

**Rapport de mission d'étude internationale :
la réadaptation au Québec**

Syndicat FHP-SSR

Montréal du 15 au 19 novembre 2018

BIOMEGA
SERVICES

FHP
SSR
SYNDICAT DES SOINS DE SUITE
ET DE RÉADAPTATION

Dialog Health

Pour plus d'informations : emilie.lebee@dialog-health.com

Table des matières:

1	
Mission d'étude internationale : la réadaptation au Québec	1
Présentation #1 :le système de santé et des services sociaux du Québec 3 <i>Ministère de la santé et des services sociaux québécois</i>	3
Visite #1 : Institut National d'Excellence en Santé et en Services Sociaux (INESSS)	8
Visite #2 : Centre Intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Centre Sud de l'île de Montréal	11
Visite #3 : CHU de Montréal	12
Visite #4 Hôpital juif de réadaptation - Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de Laval	16
Visite #5 : Hôpital privé à but non-lucratif Marie-Clarac	18
Visite #6 Centre Universitaire de Santé McGill	19
Visite #7 L'hôpital privé de réadaptation Villa Médica	21
Visite #8 Institut Universitaire de Gériatrie de Montréal (IUGM)	23
Visite #9 : Centre de prévention et réadaptation de l'institut de Cardiologie de Montréal (centre EPIC)	25

Présentation #1 : le système de santé et des services sociaux du Québec

Ministère de la santé et des services sociaux québécois

Intervenants : Emilie Larochelle & Caroline Boucher

Lien vers les présentations : https://www.dropbox.com/sh/kly6qw5v6syl11k/AADSn1I3ldrN_fzXAhix_3tXa?dl=0

1. Caractéristiques sociodémographiques

- Près de 8,2 millions d'habitants (23 % des Canadiens)
- Plus de 78 % de la population est francophone
- Plus de 60 % de la population à Montréal et régions périphériques
- Espérance de vie à la naissance : 82,2 ans
- Personnes de 65 ans et plus : 18,5%



Le Québec a une population qui vieillit très rapidement, juste derrière le Japon.

Abréviations :

CHSLD : centre d'hébergement et de soins de longue durée
CISSS : centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS : centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
LMRSSS : Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales
RI et RTF : ressource intermédiaire et ressource de type familial (structures d'hébergement alternatives)
RPA : résidence privée pour aînés
Clinique : centre ambulatoire (consultation, HDJ...)

2. Répartition des compétences :

Partage des compétences selon la Constitution canadienne :

Pouvoirs exclusifs des gouvernements provinciaux :

- Organisation, administration et financement du système de santé et de services sociaux : « Il n'y a pas un système de santé canadien mais des systèmes de santé » Luc Boileau
- Dispensation des services à la population de leur territoire
- Lois professionnelles

Pouvoirs du gouvernement fédéral :

- Dispensation directe pour certains groupes et pour certains services
- Transfert financier aux gouvernements provinciaux assorti de conditions particulières

Loi canadienne sur la santé : 5 critères pour bénéficier des transferts canadiens en matière de santé :

- Universalité : droit à une assurance santé publique
- Intégralité : tous les services nécessaires sont couverts (hôpitaux et médecins)
- Accessibilité : mesures financières pour favoriser l'accès
- Transférabilité : couverture assurance transférée dans tout le Canada et à l'étranger
- Gestion / Administration publique : système provinciaux gérés par un organisme public sans but lucratif

3. Le système du Québec :

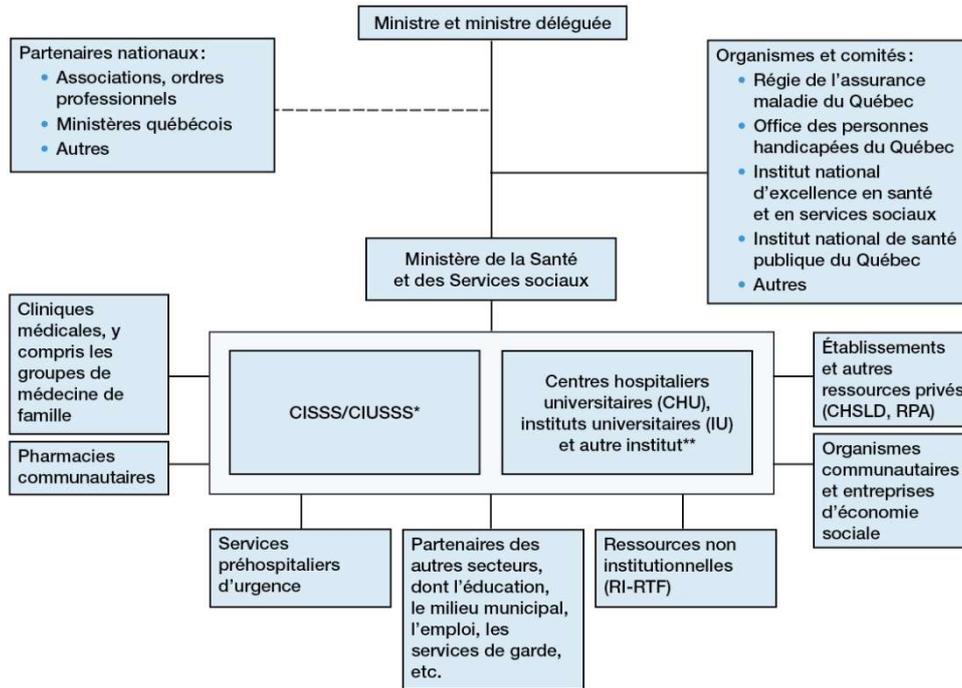
Le système de santé et de services sociaux a été institué en 1971. C'est un système public, dont l'État est le principal assureur et administrateur. Les services de santé et sociaux ont été intégrés dans un seul ministère dès le départ.

Régimes publics d'assurance : Deux régimes universels permettent à l'ensemble de la population d'obtenir des services hospitaliers et médicaux à la charge de l'État. Le régime général d'assurance médicaments complète la couverture publique de la population québécoise, depuis 1997. De plus, certains services sont offerts gratuitement à des groupes en particulier, selon des critères précis, tels que les services dentaires, les services optométriques et les appareils suppléant à une déficience physique.

Structure du système de santé et de services sociaux :

Le système de santé et de services sociaux du Québec a connu une profonde réforme en février 2015. Connue sous le nom de loi 10, cette **Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux** a ramené de 182 à 33 le nombre d'établissements (et donc le nombre de conseils d'administration) au sein du système, par l'intégration régionale de plusieurs organismes (hôpitaux, établissements sociaux) et par la suppression des agences régionales de santé et de services sociaux. Au total, 1200 postes de cadres ont été supprimés.

Deux paliers se partagent désormais les compétences : le niveau national et le niveau local.

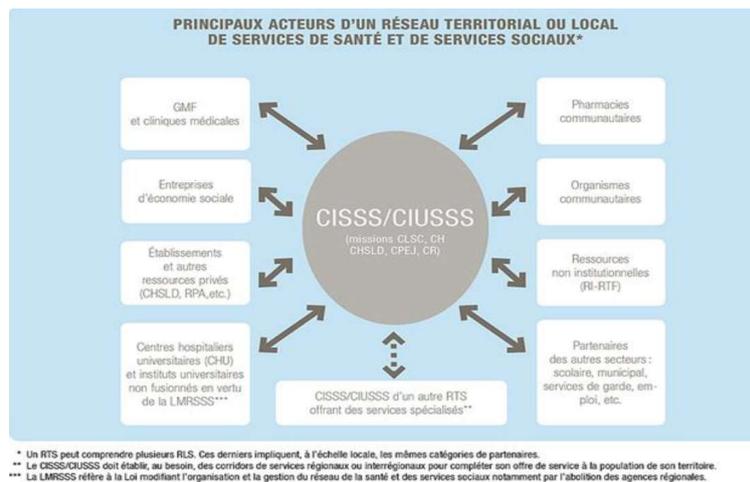


* Neuf des 22 centres intégrés de santé et de services sociaux peuvent utiliser dans leur nom les mots « centre intégré universitaire de santé et de services sociaux ».

** Les 7 établissements suivants sont rattachés au Ministère et offrent des services spécialisés et surspécialisés au-delà de leur région socio-sanitaire d'appartenance : CHU de Québec - Université Laval; Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec - Université Laval; Centre hospitalier de l'Université de Montréal; Centre universitaire de santé McGill; Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine; Institut de Cardiologie de Montréal; Institut Philippe-Pinel de Montréal. Ces établissements sont identifiés comme des « établissements non fusionnés » dans la LMRSSS (art. 8)

En outre, 5 établissements publics desservent une population nordique et autochtone. Ils ne figurent pas dans l'illustration ci-dessus. À l'exception du CLSC Naskapi, ces établissements ne sont pas visés par la LMRSSS.

Le système est basé sur les centres intégrés de santé et de services sociaux et des centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (centres intégrés). Lorsqu'un centre intégré se trouve dans une région socio-sanitaire où une université offre un programme complet d'études pré-doctorales en médecine ou lorsqu'il exploite un centre désigné institut universitaire dans le domaine social, il se nomme centre intégré universitaire de santé et de services sociaux. L'objectif : offrir de bons soins, au bon moment par la bonne personne.



Les objectifs de la réforme étaient de recentraliser la gestion du système pour atteindre les objectifs suivants : Accroître l'efficacité et l'efficience en particulier grâce à la responsabilité populationnelle, Faciliter l'accès aux services grâce à la mise en place de guichets uniques, Améliorer l'intégration en attribuant un vaste éventail de missions aux différents acteurs.



