



À l'unisson
pour notre population

Bulletin d'information du réseau local de Drummond

Année 2008 N° 4
7 novembre

Le réseau local a le mandat de s'attaquer aux problématiques de santé et de bien-être prioritaires concernant la population de Drummond et ce, par la réalisation de « projets cliniques ».

PROJET CLINIQUE «SANTÉ PHYSIQUE»



CIBLES 1 ET 2

Intervenir plus efficacement auprès des clientèles ayant des maladies pulmonaires chroniques (MPOC) ou des maladies cardiaques (MCAS)

Chargée de projet:
M^{me} Nathalie Boisvert, directrice CSSS Drummond



Les professionnels de la Clinique des maladies cardiorespiratoires

L'avancement des projets

Vous trouverez dans ce numéro l'état d'avancement des travaux concernant deux cibles cliniques. Nous poursuivrons dans les prochaines semaines cette série de bulletins afin de vous faire apprécier travail de chacune des équipes.

Visées

- *Consolider le continuum de services.*
- *Optimiser la qualité de vie du patient.*
- *Favoriser une autogestion de la maladie.*



CSSS Drummond
Médecins du CSSS Drummond
Équipe Programme santé publique et équipe Programme santé physique
Programme personnes en perte d'autonomie

(maintien à domicile)
Cabinets GMF et privés
Pharmaciens communautaires
Ressources d'hébergement privées

ERRATUM
Dans notre dernier numéro, nous avons malheureusement oublié de mentionner le nom de LOGISOUTIEN parmi les partenaires du projet clinique « Développer davantage les services de soutien aux proches aidants ». Nous nous en excusons bien sincèrement.

Objectif 1.1 : Développer une clinique des maladies cardiorespiratoires

La *Clinique des maladies cardiorespiratoires* est maintenant en opération au CSSS Drummond. Cette clinique est dédiée aux personnes aux prises avec une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) (cible: 250 personnes par année) et celles souffrant d'insuffisance cardiaque (cible: 60 personnes par année). Une troisième pathologie, l'insuffisance rénale, fera également partie de la mission de la clinique. L'objectif, pour le patient, est une meilleure prise en charge de sa maladie pour une meilleure qualité de vie. Grâce aux interventions intégrées des professionnels de plusieurs disciplines, le patient sera amené à mieux comprendre sa pathologie et le traitement qui lui est administré, de même que les solutions qu'il peut mettre de l'avant lorsqu'une problématique survient. Des programmes d'enseignement et de réadaptation y seront offerts, ce qui est fort novateur pour ce type de clinique. Une salle d'entraînement physique comportant vélos stationnaires et tapis roulant est aussi intégrée. De plus, la clinique comporte une aire de traitement qui permettra une réponse plus adaptée et plus rapide que la voie habituelle du service de l'urgence.

Objectif 1.2 : Créer des liens entre les partenaires

Dans un tel projet, l'arrimage et l'uniformisation des pratiques avec les partenaires de la communauté est cruciale. Tous les partenaires doivent tenir un même langage. D'ici la mi-décembre, les outils développés pour la clinique seront présentés aux partenaires. Le partage du plan de traitement et son suivi rigoureux par l'ensemble des partenaires peut faire toute une différence pour le maintien à domicile du patient. Également, le dossier/patient a été informatisé en partie, ce qui assurera un partage en temps réel avec les partenaires concernés des informations relatives à l'évolution de l'état de santé du patient.

MEMBRES DE LA TABLE DE CONCERTATION TERRITORIALE

- M. François Deschênes
- Centre jeunesse Mauricie Centre-du-Québec
- M. Michel Boutet
- Centre de services en déficience intellectuelle
- M^{me} France Fortin
- Centre de réadaptation en déficience physique (InterVal)
- M. Pierre Bourassa
- Domrémy
- M^{me} Lyse Gauthier
- Centre hospitalier régional de Trois-Rivières
- M. Francis Piché
- CSSS de L'Énergie
- D^{re} Claire Charron
- Médecins généralistes
- D^r Sébastien Bathalon
- Médecins spécialistes
- M. Sylvain St-Onge
- Organismes communautaires
- M. Denis Alie
- Entreprises d'économie sociale
- M^{me} Jocelyne Cloutier
- Pharmacies
- M^{me} Carole Léger
- Ressources non institutionnelles
- Ressources privées
Vacant
- Centre de santé et de services sociaux Drummond
- M. Nagui Habashi
- M. Michel Doyon
- M^{me} Lyse Garant
- M^{me} Nathalie Magnan
- M^{me} Nathalie Boisvert
- D^r Luc Gilbert

PROJET CLINIQUE « SANTÉ MENTALE ET DÉPENDANCES »



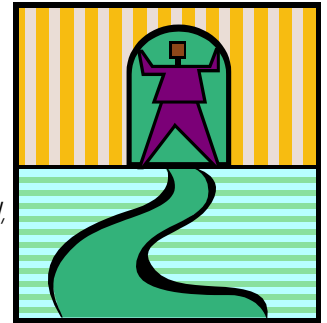
CIBLE 1

Améliorer les conditions de vie des personnes ayant des problèmes en santé mentale

Chargée de projet: M^{me} Nathalie Magnan, directrice CSSS Drummond,
assistée de M^{me} Julie Poirier, chef de service santé mentale 2^e ligne

Visée préalable:

Favoriser l'établissement ou la consolidation de conditions de vie de base ayant un impact sur la qualité de vie de la personne et sur son rétablissement.



CSSS Drummond
Psychiatres du CSSS Drummond
CSSS de L'Énergie
Représentante des usagers

Réseau d'aide le Tremplin
Ensoleilvent
Atelier du second souffle
Habitation

Objectif 1.1 : Identifier et préciser un besoin en particulier.

Ce que l'équipe a concrétisé :

La cible « améliorer les conditions de vie des personnes ayant des problèmes en santé mentale » était formulée de façon très large. Les premières discussions et analyses ont fait ressortir un besoin plus spécifique propre à ces personnes, soit « l'hébergement et le logement ». L'équipe a donc reformulé sa visée ainsi : « *Concertar et consolider les services et l'offre de services en lien avec le logement et l'hébergement de façon à faciliter un milieu de vie convenable à la personne ayant des problèmes de santé mentale* ».

Objectif 1.2 : Dresser la situation actuelle du territoire.

Objectif 1.3 : Déterminer l'offre de services souhaitée.

Ce que l'équipe a concrétisé :

Une fois la cible clinique prioritaire précisée, la table s'est mise à l'œuvre pour identifier les priorités d'action. Pour ce faire, les partenaires répertorient les services actuellement offerts en lien avec la cible afin de voir ce qui se fait déjà sur le territoire. Ils procèdent ensuite à identifier les « vides » qui font que les besoins de la clientèle se retrouvent moins bien répondus. Le plan d'action régional en santé mentale s'avère un précieux document de référence dans cette tâche. Les « vides » peuvent être notamment un manque d'arrimage entre partenaires, l'absence d'un service ou encore un service ou une ressource dont l'intensité ne répond pas aux besoins de notre population. Ce sont les « vides » identifiés qui guideront les actions à placer en priorité. Une fois les priorités d'action identifiées, il n'est pas exclu que d'autres partenaires soient interpellés s'ils se sentent concernés, toujours selon les importants principes de volontariat et de respect de l'autonomie de chacun.

Concrètement, les partenaires ont complété un tableau identifiant les services présentement offerts. Un travail de fond a été réalisé, si bien que les partenaires, possédant chacun leurs propres expertises et perspective, ont maintenant une meilleure connaissance de la réalité de chacun. Cet exercice a permis de faire ressortir le rôle essentiel et l'apport indéniable de chacun dans le continuum de services. Mieux connaître l'autre a d'ailleurs déjà stimulé l'intérêt à mieux arrimer nos références, d'une part et d'autre. Présentement, l'équipe travaille à identifier les « vides ». La prochaine rencontre est prévue à la mi-novembre.

