

Projets cliniques

Partenaires pour la santé et le mieux-être de notre population

Volume 1, numéro 4

Décembre 2006

Les projets cliniques : déjà des résultats

L'an passé, à **pareille** date, les centres de santé et de services sociaux de l'Estrie avaient convié leurs partenaires aux premiers travaux du projet clinique du programme-services « Perte d'autonomie liée au vieillissement ». Après beaucoup d'efforts, plusieurs discussions et autant de décisions, nous voyons apparaître les premiers résultats de cette démarche, centrée sur l'amélioration des services pour la clientèle.

Dans ce feuillet, nous vous présentons les premières mesures que les réseaux locaux de services appliquent déjà. Et ce n'est que le début car d'autres actions seront entreprises au rythme des travaux de chaque milieu. Vous constaterez également que les projets varient d'un réseau local de services à l'autre : c'est pour mieux répondre localement aux besoins spécifiques de la clientèle de ce programme.

Au plan local

Les centres de santé et de services sociaux mettent de l'avant une série de mesures favorisant le maintien à domicile, soit en intensifiant les services pour consolider les plans de maintien à domicile, en ajustant l'offre de service pour diminuer les périodes d'hospitalisation, ou encore, en concertant les ressources locales et régionales par le travail des gestionnaires de cas.

Pierre Richard, chargé de projet régional
Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie

Au plan régional

Les centres de réadaptation, les organismes communautaires et le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke s'arriment aux centres de santé et de services sociaux en intensifiant les mécanismes de référence et de liaison, en accélérant la mise en place de services pour les clientèles vivant seules et en dépistant celles qui sont à grand risque de perte d'autonomie.

Détecter et soutenir les personnes âgées vulnérables

Au Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog nous avons priorisé deux cibles cette année, soit :

- détecter les personnes âgées vulnérables ou à risque de perte d'autonomie;
- développer l'expertise des proches aidants, des bénévoles et des intervenants oeuvrant au sein du réseau local de services afin d'adapter leur approche aux besoins spécifiques des personnes âgées présentant une problématique complexe.

À cet effet, des sessions de formation sont prévues afin de développer les connaissances des bénévoles et des proches aidants qui accompagnent des personnes âgées ayant une perte cognitive, comme celles atteintes de la maladie d'Alzheimer. L'objectif est de mieux soutenir ces gens en leur transmettant de l'expertise. De plus, nous sommes à outiller les intervenants engagés sur le terrain à mieux détecter les personnes âgées à risque de perte d'autonomie. Cette formation s'adressera même, par

exemple, aux livreurs de repas de la popote roulante qui rencontrent de nombreuses personnes parfois isolées.

Enfin, plusieurs autres activités sont prévues, ainsi :

- un comité a été mis sur place formé de représentants du Réseau intégré de services aux personnes âgées (RISPA) et d'organismes communautaires afin d'identifier des moyens permettant de rejoindre les personnes âgées à risque d'exclusion sociale;

(Suite à la page suivante)

- l'outil de dépistage de la perte d'autonomie PRISMA 7 a été déployé à l'unité d'urgence et des formations sur l'utilisation de cet outil seront déployées au sein des organismes communautaires;
- deux sessions de formation sont au point et s'adressent aux proches aidants, aux bénévoles et aux travailleurs autonomes engagés dans le cadre du chèque-emploi-service portant, entre autres, sur l'approche relationnelle auprès des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer;
- le centre de santé et de services sociaux travaille aussi à la mise en place d'un projet pilote permettant de faciliter l'accès aux médecins de famille pour les personnes vulnérables, dont les personnes âgées en perte d'autonomie.

Monique Giroux, chargée de projet clinique
Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog

Bien connaître les services existants

On interroge l'accessibilité horaire, géographique, physique et linguistique de nos services, mais encore faut-il que les services soient bien connus et que l'information soit accessible au bon moment, pour les bonnes personnes. D'où la toute première des dix mesures incluses dans le programme-services « Perte d'autonomie liée au vieillissement » de la MRC des Sources, soit l'élaboration d'un répertoire des ressources portant spécifiquement sur cette problématique.

Un outil souple et adapté aux besoins

Le comité de travail sur ce dossier a constaté que les informations sur les services destinés à la perte d'autonomie liée au vieillissement existaient, mais souvent de façon trop partielle ou encore centralisée au guichet d'accès « Perte d'autonomie liée au vieillissement ». Or, toutes les personnes en perte d'autonomie ne sont pas nécessairement dirigées vers le guichet d'accès. Le médecin de famille peut, par exemple, inciter son patient à contacter directement la ressource en entretien ménager et contribuer par cette simple référence à prolonger significativement son maintien à domicile. Il doit, au besoin, pouvoir référer rapidement son patient au groupe diabète ou au programme de prévention des chutes.

