchir sur l'organisation des services et sur les besoins prioritaires des clientèles visées. Une grande ouverture et une grande humilité ont teinté tous ces travaux dans ce contexte de travail totalement nouveau pour tous. Qu'il nous soit permis de remercier ici toutes les personnes qui ont collaboré et participé aux travaux des équipes malgré toutes leurs autres activités professionnelles.

**Vous aimeriez obtenir plus d'information
sur les plans d'action?**

**Adressez-vous
au service des communications du CSSS,
au 450 473-6811, poste 4108.**

**Il nous fera plaisir
de vous en acheminer une copie!**

**Tiré du document « Le projet clinique 2007-2010 »,
CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes,
produit par Diane Courchesne,
conseillère à la qualité des services
et chargée de projet intérimaire.
Adopté par le conseil d'administration du CSSS
le 16 avril 2007.**

**PRODUCTION JUIN 2007
SERVICE DES COMMUNICATIONS**