Idées à retenir d'après Luc Boileau :

La responsabilité populationnelle

Les partenaires d'un territoire local partagent collectivement une responsabilité à l'égard de la santé et du bien-être de la population en fonction de l'ensemble des besoins en :

- agissant en amont sur les déterminants de la santé en collaboration avec les autres secteurs d'activité;
- rendant accessibles un ensemble de services les plus complets possible dans un continuum allant de la prévention à la réadaptation;
- assurant la prise en charge et l'accompagnement des personnes dans le système de soins et de services.

L'intégration des soins :

L'intégration des soins et services pour des populations de 300 000 à 500 000 personnes crée une masse critique optimale. Les réformes structurelles (rapprochements structurels des différents acteurs intervenant dans les prises en charge) sont importantes, mais ne sont pas suffisantes:

- il est nécessaire d'engager les parties prenantes dans une approche collaborative axée sur les résultats
- importance déterminante d'une vision commune partagée

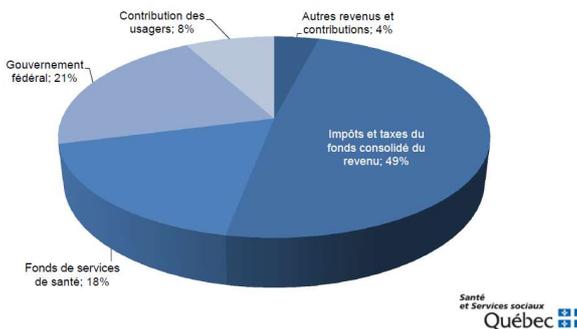
Objectif de la réforme d'un système de soins :

Passer d'une perspective de « ressources/maladies » à une perspective centrée sur les résultats associés à une responsabilité de population en gardant en tête le *Triple Aim* (amélioration de la valeur: état de santé de la population, satisfaction des usagers, optimisation dans l'utilisation des ressources).

Financement des services :

Le financement des services de santé et des services sociaux repose essentiellement sur la fiscalité générale, ce qui permet une répartition plus équitable du risque dans la société. Les revenus proviennent principalement : des impôts et des taxes prélevés par le gouvernement du Québec puis versés dans le Fonds consolidé du revenu, des cotisations des employeurs et des particuliers au Fonds des services de santé, du Fonds de financement des établissements de santé et de services sociaux, des transferts du gouvernement fédéral.

Sources de financement 2016-2017 (2)



Dépenses :

Dépenses de santé comparatives, Québec et Canada, 2012		
Dépenses	Québec	Canada**
Dépenses totales de santé par habitant*	5 380 \$	5 911 \$
Dépenses totales de santé en proportion du produit intérieur brut (PIB)	12,1 %	11,3 %
Proportion des dépenses publiques par rapport aux dépenses totales de santé	70,2 %	70,6 %
Dépenses publiques de santé par habitant	3 773 \$	4 175 \$

Source : Institut canadien d'information sur la santé.

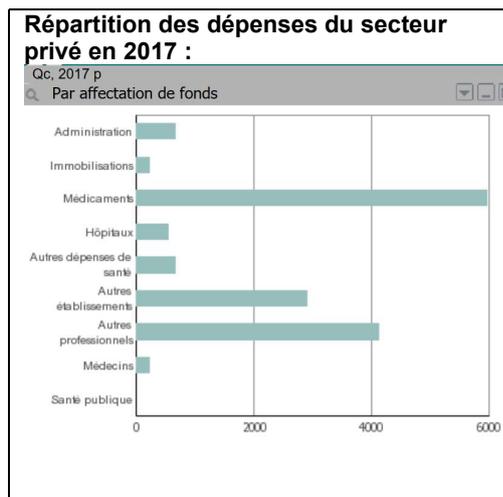
* Les données illustrées ci-dessous sont en dollars courants.

** Incluant les dépenses en santé au Québec

Evolution des dépenses de santé au Québec entre 2012 et 2017 :

	Unité	2012	2016	2017
Ressources financières				
Dépenses totales de santé ⁴⁴	M\$	43 498	51 278 ^e	53 933 ^e
Secteur public	%	70,1	71,4 ^e	71,5 ^e
Secteur privé	%	29,9	28,6 ^e	28,5 ^e
Dépenses totales de santé en proportion du PIB ⁴⁴	%	12,3	13,0 ^e	13,3 ^e
Dépenses totales de santé par habitant ⁴⁴	\$	5 380	6 159 ^e	6 434 ^e

Source : Chiffres clés sur le Québec - http://www.stat.gouv.qc.ca/quebec-chiffre-main/pdf/qcm2018_fr.pdf



Au Québec, en 2017, les dépenses totales en santé étaient de l'ordre de 54 milliards de dollars. Elles comprennent les dépenses publiques (incluant les dépenses directes du gouvernement fédéral pour les clientèles dont il a la charge) et les dépenses privées (réclamations aux assurances privées, paiements directs – tels que la contribution à l'hébergement (CHSLD) et pour l'achat de médicaments – effectués par les particuliers, dons, etc.).

Il y a quatre secteurs où l'offre est principalement privée :

- L'hébergement et les soins aux aînés
- Les pharmacies
- Les soins dentaires
- Les soins de la vue

Source : https://www.iedm.org/sites/default/files/pub_files/cahier0115_fr.pdf

Les dépenses en services sociaux sont exclues des estimations de l'Institut canadien d'information sur la santé. Elles représentent environ 12 % de la dépense totale de la mission santé et services sociaux du gouvernement du Québec.

Les plans stratégiques :

La vision, les principaux enjeux et orientations		Un seul document synthétise l'ensemble des axes du plan stratégique 2015-2020.								
<p>Vision : Des soins de santé et des services sociaux accessibles et efficaces, qui s'adaptent aux besoins des Québécois</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Enjeux</th> <th>Orientations</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. De nouveaux gains en matière de santé de la population</td> <td>Favoriser les saines habitudes de vie et la prévention des problèmes de santé</td> </tr> <tr> <td>2. Un système centré sur les usagers et adapté à leurs besoins</td> <td>Offrir des services et des soins accessibles, intégrés et de qualité au bénéfice des usagers</td> </tr> <tr> <td>3. Des ressources mobilisées vers l'atteinte de résultats optimaux</td> <td>Implanter une culture d'organisation innovante et efficace dans un contexte de changement</td> </tr> </tbody> </table>			Enjeux	Orientations	1. De nouveaux gains en matière de santé de la population	Favoriser les saines habitudes de vie et la prévention des problèmes de santé	2. Un système centré sur les usagers et adapté à leurs besoins	Offrir des services et des soins accessibles, intégrés et de qualité au bénéfice des usagers	3. Des ressources mobilisées vers l'atteinte de résultats optimaux	Implanter une culture d'organisation innovante et efficace dans un contexte de changement
Enjeux	Orientations									
1. De nouveaux gains en matière de santé de la population	Favoriser les saines habitudes de vie et la prévention des problèmes de santé									
2. Un système centré sur les usagers et adapté à leurs besoins	Offrir des services et des soins accessibles, intégrés et de qualité au bénéfice des usagers									
3. Des ressources mobilisées vers l'atteinte de résultats optimaux	Implanter une culture d'organisation innovante et efficace dans un contexte de changement									
<p>Santé et Services sociaux Québec</p>										

Lien vers le synoptique :

<https://www.dropbox.com/s/3fjkdeebwruwa69/Tableau%20synoptique%202015-2020%20%28VF%20%C3%A9dition%202017%29.pdf?dl=0>

Les différents professionnels de la santé au Québec :

Diététiste : diététicien

Ergothérapeute : ergothérapeute

Gestionnaire de lits / coordonnateur de soins : n'est pas forcément un assistant social ou psychologue, c'est un professionnel qui offre du soutien à l'utilisateur et fait le lien avec l'ensemble des services tout le long de l'épisode de soins. Dans les situations très complexes (comme par exemple une personne ayant fait un AVC et avec une démence) : un coordonnateur dédié va assurer l'ensemble des transitions et de la continuité des soins sans durée maximale. Dans les situations les plus simples, sans comorbidités, le coordonnateur est juste présent pour les transitions au décours de l'épisode de soins.

Infirmier praticien : infirmier qui peut prescrire des actes médicaux. Surtout présents en soins primaires, en tandem avec les médecins généralistes.

Infirmier clinicien : fonction la plus étendue au niveau de la gestion des cliniques. Formation plus technique qu'analytique. Responsabilités les plus proches de celles des IDE français.

Infirmier auxiliaire : ont un champs d'intervention plus restreint. Ils font des soins, administrent les médicaments mais pas d'actes techniques (intraveineuses par exemple).

Inhalothérapeute : responsable d'évaluer la condition cardiorespiratoire à des fins diagnostiques ou de suivi thérapeutique; contribue à l'anesthésie en collaboration avec l'anesthésiologiste lors des interventions chirurgicales et traiter des problèmes qui affectent le système cardiorespiratoire.

Kinésiologue : professionnel en prévention et promotion de la santé qui intervient auprès des personnes en utilisant l'activité physique comme moyen de réadaptation ou de rééducation. Responsable d'évaluer la condition physique de la personne, de lui élaborer un programme d'entraînement personnalisé selon ses besoins et ses capacités, de apprendre à effectuer les différents exercices et à utiliser les différents appareils, la conseiller sur des méthodes de prévention d'accidents ou de blessures ce qui lui permettra d'améliorer ou de maintenir leur santé.

Massothérapeute : a pour tâches d'évaluer et d'établir avec ses clients leurs besoins thérapeutiques (maux particuliers, durée de la séance, etc.), déterminer les techniques nécessaires qui seront utilisées lors de la séance et enfin, appliquer différentes manœuvres spécifiques selon la technique de massage choisie afin d'améliorer la condition musculaire, circulatoire et énergétique.