Ce comité, formé de membres du personnel du centre de santé et de services sociaux et de partenaires, s'affaire déjà à élaborer l'outil. Il lancera diverses versions du répertoire. Une version synthèse et rapide d'accès sera spécifiquement dédiée aux médecins de famille de la MRC. Une autre, plus élaborée, sera destinée à l'ensemble des partenaires alors qu'une version grand public sera acheminée à l'ensemble de la population du territoire. Une section spéciale du répertoire des ressources sera de plus destinée aux aidants naturels.

Voilà une mesure simple, mais combien essentielle, pour améliorer l'accès et la continuité des services aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement.

Jean-Guy Nadeau, chargé de projet clinique
Centre de santé et de services sociaux des Sources

Améliorer l'accès au médecin de famille

Chacun le sait, se trouver un médecin de famille est parfois une course à obstacles pour la population. Des études révèlent qu'en Estrie, environ 80 % de la population a un médecin de famille. Parmi la population qui n'en a pas, environ la moitié est réputée ne pas en avoir besoin. Les autres personnes en quête d'un médecin utilisent divers moyens pour combler le besoin de suivi médical, soit : appels au CSSS-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS) (\pm 40 appels par jour) et dans les cliniques médicales pour demander une prise en charge, visites répétitives dans les cliniques sans rendez-vous, poursuite du suivi par le spécialiste suite à une hospitalisation, visites à l'urgence, etc. Lorsque les personnes en quête d'un médecin sont suivies par un intervenant ou une équipe du CSSS-IUGS (services courants ou services spécifiques), ce sont ces intervenants qui doivent souvent faire de nombreuses démarches.

Conscients de cette difficulté, le CSSS-IUGS et les médecins de famille du territoire ont trouvé un début de réponse à ce problème. En effet, pendant trois mois, soit de janvier à avril 2006, une équipe a

(Suite à la page suivante)

développé et expérimenté des processus et des outils en vue de créer un mécanisme structuré et fonctionnel d'accès à un médecin de famille.

Parmi les constats et résultats, notons :

- environ la moitié d'un groupe de personnes ayant perdu récemment leur médecin de famille et identifiées vulnérables se sont elles-mêmes trouvé un nouveau médecin dans les semaines qui ont suivi;
- la moitié des médecins de famille de Sherbrooke ont accepté de prendre chacun environ trois nouveaux patients;
- l'implication de l'archiviste et de la secrétaire des cliniques médicales participantes facilite l'identification des personnes vulnérables;
- les processus mis en place permettent au CSSS-IUGS de proposer à l'utilisateur et au nouveau médecin de famille des services favorisant une

réponse bien adaptée à la situation de la personne (ex. : cessation tabagique, réadaptation cardiaque, soutien à domicile);

- les rendez-vous avec le nouveau médecin doivent avoir lieu, en majorité, dans un délai de trois à six mois;
- la collaboration du pharmacien communautaire est essentielle afin d'assurer la poursuite du traitement médicamenteux pendant la période de recherche d'un nouveau médecin;
- les personnes visées apprécient l'aide offerte malgré le fait qu'elles ne choisissent pas elles-mêmes leur nouveau médecin.

Sur la base de ces résultats, le CSSS-IUGS a maintenu la fonction d'infirmière clinicienne pour le triage des demandes de médecin de famille et l'orientation vers les ressources appropriées du réseau. Il poursuit ses travaux avec les médecins de famille

afin d'identifier d'autres mesures qui favoriseraient l'accès au médecin de famille. La collaboration interdisciplinaire pour la prise en charge des usagers (médecin, infirmière et travailleur social) est une des voies explorées.

Bien que les mécanismes d'accès en cours de développement ne permettent pas de répondre à toutes les personnes en quête d'un médecin de famille, c'est un pas dans la bonne direction. Par cette activité, le CSSS-IUGS assume, conjointement avec ses partenaires, sa responsabilité envers la population sherbrookoise. Il actualise ainsi son nouveau rôle en matière d'organisation des services sur le territoire.

Céline Bureau,
chargée de projet clinique
CSSS-Institut universitaire de
gériatrie de Sherbrooke

Diversifier les formules d'hébergement et de maintien à domicile

La réalisation du programme-services « Perte d'autonomie liée au vieillissement » du projet clinique a permis de mettre en lumière de belles réussites sur le territoire de la MRC du Val-Saint-François en matière d'hébergement pour les aînés et d'initiatives très porteuses pour leur maintien dans leur milieu de vie. De concert avec les partenaires du réseau local de services, il a été convenu de poursuivre cette belle lancée.

