



FORUM

SUR LES MEILLEURES PRATIQUES EN SOUTIEN À DOMICILE

25 ET 26 MAI 2017

The logo for the forum, featuring the word "FORUM" in a stylized font. The letters "F", "O", and "R" are green, while "U", "M", and "A" are blue. The letters are bold and sans-serif.

SUR LES MEILLEURES PRATIQUES EN SOUTIEN À DOMICILE

25 ET 26 MAI 2017



Les composantes d'une organisation de services efficace: accessibilité, continuité, partenariat

Yves Couturier, Ph. D.

Directeur scientifique du Réseau de connaissances en services et soins de
santé intégrés de première ligne <http://reseau1quebec.ca/>

Chaire de recherche du Canada sur les pratiques professionnelles
d'intégration des services en gérontologie



Réseau-1 Québec

Réseau de connaissances en services et
soins de santé intégrés de première ligne



UNIVERSITÉ DE
SHERBROOKE

D'où je parle et ce dont je parle

- Professeur-chercheur en travail social
- Directeur scientifique du Réseau de connaissances en services et soins de santé intégrés de première ligne
- Titulaire de la Chaire de recherche du Canada sur les pratiques professionnelles d'intégration des services en gérontologie
- Suivi continu par des recherches (de 3 à 13 ans) de 9 CSSS-CISSS-CIUSSS depuis 2003, sur la mise en œuvre de l'intégration des services comme solution à des services d'aide à domicile plus efficaces

Quelques rappels introductifs

Qu'est-ce que l'intégration des services ?

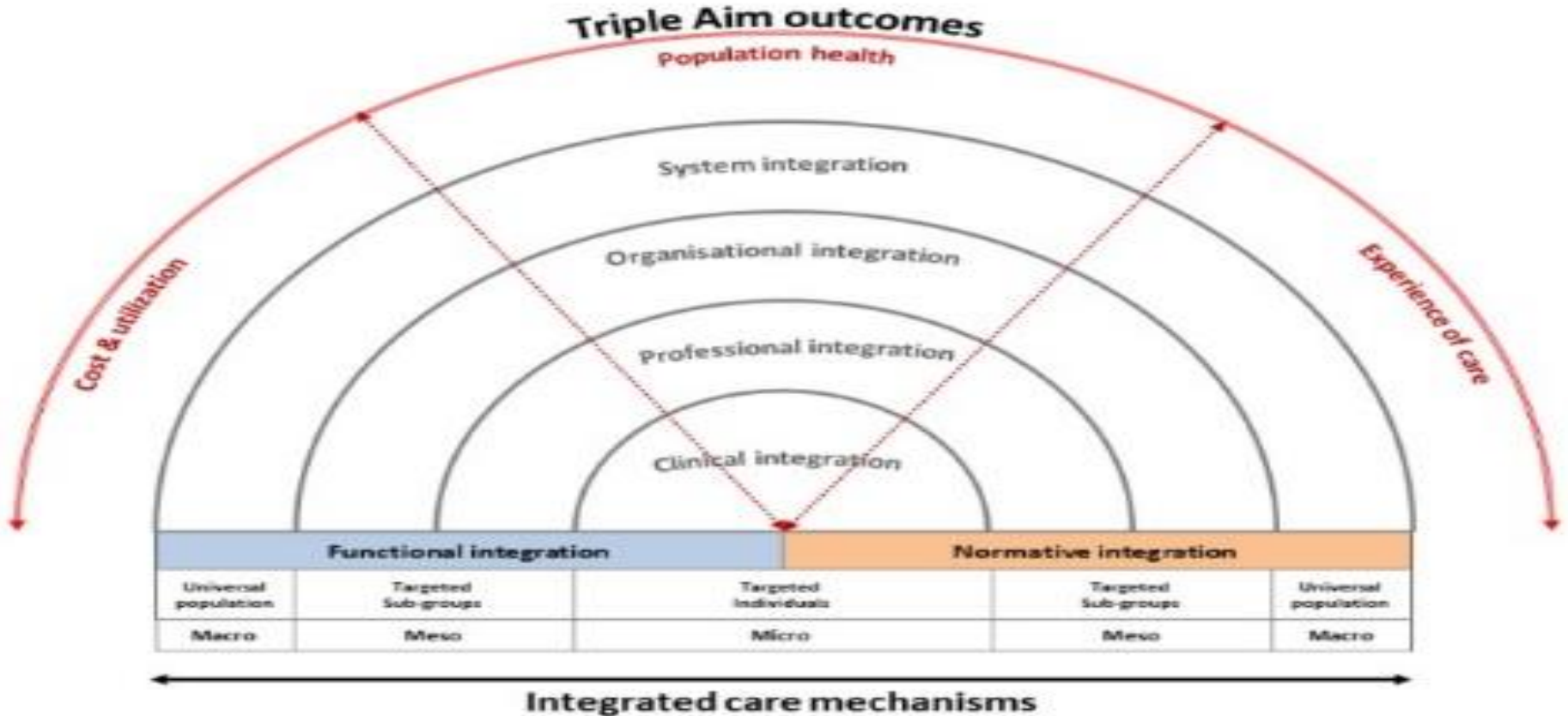
Processus par lequel des acteurs professionnels, organisationnels et politiques mettent en cohérence de façon durable et prévisible TOUTES les composantes du système d'intervention.



Téléaccessible à <http://www.pum.umontreal.ca/>

Une conception de l'intégration,

Valentijn, 2016



Quelques principes fondamentaux des services de soutien à domicile

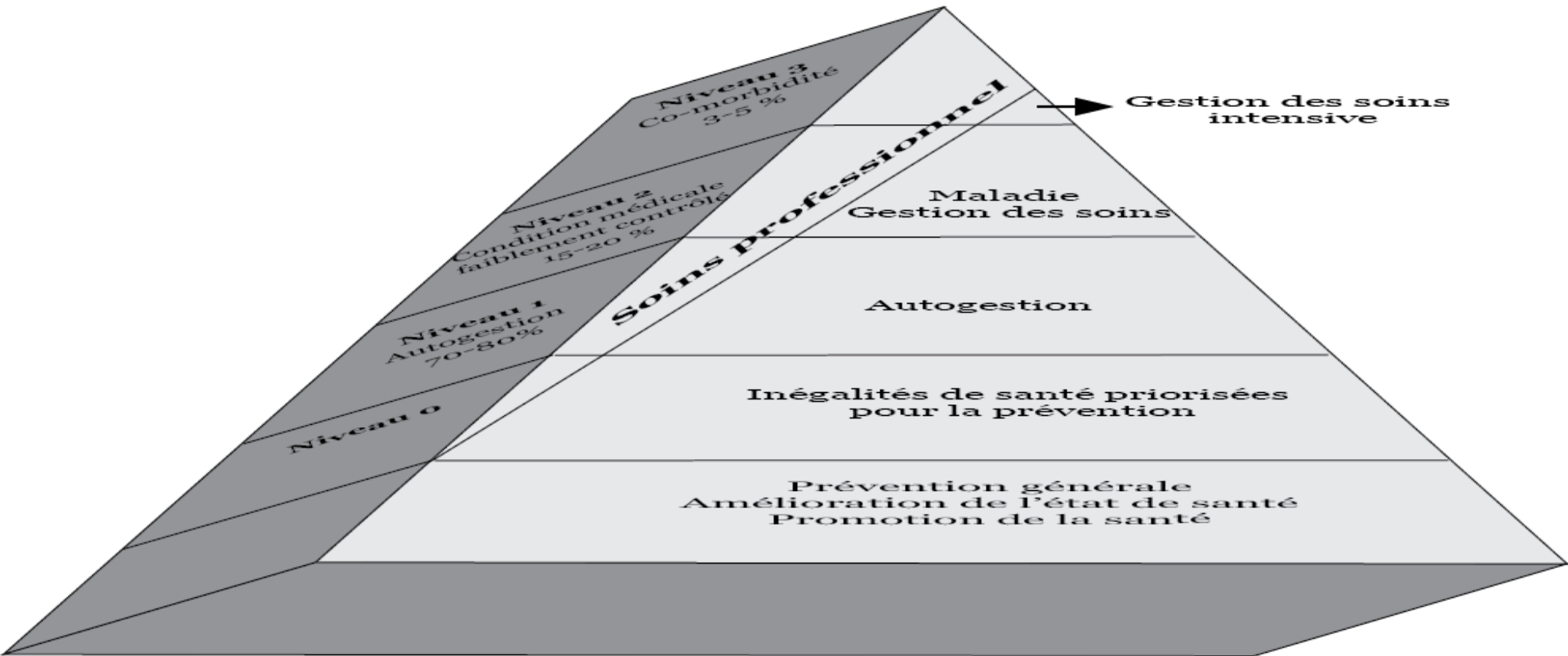
- Une approche de soins axée sur **les capacités** a plus d'impact sur la santé de la population que les approches curatives
- L'utilisateur et ses proches sont les plus grands «producteurs» de santé
- Les besoins sont interreliés, et donc les **solutions interdépendantes**: importance de la coordination des services
- Une **approche populationnelle** est de mise. Ne répondre qu'aux usagers demandeurs de services ne semble pas être une bonne pratique.