Préposés aux bénéficiaires / auxiliaires de santé et de service sociaux à domicile : équivalent des aides-soignants (mission en lien avec l'alimentation, l'habillement, l'hygiène, les loisirs, etc.)

Physiatre : Médecin spécialisé en médecine physique et réadaptation

Physiothérapeutes : kinésithérapeutes

Zoom sur les médecins : les médecins québécois sont des professionnels libéraux qui ne sont jamais employés. Y compris dans les hôpitaux, les praticiens sont autonomes. Les médecins au Québec sont soit « in » soit « out » : ils ne peuvent exercer qu'exclusivement dans le secteur public ou privé. Dans ce cas, marginal, il y a un paiement direct des patients sans aucun remboursement par l'assurance maladie. Les salaires, payés à l'heure et directement par le Ministère, sont très attractifs et il y a très peu de pénurie en médecine spécialisée. Moyenne des rémunérations (paiement à l'acte) : 475 000 dollars / 300 000 pour les médecins généralistes / 2/2.4 millions pour les certains spécialistes. Le concept de désert médical n'est plus d'actualité au Québec grâce à la mise en place de très gros incitatifs financiers.

Visite #1 : Institut National d'Excellence en Santé et en Services Sociaux (INESSS)

Intervenants :

Luc Boileau, Président-Directeur de l'INESSS

Sylvie Desmarais, Responsable des Services Sociaux

Sylvie Valade, professionnelle-conseil services sociaux

Lien vers les présentations : https://www.dropbox.com/sh/kly6qw5v6syl11k/AADSn1I3ldrN_fzXAhix_3tXa?dl=0

L'INESSS a pour mission :

De promouvoir l'excellence clinique et l'utilisation efficace des ressources dans le secteur de la santé et des services sociaux.

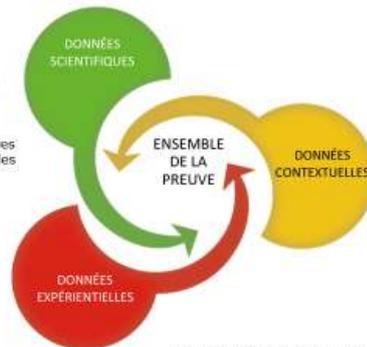
D'évaluer les avantages cliniques et les coûts des technologies, des médicaments et des interventions en santé et en services sociaux personnels, et d'émettre des recommandations quant à leur adoption, leur utilisation ou leur couverture par le régime public, ainsi que d'élaborer des guides de pratique clinique afin d'en assurer l'usage optimal.



LE DÉFI DE L'INTÉGRATION DES SAVOIRS

Données scientifiques :

- Efficacité
- Efficience
- Innocuité ou sécurité
- Contexte organisationnel
- Aspects psychosociaux
- Aspects éthiques
- Aspects économiques
- Expérience documentée des patients, des usagers et des professionnels



Données sur le contexte d'implantation :

- Utilisation des soins et services
- Organisation des soins et services
- Modes de pratique
- Formation professionnelle
- Ressources disponibles
- Aspects économiques, démographiques, géographiques
- Enjeux juridiques et éthiques
- Valeurs sociétales et culturelles
- Attitudes et habitudes

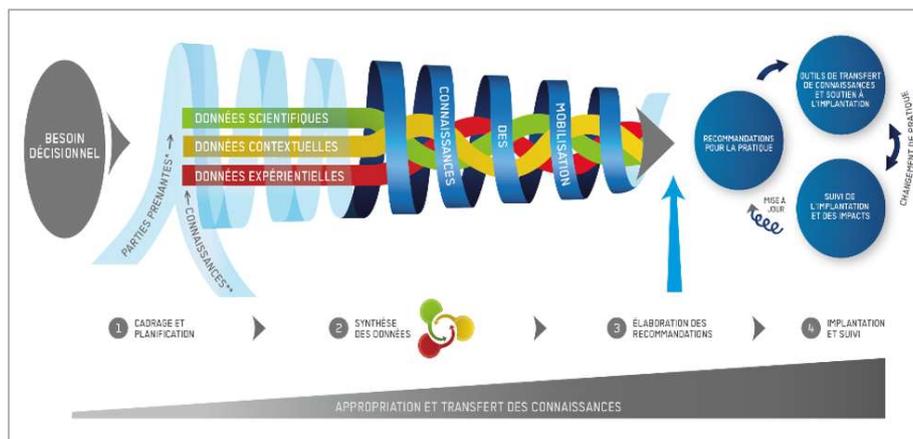
Données expérientielles des professionnels :

- Pertinence, applicabilité et mise en œuvre des interventions
- Valeurs et préférences

Données expérientielles des usagers et leurs proches :

- Impact sur qualité de vie et bien-être
- Attentes et besoins
- Facteurs influant sur l'observance et l'adhésion

LE PROCESSUS DE PRODUCTION



Neuf programmes-services au sein de l'INESSS :

Deux programmes-services pour les besoins touchant l'ensemble de la population

- Santé publique
- Services généraux – activités cliniques et d'aide

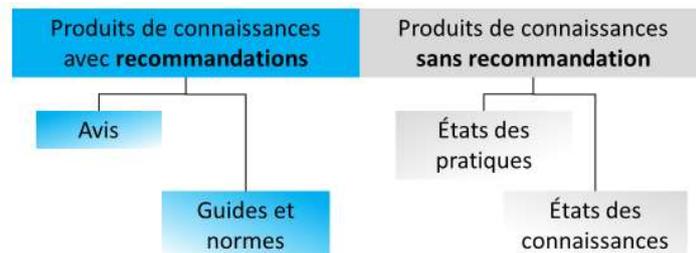
Sept programmes-services consacrés à des problématiques particulières

- Soutien à l'autonomie des personnes âgées
- **Déficiences physiques** : s'adresse à des personnes de tous âges qui présentent une déficience physique, c'est-à-dire une déficience auditive, langagière, motrice ou visuelle, ainsi qu'à leur famille et à leurs proches. Il offre également des services aux enfants ayant un retard significatif dans leur développement ainsi qu'aux personnes ayant un trouble de la communication sociale.
La déficience physique se définit comme étant la déficience d'un système organique qui entraîne ou risque d'entraîner, selon toutes probabilités, des incapacités significatives et persistantes (y compris épisodiques) liées à l'audition, à la vision, au langage ou aux activités motrices et qui réduit ou risque de réduire la réalisation des activités courantes ou des rôles sociaux.
- Déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme
- Jeunes en difficulté
- Dépendances, telles que l'alcoolisme, la toxicomanie et le jeu pathologique
- Santé mentale
- **Santé physique** : Le programme Santé physique s'adresse à toute personne qui est aux prises avec une maladie, un symptôme ou un traumatisme et qui doit recevoir des soins et des traitements spécialisés et surspécialisés. Il s'adresse également à toute personne aux prises avec une maladie qui exige un suivi systématique et des services en continu.

Le programme Santé physique comprend donc précisément :

- o les urgences;
- o les épisodes de soins aigus et les visites en ambulatoire qui sont spécialisés et surspécialisés ainsi que les visites spécialisées à domicile;
- o les soins palliatifs;
- o les services de santé physique destinés aux malades qui ont besoin d'un suivi systématique et qui doivent recevoir des services en continu.

Typologie des produits de l'INESSS :



Et des outils et activités de transfert de connaissances...

Exemple de production : l'INESSS a été missionnée pour réaliser un recensement des écrits décrivant des modèles nationaux et internationaux ainsi que des pratiques organisationnelles favorisant l'actualisation d'un continuum optimal en réadaptation pour les adultes ayant des incapacités motrices permanentes qui découlent d'un accident ou d'une maladie (AVC, TCC, amputation, blessure ou lésion médullaire, maladie dégénérative) ou encore d'incapacités motrices temporaires qui résultent d'une fracture (fragile avec comorbidités) ou d'une chirurgie pour une prothèse totale de la hanche ou du genou.

Objectif : Décrire des modèles documentés d'organisation des services de réadaptation et faire ressortir les pratiques prometteuses permettant d'accroître l'accessibilité, la continuité et la complémentarité des services destinés aux adultes ayant des incapacités permanentes ou temporaires.

Résultats :

Quels modèles d'organisation de services des juridictions canadiennes et internationales pourraient favoriser l'accessibilité, la continuité et la qualité des services de réadaptation?

Cinq modèles d'organisation de services ont été examinés : Australie, Ontario, Irlande, Alberta, Nouvelle-Zélande. Quelques éléments communs aux cinq modèles :

- adoption de définitions communes;
- adhésion de tous les acteurs concernés à une vision intégrée des services du continuum de réadaptation;
- mise en œuvre d'une offre complète et variée de services externes.

Quelles pratiques organisationnelles transversales favoriseraient l'accessibilité, la continuité et la complémentarité des services?

- Communes à la gestion des lits, à la gestion des transitions et à la dispensation des services externes, quatre pratiques ressortent de façon prépondérante de la littérature.
- Adopter une terminologie commune
- Viser l'intégration des services et rendre disponibles une offre complète et une gamme variée de services (santé mais aussi besoins sociaux : déplacement, travail... habitudes de vie).
- Miser sur une équipe interdisciplinaire ayant acquis une expertise ciblée
- Soutenir l'inclusion de l'utilisateur et de sa famille dans l'équipe

En lien avec la gestion de lits, quelles pratiques organisationnelles sont à considérer?

Certaines pratiques organisationnelles liées à la gestion des lits émergent de la recension des écrits

La précocité et l'intensité des services internes (12 à 15h par semaine)

Le type d'unités internes : un choix en adéquation avec les besoins de l'utilisateur :



En lien avec la gestion des transitions, quelles pratiques organisationnelles sont à considérer?

En matière de gestion des transitions, il existe trois moments clés au cours desquels des actions doivent être réalisées pour permettre à l'utilisateur et sa famille un passage harmonieux entre les prestataires de services : au cours de l'épisode de services, au moment du congé, après l'épisode de services.

Selon les lignes directrices, les guides de pratique clinique et les revues systématiques, les pratiques incontournables sont :

- la planification et la coordination de la transition.

En lien avec la dispensation des services externes, quelles pratiques organisationnelles sont à considérer?

Le déploiement de services externes variés et adaptés aux besoins des usagers et de leur famille représente un des éléments fondamentaux de cette recension des écrits.

- Dispensés dans différents lieux : en centre hospitalier, en établissement de réadaptation, dans la communauté ou au domicile de l'utilisateur
- En continuité des services offerts dans les unités de soins aigus ou ceux des unités internes de réadaptation

5 types de services ambulatoires (externes au Québec) :

- o Clinique externe : centre de réadaptation ambulatoire spécialisé et à domicile
- o HAD – services médicaux et paramédicaux
- o La sortie anticipée avec soutien : service intensif à domicile – l'utilisateur est chez lui et va recevoir 12 à 15h de rééducation à domicile
- o HDJ : surtout pour les personnes âgées qui ont besoin de réadaptation
- o Télé-réadaptation : certains défis techniques se posent encore mais c'est une solution à développer.

Lien vers la publication : <https://inesss.qc.ca>

Les pratiques organisationnelles en réadaptation à l'échelle nationale et internationale pour la clientèle adulte présentant une incapacité motrice permanente ou temporaire, Rapport publié le 4 septembre 2018

<https://www.inesss.qc.ca/nc/publications/publications/publication/les-pratiques-organisationnelles-en-readaptation-a-lechelle-nationale-et-internationale-pour-la-clie.html>



Idées à retenir :

Recommandations de pratiques organisationnelles en réadaptation à l'échelle nationale et internationale pour la clientèle adulte présentant une incapacité motrice permanente ou temporaire :

Pour accroître l'accessibilité des services, il est souhaitable de...

- o avoir des équipes interdisciplinaires ayant acquis l'expertise nécessaire;
- o miser sur la précocité et l'intensité des interventions en interne;
- o rendre disponible une variété de services externes en adéquation avec les besoins et préférences des usagers.

Pour améliorer la continuité des services, il est souhaitable de...

- o bien planifier et coordonner les transitions en incluant des communications régulières, bidirectionnelles et une transmission d'information en temps opportun;
- o adopter un langage commun.

Pour favoriser la complémentarité des services, il est souhaitable de...

- o se doter d'une vision intégrée des services de réadaptation et d'une planification visant le plus possible les services externes;
- o créer des unités internes adaptées aux besoins spécifiques des usagers.

Visite #2 : Centre Intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Centre Sud de l'Île de Montréal

Intervenants :

Sonia Bélanger, présidente-directrice générale,

Jacques Couillard, directeur général adjoint soutien, administration et performance

Annie-Kim Gilbert, directrice de l'enseignement universitaire et de la recherche

Nathalie Charbonneau

Marc Bessette, Directeur adjoint des services ambulatoires et de l'accès au continuum SAPA, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Lien vers les présentations : <https://www.dropbox.com/sh/gjfz3si9tychxsy/AABIV6kiL3uG6E4FMTelWxYBa?dl=0>

Le CIUSSS du Centre-Sud, c'est...



Management :

La fusion des 156 installations du CIUSSS a nécessité la révision de la structure managériale. Les alliés indispensables pour gérer une grande organisation comme le CIUSSS sont :

- o Une équipe de direction soudée
- o Un plan stratégique bien adapté
- o Un modèle de qualité et performance
- o Un bureau de projet organisationnels, composé de 12 personnes, auquel s'ajoutent 12 personnes sur approches LEAN processus (formation de l'ensemble des cadres)
- o Des salles de pilotage stratégique : Chaque manager, à tout niveau, a des indicateurs disponibles. Ces indicateurs sont affichés sur les murs et l'équipe de direction fait le tour pour voir quels sont les problèmes rencontrés. Ils identifient des solutions en partenariat avec les équipes. Il s'agit d'une méthode de gestion visuelle de l'amélioration continue



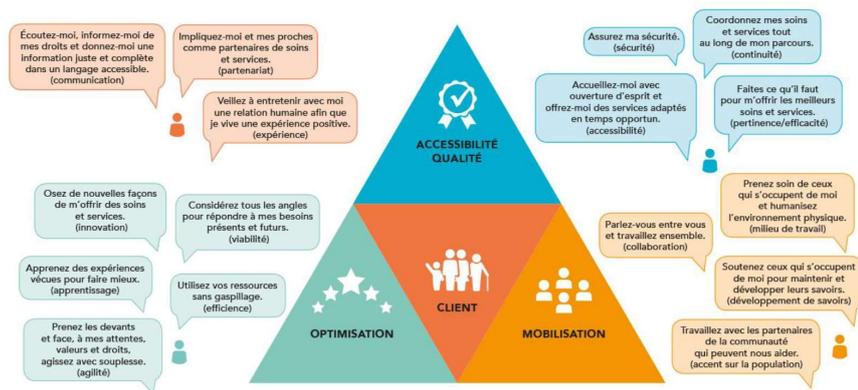
Les méthodes managériales et d'amélioration de la qualité sont multiples : LEAN, KAIZEN, PLANETREE, etc.

Ces méthodes requièrent un changement de culture, qui passe par la formation des cadres de tout niveau et d'agents du changement au sein même des équipes.

Qualité :

La démarche qualité du CIUSSS du Centre de l'Île Sud est centré sur les clients, soit : les usagers, patients, résidents, proches, la communauté et la population locale.

Chacun des 4 axes de la stratégie qualité a été discutée avec des représentants des clients pour qu'ils correspondent à leur réalité.



La notion de performance doit être mieux comprise car elle est aussi importante que la qualité y compris pour les cliniciens.



Idées à retenir :

Importance du partenariat avec les patients :

« Ça prend un village pour prendre soin d'un patient » expert patient
 « Le médecin est l'expert de la maladie mais le patient est l'expert de la vie avec la maladie » expert patient

Des méthodologies de management permettent d'accompagner les équipes dirigeantes et l'encadrement pour améliorer la participation des usagers et des professionnels à la transformation des établissements et à l'amélioration de l'efficacité.

Visite #3 : CHU de Montréal

Intervenants :

Irène Marcheterre - directrice des communications et de l'accès à l'information;

Jeanne-Évelyne Turgeon - directrice, direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique; et

Jean-François Fortin Verreault - directeur, direction du soutien à la transformation.

Lien vers les présentations :

<https://www.dropbox.com/sh/5ctme2hfu0f46y0/AACdTUNOJhMXbnaw04XMu6IFa?dl=0>

<h3>Le CHUM : un hôpital universitaire majeur en Amérique du nord</h3> <ul style="list-style-type: none"> 500 000 patients traités par année dans toutes les spécialités médicales 5800 étudiants 435 chercheurs Une équipe extraordinaire <ul style="list-style-type: none"> 10 000 employés 1 056 médecins 79 pharmaciens 681 bénévoles Budget annuel de plus de 850 M \$  <p>Un investissement de 3,6 milliards \$</p> 	<h3>Contexte :</h3> <ul style="list-style-type: none"> La pression à la hausse sur la demande en services par une population vieillissante aux prises avec plusieurs maladies chroniques La progression importante des maladies oncologiques, des chirurgies complexes et de nombreuses comorbidités ayant une incidence sur l'intensité des soins et l'organisation des services
--	---

- Un réseau de soins et services de santé qui présente des lacunes en matière d'accessibilité et de continuité, dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre qualifiée, de systèmes d'information cloisonnés et de pression budgétaire
- L'augmentation des soins et services en ambulatoire et par la télé-santé

- Le recours au travail interdisciplinaire pour répondre à des problématiques plus complexes alors que les frontières s'estompent entre les champs d'exercice professionnel

Projet architectural :

Le projet de transformation du CHUM est massif. Il prend place dans un contexte contraint, l'ensemble du projet devant loger au cœur de la ville de Montréal. Son coût de 3.6 milliards de dollars et sa capacité (300 000 mètres carrés) en font un projet d'exception.



Accompagnement de la transformation :

Une démarche de projet visant à gérer la transformation a été mise en place :

L'équipe projet dédiée à l'accompagnement de la transformation a été créée en 2012. Elle était composée de 24 personnes à son pic d'activité. S'y ajoutaient les équipes dédiées à la construction ainsi que toutes les personnes missionnées dans les différentes équipes de direction de l'hôpital. Elle gérait un portefeuille de 160 projets, de l'organisation clinique au bâtiment, en passant par les RH (tous les employés ont repositulé en interne).



Leur enjeu : fédérer l'ensemble des professionnels de l'hôpital et s'assurer de la cohérence de toutes les actions. La gestion des interdépendances a en particulier été recherchée, pour s'assurer que le résultat soit cohérent (vérifier que les urgences prennent en compte les contraintes de la logistique et du labo avant de décider d'un nouveau circuit des prélèvements par exemple).

L'équipe dédiée à l'accompagnement de la transformation a beaucoup mis sur la **communication** : formation des agents au changement, tournée auprès des agents de jour et de nuit, etc. Une des étapes prioritaires a été de décider du devenir de tous les professionnels, pour qu'ils puissent se projeter sereinement dans les futures organisations.