Ainsi, le Centre de santé et de services sociaux du Val-Saint-François a établi au fil des ans un projet de partenariat avec une résidence privée de Windsor. Aujourd'hui, dix-huit personnes en perte importante d'autonomie y demeurent et reçoivent les services requis par le personnel de la résidence et les intervenants du centre de santé et de services sociaux. Fort de ce succès, le

projet « Soutien en résidence privée » a été adapté et mis en place dans deux autres résidences, soit à Richmond et à Valcourt. Une première évaluation vient d'être réalisée et ces deux nouveaux projets, permettant de soutenir au total neuf autres personnes, s'avèrent tout aussi efficaces et appréciés.

De nouveaux partenariats sont en voie de se concrétiser, notamment avec un HLM et des coopératives d'habitation pour aînés. Précisons que, dans la MRC du Val Saint-François, nous avons la chance de compter sur une coopérative d'habitation pour aînés bien particulière qui fait maintenant modèle et inspire d'autres initiatives sur notre territoire et ailleurs au Québec.

Manon Allard, chargée de projet clinique
Centre de santé et de services sociaux du Val-Saint-François

Mieux soutenir les proches aidants

Le volet « Présence-surveillance », un PLUS à offrir à nos proches aidants de la MRC de Coaticook.

Le fait que nous connaissons un accroissement du nombre de personnes âgées et que ces mêmes personnes désirent et choisissent de demeurer à domicile le plus longtemps possible fait en sorte que les besoins et les exigences des services à rendre changent.

Plus de personnes vieillissantes demeurent chez elles. Cela signifie aussi des exigences auprès des personnes qui s'en occupent, les proches aidants, qui se doivent d'assumer une tâche de plus en plus lourde.

Étant les personnes les mieux placées pour offrir la présence-surveillance aux personnes âgées vivant une incapacité, les proches-aidants peuvent éventuellement aussi avoir besoin d'aide et de répit. On peut penser à certains services offerts par les organismes communautaires ainsi qu'aux services dispensés par un établissement du réseau de la santé, tels : le centre de jour ou les différentes formes d'hébergement temporaire.

L'implantation du programme « Présence surveillance » depuis octobre 2005 répond à la fois aux besoins de la personne âgée, de son proche aidant ainsi qu'aux préoccupations des professionnels du réseau de la santé et des services sociaux. La démarche du projet clinique vise donc à maintenir et à consolider ce service sur notre territoire. Ce programme se définit comme étant un service qui désigne les activités normales de garde lorsqu'un proche, qui habite avec une personne ayant une incapacité, doit s'absenter occasionnellement de son domicile pour diverses activités de la vie courante. Ces services sont généralement planifiés.

Ce service de « garde » est rendu disponible grâce au partenariat avec le Service d'aide domestique de la région de Coaticook. Le personnel qui réalise cette activité est formé et bien supervisé par la ressource et le professionnel assigné au suivi de la personne âgée et du proche aidant. Pour être admissible, l'utilisateur doit nécessiter une présence 24 heures par jour, 7 jours par semaine. La « Présence surveillance » peut être régulière ou ponctuelle, de jour et aussi disponible les fins de semaine. Elle doit être souple et innovatrice pour répondre aux différents besoins exprimés par les proches aidants. Depuis le début du service, on dénote une grande satisfaction de la clientèle qui est passée de 5 à 15 personnes. Nous en sommes à instaurer une

... Avec un peu d'aide et de tels réflexes, je suis convaincu qu'il pourra demeurer à la maison



liste d'attente, tellement ce service répond à un réel besoin.

Dans l'implantation de ce programme qui appelle à une nouvelle façon de voir l'offre de service auprès des personnes âgées, nous croyons pouvoir répondre aux besoins de son proche aidant, de la personne âgée ainsi qu'aux préoccupations des professionnels du réseau, à savoir :

Pour les personnes âgées :

Demeurer à domicile le plus longtemps, lui assurer un milieu de vie sécuritaire, continuer de réaliser ses activités actuelles usuelles ainsi qu'augmenter et maintenir sa socialisation.

Pour le proche aidant :

Briser l'isolement, diminuer le sentiment de culpabilité, pouvoir compter sur une personne fiable qui prendra la relève ainsi que permettre des moments de ressourcement et de répit.

Pour le réseau :

Assurer un support aux proches aidants, diminuer le risque d'épuisement des proches aidants, assurer une présence continue et stimulante à la personne âgée, offrir une continuité de services à la personnes âgée et aux proches aidants ainsi que prolonger la possibilité de son maintien à domicile.

La « Présence surveillance », c'est vraiment un PLUS dans notre MRC pour les aidants et les aînés en besoin !