Quelques principes fondamentaux des services de soutien à domicile (suite)

- Compenser les effets fonctionnels des maladies chroniques importe autant que le traitement des déficiences
- Des services SAD intégrés dans un continuum de services sont essentiels pour éviter les bris de continuité (exemple : liaison hôpitaux/SAD/GMF)
- Des services SAD forts et préventifs permettent d'éviter les hospitalisations et ses effets indésirables (ex.: syndrome d'immobilisation et déclin fonctionnel).

Continuum des clientèles avec maladies chroniques.

Pyramide de Kaiser



Point de départ du réseau de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA)

Comprend les composantes suivantes :

- Mécanisme de coordination
- Personne responsable
- Mécanisme d'accès unique au RSIPA
- Gestion de cas
- Système d'évaluation des besoins (OÉMC)
- Système de communication
- PI et PSI
- Équipe de gériatrie
- Médecin de famille

Objets	Des bonnes pratiques reconnues	Preuves
Concertation	Un lieu de concertation permanent pour mobiliser tous les acteurs d'un RLS (Privés, publics, communautaires, autres secteurs (ex.: éducation))	Étude PRISMA (2010)
Mécanisme d'accès unique	Structure tout le continuum de services par des normes et règles stables et prévisibles Simplicité pour l'utilisateur, cohérence pour le système Condition de tout continuum	Étude SIPA (2003)
Système de communication	Avoir la bonne information, par la bonne personne, au bon moment. Interopérabilité, sans duplications coûteuses La collaboration interprofessionnelle requiert de l'information centralisée et partageable	Étude FCRSSS (2012), Tsakitzidis (2016)
OEMC	Culture de l'évaluation clinique Induit une approche globale plutôt que curative et fragmentée Permet une gestion de proximité fondée sur de l'information clinique	Couturier, Bonin et Belzile (2016)
PI-PII-PSI	Culture de la planification L'outil de communication entre l'intervenant et l'utilisateur, entre professionnels et avec les partenaires RLS et RTS Lieu où s'ancre la possibilité du patient et proche partenaires	Somme (2003, 2005)
Gestion de cas	5 fonctions dédiées : 1) Évaluer les besoins ; 2) Planifier les services (et évaluer leur efficacité); 3) Coordonner les services, 4) Porter la parole de l'utilisateur dans le système, 5) Soutenir la culture intégrative	Poirier (2015), Nolte et al.(2016)

Objets	Des réussites actuelles	Pour aller plus loin
Concertation	Les RLS en tant que gestion intégrée	<p>Développer et rendre performante la fonction de concertation avec les partenaires des RLS et RTS, notamment avec les GMF.</p> <p>Gouvernance de proximité s'appuyant sur des données cliniques</p>
Mécanisme d'accès unique	Implanté partout	Arrimage avec l'ensemble des partenaires du RTS et RLS dont le GMF
Systeme de communication (RSIPA)	Implanté partout en SAD	<p>Développements en cours potentiellement positifs.</p> <p>Possibilité d'interface avec autres systemes de données, dont en GMF.</p>

Objets	Des réussites actuelles	Pour aller plus loin
OEMC	Implantation réussie. Soutient positivement un changement de culture profond (culture de l'évaluation)	Maintien de sa pertinence clinico-administrative par de la formation aux gestionnaires Développement sous forme d'OCCI
PI-PII-PSI	Début d'usage systématique Formation unifiée (OEMC-Plans)	Lieu potentiel pour incarner concrètement le principe du patient partenaire et la collaboration interprofessionnelle
Gestion de cas	Orientations ministérielles récentes Plusieurs expérimentations porteuses	Compléter l'implantation sur les meilleures pratiques selon les balises ministérielles S'assurer de la collaboration entre l'intervenant en gestion de cas et les médecins de famille