Différentes **méthodes de gestion du changement** ont été utilisées :

- Jonkoping : le patient comme moteur
- Virginia Mason : le Lean
- Department of Veteran Affairs healthcare system : approche qualité en se basant sur le six sigma
- Intermountain Health Care : modèle IHI et TI
- Baptist Hospital : expérience patient et critère de Baldrige
- Planetree Institute : environnement porteur de santé
- Magnet hospital : le développement professionnel



Le projet de nouveau CHUM implique de profondes transformation : **passage de 3 sites à 1 site plus grand** que les précédents. Chacun des sites avait sa propre culture.

Des cérémonies de commémorations ont été organisées pour la fermeture des 3 sites en fonction de leur culture (deuil à faire pour le site démolit par exemple). Cela a permis aux agents de se sentir impliqués et concernés.

Une grande répétition générale a eu lieu quelques jours avant les déménagements dans les locaux du nouveau CHUM, pendant laquelle les infrastructures, systèmes et process (en particulier critiques comme la réanimation) ont été testés.

125 personnes étaient présentes sur place : patients ressources, employés, médecins, équipe de directions, observateurs et équipes des urgences.



Le **déménagement** en lui-même a été organisé en 3 vagues pour limiter la réduction d'activité. L'entreprise de déménagement **HCR**, qui avait déjà fait le déménagement de McGill, a été mobilisée.

Après l'ouverture, une « Swat Team » (équipe d'intervention post ouverture) a opéré pendant 5 mois. Tous les jours, une équipe a visité l'ensemble des services de l'hôpital pour aider à résoudre les problèmes rencontrés sur le terrain par les cliniciens. Elle recensait les problèmes à l'équipe de direction à 11h et se répartissait la résolution des problèmes.



LOGISTIQUE HOSPITALIÈRE INNOVATRICE

3 500 déplacements de matériel chaque jour par les 70 véhicules autoguidés

pour la livraison de 6 000 médicaments, prélèvements, échantillons, produits sanguins et autres chaque jour



129 STATIONS

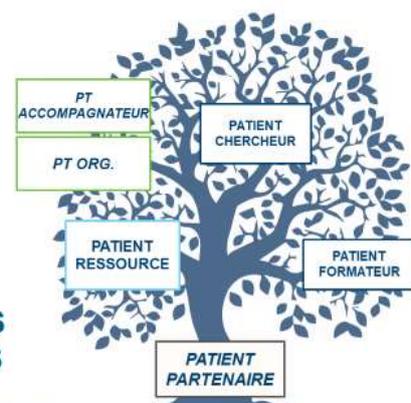
CHU

L'approche Patients partenaires :

Il s'agit d'un vrai virage pris au Québec ces dernières années. Il faut un vrai changement de culture pour favoriser l'implication des patients et de leurs proches dans les soins : la perception des équipes soignantes est que cela alourdit la charge de travail.

La démarche qualité au Canada (Agrément Canada) est de plus en plus fondée sur des trajectoires par clientèle de service. Ainsi, l'évaluation des services jeunesse dans tous les services sanitaires et services sociaux aura lieu en même temps. Cela implique que les établissements s'adaptent et fasse plus participer les patients.

TYPOLOGIE DES PATIENTS PARTENAIRES





Les patients ressource sont au cœur de cette transformation culturelle. Leur mission :

- Participer de façon constructive et active aux travaux menés par le CHUM, par l'enrichissement de leur savoir expérientiel;
- Témoigner d'une perspective patient au sens large;
- Contribuer à éclairer une vue d'ensemble du continuum patient;
- Faciliter et traduire la compréhension chez les professionnels des besoins et préoccupations des patients;
- S'exprimer sur les forces de l'organisation et sur les domaines pour lesquels des changements / améliorations seraient souhaités.

Les 80 patients ressource du CHUM sont accompagnés par des conseillères de formation en santé.

L'exemple de l'implication des familles



Le CHUM, dans le cadre de sa réouverture, a décidé de renforcer la présence des familles dans le cadre de son partenariat avec les patients.

Cette présence renforcée a pour bénéfices attendus :

- ↓ le stress du patient et les complications qui y sont associées,
- ↓ l'anxiété, l'isolement social associé à la maladie,
- agit + sur l'évolution de l'état physiologique et psychologique du patient,
- crée une atmosphère favorable à la récupération pour le patient,
- constitue une source d'information précieuse pour les soignants,
- permet de diminuer les chutes et les blessures dues aux chutes, les incidents préjudiciables, les taux de réadmission,
- facilite et simplifie la planification du congé,

Concrètement, cette présence renforcée se traduit de la manière suivante :

- Les heures de visite ont été supprimées. Ce sont les patients qui ont vaincu les résistances des médecins (peur des poursuites en particulier) et des infirmiers (interruption de la routine de soins et ralentissement).
- Des procédures et protocoles encadrent la présence de la famille, avec en particulier un « guide de cohabitation de nuit ».
- La sécurité du site a été organisée (enregistrement des visiteurs et badgeage systématique).
- Un salon des visiteurs a été créé dans chaque unité, avec un espace de télétravail.
- La conception des 772 chambres d'hospitalisation prévoit des espaces dédiés pour les familles avec en particulier un fauteuil transformable en lit de la marque **Groupe Global**.



Idées à retenir :

Approche partenariat patient concrètement :

- Intégrer les patients dans les différents projets de l'établissement en leur confiant une mission de conseil interne.
- Prévoir leur participation dans l'architecture hospitalière : espace pour les familles inclu dans les chambres, salon des visiteurs avec poste de télétravail dans les unités et cafétéria partagée.
- Impliquer les patients dans l'accueil des nouveaux professionnels.
- Retravailler tous les supports de communication pour qu'ils soient compréhensibles par tous les patients (littéracie).

Visite #4 Hôpital juif de réadaptation - Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de Laval

Intervenants :

Gary Stoopler, directeur des programmes DI-TSA / DP

Eva Kehayia PhD, co-directrice scientifique du Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain.

Lien vers les présentations :

<https://www.dropbox.com/sh/5ctme2hfu0f46y0/AACdTUNOJhMXbnaw04XMu6lFa?dl=0>

Fondé en tant que centre de convalescence il y a 60 ans par des membres de la communauté juive, l'Hôpital Juif de Réadaptation (HJR) est un centre hospitalier de services généraux et spécialisés voué à la réadaptation. L'établissement offre des services spécialisés (de 2e ligne) d'adaptation, de réadaptation fonctionnelle intensive, d'intégration sociale ainsi que d'hébergement dans des ressources résidentielles non institutionnelles à une clientèle présentant des incapacités découlant de problèmes de santé physique ou de déficience physique. Depuis 2015, l'HJR est intégré à la direction des programmes de déficience intellectuelle, troubles du spectre de l'autisme et déficience physique (DI -TSA / DP) du CISSS de Laval.

Raison d'être de la réadaptation : optimiser la participation sociale des usagers dans leur milieu de vie en leur permettant de réaliser leurs activités de façon optimale et sécuritaire:

- Soins personnels
- Socio-résidentielles
- Communautaires
- Scolaires
- Professionnelles (rémunéré ou bénévolat)
- Récréatives



Distribution des lits

Unité	Clientèle	Nombre de lits
3 ^{ème} étage	Orthopédie	39
	Pulmonaire	5
	Amputé	4
	TOTAL	48
4 ^{ème} étage	AVC	26
	Traumatologie	12
	Neurologie	8
	Orthopédie sans mise en charge	4
	TOTAL	50
GRAND TOTAL		98

Chiffres clés :

- 250 employés;
- 16 médecins omnipraticiens et 8 médecins spécialistes;
- 50 ergothérapeutes et physiothérapeutes
- 85 bénévoles;
- 864 admissions en 2017-2018 (DMS de 39,6 jours);
- 3 840 usagers desservis en services ambulatoires;
- 1 586 usagers desservis en déficiences sensorielles;
- 54 usagers présentant une déficience physique sévère dans 11 ressources non institutionnelles;
- 321 étudiants sont passés en stage au sein de l'HJR

Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation :

Un centre unique et innovant : multi-établissement / multi-université / interdisciplinaire (15 disciplines issues du biomédical et du psycho-social), liens étroits avec la clinique (laboratoires intégrés dans les milieux cliniques).

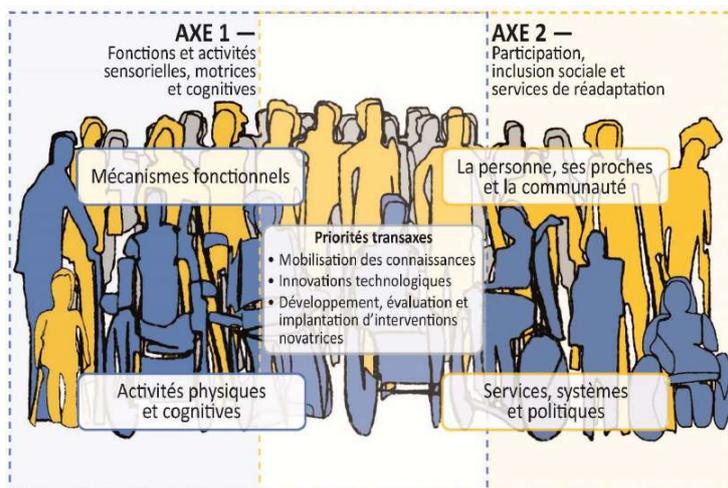
Mission

Optimiser la capacité et la performance fonctionnelles, la participation et l'inclusion sociale des personnes ayant une déficience physique, par la recherche dans les domaines biomédical et psychosocial de la réadaptation



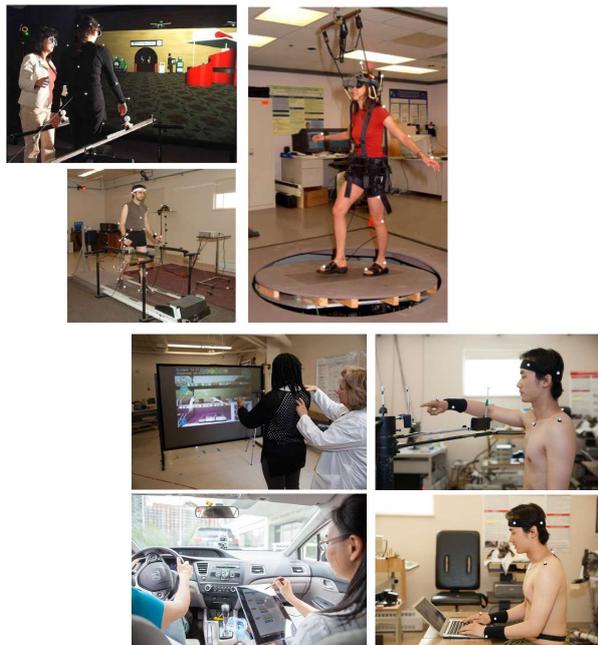
Chiffres clés :

- 9 millions de dollars en financement annuel
- 84 chercheurs réguliers et 22 chercheurs associés
- 102 cliniciens/intervenants
- 400 étudiants aux cycles supérieurs
- 40 laboratoires avec 12 millions de dollars d'équipement



Projets de recherche :

- contrôle sensori-moteur et réadaptation
- posture, équilibre et locomotion
- VR et mobilité
- Biomécanique occupationnelle et ergonomie
- Haute technologie et réadaptation
- Langage et communication
- Interface cerveau-ordinateur
- Imagerie du cerveau humain et apprentissage moteur
- Evaluation et entraînement cardiorespiratoire
- Incapacité chez l'enfant
- Participation dans la communauté
- Santé mondiale et publique et bioéthique
- Pédagogie et l'application des connaissances
- Promotion des activités physiques dans les populations de patients chroniques
- Evaluation et entraînement de la conduite



Idées à retenir :

Création d'une équipe de préparation précoce des sorties (congé en québécois) pour la clientèle AVC :

Contexte : 90% des patients AVC doivent être admis dans les 48h. Cela implique d'avoir des lits disponibles et donc de fluidifier la filière.

En 2016 : Utilisation d'une enveloppe fléchée dédiée à l'amélioration des soins à domicile pour créer un poste d'ergothérapeute et d'un thérapeute pour préparer les retour à domicile au sein de l'équipe SAD. C'est le congé précoce assisté (CPA)

Résultats : réduction des DMS de la clientèle AVC de 58,2 jours en 2015 à 36,6 jours en 2017. Le délai d'attente est passé de 4,6 jours à 1.9 jours.

Lien : <https://ciusss-centresudmtl.gouv.qc.ca/le-ciusss/medias/on-parle-de-nous/un-nouveau-programme-de-readaptation-pour-la-clientele-avc/>

Intégration de la recherche dans la clinique :

A l'HJR, il importe que la recherche soit connectée aux besoins des cliniciens. Un des principaux indicateurs de suivi de la performance est l'appropriation des innovations par les cliniciens. Un « courtier de connaissance » est chargé de prendre ce qui est appris par la recherche et de le transmettre dans les services de soins.

Visite #5 : Hôpital privé à but non-lucratif Marie-Clarac

Intervenants :

Isabelle Beslisle, Directrice des Soins Infirmiers

Lien vers les présentations :

https://www.dropbox.com/sh/rzj8hd68ppl6jkr/AAAfTURTaeVVd82W13_aVO7pa?dl=0

L'hôpital Marie-Clarac est un établissement privé à but non-lucratif qui, depuis plus de 50 ans, offre des prises en charge spécialisées en orthopédie et en gériatrie :

- 36 lits de soins palliatifs
- 192 lits réadaptation :
 - 118 lits de réadaptation fonctionnelle intensive (= interventions 5 jours par semaine : kiné, ergo, psychologue...)
 - 36 soins palliatifs (prognostique de 3 mois et moins)
 - 38 post-aigu

Chiffres clés :

- Nombre d'admissions annuelles : 1818
- DMS : 36,5 jours
- Age moyen des patients : 76,6 ans
- 85% des usagers retournent à domicile avec ou sans aides.

Ressources Humaines : plus de 80% de la masse salariale

- 1 auxiliaire infirmier, 1 infirmier et 1 préposé pour 16 lits (48 lits par unité, répartis en 3 équipes)
- 2 infirmières de liaison sur l'établissement pour assurer la fluidité des parcours de soins
- 8 médecins (3 temps plein) omnipraticiens.
- 30 professionnels dans le service de réadaptation (kinés, ergo...)
- 3 pharmaciens à temps partiel avec des techniciens
- Blanchisserie et restauration : ont été externalisées au moment des restrictions budgétaires

Financement d'un établissement privé conventionné :

- Financement en heures par le ministère pour la composante clinique (heures soins cliniques).
- Financement octroyé sur la base d'un taux d'occupation minimal de 95% (et retour des fonds au gouvernement si la cible n'est pas atteinte).
- Budget de 30,9 millions annuels (auxquels s'ajoutent les salaires des médecins qui sont payés directement par le gouvernement).
- Financement en dollars pour les investissements.
- Activités accessoires (boutique...).
- Contribution des usagers : 1 million de dollars par ans (chambres privées et semi-privées).
- Levées de fonds de la Fondation pour compléter les dotations.

**Idee à retenir :**

L'établissement a investi dans la dimension humaine des prises en charge, avec un environnement accueillant et chaleureux : coins conviviaux avec cheminées et puzzles, affichages rappelant les valeurs humanistes des personnels, couleurs chaleureuses, personnel en civil en dehors des soins.

Visite #6 Centre Universitaire de Santé McGill

Intervenants :

Pierre-Etienne Fortier, Direction des Services techniques, planification et gestion immobilière

Lien vers les présentations : <https://www.dropbox.com/sh/35xvzewlxktyf0f/AAAFaVOXpm1Gz-q68tRJhqla?dl=0>

Vue d'ensemble du site Glen



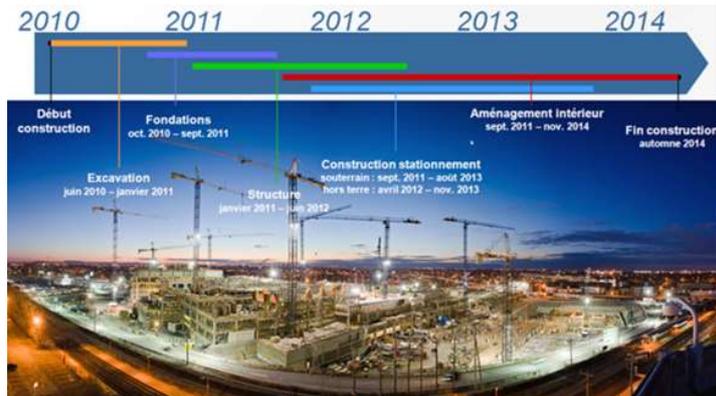
Chiffres clés :

- Reçoit plus de 881 000 visites ambulatoires, dont 170 000 aux urgences
- Enregistre plus de 40 000 hospitalisations
- Effectue plus de 32 000 interventions chirurgicales
- Met au monde +3 000 bébés.
- L'Institut de recherche du CUSM est le plus grand au Canada dans le domaine des sciences médicales et des sciences de la vie
- Plus de 11 500 personnes y travaillent dont 5 000 médecins, dentistes, infirmiers/infirmières et pharmaciens, 427 chercheurs et 2 200 bénévoles
- Le CUSM forme annuellement plus de 4 000 étudiants en médecine, sciences infirmières et technologues médicaux
- 575 millions d'euros de budget annuel de fonctionnement pour tous les sites

Projet de modernisation :

Projet architectural a été lancé en 2007, le bâtiment a été inauguré en 2015.

Mode de réalisation : Partenariat public privé (PPP). **Le partenaire privé** est responsable de la *conception*, de la *construction*, du *financement* et de l'*entretien* des installations. **Le partenaire public** effectue des paiements pendant 30 ans, mais seulement après la réception provisoire du campus. Il est propriétaire du bâtiment.



Calendrier du déménagement

Le **site Glen** regroupe plusieurs structures :

- L'hôpital Royal Victoria (pour adultes)
- L'hôpital de Montréal pour enfants
- L'Institut thoracique de Montréal
- Le Centre du Cancer intégrant toutes les activités
- L'Institut de recherche regroupant le Centre de médecine novatrice, le Centre de biologie translationnelle et le Laboratoires de recherche modulaires et multidisciplinaires



Idées à retenir :



L'architecture est un élément du soin : pour favoriser la guérison des patients, le Centre Universitaire McGill propose un environnement naturel, des espaces verts et des jardins, des œuvres d'art (1 à 2% du montant de la construction), des panneaux anti-bruit, une certification LEED argent.

Les bénévoles : ils sont intégrés au fonctionnement quotidien de l'hôpital (plus de 2 200 au total, des étudiants aux retraités) et sont encadrés par un responsable chargé de leur animation et coordination (choix des services d'affectation, des plages de présence, gestion des absences, du matériel (blouse, badges...) et des incidents.

Liens vers le site web : <https://cusm.ca/volunteer/page/devenez-b%3%A9n%3%A9vole-maintenant>

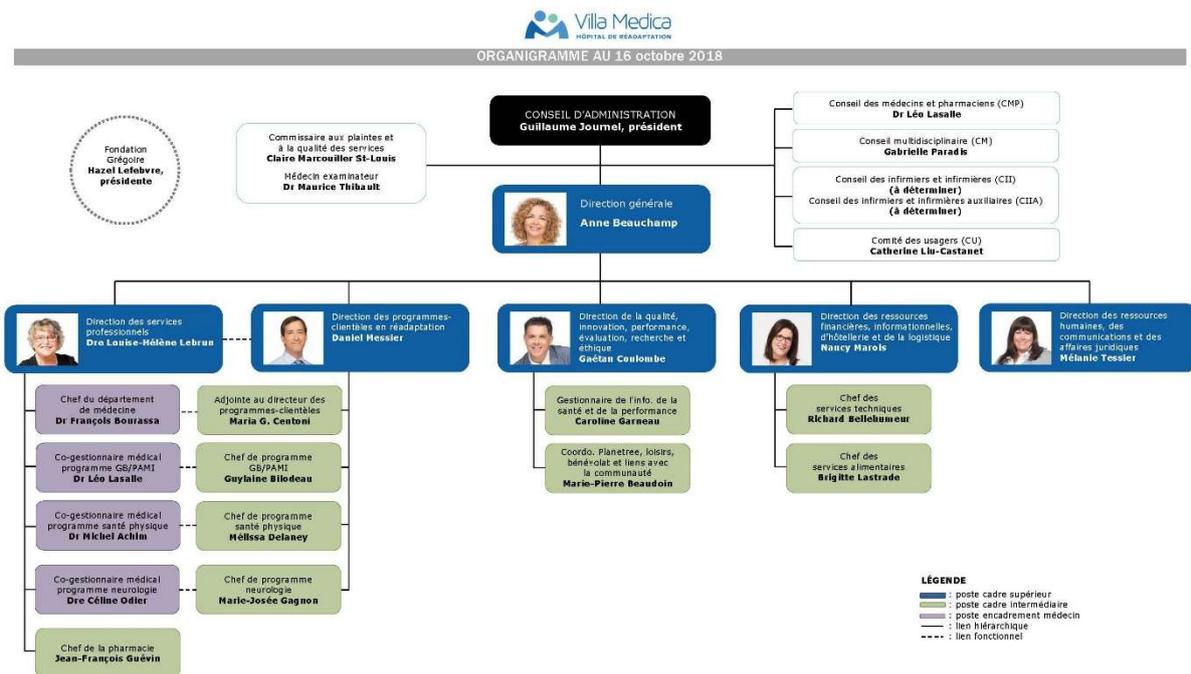
Visite #7 L'hôpital privé de réadaptation Villa Médica

Intervenants :

Anne Beauchamp, Présidente-directrice générale
 Dre Louise-Hélène Lebrun, Directrice des services professionnels

Lien vers les présentations : <https://www.dropbox.com/sh/35xvzewlxkfy0f/AAAFaVOXpm1Gz-q68tRjhgpla?dl=0>

Villa Médica appartient à une filiale de Groupe Santé Sedna, une corporation privée canadienne, détenue par DomusVi. Le groupe Santé Sedna a été fondé en 1992 et est devenu, au fil du temps, le chef de file au Québec de la prestation de soins et services de santé en partenariat avec l'État. L'organisation se dédie exclusivement, au travers de ses filiales, à la livraison de soins et services de santé, principalement en partenariat avec le secteur public de la santé. La Villa Médica est le seul hôpital de réadaptation privé à but lucratif du Québec.



Offre de soins : 142 lits en opération + cliniques externes (207 lits au permis de soins généraux et spécialisés)

- 86 lits : déficience physique
 - o 65 AVC et autres neurologies
 - o 15 : Amputations du membre inférieur (dont 10 pour le 450)
 - o 6 : Brûlures graves
- 56 lits : santé physique
 - o Musculosquelettique : 49 lits qui se répartissent en 32 lits spécifiquement dédiés pour la clientèle montréalaise répartis dans 3 CIUSSS différents et 17 lits pour la Montérégie
 - o 7 lits surnuméraires dédiés à la clientèle post aiguë ou de RFI en santé physique

Au total :

- Environ 40% de l'offre montréalaise en déficience physique (neurologie, GB et amputés)
- 50% des lits de la région de Montréal en neurologie
- 17% de l'offre Montréalaise globale en réadaptation

Chiffres clés :

- Moyenne d'âge : 70.7 ans
- DMS : 42.2 jours
- Volume : 49 083 jours de présence par an (1 143 admissions)
- Ambulatoire : 1 058 inscriptions
- 400 employés et 11 médecins omnipraticiens

Nos stratégies

- Spécialisation, bonnes pratiques
- Évaluation périodique systématique externe de la qualité de nos services
 - Agrément canada
 - Réseau Francophone Planetree (affiliation en 2011)
Modèle humaniste qui incite l'organisation à placer le client au centre de l'organisation
- Évaluations ponctuelles additionnelles (études des risques, disposition des médicaments, notes de frais, petites caisses etc.)



Pratiques de réadaptation innovantes centrées sur l'humain :



Dépistage, évaluation et entraînement à la conduite automobile



Chien de réadaptation



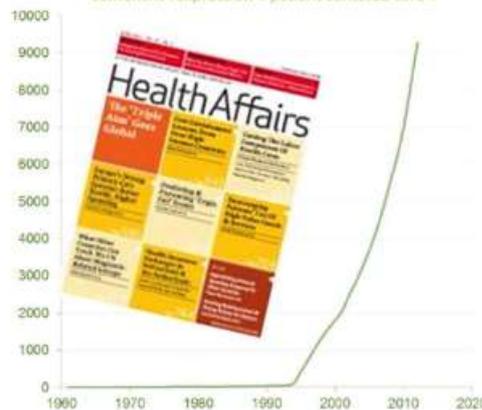
Ateliers thérapeutiques en orthophonie avec le Théâtre Aphasique

Idée à retenir :

Planetree : est un modèle humaniste qui met le client au centre de l'organisation.

QUE DIT LA LITTÉRATURE ?

Évolution du nombre d'articles parus dans le PubMed contenant l'expression « patient centered care »



Une étude publiée en 2013 démontre que ...

- Offrir aux personnes la possibilité de participer au processus décisionnel réduit les coûts globaux des soins de santé.
- Les patients qui bénéficient d'un grand soutien coûtent 5.3% moins cher à traiter que ceux qui ont un soutien ordinaire.
- Les patients bien soutenus vont moins à l'hôpital : (-12,5%), 9.9% de moins de chirurgie où les gens ont des choix, incluant 20.9% moins de chirurgies liées à des problèmes cardiaques.



ACCOMPAGNER ET FORMER les personnes pour leur permettre de s'investir pleinement et de façon satisfaisante dans leurs rôles.

PROMOUVOIR le développement et l'implantation de pratiques novatrices d'excellence en matière de soins et de gestion centrés sur les personnes.

PARTAGER LES SAVOIRS en soutenant le dynamisme de sa communauté de pratiques internationale.

CERTIFIER pour mesurer ses progrès, s'assurer d'un équilibre entre qualité/performance et stimuler l'amélioration continue de l'approche de soins et services centrés sur la personne de Planetree.



Visite #8 Institut Universitaire de Gériatrie de Montréal (IUGM)

Intervenants :

Marc Bessette - Directeur adjoint des services ambulatoires et de l'accès au continuum SAPA
Joelle Tremblay, Cadre de santé

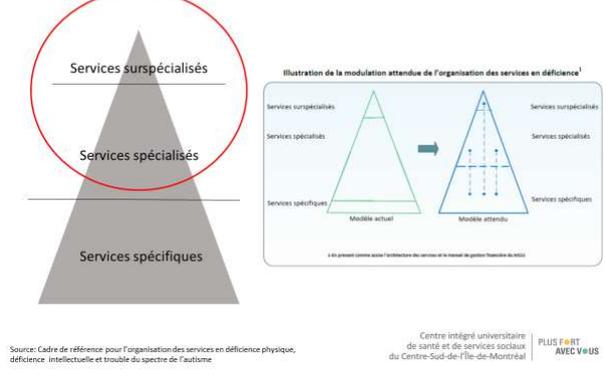
Lien vers les présentations :

<https://www.dropbox.com/sh/iswdpmuv2t70qqb/AACjgo8XeByTMmbmtRqbAcexa?dl=0>

L'IUGM est un centre de soins spécialisés en santé des personnes âgées, mais aussi et surtout, un milieu de vie pour les résidents. L'IUGM dispose de 446 lits de courte et de longue durée et d'un centre ambulatoire, comprenant notamment l'une des rares cliniques existantes à travers le monde de gestion de la douleur chronique spécialisée chez les aînés. Il est le chef de file au Québec dans les pratiques cliniques, les soins spécialisés, le développement des connaissances sur le vieillissement et la santé des personnes âgées. La promotion de la santé est au cœur de ses priorités, c'est pourquoi il a mis sur pied le Centre AvantÂge à l'automne 2014.

Son Centre de recherche est reconnu comme le plus grand de la francophonie dans le domaine du vieillissement. Membre du grand réseau d'excellence en santé de l'Université de Montréal, l'IUGM accueille chaque année des centaines d'étudiants, stagiaires et chercheurs du domaine du vieillissement et de la santé des personnes âgées.

L'offre de soins de réadaptation de l'IUGM :

L'organisation des services de réadaptation	Unité de réadaptation gériatrique de l'IUGM :
 <p>Source: Cadre de référence pour l'organisation des services en déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme</p> <p>Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal</p> <p>PLUS FORT AVEC VIVUS</p>	<ul style="list-style-type: none">- 45 lits de réadaptation fonctionnelle intensive spécialisée en gériatrie (vocation régionale) :- 20 lits pour la neuro (AVC et lésions médullaires)- 25 lits pour la santé physique <p>DMS 45 jours Age moyen de 86 ans – 70% de retours à domicile Equipe interdisciplinaire : médecins, IDE, IDE auxiliaire et préposés, pharmaciens, physiothérapeutes, orthophonistes, nutritionnistes, travailleurs sociaux et neuropsychologues. Milieu d'enseignement (externes, résidents et stagiaires) Projet de recherche : stratégie de communication et aides auditives pour les préposés aux bénéficiaires et infirmiers</p>

Unité de soins post-aigus :

43 lits de réadaptation modérée ou d'évaluation-orientation

Unité de courte durée gériatrique

28 lits : admissions électives, DMS 21 jours, adressage par médecins de famille pour évaluation (approche interdisciplinaire) et formulation de recommandations à l'équipe traitante.

Centre ambulatoire gériatrique :

Cliniques externes spécialisées :

- HDJ ambulatoire
- Clinique de cognition (mémoire)
- Clinique de continence urinaire
- Clinique de dysphagie
- Clinique d'évaluation gériatrique
- Clinique du sommeil (polysomnographie) : gérée par un neurologue
- Clinique SPDC (symptômes comportementaux et psychologiques liés à la démence)
- Clinique de gestion de la douleur chronique spécialisée en gériatrie : réponse à une forte demande auquel le système ne répond pas pour le moment.
- Equipe pluridisciplinaire : Gériatre, physiatre et radiologiste, ergothérapeute, infirmier.

Prise en charge précoce en physiothérapie

Co-crédation d'un programme interdisciplinaire à l'auto-gestion de la santé

Modalités thérapeutiques :

- Infiltrations et épidurales
- Méditation pleine conscience

Prise en charge précoce des patients

Ateliers : yoga sur chaise, programmes de réadaptation hebdomadaires composés de différentes capsules : zumba, étirements...

Guichets de coordination :

Il y en a un par CIUSSS pour la santé physique. Il y a aussi un guichet centralisé pour les programmes plus spécialisés. L'analyse de la demande est réalisée là. Ces équipes sont basées au sein des équipes de maintien à domicile. Réunion dans une même équipe plusieurs guichets. Dans chacun des CIUSS, il y a des équipes qui orientent. La priorité est de réaliser des retours à domicile. Le support est la DESI, demande inter établissement dématérialisée par informatique.

Il y a certaines règles qui ont été créées pour renforcer la fluidité : plus de choix de l'usager sur le lieu de la réadaptation : c'est la première place offerte pas trop loin du domicile qui est attribuée. De même, les centres de réadaptation ne peuvent plus refuser les admissions. Dans chaque unité d'hospitalisation, une personne est chargée de la liaison et de la préparation des admissions. Il y a de la pédagogie à faire auprès des équipes et des usagers car il y a parfois certaines tensions liées à la systématisation des parcours de soins.

Centre de recherche

Réinventer le vieillissement : le vieillissement est en pleine mutation : les aînés peuvent et veulent contribuer plus longtemps. C'est une opportunité si on peut préserver la fonctionnalité et la bonne santé.

Mission : faire avancer les connaissances pour cerner les déterminants du mieux vieillir et trouver des solutions aux défis de la santé des aînés.

Exemple de recherche : un appartement intelligent permet de tester différentes solutions techniques pour favoriser le maintien à domicile :

<https://www.journaldemontreal.com/2017/09/20/un-appartement-pour-aider-les-aines-a-rester-seul>



Idée à retenir :

Plan d'intervention interdisciplinaire AINESSSS permet de coordonner, de manière pragmatique, les différents professionnels autour des besoins des patients :

	État actuel	Plan d'action
Autonomie	Déplacements/transferts : Berg: <input type="checkbox"/> /56 Vitesse de marche: _____ AVC/AVL: MIF: _____ Force de préhension: _____	
Intégrité de la peau	Echelle de Braden: _____	
Nutrition (état nutritionnel/dysphagie)	IMC: _____	
Élimination	Continence urinaire: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Commentaires: _____ Continence fécale: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Moments des incontinences: <input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Soir <input type="checkbox"/> Nuit Protection <input type="checkbox"/> Pull-up <input type="checkbox"/> Culotte d'incontinence	
État cognitif/ comportement/communication		
Sommeil Souffrance (obviesque et psycho)		
Situation sociale/départ		
Suivi médical (problèmes actifs)		

(document détaillé et protocole d'utilisation dans le dossier IUGM)

Visite #9 : Centre de prévention et réadaptation de l'institut de Cardiologie de Montréal (centre EPIC)

Intervenants :

Martin Juneau, Directeur des services de Montréal et de l'Institut de prévention de l'Institut de cardio de Montréal
Eric Sinotte, Directeur du Centre EPIC

Lien vers les présentations : <https://www.dropbox.com/sh/kpwsftwvwi5wok/AADNg0a-2EmcExfNNGKxsziYa?dl=0>

Cette année, le Centre EPIC (Etude Pilote Institut de Cardiologie de Montréal) fête ses 50 ans. Il s'agit du plus gros centre de réadaptation cardiaque du Canada. En 1968, le fondateur de l'institut de cardiologie a découvert que les scandinaves proposent des entraînements physique aux insuffisants cardiaques pour limiter les risques de récurrence. Il a lancé une étude pilote à Montréal, qui a duré 2 ans. A la fin de l'étude, les participants à l'étude ont souhaité continuer. Des hommes d'affaire qui participaient au programme ont décidé de créer une fondation pour pérenniser l'activité. Ils ont construit ce centre pour héberger cette activité. Au début des années 80, l'Institut de cardiologie a racheté le centre EPIC. Le centre est rattaché à l'hôpital sur le plan des ressources humaines et de la hiérarchie) mais pas sur le plan budgétaire.

En effet, ce Centre de prévention et réadaptation cardiaque est auto-financé. Son budget de 3 millions de dollars annuels est payé par ses membres (adhésion de 718\$ par année comme un centre de fitness). Pour les patients de l'hôpital, le financement passe par la fondation de l'hôpital (environ 600 000 dollars par ans).

Sur les 5 000 membres (300 000 visites – 128 cours différents par semaine) au total : 20% sont coronariens. Ces derniers bénéficient d'un programme de 12 semaines gratuit. Globalement, la clientèle est plutôt âgée. Il s'agit d'un programme de réadaptation primaire.

La réadaptation cardiaque concerne 500 patients de l'ICM en post-événement cardiaque aigu. Une consultation à l'EPIC est obligatoire prescrite par le cardiologue après leur hospitalisation à l'ICM (intégration dans le continuum de soins). Cette prescription systématique a engendré un doublement de la file active (7000 à 12000). Au programme :

- Des tests sanguins en début et fin de programme,
- Une évaluation médicale (test à l'effort), RDV médical et IDE (1h30) pour établir un « plan de match ».
- Une rencontre avec la nutritionniste,
- 3 séances en groupe : incluant la gestion du stress et une initiation au yoga,

- 2 séances hebdomadaires d'entraînement (effort et étirement/respiration).
- Un bilan au bout de 3 mois : gros effet mobilisateur et gain de confiance.
- Un abonnement pour 15% des patients.

Le programme GOSPIC est une ligne d'appel pour les patients après épisode cardiaque. L'équipe appelle tous les patients après leur épisode aigu et offre une permanence qui peut être jointe 5 jours sur 7. Ce programme a permis une réduction de 70% des réadmissions aux urgences. 500 patients en ont bénéficié, la plupart via un échange avec les infirmiers (en lien avec des médecins pour 20% du temps).

Offre de service pour les membres « classiques » : Chaque membre adhère remplit un questionnaire sur ses habitudes de vie, les infirmiers les évaluent, font une prise de sang et un test à l'effort. Les kinésiologues font une consultation d'orientation pour bâtir un programme d'entraînement. Il y a une visite médicale tous les ans. Le gym est ouvert de 5h30 à 12h30, 7 jours par semaine.



Gymnase



Piscine



Activités en palestre



Salle de musculation



Suivi nutritionnel



Stress



Contrôle du poids: Kilo-Actif



Massothérapie

Personnel :

81 ETP dont 25 kinésologue (=STAPS ou EAPA) et 12 sauveteurs infirmiers et nutritionnistes, massothérapeutes, kinésithérapeutes, pédicures/podologues...

Pour aller plus loin :

- <https://www.centreepic.org/>
- "From lifespan to healthspan" <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2703114>
- L'EPIC a aussi créé un Observatoire de la prévention : c'est un site web de vulgarisation www.observatoireprevention.org



Idées à retenir :

En Amérique du Nord : aucune hospitalisation couchée en réadaptation cardiaque. La prévention primaire et secondaire est priorisée.

Modèle EPIC : l'approche pragmatique qui a amené à la création du centre EPIC est inspirante : face au manque de financement de la part des pouvoirs publics, les dirigeants ont adopté une démarche proactive fondée sur des financements privés. Cela leur a permis de développer un business modèle durable et de devenir le plus gros centre de prévention primaire du Québec avec plus de 5 000 membres. La prévention secondaire, après un incident cardiaque, bénéficie fortement de cette démarche proactive qui s'inscrit dans le continuum de soins de l'Institut de Cardiologie de Montréal.