Andrée Duquette, chargée de projet clinique
Centre de santé et de services sociaux
de la MRC-de-Coaticook

Contribution importante des organismes communautaires

D'entrée de jeu, nous tenons à souligner l'importance pour les organismes communautaires d'être partie prenante des discussions autour de la planification et de l'organisation des services en perte d'autonomie liée au vieillissement. En effet, de convenir des orientations, des priorités et des moyens pour répondre le plus adéquatement possible aux besoins de cette clientèle, et ce, avec tous les partenaires d'un réseau local de services, a permis, à titre d'exemple, d'assurer un accès plus rapide au transport adapté et aux services de popote roulante pour les personnes quittant l'hôpital et désirant faire un retour dans leur milieu de vie. Par ailleurs, dans certaines localités, une table de concertation proches aidants a été mise en place afin de trouver une réponse plus adéquate à ces personnes qui ont été trop longtemps laissées pour compte.

À la lumière de ces quelques exemples de collaboration, déjà il est possible de constater la pertinence de tels arrangements entre les partenaires des réseaux locaux de services.

Charles Lamontagne, chargé de projet clinique
Regroupement des organismes communautaires de l'Estrie

Les centres de réadaptation à vocation régionale s'engagent eux aussi

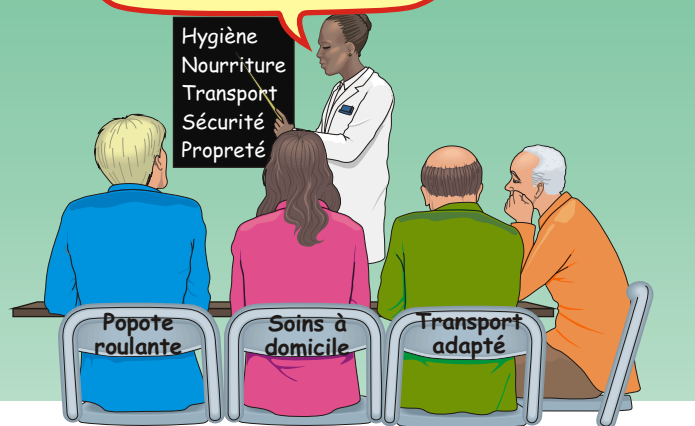
Les centres de réadaptation à vocation régionale de l'Estrie, préoccupés par les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement, désirent travailler avec leurs partenaires afin de mieux répondre aux besoins de cette clientèle.

Afin de mieux desservir les personnes aux prises à la fois avec une perte d'autonomie liée au vieillissement et d'autres problématiques (dépendance, déficience intellectuelle ou physique, jeux pathologiques, etc.), une première action vise à élaborer des plans de services individualisés permettant une intervention conjointe des différents partenaires concernés. Une deuxième action consiste à identifier avec les centres de santé et de services sociaux les besoins de formation des intervenants qui oeuvrent auprès de ces personnes. Ces formations favoriseront une meilleure compréhension des différentes problématiques et une intervention mieux ajustée aux besoins de la personne.

Voilà un exemple de partage d'expertise au profit d'une clientèle avec des besoins multiples.

Jasmin Audet, chargé de projet clinique
Centres de réadaptation à vocation régionale

Voici la liste des besoins à combler pour favoriser son retour à la maison



Une offre de service pour mieux répondre aux besoins des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement

Dans le cadre des projets cliniques, les échanges avec les partenaires ont permis au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) de revoir son offre de service aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement. Grâce à la collaboration de gestionnaires, de professionnels et de médecins de l'établissement, vingt et un éléments ont été identifiés en vue d'améliorer les services offerts à cette clientèle, dont quelques-uns renforcent le fait que le CHUS doit adapter et transformer certains de ses services.

À titre d'exemple, les centres de santé et de services sociaux auront à composer avec la réalité nouvelle des clientèles vieillissantes présentant de multiples problématiques. Ils voudront donc s'assurer que le CHUS offre des services adaptés à ces clientèles. D'ici 2011, le CHUS s'engage, entre autres, à se donner un mécanisme de dépistage et de prise en charge pour la clientèle vieillissante aux prises avec de multiples problèmes et à développer une approche personne âgée dans toutes les unités de soins.

Mais déjà en 2007-2008, le CHUS entreprendra certaines modifications pour :

- améliorer les activités offertes aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement hospitalisées dans ses établissements (activités physiques, quotidiennes et de nature psychosociale);
- faciliter l'orientation des personnes âgées à l'intérieur de ses établissements;
- réduire les difficultés pour les personnes âgées dans l'utilisation des technologies modernes (ex. : la messagerie vocale);
- améliorer le transfert de l'information relative aux patients entre le CHUS et ses partenaires.

Gaétanne Cormier, chargée de projet clinique
Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke