

Inspirer

Réseauter

Innover

**Recueil d'initiatives déployées dans les réseaux
locaux de services du Québec**



**Observatoire québécois
des réseaux locaux de services**

Coordination

Johanne Archambault, directrice responsable, Observatoire québécois des réseaux locaux de services (OQRLS)
Alex Battaglini, coresponsable, OQRLS

Rédaction

Johanne Archambault, responsable, OQRLS (CSSS-IUG de Sherbrooke)
Alex Battaglini, coresponsable, OQRLS (CSSS Bordeaux-Cartierville – Saint-Laurent)
Nadine Bolduc, courtière de connaissances, OQRLS (jusqu'en mai 2010) (CSSS de la Vieille-Capitale)
Julie Gervais, courtière de connaissances, OQRLS (CSSS Bordeaux-Cartierville – Saint-Laurent)
Jean-Gabin Ntebutse, courtier de connaissances, OQRLS (de septembre 2008 à juillet 2009)
Anne-Marie Royer, courtière de connaissances, OQRLS (CSSS-IUG de Sherbrooke)

Citation suggérée

Archambault, J., Battaglini, A., Bolduc, N., Gervais, J., Ntebutse, J. G. et Royer, A-M. (2011).
Inspirer, réseauter, innover : recueil d'initiatives déployées dans les réseaux locaux de services du Québec,
Observatoire québécois des réseaux locaux de services, mars 2011, 125 pages.

Secrétariat et correction

Sarah Archambault, technicienne en bureautique, Direction de la coordination et des affaires académiques (DCAA),
Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS)
Lucie Roy, révision linguistique, DCAA, CSSS-IUGS

Vous pouvez obtenir ce document à l'adresse suivante.

Observatoire québécois des réseaux locaux de services

A/S Direction de la coordination et des affaires académiques du CSSS-IUG de Sherbrooke
500, rue Murray, bureau 100
Sherbrooke (Québec) J1G 2K6
819 780-2220, poste 47112
sarchambault.csss-iugs@ssss.gouv.qc.ca

Ce document est disponible au **www.csss-iugs/oqrls**

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2011
Bibliothèque et Archives du Canada, 2011

ISBN 1923-5895 (version imprimée)
ISBN 1923-5909 (version PDF)

La reproduction des textes est autorisée et même encouragée, pourvu que la source soit mentionnée.

© Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke,
Observatoire québécois des réseaux locaux de services, 2011

Table des matières

<u>Remerciements</u> :	7
<u>Introduction</u> :	9
<u>Coup d'œil</u> : Suivi de santé et promotion des saines habitudes de vie en entreprise	11
<u>Récit</u> : Suivi de santé et promotion des saines habitudes de vie en entreprise	13
<u>Coup d'œil</u> : Les personnes âgées avec troubles cognitifs : un repérage précoce pour un maintien dans la communauté.....	21
<u>Récit</u> : Les personnes âgées avec troubles cognitifs : un repérage précoce pour un maintien dans la communauté	25
<u>Coup d'œil</u> : Adultes ayant des problèmes de santé mentale : quatre organisations font équipe pour le maintien dans la communauté	35
<u>Récit</u> : Adultes ayant des problèmes de santé mentale : quatre organisations font équipe pour le maintien dans la communauté	39
<u>Coup d'œil</u> : De l'urgence aux ressources du réseau local : soutien et accompagnement aux personnes aux prises avec des problèmes multiples	47
<u>Récit</u> : De l'urgence aux ressources du réseau local : soutien et accompagnement aux personnes aux prises avec des problèmes multiples	49
<u>Coup d'œil</u> : Comment rejoindre les personnes âgées en perte d'autonomie vivant en milieu rural? En offrant des services de centre de jour dans les résidences privées	59
<u>Récit</u> : Comment rejoindre les personnes âgées en perte d'autonomie vivant en milieu rural? En offrant des services de centre de jour dans les résidences privées	63
<u>Coup d'œil</u> : Vivre chez soi en perte d'autonomie importante : des services de longue durée offerts en HLM.....	73
<u>Récit</u> : Vivre chez soi en perte d'autonomie importante : des services de longue durée offerts en HLM.....	77
<u>Coup d'œil</u> : La santé et l'éducation forment les parents à mieux prendre soin de leurs enfants	87
<u>Coup d'œil</u> : Un travailleur communautaire en habitation à loyer modique (HLM) pour soutenir les personnes vulnérables	91
<u>Coup d'œil</u> : Une équipe d'intervenants en santé et services sociaux au cœur d'un quartier défavorisé	95
<u>Coup d'œil</u> : Quand la communauté s'unit pour veiller sur la santé de ses aînés.....	99
<u>Coup d'œil</u> : Obtenir un rendez-vous avec un médecin le jour même? C'est possible grâce à la mise en réseau de cliniques médicales	101
<u>Récit</u> : Guichet d'accès à des services de santé pour la population sans omnipraticien.....	105
<u>Récit</u> : La prévention du suicide : une priorité collective sur un territoire pour mieux soutenir les personnes vulnérables	113

Remerciements

Nous souhaitons remercier chaleureusement tous les gestionnaires, les intervenants, les citoyens et les partenaires qui nous ont livré des témoignages en entrevue.

Vos propos et vos expériences sont riches d'enseignement pour nous tous!

Ce sont des expériences d'apprentissage par l'action! Vous avez transformé la vision en action!

À l'Observatoire québécois des réseaux locaux de services nous sommes convaincus, plus que jamais, de la pertinence et de l'importance de diffuser ce que vous faites au quotidien pour inspirer tous les acteurs impliqués dans les réseaux locaux de services au Québec et ailleurs.

Introduction

Bonjour,

Nous sommes heureux de vous présenter ce premier recueil d'initiatives documentées par l'Observatoire québécois des réseaux locaux de services.

Où en sommes-nous dans l'évolution des réseaux locaux de services?

Travaillons-nous autrement?

Quelles sont les initiatives ayant donné des résultats concrets pour la population?

Voilà des questions auxquelles s'intéresse l'Observatoire québécois des réseaux locaux de services.

Les réseaux locaux de services prennent vie selon des modalités et des rythmes différents dans les diverses régions du Québec. De cette diversité, émergent des initiatives prometteuses qui illustrent les apprentissages réalisés et le savoir-faire développé au Québec. Ces initiatives sont inspirantes, car elles traduisent concrètement ce que nous annonçait la réforme amorcée en 2004 avec la mise en place des instances locales et des réseaux locaux de services.

Parcourez ces histoires racontées par ceux qui les vivent au quotidien! Elles décrivent des initiatives qui ont abouti concrètement à de nouveaux services ou à de nouvelles modalités de soutien à la population. Elles parlent des réalisations de gens qui œuvrent dans le réseau de la santé et des services sociaux de concert avec des collaborateurs de longue date, mais aussi de nouveaux partenaires! Elles décrivent ce que ces personnes expérimentent au quotidien pour améliorer la santé et le bien-être de la population.

Laissez-vous inspirer!

Bonne lecture!

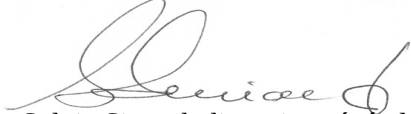
Les membres du comité directeur de l'Observatoire québécois des réseaux locaux de services



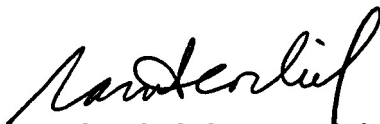
Carol Fillion, directeur général
CSSS-IUG de Sherbrooke
Établissement porteur



Francine Dupuis, directrice générale
CSSS Cavendish



Sylvie Simard, directrice générale
CSSS Jeanne-Mance



Daniel Corbeil, directeur général
CSSS de Bordeaux-Cartierville —
Saint-Laurent



Hugues Matte, directeur général
CSSS de la Vieille-Capitale



Marc Sougavinski, directeur général
CSSS de la Montagne

Suivi de santé et promotion des saines habitudes de vie en entreprise

Nom donné par les acteurs terrain :	Projet Jocoeur
Région sociosanitaire :	Abitibi-Témiscamingue
Nom du territoire de RLS :	RLS de l'Abitibi-Ouest
Date de début des travaux :	2004
Date de début des services offerts à la population :	2004
Population rejointe :	Travailleurs de diverses entreprises (usines, concessionnaires automobiles, etc.)
Partenaires du RLS actuellement impliqués dans l'initiative :	CSSS des Aurores-Boréales, GMF des Aurores-Boréales, entreprises en Abitibi-Ouest

Quel est le but de l'initiative?

L'initiative vise à prévenir les maladies cardio-vasculaires et respiratoires chez les travailleurs de l'Abitibi-Ouest.

Quel est le problème sur le territoire ayant donné naissance à l'initiative?

Comme bien des régions isolées ou éloignées, le territoire de l'Abitibi-Ouest se caractérise par un problème majeur d'accès aux médecins de famille. Cette population fait également face à différents problèmes : pauvreté, faible scolarité, mauvais comportements liés à la santé et méconnaissance des services. Un nombre élevé d'hospitalisations sur ce territoire est lié aux maladies de l'appareil circulatoire et respiratoire.

Plusieurs de ces problèmes ont été constatés au cours des années 2000 par une kinésiologue œuvrant à la clinique de réhabilitation cardiorespiratoire du CSSS des Aurores-Boréales. L'idée de fond du projet Jocoeur est née d'une collaboration entre cette kinésiologue, un médecin et une infirmière du CSSS des Aurores-Boréales.

Qu'offre-t-on de plus à la population?

Une équipe multidisciplinaire va rencontrer les travailleurs en entreprise pour faire la promotion de saines habitudes de vie et offrir un suivi médical et professionnel. Plus spécifiquement, les différents services offerts par Jocoeur sont les suivants.

Un suivi de l'état de santé des travailleurs

- Établissement d'un portrait de santé des travailleurs **en entreprise** (dépistage et évaluation sur les lieux de travail)
- Suivi : on offre aux travailleurs un portrait de leur état de santé après deux ans
- Références à des professionnels de la santé au besoin

La promotion de la santé et des saines habitudes de vie

- Ensemble de thèmes d'éducation à la santé offert aux entreprises
- Activités de promotion de la santé dans la région : participation de l'équipe Jocoeur à des activités grand public (ex. : Défi 05-30, J'arrête j'y gagne, etc.)

Qui sont les partenaires et quels sont leurs rôles?

Partenaires	Rôles
Le CSSS des Aurores-Boréales	• Chapeaute l'initiative, assure la gestion du projet • Offre un financement récurrent • Fournit l'équipe multidisciplinaire dédiée au projet (11 professionnels de la santé) • Assure des services de support et de soutien à l'équipe (équipes spécialisées du CSSS travaillant en collaboration avec l'équipe Jocoœur et médecin de l'urgence disponible un à deux jours par mois)
GMF des Aurores-Boréales	• Les médecins de ce GMF collaborent avec l'équipe Jocoœur afin d'éviter de dédoubler les services et pour faciliter la continuité des services • Le GMF des Aurores-Boréales met à la disposition de l'équipe Jocoœur deux médecins à raison d'un à deux jours par mois, dont un qui fait partie de l'équipe Jocoœur
Les entreprises participantes	• Entente de départ avec l'équipe Jocoœur et engagement à libérer les travailleurs pour les interventions • Rôle à jouer dans la promotion de la santé auprès des travailleurs

Quelles sont les principales retombées?

L'initiative semble avoir eu un impact sur la santé des travailleurs. Les bilans sanguins indiquent une nette amélioration. Certains employés sont passés de risque élevé de maladie cardiaque à risque faible. Des maladies (cancer, diabète) ont été dépistées précocement.

Les travailleurs ont également changé leurs habitudes de vie : modification du contenu de la boîte à lunch, cessation tabagique, inscription à un centre d'entraînement ou début d'activité sportive.

Jocoœur permet d'améliorer la performance des services : tous les travailleurs inscrits ont accès aux professionnels de l'équipe Jocoœur dans un délai rapide.

L'initiative a également contribué à changer les pratiques chez les intervenants de l'équipe Jocoœur, qui partagent les mêmes valeurs et s'échangent leurs connaissances.

Quelles sont les suites?

Depuis avril 2009, un sous comité, comptant les deux responsables de l'initiative et quatre employeurs, s'est mis en place pour discuter des différentes avenues envisagées pour la survie du projet. L'initiative est donc actuellement en démarche auprès de différentes instances pour s'assurer d'un financement à long terme.

Vous avez des commentaires sur ce texte?
nadine.bolduc@csssvc.qc.ca

Pour plus d'information sur l'initiative...

Personne-ressource de l'OQLS : Nadine Bolduc, courtière de connaissances au 418 681-8787, poste 3833

Suivi de santé et promotion des saines habitudes de vie en entreprise

Par Nadine Bolduc, Johanne Archambault, Julie Gervais, Alex Battaglini, Anne-Marie Royer et Jean Gabin Ntebutse

Nom donné par les acteurs terrain :	Projet Jocoeur
Région sociosanitaire :	Abitibi-Témiscamingue
Nom du territoire de RLS :	RLS de l'Abitibi-Ouest
Date de début des travaux :	2004
Date de début des services offerts à la population :	2004
Population rejointe :	Travailleurs de diverses entreprises (usines, concessionnaires automobiles, etc.)
Partenaires du RLS actuellement impliqués dans l'initiative :	CSSS des Aurores-Boréales, GMF des Aurores-Boréales, entreprises en Abitibi-Ouest

Brève description de l'initiative

L'initiative vise à prévenir les maladies cardio-vasculaires et respiratoires chez les travailleurs de l'Abitibi-Ouest. Pour ce faire, une équipe multidisciplinaire du CSSS des Aurores-Boréales (CSSSAB) fait la promotion des saines habitudes de vie et offre un suivi médical et professionnel **en entreprise**.

Comment le projet a-t-il pris forme?

Comme bien des régions isolées ou éloignées, le territoire de l'Abitibi-Ouest se caractérise par un problème d'accès aux médecins de famille. Cette population fait également face à différents problèmes : pauvreté, faible scolarité (50 % des personnes de 15 ans et plus n'ont pas de diplôme d'études secondaires¹), mauvais comportements liés à la santé et à la méconnaissance des services. Un nombre élevé d'hospitalisations sur ce territoire est lié aux maladies de l'appareil circulatoire (première cause) et respiratoire (seconde cause²).

Plusieurs de ces problèmes ont été constatés au cours des années 2000 par une kinésiologue œuvrant à la clinique de réhabilitation cardiorespiratoire du CSSSAB au sein de sa clientèle. L'idée de fond du projet Jocoeur a été développée en collaboration avec un médecin et une infirmière du CSSS des Aurores-Boréales. Après avoir obtenu en 2004 l'accord des directions du CSSSAB et un financement provenant de compagnies pharmaceutiques, l'équipe restreinte s'est donnée une année pour tester l'efficacité de son approche auprès de deux premières entreprises.

À la fin de cette première année, le bilan de santé des travailleurs inscrits s'est avéré fort encourageant, et l'initiative avait créé un réel engouement au sein de la population. Ainsi, une seconde phase de développement fut prévue. Celle-ci donna naissance à l'initiative telle qu'on la connaît aujourd'hui, qui compte, depuis janvier 2006, une équipe interdisciplinaire de 11 professionnels de la santé, travaillant en collaboration avec 11 entreprises du territoire; pour un total de 500 travailleurs inscrits au programme Jocoeur.

¹ Portrait de santé 2005, Agence de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

² Idem

Quels sont les nouveaux services offerts à la population?

L'initiative Jocoœur offre d'abord un suivi de santé aux travailleurs inscrits

Établissement d'un portrait de santé des travailleurs en entreprise. L'équipe Jocoœur rencontre une première fois les travailleurs pour se présenter, expliquer le fonctionnement, discuter des aspects éthiques et faire signer un formulaire de consentement. Les intéressés peuvent s'inscrire immédiatement. La première intervention faite auprès des travailleurs est un dépistage de maladies cardiovasculaires (prise de sang) fait par l'infirmière qui se rend en entreprise. La seconde intervention exige une libération de 45 à 60 minutes des travailleurs afin de rencontrer individuellement l'infirmière. Celle-ci recueille alors des informations sur les facteurs de risque, le tour de taille, l'IMC, la tension artérielle, en plus de notes concernant les allergies, les antécédents familiaux, les habitudes de vie du travailleur, etc. Pour ce faire, l'infirmière utilise deux outils développés par l'équipe Jocoœur : le « profil cardiovasculaire » et le « questionnaire de première rencontre individuelle ».

Suivi de santé. Après deux ans, l'équipe Jocoœur va en entreprise présenter aux travailleurs les données portant sur l'évolution de leur bilan de santé.

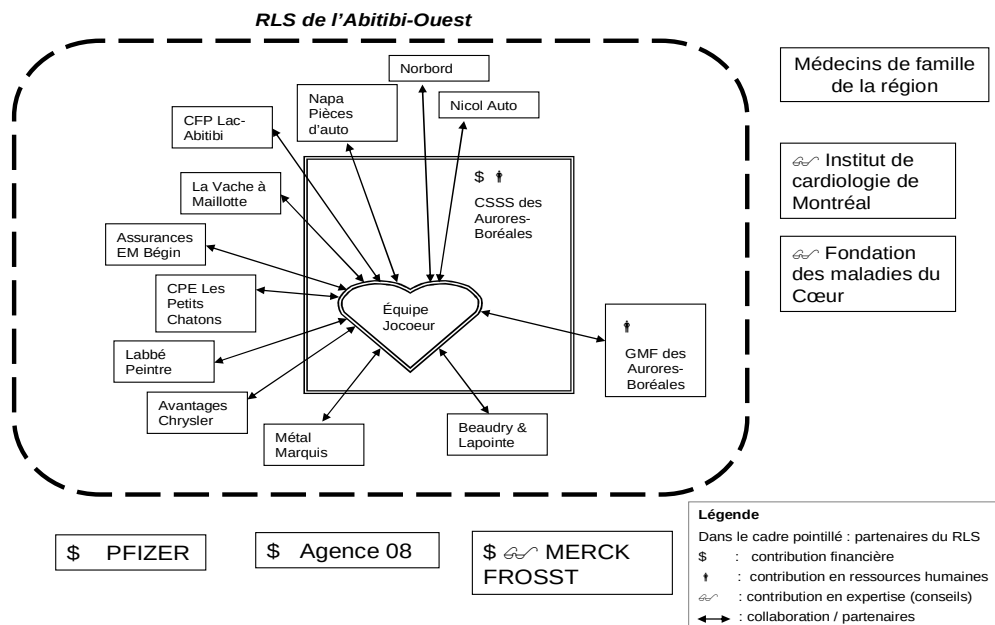
Références à des professionnels de la santé au besoin. Selon les résultats de leur évaluation, les travailleurs peuvent être référés soit à l'un des professionnels de l'équipe Jocoœur, soit à d'autres spécialistes du CSSSAB ou de la région.

L'initiative fait également la promotion des saines habitudes de vie

Thèmes d'éducation à la santé. L'équipe de Jocoœur offre aux entreprises un ensemble de thèmes d'éducation à la santé (ex. : cholestérol, activité physique, gestion du stress, etc.).

Activités de promotion de la santé dans la région. L'équipe Jocoœur participe également à des activités grand public (ex. : Défi 0-5-30, J'arrête j'y gagne, etc.) afin de faire la promotion des saines habitudes de vie dans la région.

Qui sont les partenaires impliqués dans l'initiative?



Partenaires du RLS impliqués

Le CSSS des Aurores-Boréales. Ce dernier chapeaute l'initiative et en assure la gestion administrative. Son principal rôle est de fournir une équipe multidisciplinaire dédiée au projet. Il assure aussi des services de support et de soutien à l'équipe : laboratoire, archives médicales (documents à classer), équipes spécialisées du CSSS travaillant en collaboration avec l'équipe Jocoeur (clinique de diabète, hémodialyse, inhalothérapie, physiothérapie), etc. Le CSSS met également à la disposition de l'équipe Jocoeur, par l'intermédiaire du CH La Sarre, un médecin (travaillant à l'urgence) à raison d'un à deux jours par mois.

Après une entente entre les responsables de l'équipe Jocoeur et les dirigeants et les représentants syndicaux des entreprises, l'équipe Jocoeur se présente aux travailleurs pour une première rencontre en entreprise. L'équipe Jocoeur désigne une infirmière pivot pour chaque entreprise. Par la suite, l'entreprise conserve un lien privilégié avec cette infirmière, qui fixe les rendez-vous avec les travailleurs (par l'intermédiaire d'une personne-ressource dans l'entreprise), offre des formations en entreprise et fait des visites surprises pour donner de l'information.

Au sein même de l'équipe Jocoeur, la collaboration est assurée par de multiples rencontres informelles et une rencontre d'équipe aux six semaines. Lorsqu'ils se réfèrent des clients, les membres de l'équipe fonctionnent par système de courrier interne.

Le GMF des Aurores-Boréales. En dehors des médecins de famille collaborant avec l'équipe Jocoeur de façon ponctuelle, celui-ci met à la disposition de l'équipe Jocoeur deux médecins à raison d'un à deux jours par mois, dont un qui fait partie de l'équipe Jocoeur.

Les entreprises participantes. Les entreprises prennent une entente dès le départ avec les responsables du projet Jocoeur afin de libérer leurs travailleurs pour les interventions. Elles mettent à la disposition de l'équipe un espace pour effectuer les suivis avec les travailleurs. Les dirigeants de l'entreprise sont appelés à participer aux activités de santé et de mieux-être, et participent à une rencontre formelle annuelle avec les responsables du projet. Enfin, ces entreprises sont appelées à collaborer avec l'infirmière pivot, afin de planifier les visites et les activités avec elle.

Autres partenaires impliqués

Les médecins de famille de la région. Comme certains des travailleurs possédaient déjà un médecin de famille, l'équipe Jocoeur établit un contact (par lettre ou en personne) avec ces derniers, afin d'éviter de dédoubler les services, puis poursuit sa collaboration avec eux pour faciliter la continuité des soins. Certains de ces médecins de famille se trouvent sur le territoire des Aurores-Boréales (et font alors partie du GMF des Aurores-Boréales), alors que d'autres œuvrent ailleurs dans la région, que ce soit à Amos, Rouyn-Noranda, Val d'or, etc.

Les compagnies pharmaceutiques Merck Frosst et Pfizer. Celles-ci ont grandement contribué au financement du projet. En outre, Merck Frosst a participé à la compilation des données de santé des travailleurs en fournissant l'expertise d'un de ses employés formé en recherche.

Agence de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue. L'Agence a contribué au développement du projet Jocoeur en offrant un financement récurrent pour le programme de gestion des maladies chroniques au CSSSAB.

L'Institut de cardiologie de Montréal et la Fondation des maladies du cœur de Québec. Ceux-ci ont agi à titre de partenaires conseils. Ils ont par ailleurs été déterminants pour établir la notoriété du projet Jocoeur à son démarrage.

Quelles sont les ressources utilisées pour mettre en œuvre cette initiative?

Les ressources humaines

Pour assurer une équipe interdisciplinaire complète et efficace, le CSSSAB a dû mettre à contribution plusieurs ressources à mi-temps, soit une chargée de projet (la kinésiologue instigatrice), deux infirmières, une nutritionniste, une technicienne en diététique, un kinésiologue ainsi qu'une agente administrative. Elle a également fait appel, à raison de quelques heures par semaine, à une travailleuse sociale, une inhalothérapeute et une pharmacienne.

Les stratégies suivantes ont dû être déployées pour mettre sur pied cette équipe nouvelle : 1) ententes syndicales pour assurer le déplacement de ressources d'un service à un autre pour les détentrices de postes; 2) création de postes (et affichage) rattachés au projet Jocoeur pour les professionnels investissant au moins deux jours par semaine à Jocoeur et 3) simple réaménagement d'horaire (au besoin en jumelant avec d'autres programmes) pour les professionnels travaillant dans un champ connexe ou investissant peu de temps à Jocoeur par semaine.

Participer à cette initiative demande également à trois médecins de se rendre disponibles un à deux jours par mois chacun.

Les ressources financières

Selon les responsables de l'initiative, il en coûte 450 \$/travailleur/année pour assurer le dépistage, la prise en charge et le suivi par l'équipe Jocoeur. Les compagnies pharmaceutiques et le CSSSAB ont assumé conjointement ce coût. Concernant le CSSSAB, comme Jocoeur s'inscrivait dans les orientations de l'établissement en termes de gestion des maladies chroniques (ententes de gestion, projet clinique), les fonds destinés à l'initiative ont pu être puisés à même ce budget (financé annuellement par l'Agence). Quelques réaménagements budgétaires au sein de l'établissement ont par ailleurs permis de compléter cette source de financement récurrente. De leur côté, les compagnies pharmaceutiques ont assumé un financement annuel pour trois ans.

Quelles sont les retombées associées à la mise en place de l'initiative?

Dimensions	Avant	Après
Impact sur la santé et les habitudes de vie des travailleurs	Selon le bilan de santé de départ, une bonne majorité des employés souffraient de surplus de poids. Plusieurs étaient atteints du syndrome métabolique et certains de diabète. De nombreux travailleurs étaient à risque de maladie cardiovasculaire ou respiratoire.	L'un des exemples frappants : « Dans une entreprise, il y a eu perte de poids de 300 livres pour 30 employés ». L'analyse des prélèvements révèle par ailleurs que certains employés sont passés de risque élevé de maladie cardiaque à risque faible. Plusieurs clients diabétiques ont amélioré le contrôle de leur maladie. Enfin, plusieurs cas de maladie ont été dépistés (puis référés à des spécialistes).
	On pouvait compter une grande majorité de sédentaires parmi les travailleurs ainsi que plusieurs fumeurs. La plupart avait de mauvaises habitudes alimentaires.	Plusieurs habitudes de vie ont été changées en entreprise : modification du contenu de la boîte à lunch, modification du menu lors des réunions, cessation tabagique, inscription à un centre d'entraînement ou début d'activité physique (sport).
Performance des services	Au début du projet, 50 % des 500 travailleurs ne possédaient pas de médecin de famille.	Tous ont maintenant accès au besoin à l'un des trois médecins du GMF impliqués.
	Pour les autres 50 %, leur seule porte d'entrée était leur médecin de famille.	Comme tous ont également accès aux autres professionnels de l'équipe, il y a eu diminution du recours aux médecins de famille.
Transformation des pratiques	Avant le développement du projet Jocoœur, les traitements de la clinique de réhabilitation cardiorespiratoire se « concentraient uniquement en secondaire et en tertiaire »; le volet prévention/promotion demandait à être développé davantage.	Jocoœur a contribué à développer un important volet en prévention des maladies cardiorespiratoires.
	Les professionnels travaillaient en silo; une intégration des services était nécessaire.	Jocoœur a mis en place une équipe multi et transdisciplinaire : les membres de cette équipe partagent constamment leurs connaissances et innovent dans leur profession. « En travaillant dans le projet, j'ai appris à travailler en équipe, à connaître le rôle de chacun des intervenants, et à mieux référer à la bonne ressource. Mais ce que j'ai appris le plus à travers le projet, c'est apprendre à faire confiance. Et pour faire confiance, il faut connaître les compétences de chacun, mais aussi les limites de chacun » (Médecin responsable de l'initiative Jocoœur).

Autres retombées

Dimensions	Retombées
Impact sur l'environnement de travail dans les entreprises	Plusieurs entreprises ont modifié le contenu de leurs machines distributrices. D'autres ont créé un club de marche. D'autres encore ont retiré leur fumoir. Certaines entreprises se sont même dotées d'équipement pour favoriser la santé de leurs employés : support à vélos, mini salle d'entraînement, pèse-personne (pour mesurer la perte de poids), etc.
Engouement et cohésion au sein des entreprises	Le taux de participation au projet Jocoeur oscille entre 95 % et 100 % dans les entreprises. De plus, cette initiative a contribué à rapprocher les employés; ceux-ci utilisent leurs connaissances acquises pour se conseiller mutuellement et s'encourager.
Impact sur la santé de la population en Abitibi-Témiscamingue	Au fil du temps, le projet Jocoeur s'est fait connaître petit à petit au sein de la population. Les dirigeants d'entreprises et les travailleurs ont fait bénéficier leurs proches et leurs amis de leurs nouvelles connaissances, les incitant à changer leurs habitudes de vie. Par ailleurs, la création par l'une des entreprises participantes du « fromage Jocoeur », un fromage allégé en matière grasse qui porte le logo de l'équipe, a contribué à faire connaître l'initiative au sein de la population. Conséquence de cet engouement en Abitibi-Témiscamingue : Jocoeur compte désormais une liste d'attente de 15 entreprises comptant 2800 travailleurs.

L'avis des partenaires et de la population en regard de cette initiative?

Selon les témoignages recueillis, Jocoeur fait l'unanimité parmi les partenaires impliqués et au sein de la population de cette région. Les dirigeants d'entreprises ont graduellement pris conscience de leur impact sur la santé des travailleurs, et de l'impact de l'environnement de travail sur celle-ci. Ils apprécient donc grandement le projet Jocoeur, et souhaitent que ce dernier survive. « *Elle, [la responsable de Jocoeur] c'est un peu comme un éveil : nous autres on veut vivre vieux puis en santé* » (Directeur général de la fromagerie La Vache à Maillotte). Les dirigeants se disent « chanceux » de pouvoir bénéficier d'un projet comme Jocoeur. « *Tu sais, on ne se mettra pas la tête dans le sable, que d'avoir un médecin, avoir un lien privilégié pratiquement dans le temps réel à des soins de santé, à des soins donnés par des spécialistes, t'as pas ça à tous les jours là!* » (Directeur du Centre de formation professionnelle de l'Abitibi).

À l'instar des dirigeants d'entreprise, les travailleurs apprécient énormément le projet Jocoeur, et souhaitent également que ce dernier survive. « *Au lieu de se battre puis d'essayer de le conserver en région, je pense que ce serait une sagesse extrême de l'étendre au niveau de la province (travailleur d'une entreprise sur la liste d'attente, qui connaît bien le projet Jocoeur)*. Ce que les travailleurs apprécient le plus du projet : la cohésion interne que le projet crée dans l'entreprise, le fait que Jocoeur rapproche les gens, ainsi que l'information qu'ils reçoivent. « *C'est des choses auxquelles on ne pense pas, mais quand on nous met ça devant les yeux...* » (Travailleur chez EM Bégin).

Quelles leçons pouvons-nous tirer de la mise en place de cette initiative?

Tout au long du projet, la plus grande préoccupation fut l'argent. En faisant un suivi très serré de son budget, l'équipe Jocoeur a cependant su maintenir le cap pour les trois premières années.

Un défi majeur pour les directions du CSSSAB fut de maintenir la cohésion dans les équipes. Face à cette situation, le défi premier pour l'ensemble des directions du CSSSAB fut de rappeler aux employés les objectifs et les orientations du CSSSAB, et faire preuve de cohérence. L'Équipe Jocoeur a pu survivre, car elle a bénéficié tout le long du support des directions de l'établissement.

Pour l'ensemble de l'équipe multidisciplinaire, Jocoeur représentait un projet complètement nouveau; il ne semble pas, à la connaissance de l'équipe, y avoir d'équivalent ailleurs au Québec. Le succès de leur équipe fut assuré par la complicité qu'ils ont développée dès le départ; c'est ensemble que les membres de l'équipe ont défini leur philosophie, leurs rôles et leurs mandats. Ils partagent ainsi des valeurs communes, telles que le client au centre des préoccupations, la transparence au sein de l'équipe, l'amélioration continue, le partage des connaissances.

Le contact premier avec les entreprises, qui aiment voir des résultats à très court terme, n'a pas toujours été simple : faire la promotion des saines habitudes de vie, c'est un peu « travailler dans l'impalpable », puisque les résultats se font sentir à long terme. Cependant, l'Équipe Jocoeur a créé un climat de confiance avec les dirigeants, en se montrant très souple (interventions de soir et de nuit parfois), accessible, ouverte et très persévérante.

L'une des entreprises comptait, au tout début de la mise en place du projet Jocoeur, une infirmière en santé et sécurité au travail parmi ses employés. Pour éviter de dédoubler le travail ou d'empiéter sur le rôle de cette infirmière, les rôles respectifs de Jocoeur et de cette infirmière furent clarifiés dès le départ, et un travail de collaboration (et de complémentarité) fut entamé.

Enfin, l'un des impacts des activités de Jocoeur pour les travailleurs d'une entreprise, surtout celles comptant un nombre élevé d'employés, fut une montée momentanée des coûts en assurance médicaments. Il fut donc nécessaire de discuter de cette situation avec les dirigeants et de spécifier à ces derniers que cette situation temporaire se résorberait, ce qui fut le cas.

Les suites de l'initiative

Depuis avril 2009, un sous comité, comptant les deux responsables de l'initiative et quatre employeurs, s'est mis en place pour discuter des différentes avenues envisagées pour la survie du projet. L'initiative est donc actuellement en démarche auprès de différentes instances pour s'assurer d'un financement à long terme.

Quels sont les outils utilisés dans le cadre de cette initiative?

- Formulaire de consentement
- Profil cardiovasculaire
- Questionnaire de première rencontre individuelle

Quelles ont été les sources utilisées pour documenter cette initiative?

Rappel : l'OQRLS documente les initiatives à partir de différents points de vue par le biais d'entrevues. L'expérience et la perception des acteurs locaux est au cœur des travaux de l'Observatoire québécois des réseaux locaux de services. Ce récit a été rédigé à partir des sources suivantes.

- Entrevue avec un chef de programme en gestion des maladies chroniques, CSSS des Aurores-Boréales
- Entrevue avec l'adjointe à la direction générale au CSSS des Aurores-Boréales
- Entrevue avec un médecin au GMF des Aurores-Boréales
- Entrevue avec l'infirmière à l'équipe Jocoeur, CSSS des Aurores-Boréales
- Entrevue avec une travailleuse sociale à l'équipe Jocoeur, CSSS des Aurores-Boréales
- Entrevue individuelle à Québec avec le d.g. du CSSSAB
- Entrevue avec le directeur général de la fromagerie La Vache à Maillotte
- Entrevue avec le concessionnaire en titre d'Avantage Chrysler
- Entrevue avec le directeur général du Centre de formation professionnelle Lac-Abitibi de la Commission scolaire du Lac-Abitibi
- Entrevue avec un travailleur en comptabilité de Les Petits Chatons
- Entrevue avec un retraité ex électricien pour Norbord
- Entrevue avec un travailleur de chez Norbord.
- Entrevue avec un travailleur de La Vache à Maillotte
- Entrevue avec un courtier d'assurances chez EM Bégin
- Entrevue avec le propriétaire d'une entreprise de transport scolaire : « Transport d'écoliers La Sarre Inc. », ex copropriétaire de Beaudry & Lapointe
- Langlois, Lise, « Promouvoir la santé en milieu de travail : et si c'était aussi notre affaire? », JASP 2007, 22 novembre 2007
- Lise Langlois et Tri-Minh-Tran, XIe congrès annuel AMQ - Mtl - 18-19 avril 2008
- Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, 2008, *Portrait de santé en bref... La population du territoire du CSSS des Aurores-Boréales. Édition 2008*
- CSSS des Aurores-Boréales. *Présentation du CSSS des Aurores-Boréales sur le site Web de l'Agence de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue* (document de travail), 23 août 2005
- Vallières, Maggy, Langlois, Lise et Fortin, Paul. *Le projet Jocoeur. Dépistage, prévention, promotion en santé cardiovasculaire et respiratoire et gestion des maladies chroniques en entreprise*, 22 février 2008, document de mise en candidature pour le prix AQESSS 2008 Édition février 2008

Vous avez des commentaires sur ce texte?

nadine.bolduc@csssvc.qc.ca

Citation suggérée

Bolduc, N., Archambault, J., Gervais, J., Battaglini, A., Royer, A-M. et Ntebutse, J. G. (2010). *Suivi de santé et promotion des saines habitudes de vie en entreprise*. Récit, Observatoire québécois des réseaux locaux de services, 21 janvier 2010, 8 pages.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2010

Bibliothèque et Archives du Canada, 2010

ISSN : 1923-5895 (version imprimée)

ISSN : 1923-5909 (version PDF)

La reproduction des textes est autorisée et même encouragée, pourvu que la source soit mentionnée.

© Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, Observatoire québécois des réseaux locaux de services, 2010

Pour plus d'information sur l'initiative...

Personne-ressource de l'OQRLS : Nadine Bolduc, courtière de connaissances au 418 681-8787, poste 3833

Les personnes âgées avec troubles cognitifs : un repérage précoce pour un maintien dans la communauté

Par Julie Gervais, Johanne Archambault, Nadine Bolduc, Alex Battaglini et Anne-Marie Royer

Nom donné par les acteurs terrain :

Réseau de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie cognitive (RSI-PAPAC)

Région sociosanitaire :

Montérégie

Nom du territoire de RLS :

RLS du Suroît

Date de début des travaux :

Janvier 2006

Date de début des services offerts à la population :

Novembre 2006

Population rejointe : Personnes âgées en perte d'autonomie cognitive

Partenaires du RLS actuellement impliqués dans l'initiative : CSSS du Suroît, le GMF du Lac St-François et GMF de Salaberry, Société d'Alzheimer du Suroît, pharmacies communautaires

Quel est le but de l'initiative?

L'objectif ultime que vise le réseau de services intégrés PAPAC est de maintenir les personnes âgées avec troubles cognitifs (ex. : Alzheimer) le plus longtemps possible à domicile grâce à un dépistage précoce et à la mise en place d'un réseau incluant différents partenaires de la communauté et du réseau de la santé (ex. : pharmacies communautaires, GMF, organismes communautaires, sécurité civile). L'approche d'intervention préconisée dans cette initiative prend en compte l'ensemble des situations de vulnérabilités affectant cette clientèle. Les services qui sont offerts dans le cadre de ce projet s'appuient sur des données probantes en matière d'intervention auprès des PAPAC.

Quel est le problème sur le territoire ayant donné naissance à l'initiative?

Précisons qu'il s'agit d'un projet porté par les trois CSSS du territoire du Grand Suroît, soit le CSSS du Suroît, CSSS de Vaudreuil-Soulanges et du CSSS du Haut-St-Laurent¹. Plusieurs constats avaient été dégagés sur les services offerts à la clientèle en perte d'autonomie cognitive au sein des trois territoires. Comme

difficultés rencontrées, il y avait des délais d'attente importants (environ deux ans) pour l'évaluation de la perte d'autonomie cognitive sur le territoire du Suroît. Il y avait aussi très peu de continuité entre les différentes interventions offertes à cette clientèle. Par exemple, une personne pouvait être évaluée par plusieurs intervenants sans qu'ils ne se soient concertés entre eux à la suite du diagnostic. Il n'y avait pas non plus de suivi de la personne qui tenait compte de l'ensemble de ses problèmes de santé. Un tel suivi est particulièrement important en situation de perte d'autonomie cognitive puisqu'elle est souvent associée à une prise de médicaments inadéquate, à des chutes, à des troubles de comportement et à des problèmes de dénutrition. Ces problèmes étaient particulièrement importants sur le territoire du Suroît étant donné qu'il compte le plus grand nombre de personnes âgées au Québec.

Ainsi, au printemps 2005, les trois CSSS de la sous-région du Grand Suroît se sont associés pour développer un projet de réorganisation des services visant à améliorer le dépistage et à instaurer une approche interdisciplinaire dans le suivi des PAPAC au sein des trois territoires de RLS.

¹ L'Observatoire a concentré sa collecte d'informations sur l'expérience du territoire du CSSS du Suroît étant donné que l'initiative y est plus développée.

Qu'offre-t-on de plus à la population?

Service de dépistage offert au sein des GMF du territoire et soutenu par un consultant en neuropsychologie : en novembre 2006, un service de soutien au dépistage des troubles cognitifs a été développé au sein de deux GMF. Les médecins du GMF bénéficient des recommandations d'un consultant en psychogériatrie associé au programme PAPAC. Ce consultant soutient les médecins dans la formulation du diagnostic et dans l'intervention auprès des personnes atteintes de troubles cognitifs.

Plan d'intervention individualisé pour les cas complexes : pour les cas considérés plus vulnérables, une équipe composée de différents intervenants (médecin, infirmière, ergothérapeute, travailleur social, consultant en neuropsychologie, etc.) élabore, de concert avec le client et sa famille, un plan d'intervention basé sur les besoins spécifiques du client. Les infirmières des GMF participent aussi à ces

rencontres lorsqu'un lien avec les médecins de famille est nécessaire et qu'elles souhaitent bénéficier de l'expertise de l'équipe PAPAC.

Suivi de la clientèle PAPAC tenant compte de l'ensemble des facteurs de vulnérabilité : une fois diagnostiquée, soit au CSSS ou au GMF, la personne est inscrite à un registre de clients PAPAC. Le coordonnateur clinique et de liaison du CSSS joint les personnes inscrites à des intervalles réguliers pour évaluer l'état de vulnérabilité de la personne, mesuré à l'aide d'un outil développé dans le cadre de cette initiative (protocole d'évaluation de la vulnérabilité). Cet outil permet de couvrir l'ensemble des besoins de la personne. Par exemple, si la personne bénéficie d'un soutien d'un proche, si elle arrive à prendre ses médicaments adéquatement, si elle arrive à bien se nourrir, etc.

Qui sont les partenaires et quels sont leurs rôles?

Partenaires	Rôles
Le CSSS du Suroît	• Évaluer l'état de vulnérabilité global de la personne • Coordonner les différentes interventions nécessaires à la prise en charge de la clientèle PAPAC • Assurer la garde 24/7 à domicile pour la clientèle • Assurer l'accès à un médecin de famille (programme PECCO) à la clientèle PAPAC
GMF	• Procéder au dépistage des troubles cognitifs • Assurer la prise en charge médicale de la clientèle PAPAC • Participer à l'élaboration du plan d'intervention individualisé
Société d'Alzheimer du Suroît	• Offrir de la formation sur les troubles cognitifs à la clientèle, à ses proches et aux ressources d'hébergement privées et intermédiaires • Offrir du répit à la famille
Les pharmacies communautaires	• Transmettre les mises à jour des profils pharmaceutiques de la clientèle inscrite au RSI-PAPAC

Quelles sont les principales retombées?

Les délais d'attente pour l'évaluation de la clientèle sont passés de deux ans à deux mois grâce à la mise sur pied de la clinique de soutien au dépistage et au développement d'une version abrégée de l'outil d'évaluation (protocole d'évaluation cognitive pour les personnes âgées - PECPA-VB).