Partenaires clés
d'un réseau de services intégrés
(RSI)

Médecins de famille et GMF

- Efforts considérables en cours
- Des pistes d'action pour aller plus loin
 - Le déploiement des IPS à compléter
 - Arrimage fonctionnel avec les équipes SAD (rôle des TS)
 - Étagement des formes de coordination
 - Continuum des outils cliniques, etc.
 - Profils ISO-SMAF donnent la clef de cette mise en continuum
 - Culture de l'approche fonctionnelle et compensatrice à développer
 - Prendre appui sur le modèle de conduite du changement du Plan Alzheimer
 - Implanter RSIPA (qui a eu de nombreux effets) en GMF

Hôpitaux, résidences privées et ressources intermédiaires

- Implanter une formule d'urgence gériatrique adaptée (hors hôpitaux) pour les cas trop instables pour les résidences, mais dont l'orientation vers l'hôpital est évitable
- Désigner un référent par usager unique au continuum (soit en GMF, soit en CISSS)

D'autres pistes d'action à court terme

- Faire du PSI une activité permettant le partenariat avec l'utilisateur et ses proches
- Étendre l'OEMC bonifié pour l'analyse des besoins des proches aidants
- Rendre obligatoire l'usage de l'outil de détection (PRISMA 7) du besoin d'une évaluation globale des besoins en GMF pour toute personne de plus de 75 ans
- Implanter la chaîne d'outils RSIPA en GMF et les autres partenaires et l'intégrer à leur coffre d'outils
 - Interopérabilité des outils
- Faire du bien-être et de la santé du proche aidant un indicateur de la qualité des services

Un cas clinique modèle

Progression des besoins en fonction de la perte d'autonomie

- Benoit a 78 ans, début de perte d'autonomie
- Il a une aidante volontaire
- Son état de santé se détériore
- Une maladie opportuniste s'installe
- Des va-et-vient nombreux entre le domicile et l'hôpital surviennent
- Benoit a 88 ans et souffre d'un trouble neurocognitif sévère et adéquat
- Une relocalisation vers soins

Progression des services de soutien à domicile

- Se présente en GMF avec son épouse, inquiète des pertes de capacités physiques et cognitives de son conjoint
- Le médecin fait un repérage avec l'outil PRISMA-7
- Le repérage est positif, M. est référé au guichet d'accès SAD-SAPA
- Le médecin poursuit ses évaluations, soutenu par une équipe de gériatrie spécialisée
- Son diagnostic lui a été dévoilé
- Une infirmière pivot lui est désignée
- Une évaluation globale est faite avec l'OEMC et partagée au GMF
- Avant que la situation de M. Benoît se détériore, un PSI est fait avec l'ensemble des acteurs concernés
- Au besoin, des services à domicile sont installés avant l'arrivée de la maladie opportuniste
- Lorsque sa situation se complexifie, un intervenant en gestion de cas lui est désigné pour coordonner et fluidifier les transitions
- La proche aidante a un bon lien d'établi en amont de la crise avec l'infirmière pivot ou l'intervenant en gestion de cas. Des services lui

Conclusion

Tous les outils sont connus et en grande partie implantés pour rendre une telle situation la norme

Conclusion

Mais il faut enraciner les importants efforts faits au Québec depuis 20 ans

- Mesurer l'implantation réelle de l'intégration des services et des résultats sur les usagers. (Audit de qualité)
- Poursuivre l'actualisation du RSIPA
- Finaliser le continuum fonctionnel GMF-SAPA-hôpital
 - Continuum des outils cliniques, des outils informationnels, des dispositifs de coordination
- Développer une culture d'évaluation des effets des innovations à partir du *quadruple aim* : efficacité budgétaire, expérience des soins positive, meilleure santé de la population, satisfaction des intervenants et gestionnaires
- S'assurer que la conduite du changement soit à la hauteur des intentions



Merci

Yves.Couturier@USherbrooke.ca