Le dépistage plus précoce et le suivi de la clientèle tenant compte de son état général de vulnérabilité contribuent à maintenir plus longtemps la personne à domicile. Pour la clientèle souffrant de démence, la stabilité du milieu de vie est très importante, sans quoi il y a un risque de décompensation qui détériore l'état de la personne.

Quelles sont les suites?

L'initiative RSI-PAPAC n'est pas encore pleinement actualisée. Il reste, entre autres, à former les intervenants à l'utilisation du protocole d'évaluation de la vulnérabilité des PAPAC. À l'heure actuelle, cet outil est surtout utilisé par le coordonnateur clinique et de liaison. À

l'automne 2008, les responsables du projet ont fait une demande de subvention à l'Agence de la Montérégie afin de poursuivre le déploiement du projet, mais ce financement ne leur a pas été accordé. À la fin de l'été 2009, le médecin responsable ainsi que le consultant en neuropsychologie instigateur du projet se sont retirés du projet. Le médecin responsable souhaite concrétiser le Portail PAPAC, un site Web qui permettra à l'ensemble des intervenants du réseau de la santé de recevoir de la formation en ligne et d'accéder aux outils cliniques ayant été développés et validés (ex. : Protocole d'évaluation cognitive des personnes âgées — version brève, protocole d'évaluation de la vulnérabilité) dans le cadre de l'initiative

Vous avez des commentaires sur ce texte?
julie.gervais.bcstl@ssss.gouv.qc.ca

Pour plus d'information sur l'initiative...

Personne-ressource de l'OQRLS : Julie Gervais, courtière de connaissances au 514 331-2288, poste 4044

Les personnes âgées avec troubles cognitifs : un repérage précoce pour un maintien dans la communauté

Par Julie Gervais, Johanne Archambault, Nadine Bolduc, Alex Battaglini et Anne-Marie Royer

Nom donné par les acteurs terrain :	Réseau de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie cognitive (RSI-PAPAC)
Région sociosanitaire :	Montérégie
Nom du territoire de RLS :	RLS du Suroît
Date de début des travaux :	Janvier 2006
Date de début des services offerts à la population :	Novembre 2006
Population rejointe :	Personnes âgées en perte d'autonomie cognitive
Partenaires du RLS actuellement impliqués dans l'initiative :	CSSS du Suroît, le GMF du Lac St-François et GMF de Salaberry, Société d'Alzheimer du Suroît, pharmacies communautaires

Brève description de l'initiative

Les objectifs poursuivis par cette initiative sont : 1) de dépister de manière précoce les troubles cognitifs chez les personnes âgées de plus de 70 ans et 2) de s'assurer que l'état de santé des personnes diagnostiquées soit pris en charge de manière globale. On entend par une approche de soins globale la prise en compte de l'ensemble des situations de vulnérabilité affectant les personnes en perte d'autonomie cognitive. On vise ainsi à maintenir cette clientèle le plus longtemps possible dans la communauté.

L'atteinte de ces objectifs implique la mise en place d'un réseau incluant différents partenaires du réseau de la santé et de la communauté (ex. : organismes communautaires, pharmacies communautaires, médecins de famille, sécurité civile). Ce réseau permet de développer un filet de sécurité pour ces personnes vulnérables au sein de la communauté et de favoriser la continuité des services qui leur sont offerts. Parmi l'ensemble des troubles cognitifs chez les personnes âgées, ce sont les troubles de démence (ex. : Alzheimer) qui sont priorisés dans cette initiative. Les évaluations et les interventions s'appuient sur les données probantes en matière d'intervention auprès de la clientèle âgée en perte d'autonomie cognitive.

Comment le projet a-t-il pris forme?

Il s'agit à la base d'un projet porté par les CSSS du Suroît, de Vaudreuil-Soulanges et du Haut St-Laurent qui avaient mis en place une équipe de psychogériatrie sous-régionale depuis 2000¹. Les trois CSSS avaient constaté des délais d'attente importants (environ deux ans) pour l'évaluation de la perte d'autonomie cognitive. Les médecins avaient également partagé leur besoin de disposer d'un outil de dépistage des troubles cognitifs rapide et facile à administrer pour poser leur diagnostic. Une fois le diagnostic posé, les médecins disaient aussi manquer de soutien dans le suivi de cette clientèle. Il n'y avait pas de mécanisme pour coordonner les différents soins ou les différents services offerts à la personne ni de prise en charge réellement adaptée à la problématique de démence. Il y avait peu de communication entre les différents intervenants œuvrant auprès des personnes âgées en perte

¹ L'Observatoire a concentré sa collecte d'informations sur l'expérience du territoire du CSSS du Suroît étant donné que l'initiative y est plus développée.

Récit : **Les personnes âgées avec troubles cognitifs : un repérage précoce pour un maintien dans la communauté**

d'autonomie cognitive (PAPAC). Par ailleurs, peu d'attention était accordée à l'état global de vulnérabilité de cette clientèle. Le traitement des problèmes de santé chez cette clientèle représente un défi étant donné qu'elle risque de prendre ses médicaments de façon inadéquate. Il n'est pas rare non plus qu'elle développe des problèmes de dénutrition. Il y avait donc un besoin de développer un outil permettant d'évaluer de façon interdisciplinaire l'ensemble des situations de vulnérabilité spécifiques à cette clientèle. On soutenait qu'un tel outil allait également faciliter les communications entre les différents professionnels en leur fournissant des références communes pour évaluer l'état de la personne. Bref, il fallait transformer les pratiques des intervenants et revoir l'organisation des services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie cognitive sur le territoire. Ce besoin était d'autant plus important sur le territoire du Suroît qui compte le plus grand nombre de personnes âgées au Québec.

Au printemps 2005, les trois CSSS partenaires ont donc développé le projet afin d'améliorer l'accessibilité et la continuité des services offerts à la clientèle PAPAC sur les trois territoires. Un projet de réorganisation du travail, consistant en la mise en place d'un réseau de services intégrés PAPAC, a été soumis au MSSS pour lequel un financement a été obtenu pour deux ans. Le projet a été soutenu par la table locale de la direction régionale de médecine générale (DRMG) qui avait priorisé le développement d'un réseau intégré de services pour cette clientèle.

C'est en janvier 2006 que les travaux d'élaboration de l'initiative PAPAC ont été amorcés. Une équipe de projet a été mise sur pied afin de développer le projet et de veiller à sa mise œuvre. Un comité d'orientation, composé de représentants des trois CSSS et de partenaires associés au projet (ex. : Société d'Alzheimer du Suroît, pharmaciens communautaires, résidences privées) a aussi été créé pour s'assurer que les orientations du projet tiennent compte des besoins des différents territoires et des préoccupations des partenaires. Au printemps 2006, des consultations ont été organisées auprès des principaux partenaires associés au projet (médecins, pharmaciens communautaires, organismes communautaires, intervenants du CSSS) afin de mieux comprendre les besoins de la clientèle PAPAC, les rôles des différents intervenants auprès de celle-ci ainsi que les attentes des partenaires à l'égard du projet. L'équipe a mis au total deux ans à développer et à valider les outils cliniques et clinico-administratifs requis pour actualiser le programme PAPAC (protocoles de liaison, questionnaires d'évaluation, etc.).

Parallèlement au développement des outils, une formation en psychogériatrie a été offerte aux principaux acteurs intervenants auprès des PAPAC (médecins, pharmaciens communautaires, organismes communautaires, intervenants du CSSS, résidences privées). La Société d'Alzheimer du Suroît a offert la formation aux proches aidants et aux résidences privées.

Le programme PAPAC a commencé graduellement à offrir des services à la population à partir de l'automne 2006.

Quels sont les nouveaux services offerts à la population?

Le programme PAPAC offre actuellement à la population les nouveaux services suivants.

Un service de dépistage de la démence offert au sein des GMF du territoire et soutenu par un consultant en neuropsychologie

En novembre 2006, un service de soutien au dépistage des troubles cognitifs a été mis en place au sein de deux GMF. Afin de favoriser un dépistage plus précoce, l'équipe de projet PAPAC a traduit et validé un outil très succinct (Cogmed) permettant aux médecins de dépister les troubles cognitifs lors de l'examen médical de routine de leurs patients. L'infirmière désignée PAPAC des GMF évalue les patients à l'aide d'outils plus poussés (Protocole d'évaluation cognitive des personnes âgées - PECPA) lorsqu'il y a apparence de troubles cognitifs. Les résultats sont transmis à un consultant en neuropsychologie afin qu'il fournisse au médecin des recommandations pour le diagnostic et le suivi de son patient.

Récit : Les personnes âgées avec troubles cognitifs : un repérage précoce pour un maintien dans la communauté

Élaboration d'un plan d'intervention individualisé et coordination des différents services de santé requis

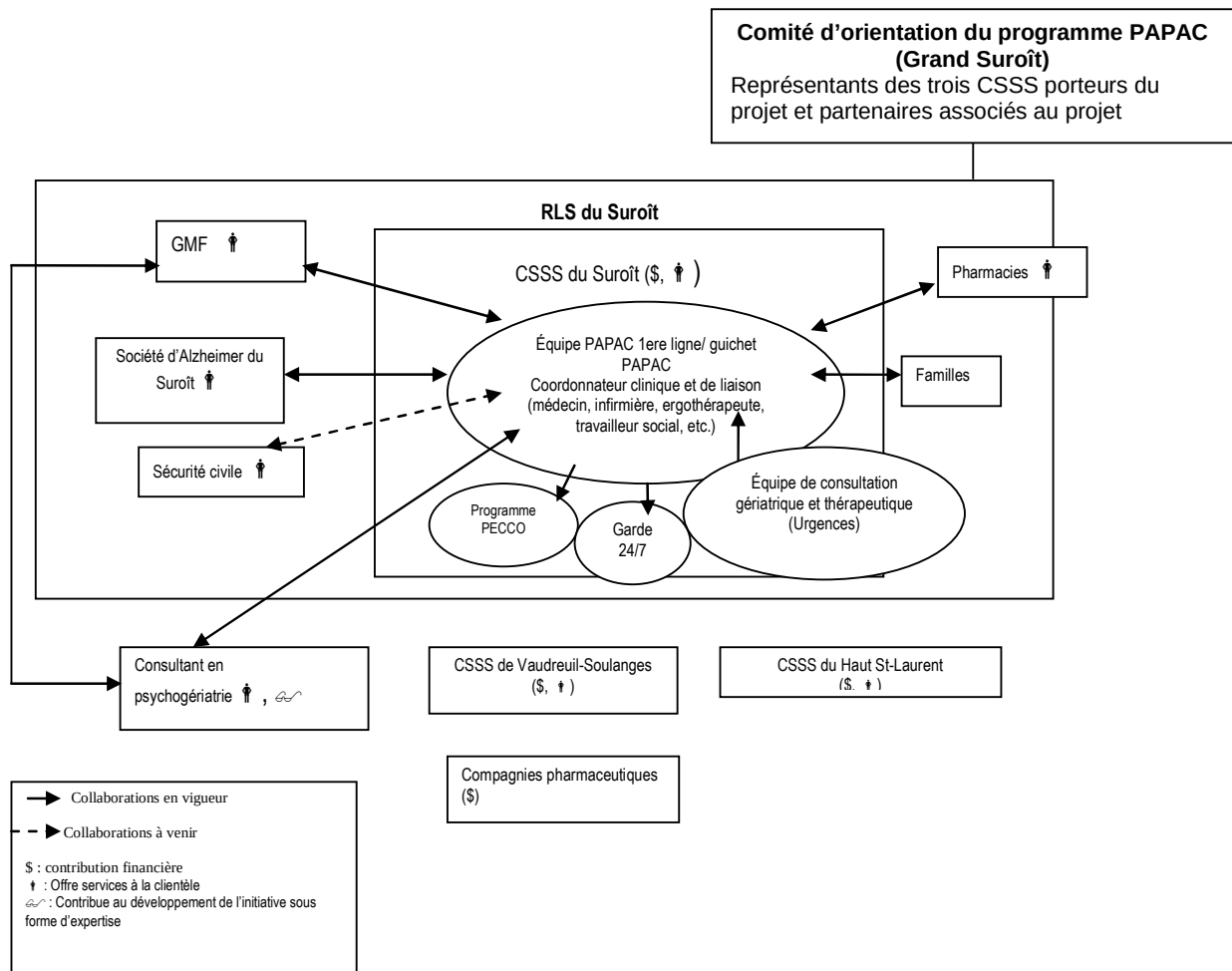
Pour les personnes souffrant de démence qui présentent de multiples facteurs de risque (ex. : isolement, épuisement des proches, pathologies multiples), un plan d'intervention individualisé est élaboré par une équipe interdisciplinaire (équipe première ligne PAPAC). Cette équipe est composée de l'intervenant-pivot, d'un médecin omnipraticien (du CLSC), d'un coordonnateur clinique et de liaison, et d'un neuropsychologue (consultant externe) qui est présent deux fois par mois. Les infirmières de GMF sont également présentes aux rencontres lorsqu'elles ont des cas complexes à discuter. C'est la coordonnatrice clinique et de liaison qui effectue le courtage des différents services offerts par le CSSS et par les partenaires de la communauté (ex. : organismes communautaires).

Suivi des usagers tenant compte de l'ensemble des facteurs de vulnérabilité

Depuis septembre 2008, les personnes âgées ayant reçu un diagnostic de troubles cognitifs sont référées au coordonnateur clinique et de liaison de l'équipe de première ligne PAPAC. Le coordonnateur inscrit les clients dans un registre et effectue un suivi téléphonique régulier auprès de ces personnes et de leurs proches afin d'évaluer leur état à l'aide du protocole d'évaluation de la vulnérabilité développé dans le cadre du projet PAPAC. Cet outil permet de dresser un portrait de la vulnérabilité de la personne

Qui sont les partenaires impliqués dans l'initiative?

Voici un portrait des principaux partenaires qui contribuent à l'offre de service qui découle du programme PAPAC.



Le CSSS du Suroît

L'équipe interdisciplinaire de première ligne PAPAC est sous la responsabilité du CSSS du Suroît. La composition de cette équipe varie en fonction de la nature des problèmes de la clientèle, mais elle compte habituellement une infirmière, un ergothérapeute, un médecin omnipraticien pratiquant au CLSC, un consultant en neuropsychologie et un coordonnateur clinique et de liaison. Cette équipe élabore le plan d'intervention en collaboration avec le client et sa famille. Afin d'assurer la prise en charge médicale de la clientèle PAPAC, le CSSS du Suroît a développé le programme de prise en charge de la clientèle orpheline (PECCO) qui, selon les personnes interrogées, fut le premier programme du genre implanté au Québec. Le CSSS a aussi le mandat d'assurer les services à domicile offerts à la clientèle sur une base 24h/24, 7 jours par semaine. L'équipe de consultation gériatrique et thérapeutique de l'urgence du CSSS du Suroît procède au dépistage de la perte d'autonomie des personnes qui se présentent à l'urgence. En cas de dépistage positif, la personne est référée au guichet d'accès des services de soutien à domicile du CSSS. L'évaluation plus approfondie de la perte d'autonomie cognitive et de la situation de vulnérabilité des personnes de même que le suivi de la personne seront assurés par l'équipe interdisciplinaire de première ligne PAPAC.

Les GMF

Au moment où la collecte d'information de l'Observatoire a été finalisée (été 2009), les principaux partenaires du RLS qui collaboraient activement avec le CSSS pour offrir des services à la clientèle PAPAC étaient le GMF du Lac St-François et le GMF de Salaberry. Tel que mentionné précédemment, les infirmières des deux GMF réalisent le dépistage des patients des médecins et participent aux rencontres de l'équipe première ligne PAPAC lorsque les patients qu'ils ont évalués sont considérés particulièrement vulnérables. Ces rencontres permettent aux infirmières de bénéficier de l'expertise de l'équipe pour compléter leur évaluation. À noter que ces rencontres ont souvent lieu au GMF afin de faciliter les contacts avec le médecin traitant en cas de besoin. Les patients ayant reçu un diagnostic de démence nécessitant des services à domicile ou l'intervention d'un travailleur social sont ensuite référés à l'équipe première ligne PAPAC.

Autres partenaires

Tel que mentionné précédemment, un consultant en psychogériatrie participe également aux rencontres de l'équipe première ligne PAPAC à raison de deux fois par mois afin d'appuyer l'équipe dans le suivi de cas complexes. Les honoraires de cette ressource sont défrayés par le CSSS. Le neuropsychologue apporte également un soutien aux médecins de famille dans l'évaluation de leurs patients et dans leur prise en charge en lui acheminant ses recommandations par télécopieur. À noter que le consultant a été le responsable du développement et de la validation des outils cliniques ainsi que de la formation offerte aux partenaires et aux intervenants du CSSS dans le cadre du programme PAPAC.

Une entente de collaboration entre le CSSS du Suroît et la Société d'Alzheimer du Suroît a aussi été signée. Le rôle de cet organisme au sein du programme PAPAC est d'offrir un répit aux proches aidants et d'offrir de la formation sur la démence aux familles, aux résidences privées et aux autres organismes communautaires sur le territoire. Le partenariat entre cet organisme et le CSSS sera toutefois appelé à s'intensifier au cours des prochaines années. On souhaite, entre autres, qu'ils participent plus activement à l'élaboration du plan de services individualisé.

Les pharmaciens ont pour rôle de communiquer au coordonnateur clinique la mise à jour du profil pharmacologique des clients PAPAC. On souhaiterait également que les pharmaciens participent au dépistage des personnes âgées en perte d'autonomie cognitive en administrant un outil de dépistage très succinct (Cogmed), mais ce point reste à négocier avec les pharmacies.

Une entente a aussi été signée récemment avec la sécurité civile, mais elle n'a pas encore été actualisée. Le rôle des policiers serait de communiquer (par télécopieur) au coordonnateur tous les incidents (ex. : conduite automobile dangereuse, égarement) impliquant les clients inscrits au

Récit : **Les personnes âgées avec troubles cognitifs : un repérage précoce pour un maintien dans la communauté**

programme PAPAC. Pour que la clientèle PAPAC soit reconnue par les policiers, on envisage d'apposer un collant « PAPAC » derrière le permis de conduire de la personne.

Enfin, le programme PAPAC n'aurait pas pu voir le jour sans la contribution des CSSS de Vaudreuil-Soulanges et du Haut-St-Laurent qui ont participé au développement du projet, tant au niveau financier qu'au niveau des travaux d'élaboration d'outils clinico-administratifs (protocoles de liaison, outils de dépistage, etc.). Quatre compagnies pharmaceutiques (Pfizer, Lundbeck, Novartis, Janssen-Ortho) ont également financé une partie de la démarche de validation d'outils de dépistage. Elles ont aussi défrayé les évaluations réalisées par les infirmières des GMF.

Quelles sont les ressources utilisées pour mettre en œuvre cette initiative?

Les ressources humaines

Le développement de ce projet a requis la mise sur pied d'une équipe de projet composée d'un responsable de projet (médecin omnipraticien), un responsable administratif (chef de programmes), un chargé de projet clinique (neuropsychologue), un chargé de projet organisationnel et d'une secrétaire. Au niveau clinique, l'équipe de première ligne PAPAC requiert le travail d'un coordonnateur clinique (3 jours/semaine), d'une commis (1 ETC), d'un travailleur social (1,5 jour/semaine), d'un omnipraticien (pratiquant au CLSC) (1 jour/semaine), d'une infirmière de GMF (0,5 jour/mois), d'un ergothérapeute (1 jour/semaine), d'un consultant en neuropsychologie (2 jours/semaine). Lorsque pertinent, une nutritionniste ou un pharmacien participe à l'élaboration du plan d'intervention.

Bref, les coûts de fonctionnement de l'équipe première ligne PAPAC sont évalués à environ 100 000 \$/année.

Les ressources financières

Le programme PAPAC a reçu en 2006 un financement du MSSS de 396 000 \$. Cette somme a servi à financer les démarches de consultation, la formation des intervenants et des partenaires sur les troubles cognitifs ainsi que l'élaboration et la validation des outils cliniques et administratifs requis. Ils ont reçu, en 2008, un budget supplémentaire non récurrent de 50 000 \$ provenant de l'Agence de santé et de services sociaux de la Montérégie pour soutenir l'implantation de l'équipe PAPAC première ligne.

Les quatre compagnies pharmaceutiques ont aussi contribué au projet en défrayant les coûts de mise en place et de fonctionnement de la clinique de soutien au dépistage (66 000 \$). Au moment de la collecte d'information, seule la compagnie Janssen-Ortho continue de soutenir le projet en défrayant les évaluations cognitives réalisées au sein des GMF et de l'équipe du soutien à domicile du CSSS du Suroît.

Les trois CSSS de la sous-région du Grand Suroît (CSSS de Vaudreuil-Soulanges, CSSS du Haut St-Laurent et CSSS du Suroît) ont aussi apporté un soutien financier au projet (total de 40 000 \$) pour le développement d'outils de communication, entre autres, la conception d'un site web (portail PAPAC), lequel n'est pas encore actualisé.

Récit : Les personnes âgées avec troubles cognitifs : un repérage précoce pour un maintien dans la communauté

Quelles sont les retombées associées à la mise en place de l'initiative?

Dimensions	Avant	Après
Pour la population	Les PAPAC devaient consulter plusieurs intervenants pour traiter leurs différents problèmes de santé sans qu'il n'y ait de concertation entre ceux-ci. L'absence d'approche de soins intégrés accélérail la détérioration de l'état de santé de la personne.	Les personnes âgées en perte d'autonomie cognitive bénéficient aujourd'hui d'une prise en charge de l'ensemble de leurs besoins en termes de santé et de bien-être. Le suivi systématique réalisé par le coordonnateur clinique ainsi que la prise en compte de l'état de santé global contribuent à prévenir la détérioration de l'état de santé de la personne atteinte de troubles cognitifs.
Sur l'organisation des services	Délai moyen de deux ans d'attente pour l'évaluation de la perte d'autonomie cognitive.	<i>« Grâce à certaines structures dont la clinique de soutien au dépistage et l'implication plus active et de certaines personnes, notamment dans les GMF, qui ont été formées à l'évaluation, le délai d'attente est passé de deux ans à un mois ou deux. »</i> (neuropsychologue) <i>« Si on est capable de diagnostiquer de façon précoce, tout se fait bien dans une chaîne (...) c'est pas l'effet de bombe arrivé à la fin (...) Avec le neuropsychologue qui nous soutient, les professionnels qui sont impliqués aussi, ça va beaucoup mieux. »</i> (infirmière GMF)
Pour les partenaires	Très peu de concertation entre les divers partenaires impliqués dans l'offre de service auprès des PAPAC. Faible niveau de connaissances des partenaires sur les troubles cognitifs.	Formation offerte aux partenaires du réseau local a permis de les sensibiliser à l'importance d'intervenir de manière concertée et précoce auprès des personnes âgées en perte d'autonomie cognitive.
Sur l'organisation du travail des intervenants	Chaque intervenant regardait une facette précise du problème de la personne en tenant peu compte d'autres aspects pouvant influencer l'état de santé de la personne (ex. : prescription d'un médicament pouvant causer des pertes de mémoire).	On assiste de plus en plus à un découplage des tâches entre professionnels. Par exemple, les infirmières effectuent désormais des évaluations cognitives alors que cette tâche était réservée traditionnellement aux ergothérapeutes. Les rencontres d'équipe interdisciplinaire permettent aux intervenants du CSSS d'avoir une vision systémique de l'intervention à offrir aux PAPAC.

L'avis des partenaires et de la population en regard de cette initiative?

Les médecins du territoire : Selon le médecin responsable du projet, les médecins du territoire se disent satisfaits de la formation qu'ils ont reçue et de l'avis du neuropsychologue qu'ils reçoivent en soutien au diagnostic. Il semble cependant que le plan d'intervention individualisé ne soit pas transmis systématiquement au médecin de famille. Ils apprécieraient le recevoir afin d'avoir une vue d'ensemble des facettes de la prise en charge qui sera réalisée et de mieux cerner comment ils pourraient contribuer au suivi de leur patient. Ils souhaiteraient aussi une prise en charge plus intégrée du patient avec une plus grande participation des familles et des organismes communautaires. Du point de vue de certains médecins du territoire, lorsque leur patient a besoin d'une évaluation plus poussée, il faut attendre plusieurs mois avant qu'elle ne soit réalisée par les intervenants du CSSS. Il en serait de même pour plusieurs autres examens (ex. : tomodensitométrie), ce qui ne favoriserait pas la continuité des services.

Les pharmaciens et les organismes communautaires : Selon les témoignages recueillis, les pharmaciens et les organismes communautaires ont beaucoup apprécié leur participation à la démarche de consultation ayant été menée au début du projet. Ils disent croire beaucoup en la valeur ajoutée du projet pour les personnes âgées en perte d'autonomie cognitive et souhaiteraient prendre part plus activement au réseau de services intégrés. Toutefois, ils trouvent dommage de ne recevoir aucune information sur l'évolution du projet depuis plusieurs mois. De plus, étant donné l'absence de dossier informatisé, les pharmaciens ont souvent à fournir, à plusieurs intervenants, le profil pharmaceutique d'un même client.

La population : À l'heure actuelle, il est difficile pour la population d'apprécier les changements apportés par l'initiative compte tenu du fait qu'elle n'est pas pleinement actualisée. Du point de vue de l'équipe PAPAC, plusieurs proches étaient au bord de l'épuisement avant de bénéficier des services de l'équipe PAPAC et leur état se serait significativement amélioré après leur prise en charge. « *Les retombées sont surtout de nature organisationnelle pour le moment, c'est-à-dire, on a un coordonnateur clinique et de liaison, on a une équipe dédiée PAPAC, on commence à utiliser des guides de pratiques, mais l'impact véritable de la mise en œuvre du réseau de services intégrés PAPAC ne pourra être observable que dans un an ou deux, si financement il y a* » (neuropsychologue).

Quelles leçons pouvons-nous tirer de la mise en place de cette initiative?

Les gens qui ont pris part au développement du projet s'entendent sur le fait que les ressources pour le réaliser ont été sous-estimées. Le travail de validation des outils et de recension des écrits s'est avéré beaucoup plus long que prévu. Si c'était à refaire, il serait judicieux de mieux évaluer dès le départ les ressources requises, tant pour le développement du projet que pour son actualisation. Le soutien de la haute direction du CSSS, particulièrement dans la démarche de financement, serait essentiel pour assurer la pérennité du projet.

Plusieurs personnes interviewées auraient souhaité un déploiement plus progressif de l'initiative en procédant à l'implantation de certains éléments plus rapidement plutôt que de vouloir implanter tous les éléments du programme simultanément. Cela aurait sans doute permis de voir plus rapidement les fruits du travail en réseau et de contribuer ainsi à maintenir la mobilisation des partenaires qui semble avoir perdu quelque peu de sa vigueur depuis le début du projet. L'importance de maintenir un lien constant avec les partenaires afin de les garder informés de l'évolution du projet a aussi été soulignée par ceux-ci.

Le roulement important du personnel au CSSS représente un frein considérable à l'avancement du projet PAPAC. « *Les intervenants ont tous changé, des infirmières, je pense qu'il en reste trois des anciennes (...) des travailleurs sociaux, on en a eu 4 à 5 nouveaux (...) On recommence avec eux (...) fait qu'imaginez, faut recommencer des devoirs qu'on a fait depuis longtemps* » (responsable administrative du projet).

Récit : **Les personnes âgées avec troubles cognitifs : un repérage précoce pour un maintien dans la communauté**

L'accès informatisé au dossier apparaît aux yeux de plusieurs personnes interviewées comme étant une condition essentielle de l'efficacité de RSI-PAPAC. Cet accès ne s'est pas encore concrétisé dans le cas de cette initiative. L'accès au dossier informatisé faciliterait non seulement le développement du réseau local de services, mais aussi l'application de la garde 24/7 puisque les médecins pourraient consulter à distance le dossier du patient et mieux soutenir l'infirmière à domicile. C'est l'accès informatisé au dossier qui va faire en sorte que le médecin va voir sa tâche allégée, puisqu'il facilite la prise en charge partagée par plusieurs intervenants. « *Ce qui fait échec aux soins partagés, c'est l'absence d'un partage d'information efficace* » (médecin responsable du projet).

Travailler en réseau nécessite une approche différente de travail et pour que cela fonctionne, il faut qu'il y ait un porteur de cette approche. Dans le cadre de cette initiative, c'est le médecin de l'équipe PAPAC qui a assumé ce rôle. Celui-ci s'est associé à des gens qui avaient la même philosophie et graduellement, les intervenants se sont ralliés à cette approche. La présence d'un expert en psychogériatrie au sein de l'équipe PAPAC est aussi un élément perçu par plusieurs comme étant incontournable. Une autre fonction charnière pour assurer le succès d'un projet similaire est celle du coordonnateur clinique et de liaison. Étant donné sa fonction de liaison, celui-ci agit comme un agent multiplicateur, tant à l'intérieur de l'équipe PAPAC qu'auprès des partenaires du territoire.

Enfin, en regard de l'exportabilité du projet, il apparaît, aux yeux des responsables du projet, difficile d'implanter le programme PAPAC en région métropolitaine. Le fait qu'il n'y ait qu'un seul hôpital sur le territoire faciliterait grandement le travail en réseau.

Les suites de l'initiative

Jusqu'à présent, le protocole d'évaluation de la vulnérabilité est surtout utilisé par le coordonnateur clinique et de liaison. On souhaite que l'ensemble des intervenants de l'équipe première ligne PAPAC l'utilise afin de faciliter l'adoption d'une vision partagée de l'état de vulnérabilité de la personne. À l'automne 2008, les responsables du projet ont demandé un financement à l'Agence de santé et de services sociaux de la Montérégie afin de défrayer les coûts de formation liée à l'utilisation du protocole d'évaluation de la vulnérabilité. Cette demande de financement n'a pas été acceptée. Le médecin responsable du projet a récemment quitté le CSSS du Suroît pour relever de nouveaux défis au CSSS Jardin Roussillon. Le neuropsychologue, ayant fait partie de l'équipe de projet, s'est également retiré du projet à la fin de l'été 2009. Un autre consultant en psychogériatrie a été embauché à l'automne 2009. Comme développement à venir, on prévoit, comme mentionné précédemment, développer davantage le partenariat avec les pharmacies, les organismes communautaires et le service de la sécurité civile. On compte aussi sur l'ajout de ressources financières pour embaucher des gestionnaires de cas PAPAC et pour concrétiser le portail PAPAC (site Web) afin d'offrir de la formation en ligne et rendre les outils développés accessibles à l'ensemble des intervenants du réseau de la santé.

Quels sont les outils utilisés dans le cadre de cette initiative?

Les outils développés (protocole d'évaluation de la vulnérabilité) et/ou validés dans le cadre de ce projet (ex. : Cogmed) seront ultérieurement accessibles sur le portail Internet PAPAC.

Récit : **Les personnes âgées avec troubles cognitifs : un repérage précoce pour un maintien dans la communauté**

Quelles ont été les sources utilisées pour documenter cette initiative?

Rappel : l'OQRLS documente les initiatives à partir de différents points de vue par le biais d'entrevues. L'expérience et la perception des acteurs locaux est au cœur des travaux de l'Observatoire québécois des réseaux locaux de services. Ce récit a été rédigé à partir des sources suivantes.

- Entrevue auprès du médecin responsable du projet
- Entrevue auprès du chargé de projet clinique (neuropsychologue)
- Entrevue auprès du responsable administratif du projet
- Entrevue auprès du coordonnateur clinique et de liaison
- Entrevue auprès de la direction du programme personnes âgées en perte d'autonomie
- Entrevue auprès d'un professionnel de la santé de l'équipe de consultation gériatrique et thérapeutique de l'urgence du CSSS du Suroît
- Entrevue auprès de responsable de deux organismes communautaires
- Entrevue auprès de deux médecins pratiquant au sein de deux GMF/cliniques privées du territoire
- Entrevue auprès d'un pharmacien communautaire
- Entrevue auprès de deux proches aidants
- Entrevue avec une infirmière GMF
- Rapport final du projet *Programme paritaire de dépistage et de prise en charge précoce des personnes âgées en perte d'autonomie cognitive résidant sur le territoire des CSSS du Grand Suroît par la transformation des pratiques de travail dans le cadre d'une mise en réseau intégrée des ressources de services* remis au ministère de la Santé et des Services sociaux en 2008
- Bilan de six focus group sur le thème « Comment améliorer le dépistage et le suivi des personnes âgées en perte d'autonomie cognitive » (2006)

Vous avez des commentaires sur ce texte?
julie.gervais.bcstl@ssss.gouv.qc.ca

Citation suggérée

Gervais, J., Archambault, J., Bolduc, N., Battaglini, A., et Royer, A.-M. (2010). *Les personnes âgées avec troubles cognitifs : un repérage précoce pour un maintien dans la communauté*. Récit, Observatoire québécois des réseaux locaux de services, 14 janvier 2010, 9 pages.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2010

Bibliothèque et Archives du Canada, 2010

ISSN : 1923-5895 (version imprimée)

ISSN : 1923-5909 (version PDF)

La reproduction des textes est autorisée et même encouragée, pourvu que la source soit mentionnée.

© Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke,
Observatoire québécois des réseaux locaux de services, 2010

Pour plus d'information sur l'initiative...

Personne-ressource de l'OQRLS : Julie Gervais, courtière de connaissances au 514 331-2288, poste 4044

Adultes ayant des problèmes de santé mentale : quatre organisations font équipe pour le maintien dans la communauté

Nom donné par les acteurs terrain :	Suivi intensif dans le milieu en équipe (SIME)
Région sociosanitaire :	Lanaudière
Nom du territoire de RLS :	RLS de Lanaudière-Sud
Date de début des travaux :	1999
Date de début des services offerts à la population :	2002
Population rejointe :	Adultes ayant des problèmes sévères de santé mentale
Partenaires du RLS actuellement impliqués dans l'initiative :	CSSS du Sud de Lanaudière, Centre de réadaptation en dépendances Le Tremplin du CSSS du Nord de Lanaudière, Propulsion Lanaudière, centre de réadaptation La Myriade.

Quel est le but de l'initiative?

Il s'agit d'un service de traitement et de soutien offert dans le milieu de vie des personnes ayant des troubles mentaux sévères. Le but visé est d'assurer une stabilisation des symptômes et de réduire le recours à l'hospitalisation.

Quel est le problème sur le territoire ayant donné naissance à l'initiative?

Le sud de la région de Lanaudière connaît un problème important d'accès aux services de santé mentale en plus de disposer d'un nombre réduit de lits d'hospitalisation en psychiatrie. Les taux de comorbidité et de double diagnostic sont élevés chez les populations présentant des troubles mentaux sévères. Ces personnes peuvent négliger de prendre leurs médicaments et de se présenter à leurs rendez-vous. Elles peuvent connaître une détérioration de leur santé, une désorganisation personnelle et sociale et un retour régulier au centre hospitalier; c'est ce qui est appelé le phénomène de la « porte tournante ».

Qu'offre-t-on de plus à la population?

Selon les responsables de l'initiative, le soutien intensif dans la communauté offert sur ce territoire est novateur et unique en son genre au

Québec. De façon générale, les équipes de soutien intensif sont composées d'intervenants de centres hospitaliers et, dans certains cas, de CLSC. L'originalité du suivi dans la communauté en équipe (SIME) repose sur le fait que le suivi se fait en intégrant des intervenants du milieu institutionnel et communautaire. Les services sont offerts de façon intensive (au quotidien) dans le milieu de vie des personnes. Ils sont dispensés par une équipe interdisciplinaire composée de sept intervenants provenant de quatre organismes différents : CSSS du sud de Lanaudière (CSSSSL), centre de réadaptation en dépendances Le Tremplin du CSSS du Nord de Lanaudière (CSSSNL), Propulsion Lanaudière et le Centre de réadaptation La Myriade.

Les services sont offerts aux adultes ayant un trouble mental ayant connu une ou des hospitalisations prolongées. Il peut parfois s'agir d'un trouble avec évolution difficile et particulière, pour lequel les services traditionnels offerts n'ont pas été efficaces. Ces personnes sont référées par un médecin psychiatre. Le SIME offre à la personne une gamme de services adaptés à ses besoins qui touchent toutes les sphères de sa vie; des services de traitement, de réadaptation et de réhabilitation psychosociale qui favorisent le maintien dans son milieu de vie. Les sept intervenants se rencontrent à tous les matins pour une

Coup d'œil : Adultes ayant des problèmes de santé mentale : quatre organisations font équipe pour le maintien dans la communauté

distribution des tâches. Ils planifient leurs interventions de la journée selon le niveau d'urgence, les injections de médicaments à

donner, les différents besoins des clients (ex. : rendez-vous chez le médecin, épicerie, etc.).

Qui sont les partenaires et quels sont leurs rôles?

Partenaires	Rôles
Le CSSS du Sud de Lanaudière	Ce dernier libère la conseillère en soins spécialisés (chef d'équipe du SIME) et deux infirmiers. Le psychiatre est lui aussi rattaché au CSSS. L'objectif du service de psychiatrie du CSSS est d'offrir et de dispenser des services d'évaluation, de consultation et de traitement à une clientèle adulte aux prises avec une ou des problématiques psychiatriques (service d'urgence psychiatrique, hospitalisation, hôpital de jour et cliniques externes).
Le Centre de réadaptation en dépendances Le Tremplin du CSSS du Nord de Lanaudière	Le Centre de réadaptation libère un intervenant en toxicomanie. Leur champ d'activité concerne l'offre de services d'adaptation ou de réadaptation ainsi que de l'insertion sociale pour les gens ayant un problème d'abus ou de dépendance.
Propulsion Lanaudière	Cet organisme communautaire libère un intervenant communautaire. Leur mission est d'offrir des services sociorésidentiels aux personnes aux prises avec un problème de santé mentale.
Le Centre de réadaptation La Myriade	Cette ressource contribue au SIME en libérant deux éducateurs spécialisés. La mission du CR est d'offrir et de dispenser, à des personnes vivant avec un problème particulier, des services d'adaptation, de réadaptation, d'intégration sociale et communautaire, de même que des services d'accompagnement et de soutien à leur entourage.

Quelles sont les principales retombées?

Ce service dessert actuellement 52 adultes dans le territoire du sud de Lanaudière et depuis sa création, 97 personnes ont bénéficié de ses services. En 2005, le taux d'hospitalisation a diminué de 97 %. La durée moyenne des hospitalisations a chuté de plus de 95 %. Elle est passée à 191 jours en 2007. La clientèle participe à des activités favorisant leur rétablissement (travail, études et bénévolat) à près de 35 %.

Impacts perçus sur la qualité de vie des clients et sur leur rétablissement.

- Maintien dans le milieu de vie naturel
- Traitement intégré toxicomanie et santé mentale
- Retour aux études et au travail
- Amélioration de la santé physique
- Diminution des ruptures de liens familiaux

- Meilleure participation des personnes à leur traitement
- Meilleure évaluation clinique pour la mise en place d'un traitement pharmacologique approprié
- Amélioration des habitudes de vie (alimentation, budget, exercices)
- Meilleure participation sociale

Quelles sont les suites?

Les gestionnaires du comité de coordination du SIME veulent faire reconnaître le besoin d'avoir une équipe à temps complet. Pour cela, ils ont besoin de 10 intervenants ETC. De plus, ils désirent éventuellement créer une deuxième équipe SIME sur le même territoire.

Vous avez des commentaires sur ce texte?
aroyer.csss-iugs@ssss.gouv.qc.ca

Pour plus d'information sur l'initiative...

Personne-ressource de l'OQRLS : Anne-Marie Royer, courtière de connaissances au 819 780-2220, poste 47076

Adultes ayant des problèmes de santé mentale : quatre organisations font équipe pour le maintien dans la communauté

Par Anne-Marie Royer, Johanne Archambault, Julie Gervais, Alex Battaglini et Nadine Bolduc

Nom donné par les acteurs terrain :	Suivi intensif dans le milieu en équipe (SIME Sud)
Région sociosanitaire :	Lanaudière
Nom du territoire de RLS :	RLS de Lanaudière-Sud
Date de début des travaux :	1999
Date de début des services offerts à la population :	2002
Population ciblée Personnes présentant des problèmes de santé multiples consultant les services d'urgence de manière répétée	
Partenaires du RLS actuellement impliqués dans l'initiative CSSS du Sud de Lanaudière, Centre de réadaptation en dépendances Le Tremplin du CSSS du Nord de Lanaudière, Propulsion Lanaudière, Centre de réadaptation La Myriade	

Brève description de l'initiative

Il s'agit d'un service de traitement et de soutien offert aux personnes ayant des troubles mentaux sévères. Les services sont offerts de façon intensive (au quotidien) dans le milieu de vie des personnes. Il repose sur la responsabilité d'une équipe interdisciplinaire composée de sept intervenants provenant de **quatre organismes différents** : CSSS du Sud de Lanaudière (CSSSSL), Centre de réadaptation en dépendances Le Tremplin du CSSS du Nord de Lanaudière, Propulsion Lanaudière et le Centre de réadaptation La Myriade. Le but de cette initiative est d'optimiser la contribution des quatre établissements dans le rétablissement de la personne en assurant une stabilisation des symptômes et en réduisant le recours à l'hospitalisation.

Comment le projet a-t-il pris forme?

Le sud de la région de Lanaudière connaît un problème important en termes d'accessibilité aux services de santé mentale en plus d'un déficit au niveau des lits en psychiatrie. Les taux de comorbidité sont élevés chez les populations présentant des troubles mentaux sévères. Ces personnes peuvent négliger de prendre leurs médicaments et de se présenter à leurs rendez-vous de suivi thérapeutique. Elles peuvent connaître une détérioration de leur santé, une désorganisation personnelle et sociale et un retour régulier au centre hospitalier; ce qui est appelé le phénomène de la « porte tournante ».

En 1998, le ministère de la Santé et des Services sociaux désirait instaurer de nouveaux services en santé mentale dans la communauté pour la clientèle présentant des troubles mentaux sévères. L'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière accorda une place privilégiée au modèle de suivi intensif dans le milieu. Elle dégagea des fonds pour permettre au **Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur (CSSSSL)** et au Centre de réadaptation **La Myriade** d'élaborer un cadre de référence en 1999 pour ensuite le mettre en place en 2002. Le directeur des services professionnels, le chef de la psychiatrie, les directeurs généraux de La Myriade et du centre hospitalier ont été des acteurs importants. À la suite d'une tournée des partenaires de la région, deux autres établissements, le Centre de réadaptation en dépendances **Le Tremplin du CSSS du Nord de Lanaudière** et **Propulsion Lanaudière** (soutien au logement), se joignent au tandem pour créer un nouveau service; le *suivi intensif dans le milieu en équipe* (SIME) de Lanaudière.

Récit : **Adultes ayant des problèmes de santé mentale : quatre organisations font équipe pour le maintien dans la communauté**

Chaque intervenant associé au SIME est sous la responsabilité clinique d'un chef d'équipe et relève administrativement de son établissement respectif. Un comité de coordination, composé des gestionnaires, du chef d'équipe et du psychiatre, se réunit mensuellement afin d'assurer que la philosophie, les valeurs et les lignes directrices du programme soient respectées. Ce comité est coordonné par un membre gestionnaire élu annuellement. Selon les personnes interrogées, un historique de partenariat était déjà établi bien avant la création du RLS. En 1988, plusieurs ressources avaient uni leurs forces pour créer une ressource destinée aux adultes ayant des problèmes de santé mentale.

Qu'offre-t-on de plus à la population?

Les services sont offerts aux adultes ayant un trouble mental ayant connu une ou des hospitalisations prolongées en psychiatrie. Il peut parfois s'agir d'un trouble avec évolution difficile et particulière, pour lequel les services traditionnels offerts n'ont pas été efficaces. Ces personnes sont référées par un médecin psychiatre. Le suivi dans la communauté en équipe (SIME) offre à la personne une gamme de services adaptés à ses besoins qui touchent toutes les sphères de sa vie. *Il s'agit d'une belle équipe pour aider vraiment le client dans la mission du rétablissement. On couvre toutes les sphères* (gestionnaire du CSSSSL).

Les clients sont référés au SIME par un psychiatre. Cette demande est accompagnée de l'évaluation psychiatrique et de toute autre information susceptible d'aider quant à la prise de décision. Un premier contact téléphonique est fait par le chef d'équipe dans les 24 à 48 heures. Bien que l'équipe soit multidisciplinaire, chaque membre remplit la plupart des fonctions du suivi dans le milieu de la personne. C'est l'équipe qui partage la totalité des responsabilités à l'égard des personnes qui y sont inscrites. Chaque intervenant doit donc connaître toutes les personnes faisant partie du programme.

L'intervention interdisciplinaire apporte à la personne bénéficiant du SIME des services de traitement de réadaptation et de réhabilitation psychosociale favorisant le maintien dans son milieu de vie. Les interventions ont toujours lieu in vivo (dans le milieu de vie de la personne). Elles sont de deux natures et peuvent survenir simultanément.

Interventions proactives et préventives

Ces interventions reposent sur l'apprentissage que fait la clientèle pour éviter les situations de crise. Le fait d'aller dans la communauté (*outreach*) permet de soutenir la personne dans ses activités de la vie quotidienne et domestique. Les intervenants sont ainsi en mesure de prévenir l'hospitalisation du client et limiter les déficits cognitifs qui pourraient survenir. Plusieurs clients ont des problèmes de santé physique (cholestérol, diabète, etc.). Les intervenants préviennent la détérioration de leur état de santé en les accompagnant chez le médecin. Depuis peu, les clients du SIME ont accès à des séances d'information d'une nutritionniste. L'accompagnement offert par le service sécurise autant le client que les intervenants du réseau de la santé qui sont parfois réticents à rencontrer des personnes ayant des troubles mentaux.

Interventions planifiées

Ces interventions sont basées sur le plan d'intervention individualisé (PII) préalablement établi avec la personne et l'équipe. Elles peuvent concerner le soutien au logement, la réduction des méfaits liés à la toxicomanie, l'amélioration de l'accès à l'emploi, etc. Ces interventions se font en collaboration avec les familles des clients, les pharmacies communautaires, les propriétaires de logements et les employeurs potentiels. Les intervenants cherchent à créer et à maintenir les contacts avec la personne et son réseau pour agir efficacement sur le contexte de vie de la personne. Les membres de la famille peuvent contribuer au rétablissement de la personne et favoriser son autonomie.

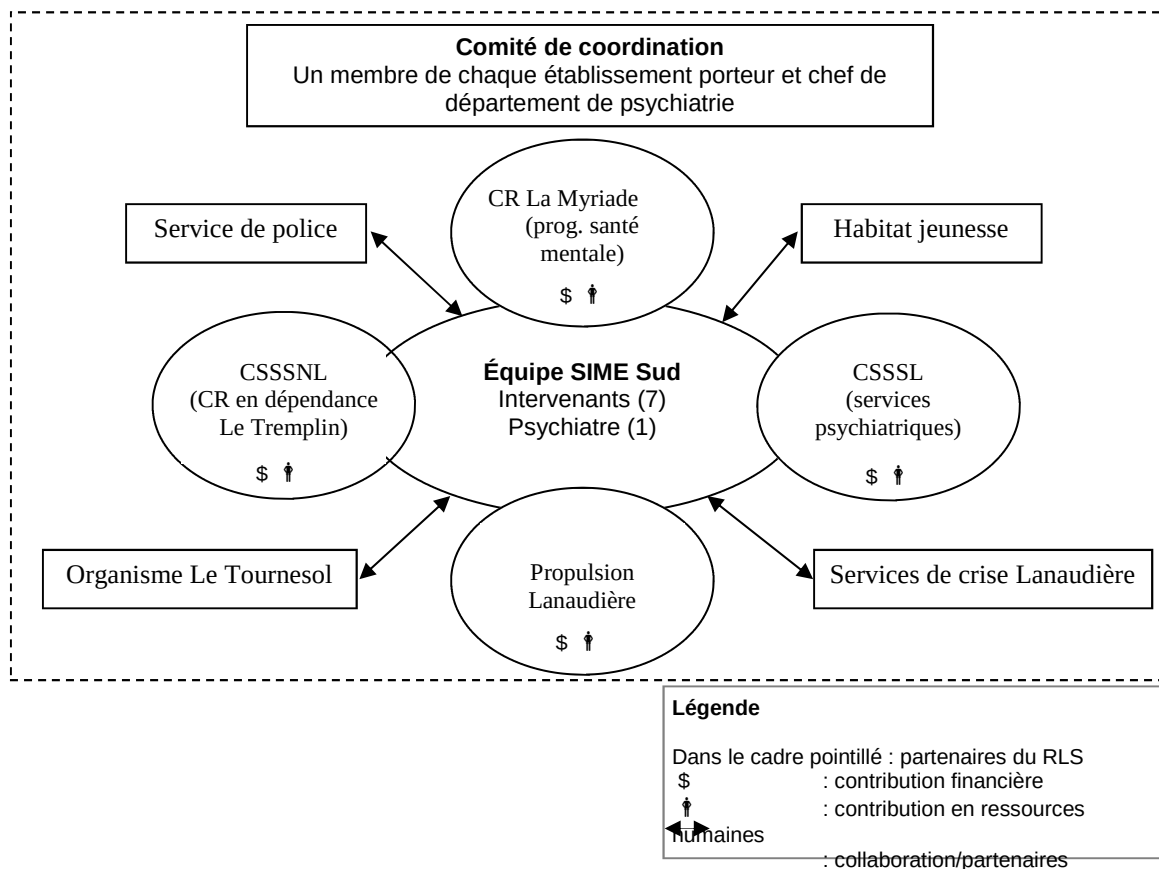
De plus, les clients du SIME ont accès aux groupes d'enseignement de la clinique externe en psychiatrie (thèmes touchant les troubles métaboliques, troubles de l'anxiété, etc.). Certains d'entre eux bénéficient du nouveau traitement développé par le psychiatre de l'équipe (trithérapie) qui, au dire des personnes interrogées, se révèle être un véritable succès pour les clients.

Les sept intervenants se rencontrent tous les matins pour une distribution des tâches. Ils planifient leurs interventions de la journée selon le niveau d'urgence, les interventions prévues aux PII, les médicaments à

Récit : Adultes ayant des problèmes de santé mentale : quatre organisations font équipe pour le maintien dans la communauté

donner, les différents besoins des clients tels que les rendez-vous chez le médecin, l'épicerie, etc. Les interventions sont taillées sur mesure, selon les besoins particuliers de chaque personne. Ainsi, la fréquence et l'intensité des contacts fluctuent en fonction de ces besoins. Par exemple, il s'agira d'aide quotidienne et temporaire dans la prise de médication, également d'aide à l'alimentation, d'assistance à l'hygiène, ou même d'accompagnement et de support afin de recevoir des services.

Qui sont les partenaires impliqués dans l'initiative?



Récit : **Adultes ayant des problèmes de santé mentale : quatre organisations font équipe pour le maintien dans la communauté**

Chacun des quatre partenaires est un élément clé constitutif de l'équipe SIME. Par le biais d'un protocole d'entente, ils contribuent au développement du service en libérant des ressources humaines (gestionnaires et intervenants). Un gestionnaire de chaque organisme compose le comité de coordination. Chaque intervenant issu d'un des quatre organismes est mis à profit au sein de l'équipe par des compétences particulières liées à leur champ d'activité. Les quatre partenaires poursuivent tous le même objectif : offrir des services complets et de qualité à la clientèle du SIME. *C'est comme faire un gâteau et tout le monde a un ingrédient. S'il en manque un, le gâteau ne monte pas.* (Gestionnaire de La Myriade)

Le Centre de réadaptation La Myriade

Cette ressource contribue au SIME en libérant deux éducateurs spécialisés. La mission du CR est d'offrir et dispenser, à des personnes vivant avec une problématique particulière, des services d'adaptation, de réadaptation, d'intégration sociale et communautaire, de même que des services d'accompagnement et de soutien à leur entourage.

Le CSSS du Sud de Lanaudière

Ce dernier libère la conseillère en soins spécialisés (chef d'équipe du SIME) et deux infirmiers. Le psychiatre est lui aussi rattaché au CSSS (hôpital Pierre-Le Gardeur). L'objectif du service de psychiatrie du CSSS est d'offrir et de dispenser des services d'évaluation, de consultation et de traitement à une clientèle adulte aux prises avec une ou des problématiques psychiatriques (service d'urgence psychiatrique, hospitalisation, hôpital de jour et cliniques externes).

Propulsion Lanaudière

Cet organisme communautaire libère un intervenant communautaire. Leur mission est d'offrir des services sociorésidentiels aux personnes aux prises avec un problème de santé mentale. L'intervenant communautaire a pour fonction de voir à ce que les besoins de la personne soient comblés, plus particulièrement dans le domaine du logement. Il s'assure que la personne soit renseignée sur ses droits et obligations en logement. Cet intervenant est habilité à faire de la sensibilisation auprès des propriétaires et à mettre à la disposition de l'équipe une banque de propriétaires sympathisants.

Le Centre de réadaptation en dépendances Le Tremplin (CSSS du Nord de Lanaudière)

Le Centre de réadaptation libère un intervenant en toxicomanie. Leur champ d'activité concerne l'offre de service d'adaptation ou de réadaptation ainsi que de l'insertion sociale pour les gens ayant un problème d'abus ou de dépendance. L'intervenant en toxicomanie a pour fonction de suivre les habitudes de consommation de drogues non prescrites ajoutées à celles devant stabiliser l'état psychiatrique des clients. Il accompagne les clients dans le rétablissement d'un mode de vie sans consommation de drogues. Il est l'expert conseil auprès des autres membres de l'équipe quant à la problématique de toxicomanie présente chez certaines personnes.

Autres partenaires impliqués

Afin d'offrir des services complets 24 heures par jour et 365 jours par année, l'équipe du SIME collabore avec plusieurs autres ressources du milieu telles que les services de crises de Lanaudière, Le Tournesol de la Rive-Nord, Habitat Jeunesse et le service de police des municipalités du RLS de Lanaudière-Sud. Le SIME a signé des ententes formelles avec plusieurs partenaires puisque l'équipe seule ne peut répondre à tous les besoins.

Quelles sont les ressources utilisées pour mettre en œuvre cette initiative?

Les ressources humaines

L'équipe du SIME comprend sept intervenants ETC : 1 chef d'équipe (infirmière conseillère en soins spécialisés), 2 infirmiers (CSSS du Sud de Lanaudière), 2 éducateurs spécialisés (CR La Myriade), 1 intervenant en toxicomanie (CR Le Tremplin) et 1 intervenant communautaire pour le soutien au logement

Récit : Adultes ayant des problèmes de santé mentale : quatre organisations font équipe pour le maintien dans la communauté

Quelles sont les retombées associées à la mise en place de l'initiative?

Dimensions	Avant	Après
Pour les adultes ayant un trouble mental	Plusieurs personnes ne bénéficiaient pas de suivi en santé mentale selon leurs besoins.	Ce service dessert actuellement 61 adultes dans le territoire du sud de Lanaudière et depuis sa création, près de 110 personnes ont bénéficié de ses services.
	En 2003, le nombre de jours d'hospitalisation en psychiatrie était de 4 424 jours.	En 2005, le taux d'hospitalisation des clients du SIME a diminué de 97 %. La durée moyenne des hospitalisations a chuté de plus de 95 %. Elle est passée à 191 jours.
	La quasi-totalité de la clientèle était inactive.	Participation de la clientèle à des activités favorisant leur rétablissement (travail, études et bénévolat) à près de 35 % en 2006. Cela équivaut à 18 personnes sur les 52 qui bénéficiaient des services en 2006. En augmentation actuellement...
	Les clients médicamenteux subissent souvent des effets secondaires.	Le psychiatre de l'équipe élabore un traitement pharmacologique novateur (trithérapie). Aux dires des personnes interrogées, les clients se portent mieux. Ils sont plus proactifs dans leur démarche vers le rétablissement.
Pour les adultes ayant un trouble mental	Impact sur la qualité de vie des clients et leur rétablissement : - maintien dans le milieu de vie naturel; - traitement intégré toxicomanie et santé mentale; - retour aux études et au travail; - amélioration de la santé physique et mentale; - diminution des ruptures de liens familiaux; - meilleure participation des personnes à leur traitement; - meilleure évaluation clinique pour la mise en place d'un traitement pharmacologique approprié; - amélioration des habitudes de vie (alimentation, budget, exercices). - meilleure participation et intégration sociale.	
Sur l'organisation des services	Les intervenants des différentes ressources avaient tendance à travailler en silo; peu de contacts et d'arrimages entre eux.	- Le modèle d'interdisciplinarité améliore la qualité des services aux clients. Ce type d'intervention constitue une valeur ajoutée puisque les clients ont accès à plusieurs expertises (4 établissements = 4 expertises) et services en plus d'y avoir accès rapidement. - Les intervenants travaillent ensemble pour les clients (plans d'intervention concertés).

Récit : Adultes ayant des problèmes de santé mentale : quatre organisations font équipe pour le maintien dans la communauté

Quelles sont les retombées associées à la mise en place de l'initiative?

Dimensions	Avant	Après
Sur la collaboration	Les quatre partenaires se connaissaient peu; la mise en place de projets communs peut prendre du temps.	Les gens se connaissent et les liens de confiance sont établis. Les partenaires peuvent ainsi mettre en place de nouveaux projets très rapidement. « Après cela, n'importe quel partenariat peut être possible » (gestionnaire de La Myriade).
		Sensibilisation auprès de la communauté qui a un impact positif : propriétaires de logements sympathisants, employeurs, pharmaciens, etc. qui sont en relation avec l'équipe du SIME.
		L'équipe SIME fonctionne avec un budget intégré provenant des quatre partenaires : haut degré de confiance et de collaboration.
		Signatures d'ententes avec plusieurs partenaires du milieu : service de police communautaire, service de crise, etc.
Sur les pratiques ou le travail des intervenants	Les confrontations entre intervenants de la santé (infirmières) et des services sociaux (éducateurs) étaient fréquentes; les gens ne partageaient pas la même vision.	Le fait de mettre « le médical avec le social » change la perspective des intervenants; c'est enrichissant et complémentaire.
	Les psychiatres étaient réticents à référer des clients au SIME. Il s'agissait d'un nouveau service à l'extérieur des murs avec une équipe incluant des intervenants psychosociaux; ce n'était pas vendu d'avance!	À la suite des contacts avec le psychiatre de l'équipe SIME, les psychiatres de la région réfèrent de plus en plus au service. Ces derniers n'attendent pas nécessairement que le diagnostic soit posé (ex. : jeunes psychotiques); ils réfèrent rapidement et cela a un impact positif sur les clients.

Récit : Adultes ayant des problèmes de santé mentale : quatre organisations font équipe pour le maintien dans la communauté

L'avis des partenaires et de la population en regard de cette initiative?

Tous les partenaires interrogés sont emballés par l'impact de l'initiative sur les adultes ayant des troubles mentaux. Ils ont tous mentionné avec fierté des histoires de succès concernant des clients ayant bénéficié du SIME. *Les services collent à la personne. Ça fait la différence car le réseau de la santé et des services sociaux c'est compliqué pour le commun des mortels.* (Chef d'équipe) Ils considèrent que le psychiatre de l'équipe est un apport inestimable et un « poteau » pour l'équipe car il est constamment à l'affût de la nouveauté en pharmacologie. Il ne se limite pas à contrôler les symptômes; il va au-delà de la maladie. *C'est riche de le faire en partenariat. Nous sommes plusieurs à offrir plusieurs réponses. C'est riche parce que ça fait avancer plein d'autres choses au-delà du projet qu'on mène en équipe.* (Gestionnaire du CR en dépendances) Après plus de cinq ans d'existence, les partenaires considèrent que l'équipe a atteint un niveau de maturité et de fonctionnement optimal.

Les quelques clients interrogés bénéficient des services depuis en moyenne cinq ans. Ils sont tous très satisfaits des services reçus. Ils apprécient le fait d'avoir un accompagnement dans leur milieu de vie avec des intervenants qui leur offrent plusieurs services dont un suivi de santé (prise du pouls, injection de médicaments, prise de sang, etc.). Ils peuvent vivre en appartement tout en pouvant compter sur une équipe de professionnels : *Ça m'a apporté beaucoup de sécurité.* (Client du SIME) *Les intervenants sont très appréciés pour leur écoute, leur générosité et leur disponibilité : Quand tu en as besoin, ils sont toujours là. J'appelle et quelqu'un vient me voir si je suis trop high ou low.* (Client du SIME) Un client était particulièrement fier de mentionner qu'il va bientôt débiter un emploi adapté. Pour lui, qui était « complètement fini mentalement », il s'agit d'une belle victoire. Les clients interrogés ont tous connu plusieurs hospitalisations dans le passé dont une cliente pour qui changement de saison rimait avec hospitalisation. Depuis que le SIME est entré dans leur vie, aucun des trois clients n'a dû être hospitalisé.

Quelles leçons pouvons-nous tirer de la mise en place de cette initiative?

Le défi principal dans un projet impliquant divers partenaires est d'apprendre à travailler ensemble tout en se respectant. Il fallait créer une entité avec une vision commune. Afin d'éviter des difficultés pressenties par de nombreux autres collaborateurs, les gestionnaires des quatre organismes ont mis en place un comité de coordination dont le mandat était de veiller à aplanir les difficultés que l'équipe pourrait rencontrer et de jouer un rôle de vigilance. Le cadre de référence du SIME a contribué à rallier les parties; il demeure toujours au cœur des discussions.

Le modèle de gestion « à quatre têtes » n'allait pas de soi au départ. Il s'agissait d'harmoniser les modèles de gestion des quatre organismes afin d'avoir une vision commune sans diluer les missions et les pratiques de chacun. Au dire des personnes rencontrées, une des conditions de succès du SIME est la confiance mutuelle qui existe au sein de l'équipe et du comité de coordination. De plus, chaque membre doit faire preuve d'humilité car il s'agit d'un projet collectif. *Ça prend une adhésion des gens et ça tu le vis dans l'action. Il faut faire preuve d'ouverture sans se sentir menacé. Il faut y croire.* (Gestionnaire du CSSSS)

Le comité de coordination a dû gérer des difficultés liées aux rôles et aux responsabilités des différents acteurs du projet. Par exemple, il s'est avéré difficile pour les gestionnaires impliqués de faire la différence entre leur rôle de vigilance et non pas de gestion du quotidien. Bien que ce rôle revienne à la chef d'équipe, certains membres du comité avaient des philosophies de gestion différentes. Afin d'atténuer certaines tensions, le comité de coordination a grandement soutenu la nouvelle chef d'équipe afin qu'elle soit la personne référence du service. Au dire des personnes interrogées, c'est le chef qui doit être le pilier et le cœur de l'équipe.

Lors de sa mise en place, l'équipe du SIME a connu d'autres difficultés. Le fait d'offrir des services hospitaliers dans le milieu a bousculé les habitudes de certains intervenants. La mise en place d'une équipe interdisciplinaire et le changement de pratiques constituaient un défi de taille. Pour y remédier, les gestionnaires ont clarifié les rôles de chacun et instauré le dialogue. Il va sans dire que le champ d'expertise de chaque professionnel a son importance pour l'évaluation, l'élaboration du plan d'intervention et certains aspects de l'intervention spécialisée. Cependant, chaque membre de l'équipe remplit la plupart des fonctions du suivi dans le milieu de la personne, que ce soit au niveau des besoins de base, au niveau du soutien continu et d'accompagnement, de l'intervention de crise, etc. Il a fallu intégrer le concept de client au centre

Récit : **Adultes ayant des problèmes de santé mentale : quatre organisations font équipe pour le maintien dans la communauté**

des préoccupations en tenant compte des besoins de la personne et non des besoins des intervenants. Tous les intervenants ont été formés au cadre de référence.

Un autre défi se voulait d'ordre syndical. Chacun des établissements avait une unité d'accréditation distincte, des conditions de travail et des salaires différents de la ressource communautaire. Il a donc fallu rencontrer les syndicats, expliquer le projet et dans certains cas demander des assouplissements, surtout dans l'embauche, et la sélection du personnel. Le personnel de *Propulsion Lanaudière* pour sa part est non syndiqué, donc les salaires et les conditions de travail ne sont pas similaires aux autres. Cette situation était claire et admise au départ.

Les suites de l'initiative

Les gestionnaires du comité de coordination du SIME veulent faire reconnaître le besoin d'avoir une équipe à temps complet. En octobre 2009, le comité a reçu une réponse positive : l'équipe comptera 10 intervenants ETC d'ici mars 2010 avec un ajout de 20 clients. De plus, ils désirent éventuellement créer une deuxième équipe SIME sur le même territoire.

Quelles ont été les sources utilisées pour documenter cette initiative?

- Entrevue avec la chef clinico-administrative en psychiatrie et coordonnatrice du suivi intensif au CSSS du Sud de Lanaudière
- Entrevue avec la conseillère en soins spécialisés, chef de l'équipe SIME au CSSS du Sud de Lanaudière
- Entrevue avec le directeur de Propulsion Lanaudière
- Entrevue avec la coordonnatrice du programme dépendances au Centre de réadaptation en dépendances Le Tremplin du CSSSNL
- Entrevue avec la chef de programme de réadaptation au Centre de réadaptation La Myriade (en prêt d'établissement au Centre national d'excellence en santé mentale pour le développement des pratiques de suivi intensif et de suivi d'intensité variable dans le milieu)
- Entrevue avec la conseillère clinicienne à la direction des soins infirmiers pour le secteur de la psychiatrie au CSSS du Sud de Lanaudière
- Observation d'une réunion du comité de coordination de SIME à laquelle siégeaient le psychiatre de l'équipe, la chef de programme de réadaptation au Centre de réadaptation La Myriade par intérim et toutes les personnes ci-dessus mentionnées
- Entrevues avec trois clients du SIME

Vous avez des commentaires sur ce texte?
aroyer.csss-iugs@ssss.gouv.qc.ca

Citation suggérée

Royer, A.-M., Archambault, J., Gervais, J., Battaglini, A. et Bolduc, N. (2010). *Adultes ayant des problèmes de santé mentale : quatre organisations font équipe pour le maintien dans la communauté*. Récit, Observatoire québécois des réseaux locaux de services, 16 avril 2010, 8 pages.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2010

Bibliothèque et Archives du Canada, 2010

ISSN : 1923-5895 (version imprimée)

ISSN : 1923-5909 (version PDF)

La reproduction des textes est autorisée et même encouragée, pourvu que la source soit mentionnée.

© Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke,
Observatoire québécois des réseaux locaux de services, 2010

Pour plus d'information sur l'initiative...

Personne-ressource de l'OQRLS : Anne-Marie Royer, courtière de connaissances au 819 780-2220, poste 47076

De l'urgence aux ressources du réseau local : soutien et accompagnement aux personnes aux prises avec des problèmes multiples

Par Julie Gervais, Johanne Archambault, Alex Battaglini, Nadine Bolduc et Anne-Marie Royer

Nom donné par les acteurs terrain :	Programme Défi Santé
Région sociosanitaire :	Laurentides
Nom du territoire de RLS :	RLS des Laurentides
Date de début des travaux :	Automne 2004
Date de début des services offerts à la population :	Printemps 2006
Population ciblée Personnes présentant des problèmes de santé multiples consultant les services d'urgence de manière répétée	
Partenaires du RLS actuellement impliqués dans l'initiative CSSS des Sommets, médecins œuvrant en cliniques privées, pharmacies communautaires, organismes communautaires, Centre de réadaptation André-Boudreau	

Quel est le but de l'initiative?

Le projet Défi Santé vise à développer ou consolider le réseau de ressources du territoire auprès des personnes qui utilisent les services de l'urgence du CSSS des Sommets de façon répétitive. L'initiative a également comme objectif d'améliorer la qualité de vie de ces personnes et de diminuer leur recours aux services de l'urgence hospitalière en prévenant la détérioration de leur état de santé.

Quel est le problème sur le territoire ayant donné naissance à l'initiative?

Le CSSS des Sommets a réalisé en 2004 une analyse des besoins des plus grands utilisateurs des services de l'urgence afin de mieux adapter l'offre de service à leurs besoins. Cette démarche visait plus précisément à mieux comprendre quelles étaient les caractéristiques de ces usagers ainsi que les raisons qui expliquaient leur recours à l'urgence. L'analyse a révélé que ces clients présentaient, pour la plupart, des problèmes de santé chroniques (ex. : maladies pulmonaires obstructives, diabète, toxicomanie). La présence de problèmes sociaux (ex. : précarité financière) ou de santé mentale contribuait, dans plusieurs cas, à la détérioration de leur état de santé. Cette analyse a aussi fait ressortir un manque de communication entre les différents intervenants, tant à l'intérieur du CSSS qu'entre les ressources du territoire (ex. : pharmacies communautaires, cliniques

médicales, organismes communautaires). Bref, les services tels qu'organisés sur le territoire ne répondaient visiblement pas aux besoins complexes de cette clientèle. Il fallait donc trouver une façon de mieux coordonner les ressources pouvant desservir cette clientèle.

Qu'offre-t-on de plus à la population?

Accompagnement et soutien de la clientèle de l'urgence présentant des problèmes de santé complexe

Le suivi est assuré par un gestionnaire de cas. Les clients du programme Défi Santé sont identifiés par le gestionnaire de cas à partir d'une liste de patients fréquentant régulièrement les urgences. L'intervention du gestionnaire de cas consiste à identifier les raisons amenant chacun de ses clients à consulter l'urgence du CSSS des Sommets et à faire une évaluation biopsychosociale des besoins de la personne. Un plan d'intervention individualisé est par la suite élaboré en collaboration avec le client, les principaux intervenants et les partenaires concernés (médecin de famille, pharmacien, organisme communautaire). Le rôle du gestionnaire de cas est de maintenir l'état de santé des clients le plus stable possible et de coordonner les services offerts par les ressources de la communauté. Ce faisant, il contribue à prévenir, ou à tout le moins, réduire le recours à l'urgence hospitalière.

Coup d'œil : De l'urgence aux ressources du réseau local : soutien et accompagnement aux personnes aux prises avec des problèmes multiples

Qui sont les partenaires et quels sont leurs rôles?

Partenaires	Rôles
CSSS des Sommets	- Assurer le suivi et la coordination des services offerts aux usagers ciblés. - Prévenir le recours à l'urgence des usagers ciblés en les amenant à consulter différentes ressources de la communauté.
Les médecins de famille	Assurer le suivi médical des clients.
Les pharmacies communautaires	- Communiquer avec le gestionnaire de cas lorsque l'état de santé d'un client du programme apparaît préoccupant (ex. : taux de glycémie ou tension artérielle élevée). - Transmettre les mises à jour du profil pharmaceutique des clients de Défi Santé lorsque requis par le gestionnaire de cas.
Les organismes communautaires et les œuvres de charité	- Le presbytère offre un service de dépannage alimentaire. - Le gestionnaire de cas réfère sa clientèle souffrant de problèmes de santé mentale à un organisme communautaire (L'Envolée) offrant des ateliers permettant de rendre ces personnes plus autonomes dans leurs activités quotidiennes.
Centre de réadaptation André-Boudreau	- Offrir des services à la clientèle de l'urgence du CSSS des Sommets présentant une problématique de dépendance. - Les intervenants du centre de réadaptation disposent d'un bureau à l'urgence de l'hôpital pour rencontrer les clients.

Quelles sont les principales retombées?

- Le total des visites à l'urgence de l'ensemble des clients de Défi Santé est passé de 1 054 visites (2005-06) à 254 visites (2007-08).
- Le programme Défi Santé semble avoir eu un impact positif sur les habitudes de vie (ex. : meilleure alimentation) et la qualité de vie de plusieurs clients.

Quelles sont les suites?

On souhaite consolider les liens de collaborations avec les différentes ressources de la communauté (pharmacies communautaires, GMF, organismes communautaires).

Vous avez des commentaires sur ce texte?
julie.gervais.bcstl@ssss.gouv.qc.ca

Citation suggérée

Gervais, J., Archambault, J., Battaglini, A., Bolduc, N. et Royer, A.-M. (2010). *De l'urgence aux ressources du réseau local : soutien et accompagnement aux personnes aux prises avec des problèmes multiples*. Coup d'œil, Observatoire québécois des réseaux locaux de services, 6 avril 2010, 2 pages.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2010

Bibliothèque et Archives du Canada, 2010

ISSN : 1923-5895 (version imprimée)

ISSN : 1923-5909 (version PDF)

La reproduction des textes est autorisée et même encouragée, pourvu que la source soit mentionnée.

© Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke,
Observatoire québécois des réseaux locaux de services, 2010

Pour plus d'information sur l'initiative...

Personne-ressource de l'OQRLS : Julie Gervais, courtière de connaissances au 514 331-2288, poste 4044

De l'urgence aux ressources du réseau local : soutien et accompagnement aux personnes aux prises avec des problèmes multiples

Par Julie Gervais, Johanne Archambault, Alex Battaglini, Nadine Bolduc et Anne-Marie Royer

Nom donné par les acteurs terrain :	Programme Défi Santé
Région sociosanitaire :	Laurentides
Nom du territoire de RLS :	RLS des Laurentides
Date de début des travaux :	Automne 2004
Date de début des services offerts à la population :	Printemps 2006
Population ciblée Les personnes présentant des problèmes de santé multiples consultant les services d'urgence de manière répétée	
Partenaires du RLS actuellement impliqués dans l'initiative CSSS des Sommets, médecins œuvrant en cliniques privées, pharmacies communautaires, organismes communautaires, Centre de réadaptation André-Boudreau	

Brève description de l'initiative

Le programme Défi Santé vise à développer ou à consolider le réseau de ressources du territoire auprès des personnes qui utilisent les services de l'urgence du CSSS des Sommets de façon répétitive. Quand on parle de ressources, on parle autant de la famille de la personne, du CSSS, des médecins de cliniques privées, du centre de réadaptation, de pharmacies que d'organismes communautaires. En plus de contribuer à améliorer la qualité de vie de ces personnes, le programme consiste à diminuer le recours aux services de l'urgence hospitalière en prévenant la détérioration de leur état de santé. Bref, le but est d'amener les personnes à passer du stade chroniquement malade à chroniquement bien :

« On sait qu'on n'éliminera pas le problème au complet, c'est une condition chronique, mais on va diminuer la fréquence et la durée des épisodes aigus (...) L'idée est que le patient aille mieux dans sa communauté, dans sa famille, dans sa maison avec ses propres ressources. C'est aussi de tout mettre en œuvre, incluant l'autogestion, pour prévenir des visites à l'urgence et des hospitalisations évitables et de mieux comprendre qu'est-ce qu'on n'a pas fait dans la communauté pour qu'il se retrouve à l'hôpital? » (Conceptrice du projet — Directrice de la qualité des soins du CSSS des Sommets)

Les personnes inscrites au programme Défi Santé sont aux prises avec des problèmes de santé complexes se traduisant de différentes façons. Par exemple, une personne peut souffrir de maladie physique chronique pouvant être combinée à un problème de santé mentale. Il n'est pas rare non plus que cette clientèle vive des problèmes sociaux pouvant affecter son état de santé (ex. : toxicomanie, revenus précaires).

Précisons que, malgré son appellation de programme, l'initiative Défi Santé n'est pas associée à un programme-clientèle en particulier. Il vise au contraire à créer des liens entre les différents programmes-clientèles afin d'adapter les services aux besoins de personnes souffrant de plusieurs problèmes de santé qui consultent l'urgence hospitalière.

Récit : De l'urgence aux ressources du réseau local : soutien et accompagnement aux personnes aux prises avec des problèmes multiples

Comment le projet a-t-il pris forme?

Comme plusieurs hôpitaux de la province, l'urgence de l'Hôpital de Sainte-Agathe-des-Monts était fréquemment engorgée. En 2004, le directeur des services professionnels et la directrice de la qualité des soins du CSSS des Sommets ont réalisé une analyse du profil de quelques grands utilisateurs de services de l'urgence. Cet exercice avait pour objectif, d'une part, de mieux connaître les besoins et les caractéristiques de ces utilisateurs et, d'autre part, de faire ressortir les lacunes des services offerts au sein du réseau local pour mieux desservir ces grands utilisateurs de l'urgence.

En 2005, le CSSS des Sommets a développé un projet d'organisation du travail afin d'améliorer le soutien offert à cette clientèle particulièrement vulnérable. Cette réorganisation s'est appuyée sur des données probantes issues de la recherche en gestion des maladies chroniques (Chronic care Model¹) et sur la collaboration interorganisationnelle dans le domaine de la santé (Shortell, 1996²).

Ils ont obtenu une subvention de deux ans du ministère de la Santé et des Services sociaux pour actualiser le projet. La fondation de la famille de Gaspé-Beaubien a également offert un soutien financier au projet de transformation. Le Centre d'étude sur la transformation des organisations (CETO) de l'école des HEC de Montréal a également proposé d'accompagner les instigateurs dans le déploiement du projet.

C'est dans cette foulée qu'est né le projet Défi Santé qui, à l'origine, s'appelait « Défi chronicité ». Une liste des 200 plus grands utilisateurs des services de l'urgence a été constituée à l'aide d'un logiciel d'analyse de données cliniques appelé **MAGIC** (Module d'aide à la gestion de l'information clinique) <http://www.mediamedtech.com/produitsEtServices/produit.php?produitID=3>. L'analyse réalisée par les deux concepteurs du projet a révélé que les grands consommateurs de soins, sur le territoire du CSSS des Sommets, étaient nombreux à avoir un médecin de famille (plus de 90 %) et étaient plus jeunes que ce que l'on avait imaginé³. Plusieurs présentaient également de multiples conditions chroniques, dont une grande proportion (2/3) présentait un trouble de santé mentale. Les problèmes de dépendance étaient également assez fréquents. Après avoir interrogé ces personnes, ils ont constaté en outre, que peu d'entre elles avaient recours aux services de première ligne (ex. : CLSC, Info-Santé) ou aux ressources disponibles dans la communauté.

Depuis décembre 2008, le chef d'administration de programmes enfance-famille-jeunesse/déficience intellectuelle et déficience physique du CSSS, qui possédait une solide expérience en collaboration intersectorielle, est devenu responsable du projet Défi Santé. En collaboration avec la directrice du programme santé mentale et un gestionnaire de cas, cette personne veille au fonctionnement de l'initiative. Le nouveau responsable a reçu le mandat de la direction générale de transformer le projet en programme d'intervention. Le but était d'inscrire plus officiellement Défi Santé dans les services du CSSS et de formaliser le rôle des différents intervenants du CSSS et celui des partenaires dans le cadre de l'initiative.

Qu'offre-t-on de plus à la population?

Le nouveau service qu'offre le programme Défi Santé est un suivi offert par un « gestionnaire de cas complexes » aux personnes fréquentant l'urgence de façon répétée. Le rôle du gestionnaire de cas dans le cadre de ce programme est considéré comme étant hybride; en plus d'exercer une fonction de coordination avec les différentes ressources impliquées dans le plan d'intervention, il doit également réaliser des évaluations cliniques (biopsychosociales) et agir comme intervenant auprès du client jusqu'à l'assignation d'un intervenant-pivot. Étant donné la vulnérabilité de cette clientèle, des interventions de crise sont souvent requises. Actuellement, c'est une infirmière clinicienne (4 jours/semaine) et un travailleur social (2 jours/semaine) qui assument le rôle de gestionnaire de cas. Ils suivent au total une cinquantaine de clients.

- 1 Ce modèle a été développé par [MacColl Institute for Healthcare Innovation](#) sur la base d'une recension des écrits au début des années 90.
- 2 La recherche des données probantes en lien avec le projet Défi Santé a été réalisée dans le cadre du programme de perfectionnement Forces-Extra de la Fondation canadienne en recherche sur les services de santé (FCRSS) suivi par la directrice de la qualité des soins du CSSS.
- 3 La moyenne d'âge était de 66 ans.

Récit : De l'urgence aux ressources du réseau local : soutien et accompagnement aux personnes aux prises avec des problèmes multiples

Comment se déroule concrètement l'intervention réalisée auprès des clients du programme?

Les clients potentiels du programme Défi Santé sont identifiés par le gestionnaire de cas à partir d'une liste des patients fréquentant régulièrement les services de l'urgence. Une mention « Défi Santé » dans le dossier de ces patients permet au gestionnaire de cas d'être informé chaque fois qu'ils sont admis à l'urgence.

1-Prise de contact

La première rencontre entre le gestionnaire de cas et chacune des personnes ciblées par le programme se fait habituellement à l'urgence. Cette brève rencontre vise à présenter le programme Défi Santé et à proposer à la personne de la rencontrer à nouveau afin de mieux cerner ses besoins.

2-L'évaluation

L'évaluation se réalise la plupart du temps au domicile en une ou deux rencontres d'environ une heure. C'est l'occasion pour le gestionnaire de cas de dresser un portrait de l'état de santé de la personne et de sa consommation de médicaments. Le réseau de soutien de la personne est aussi exploré à l'aide d'une éco-carte. « *Je lui demande qui sont les personnes les plus significatives dans sa famille, s'il a des amis, s'il est lié à des organismes communautaires. Qui est son pharmacien? Son médecin? A-t-il des loisirs?* » (Gestionnaire de cas) On cherche aussi à cerner les raisons qui amènent la personne à consulter l'urgence de façon régulière et à identifier ses besoins prioritaires. Parfois, le gestionnaire de cas doit d'abord aider le client à satisfaire certains besoins n'étant pas directement liés à la santé (ex. : le client souhaite déménager) « *Si on règle le petit irritant, on va être capable par la suite de travailler la santé.* » (Gestionnaire de cas) L'entretien comporte également un volet motivationnel qui permet d'identifier avec le patient les avantages et les inconvénients de maintenir le statu quo de sa situation de santé versus d'amorcer un changement. Une fois que le gestionnaire sent qu'un lien de confiance commence à s'établir avec la personne, il lui suggère officiellement de s'inscrire au programme Défi Santé. Par cet engagement, le client consent que sa famille soit impliquée dans la démarche, lorsque cela est possible.

3-Élaboration du plan de services individualisé et coordination des services requis

Une fois l'évaluation réalisée, un plan d'intervention individualisé sera développé en collaboration avec le client. Ce plan consiste à identifier les objectifs d'intervention et les moyens/ressources à mettre en place pour atteindre ces objectifs. Le rôle du gestionnaire de cas est de s'assurer que les clients aient accès aux ressources requises pour stabiliser leur état de santé. Dans le cas de troubles de santé mentale graves ou de problèmes de toxicomanie par exemple, les personnes peuvent souffrir d'isolement. Le gestionnaire de cas jouera alors un rôle de facilitateur entre ces personnes et les ressources disponibles dans la communauté. Le gestionnaire de cas est aussi appelé à sensibiliser les directions du CSSS aux limites de l'organisation des services auxquelles fait face la clientèle du programme Défi Santé.

Précisons que le plan d'intervention individualisé est principalement élaboré par le gestionnaire de cas en collaboration avec le client, sa famille (lorsqu'elle est présente) et les intervenants du CSSS. Le gestionnaire de cas va contacter par téléphone les autres ressources (ex. : pharmaciens, médecins de famille, organismes communautaires, centre de réadaptation) ayant un rôle à jouer auprès du client afin de savoir de quelle façon elles peuvent contribuer au plan d'intervention.

Le gestionnaire de cas prend généralement de 15 à 20 nouveaux clients tous les six mois. La majorité des suivis prend fin à l'intérieur d'un an. Toutefois, le gestionnaire de cas peut prolonger le suivi de certains clients dont l'état de santé est plus long à stabiliser.

Récit : **De l'urgence aux ressources du réseau local : soutien et accompagnement aux personnes aux prises avec des problèmes multiples**

Les pharmacies communautaires

Les pharmaciens communautaires communiquent avec le gestionnaire de cas lorsque l'état de santé d'un de ses clients (Défi Santé) requiert une évaluation médicale. Leur rôle consiste également à transmettre les mises à jour du profil pharmaceutique des clients de Défi Santé. Le gestionnaire de cas sollicite aussi la collaboration du pharmacien lorsque la médication est complexe et/ou problématique. Cette collaboration ne se fait toutefois pas encore de façon systématique avec les pharmaciens.

Autres partenaires

Les autres partenaires du programme Défi Santé sont interpellés selon les besoins du plan d'intervention. Le service de dépannage alimentaire offert par le presbytère est souvent contacté par le gestionnaire de cas dans la mesure où plusieurs de ses clients bénéficient de l'aide sociale. Il peut arriver que le gestionnaire de cas oriente le client vers des organismes communautaires. Par exemple, un organisme du territoire offre aux personnes présentant un problème de santé mentale divers ateliers permettant de développer des habiletés sociales ou professionnelles.

Comme partenaire régional, une entente a été signée en mars 2009 entre le CSSS des Sommets et le Centre de réadaptation André-Boudreau. Ce centre a installé deux de ses intervenants à l'urgence. Les clients de l'urgence ayant un problème de dépendance vont être référés à ces intervenants avec leur consentement. Ils ressortent de l'hôpital avec un rendez-vous au Centre André-Boudreau et une offre de service. Cette entente est très utile pour la clientèle du programme Défi Santé dont une grande proportion souffre d'un problème de toxicomanie. Il y a peu de services offerts sur le territoire à cette clientèle qui est d'ailleurs peu ouverte à consulter.

Quelles sont les ressources utilisées pour mettre en œuvre cette initiative?

Les ressources humaines et matérielles

Le programme Défi Santé fonctionne actuellement avec un gestionnaire de cas à quatre jours/semaine pour suivre au total, environ 50 clients. En mars 2010, un deuxième gestionnaire de cas avec une formation en travail social a été recruté (deux jours/semaine). Hormis les gestionnaires de cas il n'existe pas d'équipe clinique permanente dans le cadre de l'initiative Défi Santé. Les intervenants interpellés dans les dossiers dépendent de la nature des besoins du client. Une archiviste fournit aux six mois environ, une liste des plus grands utilisateurs de l'urgence du CSSS. Le logiciel MAGIC est utilisé pour constituer les listes d'utilisateurs et pour analyser le profil de ceux-ci.

Les ressources financières

Le développement du projet Défi Santé a été principalement financé par le MSSS qui a octroyé au CSSS une subvention de 251 000 \$ pour une période de deux ans. En 2009, le MSSS a accepté de poursuivre le financement du projet (150 000 \$) jusqu'à la fin de 2011. Précisons que le CSSS a aussi reçu le soutien de la Fondation de Gaspé-Beaubien au CSSS des Sommets. Une portion de cet argent a été utilisée pour soutenir certaines activités associées à la mise en place du projet (formation des gestionnaires, rencontres avec le personnel du CSSS). La Fondation de Gaspé-Beaubien versera 15 000 \$/an pour une période de deux ans (2010-2012) qui servira à financer l'ajout de ressources en gestion de cas.

Comme budget de fonctionnement, il en coûte environ 90 000 \$/an pour défrayer le salaire des gestionnaires de cas (1.2 ETC).

Récit : De l'urgence aux ressources du réseau local : soutien et accompagnement aux personnes aux prises avec des problèmes multiples

Quelles sont les retombées associées à la mise en place de l'initiative?

Dimensions	Avant	Après
Pour la population	Consultations répétées à l'urgence des clientèles souffrant de problèmes de santé complexes.	- Réduction significative des visites à l'urgence de la part de la clientèle Défi Santé⁶. - Certaines problématiques (ex. : MPOC) sont pratiquement disparues de la liste des hauts consommateurs de l'urgence. - Amélioration des habitudes de vie et de la qualité de vie de plusieurs clients⁷. - Identification des besoins particuliers de clients pour lesquels les ressources du territoire ne sont pas adaptées.
Sur l'organisation des services	- Ressources souvent disponibles, mais sous-utilisées (ex. : clinique MPOC). - Travail en silo à l'intérieur des programmes.	- Le gestionnaire de cas facilite l'accès aux médecins de famille, aux spécialistes et aux examens (ex. : imagerie médicale). - Meilleure planification de la part des médecins de famille du suivi de leurs patients en fonction des cas prioritaires. - Utilisation plus efficiente des services de l'urgence. - Le programme Défi Santé amène une plus grande flexibilité dans la gestion interne de chaque programme et favorise les liens interprogrammes à l'intérieur du CSSS⁸.
Sur le partenariat	- Très peu de liens entre les médecins du territoire et le CSSS. - Peu de liens avec les pharmacies communautaires.	- Selon les gestionnaires de cas, le CSSS et ses partenaires seraient maintenant plus sensibilisés à collaborer ensemble pour répondre aux besoins du client. - Collaboration plus étroite avec les médecins de famille⁹ et les pharmacies communautaires. - Liens entre le CSSS et les organismes communautaires restent à consolider.
Sur les pratiques ou le travail des intervenants	- Peu de partage de ressources entre les différentes directions de programme-clientèle du CSSS. - Visites à l'urgence encouragées parfois par le système lui-même (ex. : médecin demandant à son patient de revenir à l'urgence pour un suivi).	- Plus grande sensibilisation des intervenants à l'utilisation efficiente des services de l'urgence. - Intervenir auprès de la clientèle du programme Défi Santé est très gratifiant pour le gestionnaire de cas. - Inspirant pour le gestionnaire de cas d'avoir l'opportunité de s'asseoir avec d'autres pour trouver des solutions.

6 Le total des visites à l'urgence des 200 clients de Défi Santé est passé de 1 054 visites (2005-06) à 254 visites (2007-08).

7 L'impact du programme Défi Santé sur la qualité de vie a été mesuré pour les 200 premiers clients inscrits à l'aide du questionnaire SF-36.

8 Par exemple, lorsqu'un client défi présente des symptômes dépressifs sans que soit établi de diagnostic, l'équipe de santé mentale première ligne l'évalue rapidement à la demande du gestionnaire de cas et propose des avenues possibles de suivi. Aussi, lorsqu'un client à besoin de soutien psychosocial très urgent, malgré la liste d'attente en CLSC pour un tel service, le client Défi Santé est priorisé.

9 En 2008, plus de 80 médecins de famille étaient associés au projet Défi Santé.

L'avis des partenaires et de la population en regard de cette initiative

Les clients de Défi Santé

Les clients du programme Défi Santé interviewés apprécient généralement le travail accompli par leur gestionnaire de cas dans la mesure où celui-ci leur permet de moins recourir aux services de l'urgence et de les orienter vers d'autres ressources du territoire pouvant les desservir. Ils apprécient aussi le fait qu'ils peuvent plus facilement avoir accès à des spécialistes et être admis à l'hôpital sans passer par l'urgence. Les clients interrogés se disent satisfaits globalement du soutien du gestionnaire de cas. Toutefois, certains trouvent difficile d'impliquer leur famille dans la démarche. Certains éprouvent un certain inconfort, par exemple, lorsque leur famille est contactée lors de leur visite à l'urgence.

Les organismes communautaires

Du point de vue de certains organismes communautaires, le soutien accru offert à la clientèle Défi Santé serait utile, mais il ne favoriserait pas l'autonomie de la personne dans son processus de réadaptation. Aussi, ils souhaiteraient des liens de collaboration plus étroits avec les gestionnaires de cas afin d'assurer une meilleure concertation dans leurs actions respectives auprès du client. Il n'est pas rare, d'ailleurs, qu'ils apprennent par leurs clients eux-mêmes, qu'ils participent au programme Défi Santé. Ils souhaiteraient aussi être davantage impliqués dans l'élaboration du plan d'intervention. Le gestionnaire de cas aspire également de son côté à développer un partenariat plus étroit avec ces organismes. Enfin, certains organismes perçoivent aussi une pression accrue sur leurs services depuis la mise en place du projet Défi Santé.

Les médecins

Selon le directeur des services professionnels du CSSS des Sommets, tout comme le personnel, les médecins se disent : « *Enfin, on parle des vraies affaires, on revient au clinique.* » Selon un médecin interrogé pratiquant à l'hôpital : « *pour moi, les cas que j'ai eus avec l'infirmière Défi Santé (gestionnaire de cas), ça a toujours accéléré le congé de l'hôpital et ça a resserré le suivi du patient en externe pour éviter justement qu'il revienne à l'hôpital.* » Selon ce même médecin, le programme Défi Santé permet d'améliorer significativement la qualité de vie des personnes. « *Moi ce que je vois, c'est que les patients ne reviennent pas à la salle d'urgence, ou s'ils reviennent, ils sortent beaucoup plus rapidement de l'hôpital parce que l'infirmière est au courant et qu'elle a mobilisé des gens autour de ces patients.* » Selon le gestionnaire de cas, les médecins de famille apprécient le soutien offert à leur clientèle dans le cadre du programme Défi Santé : « *Des fois, juste la lettre qu'on envoie au médecin, c'est suffisant pour faire réagir le médecin, ils disent oh! je ne savais pas! Donc, ça leur permet de faire une meilleure prise en charge de ce client-là en particulier.* » (Gestionnaire de cas)

Les pharmaciens

Pour les patients que les pharmaciens peuvent identifier comme étant des participants au programme, ils constatent une amélioration de leur moral. « *Le simple fait qu'on lui accorde plus d'attention améliore son estime de lui-même.* » (Pharmacien du territoire) Ils croient donc en la valeur ajoutée du programme Défi Santé pour la clientèle et souhaiteraient être plus impliqués dans le programme. D'un autre côté, ils craignent qu'un élargissement de leur mandat alourdisse leur charge de travail. Les pharmaciens seraient en outre, sollicités pour offrir des conseils santé à des personnes qui ne consultent pas les services de santé et ils souhaiteraient que ces personnes puissent être inscrites au programme Défi Santé.

Les gestionnaires de cas

Pour le gestionnaire de cas, il peut être très gratifiant de voir les habitudes de vie changer et l'état de santé s'améliorer au fur et à mesure qu'ils les accompagnent. Il peut cependant être difficile d'être confronté à la très grande précarité de plusieurs de ces clients.

« Quand tu dis écoutez votre diabète est débalancé. Quand la personne, ce qu'elle cherche, c'est à manger, n'essaie pas de la référer à la nutritionniste. C'est difficile pour moi d'accepter ça. » La nourriture que le presbytère donne n'est pas adaptée aux problèmes de santé (ex. : diabète). « Fait qu'à part la médication, de constamment jouer avec... » (Gestionnaire de cas)

Récit : De l'urgence aux ressources du réseau local : soutien et accompagnement aux personnes aux prises avec des problèmes multiples

Quelles leçons pouvons-nous tirer de la mise en place de cette initiative?

Au départ, les concepteurs du projet ignoraient ce qui les attendait, n'ayant aucune référence. La constitution de la liste des 200 patients dits hauts consommateurs a été un exercice complexe pour eux.

« Ça a pris du temps avant de s'assurer que les personnes qu'on avait listées étaient les bonnes, c'est-à-dire des personnes malades chroniques et non pas la femme enceinte qui est venue six fois à l'urgence parce qu'elle avait des saignements. » (Concepteur du projet : Directrice de la qualité des soins du CSSS des Sommets).

Du point de vue des instigateurs, le fait que le projet se soit appuyé sur des données mesurables et vérifiables a contribué à légitimer la transformation. Les chiffres démontraient des situations qu'il fallait corriger. La mesure a aussi permis de concrétiser les effets réels des changements apportés.

Cette transformation ne s'est pas toutefois opérée sans difficulté au sein du CSSS. La mobilisation du personnel a représenté un défi important. Précisons que le projet Défi Santé souhaitait à la base instaurer une nouvelle forme de gouvernance des services de santé en impliquant au premier plan les intervenants dans la recherche de solution face aux problèmes rencontrés dans l'intervention auprès des clients du projet Défi Santé. Or, les professionnels du CSSS, en particulier les intervenants de première ligne, ont senti une forte pression qui s'exerçait sur eux pour changer leurs pratiques. Les problèmes d'organisation des services (ex. : ruptures de services, délai d'attente important pour obtenir un service) auraient dû davantage être résolus en comité de direction, selon le responsable du projet. En 2009, une tournée du personnel du CSSS a été réalisée pour lui expliquer les objectifs du programme Défi Santé et les rôles attendus des membres de l'organisation. Cette tournée a aussi permis de mieux comprendre les réalités de chaque direction. Ramener le client au centre a été facilitant comme argument pour amener des changements de pratique.

Un autre défi rencontré au début du projet a été de départager le rôle du gestionnaire de cas des autres professionnels du CSSS. Par exemple, les travailleurs sociaux trouvaient que le gestionnaire de cas empiétait sur leur champ de compétence étant donné le rôle psychosocial qu'il joue auprès de la clientèle. Cette perception s'est toutefois dissipée après avoir clarifié les rôles de chacun. Pour éviter les dédoublements dans les interventions, le gestionnaire doit référer le client aux mécanismes de liaison lorsqu'ils sont existants et d'assurer la liaison avec ceux-ci lorsque nécessaire. Par exemple, pour la clientèle en perte d'autonomie, il y a déjà des gestionnaires de cas pour cette clientèle.

Plusieurs leçons tirées de cette initiative concernent les stratégies de communication. Le choix des mots, entre autres, est important.

« Le projet Défi Santé est très complexe... Plus c'est complexe, plus il faut que tu dises en trois phrases ce que tu fais. Le message qu'on livrait était qu'on souhaitait améliorer la qualité de vie des gens. Ce n'était pas de désengorger l'urgence, vraiment d'aider les gens les plus vulnérables de la communauté. » (Concepteur du projet — Directrice de la qualité des soins du CSSS des Sommets)

Une autre leçon tirée en lien avec la communication est d'éviter le terme « projet » pour désigner l'initiative. Un projet a une connotation temporaire. Selon le responsable actuel du programme, « une fois que le DG a dit que ça devient un programme et on embauche, c'est sûr qu'il y a des signaux. C'est devenu une priorité pour l'organisation ».

Le fait que le projet ait été développé et piloté par deux directeurs expérimentés a été facilitant, mais il aurait été préférable, selon eux, que l'ensemble des directions du CSSS en soit porteur. Le fait de faire entériner le projet par le conseil d'administration et la direction générale au tout début aurait pu contribuer à légitimer les changements à apporter à l'échelle de l'organisation.

Récit : De l'urgence aux ressources du réseau local : soutien et accompagnement aux personnes aux prises avec des problèmes multiples

« Ça prend un grand leadership d'en haut, un message clair. Il faut que t'aies un discours cohérent, le directeur général, toujours le même discours. Il faut que les gens comprennent qu'il y a cohérence entre les petits projets d'amélioration de la qualité et la démarche globale. » (Concepteur du projet — directeur des services professionnels du CSSS des Sommets)

L'informatisation des dossiers est également très importante pour faciliter le suivi des patients dans leur utilisation des différentes ressources. Le logiciel MAGIC permet de suivre les usagers à l'intérieur du CSSS, tant à l'hôpital qu'au CLSC. Le dossier des clients n'est toutefois pas accessible d'un site à l'autre du CSSS des Sommets. Du point de vue du gestionnaire de cas, l'absence d'un dossier centralisé à l'intérieur du CSSS comprenant plusieurs points de services complexifie passablement son travail de coordination.

Quant à la mobilisation des partenaires du réseau local, il importe de les impliquer dès le début de l'implantation. Du point de vue des concepteurs de l'initiative Défi Santé, il faut développer le réseau local de services sur la base de cas cliniques concrets. *« La vraie vie précède le développement d'ententes formelles. Trop souvent les ententes formelles précèdent l'action. »* (Directrice de la qualité des soins — CSSS des Sommets)

Enfin, sur la question de l'exportabilité du programme Défi Santé dans d'autres contextes, précisons que les deux instigateurs du projet Défi Santé travaillent aujourd'hui comme consultants auprès d'autres organisations souhaitant implanter le programme Défi Santé. Selon eux, le fait qu'un CSSS comporte une mission hospitalière, comme c'est le cas pour le CSSS des Sommets, facilite l'implantation. Cependant, selon les concepteurs du projet, ce ne serait pas une condition essentielle puisque d'autres CSSS ne possédant pas d'hôpital parviennent à développer des mécanismes de suivis similaires des personnes souffrant de problèmes de santé complexes.

Les suites de l'initiative

Le financement fourni par l'agence de santé et de services sociaux se termine à la fin de 2011. Les défis à venir sont donc surtout d'ordre financier. Cependant, le responsable du projet tend à croire que l'intensité du soutien offert par le gestionnaire de cas dans le cadre du programme Défi Santé tendra à diminuer au fur et à mesure que les liens de collaborations entre les différents programmes-clientèles du CSSS et entre les différentes ressources du réseau local se consolideront.

Quelles ont été les sources utilisées pour documenter cette initiative?

- Entrevue auprès des deux concepteurs du projet Défi Santé
- Entrevue auprès du chef d'administration de programmes responsable du projet Défi Santé
- Entrevue auprès des deux gestionnaires de cas de Défi Santé
- Entrevue auprès d'un archiviste du CSSS des Sommets
- Entrevue auprès d'un médecin pratiquant à l'hôpital du CSSS des Sommets
- Entrevue auprès d'un pharmacien communautaire
- Entrevue auprès d'un responsable d'organisme communautaire
- Entrevue auprès de deux clients de Défi Santé
- Documents internes décrivant le programme Défi Santé

Récit : **De l'urgence aux ressources du réseau local : soutien et accompagnement aux personnes aux prises avec des problèmes multiples**

Citation suggérée

Gervais, J., Archambault, J., Battaglini, A., Bolduc, N. et Royer, A.-M. (2010). *De l'urgence aux ressources du réseau local : soutien et accompagnement aux personnes aux prises avec des problèmes multiples*. Récit, Observatoire québécois des réseaux locaux de services, 16 avril 2010, 10 pages.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2010

Bibliothèque et Archives du Canada, 2010

ISSN : 1923-5895 (version imprimée)

ISSN : 1923-5909 (version PDF)

La reproduction des textes est autorisée et même encouragée, pourvu que la source soit mentionnée.

© Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke,
Observatoire québécois des réseaux locaux de services, 2010

Vous avez des commentaires sur ce texte?

julie.gervais.bcstl@ssss.gouv.qc.ca

Pour plus d'information sur l'initiative...

Personne-ressource de l'OQRLS : Julie Gervais, courtière de connaissances au 514 331-2288, poste 4044

Comment rejoindre les personnes âgées en perte d'autonomie vivant en milieu rural? En offrant des services de centre de jour dans les résidences privées

Par Anne-Marie Royer, Johanne Archambault, Julie Gervais et Alex Battaglini

Nom donné par les acteurs terrain :	Centre de jour itinérant en milieu rural
Région sociosanitaire :	Mauricie et Centre-du-Québec
Nom du territoire de RLS :	RLS de Bécancour-Nicolet-Yamaska
Date de début des travaux :	2007
Date de début des services offerts à la population :	Automne 2007
Population rejointe :	Personnes âgées en perte d'autonomie
Partenaires du RLS actuellement impliqués dans l'initiative :	Centre de santé et de services sociaux de Bécancour-Nicolet-Yamaska, Résidence Soleil-Levant à Précieux-Sang, Résidence Villa Domaine de Saint-Grégoire, HLM St-Grégoire, Résidence L'Assomption à St-Léonard-d'Aston

Quel est le but de l'initiative?

L'objectif visé par cette initiative est d'offrir les services du centre de jour du Centre de santé et des services sociaux Bécancour-Nicolet-Yamaska dans des résidences privées et en HLM pour personnes âgées présentant des pertes d'autonomie variées et des problèmes de santé divers (Parkinson, sclérose en plaques, arthrite, etc.). Il s'agit donc d'un centre de jour itinérant qui veut couvrir le plus d'endroits possible sur le territoire en adaptant les services aux besoins des usagers. Le but du centre de jour est de contribuer à maintenir l'autonomie des personnes âgées par des activités de prévention, de promotion de la santé ainsi que par de la stimulation cognitive et physique. De plus, le centre de jour permet aux aidants naturels de bénéficier de périodes de répit.

Quel est le problème sur le territoire ayant donné naissance à l'initiative?

Le territoire couvert par le Centre de santé et de services sociaux de Bécancour-Nicolet-Yamaska comprend plusieurs petites municipalités rurales. L'étendue géographique du Centre de santé et de services sociaux de Bécancour-Nicolet-Yamaska oblige les usagers à faire de longs déplacements pour obtenir les services du centre de jour. Le projet est né suite à la

fermeture du centre de jour de Saint-Grégoire. Ce centre offrait des services à plus de 20 personnes qu'il fallait déplacer vers les quatre autres installations les plus proches en fonction des places disponibles et des possibilités d'organisation de transport. Cela impliquait deux heures de transport par jour pour les usagers. Considérant la fragilité de l'état de santé des personnes âgées et la diminution de leur autonomie, ces déplacements s'avéraient très difficiles pour certains et limitaient le nombre d'usagers pouvant être rencontrés par les équipes du CSSS. Cette fermeture privait ainsi plusieurs personnes des services offerts.

Des intervenants et des intervenantes du CSSS ont rencontré des directeurs de résidences privées pour personnes âgées et d'un HLM (l'Assomption de St-Léonard d'Aston, Villa Domaine de St-Grégoire, Soleil-Levant à Précieux-Sang) pour leur proposer de recevoir le centre de jour itinérant. Les administrateurs des résidences et du HLM ont démontré un vif intérêt pour le projet et ont accepté l'offre de partenariat du Centre de santé et de services sociaux de Bécancour-Nicolet-Yamaska. Ils ont d'abord conclu un accord pour un projet pilote de 12 semaines avec deux de ces résidences.

Coup d'œil : Comment rejoindre les personnes âgées en perte d'autonomie vivant en milieu rural? En offrant des services de centre de jour dans les résidences privées

Qu'offre-t-on de plus à la population?

Les intervenants du centre de jour du Centre de santé et de services sociaux de Bécancour-Nicolet-Yamaska se déplacent dans les résidences privées une fois par semaine. L'accès au service est facilité pour les usagers puisque, pour eux, c'est à proximité. De plus, les services sont adaptés à la clientèle des résidences. Ils sont offerts pendant une demi-journée au lieu d'une journée complète, car les usagers présentent des problèmes de santé plus « importants » que la clientèle du centre jour externe. L'équipe du centre de jour offre diverses activités à 15 résidents et/ou personnes de la communauté de 65 ans et plus qui présentent des pertes d'autonomie. Les activités sont adaptées à la condition des usagers : exercices, périodes d'information, stimulation cognitive afin de stimuler la mémoire des usagers. Depuis peu, une technicienne en physiothérapie ainsi qu'une physiothérapeute se sont jointes à l'équipe. Ces

dernières présentent des capsules d'information sur divers thèmes, tels que l'aide à la marche. Elles sont là aux six semaines en externe.

En novembre 2009, le centre de jour itinérant se déplace dans trois résidences et un HLM ayant signé une entente avec le Centre de santé et de services sociaux de Bécancour-Nicolet-Yamaska (contrat de 12 semaines). Ces résidences sont réparties sur tout le territoire de Bécancour-Nicolet-Yamaska. Le service dessert 80 usagers par semaine. Depuis 2007, sept résidences pour personnes âgées ont participé au projet. L'équipe du centre de jour s'est également déplacée dans deux HLM pendant 12 semaines. Le Centre de santé et de services sociaux de Bécancour-Nicolet-Yamaska est encore en phase d'exploration afin de bien connaître l'état de situation et d'évaluer les plus grands besoins de services pour les personnes âgées en résidences et en HLM.

Qui sont les partenaires et quels sont leurs rôles?

Partenaires	Rôles
Centre de santé et de services sociaux de Bécancour-Nicolet-Yamaska	Le Centre de santé et de services sociaux de Bécancour-Nicolet-Yamaska offre les services du centre de jour itinérant dans quatre résidences pour personnes âgées. Il désire couvrir le plus d'endroits possible sur le territoire en adaptant les services aux besoins des usagers. L'équipe du centre de jour itinérant est constituée de trois intervenantes (une infirmière, une monitrice en loisir et une technicienne en loisirs).
Résidence Soleil-Levant à Précieux-Sang	Chaque direction des résidences pour personnes âgées et du HLM signe une entente de partenariat avec le Centre de santé et de services sociaux de Bécancour-Nicolet-Yamaska. L'équipe du centre de jour s'y déplace à toutes les semaines pendant 12 semaines. Les résidences et le HLM participent à l'identification des 15 usagers aux activités du centre de jour.
Résidence Villa Domaine de Saint-Grégoire	
HLM St-Grégoire	
Résidence L'Assomption à St-Léonard-d'Aston	

Quelles sont les principales retombées?

Cette nouvelle approche permet une augmentation de la couverture géographique du territoire et une augmentation du nombre de personnes présentes chaque semaine. Le fait d'offrir les services du centre de jour dans de nouvelles municipalités, telles que Précieux-Sang, favorise une diminution de l'isolement social ainsi qu'un accès à des services autrefois inexistant à cet endroit. De plus, le fait de se déplacer en milieu privé favorise la fréquentation du centre de jour deux fois par semaine par certains usagers. Les responsables du projet ont également noté une diminution des coûts d'opération reliés au transport ainsi qu'à la location des locaux pour le centre de jour de St-Grégoire. Une autre retombée significative de cette initiative est l'*empowerment* communautaire; des résidences privées n'ayant pas de services de loisirs ont développé des activités de type centre de jour, pour le plus grand bonheur des usagers!

Quelles sont les suites?

- Augmenter le réseautage entre les sites visités et la communauté environnante.
- Éviter l'enracinement dans des sites spécifiques pour continuer à avoir une couverture géographique étendue.
- Assurer un suivi systématique de la clientèle vulnérable identifiée.
- Offrir un service à une clientèle relativement autonome dans le but de promouvoir l'importance de demeurer actif physiquement et cognitivement.
- Développer une approche de qualité et de coopération avec les différents partenaires tout en respectant leur mission et autonomie de fonctionnement.

Vous avez des commentaires sur ce texte?
aroyer.csss-iugs@ssss.gouv.qc.ca

Citation suggérée

Royer, A.-M., Archambault, J., Gervais, J. et Battaglini, A. (2010). *Comment rejoindre les personnes âgées en perte d'autonomie vivant en milieu rural? En offrant des services de centre de jour dans les résidences privées*. Coup d'œil, Observatoire québécois des réseaux locaux de services, 20 octobre 2010, 3 pages.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2010
Bibliothèque et Archives du Canada, 2010
ISSN : 1923-5895 (version imprimée)
ISSN : 1923-5909 (version PDF)

La reproduction des textes est autorisée et même encouragée, pourvu que la source soit mentionnée.

© Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke,
Observatoire québécois des réseaux locaux de services, 2010

Pour plus d'information sur l'initiative...

Personne-ressource de l'OQRLS : Anne-Marie Royer, courtière de connaissances au 819 780-2220, poste 47076

Comment rejoindre les personnes âgées en perte d'autonomie vivant en milieu rural? En offrant des services de centre de jour dans les résidences privées

Par Anne-Marie Royer, Johanne Archambault, Julie Gervais et Alex Battaglini

Nom donné par les acteurs terrain :	Centre de jour itinérant en milieu rural
Région sociosanitaire :	Mauricie et Centre-du Québec
Nom du territoire de RLS :	RLS de Bécancour—Nicolet-Yamaska
Date de début des travaux :	2007
Date de début des services offerts à la population :	Automne 2007
Population ciblée Personnes âgées en perte d'autonomie	
Partenaires du RLS actuellement impliqués dans l'initiative Centre de santé et de services sociaux de Bécancour—Nicolet-Yamaska, Résidence Soleil-Levant à Précieux-Sang, Résidence Villa Domaine de Saint-Grégoire, Résidence L'Assomption à Gentilly, Centre l'Assomption à Saint-Léonard-d'Aston, Résidence Le Bel âge, HLM à Saint-Grégoire et HLM le Beaucage à Nicolet.	

Brève description de l'initiative

L'initiative vise à offrir des services du centre de jour du CSSS Bécancour—Nicolet-Yamaska dans des résidences privées pour personnes âgées présentant des pertes d'autonomie variées et des problèmes de santé divers (Parkinson, sclérose en plaques, arthrite, etc.). Il s'agit donc d'un centre de jour itinérant qui veut couvrir le plus d'endroits possible sur le territoire en adaptant les services aux besoins des usagers. Les objectifs du centre de jour sont de maintenir les acquis au niveau de l'autonomie fonctionnelle et cognitive, de promouvoir la santé globale et de prévenir la détérioration. En plus, il s'agit de briser l'isolement et de permettre la socialisation entre pairs. Le centre de jour permet également aux aidants naturels de bénéficier de périodes de répit.

Comment le projet a-t-il pris forme?

Le territoire couvert par le Centre de santé et de services sociaux de Bécancour—Nicolet-Yamaska comprend plusieurs petites municipalités rurales et deux réserves autochtones. La plus grosse ville regroupe environ 4000 personnes. Comme plusieurs territoires ruraux, les jeunes quittent la campagne pour s'installer en ville; et le taux de la population vieillissante est grandissant. Les personnes âgées en perte d'autonomie de ce RLS quittent majoritairement leur domicile pour vivre dans des résidences privées. Selon les personnes interrogées, les deux tiers des personnes âgées du territoire vivent en résidences privées et un tiers en milieu HLM.

Le CSSS de Bécancour—Nicolet-Yamaska offre des services de centre de jour dans cinq installations réparties sur les territoires de Pierreville, Nicolet, Saint-Célestin, Gentilly et Deschaillons. L'étendue géographique du Centre de santé et de services sociaux de Bécancour—Nicolet-Yamaska oblige les usagers

Récit : Comment rejoindre les personnes âgées en perte d'autonomie vivant en milieu rural? En offrant des services de centre de jour dans les résidences privées

à faire de longs déplacements pour obtenir les services du centre de jour du CSSS. De surcroît, au début 2007, le centre de jour situé à Saint-Grégoire a dû fermer ses portes car il ne répondait plus aux normes de sécurité et aux besoins d'intimité pour les usagers. Ce centre offrait des services à plus de 15 personnes qu'il a fallu alors déplacer vers les quatre autres installations les plus proches en fonction des places disponibles et des possibilités de transport. Cela impliquait deux heures de transport par jour pour les usagers. Considérant la fragilité de l'état de santé des personnes âgées et la diminution de leur autonomie, ces déplacements s'avéraient très difficiles pour certains et limitaient le nombre d'usagers pouvant être rencontrés par les équipes du CSSS.

Le gestionnaire responsable du centre de jour au CSSS a rencontré les directeurs de deux résidences privées (l'Assomption de Gentilly et Villa Domaine de Saint-Grégoire) pour personnes âgées et leur a proposé d'offrir les services du centre de jour au sein de leurs résidences. Il a bien pris soin de préciser la particularité de leurs interventions (ex. : promotion des saines habitudes de vie, stimulation cognitive et répit) qui sont différentes des activités offertes par les services de loisirs déjà en place. L'initiative a reçu, d'emblée, l'appui du directeur des services aux personnes âgées du CSSS. Les administrateurs des résidences ont démontré un intérêt pour le projet et ont accepté l'offre de partenariat. Le CSSS a d'abord conclu un accord pour un projet pilote de 12 semaines avec ces deux résidences.

En 2010, le centre de jour itinérant se déplace dans trois résidences ayant signé une entente avec le CSSS de Bécancour—Nicolet-Yamaska. Le CSSS désire offrir ses services du centre de jour itinérant à un plus grand nombre de résidences et HLM. Les contrats ont donc une durée limitée de 12 semaines (renouvelables) afin de couvrir le plus d'endroits possible sur le territoire. Le service dessert 45 usagers par semaine. Depuis 2007, cinq résidences pour personnes âgées ont participé au projet. L'équipe du centre de jour s'est également déplacée dans deux HLM pendant douze semaines chacun. « On appelle plus ça des projets pilote mais des ententes de collaboration parce qu'on sait que ça marche et que ça porte des fruits. » (gestionnaire du CSSS) Le CSSS de Bécancour—Nicolet-Yamaska est encore en phase d'exploration afin de bien connaître l'état de situation et évaluer les plus grands besoins de services pour les personnes âgées en résidence et en HLM. Il désire couvrir tout le territoire de son RLS.

Qu'offre-t-on de plus à la population?

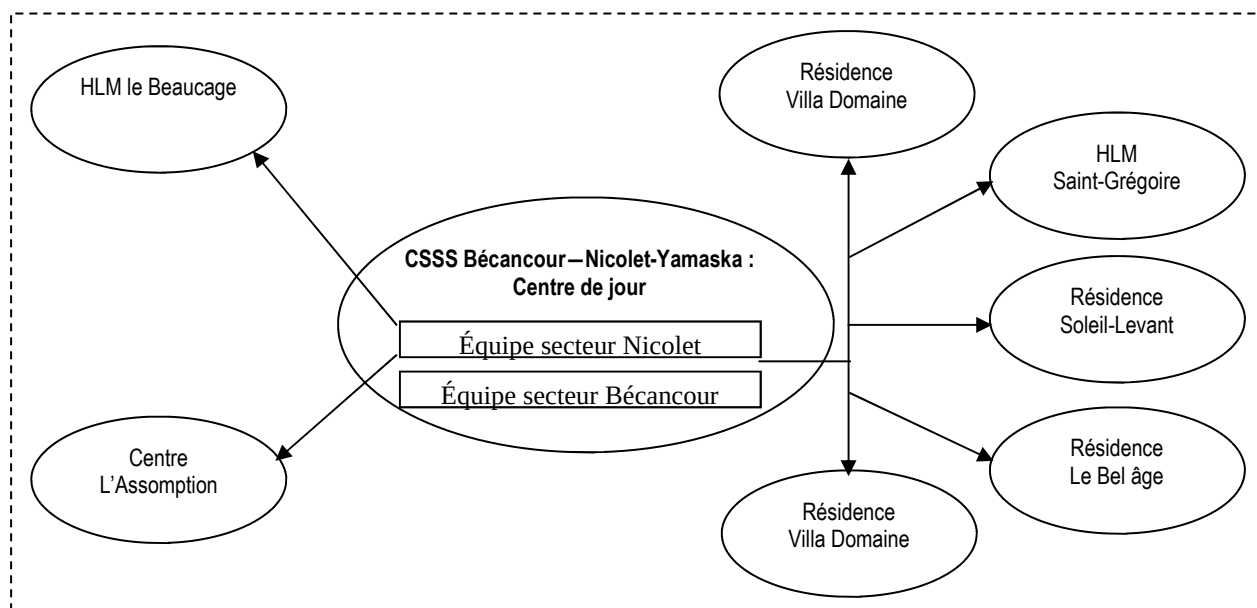
Les services du centre de jour itinérant sont sensiblement les mêmes que ceux offerts en établissement. Cependant, ils sont offerts pendant une demi-journée par semaine au lieu d'une journée complète car les usagers présentent des problèmes de santé plus « importants » que la clientèle qui se déplace vers le centre jour. La clientèle habituelle du centre de jour présente des problèmes de santé physique et une diminution de la mobilité (ex. : AVC, fracture récente, arthrite, arthrose, Parkinson, sclérose en plaques, diabète etc.), ainsi que des démences entre autres de type Alzheimer, des symptômes dépressifs et des problèmes psychosociaux. Les activités d'une durée de deux heures et demie sont adaptées à la condition des usagers : une classe d'exercices physiques, une période d'information et d'échanges ainsi qu'une période de stimulation cognitive comportant des activités variées pour stimuler la mémoire des usagers (gym cerveau, bricolage, cuisine). Plusieurs thèmes peuvent être abordés lors des périodes d'information tels que l'arthrite, le diabète, le testament, etc. Depuis peu, une technicienne en réadaptation physique s'est jointe à l'équipe aux six semaines. Cette dernière présente des capsules d'information sur divers thèmes tels que l'aide à la marche, la posture, le massage.

Les intervenants du centre de jour du CSSS de Bécancour—Nicolet-Yamaska se déplacent dans diverses résidences privées toutes les semaines pour offrir ces services. L'accès au service est facilité pour les usagers puisque, pour eux, c'est à proximité. Les services sont offerts par deux équipes de trois intervenants (incluant l'infirmière ayant des fonctions de coordination) qui se partagent le territoire; une équipe au centre de jour à l'installation de Bécancour et une autre équipe est rattachée à l'installation de Nicolet. L'équipe du centre de jour offre diverses activités à 15 personnes de 65 ans et plus (par résidence) présentant des pertes d'autonomie variées. Plus indirectement, le centre de jour itinérant permet également d'offrir un service de répit aux conjoints qui vivent en résidence.

Récit : Comment rejoindre les personnes âgées en perte d'autonomie vivant en milieu rural? En offrant des services de centre de jour dans les résidences privées

Qui sont les partenaires impliqués dans l'initiative?

RLS de Bécancour—Nicolet-Yamaska



Partenaires du RLS impliqués

Centre de santé et de services sociaux de Bécancour—Nicolet-Yamaska

Le rôle du CSSS est d'offrir les services habituels du centre de jour au sein des résidences privées et des HLM tout en les adaptant aux besoins spécifiques des milieux et des personnes qui y vivent. Le lieu de l'activité, la durée et l'intensité des activités sont adaptées aux personnes ayant une perte d'autonomie plus importante que la clientèle habituelle en centre de jour. Depuis 2007, cinq résidences pour personnes âgées ont participé au projet. L'équipe du centre de jour s'est également déplacée dans deux HLM pendant douze semaines chacun. Le CSSS désire couvrir le plus d'endroits possible sur le territoire en adaptant les services aux besoins des usagers. Tous les contrats avec les partenaires sont signés par la directrice générale du CSSS.

Résidences privées pour personnes âgées et HLM

Chaque direction des résidences pour personnes âgées ou de l'OMH pour les HLM signe une entente de partenariat avec le CSSS de Bécancour—Nicolet-Yamaska qui précise les responsabilités de chacun. Ces responsabilités sont : 1) de fournir le local et les équipements requis; 2) de permettre la libre circulation dans la résidence des employés du CSSS; 3) de faire la promotion des activités du centre de jour dans la résidence; 4) d'agir à titre d'intermédiaire et de faire les références requises pour la création du groupe; 5) de maintenir des conditions de sécurité et d'hygiène des locaux dans le respect des normes émises à ce sujet et des règlements municipaux; 6) d'identifier un interlocuteur responsable du bon fonctionnement de l'entente; 7) d'être attentif aux situations de perte d'autonomie, aux risques de chute et aux autres conditions abusives; 8) d'accompagner les intervenants auprès des usagers lorsque requis. Les résidences et HLM participent à l'identification des 15 usagers aux activités du centre de jour.

Récit : Comment rejoindre les personnes âgées en perte d'autonomie vivant en milieu rural? En offrant des services de centre de jour dans les résidences privées

Depuis 2007, cinq résidences pour personnes âgées et deux HLM ont signé une entente de partenariat avec le CSSS de Bécancour—Nicolet-Yamaska.

Résidences privées et HLM ayant signé une entente de partenariat	Durée du contrat
Résidence L'Assomption de Gentilly	12 semaines
Résidence Villa Domaine de Saint-Grégoire	un an renouvelable
Centre l'Assomption de Saint-Léonard-d'Aston	12 semaines
Résidence Soleil-Levant à Précieux-Sang	20 semaines renouvelable
Résidence Le Bel âge à Gentilly	12 semaines
HLM Saint-Grégoire (OMH Bécancour)	12 semaines
HLM le Beaucage (OMH Nicolet)	12 semaines

Quelles sont les ressources utilisées pour mettre en œuvre cette initiative?

Les ressources humaines

L'équipe du centre de jour itinérant est composée de deux sous-équipes dont l'une est rattachée à l'installation de Bécancour et l'autre à celle de Nicolet.

Équipe du secteur de Bécancour : 2,6 ETC : une infirmière ayant des fonctions de coordination, une technicienne en loisirs et une auxiliaire aux services de santé et sociaux et monitrice en loisirs.

Équipe du secteur de Nicolet : 3 ETC comprenant un technicien en éducation spécialisée, une infirmière et une auxiliaire aux services de santé et sociaux (ASSS) et monitrice en loisirs.

Les ressources financières

Aucune nouvelle allocation de budget n'a été accordée. Les activités du centre de jour itinérant se font avec la même enveloppe budgétaire. Le CSSS a même vu son coût unitaire diminué puisqu'ils ont économisé sur les coûts de transport et de locaux.

Quelles sont les retombées associées à la mise en place de l'initiative?

Retombées	Avant	Après
Sur les personnes âgées en perte d'autonomie	Avant 2007, plusieurs personnes âgées bénéficiaient des services des deux centres de jour en installation mais aucune personne ne bénéficiait des services d'un centre de jour itinérant. Les usagers devaient se déplacer aux installations du CSSS pour avoir accès aux services.	- Augmentation du taux de pénétration : il est passé de 160 usagers en 2007 à 230 usagers en 2009. - Augmentation de la couverture géographique du territoire - Accès à des services autrefois inexistants : en mars 2010, 45 nouvelles personnes sont rejointes par semaine par le service du centre de jour itinérant (deux demi-journées à Saint-Grégoire et Précieux-Sang et une demi-journée à Saint-Léonard-d'Aston).

Récit : Comment rejoindre les personnes âgées en perte d'autonomie vivant en milieu rural? En offrant des services de centre de jour dans les résidences privées

Quelles sont les retombées associées à la mise en place de l'initiative? (suite)

Retombées	Avant	Après
Sur les personnes âgées en perte d'autonomie (suite)	Les personnes âgées qui sont ciblées par les activités du centre de jour ont des problèmes de santé physique et une diminution de mobilité en plus d'avoir des déficits cognitifs.	- Les intervenantes notent une amélioration de la condition physique des personnes âgées. Les activités leur permettent également de demeurer actives cognitivement. - Le fait d'offrir les services du centre de jour dans de nouvelles municipalités telles que Précieux-Sang, favorise une diminution de l'isolement social. - Partout où va l'équipe, elle reçoit les mêmes commentaires des usagers : « ça leur remonte le moral. » (monitrice en loisirs)
	- Bien que les personnes vivant en résidence ne soient jamais seules, certaines personnes avaient tendance à s'isoler car n'aiment pas les activités de loisirs proposées par la résidence (ex. : bingo, la poule aux œufs d'or, etc.). - Il s'agit de personnes qui ont plus de pertes cognitives et qui n'iraient pas en centre de jour à l'extérieur de la résidence. Ces personnes font peu d'activités physiques.	- Les activités du centre de jour itinérant sont adaptées aux clientèles vulnérables. Le lieu de l'activité, la durée et l'intensité des activités sont adaptées aux personnes ayant une perte d'autonomie plus importante que la clientèle habituelle en centre de jour. De plus, les intervenants accompagnent les participants à leur chambre, à l'arrivée et au départ de l'activité. - Aux dires des personnes interrogées, ces personnes âgées se sont ouvertes à d'autres. Elles seraient davantage intégrées dans le quotidien : « Elles ont une sortie par semaine : ça casse la monotonie. » (technicienne en loisirs)
Pour les proches aidants	Les conjoints qui vivent en résidence privée n'ont pas de service de répit.	Leur permet d'avoir un répit une demi-journée par semaine. Leur niveau de satisfaction est très élevé selon l'évaluation réalisée régulièrement par le CSSS.

Récit : Comment rejoindre les personnes âgées en perte d'autonomie vivant en milieu rural?
En offrant des services de centre de jour dans les résidences privées

Quelles sont les retombées associées à la mise en place de l'initiative? (suite)

Retombées	Avant	Après
Sur l'organisation des services	- Frais de transport : environ 150 \$ en taxi pour déplacer les usagers. - Frais de location de locaux : données non disponibles.	- Le coût unitaire a baissé de 40 %. Il est passé de 353,52 \$ en 2007 à 184,79 \$ en 2009. - Le responsable du projet a également noté une diminution des coûts d'opération reliés au transport ainsi qu'à la location des locaux pour le centre de jour de Saint-Grégoire.
	Certaines résidences privées pour personnes âgées ont un service de loisirs mais aucune offre des activités physiques et/ou de stimulation cognitive.	- Des résidences privées ont développé des activités de type centre de jour. Ainsi, après le passage du centre de jour itinérant au sein de leur résidence (12 semaines), les usagers ont encore accès à des activités (<i>empowerment</i> communautaire). - À Gentilly, une résidence a conservé une journée « centre de jour » avec le même type d'activités sans engager de nouvelles ressources : leur technicienne en loisirs prend le relais du centre de jour. Les intervenantes du centre de jour lui fournissent des plans d'activités et le matériel. - Les employés de la résidence de Précieux-Sang ont acheté les mêmes jeux d'adresse et de stimulation cognitive.
Sur la collaboration		- Collaborations avec le service des incendies pour parler de la sécurité à la maison et le service de police pour parler d'abus envers les aînés. - Collaborations avec les employés de résidences privées. Les membres de l'équipe du centre de jour sont fréquemment interpellés pour fournir du matériel, des informations afin d'alimenter le personnel des résidences.

Récit : Comment rejoindre les personnes âgées en perte d'autonomie vivant en milieu rural? En offrant des services de centre de jour dans les résidences privées

L'avis des partenaires et de la population en regard de cette initiative

Le gestionnaire du CSSS responsable du centre de jour

Selon cette personne, l'une des clés du succès est l'ouverture des directeurs de résidences où ils offrent leurs services. Un autre aspect important réside dans la stabilité et les interactions entre les membres de l'équipe du centre de jour itinérant.

Les intervenants de l'équipe du centre de jour itinérant (secteur Bécancour)

« Ça prend une équipe ouverte aux changements parce qu'aux 12 semaines, ça change. On doit être prêt à cela. » (monitrice en loisirs et ASSSS) Les intervenants doivent être prêts à voir les limites de ce type d'intervention et admettre que parfois, ça ne fonctionne pas. « Ça prend ben de l'innovation pour être en centre de jour itinérant parce qu'il faut que tu plantes tes idées dans un endroit où ils ont déjà leur fonctionnement. Tu dois t'adapter. » (chef d'équipe du centre de jour)

Au départ, les intervenantes étaient résistantes à sortir des murs du CSSS, car elles ne connaissaient pas la nouvelle clientèle. Elles craignaient de devenir des récréologues pour divertir les résidents. « Si j'ai un conseil à donner c'est de ne pas avoir peur d'y aller. C'est vraiment valorisant; c'est un nouveau défi et en même temps il faut avoir une ouverture d'esprit. » (technicienne en loisirs) Elles s'entendent également pour dire que ça prend un gestionnaire présent et capable d'amener les aspects positifs de ce projet afin que les membres de l'équipe voient la valeur ajoutée de cette nouvelle pratique.

Les directeurs de deux résidences privées

Pour les directeurs interrogés, il s'agit d'un partenariat dont ils tirent de grands avantages :

Comme entreprise, on sera jamais capable d'offrir toute cette gamme de service. Que le CLSC soit ici, on demande pas mieux nous autres. On serait fou de s'en passer. On se rend service. Je vois que du positif. C'est un gros plus pour nous autres. Les gens n'ont pas à se déplacer. Ça nous permet d'offrir un plus aux résidents. (directrice d'une résidence privée)

Les directeurs constatent aussi les retombées positives auprès des résidents : « Là on est jeudi; les résidents ont hâte au début de l'après-midi. Si on saute une semaine, ils posent des questions. C'est important pour eux et ça porte fruit. » (directeur d'une résidence privée) Il importe de bien transmettre le message aux employés de la résidence que c'est bon pour les résidents afin qu'ils ne se sentent pas menacés par la venue du centre de jour.

Pour leur part, les participants interrogés sont satisfaits des services du centre de jour au sein de leur résidence. Il s'agit d'activités socialisantes qui brisent leur isolement et qui sont adaptées à leur condition : « C'est surtout que ça fait du bien pour le moral et pour la mémoire. Je veux pas rester dans ma chambre à regarder les murs. » (résidente de Villa Domaine) Les activités leur permettent de se maintenir en forme physiquement et mentalement : « J'aime ben ça. C'est tranquille et c'est pas bruyant. C'est bon pour les doigts et les jambes. On bouge plus parce que moi je ne suis pas sorteuse. » (résidente de Villa Domaine)

Au terme des 12 semaines, une résidence a procédé à l'évaluation de la satisfaction des usagers. Les commentaires positifs et la volonté des usagers de participer à une nouvelle session a jeté les bases d'une collaboration qui dure depuis 2007 entre la résidence Villa domaine et le CSSS Bécancour—Nicolet-Yamaska. Aujourd'hui, le contrat dure un an au lieu de 12 semaines.

Quelles leçons pouvons-nous tirer de la mise en place de cette initiative?

Lors de la création du centre de jour itinérant, les intervenants étaient partagés entre enthousiasme et inquiétudes suscités par les changements à venir dans leur pratique. Le support du gestionnaire responsable a été un élément important dans la mise en place du projet. Les deux équipes du centre de jour ont bénéficié de plusieurs rencontres dans lesquelles la vision de l'initiative et les attentes du gestionnaire leur étaient présentées. L'équipe peut également compter sur une chef d'équipe (ASI) qui croit au projet et qui supporte l'équipe.

Récit : Comment rejoindre les personnes âgées en perte d'autonomie vivant en milieu rural? En offrant des services de centre de jour dans les résidences privées

Dans le cadre de référence régional intégré pour les personnes âgées (2007), il est stipulé que les CSSS sont responsables d'accueillir les proches aidants qui requièrent du répit afin de prévenir leur épuisement. Le Centre de jour a ainsi vu sa mission changer par le biais des nouvelles clientèles prioritaires à desservir. Le CSSS accueille de nouveaux usagers ayant des déficits cognitifs importants qui demandent une surveillance accrue (risque de fugues/ errance). Ce nouveau cadre de référence est un élément majeur dans la transformation des pratiques en centre de jour. Avec ces nouvelles orientations, les intervenants ne font plus de réadaptation mais du maintien d'acquis. Il en résulte une « perte de clients » et pour certains intervenants, une perte de sens. De l'avis du gestionnaire responsable, ces changements ont constitué un passage pas toujours facile qui a nécessité une grande collaboration des intervenants. Il leur a clairement énoncé le contexte : « Ce train s'en va par là. On a le choix : on embarque dedans avant qu'il aille trop vite ou on va sauter dedans quand il sera à grande vitesse mais le train est parti!. C'est pas fini, ça va changer encore. » (gestionnaire du CSSS)

Pour les intervenantes du centre de jour itinérant interrogées, un des aspects les plus difficiles est l'intégration de l'équipe dans un nouveau milieu. Les résidents sont méfiants et il est parfois difficile de leur faire connaître le centre de jour. Pour percer le milieu, l'équipe du centre de jour dînait avec les résidents de Villa Domaine. Cette résidence privée compte près de 300 personnes âgées. Les intervenantes ont ainsi réussi à faire la promotion des activités offertes au centre de jour et à attirer certains usagers. Le premier groupe a été plus difficile à former. Certains participants ont quitté le groupe en cours de route. « Au début les clients ne nous sautaient pas dans les bras. On s'assoit et on évalue; on devait vendre notre salade. » (technicienne en loisirs) Puis, lorsque plusieurs personnes ont manifesté un intérêt, elles ont dû faire une sélection des participants sans grille de priorisation. Aux dires des personnes interrogées, les intervenantes se sont rivé le nez quelques fois avant de bâtir une grille adaptée à ce type de clientèle qui n'est pas la même qu'en soutien en domicile (grille *Katéri*). Certains résidents et employés des résidences étaient mécontents, car ils ne comprenaient pas les critères de sélection et le fait que les activités ne soient pas accessibles à tous.

Un autre défi réside dans les liens à créer avec le personnel de certains centres pour personnes âgées. Dans une résidence, les employés se sentaient menacés par l'arrivée de l'équipe. Ces derniers ne comprenaient pas ce qu'elle venait faire et leur donnait un surplus de tâches puisque les employés doivent s'assurer que les résidents sont prêts pour l'activité et les accompagner. Par ailleurs, dans d'autres résidences, les employés coopèrent d'emblée avec les intervenantes du centre de jour. Par exemple, la technicienne en loisirs de Villa Domaine participe à l'identification de résidents pouvant bénéficier de leurs services. Ainsi, au début du projet, certains ajustements ont été nécessaires avec les directeurs des résidences. Des discussions ont facilité la collaboration entre les intervenants. D'autres points ont été abordés comme la nécessité d'avoir un local adapté pour les activités du centre de jour.

Les deux équipes du centre de jour itinérant parcourent le territoire et expérimentent de nouvelles collaborations. Certains directeurs sont plus réticents que d'autres à signer une entente; ils ne comprennent pas toujours ce que le CSSS vient faire dans « leurs affaires ». Certains contrats sont renouvelés après 12 semaines et d'autres pas. Dans tous les cas, c'est le CSSS qui décide de ne pas renouveler le contrat dû à une diminution du taux de fréquentation du centre de jour. Par exemple, les participants du HLM à Saint-Grégoire ont délaissé le centre de jour itinérant lorsque l'été est arrivé. Parfois, la clientèle rencontrée en résidence ou en HLM ne répond pas aux critères d'admission aux activités du centre de jour. Il peut s'agir, par exemple, de personnes ayant des problèmes de santé mentale ou ayant une déficience intellectuelle. Parfois, ce sont les directeurs de résidences pour personnes âgées qui désirent des activités de type « loisirs » telles que l'animation de bingos. « On le sait pas. On l'essaie. Ça fait partie de la game de cette expérience là. » (gestionnaire du CSSS)

Récit : Comment rejoindre les personnes âgées en perte d'autonomie vivant en milieu rural? En offrant des services de centre de jour dans les résidences privées

Les suites de l'initiative

Le gestionnaire du CSSS responsable de l'initiative désire éviter l'enracinement dans des sites spécifiques afin d'avoir une couverture géographique étendue. Par exemple, l'extrême est du territoire est négligé. Le gestionnaire planifie aller à Manseau où un HLM leur a ouvert les portes.

Le CSSS évalue la possibilité d'offrir les services du centre de jour dans une des deux réserves amérindiennes du territoire (Odanak). De plus, le gestionnaire responsable désire inviter aux activités des gens de l'extérieur de la réserve. D'autre part, le gestionnaire pense à offrir de la formation aux employés des résidences privées pour favoriser le lien de communication avec les gens qui présentent des déficits cognitifs.

Quelles ont été les sources utilisées pour documenter cette initiative?

Rappel : l'OQRLS documente les initiatives à partir de différents points de vue par le biais d'entrevues. L'expérience et la perception des acteurs locaux est au cœur des travaux de l'Observatoire québécois des réseaux locaux de services. Ce récit a été rédigé à partir des sources suivantes.

- Entrevue avec le chef d'administration de programmes pour les services de soutien à domicile et du centre de jour à la direction perte d'autonomie liée au vieillissement au CSSS de Bécancour—Nicolet-Yamaska;
- Entrevue avec la chef d'équipe du centre de jour et infirmière au CSSS de Bécancour—Nicolet-Yamaska;
- Entrevue avec la monitrice en loisirs et ASSSS, membre de l'équipe du centre de jour à Bécancour au CSSS de Bécancour—Nicolet-Yamaska;
- Entrevue avec la technicienne en loisirs, membre de l'équipe du centre de jour à Bécancour au CSSS de Bécancour—Nicolet-Yamaska;
- Entrevue avec la directrice de la résidence Villa-Domaine à Saint-Grégoire;
- Entrevue avec le directeur de la résidence Soleil-Levant à Précieux-Sang;
- Entrevue avec deux résidents de Villa Domaine qui participent au centre de jour itinérant.

Vous avez des commentaires sur ce texte?
aroyer.csss-iugs@ssss.gouv.qc.ca

Citation suggérée

Royer, A.-M., Archambault, J., Gervais, J. et Battaglini, A. (2010). *Comment rejoindre les personnes âgées en perte d'autonomie vivant en milieu rural? En offrant des services de centre de jour dans les résidences privées*. Récit, Observatoire québécois des réseaux locaux de services, 20 octobre 2010, 9 pages.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2010

Bibliothèque et Archives du Canada, 2010

ISSN : 1923-5895 (version imprimée)

ISSN : 1923-5909 (version PDF)

La reproduction des textes est autorisée et même encouragée, pourvu que la source soit mentionnée.

© Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke,
Observatoire québécois des réseaux locaux de services, 2010

Pour plus d'information sur l'initiative...

Personne-ressource de l'OQRLS : Anne-Marie Royer, courtière de connaissances au 819 780-2220, poste 47076

Vivre chez soi en perte d'autonomie importante : des services de longue durée offerts en HLM

Par Julie Gervais, Johanne Archambault, Alex Battaglini et Anne-Marie Royer

Nom donné par les acteurs terrain :	Aide et support aux aînés
Région sociosanitaire :	Mauricie et Centre-du-Québec
Nom du territoire de RLS :	RLS d'Arthabaska - de l'Érable
Date de début des travaux :	Juillet 2004
Date de début des services offerts à la population :	Avril 2005
Population ciblée Les personnes âgées en perte d'autonomie physique résidant en HLM	
Partenaires du RLS actuellement impliqués dans l'initiative Organisme « Aide et support aux aînés », CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable, Office municipal d'habitation de Victoriaville-Warwick	

Quel est le but de l'initiative?

Il s'agit de permettre à la population en perte d'autonomie résidant en HLM de pouvoir demeurer à domicile le plus longtemps possible en aménageant son logement et en offrant toute une gamme de services de santé et de soutien à la vie quotidienne.

Quel est le problème sur le territoire ayant donné naissance à l'initiative?

L'Office d'habitation municipale de Victoriaville-Warwick compte un bon nombre de locataires en perte d'autonomie. Dans les années 90, l'OMH avait demandé l'aide du Centre d'hébergement l'Ermitage pour apporter un soutien aux résidents âgés. Chaque année, une douzaine d'entre eux étaient retrouvés seuls dans leur logement, malades, blessés, voire décédés. En 1997, le centre d'hébergement avait développé le projet « Aide aux aînés » qui offrait aux résidents de l'OMH un service de repas, d'accompagnement pour faire des courses, quelques activités de loisirs ainsi qu'un service de surveillance 24/7 assuré par des résidents des HLM.

Malgré le succès de ce projet, plusieurs résidents vivaient avec une perte d'autonomie importante les empêchant de demeurer à domicile. Ils devaient être transférés en centre d'hébergement ou en résidence privée à des coûts élevés pour leurs moyens. Il fallait donc développer une nouvelle

forme d'hébergement pour répondre aux besoins de cette population vulnérable. En 2004, l'OMH de Victoriaville-Warwick et le CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable ont conjointement mis sur pied l'organisme à but non lucratif « Aide et support aux aînés ». Ce projet a été financé dans le cadre du programme « Partenariat au service des aînés » du ministère de la Santé et des Services sociaux visant à stimuler le développement de nouvelles alternatives d'hébergement.

Qu'offre-t-on de plus à la population?

L'initiative offre des services de longue durée aux résidents en perte d'autonomie des HLM de l'OMH de Victoriaville-Warwick. Les services offerts par l'initiative « Aide et support aux aînés » se divisent en deux volets, soit le volet « parrainage » et le volet « intensif ». L'intensité des services varie selon l'évaluation de l'autonomie des personnes. À noter que les personnes présentant des troubles cognitifs ne peuvent être admises à ces HLM.

Le volet parrainage vise les résidents des HLM qui présentent une légère perte d'autonomie. Les services offerts dans le cadre du volet parrainage sont essentiellement la livraison de repas, l'aide à l'hygiène, l'entretien ménager, la buanderie ainsi que du transport.

Coup d'œil : Vivre chez soi en perte d'autonomie importante : des services de longue durée offerts en HLM

Pour le volet intensif, 18 logements ont été spécifiquement assignés à des personnes en lourde perte d'autonomie. Ces logements sont situés dans un seul et même bâtiment afin d'assurer une réponse rapide à l'ensemble de leurs besoins biopsychosociaux (soins infirmiers, aide à l'hygiène, aide aux repas, entretien ménager). Les services sont offerts par une équipe composée de préposés aux bénéficiaires (24/7), d'une infirmière auxiliaire à temps plein et d'une infirmière bachelière à temps partiel. D'autres services professionnels peuvent être achetés par

l'organisme en fonction des besoins des résidents (ex. : ergothérapeute).

L'ensemble des résidents de l'OMH profitent de services de loisirs et de la présence sur place d'un gestionnaire de cas rattaché administrativement au CSSS. Cet intervenant coordonne les différents services de santé et de services sociaux requis par les résidents. De son poste de travail à l'OMH, le gestionnaire de cas a un accès aux dossiers informatisés de l'ensemble des usagers du CSSS.

Qui sont les partenaires et quels sont leurs rôles?

Partenaires	Rôles
CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable	• Fiduciaire du budget d'« Aide et support aînés »; • Préparer les repas pour les résidents de l'OMH; • Offrir les services d'une infirmière bachelière et d'un gestionnaire de cas.
Office d'habitation municipale de Victoriaville-Warwick	• Offrir un milieu de vie aux personnes âgées avec faible revenu; • Offrir des locaux à l'organisme « Aide et support aux aînés »; • Faire l'entretien des bâtiments; • Réaliser des adaptations physiques au sein des logements en fonction des incapacités de chacun des locataires.
Organisme « Aide et support aux aînés »	• Offrir aux résidents les services d'aide à la vie domestique (ex. : entretien ménager) et à la vie quotidienne (ex. : aide aux repas, aide à l'hygiène, aide au déplacement, administration des médicaments); • Coordonner le travail des intervenants œuvrant auprès des résidents des HLM; • Offrir des services de loisirs aux résidents.

Quelles sont les principales retombées?

- L'initiative améliore la qualité de vie des résidents des HLM en perte d'autonomie en leur offrant la possibilité de recevoir des soins de longue durée à domicile. Quelques personnes (huit) ont même pu terminer leurs jours chez elles grâce au soutien offert par l'organisme. L'initiative contribue au bien-être des personnes en perte d'autonomie en offrant des soins d'hygiène plus fréquemment que ce qui est offert au sein du CSSS (deux à trois bains par semaine au lieu d'un bain).
- L'initiative permet aux personnes âgées d'être plus mobiles et autonomes que dans un centre d'hébergement institutionnel en leur offrant un service d'accompagnement dans leurs activités quotidiennes (ex. : aller faire des courses).
- Le coût des services offerts dans le cadre de l'initiative « Aide et support aux aînés » est nettement inférieur à celui des services offerts en hébergement institutionnel. Selon le responsable de l'organisme, des services d'hébergement coûteraient à l'État 56 000 \$/personne/année alors que les services offerts au sein de la présente initiative coûtent à celui-ci 17 000 \$/personne/année.

Quelles sont les suites?

Un projet de construction de 38 logements additionnels développé par l'Organisme « Aide et support aux aînés », le CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable et l'OMH de Victoriaville-Warwick verra le jour en 2011. La ville de Victoriaville soutient également le projet de construction. Dix-neuf logements seront réservés à une clientèle présentant un profil « hébergement ». Cinquante pour cent de ces logements seront occupés par des personnes ayant de faibles revenus alors que les autres logements seront

disponibles aux personnes dont les revenus sont trop élevés pour être admissibles au HLM, mais insuffisants pour bénéficier des services en résidences privées. À plus long terme, on souhaiterait offrir des services similaires à ceux offerts par *Aide et support aux aînés* au sein de résidences privées afin que les gens puissent y demeurer le plus longtemps possible.

Vous avez des commentaires sur ce texte?
julie.gervais.bcstl@ssss.gouv.qc.ca

Citation suggérée

Gervais, J., Archambault, J., Battaglini, A., et Royer, A.-M. (2010). *Vivre chez soi en perte d'autonomie importante : des services de longue durée offerts en HLM*. Coup d'œil, Observatoire québécois des réseaux locaux de services, 20 octobre 2010, 3 pages.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2010
Bibliothèque et Archives du Canada, 2010
ISSN : 1923-5895 (version imprimée)
ISSN : 1923-5909 (version PDF)

La reproduction des textes est autorisée et même encouragée, pourvu que la source soit mentionnée.

© Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, Observatoire québécois des réseaux locaux de services, 2010

Pour plus d'information sur l'initiative...

Personne-ressource de l'OQRLS : Julie Gervais, courtière de connaissances au 514 331-2288, poste 4044

Vivre chez soi en perte d'autonomie importante : des services de longue durée offerts en HLM

Par Julie Gervais, Johanne Archambault, Alex Battaglini et Anne-Marie Royer

Nom donné par les acteurs terrain :	Aide et support aux aînés
Région sociosanitaire :	Mauricie et Centre-du Québec
Nom du territoire de RLS :	RLS d'Arthabaska-de l'Érable
Date de début des travaux :	Juillet 2004
Date de début des services offerts à la population :	Avril 2005
Population ciblée Les personnes âgées en perte d'autonomie physique résidant en HLM	
Partenaires du RLS actuellement impliqués dans l'initiative Organisme « Aide et support aux aînés », CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable, Office municipal d'habitation de Victoriaville-Warwick	

Brève description de l'initiative

On offre la possibilité aux personnes en perte d'autonomie résidant au sein des HLM de Victoriaville de vieillir à domicile et, dans la mesure du possible, de pouvoir y terminer leurs jours. L'aménagement de leur logement pour y recevoir les soins requis et la livraison des services de soutien à la vie quotidienne leur permet, à ces personnes, de demeurer chez eux. « Nos belles réussites, c'est quand on réussit à être avec notre monde jusqu'à la fin, là on se dit mission accomplie. » (intervenant d'« Aide et support aux aînés ») « Personne ne veut mourir à l'hôpital. On veut mourir chez nous, dans nos meubles, nos souvenirs. C'est peut-être pas notre maison, mais c'est notre logement. » (responsable d'« Aide et support aux aînés ») L'initiative vise également à garder les couples ensemble, lorsqu'un des membres est en perte d'autonomie importante. Pour être résident de ces HLM, les personnes doivent avoir 55 ans et plus ou avoir une incapacité physique importante (ex. : quadruplégique). « Aide et support aux aînés » est un organisme à but non lucratif qui est né de la collaboration entre le CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable et l'OMH de Victoriaville-Warwick.

Comment le projet a-t-il pris forme?

L'OMH de Victoriaville-Warwick compte un bon nombre de locataires âgés en perte d'autonomie. Au milieu des années 90, la direction de l'OMH a demandé le soutien du Centre d'hébergement l'Ermitage : « Le directeur de l'OMH est venu cogner à ma porte en disant : il faudrait que vous nous aidiez. On a des aînés qui s'ennuient, qui s'occupent mal de leur santé et qui sont dénutris. » (gestionnaire du CSSS)

Bon an, mal an, une douzaine de personnes blessées, malades ou même décédées étaient retrouvées chaque année dans leur logement sans avoir pu recevoir une aide appropriée. Environ cinq personnes devaient quitter annuellement leur logement en raison d'une perte d'autonomie trop importante et être dirigées vers le CHSLD.

En 1997, le directeur général du Centre d'hébergement l'Ermitage avait donc mandaté un de ses gestionnaires, qui est aujourd'hui le responsable d'« Aide et support aux aînés », pour développer un projet baptisé à l'époque « Aide aux aînés ». Ce projet offrait aux résidents de l'OMH un service de repas, d'accompagnement pour faire des courses et quelques activités de loisirs. On offrait également un service de surveillance 24/7 assuré par des résidents des HLM rémunérés pour répondre aux appels d'urgence des

Récit : Vivre chez soi en perte d'autonomie importante : des services de longue durée offerts en HLM

âînés. Malgré le succès de cette initiative, un certain nombre de résidents devaient quand même être transférés dans un centre d'hébergement ou en résidence privée et devaient assumer des coûts trop élevés pour leurs revenus.

En 2004, le ministre Couillard avait lancé le programme « Pour un partenariat au service des âînés ». Le ministère constatait qu'on devait revoir les services des CHSLD qui coûtaient trop cher et qui n'étaient pas nécessairement adaptés aux besoins de la clientèle. Il fallait donc trouver d'autres alternatives d'hébergement. Le CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable et l'OMH de Victoriaville ont alors décidé de soumettre un projet permettant d'offrir aux résidents de l'OMH des services d'hébergement à domicile pour lequel ils ont obtenu un financement pour trois ans. Ainsi, les deux partenaires ont conjointement créé l'organisme à but non lucratif « Aide et support aux âînés » afin de gérer les services offerts aux résidents. Les premiers services ont été offerts le 11 avril 2005. Après avoir évalué le projet au terme des trois premières années d'activités, le Ministère a accepté de financer le projet de façon récurrente.

Qu'offre-t-on de plus à la population?

Les services offerts aux locataires des HLM de l'OMH de Victoriaville-Warwick par l'initiative « Aide et support aux âînés » se divisent en deux volets, soit le volet « parrainage » et le volet « intensif ». L'intensité des services requis par les résidents est déterminée en fonction de l'évaluation de leur autonomie. En plus de ces deux volets de services, l'organisme offre également à l'ensemble des résidents des services de loisirs. Précisons qu'à l'exception des interventions du personnel du CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable et de l'aide à l'hygiène, les services offerts par « Aide et support aux âînés » ne sont pas gratuits. L'utilisateur paie à la carte, mais les tarifs demeurent abordables.

Le volet parrainage

Le volet parrainage est offert aux résidents des HLM qui présentent une légère perte d'autonomie. Le critère pour recevoir les services du volet parrainage est de nécessiter une aide pour l'hygiène personnelle. Il comprend les services suivants.

Livraison de repas

Les résidents peuvent commander deux repas par jour, sept jours par semaine. Ces repas sont préparés au CSSS (centre d'hébergement) comparativement aux services de la *Popotte roulante* qui offre un repas par jour (seulement les dîners) cinq jours par semaine. Aussi, les repas de la *Popotte roulante* ne seraient offerts qu'à une certaine portion de la population âgée définie en fonction de critères passablement spécifiques.

Aide aux activités de la vie quotidienne ou de la vie domestique

Le bain est offert aux résidents admissibles au volet parrainage en moyenne une ou deux fois par semaine. L'organisme offre aussi l'aide aux repas, le service de buanderie et d'entretien ménager, de même que du transport.

Le volet intensif

Sur les 160 appartements pour personnes âgées, gérés par l'OMH de Victoriaville-Warwick, 18 d'entre eux peuvent loger des personnes en perte d'autonomie importante avec leur conjoint. Les logements consacrés au volet intensif sont situés dans un seul et même bâtiment afin de rendre plus efficient le travail des intervenants et, de ce fait, assurer une réponse rapide et complète à l'ensemble de leurs besoins en soins.

Les personnes qui reçoivent les services intensifs bénéficient des services décrits dans le volet « parrainage » en plus de compter sur la présence d'une équipe de préposés aux bénéficiaires 24/7, d'une infirmière auxiliaire à temps plein, d'une infirmière bachelière à temps partiel, d'une travailleuse sociale à temps partiel et autres professionnels au besoin (ergothérapeute, nutritionniste, etc.). Leurs besoins biopsychosociaux peuvent ainsi être répondu 24 heures par jour, 7 jours par semaine. Pour certaines personnes à mobilité plus réduite, quelques médecins font un suivi à domicile, comme prévu dans l'offre de service de soutien à domicile du CSSS. Les appartements de ces personnes sont entièrement adaptés à leurs besoins physiques (ex. : lit électrique, lève-personne). Chaque résident porte un bracelet-émetteur qui lui permet à tout moment de demander une assistance du personnel. Ce dernier est tenu de répondre dans un délai de cinq minutes. Les résidents qui reçoivent les services intensifs bénéficient également d'un service de transport et d'accompagnement leur permettant de sortir deux fois par semaine (deux fois trois heures) pour faire des courses ou se rendre à un rendez-vous médical. Cela leur permet de maintenir leur implication sociale.

Récit : Vivre chez soi en perte d'autonomie importante : des services de longue durée offerts en HLM

Ainsi, l'intensité des services que reçoivent les résidents des HLM de Victoriaville augmentent au fur et à mesure que leur autonomie diminue.

Ici, on prend en charge tous les services de type AVD-AVQ (activités de la vie domestique et quotidienne et les services professionnels). Une fois rendues ici, les personnes n'ont plus à se préoccuper des services dont elles ont besoin. Elles vont les recevoir à la mesure de leurs besoins. Elles n'auront donc plus à se casser la tête pour aller au CLSC, au centre de bénévolat ou ailleurs. Elles n'ont qu'à appeler ici. (Responsable d'« Aide et support aux aînés »)

Un travailleur social employé par le CSSS est présent quatre jours par semaine au sein des HLM. Cet intervenant assume les fonctions traditionnelles d'un gestionnaire de cas combinées à un rôle d'agent de milieu : « Ce qui distingue mon rôle d'un gestionnaire de cas est le volet communautaire (...) je fais beaucoup d'interventions de corridor. » (gestionnaire de cas) Ainsi, en plus de prendre part à la vie communautaire au sein du HLM, le gestionnaire de cas a pour rôle d'évaluer l'admissibilité des résidents aux services de l'organisme et d'élaborer le plan de service individualisé en collaboration avec la personne et l'équipe d'intervenants d'« Aide et support aux aînés ». Ayant accès en ligne à l'ensemble des dossiers du CSSS, il peut faire les liens nécessaires lorsque les résidents requièrent des services. Le gestionnaire de cas est aussi en charge de les relocaliser dans un centre d'hébergement ou une autre ressource appropriée lorsque les services d'« Aide et support aux aînés » ne leur conviennent plus.

L'admissibilité des personnes aux différents volets de services est évaluée par le gestionnaire de cas et le responsable de l'organisme. L'OMH, quant à lui, statue sur l'admissibilité de la personne à un HLM. Précisons que les personnes présentant des troubles cognitifs ne peuvent demeurer au sein des HLM pour des raisons de sécurité².

Une philosophie particulière

Les services offerts par « Aide et support aux aînés », en particulier ceux du volet intensif, s'appuient sur une philosophie particulière. D'abord, tout est pensé pour que le résident se sente le plus normal possible, comme le mentionne le responsable de l'initiative : « Ici le personnel n'a pas d'uniforme. Les équipements sont dans la mesure du possible cachés. On fait tout pour que ça ressemble à un milieu de vie naturel. »

Aussi, les résidents de l'unité de services intensifs disposent d'une grande latitude pour choisir, non seulement le type de services dont ils ont besoin, mais également le moment de la journée où ils les reçoivent. Par exemple, la personne paie à la carte pour le nombre de repas préparés qu'elle souhaite. Pour le bain, on essaie de respecter le plus possible le moment de la journée qui lui convient et on lui permet de mettre la musique de son choix. On souhaite aussi favoriser l'autonomie de la personne.

On va superviser, on va stimuler, mais s'ils sont capables de le faire, on ne le fait pas. On veut que la personne âgée soit décisionnelle, on ne la prend pas en charge, mais c'est certain qu'on a des standards de sécurité à respecter. Elle ne prendra pas son bain seul, mais tout le reste est individualisé. (Responsable d'« Aide et support aux aînés »)

Dans la philosophie de gestion de l'organisme, un préposé aux bénéficiaires a autant voix au chapitre qu'une infirmière bachelière. Autrement dit, il n'y a pas de hiérarchie professionnelle. La réduction au minimum du nombre d'intervenants différents visitant la personne est un autre aspect qui caractérise la gestion du personnel d'« Aide et support aux aînés ». En plus de favoriser une meilleure connaissance des besoins de la personne, cette façon de faire serait plus rassurante pour les résidents du point de vue des intervenants. Le responsable de l'initiative ajoute :

Ça nous apparaissait aussi plus humanisant de réduire le nombre d'intervenants différents. Si on caricature : une personne âgée à domicile va avoir un bain donné par une personne, elle va avoir des services de salubrité par l'entreprise d'économie sociale, la Popotte roulante. Bref, ça prend quasiment un bac en relation de travail pour gérer tout ce monde là! (Responsable de l'initiative)

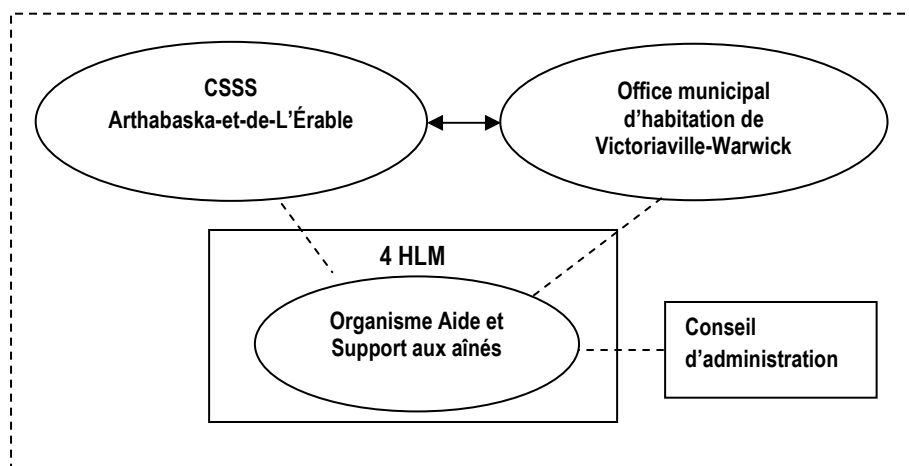
1 La perte d'autonomie de la personne est mesurée à l'aide de l'instrument Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF). Pour être admissible aux services intensifs, la personne doit avoir un profil ISO-SMAF exceptionnellement de six, mais optimalement de neuf.

Récit : Vivre chez soi en perte d'autonomie importante : des services de longue durée offerts en HLM

Enfin, dans l'esprit de l'initiative « Aide et support aux aînés », la dimension affective associée aux soins offerts aux personnes en perte d'autonomie occupe une place prépondérante : « En CHSLD, ce que les gens ont besoin, de notre point de vue, c'est beaucoup plus du « tender loving care » et des soins physiques que des soins nursing ou médicaux. » (Responsable d'« Aide et support aux aînés »)

Qui sont les partenaires impliqués dans l'initiative?

RLS d'Arthabaska-et-de-l'Érable



Comme mentionné précédemment, « Aide et support aux aînés » est un organisme à but non lucratif né de la collaboration entre l'Office d'habitation de Victoriaville et le CSSS Arthabaska-et-de-l'Érable. Le budget est géré par un conseil d'administration composé de résidents, de représentants de l'OMH, du CSSS et d'un représentant de la Caisse populaire Desjardins.

L'OMH

Le rôle de l'OMH est de fournir un logement subventionné et donc, d'offrir un milieu de vie aux personnes âgées avec faibles revenus. Ce sont les employés de maintenance de l'OMH qui sont chargés d'entretenir les logements et les aires communes et de réaliser les adaptations physiques au sein des logements en fonction des incapacités de chacun des locataires.

Le CSSS

Le CSSS prépare les repas pour les résidents de l'OMH. Il offre aussi aux résidents de l'OMH, dans le cadre d'« Aide et support aux aînés », les services d'une infirmière bachelière et d'un travailleur social (gestionnaire de cas). Le rôle de l'infirmière est de conseiller les autres intervenants au plan clinique. Elle fait aussi une tournée des résidents pour faire un suivi de leur état de santé (ex. : prendre la pression, le taux de glycémie, etc.). Au plan financier, le CSSS est fiduciaire du budget de l'organisme « Aide et support aux aînés ». Certains autres services professionnels (ex. : soins palliatifs) sont également fournis par le CSSS sur référence.

Organisme « Aide et support aux aînés »

Le rôle de l'organisme « Aide et support aux aînés » est d'offrir aux résidents les services d'aide à la vie domestique (ex. : entretien ménager) et à la vie quotidienne (ex. : aide aux repas, aide à l'hygiène, aide au déplacement, administration des médicaments). Il revient au responsable de l'organisme de coordonner le travail des différents intervenants œuvrant auprès de la clientèle. L'organisme offre également les services de loisirs environ une fois par jour, trois jours par semaine (ex. : repas communautaires, artisanat, pétanque). Chaque matin, une rencontre d'équipe réunissant les intervenants de jour et le responsable de l'organisme est organisée pour faire le point sur les événements de la veille et pour discuter de cas considérés plus difficiles (ex. : résident avec problèmes de santé complexes ou ayant une attitude jugée déplaisante).

Récit : Vivre chez soi en perte d'autonomie importante : des services de longue durée offerts en HLM

Quelles sont les ressources utilisées pour mettre en œuvre cette initiative?

Les ressources humaines

Pour offrir ses services, l'organisme « Aide et support aux aînés » dispose d'un responsable qui travaille cinq demi-journées par semaine. Un gestionnaire de cas est présent quatre jours par semaine et une infirmière bachelière travaille un jour/semaine. Durant le jour, l'équipe d'intervenants compte de plus une infirmière-auxiliaire et trois préposés. Le soir, l'équipe est formée de deux préposés aux bénéficiaires alors que la nuit, elle compte un préposé aux bénéficiaires.

Les ressources financières

La principale source de revenus de l'organisme provient de la subvention récurrente du ministère de la Santé et des Services sociaux (676 000 \$). Il en coûte à chaque résident bénéficiant des services du volet intensif environ 650 \$/mois, incluant les frais de logement.

Quelles sont les retombées associées à la mise en place de l'initiative?

Retombées	Avant	Après
Sur la population	• Une douzaine de résidents devaient chaque année être transférés en centre d'hébergement ou en résidence privée à des coûts élevés. • Une douzaine de résidents étaient retrouvés chaque année malades, blessés ou décédés dans leur logement. • Les proches étaient souvent réticents à visiter leurs parents en centre d'hébergement; ce qui ne favorise pas le maintien des liens familiaux. • Peu de marge de manœuvre pour individualiser les services en milieu institutionnel. • Les services d'hébergement en milieu institutionnel sont standardisés. Les services offerts en résidence privée sont trop onéreux pour les aînés avec faible revenu.	• Deux à trois résidents/année sont transférés en centre d'hébergement ou en résidence privée depuis <i>Aide et Support aux Aînés</i>. • Environ sept, huit personnes depuis cinq ans ont pu terminer leurs jours au HLM grâce aux soins offerts par les intervenants d'<i>Aide et support aux aînés</i>. • Les proches plus enclins à venir visiter ce qui permet aux aînés de préserver leur vie sociale et familiale. • Offre aux personnes âgées un filet de sécurité grâce à l'équipe d'intervenants d'<i>Aide et support aux aînés</i>. • Permet aux personnes d'exercer plus longuement leur autonomie et leur liberté de choisir. • Offre aux aînés en lourde perte d'autonomie un « chez eux » sécuritaire et « normalisant ». • Plusieurs personnes hébergées initialement en centre d'hébergement ont vu leur état de santé s'améliorer une fois transférées au HLM. • Offre aux aînés avec faible revenu des soins de longue durée peu coûteux.

Récit : Vivre chez soi en perte d'autonomie importante : des services de longue durée offerts en HLM

Quelles sont les retombées associées à la mise en place de l'initiative? (suite)

Retombées	Avant	Après
Sur l'organisation des services	Les services d'hébergement de soins de longue durée coûtent cher à l'État.	- La formule d'hébergement offerte dans le cadre de l'initiative est moins coûteuse pour l'État que l'hébergement institutionnel. - La présence du gestionnaire de cas sur place favorise une meilleure coordination des services avec le CSSS.
Sur les pratiques ou le travail des intervenants		Certains intervenants assument des tâches traditionnellement réservées à des titres d'emplois plus scolarisés².

L'avis des partenaires et de la population en regard de cette initiative

Les résidents de l'OMH

Les résidents que nous avons interrogés bénéficient des services du volet intensif. Ils aiment beaucoup le fait d'être chez eux en plus de trouver leur logement bien équipé et confortable. Certains d'entre eux étaient en centre d'hébergement avant d'être admis au HLM. Ils apprécient leur autonomie et la possibilité qu'ils ont de faire des choix dans leur quotidien (ex. : on choisit nos vêtements, l'heure à laquelle on se lève). Plusieurs des résidents trouvent sécurisant de savoir que des intervenants peuvent répondre à leurs besoins à tout moment et ce, à l'intérieur de courts délais. « On sent la sécurité, tu sais qu'il y a quelqu'un ». Bref, les résidents semblent généralement très satisfaits des services reçus. Comme le rapporte un des bénéficiaires, « on ne peut demander mieux! » Un intervenant a rapporté l'expérience d'une personne (aussi interviewée) ayant vécu en centre d'hébergement avant d'être transférée à l'OMH.

Son enfant ne se sentait pas capable de rentrer au CHSLD. Ils se rencontraient au restaurant, au stationnement, là maintenant elle peut recevoir son fils à souper, c'est tellement précieux et normalisant cette relation-là! »(...) Cette personne disait aussi qu'en faisant sa vaisselle, elle riait juste de sentir le savon, car elle ne se rappelait même plus comment ça sentait.

Les intervenants d'« Aide et support aux aînés »

La totalité des intervenants interviewés semblent très satisfaits de travailler au sein de cet organisme. « On a du plaisir à enrichir nos connaissances les uns des autres. » (intervenant « Aide et support aux aînés ») Plusieurs d'entre eux travaillaient auparavant au centre d'hébergement et ont démissionné afin de venir travailler pour « Aide et support aux aînés », malgré une diminution de salaire. L'ensemble des intervenants interviewés s'entendent aussi sur le fait qu'« Aide et support aux aînés » apporte beaucoup aux personnes âgées.

On a quatre ou cinq personnes depuis le début qui ont quitté le CHSLD pour venir demeurer à domicile. Donc, ce sont des gens qui étaient totalement pris en charge et là, ils viennent habiter dans un environnement plus normalisant. (...) Ce sont des gens qui sont tellement reconnaissants, car ils savent tellement à quoi ils ont échappé. Ils retrouvent une autonomie qu'ils n'avaient plus. Ne serait-ce que de commander ce qu'ils veulent manger (...) de pouvoir se coucher et se lever quand ils veulent. En CHSLD, c'est souvent vivre en commune. Les repas toujours avec les gens. On parle ici d'un logement qui est beaucoup plus grand qu'une chambre. Ici tu es chez vous quand même.

Par contre, malgré le fait que les résidents bénéficiant des services intensifs soient aussi invités aux activités de loisirs, ils n'y participent généralement pas beaucoup et demeureraient quelque peu isolés. Aussi, plusieurs intervenants sont d'avis que les services offerts dans cette initiative ne conviennent pas nécessairement à toutes les personnes. Certains aînés préfèrent être pris en charge et peuvent trouver anxiogène le fait de se retrouver en appartement. Du point de vue du gestionnaire de cas interviewé :

² Par exemple, les préposés aux bénéficiaires sont formés pour donner de l'insuline, appliquer des crèmes et pour faire des pansements alors que ces interventions sont habituellement réservées aux infirmières-auxiliaires.

Récit : Vivre chez soi en perte d'autonomie importante : des services de longue durée offerts en HLM

C'est un village ici, autant ça a des avantages, autant ça peut avoir des inconvénients, tout se sait, mais en même temps ça peut être une force. J'ai déjà vu des gens venir à la réception pour dire « je suis inquiète pour madame une telle (qui ne recevait pas de services intensifs). On est montés et la madame avait fait un ACV. C'est un filet de sécurité.

Le gestionnaire de cas apprécie également sa présence à plein temps au sein des HLM :

J'ai beaucoup accroché au volet communautaire, l'intervention de corridor. Des fois, je sais qu'une personne est hospitalisée avant même d'avoir la référence de l'hôpital, parce que les gens (résidents) sont venus me le dire, parce que je connais la personne de façon informelle, alors quand j'arrive à l'hôpital, j'ai déjà une connaissance de la situation contrairement à une autre intervenante de Victoriaville qui ne connaît pas la personne ni son environnement.

Un des aspects qu'ils souhaiteraient rehausser est la présence de médecins au sein des HLM tout en demeurant conscients de la pénurie de médecins dans la région.

Le responsable d'Aide et support aux aînés

Du point de vue du responsable de l'initiative, l'état de santé de certaines personnes s'est significativement amélioré depuis qu'ils bénéficient des services intensifs.

Une des difficultés que l'on vit c'est qu'on admet des personnes très hypothéquées et quelques mois plus tard, elles ont regagné beaucoup d'autonomie, au point tel que ces personnes ne répondent plus aux critères d'admissibilité (services intensifs); nous devons cependant continuer à les desservir en leur assurant une stabilité de milieu.

Depuis le début du projet, il mentionne que l'organisme a permis à un bon nombre de personnes de vivre au HLM jusqu'à leur décès (sept, huit personnes depuis cinq ans). Au plan financier, les services d'« Aide et support aux aînés » permettraient une économie significative des coûts associés aux soins de longue durée. Les services de l'organisme coûteraient en moyenne à l'État 17 000 \$/personne annuellement comparativement à environ 56 000 \$ en milieu d'hébergement institutionnel.

Le responsable de l'OMH

Selon le responsable de l'OMH, la présence d'Aide et support aux aînés au sein de l'OMH est très aidante autant pour les locataires que pour la gestion du HLM.

Ça vient simplifier la vie parce qu'ils sont très aidants. Nous ce que nous avons à cœur, c'est que nos locataires soient heureux, chez eux. Quand ils ont des problèmes de santé, ça se répercute sur nous quand ils deviennent moins bons pour faire l'entretien, notre logement se dégrade(...) c'est pas intéressant non plus pour les gens qui habitent autour quand ça sent mauvais ou quand quelqu'un à côté a de la peine (...) À partir du moment où ils sont pris en charge par Aide et support aux aînés, ils continuent d'habiter dans un logement salubre et ils voient du monde heureux qui reçoivent de l'aide et qui fleurissent dans leur logement (...) Ça rassure aussi de voir ces travailleuses qui se promènent, elles donnent des soins aux deux premiers étages, mais elles se promènent avec leur sourire dans la bâtisse.

Le fait que les locataires demeurent plus longtemps occasionne cependant des délais d'attente pour l'admission à l'OMH. Selon le responsable de l'OMH, les bénéfices associés à la stabilité des locataires sont plus importants que les inconvénients.

On représente un maillon de la chaîne du réseau social. Garder nos locataires plus heureux et plus longtemps répond certainement à un de nos mandats. Même si la liste d'attente en souffre un peu, on aura fait économiser nos partenaires sociaux en hébergeant, à moindre coût, des locataires en HLM. Avec ces économies, le réseau pourra desservir d'autres personnes et les rendre heureuses à leur tour.

Récit : Vivre chez soi en perte d'autonomie importante : des services de longue durée offerts en HLM

Le Gestionnaire du CSSS

« En coûtant moins cher, on va peut-être pouvoir plus faire face à la pression des besoins qui s'en viennent. » Il ajoute : « On va redonner une vie à ces personnes : une vie sociale, une vie familiale, on va augmenter leur estime d'eux-mêmes. On va améliorer leur réseau. Les centres d'hébergement sont perçus par la population comme étant des milieux isolés, qui font peur, mais voir son proche dans un logement, c'est moins pire. » (gestionnaire du CSSS)

Quelles leçons pouvons-nous tirer de la mise en place de cette initiative?

D'emblée, l'OMH et le CSSS s'étaient entendus sur le fait que le projet ne devait appartenir ni à l'un ni à l'autre.

Nous avons convenu qu'un C. A. tripartite serait créé. Il est composé de représentants de l'OMH, du CSSS, de résidents et de quelques membres de la communauté, comme la caisse populaire. Le financement principal d'Aide et support aux aînés provient du CSSS. La subvention octroyée par le MSSS a été confiée au CSSS. Nous avons décidé avec l'OMH que la meilleure formule administrative serait de créer un OSBL. Le C. A. gère cet OSBL. (Gestionnaire du CSSS)

Pour mettre sur pied un projet de cette nature, il fallait une bonne dose d'entrepreneuriat. Comme le rapporte le gestionnaire du CSSS interviewé : « Il a fallu faire preuve de beaucoup d'entrepreneuriat pour s'aventurer dans un projet si loin des sentiers battus. Il fallait penser différemment, vouloir bâtir une nouvelle entreprise. »

Au début de la mise en œuvre du projet, il y a eu certaines tensions entre l'OMH et le CSSS pour départager la responsabilité de chaque organisation à l'égard du locataire.

La personne est un résident, mais en même temps, elle est un usager d'« Aide et support aux aînés ». Il s'agit alors de voir à qui appartient l'usager. Par exemple, pour le seuil plat à la porte du logement, est-ce que c'est parce qu'il est à « Aide et support aux aînés » qu'il en a besoin ou c'est parce qu'il est le résident de l'OMH? Dans quel budget ça doit être imputé? (Intervenant Aide et support aux aînés).

Une citation du gestionnaire du CSSS interviewé va dans le même sens.

Il faut constamment se rappeler que nous nous occupons ensemble des gens qui nous sont confiés. Le CSSS doit garantir l'accès aux services et l'OMH doit garantir l'accès aux appartements adaptés. Chaque fois qu'un nouveau membre au conseil d'administration se joint ou qu'un nouvel employé arrive, on doit leur rappeler que nous devons changer nos vieilles mentalités. Il a fallu faire plusieurs ajustements au début du projet. Des compromis ont été nécessaires quant aux missions respectives de chacun. Il a fallu naviguer dans des zones grises et devenir tour à tour plus souples.

Pour le responsable de l'OMH, il est crucial que la responsabilité de l'organisme « Aide et support aux aînés » et de l'OMH face au client soit conjointe.

La grande collaboration, il faut marcher main dans la main. Si l'organisme qui veut s'implanter et la direction de l'OMH travaillent pas ensemble, y a rien à faire, ça va pas marcher. Ce n'est pas ton client ou mon client, c'est notre client. Il a fait une demande pour habiter dans un HLM. C'est le locataire de l'OMH. On est content que tu lui donnes des services, mais ne les prends pas en charge totalement sans nous mettre dans le coup. On discute de chaque cas avec l'équipe d'« Aide et support aux aînés » lorsque la situation des locataires change (...) Ensemble on a décidé qu'on voulait garder ces personnes-là, des clients qui peuvent devenir plus difficiles, qui vont peut-être faire plus de dégâts, mais c'est ensemble qu'on va régler ça. On va travailler avec le gestionnaire de cas pour faire comprendre à la famille la situation de la personne. C'est pas agréable pour le locataire de se sentir tiraillé entre l'OMH et « Aide et support aux aînés », alors la communion, c'est essentiel (Responsable de l'OMH).

Récit : Vivre chez soi en perte d'autonomie importante : des services de longue durée offerts en HLM

Le partage des mandats a également représenté un enjeu au niveau des ministères concernés. La Société d'habitation du Québec (SHQ) et le ministère des Affaires municipales avaient l'impression que le ministère de la Santé et des Services sociaux n'assumait pas pleinement son mandat : « Ils disaient : Amenez-nous pas vos clients. Mêlez-pas notre mission d'OMH avec votre mission santé! (...) Il y a eu des gros débats en haut à propos de ça. » (gestionnaire du CSSS)

Au niveau des communications entre les organisations collaborant à ce projet, on retient l'importance de s'entendre sur un langage commun afin que l'on puisse mutuellement se comprendre, notamment au niveau des critères d'admission respectifs.

À l'OMH, quand on parle de personnes âgées, on parle de retraités. Si la personne âgée est en perte d'autonomie, l'OMH va parler d'une personne handicapée. Pour le CSSS, une personne handicapée est une personne qui a une déficience physique de moins de 65 ans. Donc, on était tous mêlés. On a dû clarifier les définitions des termes personnes handicapées, en perte d'autonomie liée au vieillissement et personnes retraitées. (Responsable d'« Aide et support aux aînés »)

Initialement, un des plus gros obstacles rencontrés dans le développement du projet a été la négociation avec les syndicats du CSSS.

Au début, ça a été difficile avec les syndicats, on craignait que les employés qui allaient y travailler perdent une partie de leurs conditions de travail. Il ne voulait pas qu'on aille dans le sens du partenariat-public privé. C'était impossible à leurs yeux que des personnes du CHSLD puissent être transférées en appartement et qu'ils puissent bien vivre encore avec un support adéquat, mais ils ont manqué leur coup, car ça marche bien. (gestionnaire du CSSS)

Une autre leçon à tirer de l'implantation de ce projet est l'importance de la présence du gestionnaire de cas à temps plein à l'OMH.

Cette présence au quotidien permet constamment d'être à l'écoute du milieu, de sentir l'humeur des résidents, d'être à l'affût de tout changement dans la dynamique. Aussi, cette connaissance au quotidien du milieu facilite la compréhension de la situation d'un usager parce qu'on connaît d'emblée le contexte psychosocial dans lequel il évolue. (Intervenant « Aide et support aux aînés »)

Pour les intervenants, un des éléments essentiels à prendre en compte pour mettre en place un projet comme « Aide et support aux aînés » est de bien déterminer la philosophie, les valeurs qu'on veut donner et de choisir le personnel qui répond à ces valeurs. Le principal défi pour eux réside dans leur difficulté de savoir à quel moment on doit faire les choses à la place de la personne dans une perspective d'intervention centrée sur l'autonomie.

Le gestionnaire du CSSS interviewé rapporte les conclusions de chercheurs de CSSS-IUGS qui se sont penchés sur ce projet.

Ce n'est pas la formule ni les coûts ni le lieu. C'est principalement la mobilisation de la communauté. Si la communauté (ex. : OMH, le CSSS, la caisse pop., la ville) n'y croit pas et n'investit pas, ça ne marchera pas. Tout est faisable si la communauté s'implique. Tout est faisable si les dirigeants sont souples, réussissent à s'entendre et sont centrés sur la réussite du projet. On partage 10, 15, 20 % d'un territoire commun. Il faut accepter que l'autre vienne jouer dans notre territoire et qu'on aille jouer dans le territoire de l'autre. Ça prend des gens dédiés.

Il ajoute qu'il faut être prêt à questionner nos acquis et à se bousculer :

Il faut être prêt à affronter l'adversité. Il faut écouter le milieu, les résidents, je dirais croire pour eux. Il faut voir autrement l'aîné. Il faut être à l'écoute de la population, mais les gens sont parfois attachés à des moyens qu'il faut changer. (...) Il faut aussi être capable de se remettre en question et se dire, je me suis trompé, je recommence, je vais ajuster mon projet, réfléchir sur c'est quoi le plus grand bien-être (de la population), consulter et l'inventer! (Gestionnaire du CSSS)

Récit : **Vivre chez soi en perte d'autonomie importante : des services de longue durée offerts en HLM**

Enfin, un des éléments qui a été facilitant pour la mise en œuvre est la disponibilité récurrente des ressources financières nécessaires pour assurer le fonctionnement de l'initiative.

Les suites de l'initiative

Le projet connaîtra en 2011 une deuxième phase de développement avec la construction de 38 logements additionnels. La nouvelle bâtisse sera annexée à l'édifice où est dispensé le volet intensif actuel afin de faciliter le travail des intervenants. Sur ces 38 logements, 19 seront réservés à la clientèle du volet intensif. 19 appartements seront subventionnés, c'est-à-dire qu'ils seront réservés à la clientèle se qualifiant pour les HLM. Les 19 autres seront accessibles à toutes les personnes dont les revenus sont trop élevés pour être admises en HLM, mais insuffisants pour recourir aux services dans le privé. Cette seconde phase est développée en collaboration avec l'OMH de Victoriaville-Warwick, le CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable et l'Organisme « Aide et support aux aînés ». La Ville de Victoriaville soutient également le projet de construction.

À plus long terme, on souhaiterait éventuellement offrir des services similaires à ceux offerts par « Aide et support aux aînés » au sein de résidences privées afin que les gens puissent y demeurer le plus longtemps possible.

Quelles ont été les sources utilisées pour documenter cette initiative?

Rappel : l'OQRLS documente les initiatives à partir de différents points de vue par le biais d'entrevues. L'expérience et la perception des acteurs locaux est au cœur des travaux de l'Observatoire québécois des réseaux locaux de services. Ce récit a été rédigé à partir des sources suivantes.

- Entrevue auprès du responsable d'« Aide et support aux aînés »;
- Entrevue auprès de cinq intervenants d'« Aide et support aux aînés » (gestionnaire de cas, infirmière du CSSS, une infirmière-auxiliaire, chef d'équipe des préposés, une préposée);
- Entrevue auprès du directeur du programme personnes âgées en perte d'autonomie du CSSS Arthabaska-et-de-l'Érable;
- Entrevue auprès de la directrice de l'OMH;
- Focus-group auprès de six résidents de l'OMH (volet intensif).

Vous avez des commentaires sur ce texte?
julie.gervais.bcstl@ssss.gouv.qc.ca

Citation suggérée

Gervais, J., Archambault, J., Battaglini, A. et Royer, A.-M. (2010). *Vivre chez soi en perte d'autonomie importante : des services de longue durée offerts en HLM*. Récit, Observatoire québécois des réseaux locaux de services, 20 octobre 2010, 10 pages.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2010

Bibliothèque et Archives du Canada, 2010

ISSN : 1923-5895 (version imprimée)

ISSN : 1923-5909 (version PDF)

La reproduction des textes est autorisée et même encouragée, pourvu que la source soit mentionnée.

© Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, Observatoire québécois des réseaux locaux de services, 2010

Pour plus d'information sur l'initiative...

Personne-ressource de l'OQRLS : Julie Gervais, courtière de connaissances au 514 331-2288, poste 4044

La santé et l'éducation forment les parents à mieux prendre soin de leurs enfants

Par Nadine Bolduc, Julie Gervais, Johanne Archambault, Anne-Marie Royer et Alex Battaglini

Nom donné par les acteurs terrain :	Je prends ma santé en main et celle des miens!
Région sociosanitaire :	Chaudière-Appalaches
Nom du territoire de RLS :	RLS de Montmagny-L'Islet
Date de début des travaux :	Janvier 2008
Date de début des services offerts à la population :	Septembre 2008
Population ciblée	Parents et adultes prenant soin de jeunes enfants de 0 à 5 ans sur le territoire de Montmagny-L'Islet
Partenaires du RLS actuellement impliqués dans l'initiative	Cégep de La Pocatière, CSSS de Montmagny-L'Islet, Ambulance Saint-Jean

Quel est le but de l'initiative?

L'initiative vise à réduire le nombre de consultations médicales et le recours à l'urgence hospitalière pour des problèmes de santé mineurs chez les enfants de 0 à 5 ans. Elle vise également à outiller le parent dans son rôle de premier répondant.

Quel est le problème sur le territoire ayant donné naissance à l'initiative?

La MRC de l'Islet compte une forte proportion de jeunes parents. Peu de cliniques médicales existant sur ce territoire, les parents rencontrent des difficultés d'accès aux services médicaux de première ligne. En conséquence, l'urgence de l'hôpital de Montmagny est fréquemment consultée pour des problèmes mineurs de santé chez les enfants. Ces constats, ainsi que les témoignages de plusieurs médecins du territoire, ont confirmé le besoin d'améliorer les connaissances en autosoins chez les parents.

Ainsi, dès janvier 2008, le CSSS de Montmagny-L'Islet en collaboration avec le Cégep de La Pocatière ont mis sur pied le projet-pilote « Je prends en main ma santé et celle des miens! »

Qu'offre-t-on de plus à la population?

1. Une formation destinée aux parents et aux adultes prenant soin de jeunes enfants

Il s'agit d'une formation totalisant 14 heures qui s'est déroulée pour une première fois à l'automne 2008. Elle comptait alors deux cohortes de 15 personnes, soit une à Saint-Pamphile et une à Saint-Fabien-de-Panet.

Cette formation enseigne aux parents :

- les techniques de premiers soins ou de réanimation lors de cas d'urgence (ex. : blessures, brûlures, asphyxie, traumatismes, etc.);
- des connaissances de base sur les saines habitudes de vie et des mesures de sécurité dans la vie quotidienne;
- les premiers symptômes des maladies infantiles.

Elle permet également de préparer le parent à une éventuelle consultation médicale de manière à rapporter fidèlement l'évolution des symptômes selon un calendrier et des heures précises. L'initiative inclut enfin une garderie pour prendre soin des enfants durant la formation.

2. Un guide pour les parents

Un cahier de formation (comprenant des textes, des images, des procédures) est remis aux participants. Tout en favorisant la rétention des

apprentissages, il sert de document de référence lorsque les parents doivent poser des gestes spécifiques pour répondre à des problématiques mineures de santé.

Qui sont les partenaires et quels sont leurs rôles?

Partenaires	Rôles
CSSS de Montmagny-L'Islet	Ressources humaines impliquées : directrice des soins infirmiers et de la santé publique, directrice des services hospitaliers et du secrétariat (un investissement au total d'environ 40 h pour les trois. Ces personnes sont mises à contribution pour : • faire la promotion de la formation et recruter la clientèle; • planifier et organiser la tenue de la formation (convocations, réception des inscriptions, réservation des salles, etc.); • participer au comité d'élaboration et de révision de la formation.
Cégep de La Pocatière (point de service à Montmagny)	Ressource humaine impliquée : infirmière (un total d'environ 55 h de préparation, plus 30 h de formation et 10 h pour l'évaluation. Son rôle : • effectuer les recherches nécessaires pour préparer le contenu de la formation; • mettre sur pied le guide destiné aux parents; • offrir la formation (6 heures pour chaque cohorte); • participer au comité de révision de la formation; • participer au financement de l'initiative en fournissant des ressources humaines.
Ambulance Saint-Jean	Fournir le matériel de réanimation cardiorespiratoire utilisé lors de la formation.

Quelles sont les principales retombées?

Un échange avec les participants a révélé que la formation a permis aux parents de se sentir plus autonomes dans la gestion des problèmes de santé mineurs de leurs enfants. Ils seraient, de ce fait, moins portés à utiliser l'urgence hospitalière.

Bref, l'initiative semble avoir suscité un grand intérêt chez les parents. Ne pouvant répondre à l'ensemble des demandes de formation, les responsables ont dû constituer une liste de participants pour les groupes à venir.

Une évaluation avant, immédiatement après la formation, trois mois et six mois plus tard révèle qu'une bonne part des participants observent les symptômes et les décodent plus vite depuis qu'ils ont suivi la formation. Ils sont ainsi moins portés à utiliser l'urgence hospitalière. De plus, cette formation a permis d'augmenter le sentiment de confiance en situation d'urgence chez une majorité de participants.

Quelles sont les suites?

L'organisation examine la possibilité de reconduire le projet à l'automne 2010. Pour ce faire, les partenaires travaillent actuellement à trouver des avenues de financement.

L'une des avenues envisagées pour les prochaines cohortes est d'impliquer les centres de la petite enfance dans la formation.

Vous avez des commentaires sur ce texte?
julie.gervais.bcstl@ssss.gouv.qc.ca

Citation suggérée

Bolduc, N., Gervais, J., Archambault, J., Royer, A.-M. et Battaglini, A. (2010). *La santé et l'éducation forment les parents à mieux prendre soin de leurs enfants*. Coup d'œil, Observatoire québécois des réseaux locaux de services, 3 juin 2010, 3 pages.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2010

Bibliothèque et Archives du Canada, 2010

ISSN : 1923-5895 (version imprimée)

ISSN : 1923-5909 (version PDF)

La reproduction des textes est autorisée et même encouragée, pourvu que la source soit mentionnée.

© Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke,
Observatoire québécois des réseaux locaux de services, 2010

Pour plus d'information sur l'initiative...

Personne-ressource de l'OQRLS : Julie Gervais, courtière de connaissances au 514 331-2288, poste 4044

Un travailleur communautaire en habitation à loyer modique (HLM) pour soutenir les personnes vulnérables

Par Julie Gervais, Johanne Archambault, Anne-Marie Royer et Alex Battaglini

Nom donné par les acteurs terrain :	Dépistage et soutien des personnes vulnérables résidant en HLM
Région sociosanitaire :	Mauricie et Centre-du-Québec
Nom du territoire de RLS :	RLS Bécancour–Nicolet-Yamaska
Date de début des travaux :	Automne 2007
Date de début des services offerts à la population :	Juin 2008
Population ciblée Personnes vulnérables résidant en HLM	
Partenaires du RLS actuellement impliqués dans l'initiative Le CSSS de Bécancour–Nicolet-Yamaska, les 19 offices municipaux d'habitation et le Centre local de développement des MRC de Nicolet-Yamaska et de Bécancour.	

Quel est le but de l'initiative?

L'objectif est de rapprocher les services de la population vivant en HLM par la présence d'un travailleur communautaire sur les lieux. L'un des buts de cette initiative est de maintenir les personnes âgées, vivant en habitation à loyer modique, le plus longtemps possible dans leur milieu de vie et de briser leur isolement. Les jeunes familles ainsi que les personnes présentant un trouble de santé mentale font également partie de la clientèle visée par les interventions du travailleur communautaire.

Quel est le problème sur le territoire ayant donné naissance à l'initiative?

Le projet clinique du CSSS de Bécancour-Nicolet-Yamaska a fait ressortir la nécessité de mieux répondre aux besoins des résidents des HLM. Cette population est considérée vulnérable, mais elle consulte habituellement peu les services de

santé ou les services sociaux. De plus, 64 % des résidents des 19 HLM du territoire sont des personnes âgées dont plusieurs sont en perte d'autonomie. Les gestionnaires des HLM se sentaient souvent démunis face à certains locataires en situation de perte d'autonomie dont les logements n'étaient pas adaptés à leur état. En outre, certains résidents, présentant des problèmes de santé mentale, n'étaient pas suivis par un médecin ou par des intervenants du CSSS. Pour diverses raisons (ex. : prise de médicaments inadéquate, déficit de sommeil), ces personnes pouvaient adopter des comportements (cris, violence verbale et/ou physique, etc.) qui dérangeaient la quiétude des autres résidents des HLM. Il fallait donc trouver une approche d'intervention proactive afin de prévenir la détérioration de l'état de santé des résidents et l'apparition de problèmes sociaux graves chez la population résidant en HLM. Un portrait des résidents des 19 HLM a donc été réalisé pour mieux comprendre leurs préoccupations et leurs problématiques de santé.

Coup d'œil : Un travailleur communautaire en habitation à loyer modique (HLM) pour soutenir les personnes vulnérables

Qu'offre-t-on de plus à la population?

Cette initiative offre à la population des HLM les services d'un intervenant communautaire présent environ une demi-journée par semaine sur chaque site. Il offre aux résidents des rencontres individuelles permettant d'identifier leurs besoins en termes de services de santé et de services sociaux. Lorsqu'il dépiste un problème chez une personne (ex. : perte d'autonomie liée au vieillissement, personne présentant des symptômes de troubles de santé mentale), il l'oriente vers les ressources appropriées (ex. : intervenants du CSSS,

organismes communautaires). L'intervenant communautaire a aussi pour rôle de soutenir les résidents dans le développement de projets visant à améliorer leur santé et leur bien-être¹. Le dépistage réalisé par le travailleur communautaire est appuyé également par les observations de résidents sur l'état de santé des personnes habitant le HLM. Précisons que l'intervenant peut rencontrer les résidents plus d'une fois si nécessaire, mais il n'offre pas de suivi comme tel de l'état de santé des personnes. Ce sont les intervenants du CSSS impliqués dans le dossier qui assument ce rôle.

Qui sont les partenaires et quels sont leurs rôles?

Partenaires	Rôles
CSSS de Bécancour–Nicolet-Yamaska	• Offrir des services de santé et des services sociaux répondant aux besoins des résidents des HLM identifiés par le travailleur communautaire. • Assumer le salaire (3 jours/semaine), les coûts de formation, de supervision et d'encadrement du travailleur communautaire. <u>Travailleur communautaire</u> Assurer une surveillance constante dans les HLM afin de : • repérer les clientèles vulnérables au sein des HLM; • évaluer les besoins des résidents et les accompagner dans le développement de projets répondant à leurs besoins; • intervenir auprès des résidents dans une perspective court terme et de résolution de problèmes; • assurer la liaison entre les offices municipaux de logement et le guichet unique du CSSS.
Les offices municipaux d'habitation	• Assumer le salaire du travailleur communautaire (1 jour/semaine). • Soutenir la promotion des saines habitudes de vie et la prévention des chutes des personnes résidant en HLM. • Faciliter l'accès au personnel du CSSS aux HLM.
Centres locaux de développement des MRC de Nicolet-Yamaska et de Bécancour	• Contribuer au financement de l'initiative.

¹ Par exemple, les résidents ont développé un projet d'entraide visant à identifier les besoins des résidents en perte d'autonomie et à les paier à un résident se portant volontaire pour combler leurs besoins (ex. : accompagnement pour faire des courses, assister la personne dans sa prise de médicaments).

Coup d'œil : **Un travailleur communautaire en habitation à loyer modique (HLM) pour soutenir les personnes vulnérables**

Quelles sont les principales retombées?

- Cette initiative permet d'intervenir de manière plus précoce auprès de clientèles vulnérables grâce au lien de confiance qui s'établit entre le travailleur communautaire et les résidents.
- Un autre bénéfice associé à la présence du travailleur communautaire du point de vue des résidents et des gestionnaires de HLM est la perception d'une plus grande quiétude au sein de leur HLM.

- Le soutien du travailleur communautaire dans le développement de projets initiés par des résidents aurait permis d'accroître leur sentiment d'empowerment.

Quelles sont les suites?

On souhaite développer des stratégies pour atteindre davantage les jeunes familles.

Vous avez des commentaires sur ce texte?
julie.gervais.bcstl@ssss.gouv.qc.ca

Citation suggérée

Gervais, J., Archambault, J., Royer, A.-M. et Battaglini, A. (2010). *Un travailleur communautaire en habitation à loyer modique (HLM) pour soutenir les personnes vulnérables*. Coup d'œil, Observatoire québécois des réseaux locaux de services, 15 juin 2010, 3 pages.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2010

Bibliothèque et Archives du Canada, 2010

ISSN : 1923-5895 (version imprimée)

ISSN : 1923-5909 (version PDF)

La reproduction des textes est autorisée et même encouragée, pourvu que la source soit mentionnée.

© Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke,
Observatoire québécois des réseaux locaux de services, 2010

Pour plus d'information sur l'initiative...

Personne-ressource de l'OQRLS : Julie Gervais, courtière de connaissances au 514 331-2288, poste 4044

Une équipe d'intervenants en santé et services sociaux au cœur d'un quartier défavorisé

Par Nadine Bolduc, Johanne Archambault, Julie Gervais, Anne-Marie Royer et Alex Battaglini

Nom donné par les acteurs terrain :	Ensemble pour les enfants
Région sociosanitaire :	Mauricie et Centre-du-Québec
Nom du territoire de RLS :	RLS du Centre-de-la-Mauricie
Date de début des travaux :	2004
Date de début des services offerts à la population :	2005
Population rejointe :	Jeunes en difficulté et leur famille
Partenaires du RLS actuellement impliqués dans l'initiative : CSSS de l'Énergie, Centre Jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec	

Quel est le but de l'initiative?

L'initiative vise à mieux répondre aux besoins des familles vulnérables de l'un des quartiers les plus défavorisés de Shawinigan. Plus spécifiquement, elle vise à :

- rapprocher physiquement les services des jeunes en difficulté et de leurs familles;
- sensibiliser et mobiliser les communautés dans l'esprit d'une responsabilisation collective envers la sécurité et le développement des enfants;
- améliorer la continuité des services;
- diminuer les signalements et le recours aux placements en familles d'accueil ou en centres de réadaptation de jeunes en difficulté en intervenant plus tôt et avec l'intensité requise.

Quel est le problème sur le territoire ayant donné naissance à l'initiative?

Les plus hauts indices de défavorisation en Mauricie-Centre-du-Québec se situent dans les centres des principales villes de la région. Le quartier visé par cette initiative, qui compte 770 familles, est l'un de ceux les plus touchés par la défavorisation.

Il présente, à titre d'exemple un taux de monoparentalité supérieur à 30 % et un nombre très élevé de signalements en protection de la jeunesse (266 pour 1000 jeunes). Il se caractérise également par la pauvreté et par l'exclusion, et présente des taux supérieurs au niveau du suicide, de la violence, des mortalités prématurées, du chômage et des personnes faiblement scolarisées. Les conditions de vie difficiles dans lesquelles évoluent les enfants affectent, souvent gravement, leur développement et génèrent de la détresse, de la négligence parentale et des troubles de comportement.

Qu'offre-t-on de plus à la population?

L'initiative renvoie à la **création d'une équipe dédiée aux jeunes en difficulté d'un quartier**. Située en plein cœur du quartier, cette équipe réunit des intervenants du CSSS de l'Énergie et du Centre Jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec qui travaillent **ensemble** auprès des jeunes (0-18 ans) et de leurs familles. Cette équipe, nommée l'**Équipe de Quartier**, joue un rôle de support et de conseil auprès des familles et des organismes du quartier. Comme elle est située dans le quartier, elle participe à la vie de la communauté. L'infirmière de cette équipe assume également un suivi de santé (problèmes de santé divers, suivi de la médication, etc.) auprès des jeunes.

L'initiative implique également la mise en place d'une **Clinique de pédiatrie sociale**, issue d'une collaboration entre l'Équipe de quartier et le département de pédiatrie du CSSS de l'Énergie. Inspirée de l'approche du Dr Gilles Julien à Montréal, elle réunit, dans une même rencontre, l'intervenant de quartier, l'infirmière clinicienne, les parents, l'enfant, le pédiatre du service de pédiatrie du CSSSÉ, et au besoin, d'autres intervenants impliqués dans le suivi d'une famille (intervenants scolaires, intervenants du CJ, intervenants en déficience intellectuelle, etc.). La Clinique de pédiatrie sociale vise à joindre les enfants en difficulté dont l'accès à des soins médicaux de base est limité.

Qui sont les partenaires et quels sont leurs rôles?

Partenaires	Rôles
Le CSSS de l'Énergie et le Centre Jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec	Les deux établissements assument un rôle aux niveaux stratégique, clinique et financier. • Au niveau stratégique, ils sont impliqués au sein de deux instances : 1) le Comité stratégique, visant à assurer le suivi du projet conformément aux attentes du MSSS; 2) le Comité de gestion, visant à assurer le suivi du développement du projet et des résultats. • Au niveau clinique, ils mettent leurs ressources humaines à la disposition de l'Équipe de Quartier (7 ressources pour 6 ETC). • Au niveau financier, ils assument conjointement les frais inhérents à la mise en place et au maintien de l'Équipe de Quartier dans des locaux situés au sein de la communauté.
Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec	• L'Agence agit à titre de partenaire conseil au sein du Comité stratégique et du Comité de gestion. • Elle contribue à la définition de l'ensemble du projet, incluant le plan d'action et les liens opérationnels. • Elle assume la gestion de l'enveloppe budgétaire réservée au projet. • Elle assume enfin, conjointement avec la direction de l'évaluation du MSSS, la coordination de l'évaluation de l'initiative, commandée et financée par ce dernier.

Quelles sont les principales retombées?

La mise en place de l'initiative aurait permis d'observer entre 2005 et 2007, une diminution de 30 % du nombre de signalements à la protection de la jeunesse pour les jeunes âgés de 6 à 12 ans.

L'initiative a également amélioré :

- l'accessibilité des services : plus de 75,5 % des premiers contacts sont faits dans des délais inférieurs à une semaine; environ 50 % des premières interventions sont également faites à l'intérieur de la même semaine;
- la continuité des services : présence continue d'un même intervenant dans 96 % des situations traitées;
- la coordination des services, en formalisant des mécanismes de liaison entre l'Équipe de Quartier, la protection de la jeunesse, le CSSS de l'Énergie et avec les organismes du milieu;
- les services en réduisant le délai d'évaluation

et de traitement des signalements à la protection de la jeunesse.

Quelles sont les suites?

L'équipe de l'initiative *Ensemble pour les enfants* travaille actuellement à exporter le projet à Grand-Mère, qui compte le second quartier le plus défavorisé de la Mauricie et du Centre du Québec. Il s'agit également d'un milieu urbain qui ne compte toutefois pas autant de ressources communautaires. Le contexte d'implantation sera donc différent. Le travail de planification est en cours.

Vous avez des commentaires sur ce texte?
nadine.bolduc@csssvc.qc.ca

Citation suggérée

Bolduc, N., Archambault, J., Gervais, J., Royer, A.-M., et Battaglini, A. (2010). *Une équipe d'intervenants en santé et services sociaux au cœur d'un quartier défavorisé*. Coup d'oeil, Observatoire québécois des réseaux locaux de services, 12 octobre 2010, 3 pages.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2010

Bibliothèque et Archives du Canada, 2010

ISSN : 1923-5895 (Version imprimée)

ISSN : 1923-5909 (version PDF)

La reproduction des textes est autorisée et même encouragée, pourvu que la source soit mentionnée.

© Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke,
Observatoire québécois des réseaux locaux de services, 2010

Pour plus d'information sur l'initiative...

Personne-ressource de l'OQRLS : Nadine Bolduc, courtière de connaissances au 418 681-8787, poste 3833

Quand la communauté s'unit pour veiller sur la santé de ses aînés

Par Julie Gervais, Johanne Archambault, Anne-Marie Royer et Alex Battaglini

Nom donné par les acteurs terrain :	Projet REVA
Région sociosanitaire :	Laurentides
Nom du territoire de RLS :	RLS de Deux-Montagnes — Mirabel-Sud
Date de début des travaux :	Février 2009
Date de début des services offerts à la population :	Novembre 2009
Population ciblée Personnes âgées en légère perte d'autonomie	
Partenaires du RLS actuellement impliqués dans l'initiative CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes, entreprises privées du territoire (pharmacies, caisses Desjardins, épicerie), communauté religieuse, organismes communautaires, bureaux de députés, habitations à loyer modique	

Quel est le but de l'initiative?

L'initiative de Réseau d'éclaireurs et de veilleurs pour les aînés (REVA) vise à mobiliser la communauté afin de mieux dépister la perte d'autonomie chez les aînés et ainsi intervenir de manière plus précoce auprès de ceux-ci.

Quel est le problème sur le territoire ayant donné naissance à l'initiative?

La Direction du programme personnes en perte d'autonomie du CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes a constaté que les personnes âgées consultant les services de soutien à domicile du CSSS étaient souvent en situation de perte d'autonomie importante. Les problèmes de santé et sociaux qui en découlaient étaient passablement lourds et donc difficiles à traiter. Il fallait donc trouver une façon d'identifier les signes de perte d'autonomie des aînés du territoire afin d'agir de manière plus précoce. C'est dans cette perspective que des organisations du territoire régulièrement fréquentées par les personnes âgées ont été mobilisées par le CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes afin de constituer un réseau d'éclaireurs. Des bénévoles de la communauté ont également été recrutés pour assumer un rôle de veilleur.

Qu'offre-t-on de plus à la population?

L'initiative REVA offre à une portion de la population des aînés du RLS de Deux-Montagnes — Mirabel-Sud des services de dépistage de perte d'autonomie offerts par un réseau d'éclaireurs. Les éclaireurs sont recrutés au sein du personnel de différentes entreprises ou organismes à but non lucratif du territoire qui sont régulièrement fréquentés par les personnes âgées (ex. : caisses Desjardins, épicerie, pastorale). Ils dépistent la perte d'autonomie des aînés à partir d'indicateurs facilement compréhensibles par des non professionnels de la santé. Par exemple, la personne se répète-t-elle souvent, cherche-t-elle à s'isoler, présente-t-elle un état négligé, éprouve-t-elle de la difficulté à se déplacer? Lorsqu'ils détectent des incapacités chez un aîné, les éclaireurs le réfèrent, avec son consentement, au CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes. Par la suite, l'aîné est jumelé à un veilleur bénévole issu de la communauté. Leur rôle consiste à visiter à raison d'une fois par semaine les personnes âgées inscrites au projet REVA dans le but de briser l'isolement et de détecter toute situation problématique. Lors de chaque visite, les veilleurs remplissent une fiche permettant d'apprécier la situation de l'aîné (ex. : sécurité du logement, disponibilité de la nourriture, perte de poids, présence de confusion). S'ils notent un problème, ils communiquent l'information à un intervenant du CSSS œuvrant en soutien à domicile.

L'Institut universitaire de gériatrie de Montréal (IUGM) est également associé au développement de cette initiative. Son rôle a consisté à élaborer des indicateurs précoces de perte d'autonomie vulgarisés. Cet institut a également élaboré la formation des éclaireurs, en grande partie basée

sur ces indicateurs (http://www.moncsss.com/soins-et-services/personnes-en-perte-dautonomie/formation-reva/accueil_formation1.html).

Qui sont les partenaires et quels sont leurs rôles?

Partenaires	Rôles
CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes	• Offrir la formation aux éclaireurs et aux veilleurs sur les symptômes de la perte d'autonomie liée au vieillissement; • Superviser le travail des bénévoles (veilleurs); • Offrir des services de soutien à domicile aux personnes identifiées, lorsqu'ils le requièrent.
Les entreprises partenaires	• Promouvoir le rôle des éclaireurs auprès de leur personnel (faire un rappel de façon périodique de l'existence du programme); • Libérer les employés pour participer à la formation sur les symptômes de la perte d'autonomie liée au vieillissement; • Permettre à leur personnel de jouer leur rôle d'éclaireurs à l'intérieur de leurs heures de travail (dépistage et communication des informations au CSSS).

Quelles sont les principales retombées?

En septembre 2010, 24 organisations partenaires, 220 éclaireurs ainsi que 12 veilleurs participaient au REVA. Cette vigie de la communauté permettrait, selon le responsable de l'initiative, d'intervenir de manière plus précoce auprès des aînés. Les visites fréquentes et régulières des veilleurs ont permis à la moitié des 12 personnes âgées jumelées d'être référées rapidement aux services de soutien à domicile du CSSS à la suite d'une légère détérioration de leur autonomie.

Quelles sont les suites?

Durant sa première année d'existence, le REVA a principalement mis l'accent sur deux secteurs de son territoire en guise d'expérimentation. Fort de cette expérience, le REVA étendra son réseau au cours de l'automne 2010 à d'autres secteurs afin de poursuivre le dépistage précoce de la perte d'autonomie liée au vieillissement.

Vous avez des commentaires sur ce texte?

julie.gervais.bcstl@ssss.gouv.qc.ca

Citation suggérée

Gervais, J., Archambault, J., Royer, A.-M. et Battaglini, A. (2010). *Quand la communauté s'unit pour veiller sur la santé des aînés*. Coup d'œil, Observatoire québécois des réseaux locaux de services, 29 octobre 2010, 2 pages.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2010

Bibliothèque et Archives du Canada, 2010

ISSN : 1923-5895 (version imprimée)

ISSN : 1923-5909 (version PDF)

La reproduction des textes est autorisée et même encouragée, pourvu que la source soit mentionnée.

© Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, Observatoire québécois des réseaux locaux de services, 2010

Pour plus d'information sur l'initiative...

Personne-ressource de l'OQRLS : Julie Gervais, courtière de connaissances au 514 331-2288, poste 4044

Obtenir un rendez-vous avec un médecin le jour même? C'est possible grâce à la mise en réseau de cliniques médicales

Par Julie Gervais, Johanne Archambault, Anne-Marie Royer et Alex Battaglini

Nom donné par les acteurs terrain :	Réseau d'accessibilité médicale Drummond
Région sociosanitaire :	Mauricie et Centre-du-Québec
Nom du territoire de RLS :	RLS de Drummond
Date de début des travaux :	Novembre 2007
Date de début des services offerts à la population :	Novembre 2009
Population ciblée Population de Drummondville et des environs	
Partenaires du RLS actuellement impliqués dans l'initiative CSSS Drummond, une clinique médicale (mini-urgence) et quatre GMF du territoire	

Quel est le but de l'initiative?

L'initiative vise à réduire le recours de la population à l'urgence de l'hôpital pour des problèmes de santé mineurs.

Quel est le problème sur le territoire ayant donné naissance à l'initiative?

Le tiers de la population de Drummondville n'a pas de médecin de famille. On compte, par ailleurs, très peu de cliniques médicales sans rendez-vous dans cette municipalité. Avant le développement du réseau médical, les cinq GMF du territoire offraient des consultations sans rendez-vous, mais uniquement à leurs patients inscrits. En conséquence, les gens sans médecin de famille, souhaitant une consultation médicale le jour même pour traiter des problèmes de santé mineurs, devaient se présenter à l'urgence de l'hôpital. Cela avait pour effet de causer un engorgement important. Pour répondre à ces problèmes d'accès, un médecin d'un GMF du territoire a, de concert avec le directeur des services professionnels du CSSS Drummond, développé le réseau d'accessibilité médicale Drummond.

Qu'offre-t-on de plus à la population?

Le réseau Drummond offre à la population de la MRC de Drummond la possibilité d'obtenir un rendez-vous avec un médecin le jour même. Ce service est offert grâce à la collaboration de médecins de quatre GMF du territoire qui, à tour de rôle, ont accepté de consacrer une à deux journées par semaine à la clientèle du réseau. Une clinique d'urgentologues participe également aux activités du réseau. Les médecins pratiquant à cette clinique travaillent également à l'urgence de l'hôpital du CSSS Drummond. Ainsi, l'action collective de ces cinq cliniques permet d'offrir à la population des consultations médicales, sept jours par semaine (jour et soir) et ce, 365 jours par année. Le tableau ci-dessous rend compte des heures de fonctionnement du réseau.

	Semaine	Fin de semaine
Horaires de fonctionnement du réseau d'accessibilité médicale	8 h à 20 h 30	8 h à 16 h

1 Les médecins qui pratiquent dans cette clinique sont, soit des urgentologues spécialistes ou des omnipraticiens ayant reçu une formation sur les soins aigus

Coup d'œil : Obtenir un rendez-vous avec un médecin le jour même? C'est possible grâce à la mise en réseau de cliniques médicales

Les personnes souhaitant recourir aux services du réseau d'accessibilité Drummond consultent l'horaire (http://www.csssdrummond.qc.ca/Televersements/Documents/Reseau_accessibilite_medicale/horaire_RAMD.pdf) du réseau disponible sur internet afin de savoir quel GMF offre des consultations médicales selon le jour de la semaine. La personne a le choix de contacter soit un GMF, soit la clinique des urgentologues².

À son admission au GMF ou à la clinique des urgentologues, la personne est vue par une infirmière qui fait un examen préalable à la consultation du médecin. Dans le cas où la

personne doit passer des examens (ex. : radiographie, analyse sanguine), l'infirmière du GMF contacte la personne pour s'assurer que les examens ont été réalisés. Lorsque le délai pour réaliser les examens dépasse 72 heures ou lorsque des cas plus complexes nécessitent plusieurs examens, c'est l'infirmière de liaison attirée spécialement au réseau Drummond qui va assurer le suivi. Son rôle consiste essentiellement à faire le lien avec les ressources impliquées (ex. : médecins spécialistes, hôpital, CLSC) dans le dossier afin d'éviter que la personne ne tombe « entre deux chaises ».

Qui sont les partenaires et quels sont leurs rôles?

Partenaires	Rôles
CSSS de Drummond	• Offrir les services d'une infirmière de liaison et de trois infirmières qui assurent le suivi des personnes ayant consulté les services du réseau d'accessibilité médicale. • Fournir le tiers (150 000 \$) du financement de l'initiative³
GMF et la clinique d'urgentologues	• Offrir des services médicaux une à deux journées par semaine à la clientèle du réseau pour répondre à des urgences mineures.

Quelles sont les principales retombées?

En plus d'avoir amélioré l'accès de la population à un médecin, cette initiative de collaboration semble avoir permis de réduire d'environ 15 % les consultations à l'urgence de l'hôpital. Cette baisse d'achalandage a, par le fait même, contribué à diminuer l'attente à l'urgence.

Le réseau Drummond contribue également à repérer les personnes vulnérables n'ayant pas de médecin de famille et à les orienter vers le guichet d'accès pour la clientèle orpheline.

² La clinique des urgentologues n'est toutefois ouverte que du lundi au vendredi de 8 h à 16 h.

³ Le reste du financement est fourni par le ministère de la Santé et des Services sociaux (150 000 \$) et l'Agence de la santé et des services sociaux (150 000 \$). Le budget de l'initiative sert principalement à payer les infirmières. L'Agence régionale a également fourni un financement de démarrage de 100 000 \$ ayant servi à l'achat d'équipements médicaux.

Quelles sont les suites?

Afin de réduire le recours de la population aux services médicaux, il est envisagé de produire des guides d'autosoins pour répondre à des problèmes de santé mineurs. De plus, on planifie intégrer aux GMF des infirmières praticiennes spécialisées en première ligne. Elles interviendront auprès des personnes ayant des problèmes de santé dont l'état

ne requiert pas de suivi d'un médecin de famille (ex. : personne souffrant d'hypertension). Cet ajout de ressources permettra également de faire davantage de prévention auprès de la clientèle à risque de développer des problèmes de santé importants.

Vous avez des commentaires sur ce texte?
julie.gervais.bcstl@ssss.gouv.qc.ca

Citation suggérée

Gervais, J., Archambault, J., Royer, A.-M. et Battaglini, A. (2010). *Obtenir un rendez-vous avec un médecin le jour même? C'est possible grâce à la mise en réseau de cliniques médicales*. Coup d'œil, Observatoire québécois des réseaux locaux de services, 29 octobre 2010, 3 pages.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2010

Bibliothèque et Archives du Canada, 2010

ISSN : 1923-5895 (version imprimée)

ISSN : 1923-5909 (version PDF)

La reproduction des textes est autorisée et même encouragée, pourvu que la source soit mentionnée.

© Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke,
Observatoire québécois des réseaux locaux de services, 2010

Pour plus d'information sur l'initiative...

Personne-ressource de l'OQRLS : Julie Gervais, courtière de connaissances au 514 331-2288, poste 4044

Guichet d'accès à des services de santé pour la population sans omnipraticien¹

Par Anne-Marie Royer, Jean-Gabin Ntebutse, Johanne Archambault, Alex Battaglini et Julie Gervais

Nom donné par les acteurs terrain :	Accès à un médecin de famille pour la clientèle orpheline sur le territoire de Vaudreuil-Soulanges
Région sociosanitaire :	Montréal
Nom du territoire de RLS :	RLS de Vaudreuil-Soulanges
Date de début des travaux :	2005
Date de début des services offerts à la population :	2006
Population ciblée Population du RLS de Vaudreuil-Soulanges sans omnipraticien	
Partenaires du RLS actuellement impliqués dans l'initiative CSSS de Vaudreuil-Soulanges, la clinique médicale de Hudson ainsi que les quatre GMF du territoire de RLS (Pincourt, Rigaud, Vaudreuil-Dorion et Trois-Lacs)	

Brève description de l'initiative

Il s'agit d'une initiative de collaboration entre le CSSS de Vaudreuil-Soulanges, quatre GMF du RLS de Vaudreuil-Soulanges et une clinique médicale privée qui vise à améliorer l'accès et la prise en charge médicale pour la clientèle sans omnipraticien de son territoire. Pour ce faire, le CSSS a mis en place un guichet d'accès qui permet de centraliser les appels de la population. L'objectif est de permettre l'expression du besoin en prise en charge médicale et ensuite, d'assurer une prise en charge prioritaire pour la clientèle sans omnipraticien qui est vulnérable et à haut risque².

Comment le projet a-t-il pris forme?

Le territoire de Vaudreuil-Soulanges est très vaste, isolé et n'a pas de centre hospitalier. Il comprend 23 municipalités semi-urbaines réparties sur un territoire plus grand que les îles de Montréal et Laval réunies. Sa population est en pleine croissance démographique (122 000 hab.) et connaît une pénurie de médecins en première ligne (ratio médecin/population en Montérégie: autour d'1/2000). Les gens ont accès aux médecins par les cliniques sans rendez-vous mais peuvent attendre plusieurs années avant d'avoir un médecin de famille. Les médecins de première ligne doivent composer avec une forte pression de la clientèle. En 2005, le mécontentement de la population a augmenté d'un cran; certains patients orphelins ont effectué des pressions sur les différents acteurs du réseau local de services (RLS) en exigeant un médecin de famille. Les citoyens ont fait des représentations auprès de leur député, à l'assemblée générale du CSSS, dans les cliniques médicales ainsi qu'à l'Agence de la SSS de la Montérégie. En réponse à une demande du député, le DG de l'Agence de la Montérégie a écrit à la directrice générale du CSSS de Vaudreuil-Soulanges en lui demandant de trouver une solution.

- 1 Il s'agit d'un projet d'abord initié par un autre CSSS du territoire Vaudreuil-Soulanges : le CSSS du Suroît.
- 2 Les critères de priorisation se retrouvent dans une grille visant le repérage de certaines clientèles vulnérables ayant besoin d'une prise en charge rapide par un médecin de famille. Cette grille a été élaborée par le Département de médecine générale de la Montérégie.

En 2005, la table du DRMG local, à laquelle siège la directrice générale du CSSS, a examiné ce problème. Les partenaires ont décidé de se mobiliser à la suite des pressions de la population et de mettre sur pied un guichet d'accès pour la clientèle sans omnipraticien.

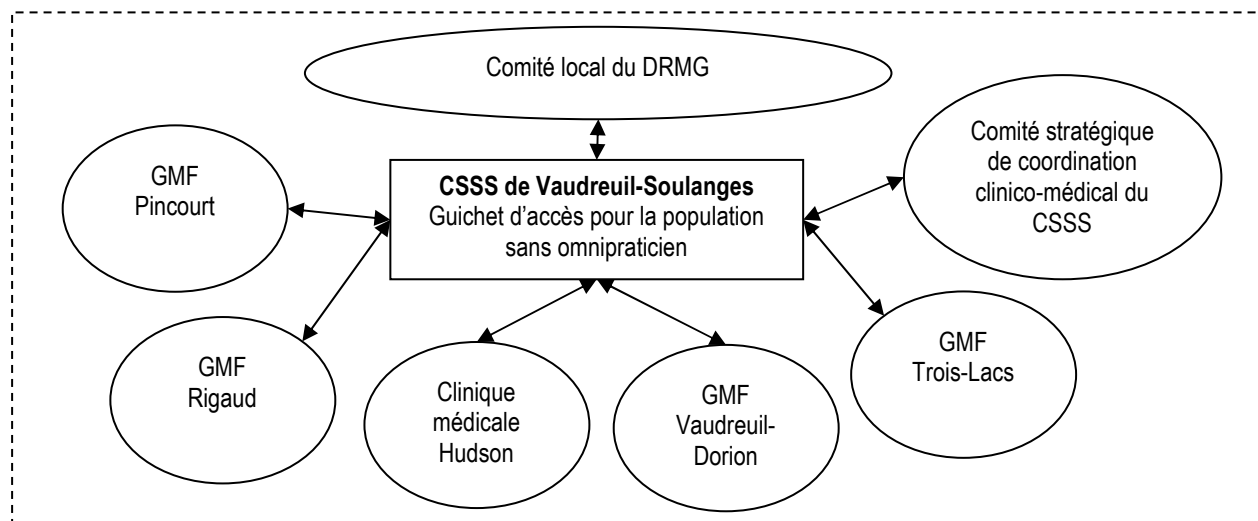
En 2006, le comité local du DRMG et le CSSS ont défini ensemble le travail du guichet et ont élaboré les outils nécessaires pour son fonctionnement. Les partenaires ont ensuite sensibilisé tous les médecins du territoire à la problématique d'accès à un médecin de famille. Ils les ont invités à prendre en charge la clientèle sans omnipraticien en échange des services offerts par la logistique du guichet d'accès. En juin 2006, le guichet a démarré officiellement. Le CSSS a financé deux ressources humaines dédiées au guichet dont une chargée de projet (infirmière) et une secrétaire. Ces dernières font un travail préalable qui permet de diminuer les tâches du médecin et des infirmières des GMF. Les employées du guichet préparent les dossiers des patients en rassemblant toutes les informations pertinentes telles que la présence d'hospitalisations récentes. Selon les personnes interrogées, il s'agit d'un « troc clinique » fort apprécié des médecins du territoire : « C'est un dossier complet qui leur arrive dans les mains. » (gestionnaire du CSSS)

Qu'offre-t-on de plus à la population?

Il s'agit d'offrir une « centrale d'appels » pour l'expression du besoin d'un médecin de famille pour la clientèle orpheline du territoire. Les services sont offerts à l'ensemble de la population du territoire du CSSS de Vaudreuil-Soulanges. Aucune publicité n'a été réalisée auprès de la population. La promotion de l'existence du guichet était destinée à tous les intervenants du CSSS et aux médecins du territoire (première ligne). Les clients sans omnipraticien s'inscrivent eux-mêmes au guichet d'accès du CSSS afin d'exprimer le besoin d'un omnipraticien. Ces derniers ont reçu l'information par leur médecin ou par les intervenants du CSSS. Les noms sont inscrits sur une liste d'attente (base de données) qui permet de recenser toutes les demandes de référence médicale. Un premier tri est réalisé par la secrétaire à l'aide d'outils d'orientation et de référence.

Chaque client est contacté par une infirmière du guichet afin de faire une évaluation sommaire des besoins spécifiques de référence médicale (par exemple, suivi posthospitalisation, nouveau traitement, renouvellement de médicaments, etc.). Selon les besoins de santé, l'inscription à la liste d'attente est faite, par ordre de priorité : les situations de soins les plus pressantes sont d'abord référées, selon les places disponibles dans les cliniques médicales. Les facteurs de risque identifiés dans la grille de priorisation sont les problèmes de santé mentale avec manifestation non contrôlée, les MPOC, le cancer, le diabète, l'insuffisance rénale chronique, le VIH-SIDA, etc. Les employés du guichet regroupent les documents pertinents pour chaque client et préparent les dossiers à acheminer au futur médecin de famille, incluant les dossiers antérieurs des épisodes de soins récents. Sur confirmation de la référence à un médecin de famille œuvrant dans un groupe de médecine familiale, un premier rendez-vous pour un « examen physique » auprès d'une infirmière est fixé. De plus, les infirmières en GMF effectuent l'examen physique au préalable de la visite médicale pour les clients inscrits au GMF à l'aide de l'outil nommé « Revue des systèmes et examen physique pertinent ». Les clients sont référés par le guichet selon les places précisées par les médecins des GMF du territoire. L'utilisateur présentant un besoin prioritaire est référé à un médecin de famille du territoire, en tentant de respecter la proximité du lieu de résidence (si possible). L'ensemble des documents est acheminé à la clinique médicale ciblée.

En 2009, le MSSS et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec ont mis en place, dans chaque CSSS, une fonction de médecin coordonnateur médical qui n'est pas nécessairement le directeur des services professionnels du CSSS. Ce dernier collabore à l'organisation et à la coordination des services médicaux de première ligne en lien avec le CSSS. Au CSSS de Vaudreuil-Soulanges, trois médecins de GMF du RLS forment une équipe médicale qui assume différentes responsabilités en lien avec les fonctions déterminées par ce nouveau rôle de coordonnateur médical (neuf heures/semaine pour les trois médecins). Les trois médecins connaissent bien les usagers inscrits sur la liste d'attente et agissent comme « relais » entre les médecins et les intervenantes du guichet. Ils font la promotion du guichet aux autres médecins. Un de ces médecins collabore régulièrement au fonctionnement du guichet unique pour la prise en charge de la clientèle sans omnipraticien ainsi que le suivi requérant une prise en charge rapide.



Partenaires du RLS impliqués

Le CSSS de Vaudreuil-Soulanges

Il est responsable de définir les services et les ressources à impliquer pour la mise en place des modalités au programme. Il participe au soutien des médecins du territoire en lien avec le programme et est responsable du suivi statistique en lien avec le programme. Depuis l'hiver 2008, le CSSS a un GMF intra-muros.

Les médecins de la clinique médicale de Hudson ainsi que des quatre GMF du territoire (Pincourt, Rigaud, Vaudreuil Dorion et Trois-Lacs)

Les médecins siègent au *comité local du Département régional de médecine générale (DRMG)*. Les responsabilités du DRMG local sont de participer à la définition des ressources et des modalités potentiellement utiles à l'initiative. Le DRMG soutient les médecins du territoire en lien avec le guichet d'accès en participant activement au recrutement médical. Pour ce faire, le DRMG travaille avec les Unités de médecine de famille afin que les nouveaux médecins puissent faire la garde 24/7, les soirs et les fins de semaine. Ainsi, les médecins qui avaient la responsabilité d'assumer ces horaires sont en mesure d'accueillir de nouveaux usagers.

Les médecins du DRMG participent à l'évaluation continue du suivi statistique et à l'amélioration continue du programme. Le Comité local du (DRMG) pour Vaudreuil-Soulanges avec les médecins représentants ont participé à la validation des outils comme par exemple, la grille de priorisation de la clientèle.

Les membres du comité stratégique de coordination clinico-médical

Il s'agit d'une table de « concertation » entre les GMF et le CSSS qui a été créé pour le projet clinique santé physique. Cette structure décisionnelle est supportée en secrétariat et logistique par le CSSS. Le mandat du comité est de documenter, analyser et élaborer des pistes de solutions de manière à coordonner de façon optimale des services clinico-médicaux sur le territoire de Vaudreuil-Soulanges. Le comité est formé du président du DRMG, de la directrice générale du CSSS de Vaudreuil-Soulanges, d'un médecin membre du conseil d'administration du CSSS, du directeur des services professionnels du CSSS, des gestionnaires du CSSS et d'autres médecins de GMF du RLS. Ce comité se rencontre deux fois par année et a un point statutaire sur le guichet d'accès pour la clientèle sans omnipraticien à chaque rencontre.

Quelles sont les ressources utilisées pour mettre en œuvre cette initiative?

Les ressources humaines

Une infirmière chargée du projet (ETC) et une secrétaire à temps partiel. Trois médecins forment une équipe médicale qui assume différentes responsabilités en lien avec les fonctions déterminées par le rôle de coordonnateur médical. Un de ces médecins collabore régulièrement au fonctionnement du guichet unique pour la prise en charge de la clientèle sans omnipraticien ainsi que le suivi requérant une prise en charge rapide.

Les ressources financières

De 2006 à 2008, le CSSS a contribué au démarrage du projet en attribuant 100 000 \$ pour deux ressources humaines dédiées au guichet (une infirmière et une secrétaire). Depuis 2009, l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie octroie une subvention pour une infirmière clinicienne à temps complet et une agente administrative à trois jours/semaine.

Quelles sont les retombées associées à la mise en place de l'initiative?

Retombées	Avant	Après
Sur la population	Plusieurs clients sans omnipraticien devaient se présenter aux cliniques sans rendez-vous pour avoir accès aux médecins. Ils étaient mécontents du manque de réponse à leurs besoins dû au faible ratio d'omnipraticiens sur le territoire.	L'initiative a permis d'avoir un endroit pour centraliser les appels. Le projet a permis de donner l'accès à un médecin de famille à 523 personnes sur une période de 18 mois. Depuis 2006, sur environ 4000 appels reçus, 802 personnes³ du RLS Vaudreuil-Soulanges ont obtenu un médecin de famille via le guichet d'accès. Les autres personnes sont référées aux soins infirmiers ou sont jugées moins vulnérables.
Sur l'organisation des services	Les médecins prenaient des patients qui venaient à la clinique sans rendez-vous ou des gens référés par une connaissance.	C'est un nouveau mode de fonctionnement : les médecins acceptent de prendre de nouveaux patients qui sont référés par le CSSS. Cela n'existait pas auparavant. Ces derniers ont accès à des dossiers clients préparés par l'équipe du guichet et ont une « reconnaissance » pour la prise en charge de clientèles vulnérables.

Quelles sont les retombées associées à la mise en place de l'initiative? (suite)

Retombées	Avant	Après
Sur l'organisation des services	Les clients devaient parfois cogner à plusieurs portes afin d'être mis sur des listes d'attente. Ils demandaient eux-mêmes aux médecins d'être leur médecin de famille. Chaque clinique avait sa liste d'attente.	L'initiative a introduit une autre façon de prendre en charge la clientèle. Désormais, toutes les demandes d'accès à un médecin de famille sont centralisées en un seul endroit. Les outils de compilation permettent d'avoir un portrait global des patients sans omnipraticien. Les médecins ne sont plus sollicités directement dans les cliniques.
Sur le partenariat	Très peu de liens entre les médecins du territoire et le CSSS de Vaudreuil-Soulanges.	L'initiative a créé une collaboration et une plus grande confiance entre des médecins du territoire et les intervenants du CSSS. Grâce au soutien du coordonnateur médical, les médecins démontrent plus d'ouverture à prendre de nouveaux patients.

L'avis des partenaires et de la population en regard de cette initiative

Les gestionnaires du CSSS de Vaudreuil-Soulanges

L'initiative a permis la sensibilisation des médecins au fait qu'il y avait une grande quantité de personnes sans médecin de famille : « Ça n'a pas changé les façons de faire mais ça nous a permis d'entendre certains médecins qui étaient discrets, et qui ont pris quelques patients » (gestionnaire du CSSS). Le fait de maintenir l'accent sur les besoins des clients a contribué au travail en réseau avec les médecins.

Les intervenantes du CSSS de Vaudreuil-Soulanges

La motivation des employées du guichet est indéniable. Ces dernières considèrent que le travail qu'elles font leur apporte beaucoup de satisfaction. Elles ont le sentiment d'être utiles :

On est le pont entre l'espoir et le désespoir. Pour ceux qui n'ont pas de médecin de famille, qui sont malades, la détresse est grande, lorsque confrontés à la maladie et les êtres deviennent plus vulnérables. Il est alors rassurant de pouvoir compter sur un médecin de famille. Comme porte d'entrée, nous faisons face à toutes les problématiques du réseau de la santé au Québec : pénurie de médecins, manque de ressources matérielles, financières, épuisement professionnel (agente administrative du guichet).

Les clients

Les clients interrogés se sont dit très satisfaits du travail réalisé par le guichet pour leur trouver un omnipraticien. Ils ont fait antérieurement des démarches de recherche d'un médecin de famille dans les cliniques médicales et auprès de cabinets privés pendant une période allant d'un à huit ans sans que ces démarches n'aboutissent. C'est avec le guichet que leur situation a changé positivement. En bénéficiant d'une référence, les gens ont pu se rendre au guichet et on leur a trouvé un médecin de famille dans un délai de trois à six mois (consultations dans les cliniques sans rendez-vous, appel dans les cliniques, lettres de référence de son ancien médecin de famille pour une famille qui a changé de région). Ces citoyens se considèrent chanceux d'avoir pu avoir un médecin de famille et accordent au guichet une note de satisfaction allant de 8 à 9/10.

Quelles leçons pouvons-nous tirer de la mise en place de cette initiative?

Comment mobiliser les médecins de première ligne afin que ces derniers travaillent en réseau avec le CSSS? Tous s'entendent pour dire que le défi était de taille, mais possible. Certains médecins étaient sceptiques quant à l'aboutissement et la pérennité du projet. Le soutien, la visibilité et l'engagement de la direction générale du CSSS ont joué un rôle important dans la mise en place du guichet d'accès. Il faut que le comité de direction soit ouvert aux façons de faire différentes afin de « rapprocher les deux mondes, le monde médical et le monde de l'organisation des services » (gestionnaire du CSSS). Dès le départ, les gestionnaires impliqués ont dû apprendre à gérer le risque et investir financièrement pour garantir une stabilité au projet. Pour le démarrage du projet en 2006, le CSSS a pris un « risque financier » de l'ordre de 100 000 \$ pour mettre une secrétaire et une infirmière clinicienne capable de faire l'analyse. « La stabilité du personnel devenait un critère de confiance et ça c'est l'engagement que le CSSS prenait. » « L'idée à retenir ici pour un CSSS, c'est qu'il faut offrir de la collaboration et du support avant de demander la contribution. » (gestionnaire du CSSS)

Ce ne sont pas tous les médecins qui acceptent d'emblée de prendre de nouveaux patients. Il y a un travail de sensibilisation et d'information à faire pour qu'ils prennent des clients vulnérables. Pour ce faire, il y a un représentant médical par clinique et GMF avec les médecins qui assument le rôle de coordonnateur médical qui aident comme relais d'information auprès des médecins. Ces derniers rencontrent régulièrement les gens du guichet et transmettent les informations à jour aux médecins territoire; il y a un important travail d'influence entre médecins. Il y a encore des cliniques médicales qui ont leur liste d'attente; tous les médecins n'ont pas reçu l'information. Encore certains usagers qui se trouvent un médecin via les cliniques sans rendez-vous.

Selon les personnes interrogées, la clé pour réaliser une telle initiative est de s'associer avec les médecins du territoire et ce, dès le départ. Il importe d'écouter les médecins et partir de leurs besoins. « Pour faire un bon partenariat, il faut que les médecins sentent que leur réalité est comprise sans jugement. » (gestionnaire du CSSS) Ces derniers doivent être en mesure de constater rapidement les retombées. « Le fait que le service était donnant-donnant, cela offre un avantage aux médecins sur le territoire. Ça offre un avantage pour le médecin de voir un patient avec toutes les informations nécessaires pour le traiter. » (gestionnaire du CSSS) Le leadership du DRMG local y est aussi pour beaucoup car il a donné une impulsion au projet. La présence des médecins dans l'initiative dès le départ assure la crédibilité et fait office de catalyseur pour que les autres médecins embarquent dans le projet.

Au démarrage du guichet d'accès, certains employés du CSSS ont vécu un « choc de culture » avec la mise en place de la collaboration médicale. Il y a eu des difficultés d'arrimage au niveau des critères de priorisation de la clientèle. La vulnérabilité selon les critères utilisés par le CSSS ne cadrait pas avec la vision des médecins : « Celui qui pleure le plus vite au téléphone passe le premier et quand il arrive dans le bureau du médecin, celui-ci constate que le client avait déjà un médecin de famille mais il ne l'aimait pas et finalement il n'est pas si vulnérable. » (médecin)

Il a fallu raffiner la manière de prioriser les clients, s'assurer de la validité des informations par les relances téléphoniques pour réussir à améliorer la fiabilité et avoir une crédibilité auprès des médecins. La participation d'un médecin au niveau du guichet pour clarifier ce qu'est un patient vulnérable a grandement amélioré les choses. L'attitude des acteurs clés dans l'initiative (gestionnaires, infirmières et personnel de soutien) est une condition gagnante dans la recherche de nouveaux rapports positifs entre les deux cultures organisationnelles. La création du comité stratégique de coordination clinico-médicale fût également un moyen concret pour assurer l'implantation de l'initiative.

Les suites de l'initiative

Les responsables de l'initiative envisagent l'arrivée prochaine de nouveaux omnipraticiens. Afin de prêter main forte, une infirmière praticienne spécialisée (IPS) en première ligne sera affectée à la clientèle orpheline pour la prise en charge de certaines problématiques et pourra faire des prescriptions.

Un nouveau logiciel pour inscrire les gens qui cherchent un médecin de famille est en expérimentation à trois endroits du Québec, dont le guichet pour la clientèle sans omnipraticien. L'intention du Ministère est de diffuser ce logiciel à la grandeur de la province. En date du 13 janvier 2010, la dernière version du logiciel est disponible.

Quelles ont été les sources utilisées pour documenter cette initiative?

Rappel : L'OQRLS documente les initiatives à partir de différents points de vue par le biais d'entrevues. L'expérience et la perception des acteurs locaux est au cœur des travaux de l'Observatoire québécois des réseaux locaux de services. Ce récit a été rédigé à partir des sources suivantes.

- Entrevue avec la directrice générale du CSSS de Vaudreuil-Soulanges;
- Entrevue avec la directrice des services généraux et spécifiques, CSSS de Vaudreuil-Soulanges;
- Entrevue avec la chef d'administration de programmes santé physique-réseau adultes, CSSS de Vaudreuil-Soulanges;
- Entrevue avec une agente administrative du guichet d'accès à la clientèle sans omnipraticien, CSSS de Vaudreuil-Soulanges;
- Entrevue avec deux infirmières au guichet d'accès à la clientèle sans omnipraticien, CSSS de Vaudreuil-Soulanges;
- Entrevue avec un médecin qui siège au DRMG local;
- Entrevue avec un médecin du GMF de Vaudreuil-Dorion;
- Entrevue avec un médecin qui assume la coordination médicale au CSSS de Vaudreuil-Soulanges;
- Entrevue avec quatre citoyens ayant bénéficié des services du guichet d'accès au CSSS de Vaudreuil-Soulanges.

Vous avez des commentaires sur ce texte?
aroyer.csss-iugs@ssss.gouv.qc.ca

Citation suggérée

Royer, A.-M., Ntebutse, J.-G., Archambault, J., Battaglini, A. et Gervais, J. (2010). *Guichet d'accès à des services de santé pour la population sans omnipraticien*. Récit, Observatoire québécois des réseaux locaux de services, 18 octobre 2010, 7 pages.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2010

Bibliothèque et Archives du Canada, 2010

ISSN : 1923-5895 (version imprimée)

ISSN : 1923-5909 (version PDF)

La reproduction des textes est autorisée et même encouragée, pourvu que la source soit mentionnée.

© Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, Observatoire québécois des réseaux locaux de services, 2010

Pour plus d'information sur l'initiative...

Personne-ressource de l'OQRLS : Anne-Marie Royer, courtière de connaissances au 819 780-2220, poste 47076

La prévention du suicide : une priorité collective sur un territoire pour mieux soutenir les personnes vulnérables

Par Nadine Bolduc, Anne-Marie Royer, Johanne Archambault, Alex Battaglini et Julie Gervais

Nom donné par les acteurs terrain :	Projet Rémi ¹
Région sociosanitaire :	Chaudière-Appalaches
Nom du territoire de RLS :	Le RLS de Beauce et le RLS de Lac-Etchemin
Date de début des travaux :	2005
Date de début des services offerts à la population :	2006
Population ciblée Personnes à urgence suicidaire moyenne ou élevée ou personnes ayant fait une tentative de suicide en Beauce-Etchemin et leurs proches.	
Partenaires du RLS actuellement impliqués dans l'initiative CSSS de Beauce (incluant le centre hospitalier de Beauce-Etchemin), Centrale Urgence-Détresse, CSSS des Etchemins, La corporation ambulancière de Beauce inc. (CAMBI), Sûreté du Québec (3 MRC), Service de police de la ville de Saint-Georges, Centre d'écoute téléphonique et de prévention du suicide (CEPS), Centre jeunesse Chaudière-Appalaches, Maison d'hébergement Le Bercaill, ressource non institutionnelle L'Intermédiaire.	

Brève description de l'initiative

Le but de cette initiative est d'offrir des services continus aux personnes manifestant des idéations suicidaires, à leurs proches ainsi qu'aux personnes endeuillées par un suicide. Les services sont offerts par plusieurs partenaires du territoire qui agissent de manière complémentaire en matière de prévention, de dépistage, de référence, d'intervention de crise, de suivi thérapeutique et de postvention (services offerts sur une base 24/7). Ainsi, l'initiative vise à assurer aux personnes aux prises avec des problèmes suicidaires un filet de sécurité leur permettant de rester continuellement en lien avec les services. Ceux-ci sont offerts à partir de la situation d'urgence jusqu'au moment où les personnes n'ont plus besoin de services.

Comment le projet a-t-il pris forme²?

Le suicide est un problème majeur en Chaudière-Appalaches. De 1999 à 2001, la région de Chaudière-Appalaches se situait au 4^e rang parmi les 15 régions du Québec pour la mortalité par suicide (24.9 par 100 000 habitants)³. Durant ces années, parmi les différents territoires de CSSS, la Beauce affichait la valeur la plus élevée à l'indice comparatif de mortalité par suicide (166.3), suivi de près par Thetford (165.5) et Les Etchemins (144.4)⁴. En plus de ce problème majeur, on pouvait constater sur le territoire un manque de continuité des services (travail en silo) et un taux d'hospitalisation élevé chez les clients en détresse psychologique.

1 Le nom « Rémi » est tiré de la chanson « *Mon chum Rémi* » des Cowboys Fringants. Il est également un acronyme pour : **RÉ**agir au phénomène du suicide; **M**obiliser les partenaires pour **I**ntervenir en continuité.

2 Il est important de préciser que l'initiative (RÉMI) s'inscrit dans un vaste projet régional impliquant un partenariat entre des établissements œuvrant en prévention du suicide pour chaque RLS dans Chaudière-Appalaches. Cependant, nous avons ciblé le territoire de « Beauce-Etchemin ». Pour simplifier le texte, l'initiative sera appelée « Projet Rémi ».

Récit : La prévention du suicide : une priorité collective sur un territoire pour mieux soutenir les personnes vulnérables

En 1997, la Régie régionale de la santé et des services sociaux adoptait son Plan d'action global pour prévenir le suicide dans la région de la Chaudière-Appalaches⁵. Les principaux objectifs de ce plan d'action étaient d'améliorer la continuité des services, de soutenir le développement de réseaux entre les partenaires et de définir des trajectoires de services plus efficaces. En 1999, un premier protocole d'entente en prévention du suicide fut signé en Beauce-Etchemin qui réunissait la Sûreté du Québec, le Service de police de la ville de Saint-Georges, le Centre d'écoute de prévention du suicide (CEPS), le CLSC Saint-Georges, le CLSC Saint-Joseph et le CLSC du Lac-Etchemin. Ce protocole impliquait une première trajectoire de services, ainsi que des autorisations pour la divulgation des informations personnelles entre les partenaires. Déjà à l'époque, une excellente collaboration s'était mise en place entre les policiers et les CLSC, l'un et l'autre assurant le relais auprès des personnes suicidaires. Cependant, il n'y avait ni rencontre officielle entre les partenaires, ni d'outil commun de partage des informations, ni de transfert systématique de la personne sortant de l'hôpital vers un CLSC, ni de retour auprès de la personne dans un bref délai (à l'intérieur de 48 h).

Dès 2003-2004, le CSSS du Grand Littoral a émis l'idée de développer un projet pilote en prévention du suicide. Il a développé des protocoles d'entente, a défini des trajectoires et a baptisé ce projet le « Projet Rémi ». Après avoir constaté que le Projet Rémi s'avérait, selon elle, une expérience positive, l'Agence a recommandé à tous les CSSS de la région et leurs partenaires locaux d'y adhérer et de définir leur propre trajectoire de services. En janvier 2005, les CSSS de Beauce et des Etchemins se sont concertés pour élaborer le Projet Rémi sur leur territoire. Dès 2005-2006, une tournée des équipes concernées fut organisée afin de les familiariser avec le Projet Rémi et les trajectoires définies en collaboration avec leurs supérieurs. Cette tournée a permis de rencontrer différents intervenants (ex. : ambulanciers, policiers, infirmières, travailleurs sociaux). Actuellement, trois intervenants portant le dossier « suicide » des CSSS partenaires (deux du CSSS de Beauce et un du CSSS des Etchemins) sont responsables de la mise en application et du développement du Projet Rémi sur le territoire de Beauce-Etchemin.

Qu'offre-t-on de plus à la population?

Une intervention continue offerte par un ensemble de partenaires œuvrant à différents niveaux

L'initiative a permis la mise en place de trajectoires de services en prévention du suicide par différents partenaires⁶ en Beauce-Etchemin. On entend, par trajectoire de services, différentes procédures à suivre en fonction de : 1) l'évaluation du degré d'urgence suicidaire; 2) de l'attitude de la personne suicidaire (ex. : « refus de la personne de collaborer : si justifié, utiliser la loi P.38 »), 3) de l'âge de la personne (ex. : « si moins de 18 ans : voir trajectoire de services de la DPJ »); 4) du moment où l'urgence suicidaire se présente (jour/soir/ nuit/ fin de semaine).

Pour chaque partenaire impliqué dans l'initiative, il existe une procédure à suivre pour l'accueil et l'accompagnement d'une personne à risque suicidaire lorsque vient le temps de la transférer à un autre intervenant. Leur indice d'efficacité d'intervention est cité comme suit : l'intervenant doit être en mesure de se dire : « Je suis convaincu que la personne ne passera pas à l'acte dans l'immédiat et je suis assuré que les partenaires prendront la relève. » Le lieutenant de la SQ interrogé constate les changements de pratiques. Plutôt que d'accompagner la personne suicidaire directement à l'hôpital, les policiers travaillent de concert avec les partenaires : « avant, la personne était relâchée. Maintenant, on sait qu'il y a un suivi par la suite avec le CLSC. »

Un suivi 24/48 heures offert aux personnes suicidaires

L'accueil social du CSSS est la porte d'entrée principale de tous les services sociaux du territoire. Le premier suivi auprès de la personne, qui se fait habituellement par téléphone, est offert dans un délai maximal de 24 h suivant la demande acheminée à l'accueil à l'aide de l'outil de transmission des informations. L'urgence suicidaire doit avoir été évaluée à au moins 4. Cela correspond à « urgence moyenne » sur la grille d'évaluation de l'urgence suicidaire : ruminations, pensées constantes. C'est un intervenant du CSSS qui

3 Agence de développement des réseaux locaux de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches (2005), *Profil statistique du suicide en Chaudière-Appalaches*. Sainte-Marie, Québec.

4 *Ibid.*

5 Direction de santé publique (1997), *Plan d'action global pour prévenir le suicide dans la région Chaudière-Appalaches*. Sainte-Marie, Québec. Ce plan d'action fut révisé en 2001.

6 Dans le cadre des travaux de la Table des partenaires du Projet Rémi, qui rassemble les gestionnaires des différentes organisations impliquées.

assure ce suivi. Les demandes peuvent provenir de différentes sources, de la personne suicidaire elle-même, du centre hospitalier du CSSS de Beauce à la suite d'une hospitalisation, d'Urgence-Détresse, de policiers ou d'ambulanciers.

Une consultation avec l'intervenant du CSSS est prévue dans les 48 heures suivant la demande. Dans le cas d'une situation très urgente soit une évaluation cotée (à 6 ou 7, tentative, ou besoin d'intervention auprès des proches à la suite d'un suicide), l'intervenant de l'accueil psychosocial se déplace sur les lieux dès la réception de la demande. Les personnes peuvent appeler directement le service « Urgence-Détresse » en tout temps. Ce suivi 24/48 heures est un élément nouveau sur ce territoire. Auparavant, les intervenants ne se déplaçaient pas à domicile. Ils contactaient la personne uniquement par téléphone. Selon une intervenante responsable du Projet Rémi au CSSS de Beauce, les balises de l'initiative permettent de structurer cette intervention rapide : « un suivi serré se faisait avant par l'accueil social, mais ce n'était pas systématisé. Le 24/48 est venu le systématiser... C'est venu « cadrer » les interventions. »

De nouvelles façons de faire pour les partenaires impliqués

Pour l'ensemble des partenaires, ces services impliquent : 1) le développement de nouveaux réflexes améliorant le filet de sécurité chez les partenaires lorsqu'ils font face à l'une ou l'autre des situations susmentionnées (crise, tentative, suicide); 2) l'utilisation du nom de code « Rémi »⁷, qui redéfinit les critères d'évaluation de l'urgence, permet d'offrir des services plus rapides et de meilleure qualité aux citoyens; 3) l'utilisation, dans une majorité de cas, d'un nouvel outil de transmission de l'information unique à Beauce-Etchemin (le « document Projet Rémi ») qui permet de faciliter les références entre partenaires.

1) De nouveaux réflexes chez les partenaires

Le cheminement des personnes suicidaires se fait par étapes dans lequel chaque partenaire joue un rôle défini (voir l'annexe). Ces trajectoires se rattachent toutes à l'accueil psychosocial des CSSS ou à Urgence-Détresse qui jouent un rôle central dans la réception et le suivi des demandes. Les différents partenaires impliqués auprès des personnes suicidaires ont ainsi développé de nouveaux réflexes pour contacter rapidement l'accueil social ou Urgence-Détresse lorsqu'ils font face à une situation de crise. « C'est vraiment le mot d'ordre qui a changé pour eux, c'est « appelez-nous. » » (une intervenante responsable du Projet Rémi, CSSS des Etchemins)

L'exemple le plus frappant concerne les policiers et les ambulanciers. Selon l'ambulancier interrogé, la personne recevant la demande va : 1) contacter immédiatement par téléphone les intervenants de l'accueil social en mentionnant « Projet Rémi ». La majorité du temps, il utilisera le numéro direct et privé d'Urgence-Détresse, qui le transférera de toute façon à l'accueil social le jour (ou à l'intervenant de garde le soir, la nuit, la fin de semaine); 2) se rendre tout de suite après sur les lieux afin d'intervenir selon la situation tout en attendant l'arrivée de l'intervenant. Par la suite, l'intervenant prendra le relais, et pourra libérer le policier ou l'ambulancier, à moins que la situation n'exige d'aller à l'hôpital. Dans ce cas, l'ambulancier s'en chargera et l'intervenant l'accompagnera au besoin.

2) Un nom de code pour signifier une urgence : « Rémi »

Pour les partenaires, le nom de code Rémi signifie « urgent », et représente une nouvelle balise pour mesurer l'urgence d'une situation et pour faire passer une demande en priorité.

Les demandes sont adressées à l'accueil psychosocial des deux CSSS en Beauce-Etchemin. À chaque territoire de CSSS correspond un numéro direct où les partenaires peuvent appeler le jour. Lorsqu'il reçoit une référence avec la mention « Rémi », l'intervenant de l'accueil social fait passer la demande en priorité n° 1, et a l'obligation de rappeler la personne à l'intérieur de 24 h. Dans la présente initiative (pour le volet Beauce-Etchemin), Urgence-Détresse vient compléter le service offert par l'accueil en assurant un relais les soirs, les nuits et les fins de semaine pour ce type d'urgence. Lorsqu'il reçoit un appel d'un partenaire avec la mention « Rémi », l'intervenant d'Urgence-Détresse passe l'étape d'évaluation habituelle, pour transférer immédiatement la demande à l'accueil psychosocial (le jour), ou interpellé l'intervenant de garde (soirs, nuits, fins de semaine). Dans ce second cas, il assurera, par la suite, un suivi auprès de l'accueil psychosocial (pour le lendemain) en leur envoyant par courriel sa fiche d'appel Urgence-Détresse complétée avec la mention « Rémi ».

7 Il est important de préciser que pour qu'il y ait un « Projet Rémi », il faut qu'il y ait une référence d'un partenaire privilégié (inscrit dans l'entente) à l'autre, et que la personne présente un niveau élevé de risque suicidaire (urgence 4 à 8).

Le CSSS de Beauce possède une mission CH et dans ce contexte l'urgence et l'unité psychiatrique sont mis à contribution, chacun ayant sa trajectoire de services propre. Dans les deux cas, le changement de pratiques se situe à la sortie du centre hospitalier de Beauce-Etchemin. Si un dossier porte la mention « Rémi », il doit être automatiquement référé à l'Accueil psychosocial, qui pourra lui offrir le suivi 24/48 par la suite. Ce sont surtout les infirmières et travailleurs sociaux du CH qui s'occuperont de la référence, les médecins et les psychiatres le faisant rarement.

3) Création d'un outil de transmission des informations de type « dossier circulant »

Le document « Projet Rémi » est un outil de communication, qui a été créé afin de permettre aux partenaires d'inscrire leurs notes et de les partager avec les autres acteurs. Cela permet de suivre la trajectoire de l'utilisateur. Bref, il n'y a plus de « notes au dossier en silo ». Il s'agit d'un dossier partagé. Cette feuille d'évaluation peut être télécopiée (ex. : à l'accueil psychosocial) ou remise en mains propres (ex. : l'ambulancier pourra le remettre en mains propres à l'infirmière de l'urgence après avoir amené un client en crise).

L'outil comporte trois sections.

Section 1 : le répondant (ambulance, police, C.E.P.S, etc.),

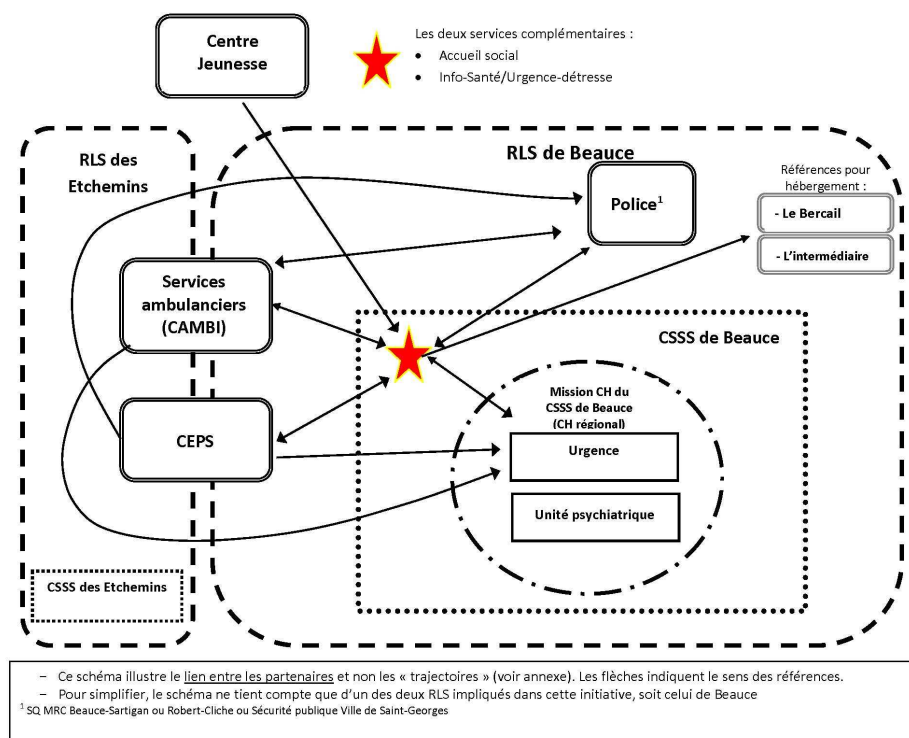
Section 2 : l'intervenant social (celui qui a fait l'intervention à l'urgence ou sur le terrain, le travailleur social de l'unité psychiatrique, etc.),

Section 3 : lorsque le client quitte le CH (urgence, unité psychiatrique), l'outil est alors complété par l'infirmière de liaison ou l'infirmière de l'unité. Cette dernière section permet de remplacer le formulaire habituellement utilisé par le CH pour faire une référence au CSSS.

Selon les personnes interrogées, ce formulaire est utilisé, dans une majorité de cas, dès qu'une référence est faite par un partenaire privilégié (prévu dans la trajectoire). Cependant, il n'existe aucun décompte exact du nombre de formulaires remplis.

Seule la Centrale Info-Santé/Urgence-Détresse ne l'utilise pas. Cette dernière fonctionne plutôt avec des fiches d'appel, sur laquelle elle appose le sceau « Rémi ». Pour une intervenante à l'accueil psychosocial du CSSS des Etchemins, la différence est fondamentale depuis Rémi. Il y a des traces écrites et ils savent ce qui s'est passé. Il est ainsi plus facile d'aborder le client et de le confronter au besoin. Une autre intervenante abonde dans le même sens : « Ça fait que nous on reçoit ça à l'accueil, on a toutes les informations, la crise, les propos suicidaires du client, tout ça, ça apparaît là, ça fait que ça nous permet à nous d'assurer en tout temps un filet de sécurité » (une intervenante responsable du Projet Rémi, CSSS des Etchemins). Le lieutenant de la SQ affirme qu'à chaque intervention réalisée, ils utilisent le formulaire et ils en gardent une copie au dossier.

Récit : La prévention du suicide : une priorité collective sur un territoire pour mieux soutenir les personnes vulnérables



Partenaires du RLS impliqués ayant signé l'entente pour le Projet Rémi

Le CSSS de Beauce et le CSSS des Etchemins

Les deux CSSS sont responsables de la mise en place du Projet Rémi sur le territoire de Beauce-Etchemin. Leur rôle est :

- d'organiser les réunions de la Table des partenaires du Projet Rémi (deux rencontres par année). Le but de ces rencontres est de s'assurer qu'il y ait une concertation entre chaque partenaire (même compréhension des outils et du fonctionnement);
- d'établir les contacts avec les partenaires;
- de mettre à jour la trajectoire de services (entente entre les partenaires sur les procédures à suivre);
- de répondre aux demandes et aux besoins ponctuels (s'assurer du bon fonctionnement du projet);
- de planifier les tournées des partenaires (pour former les équipes terrain);
- de former les nouveaux intervenants du CSSS;
- d'expliquer ce qu'il y a de nouveau avec le Projet Rémi et pour faire le suivi.

Pour ce faire, ils fournissent le travail de trois intervenants à temps partiel, soit deux du CSSS de Beauce et un du CSSS des Etchemins. Par ailleurs, les CSSS mettent à contribution leurs ressources de l'accueil social, qui jouent un rôle central dans la réception des demandes, et des équipes en santé mentale. Le CSSS de Beauce met à contribution l'unité psychiatrique ainsi que l'urgence de sa mission de centre hospitalier pour participer aux trajectoires.

Chaque nouvel intervenant suit cinq jours de formation et trois jours de jumelage. À l'intérieur de ces huit jours, il y a une section sur les trajectoires et les protocoles, dont le Projet Rémi. Puis, il y a parmi ces huit jours, un jour sur la crise. Une infirmière au CSSS de Beauce affirme que toutes les infirmières de l'unité en psychiatrie ont été formées : « elles connaissent ce qu'elles ont à faire. Elles connaissent toutes la procédure et savent compléter le formulaire et le télécopier à l'accueil social. »

Urgence-Détresse est un service régional offert par le CSSS de Beauce. Il n'y a pas de centre de crise dans la région. Urgence-Détresse couvre le volet « crise et prévention du suicide » pour toute situation de crise psychosociale. Pour tous les partenaires de la région (policiers, ambulanciers, organismes communautaires, etc.), il offre un numéro direct et privé pour le joindre appelé « la ligne des partenaires ». Il assure ainsi une réponse téléphonique 24/7. Il fait également le pont avec les CSSS de la région pour les situations d'urgence élevée qui nécessitent le déplacement d'un intervenant. Dans ce cas, il fait appel à l'intervenant de garde. Selon l'intervenant d'Urgence-Détresse interrogé, les appels de personnes suicidaires ou en détresse psychologique comptent environ pour 16 % de leurs appels.

Le Centre d'écoute téléphonique et de prévention du suicide (C.E.P.S.) est une ressource communautaire couvrant le territoire des RLS de Beauce et de Lac-Etchemin. En plus des services de soutien aux proches d'une personne suicidaire, il offre un service d'écoute téléphonique en dehors des heures d'ouverture du CSSS, soit de 18 h à 4 h. Les services pour les personnes endeuillées et les personnes suicidaires sont complémentaires à ceux du CSSS, qui agit plus en « postvention » (immédiatement après la crise). C'est à partir d'une urgence de 4 et + (correspond à « urgence moyenne » sur la grille d'évaluation de l'urgence suicidaire) qu'il réfèrera alors à l'accueil psychosocial ou à Urgence-Détresse.

La corporation ambulancière de Beauce inc. (CAMBI) est une corporation à but non lucratif, constituée de représentants des centres hospitaliers et des représentants municipaux. Ce statut lui permet de participer facilement à la Table des partenaires du Projet Rémi. CAMBI couvre toute la Beauce, Les Etchemins et la région de l'Amiante (Thetford). Au sein de Rémi, CAMBI est présent pour toutes les situations les plus urgentes (tentative de suicide ou suicide complété) et assure le transport au CH. Cependant, son temps d'intervention est limité à 30 minutes; si l'intervenant de l'accueil prend plus de temps pour arriver et qu'aucun autre partenaire ne peut prendre la relève, l'ambulancier devra amener la personne au CH.

La Sûreté du Québec et le Service de police de la ville de Saint-Georges jouent exactement le même rôle. Bien que la Sûreté du Québec comporte plusieurs niveaux d'intervention, les postes de police qui sont impliqués dans la présente initiative interviennent au même niveau (niveau 1 : patrouille, réponse aux appels, enquête de dossiers...) que le Service de police de la Ville de Saint-Georges. Dans tous les cas, les policiers jouent un rôle essentiel lorsqu'une personne en danger pour elle-même refuse de collaborer et que le partenaire, quel qu'il soit, doit appliquer la loi P-38.

Enfin, le **Centre jeunesse de Chaudière-Appalaches**, un établissement régional, prendra la relève s'il s'agit d'une personne de moins de 18 ans qui n'est pas consentante au traitement.

La corporation ambulancière de Beauce inc. (CAMBI), la Sûreté du Québec (trois MRC), le Service de police de la ville de Saint-Georges, le Centre d'écoute téléphonique et de prévention du suicide, le Centre jeunesse Chaudière-Appalaches

Tous ces partenaires jouent un rôle actif dans l'initiative et contribuent à l'offre de service. Cette participation implique :

- un réajustement de leurs pratiques quotidiennes pour respecter les nouvelles procédures (parcours des clients ou trajectoires de services) liées à Rémi;
- une présence, par l'intermédiaire d'un représentant à la Table des partenaires Projet Rémi;
- un suivi auprès de leurs équipes, soit voir au bon fonctionnement et à l'utilisation du « document Projet Rémi » et au suivi de la trajectoire auprès de leurs employés;
- de la formation : formation de leurs équipes respectives et transmission d'information aux nouveaux membres de leurs équipes.

Autres partenaires ayant signé l'entente pour le Projet Rémi

Les personnes en crise peuvent être hébergées ailleurs qu'au centre hospitalier. Les intervenants de l'accueil psychosocial ou de l'équipe en santé mentale du CSSS peuvent référer des clients, selon les besoins, aux ressources suivantes.

Récit : **La prévention du suicide : une priorité collective sur un territoire pour mieux soutenir les personnes vulnérables**

- **Au Bercaïl**, qui est une maison d'hébergement pour les sans-abri avec suivi dans la communauté situé à Saint-Georges de Beauce;
- **Ressource non institutionnelle l'Intermédiaire**, qui offre huit lits d'hébergement pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale, également située à Saint-Georges de Beauce. Cette ressource est rattachée au CSSS des Etchemins qui dispense des services sur place.

Le Projet Rémi collabore également avec d'autres ressources en hébergement dont **La croisée des chemins**, un organisme communautaire spécialisé en toxicomanie, également situé à Saint-Georges de Beauce.

Quelles sont les ressources utilisées pour mettre en œuvre cette initiative?

Les ressources humaines

Pour l'adjointe au programme Adultes avec troubles d'adaptation du CSSS de Beauce, la mise en place de l'initiative (préparer la documentation, les rencontres, chercher les partenaires, le vendre aux partenaires, etc.) exige une journée de travail par semaine durant la première année. Pour le suivi après l'implantation, trois à quatre heures par mois suffisent incluant une participation à la Table des partenaires du Projet Rémi. On peut évaluer un investissement similaire pour la gestionnaire du CSSS des Etchemins.

Du côté des trois intervenants responsables de la mise en place des trajectoires sur leur territoire respectif, les premiers mois (rencontre des partenaires, écriture des trajectoires, tournée pour former les équipes cliniques, etc.) exigent de un à trois jours de travail chacun par semaine, ce qui totalise environ 1½ équivalent temps complet (ETC). Le suivi de cette initiative (mise à jour des trajectoires, contacts avec les partenaires, formation, etc.) exige quelques heures par semaine, soit 0.5 à 1 ETC chacun, variant d'une semaine à l'autre⁸. Comme ces heures s'inscrivent dans l'ensemble de leurs activités en prévention du suicide, il est difficile de calculer avec exactitude le nombre d'heures dévolues à Rémi.

Pour les autres partenaires, prendre part à cette initiative nécessite une participation de leurs gestionnaires à la Table des partenaires du Projet Rémi, deux fois par année, et du temps pour former les nouveaux arrivants face au Projet Rémi (expliquer Rémi, comment compléter les formulaires, etc.).

Les ressources financières

Les CSSS reçoivent une enveloppe de l'Agence pour l'« Approche intégrée en prévention du suicide ». Rémi s'inscrit dans ce budget.

8 Ces heures excluent l'intervention; elles ne sont réservées qu'à l'organisation et la gestion du Projet Rémi – Beauce-Etchemins.

Quelles sont les retombées associées à la mise en place de l'initiative?

Retombées	Avant	Après
Sur la santé et le bien-être de la population	Diminution de taux de suicide	
	En 1999-2001, la région de Chaudière-Appalaches se situait au 4^e rang parmi les 15 régions du Québec pour la mortalité par suicide en affichant un taux de 24,9 morts par suicide par 100 000 habitants. Durant ces années, parmi les différents territoires de CSSS, la Beauce affichait la valeur la plus élevée à l'indice comparatif de mortalité par suicide (166,3), suivie de près par Thetford (165,5) et les Etchemins (144,4).	Le nombre de suicides dans tout Chaudière-Appalaches a diminué. Cette région est passée en 2005-2007 du 4^e rang au 6^e rang parmi les 15 régions du Québec pour la mortalité par suicide pour afficher un taux de 19 décès pour 100 000 habitants. Cependant, il est difficile d'établir un lien direct de cause à effet entre Rémi et la diminution des suicides dans la région. Il importe de noter que le taux de mortalité par suicide a diminué de façon générale partout au Québec depuis 2006⁹. La région de Chaudière-Appalaches a suivi cette courbe descendante.
	Diminution des rechutes après une crise suicidaire	
	Haut taux de « rechutes » (nouvelles tentatives de suicide) après le retour à la maison (phénomène observé par les ambulanciers).	Situation qui a pratiquement disparue selon le superviseur interrogé. Comme la personne bénéficiait d'un suivi dans les jours suivants, il y a moins de risque de « rechute¹⁰ ». D'autre part, certains usagers refusent les services après un premier contact.
	Sensibilisation et meilleure connaissance des services	
	Bien que cet aspect soit difficile à mesurer, les deux usagers interrogés ont mentionné qu'avant d'utiliser Rémi ils possédaient une vague idée de l'existence des services en prévention du suicide (ou des numéros où appeler), mais n'avaient aucune idée de la qualité des services offerts.	Ce que cette expérience a changé sur leur connaissance des services : les deux ont réalisé que les services offerts sont rapides (24/48) et efficaces (qualité de l'aide apportée par l'intervenant social). Dans les deux cas, ça les rassure de savoir que ces services existent : « Ça m'a beaucoup sécurisé de savoir qu'il (l'intervenant social) est là quand j'avais besoin de lui. J'ai vraiment confiance en lui. » (usager interrogé)

9 INSPQ, 2009, *La mortalité par suicide au Québec – tendances et données récentes*.

10 L'OQRLS ne dispose pas de données objectives à l'appui.

Quelles sont les retombées associées à la mise en place de l'initiative? (suite)

Retombées	Avant	Après
Sur l'organisation des services	Amélioration des délais de prise en charge des personnes suicidaires	
	Travail en silo, à part quelques collaborations qui s'étaient développées sur le territoire (ex. : entre le CSSS et les policiers). La personne pouvait rencontrer un trou de service entre deux partenaires.	Pour <u>toute</u> intervention d'urgence 4 et plus, les partenaires suivent une trajectoire bien définie et informent systématiquement l'Accueil centralisé, qui fait le suivi par la suite à l'intérieur de 48 h (et ce, même si le client dit ne pas avoir besoin des services au départ).
	Diminution des hospitalisations non nécessaires	
	Important « réflexe » d'hospitalisation pour toute situation d'urgence, surtout de la part des policiers et des ambulanciers.	Les policiers et les ambulanciers bénéficient de l'expertise du travailleur social qui dirige les usagers ailleurs qu'au CH dans la trajectoire. Il en résulte en une diminution des hospitalisations non nécessaires, qui a pu être observée dans la pratique. À cet effet, l'OQRLS ne dispose pas de données objectives à l'appui. Les partenaires envisagent de colliger cette information, non disponible pour l'instant.
	Conservation des informations	
	Avant les documents remplis par le CSSS étaient détruits à l'hôpital, car ils n'étaient pas « archivables ». Donc s'il y avait un changement de quart de travail d'infirmières durant le processus, une bonne part des informations étaient perdues.	Avec le document Projet Rémi, qui est archivé, tout est écrit, et la feuille reste au dossier. Il en va de même pour les policiers et les ambulanciers.
Sur la collaboration	En dehors d'une bonne collaboration entre les policiers et le CSSS, les liens entre les différents partenaires étaient soit inexistants, soit morcelés (sans continuité).	- Les liens développés dans le cadre de Rémi ont amené certains partenaires comme la SQ et les intervenants du CSSS à collaborer ensemble pour d'autres situations. Par exemple dans les cas complexes, où les policiers ne se sentent pas assez outillés ou sont embêtés; appellent un intervenant du CLSC, lui demandent de porter assistance; les policiers entrent, l'intervenant fait une évaluation et une offre d'aide. - Les partenaires assistent aux deux rencontres par année de la Table des partenaires Projet Rémi.

Quelles sont les retombées associées à la mise en place de l'initiative? (suite)

Retombées	Avant	Après
Sur la collaboration (suite)		- La collaboration entre le CSSS et l'hôpital semble s'être améliorée selon les personnes interviewées. Aucune donnée objective n'est disponible à cet effet. - Par contre, certains liens restent à améliorer : c'est le cas avec le CJ et le Centre d'écoute téléphonique et de prévention du suicide (CEPS).
Sur le travail des intervenants	Facilitation du travail Développement du réflexe - Collaborer avec les intervenants de l'accueil social représente un poids de moins pour les policiers. Ils devaient évaluer eux-mêmes (ou à l'aide d'Urgence-Détresse) l'état de la personne, amenant beaucoup d'incertitude face à la solution à privilégier. Pour les policiers, cet intervenant possède l'expertise réelle pour savoir ce qu'il faut faire : « L'intervenant du Projet Rémi, pour le policier, ça lui a enlevé une épine du pied incroyable. » (lieutenant à la Sécurité du Québec) - Il en va de même pour les ambulanciers : « On a peu de formation à ce niveau-là (désorganisation, tendances suicidaires, etc.) dans nos cours de base, ça fait qu'on était toujours un peu mal foutus avec ces patients-là, assez que notre façon de se comporter les rendait agressifs, et là ça dégénérerait... Moi je trouve que ça amélioré énormément nos interventions. Là, au moins, on a affaire à des gens qui sont compétents pour prendre ces décisions-là. » (superviseur chez CAMBI) - Pour l'unité psychiatrique : avant, ils devaient compléter un autre formulaire de liaison pour référer au CSSS, définir ce qui est urgent ou non, prioritaire ou non, etc. en fonction de certains critères. Maintenant, ils n'ont qu'à remplir le document « Projet Rémi » (et au besoin fournir des informations complémentaires), et la priorité est automatiquement établie (et le suivi 24/48 assuré).	

L'avis des partenaires et de la population en regard de cette initiative

Les usagers interrogés

Les personnes suicidaires interrogées nous partagent leur expérience depuis la mise en place du nouveau mode de fonctionnement avec le Projet Rémi. Par exemple, dans un cas, il y eut un appel à Urgence-Détresse, mais le client n'en a pas eu connaissance, car c'est un proche qui a appelé pour lui. Dans le second cas, la personne a eu recours aux services policiers, mais elle s'est dite fort déçue, gardant l'impression que sa demande (contexte particulier d'un proche disparu) n'avait pas été prise au sérieux. Cependant, dans les deux cas, les clients ont grandement apprécié la rapidité avec laquelle le travailleur social fut informé et est intervenu dans le dossier. Pour eux, cette intervention dans un épisode fort difficile de leur vie a été déterminante; ils se disent très satisfaits. Ils n'hésiteraient pas à réutiliser les services et se disent rassurés de savoir que des services d'une telle qualité existent : « J'ai bien confiance en lui (le travailleur social) car c'est lui qui était là au départ. Il m'a bien soutenue, puis j'étais à l'aise de parler avec lui. »

Les intervenants responsables du Projet Rémi

Les trois intervenants responsables du dossier « Rémi » sur leur territoire se disent emballés par l'initiative par le filet de sécurité qu'elle assure aux clients : « Il y a tout le temps un partenaire qui sait où est rendu le client, et qui est en « stand by » pour lui offrir un suivi, il y a tout le temps quelqu'un qui a le client entre les mains finalement. » (intervenante responsable, CSSS des Etchemins) Selon eux, cette initiative apporte une

meilleure connaissance des services chez les partenaires. Cependant, ils observent des limites au niveau de la transmission des informations entre les gestionnaires sur la Table des partenaires du Projet Rémi et leurs équipes terrain. Il semble que ces équipes ne sont pas toujours formées pour bien appliquer le protocole du Projet Rémi. C'est d'ailleurs pour cette raison qu'ils ont entamé à l'automne 2009 une nouvelle tournée des partenaires afin de rencontrer les équipes terrain.

Une intervenante de l'accueil psychosocial

Selon l'intervenante de l'accueil social interviewée, le retour 24/48 auprès du client leur ajoute une surcharge de travail, d'autant plus que les clients sont souvent difficiles à joindre après un épisode de crise. Par ailleurs, les intervenants de l'accueil social essuient très souvent des refus de services lors de ce premier contact, jusqu'à 70 % selon leur estimation. De plus, bien qu'ils croient au principe fondateur de Rémi, ce qui se passe sur le terrain diffère parfois largement de ce que l'entente prévoit. Par exemple, les personnes qui rencontrent le client ne sont pas nécessairement celles qui complètent le document « projet Rémi » (un psychiatre va rencontrer le patient, mais c'est l'infirmière, qui n'a pas vu le patient, qui va remplir la feuille d'évaluation). En situation d'urgence, les partenaires n'ont pas toujours le temps de compléter les documents : « le projet Rémi c'est beau, mais des fois entre la réalité et le projet, c'est différent » (intervenante à l'accueil social, CSSS des Etchemins). Une rencontre entre les intervenants terrain serait donc nécessaire à l'heure actuelle. Ce pont avec les équipes terrain serait d'autant plus pertinent que les intervenants de l'accueil social ont parfois l'impression qu'ils ne sont pas assez consultés. Les rencontres pour présenter Rémi aux équipes cliniques étaient, selon eux, plus informatives que consultatives : « on ne part pas nécessairement du vécu des gens qui sont déjà en place, et ce, parce que la majorité des personnes sur la Table des partenaires sont des gestionnaires. » (intervenante à l'accueil social, CSSS des Etchemins) Cela dit, avec certains réajustements, ils croient à la pertinence du Projet Rémi.

Selon l'intervenant d'Urgence-Détresse interrogé, ils y voient un moyen d'assurer une meilleure continuité des services, pour un changement facile à intégrer dans leur pratique.

Selon l'intervenant de l'unité psychiatrique rencontré, ce qu'ils apprécient particulièrement de l'initiative est le pont plus rapide et facile qui se fait avec le CSSS, et le suivi que ce dernier assure après à la clientèle. Malgré ce gain, il reste encore certains ajustements. Par exemple, il y a beaucoup de personnes qui, pour se « sauver » de la justice à la suite d'un délit commis, « prétendent » avoir des idées suicidaires... les policiers, au lieu de les amener en prison, vont les amener à l'urgence.

Selon la gestionnaire du CSSS rencontrée, il ne s'agit peut-être pas d'une initiative « exceptionnelle » ou « révolutionnaire », mais plutôt d'un moyen fort peu coûteux (en termes d'argent et de ressources humaines) pour bonifier l'offre de service en prévention du suicide. Mais d'abord, et c'est l'aspect le plus intéressant selon elle, il s'agit d'un moyen qui « appartient à tous », et pas juste au CSSS (responsabilité populationnelle) : « C'est une propriété. On est propriétaires du projet Rémi tout le monde ensemble. »

Selon les gestionnaires rencontrés, les policiers et les ambulanciers sont très satisfaits du projet Rémi au point qu'ils ne reviendraient pas en arrière. Le projet leur permet de combler une expertise qui leur était manquante dans certaines situations : « aujourd'hui, on ne travaillerait plus sans les membres du CLSC » (lieutenant à la SQ). Par contre, la pratique au quotidien demande encore quelques légers réajustements. Par exemple, les ambulanciers font parfois affaire avec des intervenants qui, pour éviter de se déplacer, vont systématiquement leur recommander d'amener la personne à l'hôpital. De leur côté, les policiers sont moins à l'aise avec certains aspects du formulaire impliquant des connaissances médicales, ce qui, selon le lieutenant rencontré, peut entraîner des risques de poursuites judiciaires. Les policiers « vivent » donc avec ce malaise.

Un superviseur chez les Ambulances CAMBI résume bien ce que ce filet de sécurité signifie pour les citoyens du territoire et pour les professionnels œuvrant en prévention du suicide :

Vous savez qu'avant, des fois quand on laissait un patient sur place, on se disait : « j'espère qu'il ne s'est pas suicidé lui, si je le vois demain matin dans le journal, est-ce que je vais regretter la décision que j'ai prise? [...] ». Ça fait que là maintenant je me dis « on a collaboré », et si la personne se suicidait, je me dirais : « on a donné toutes les chances, on a fait affaire aux ressources qu'on a pour l'évaluer comme il faut »... Ça peut arriver qu'il en passe dans les mailles du filet un moment donné, mais les chances sont beaucoup moins grandes. À mon avis, ça devrait être comme ça partout!

Quelles leçons pouvons-nous tirer de la mise en place de cette initiative?

Cette initiative a amené au départ un choc de cultures. Les policiers et les ambulanciers étaient habitués d'intervenir très rapidement. Pour eux, la « négociation » de l'intervenant social avec la personne au départ leur donnait l'impression de perdre leur temps, surtout si cette intervention se soldait finalement par un transport à l'hôpital. Les policiers ne sont pas habitués à « discuter » ou « négocier » la solution à adopter. Ils trouvaient difficile qu'on « leur dise quoi faire ». Il a fallu les sensibiliser à l'importance du travail des intervenants sociaux. L'évaluation plus juste de la situation par des intervenants sociaux permet d'éviter des poursuites. Cela constitue une valeur ajoutée pour les policiers.

Hormis ce « choc de cultures », la mise en place et l'application progressive des trajectoires a exigé plusieurs réajustements. Par exemple, cela pouvait engendrer un dédoublement du travail. Plusieurs partenaires pouvaient se retrouver à remplir le même formulaire pour un même usager. Cette situation s'est résorbée avec le temps. Lorsqu'un partenaire remplit le formulaire, il le dit tout de suite quand il entre en contact avec l'autre. Un autre ajustement nécessaire a été la désignation de l'« intervenant responsable » lorsque la personne commet un suicide. Par exemple, à qui revient la responsabilité lorsque plusieurs partenaires ont été impliqués dans l'intervention peu de temps avant qu'elle ne se suicide? Ce point fut clarifié ainsi : les intervenants désignés responsables sont ceux à qui le dossier a été transféré. Par ailleurs, le délai d'arrivée de l'intervenant social sur les lieux de l'incident a représenté un défi important, d'autant plus que les ambulanciers sont soumis à des contraintes de temps pour leur intervention. Pour pallier cette contrainte, les intervenants ont tenté le plus possible de réduire ces délais, et les policiers ont accepté d'assister la personne suicidaire un peu plus longtemps. Dans le cas des ambulanciers, l'intervenant regarde avec lui des solutions de rechange. Par exemple, il peut regarder la possibilité qu'un proche puisse être auprès de la personne en attendant l'intervenant. Par contre, une bonne part de ces difficultés ont été résolues par le développement chez les ambulanciers et les policiers du réflexe d'appeler l'intervenant dès la réception de l'appel plutôt qu'à la fin de leur intervention.

Les partenaires ont été aussi confrontés à certaines limites liées à leur pratique. Par exemple, les ambulanciers ne sont autorisés à transporter une personne qu'à l'hôpital. Ainsi, si dans une situation donnée, l'intervenant suggère d'emmener la personne en lit de crise (ex. : ressource *L'Intermédiaire*), les ambulanciers ne peuvent pas, car ce n'est pas un « centre receveur ». Par contre, ils ont demandé au MSSS de regarder la possibilité de considérer les lits de crise comme des receveurs pour les ambulances.

Il reste chez certains intervenants terrain (intervenants du CSSS, policiers, ambulanciers) une préférence pour emmener la personne à l'hôpital. Pour les gestionnaires, ça implique un rappel constant aux équipes terrain, et pour certains, un suivi continu des dossiers. Par exemple, du côté de la SQ, l'adjoint responsable des enquêtes révise tous les dossiers liés au suicide; il a pour mot d'ordre de vérifier tous les documents Projet Rémi. Si ce dernier constate des lacunes, il fait un retour auprès des policiers.

Parfois, les plus grandes difficultés se posent dans les menus détails. Par exemple, les partenaires ont retravaillé le document Projet Rémi en papier carbone, et l'ont réduit à une page pour le simplifier, afin d'accommoder tout le monde. Mais cette page est de format 8½ X 14, toutes les sections ne pouvant entrer sur une 8½ X 11. Or, ce format n'entre pas dans les dossiers au CSSS. Ce petit « détail » a engendré bien des discussions et des réajustements. En somme, le format 8½ X 14 fut conservé. Pour l'adjointe au programme Adultes avec trouble d'adaptation du CSSS de Beauce, une telle collaboration exige de la part de l'organisme parrain d'être prêt à s'ajuster lui aussi :

On a dans notre mission et notre orientation le terme « collaboration », et on se gargarise avec ça. Mais travailler bien avec les partenaires, ce n'est pas leur imposer ce qu'on veut. C'est prendre ensemble le mieux pour tout le monde. L'organisme parrain doit lui aussi en subir les conséquences parfois.

La clef du succès pour l'adjointe au programme Adultes avec troubles d'adaptation du CSSS de Beauce, réside dans la culture de collaboration qui était déjà en place : « Avant d'arriver avec un projet comme ça, il faut que les relations avec les partenaires soient installées. Tu n'installas pas une relation avec un nouveau projet; t'installas un nouveau projet dans des relations qui existent déjà. »

Le plus gros défi maintenant consiste à rejoindre les équipes terrain. Étant donné le roulement de personnel, surtout à l'hôpital, il n'est pas facile de garder tout le monde informé : « On serait là aux deux semaines pour mettre les gens au parfum tout le temps, ça fait qu'on se fie beaucoup sur le chef qui est là-bas qui connaît son monde, puisque quand il y a un nouveau qui entre, que ça fasse partie de l'intégration de la nouvelle personne, de dire bon ben le Projet Rémi c'est ça [...] » (Intervenante responsable, CSSS des Etchemins) C'est pour cette raison qu'une seconde tournée des partenaires a été amorcée à l'automne 2009. Les partenaires ont organisé deux 5 à 7 pour que les équipes terrain puissent se voir et échanger, dans un contexte sympathique.

Les suites de l'initiative

Actuellement, les partenaires sont à consolider le Projet Rémi en y intégrant le suivi étroit pour les personnes à potentiel suicidaire élevé. Ce type de suivi exige un suivi encore plus serré qui se juxtaposera facilement au suivi 24/48 (deux contacts la première semaine, nombre de rencontres prédéterminées avec objectifs, retour auprès du client après quelques mois, etc.).

Quelles ont été les sources utilisées pour documenter cette initiative?

Rappel : L'OQRLS documente les initiatives à partir de différents points de vue par le biais d'entrevues. L'expérience et la perception des acteurs locaux est au cœur des travaux de l'Observatoire québécois des réseaux locaux de services. Ce récit a été rédigé à partir des sources suivantes.

- Entrevues auprès des trois intervenants responsables du Projet Rémi sur le territoire de Beauce-Etchemin (deux au CSSS de Beauce : MRC Beauce-Sartigan et MRC Robert-Cliche; une au CSSS du Lac-Etchemin);
- Entrevue avec l'adjointe au programme Adultes avec troubles d'adaptation au CSSS de Beauce;
- Entrevue auprès d'un lieutenant à la Sûreté du Québec (MRC Beauce-Sartigan);
- Entrevue auprès d'un superviseur chez Ambulances CAMBI;
- Entrevue auprès d'une technicienne en travail social à l'accueil social du CSSS des Etchemins;
- Entrevue auprès d'un intervenant social œuvrant à la Centrale Info-Santé/Urgence-Détresse, au CSSS de Beauce;
- Entrevue auprès de l'assistante infirmière chef à l'unité de psychiatrie au Centre hospitalier Beauce-Etchemin (CSSS de Beauce) (également coordonnatrice de l'unité par intérim);
- Entrevues auprès de deux citoyens ayant utilisé les services en prévention du suicide.

**Vous avez des commentaires sur ce texte?
aroyer.csss-iugs@ssss.gouv.qc.ca**

Citation suggérée

Bolduc, N., Royer, A.-M., Archambault, J., Battaglini, A. et Gervais, J. (2010). *La prévention du suicide : une priorité collective sur un territoire pour mieux soutenir les personnes vulnérables*. Récit, Observatoire québécois des réseaux locaux de services, 19 octobre 2010, 15 pages.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2010

Bibliothèque et Archives du Canada, 2010

ISSN : 1923-5895 (version imprimée)

ISSN : 1923-5909 (version PDF)

La reproduction des textes est autorisée et même encouragée, pourvu que la source soit mentionnée.

© Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, Observatoire québécois des réseaux locaux de services, 2010

Pour plus d'information sur l'initiative...

Personne-ressource de l'OQRLS : Anne-Marie Royer, courtière de connaissances au 819 780-2220, poste 47076

Annexe — Description des liens entre les partenaires et trajectoires suivies¹²

- En cas de crise suicidaire : le policier : ◆ appelle à Urgence-Détresse le plus rapidement possible et précise « Projet Rémi »; ◆ se rend sur les lieux; ◆ complète le document Projet Rémi - En cas de tentative de suicide : le policier : ◆ appelle à Urgence-Détresse le plus rapidement possible et précise « Projet Rémi »; ◆ se rend sur les lieux et avise les ambulanciers; ◆ complète le document Rémi (la première partie), se garde une copie pour ses dossiers et le remet ensuite aux ambulanciers (qui le remettront ensuite en mains propres à l'intervenant du centre hospitalier, après s'être gardé une copie); ◆ remet aux proches la pochette « tout le monde s'en mêle »; si les proches ont besoin d'un suivi, avec leur autorisation, il est référé à l'Accueil centralisé. - En cas de suicide complété, le jour : si les proches ont des besoins psychosociaux, le policier contacte l'Accueil centralisé et reste sur place jusqu'à l'arrivée de l'intervenant
- En cas de crise suicidaire (6-7) ou tentative de suicide de tout client du CSSS, si la personne refuse de collaborer et que la situation justifie l'utilisation de la loi P-38, l'intervenant : ◆ s'assure d'envoyer un intervenant sur place s'il n'y est pas déjà; ◆ contacte les policiers; ◆ appelle l'urgence en précisant « Projet Rémi » et prépare l'arrivée de la personne; ◆ télécopie le document Projet Rémi à l'urgence. - Les intervenants de l'Accueil social peuvent également faire appel aux policiers pour des situations dangereuses (ex. : personne violente ou possédant des armes).
- En cas de crise suicidaire : l'ambulancier : ◆ se rend sur les lieux; ◆ s'il s'agit bien d'une demande liée au suicide : appelle l'Accueil centralisé (jour) ou Urgence-Détresse (soirs, nuits, fins de semaine¹³) et précise « Projet Rémi »; ◆ attend avec la personne l'arrivée de l'intervenant (maximum 30 min.), sauf si l'intervenant a assuré la relève par un proche (en attendant son arrivée); ◆ complète le document Rémi et se garde une copie.
En cas de suicide complété, pour un proche non suicidaire ayant besoin d'aide : l'intervenant, avec une autorisation de la personne, fera une référence personnalisée au C.E.P.S. (groupe personnes endeuillées par suicide)
- En cas de crise suicidaire (niveau 4-6), l'intervenant du C.E.P.S., avec le consentement de la personne : ◆ appelle à l'Accueil centralisé ou à Urgence-Détresse en précisant « Projet Rémi »; ◆ télécopie le document Projet Rémi à l'Accueil centralisé. - Pour toute crise de niveau 4-7, il télécopiera le document Projet Rémi à l'Accueil centralisé (différence : avec le niveau 7, il contactera les urgences). - S'il reçoit un appel d'un proche d'une personne s'étant suicidée, qui devient elle-même suicidaire, l'intervenant du C.E.P.S. : ◆ contacte l'Accueil centralisé ou Urgence-Détresse.

¹² Source : Trajectoire d'intervention en prévention du suicide RÉMI

¹³ Ou appelle à un numéro direct et privé, peu importe, le moment de la journée, qui le mène à Urgence-Détresse. C'est l'intervenant U-D qui pourra alors faire le tri et réacheminer la demande à l'Accueil social.

Annexe — Description des liens entre les partenaires et trajectoires suivies (suite)

• En cas de crise suicidaire élevée (6-7), l'intervenant de l'Accueil social : ◆ appelle l'urgence en précisant « Projet Rémi » pour préparer l'arrivée de la personne; ◆ remplit le document Projet Rémi (sauf si référence d'un partenaire ayant déjà rempli le formulaire); ◆ télécopie le document Projet Rémi à l'urgence.
• Pour toute personne sortant de l'hôpital, l'infirmière ou le travailleur social de l'hôpital : ◆ appelle l'Accueil centralisé en précisant « Projet Rémi »; ◆ s'il n'est pas déjà rempli : complète le document Projet Rémi avec la section d'autorisation du client de transmission des informations pour le CSSS des Etchemins (non nécessaire pour le CSSS de Beauce); ◆ télécopie le document Projet Rémi à l'Accueil centralisé, avec des documents complémentaires (demande écrite de suivi CLSC s'il s'agit d'une personne n'ayant jamais reçu les services du CSSS; sinon différents documents utiles : histoire de consultation médicale, le descriptif pour chacun des axes, l'histoire antérieure, histoire judiciaire, etc.); ◆ avertit le client qu'il sera rappelé à l'intérieur de 48 h. • À la suite d'une tentative de suicide (si la personne est décédée à l'hôpital), l'infirmière offrira de l'aide aux proches. S'ils ont besoin de cette aide, l'infirmière : ◆ offrira le soutien du travailleur social du CH et avisera l'Accueil centralisé du territoire concerné si c'est le jour; ◆ offrira le soutien du travailleur social de l'urgence et avisera Urgence-Détresse si c'est le soir ou la nuit.
• En cas de tentative de suicide : l'ambulancier : ◆ se rend sur les lieux et avise les policiers; ◆ amène la personne à l'hôpital; ◆ complète le document Rémi (la première partie) et le remet à l'hôpital après s'être gardé une copie. • Sinon en cas de crise suicidaire (voir procédure 3) si l'arrivée de l'intervenant dépasse 30 min.
• En cas de tentative de suicide, l'intervenant du Centre d'écoute téléphonique et de prévention du suicide (C.E.P.S.) : ◆ appelle les services d'urgence et précise « Projet Rémi »; ◆ télécopie le document Projet Rémi à l'urgence.
• En cas de crise suicidaire (niveau 7), l'intervenant du C.E.P.S. : ◆ contactera les urgences (police) et précisera Projet Rémi; ◆ télécopiera le document Rémi à l'accueil centralisé.
• Les services ambulanciers sont souvent mis à contribution dans les urgences de niveau élevé (6-7). Ils s'avisent l'un et l'autre en cas de tentative de suicide, ou s'ils ont des besoins particuliers (transport à l'hôpital ou utilisation de la loi P-38). L'entente entre les deux : c'est le premier qui a eu un contact avec le client qui doit remplir la section I du document Rémi.
• Si un signalement est fait au Centre jeunesse et qu'il n'est pas retenu, le cas est référé à l'Accueil centralisé du CSSS.

À propos du document

Il s'agit d'un premier recueil qui regroupe treize initiatives documentées par l'Observatoire québécois des réseaux locaux de services. Certaines initiatives apparaissent en version abrégée (coup d'œil) ou en version plus longue (récit) ou dans les deux versions. Les initiatives prometteuses portent le plus souvent sur des clientèles vulnérables surtout les personnes âgées en perte d'autonomie, les adultes souffrant de problèmes de santé mentale et les adultes souffrant de maladies chroniques. Les principaux partenaires des initiatives sont les médecins (GMF, cliniques médicales), les centres de réadaptation et les organismes communautaires.

À propos des auteurs...

Le travail de collecte de données et de rédaction repose sur une petite équipe de courtières de connaissances organisée en trois pôles, soit Sherbrooke (Anne-Marie Royer, CSSS-IUG de Sherbrooke), Montréal (Julie Gervais, CSSS Bordeaux-Cartierville – Saint-Laurent) et Québec (Nadine Bolduc, CSSS de la Vieille-Capitale qui a quitté en mai 2010). Ce travail est soutenu par Johanne Archambault, directrice responsable (CSSS-IUG de Sherbrooke) et Alex Battaglini, coresponsable (CSSS Bordeaux-Cartierville – Saint-Laurent).

À propos de l'Observatoire québécois des réseaux locaux de services...

L'Observatoire est piloté par les six centres de santé et de services sociaux ayant une désignation au titre de centre affilié universitaire (CAU) dans le secteur des services sociaux. Le projet a reçu l'appui du ministère de la Santé et des Services sociaux qui le soutient financièrement. Rappelons que la mission de l'OQRLS est de documenter, d'analyser et de faire connaître les initiatives de collaboration entre les CSSS et leurs partenaires du réseau local. Ces initiatives doivent être porteuses d'amélioration de la santé et du bien-être de la population. L'objectif ultime de l'OQRLS est de dégager de ces initiatives des enseignements utiles pour l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux.



**Observatoire québécois
des réseaux locaux de services**