

LE

# POINT

en santé  
services sociaux  
éducation

[www.lepointensante.com](http://www.lepointensante.com)

Volume 14, numéro 4



Suivi médical  
à domicile des  
aînés en perte  
d'autonomie

La pénurie de  
main-d'œuvre  
dans les ressources  
intermédiaires

Surdiagnostic et  
surmédication

# Le NOUVEAU COMPACT de Vernacare

## Prévenir les infections à l'endroit où les soins sont administrés



Le système de Vernacare demeure à l'avant-garde lorsqu'il est question de fournir des solutions sûres, discrètes et écologiques pour la gestion des déchets humains.

Le NOUVEAU Compact de Vernacare est une unité de traitement de taille réduite qui permet d'éliminer les déchets humains de manière sûre et efficace, *à l'endroit où les soins sont administrés*.

L'utilisation *mains libres* du Compact garantit le respect des normes d'hygiène les plus strictes. L'appareil est équipé de la technologie **SmartFlow<sup>MC</sup>** unique en son genre pour une élimination efficace des excréta.

- Technologie **SmartFlow<sup>MC</sup>**, utilisation *mains libres* et mise en marche automatique
- Cycle d'élimination des déchets par une trémie fermée
- Broyage efficace de tous les produits en pâte de papier et les lingettes destructibles par macérateur Oasis de Vernacare
- Sûr et pratique pour le personnel



Mains libres



Cycle  
SmartFlow<sup>MC</sup>



Mise en marche  
automatique



Le système de broyage breveté **SmartFlow<sup>MC</sup>** de Vernacare fait en sorte que tous les déchets sont mélangés dans une trémie fermée et réduits en particules très fines avant d'être évacués du macérateur. Chaque unité de traitement des produits de pointe de Vernacare est équipée de la technologie **SmartFlow<sup>MC</sup>** afin d'offrir la meilleure protection contre les infections qui soit.

Pour obtenir des renseignements :

1 800 268-2422 • [www.vernacare.com](http://www.vernacare.com)

**Vernacare**



## 4 La pénurie de main-d'œuvre dans les ressources intermédiaires au Québec : constats et pistes de solution

Johanne Pratte, M<sup>me</sup> Bano Soumaré

## 6 Surdiagnostic et surmédicalisation Une maladie du système de santé encore trop peu prise au sérieux

D<sup>re</sup> Guylène Thériault

## 9 Vers l'intégration des services de santé, sociaux et communautaires en première ligne pour les patients ayant des besoins complexes

Catherine Hudon, Maud-Christine Chouinard, Marie-Dominique Beaulieu, Mathieu Bisson, Danielle Bouliane, Martine Couture, Serge Dumont, Antoine Groulx, Véronique Sabourin

## 12 Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) : Un projet de téléconsultation et mentorat

Marie-Andrée Bruneau, Nathalie Bier, Anne Bourbonnais, Stéphanie Daneau, Catherine Dubé, Laurence Villeneuve, Caroline Ménard, Christine Fournier

## 14 HABILITÉS POLITIQUES Pour être habile politiquement *Les leçons de l'expérience!*

Pierre Joron, Mireille Camilien

## 18 Suivi médical à domicile des aînés en perte d'autonomie : défis pour la qualité et l'efficacité

D<sup>r</sup> Vincent Demers

## 20 Groupe Champlain

Guillaume Journal, D<sup>r</sup> Rebecca Samama, Geneviève Dubé

## 22 Projet d'harmonisation des services de relève en Chaudière-Appalaches – Un partenariat mobilisateur

Stéphane Marcoux

## 24 COLLOQUE ÉDUCATION FORMATION EN SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX En marche pour relever le défi des ressources humaines

Karine Limoges



### Éditeur

Normand Bouchard  
norbou@prodtgv.com

### Journalistes

Karine Limoges  
k.limoges@lepointensante.com  
Guy Sabourin  
sabouringuy@gmail.com

### Directeur de production

Michel Gagnon  
514 277-4544, poste 229  
michelg@prodtgv.com

### Ventes

André Falardeau  
514 277-4544, poste 239  
afalardeau@lepointensante.com

Martin Laverdure  
514 239-3629  
martin@laverdure-marketing.com

### Développement et projets spéciaux

Christian Grenier  
514 277-4544, poste 233  
cgrenier@lepointensante.com

### Graphisme

Denise Du Paul

### Impression

PUBLICATIONS 9417

### Impression

PUBLICATIONS 9417

### Abonnements

Version électronique :  
1 an (4 numéros) = 24,95\$  
www.lepointensante.com/  
abonnement/

### Dépôt légal

Bibliothèque et Archives  
nationales du Québec  
Bibliothèque nationale  
du Canada

### ISSN 1911-7221

Le Point en santé  
et services sociaux  
1360, avenue de la Gare,  
2<sup>e</sup> étage  
Mascouche, QC,  
Canada J7K 2Z2

### Tous droits réservés.

Le contenu de la revue,  
en tout ou en partie,  
ne peut être reproduit sans  
autorisation de l'éditeur.



Johanne Pratte  
Directrice générale



M<sup>me</sup> Bano Soumaré  
Conseillère aux membres –  
responsable formation

# La pénurie de main-d'œuvre dans les ressources intermédiaires au Québec : *constats et pistes de solution*

---

La pénurie de main-d'œuvre est un sujet d'actualité, il se passe rarement une journée sans qu'un secteur d'activité en fasse mention. Il n'est pas exagéré de dire que pratiquement tous les secteurs d'emploi sont touchés, et ce, partout au Québec. Avec le vieillissement de la population, il y a plus de gens qui sortent du marché du travail que de personnes qui y entrent.

---

L'Association des ressources intermédiaires d'hébergement du Québec (ARIHQ) a pour mission, entre autres, de représenter et de défendre les conditions d'exercice de ses membres qui offrent des services de soutien et d'assistance auprès de personnes qui ne peuvent plus vivre dans leur milieu de vie naturel. Ces ressources intermédiaires se sont développées dans une approche qui privilégie et favorise l'intégration, le maintien et la réinsertion dans la communauté.

Plus de 900 ressources intermédiaires travaillent de concert avec les établissements du réseau de la santé afin de mener à bien leur mission. Les RI hébergent différentes clientèles à travers toute la province du Québec : des aînés en perte d'autonomie, des adultes avec un déficit physique ou intellectuel ou encore avec une problématique de santé mentale ou de toxicomanie.

Selon une récente enquête réalisée auprès des gestionnaires de RI à travers le Québec, ce réseau est touché par une pénurie de main-d'œuvre sans précédent. Pas moins de **83 %** des gestionnaires affirment être victimes de la

pénurie actuelle. Au total, plus de **2 500** postes seraient à combler au Québec, notamment ceux de préposé(e)s aux bénéficiaires, mais également ceux de techniciens en éducation spécialisés, de travailleurs sociaux, etc.

Il est donc raisonnable de penser que les services aux usagers pourraient éventuellement être directement affectés par cette pénurie. Plusieurs raisons expliquent cette situation, et le sondage mené permet de quantifier cette pénurie, mais aussi de démontrer le degré d'urgence de la situation.

Dans ce contexte particulier et afin de pouvoir continuer d'assurer la qualité et la continuité des services de soutien et d'assistance offerts aux résidents de ces milieux de vie, des solutions doivent être mises en place.



ASSOCIATION DES  
**RESSOURCES INTERMÉDIAIRES**  
D'HÉBERGEMENT DU QUÉBEC

## Quelques exemples

- La population de 65 ans et plus étant de plus en plus nombreuse, il faut miser sur un taux d'activité plus élevé chez cette tranche de la population. Cela implique entre autres d'aménager des horaires plus flexibles, de plus longues périodes de congé, mais aussi de permettre que ces personnes qui souhaitent poursuivre une activité ne soient pas pénalisées au plan fiscal.
- Certaines personnes sont actuellement sous-représentées sur le marché du travail, on peut penser aux personnes handicapées, à certains bénéficiaires de l'aide sociale ou encore à la population autochtone. Le chef des Premières Nations Québec-Labrador, M Ghislain Picard, note que 55 % de la population autochtone est âgée de 25 ans et moins. Le taux de chômage chez cette population est de 42 %. Toutefois, si ces clientèles représentent un bassin potentiel de main-d'œuvre, comme elles sont éloignées du marché du travail depuis un certain temps, cela implique aussi des mesures de soutien aux employeurs pour à la fois recruter, sélectionner, former ou actualiser les compétences de cette main-d'œuvre et, par la suite, soutenir l'intégration de ces personnes.
- Mettre l'accent sur la formation continue pour déployer une offre complète pour les employés dans toutes les régions. Cet aspect est d'une grande importance pour les gestionnaires de RI, car la mise à jour des connaissances ainsi que le développement de nouvelles compétences en lien avec l'évolution des besoins des diverses clientèles permettent de maintenir la qualité des services. De plus, les employés sont valorisés et se sentent encore plus impliqués dans leur milieu de travail et donc envers la clientèle.

Des solutions plus globales s'imposent également. La situation est alarmante, et si rien n'est fait, la crise s'accroîtra avec le vieillissement de la population, alors que les besoins en hébergement continuent de croître. Ainsi, qui sera présent pour offrir les services aux aînés? Il s'agit d'un véritable enjeu de société auquel nous devons trouver des réponses collectivement. Cette situation est inquiétante, car elle met à risque les services directement offerts aux usagers vulnérables hébergés dans nos milieux de vie. Au-delà de cela, c'est également la pérennité et le développement de ce réseau qui risque d'être ébranlé.

Les ressources intermédiaires sont donc orientées vers la recherche de solutions à différents niveaux : provincial, national et même international pour recruter des employés engagés et qui soutiendront nos gestionnaires dans leur mission. Une campagne nationale de valorisation du métier de préposé(e) devrait être déployée. Plusieurs acteurs influents, tels que le gouvernement, les différents ministères et les associations représentatives comme l'ARIHQ sont donc interpellés pour travailler ensemble afin de créer des opportunités pour recruter de futurs employés.

Par-dessus tout, une grande réflexion doit être amorcée sur la place du métier de préposé(e)s aux bénéficiaires dans notre société. Il faut absolument reconnaître ce métier et valoriser davantage ces professionnels dévoués qui prennent tant soin des plus vulnérables. Pour ce faire, l'appui logistique et financier du gouvernement sera nécessaire.

---

**La population de 65 ans et plus étant de plus en plus nombreuse...**

---



# Surdiagnostic et surmédicalisation

## Une maladie du système de santé encore trop peu prise au sérieux

Lorsque l'on dit que 30 % des soins donnés dans notre système pourraient être inutiles<sup>1</sup>, il y a de quoi sursauter. Mais c'est bien la réalité, non seulement au Québec, mais partout dans les pays industrialisés<sup>2</sup>. Les patients, les médecins et les gestionnaires du système de santé devraient demander des explications et exiger des solutions.

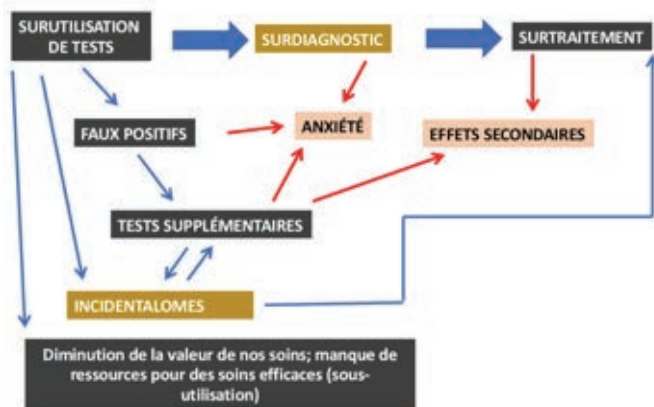


**D<sup>re</sup> Guylène Thériault** possède un diplôme en « evidence based healthcare » de l'Université d'Oxford, est membre du conseil d'administration de l'AMQ et est coresponsable des soins primaires pour Choisir avec soins Canada.

### Le surdiagnostic : définissons-le

« Le surdiagnostic c'est transformer une personne en patient inutilement, en identifiant des problèmes qui n'auraient jamais causé de préjudices »<sup>3</sup>. Le surdiagnostic n'est donc pas une erreur de diagnostic, mais un vrai diagnostic<sup>4</sup>, avec tout ce qui en découle : rendez-vous de suivis, absentéisme, traitements, effets secondaires, impact sur la qualité de vie, etc.

La surutilisation est un concept plus vaste, même si au Québec on a souvent tendance à les confondre. Faire plus de tests peut entraîner du surdiagnostic, mais aussi des faux positifs et des fortuitomes (découvertes inattendues) avec les investigations en cascade qui en découlent.



Le surtraitement peut découler du surdiagnostic, mais peut aussi se manifester lorsqu'un traitement est conseillé sans les données démontrant son efficacité ou encore lorsqu'un traitement, même s'il est efficace, est offert à un patient sans tenir compte de ses valeurs et préférences.

### Comment un diagnostic peut ne pas apporter de valeur ajoutée au patient ?

Nos technologies, de plus en plus performantes, nous permettent d'identifier davantage d'anomalies. Mais la découverte de ces « nouvelles anomalies » est-elle bénéfique ? La réponse est assez rarement oui<sup>5</sup>. On comprend alors l'importance de s'assurer d'utiliser nos modalités diagnostiques de façon pertinente.

L'affirmation que le fait d'« attraper » plus de cas est bénéfique pour le patient exige des données probantes à cet effet<sup>6</sup>. Une réflexion s'impose, par exemple, avant d'acheter du nouvel équipement ou avant de changer des critères diagnostiques.

En 2017, l'AAFP a rejeté la nouvelle définition de l'hypertension de l'AHA/ACC, justement parce qu'elle avait conclu que peu de « nouveaux cas » en tireraient avantage et plusieurs en subiraient des effets délétères. Il est temps que nous montrions nous aussi un tel courage.

« Plus tôt c'est mieux » n'est pas toujours vrai. Nous devons exiger des preuves de l'efficacité du dépistage avant de l'introduire dans nos pratiques. Certains dépistages de cancer ont un ratio bénéfices-préjudices qui semble positif tel que le dépistage du cancer du col (qu'on débute encore trop tôt toutefois) et celui du colon. D'autres ont un ratio bénéfices-préjudices qui demandent une décision partagée avec le patient comme le dépistage du cancer du sein<sup>7</sup>.

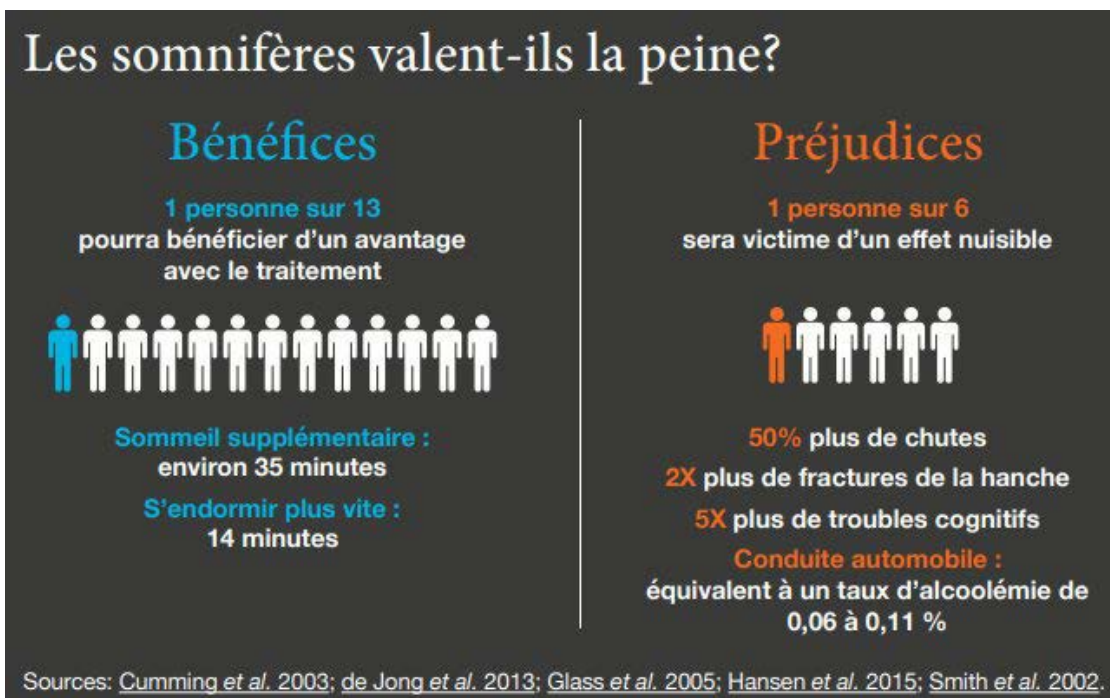
Ne nous cachons surtout pas derrière des arguments fallacieux. Dire que ne pas offrir tel ou tel test n'est pas éthique, c'est oublier que l'utilisation d'interventions qui n'améliorent pas les issues cliniques nuit à l'accès aux soins et entraîne une dépense monétaire qui aurait pu servir à traiter des patients avec des interventions reconnues pour leur efficacité.

## Quoi faire?

Il est impératif, pour la survie de notre système, de nous concentrer sur la pertinence de nos actions, et ce, autant au niveau clinique qu'administratif. Les projets d'érudition des divers apprenants peuvent être un catalyseur. Certains établissements ont réussi à mettre sur pied des comités de pertinence qui ont des effets bénéfiques.

Les changements d'habitudes ne sont pas faciles, mais il faut absolument garder le cap. Il existe des mesures coercitives et d'autres qui visent plus la collaboration. La campagne *Choisir avec soin* a comme objectif d'ouvrir le dialogue à cet effet et offre de nombreuses boîtes à outils qui peuvent servir de point de départ.

Les associations médicales doivent aussi promouvoir la lutte au surtraitement et au surdiagnostic comme le fait l'Association médicale du Québec depuis 2013 déjà. Des règles strictes de non-prescription de certains tests de laboratoires sont à considérer et donnent des résultats sans créer trop de controverse. Nous devons aussi repenser notre utilisation de certaines classes de médicaments, notamment chez les aînés. Par exemple, 21 % d'entre eux consomment une benzodiazépine au Québec, alors que la moyenne est de 13 % au Canada<sup>8</sup>. Ces pratiques causent des préjudices aux patients.





## Quoi retenir ?

On croit souvent à tort qu'en faire plus est une façon prudente d'aborder les soins, mais avec l'abondance de littérature sur l'impact du surdiagnostic et de la surmédicalisation, on réalise que ce n'est pas le cas. Les soins sécuritaires sont ceux qui permettent d'améliorer les issues cliniques. Il faut donc réorienter nos efforts et nos fonds vers des soins prouvés efficaces, en plus d'impliquer les patients dans les diverses décisions en matière de santé<sup>9</sup>.

La surutilisation des soins a des effets populationnels néfastes et importants en raison des coûts d'opportunité qu'elle entraîne, mais aussi à cause des préjudices réels qui en découlent. Réduire les tests et traitements inutiles, c'est l'opportunité d'offrir de meilleurs soins. Il est essentiel que l'ensemble des intervenants du réseau connaisse et comprenne les enjeux de pertinence et de surmédicalisation, puis mette en place des actions concrètes.

## Références

1. Rapport de l'ICIS : *Les soins non-nécessaires au Canada*. Avril 2017. <https://www.cihi.ca/fr/les-soins-non-necessaires-au-canada>
2. Brownlee, Shannon et al. *Evidence of overuse of medical services around the world*. The Lancet. January 2017. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32585-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32585-5)
3. Broderon, J et coll. *Overdiagnosis: what it is and what it isn't*. BMJ Evidence-based. 2017.
4. *Le surdiagnostic : constats et plan d'action*. Rapport de l'AMQ juin 2014. <https://www.amq.ca/documents/plan-action-final.pdf>
5. Gilbert Welch. *Overdiagnosed. Making people sick in the pursuit of health*. 2011.
6. Doust, J. et al. *Guidance for Modifying the Definition of Diseases: A Checklist*. JAMA Int Med Juillet 2017
7. Klarenbach S et al. *Recommandations concernant le dépistage du cancer du sein chez les femmes de 40 à 74 ans qui ne sont pas à risque accru de cancer du sein*. CMAJ 2018 December 10;190: E1441-51. doi: 10.1503/cmaj.180463. <http://www.cmaj.ca/content/cmaj/suppl/2018/12/04/190.49.E1441.DC1/180463-guide-FR.pdf>
8. (CIHI 2018) *statistiques tirées de La déprescription : un changement de paradigme en santé*, Rapport annuel 2018 du Réseau canadien pour la déprescription
9. Stacey D. et coll. *Decision aids for people facing health treatment or screening decisions*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 4. Art. No.: CD001431 [https://decisionaid.ohri.ca/docs/develop/Cochrane\\_Review.pdf](https://decisionaid.ohri.ca/docs/develop/Cochrane_Review.pdf)

---

**Il est impératif,  
pour la survie de  
notre système,  
de nous concentrer  
sur la pertinence  
de nos actions,  
et ce, autant au  
niveau clinique  
qu'administratif.**





# Vers l'intégration des services de santé, sociaux et communautaires en première ligne pour les patients ayant des besoins complexes

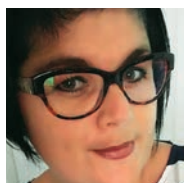
---



**Catherine Hudon, MD Ph. D.**  
Département de médecine de famille et de médecine d'urgence, Université de Sherbrooke



**Maud-Christine Chouinard Ph.D.**  
Département des sciences de la santé, Université du Québec à Chicoutimi



**Véronique Sabourin**  
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean

**Marie-Dominique Beaulieu M.D., Ph. D.**  
Département de médecine de famille et de médecine d'urgence  
Université de Montréal

**Mathieu Bisson M.A.**  
Département de médecine de famille et de médecine d'urgence  
Université de Sherbrooke

**Danielle Bouliane M.A.**  
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean

**Martine Couture**  
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean

**Serge Dumont Ph. D.**  
École de travail social et de criminologie de la Faculté de sciences sociales

**Antoine Groulx M.D., M.Sc.**  
Ministère de la santé et des services sociaux

---

Au Canada, comme dans plusieurs pays industrialisés, 10 % de la population utilise 80 % des services de santé et services sociaux.<sup>1</sup> Ces personnes souffrant de maladies chroniques, de troubles de santé mentale et/ou ayant une vulnérabilité socioéconomique ont des besoins complexes qui doivent être considérés lors de l'attribution des ressources.<sup>2-4</sup> Une meilleure intégration des services de santé et services sociaux de première ligne est nécessaire afin d'apporter une réponse optimale à leurs besoins.<sup>3</sup>

Pour réfléchir aux enjeux soulevés par cette problématique, l'équipe de recherche V1sage<sup>5</sup> a organisé un sommet à Québec en octobre 2016 dans le cadre du projet démonstration de l'Unité de soutien de la Stratégie de Recherche Axée sur le Patient (SRAP) du Québec<sup>6</sup>. Un total de 160 acteurs-clés provenant de centres intégrés et de centres universitaires de santé et de services sociaux (CISSS et CIUSSS), de groupes de médecine familiale (GMF) et d'organismes communautaires de 11 régions du Québec ont pris part à l'évènement.

À l'issue du sommet, sept recommandations considérées prioritaires ont été formulées par les participants.

---

## SEPT RECOMMANDATIONS

### 1. Valoriser l'expérience du patient, expert de sa complexité

Bien qu'il soit reconnu que les patients gèrent leur santé au quotidien et sont, pour cette raison, experts de leur situation, leur voix n'est pas toujours entendue. Des patients ont abondé en ce sens : « Il faut reconnaître la voix, l'expérience, le rôle, la responsabilité, le vécu du patient », « Le patient n'est pas juste une maladie ».

Pour eux, la trajectoire de services doit s'intégrer à une trajectoire de vie. L'accompagnement de pairs aidants auprès de certaines personnes avec des besoins complexes devrait être supporté. Le partenariat avec les patients doit être défini et promu afin que ceux-ci contribuent à la mise en œuvre de la collaboration interprofessionnelle et de processus organisationnels adaptés.

### 2. Repérer plus précocement une population qui n'est pas homogène

Le repérage des patients aux besoins de santé complexes requiert d'aller au-delà des stéréotypes, car cette population inclut tous les groupes d'âge et n'est pas homogène. Passant souvent « sous le radar », ce n'est que tardivement, après la survenue d'un événement critique, que les patients sont identifiés. Par conséquent, les enjeux de repérage doivent être pris en considération pour développer des stratégies d'identification précoce de ces patients.

#### Profil des participants en provenance de 13 régions du Québec

Gestionnaires	52
Décideurs	15
Recherche	23
Pharmaciens	13
Médecins	9
Infirmiers et infirmières cliniciennes et praticiennes spécialisées (IPS)	18
Patients partenaires	11
Travailleurs sociaux	10
Représentants d'organismes communautaires	6
Psychologues	2
Nutritionniste	1
<b>Total* des participants</b>	<b>160</b>

\*Ce total exclut les membres de l'Unité de Soutien SRAP du Québec

### 3. Définir la collaboration interprofessionnelle à partir des besoins des patients

Le chevauchement des compétences professionnelles est un enjeu réel dans un contexte de collaboration interprofessionnelle. Bien que les patients apprécient la contribution de chaque professionnel faisant partie de leur équipe de soins, l'interdisciplinarité signifie souvent répéter son histoire ou recevoir des informations contradictoires. Un professionnel en témoignait : « C'est là qu'on se répète, qu'on se contredit, qu'on perd de l'efficacité ».

Toutefois, le travail en interdisciplinarité crée aussi des opportunités de travailler en complémentarité grâce à la proximité des professionnels de la santé et des services sociaux. Bien que le dossier électronique puisse servir de plateforme d'accès et d'échange de l'information, d'autres mécanismes de communication plus directs doivent être mis de l'avant. Les rôles de gestionnaire de cas en CISSS/CIUSSS et d'intervenant pivot en GMF doivent être soutenus, dans cette optique.

### 4. Concilier la logique d'une clientèle inscrite avec la logique populationnelle

Les mandats des GMF, desservant une population inscrite, et ceux des CISSS/CIUSSS, répondant aux besoins d'une population sur un territoire donné, découlent de deux logiques complémentaires. Une tension entre ces deux logiques peut créer des conflits d'allégeance pour les intervenants et mettre à risque des patients plus vulnérables qui ne sont pas inscrits en GMF.

Ce défi nécessite de « structurer une action collective en partant de paradigmes différents ». Les décideurs doivent ainsi assurer un leadership mobilisateur pour accompagner les équipes dans les transitions, leur accorder le temps nécessaire, soutenir le développement des pratiques, éviter le dédoublement de services et mettre en place une stratégie de repérage conjointe CISSS/CIUSSS – GMF – organismes communautaires des patients aux besoins complexes.

### 5. Allier le secteur communautaire

Les liens informels des CISSS/CIUSSS et des GMF avec les organismes communautaires ainsi qu'une méconnaissance mutuelle engendre des initiatives de rapprochement inégales. Pourtant, les organismes communautaires sont des ressources de proximité qui

accompagnent les personnes dans leurs trajectoires de vie et qui orientent leurs actions afin de maintenir leur autonomie.

Assurant un rôle de « senseurs » dans la collectivité, ils constituent parfois la seule interface entre le réseau de la santé et les « clientèles orphelines ». Ces enjeux justifient la promotion d'une approche collaborative avec les ressources communautaires ainsi que la création et le maintien de partenariats avec ceux-ci.

## 6. Aligner les valeurs de la SRAP avec les défis à relever : l'importance de la recherche ancrée dans l'intervention

La présence de l'Unité de Soutien SRAP du Québec, du Réseau-1 Québec (Réseau de connaissances en services et soins de santé intégré de première ligne) et des deux Instituts universitaires de première ligne en santé et services sociaux créent au Québec une force collective non négligeable en recherche.

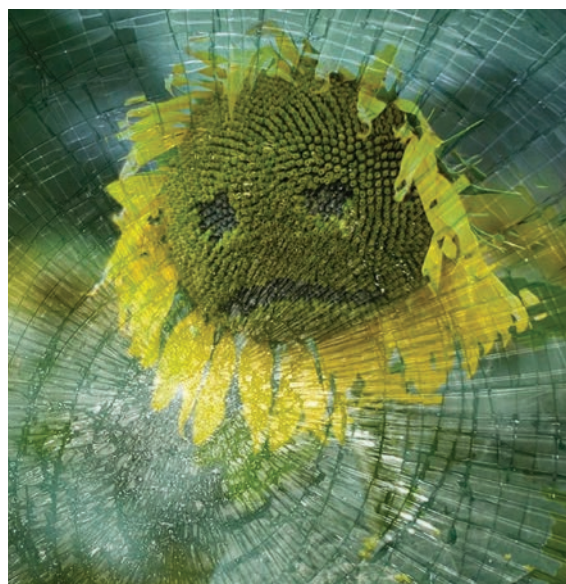
Le soutien des chercheurs peut favoriser l'utilisation de données probantes pour orienter les décideurs et les professionnels vers les meilleures pratiques. Le développement d'indicateurs de résultats en collaboration avec les patients et leurs proches ainsi que la participation des décideurs, des patients partenaires et des professionnels tout au long du processus de recherche doivent aussi être mis de l'avant.

## 7. Favoriser une allocation des ressources en cohérence avec les objectifs visés

Il importe de soutenir le travail interprofessionnel en établissant des priorités qui vont en ce sens, en accordant les ressources nécessaires à son déploiement et en faisant preuve de créativité dans l'organisation des services. Il demeure primordial de financer adéquatement les organismes communautaires pour desservir leurs usagers et d'investir les ressources appropriées dans le développement et le maintien de partenariats afin que ces derniers soient davantage rattachés au système de santé et de services sociaux.

## Conclusion

Dans un contexte de transformation de la première ligne au Québec, qui met les GMF au cœur de l'offre de services, l'intégration et la complémentarité des pratiques psychosociales, communautaires et de santé doivent être prioritaires, ainsi qu'une conciliation entre



la logique des clientèles inscrites (GMF) et la logique populationnelle (CISSS/CIUSSS, organismes communautaires). Cette priorisation s'avère d'autant plus importante pour les patients ayant des besoins complexes. Les décideurs et gestionnaires ont un rôle primordial à jouer pour favoriser l'engagement de tous les acteurs en ce sens.

### Références

1. Bodenheimer, T. & Berry-Millett, R. Follow the money—controlling expenditures by improving care for patients needing costly services. *New England Journal of Medicine* (2009), 361 (16), 1521-1523.
2. Byrne, M., Murphy, A. W., Plunkett, P. K., McGee, H.-M., Murray, A. & Bury, G. Frequent attenders to an emergency department: a study of primary health care use, medical profile, and psychosocial characteristics. *Annals Emergency Medicine* (2003), 41 (3), 309-318.
3. Hudon, C., Chouinard, M.-C., Bayliss, E., Nothelle, S., Senn, N. & Shadmi, E. Challenges and next steps for primary care research. Towards Better Health, Social, and Community-Based Services Integration for Patients With Chronic Conditions and Complex Care Needs. *The Annals of Family Medicine* (2018), 16 (1), 85-86.
4. Grembowski, D., Schaefer, J., Johnson, K. E., Fischer, H., Moore, S. L., Tai-Seale, M., Ricciardi, R., Fraser, J. R., Miller, D. & LeRoy, L. A conceptual model of the role of complexity in the care of patients with multiple chronic conditions. *Medical care* (2014), 52 Suppl 3), S7-s14.
5. Hudon, C., Chouinard, M. C., Couture, M., Brousselle, A., Couture, E. M., Dubois, M. F., Fortin, M., Freund, T., Loignon, C., Mireault, J., Pluye, P., Roberge, P. & Rodriguez, C. Partners for the optimal organisation of the healthcare continuum for high users of health and social services: protocol of a developmental evaluation case study design. *BMJ Open* (2014), 4 (12), e006991.
6. Unité de Soutien SRAP du Québec. Les grandes orientations, 2018, consulté le 26 février 2019, disponible au <http://unitesoutiens-rapqca/a-propos/#mission>.



# Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) : *Un projet de téléconsultation et mentorat*



**Marie-Andrée Bruneau**

MD, MSc, FRCPC  
Gérontopsychiatre  
Institut Universitaire de  
gériatrie de Montréal  
du CIUSSS CSMTL  
Professeur agrégée  
de clinique  
Directeur de la division  
de gérontopsychiatrie  
Département de  
psychiatrie de  
l'Université de Montréal  
Chercheur,  
Centre de Recherche  
de l'IUGM (CRIUGM)

**Nathalie Bier**

Ph. D., Ergothérapie  
Chercheur, CRIUGM, École  
de réadaptation, UdeM

**Anne Bourbonnais**

Ph. D., Sciences infirmières,  
Chercheur, CRIUGM

**Stéphanie Daneau**

Ph. D. (candidate), Sciences  
infirmières, CRIUGM

**Catherine Dubé**

M.Sc, assistante de  
recherche, CRIUGM

**Laurence Villeneuve,**

Ph. D., Psychologue  
IUGM-CIUSSS-CSMTL

**Caroline Ménard**

M.A., Psychologue.  
IUGM-CIUSSS-CSMTL

**Christine Fournier**

B.Sc., DESS, chef  
de programme SCPD  
IUGM-CIUSSS-CSMTL

Les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) sont très répandus chez les personnes ayant un trouble neurocognitif (TNC). Ces symptômes ont des impacts considérables sur l'autonomie et la qualité de vie de ces personnes et de leurs proches. Le rapport Alzheimer du Québec<sup>1</sup> a révélé des difficultés d'accessibilité à l'expertise clinique, un manque de formation du personnel, un niveau élevé de détresse chez les aidants et les soignants ainsi qu'une utilisation excessive des antipsychotiques chez cette clientèle.

Le plan Alzheimer vise ainsi l'amélioration de l'accessibilité et de la qualité des services offerts en première ligne, tout en favorisant un soutien étroit par les cliniques de mémoire et les équipes ambulatoires SCPD. Ces équipes interdisciplinaires sont qualifiées pour effectuer des évaluations et des interventions spécialisées auprès des personnes présentant des SCPD.

Compte tenu des problèmes d'accessibilité aux services spécialisés dans certains établissements de santé de régions éloignées, la téléconsultation a été proposée comme un moyen efficace de diffuser l'expertise. En 2011, des spécialistes en gérontopsychiatrie de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal ont mis en place un service de téléconsultation permettant de mentorer des équipes SCPD dans des régions distantes.

Ce service implique la mise en place d'une équipe SCPD dans chaque communauté participante afin d'assurer la pérennité des compétences acquises. Il comporte aussi un programme d'enseignement formel initial, puis une clinique de téléconsultation mensuelle sur des cas de SCPD complexes. Au terme de chaque téléconsultation, un résumé des impressions diagnostiques est suivi d'une discussion commune du plan d'intervention.

## **Au CISSS des Îles-de-la-Madeleine**

Un de ces projets cliniques, avec le CISSS des Îles-de-la-Madeleine (IDLIM), a inclus un protocole de recherche dont les objectifs visaient à documenter les bénéfices cliniques ainsi que le processus d'implantation. Douze téléconsultations ont eu lieu entre septembre 2016 et septembre 2017. Parmi les douze patients, neuf étaient des femmes et l'âge moyen était de 79 ans. Les SCPD les plus fréquents étaient : l'irritabilité, les comportements moteurs aberrants et l'agitation/agressivité.

1. Bergman, H., Arcand, M., Bureau, C., Chertkow, H., Ducharme, F., Joannette, Y., Voyer, P. (2009). *Relever le défi de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées: Une vision centrée sur la personne, l'humanisme et l'excellence. Rapport du comité d'experts en vue de l'élaboration d'un plan d'action pour la maladie d'Alzheimer.*

De façon générale, les patients ont montré une grande acceptabilité et une bonne tolérance à la technologie. Peu de difficultés techniques sont apparues en lien avec la technologie de cyberconférence sécurisée utilisée dans ce projet. Les aidants et membres de l'équipe distante ont démontré des niveaux de satisfaction élevés face à la modalité de consultation. Certains aidants ont cependant indiqué qu'ils auraient préféré des consultations en personne avec les spécialistes.

Nos résultats ont révélé une diminution des SCPD de 35 % et une amélioration de l'état clinique pour la majorité des patients. Cependant, nous n'avons pas observé de rationalisation des antipsychotiques et des sédatifs/hypnotiques. Ceci pourrait s'expliquer par la sévérité des cas référés. De plus, le fait qu'il n'y ait pas eu de médecin impliqué dans le projet au site distant a pu empêcher la mise en œuvre de certaines recommandations pharmacologiques.

Onze entrevues ont été réalisées avec des intervenants des IDLM afin de documenter leurs perceptions du processus. Il a été mentionné que ce service de téléconsultation représentait une bonne solution à l'isolement et à l'impuissance exprimée par les soignants. Les intervenants se sont sentis soutenus et validés dans de nombreux aspects des soins qu'ils prodiguaient. Ils ont également rapporté que le projet permettait une reconnaissance plus rapide des SCPD ainsi qu'une évaluation plus complète basée sur des données cliniques objectives.

Ils ont estimé qu'ils étaient plus en mesure de mettre en œuvre des interventions individualisées conformes aux meilleures pratiques, permettant l'intégration d'approches non pharmacologiques, au lieu de compter uniquement sur des médicaments pour traiter les SCPD. Ils ont signalé un fort désir de continuer à développer une expertise locale et que ce projet avait eu des répercussions organisationnelles concrètes, avec une meilleure définition de la trajectoire de soins et une cohésion accrue de l'équipe.

### **Bénéfices et obstacles à l'intervention**

Les intervenants ont estimé qu'ils pouvaient compter les uns sur les autres pour gérer ces cas difficiles et qu'ils en partageaient désormais la responsabilité. Le rôle de la famille comme partenaire essentiel

du plan de soin, en permettant une perspective sur l'histoire de vie de la personne, a également été souligné comme bénéfique.

Cependant, il reste des défis à relever pour changer la philosophie de soins. Les professionnels ont décrit un désir persistant d'amélioration immédiate des SCPD, tant dans la communauté que dans les établissements de santé. Nous pensons que les futurs projets devraient impliquer un leadership médical afin d'améliorer tous les aspects des soins. Même si le plan Alzheimer nécessite l'association d'un médecin avec les équipes ambulatoires SCPD, la réalité de la pratique médicale rend difficile l'association d'un praticien pour servir de mentor identifié auprès de ses collègues.

Bien qu'une augmentation des connaissances améliore la confiance des médecins, ces derniers doivent également être soutenus par des trajectoires de soins claires et des ressources appropriées. Ainsi, le manque chronique et le roulement du personnel constituent des obstacles à la mise en œuvre d'interventions non pharmacologiques et au partage de responsabilités dans l'évaluation et le plan d'intervention des SCPD.



En conclusion, notre modèle de téléconsultation est un moyen novateur présentant un grand potentiel pour améliorer les soins des patients atteints de SCPD, en plus de permettre la diffusion de l'expertise. Cette modalité permet d'améliorer la communication et la collaboration entre tous les professionnels de la santé concernés et la famille, en créant une responsabilité d'équipe partagée dans la gestion de ces situations complexes.

Ce type de service permet d'identifier les causes sous-jacentes aux SCPD dans des conditions écologiques et de concevoir en partenariat un plan individualisé et global.

---

# HABILETÉS POLITIQUES



**Pierre Joron, B. Sc., MAP**  
Président, Gestion Pierre Joron inc.  
Conseil en management  
et ressources humaines

**Mireille Camilien, B. Sc. Génie**  
Directrice adjointe  
Direction de la qualité,  
de l'évaluation, de la performance  
et de l'éthique (DQEPE)  
CISSS de Laval



---

## Pour être habile politiquement *Les leçons de l'expérience!*

Dans notre article paru dans le dernier numéro, nous avons défini le concept d'habiletés politiques et démystifié cette compétence essentielle, peu importe le niveau de poste détenu au sein de l'organisation. Ce second article va s'intéresser plus particulièrement à l'aspect du comment exercer avec succès la compétence habiletés politiques et minimiser le risque de faux pas pouvant vous placer en situation difficile comme gestionnaire et leader.

---

Rappelons en premier lieu qu'une compétence est en quelque sorte le carrefour où se rencontrent les connaissances (le savoir), l'expérience (le savoir-faire) et les attitudes et comportements (le savoir-être). Ces trois éléments sont essentiels à la maîtrise de la compétence.

En second lieu, le niveau de maîtrise augmente avec le niveau du poste occupé. Les attentes, bien que semblables, seront tout de même différentes entre un poste de cadre intermédiaire et un poste d'encadrement supérieur. C'est également vrai pour un poste de hors-cadre (PDG, PSGA) par rapport à un poste de directeur. Plus on se dirige vers le sommet dans la structure organisationnelle, plus le volet stratégique devient important et plus le niveau de maîtrise attendu en matière d'habiletés politiques sera nécessaire.

L'expérience vécue par Mireille Camilien viendra illustrer concrètement les enjeux de la compétence habiletés politiques et la nécessité d'ajuster le niveau de jeu politique en passant d'un poste de cadre intermédiaire à cadre supérieur.

### Les règles d'or du gestionnaire habile politiquement

En nous basant sur l'expérience vécue tant comme gestionnaire que comme coach ainsi que sur une revue de ce qui s'est dit et de ce qui s'est écrit sur les habiletés politiques, nous vous proposons dix règles d'or pour optimiser vos habiletés politiques :

1. Préparez minutieusement vos interventions, ne laissez rien au hasard et, surtout, évitez l'improvisation impulsive;
2. Contrôlez vos émotions : l'habileté politique s'appuie sur l'intelligence émotionnelle. Rappelez-vous que les émotions sont souvent mauvaises conseillères;
3. Testez vos idées, vos projets. Votre positionnement permettra d'attacher toutes les ficelles, de vous assurer du bon « timing » et d'ainsi réduire le risque de surprise;
4. Développez votre argumentaire. Le choix des mots et le pouvoir de ceux-ci seront d'autant plus importants que vous aurez souvent peu de temps pour faire valoir votre point de vue ou défendre un projet;



5. Évitez que les intérêts personnels l'emportent sur les intérêts supérieurs de l'organisation. Qui abuse du pouvoir finit par user le sien...;
6. Peaufinez vos communications tant orales qu'écrites. Voilà une clé essentielle de succès dans l'exercice des habiletés politiques. Il en va de votre impact, de votre capacité d'influence et de votre crédibilité;
7. Soignez vos relations interpersonnelles en évitant les chocs frontaux. Rappelez-vous que « si vivre c'est vendre, mourir c'est vendre trop cher... ». Innover ou penser en dehors de la machine peut s'avérer dérangeant (malgré le discours favorable dans l'organisation). La connaissance du champ de forces (motrices et résistances) est essentielle tout comme celle de ses alliés et de ses adversaires;
8. Établissez le réseau dur de collaboration, c'est-à-dire identifiez et alimentez ceux et celles qui, directement concernés, seront vos principaux alliés pour faire avancer vos idées, projets, etc.;
9. Établissez un réseau mou de collaboration en plus du réseau dur autour de votre projet. Le réseau mou, c'est celui de ceux et celles qui, bien que non directement concernés actuellement par votre projet ou votre positionnement, gagneraient à être informés (gardés dans la « loop ») parce qu'un jour, ils le seront plus directement;
10. Toujours assurer vos arrières en validant d'abord avec votre supérieur immédiat, mais aussi avec ceux et celles qui seront concernés par vos idées, projets ou votre positionnement. Mettre dans l'embarras son supérieur immédiat, tout comme prendre par surprise la haute direction, peut s'avérer fatal. Oui, il faut toujours éviter comme le veut l'expression connue, de « se peindre dans le coin » et de n'avoir aucune issue en cas de refus. Sans plan B ou C, vous optez malheureusement pour le plan T... Être habile politiquement, c'est savoir garder des cartes additionnelles dans sa manche, c'est éviter de se braquer.

## Les leçons de l'expérience

### ***Passage de cadre intermédiaire à cadre supérieur : le piège de ses certitudes***

Lorsqu'on est un gestionnaire motivé et ambitieux, tout nouveau défi nous paraît facilement atteignable. Nous sommes convaincus de plusieurs choses. Par exemple, d'avoir toutes les connaissances nécessaires afin de savoir ce qu'il faut faire dans telle ou telle situation; d'avoir les capacités pour développer rapidement de nouvelles compétences et surtout d'avoir les habiletés politiques assez présentes pour être en mesure de faire avancer ses dossiers.

Tout au long de ma carrière de gestionnaire, j'ai toujours cru en ces principes. D'ailleurs, j'ai eu plusieurs occasions d'avancement, et le passage vers ces nouvelles fonctions ne m'a pas amenée à remettre en question ni mes compétences ni ma crédibilité auprès de l'organisation. Avec les années, je suis devenue très à l'aise avec ces convictions et lorsque l'opportunité s'est présentée pour que je soumette ma candidature pour un poste de cadre supérieur, je me suis répétée la même chanson, consciente qu'il y aurait certainement des défis, mais persuadée que la marche à gravir ne représenterait pas un défi insurmontable. Alors j'ai commencé mes nouvelles fonctions avec beaucoup d'enthousiasme et de détermination, convaincue que rien dans ces nouvelles responsabilités ne pouvait vraiment me déstabiliser.

### ***Le choc du changement de perspective***

Très rapidement, j'ai dû faire face à des éléments auxquels je ne m'attendais pas. Le doute, la perte de points



de repère et la peur de l'échec se sont installés sur mon parcours. Mes dossiers ont commencé à s'enliser, mes interventions étaient ignorées et n'arrivaient pas à capter l'attention du comité de direction. Mon expertise ne semblait plus être un élément de « pitch » pour faire cheminer mes idées; enfin bref, le comité de direction n'avait plus sur moi le même regard et cela m'a pris beaucoup de temps pour le réaliser.

On dit souvent que pour régler un problème, il faut d'abord en prendre conscience. C'est vrai, mais cela fait très mal tant professionnellement que personnellement de réaliser que, en fait, tout ce que je pensais savoir et maîtriser ne pesait plus vraiment dans la balance des jeux politiques et des habiletés de gestion nécessaires pour exercer un poste de cadre supérieur. Il me fallait identifier et comprendre le changement à opérer dans mes nouvelles fonctions.

Je me suis donc assise avec des gens qui ont été mes mentors à travers les années et certaines personnes qui, comme moi, avaient fait le saut d'une position de cadre intermédiaire vers la fonction de cadre supérieur. Deux éléments ressortaient principalement de mes discussions. Tout d'abord, il fallait commencer à reconnaître mes limites, ensuite il fallait que je revisite mes habiletés politiques sous les perspectives du savoir-faire et du savoir-être.

### **Hausser mon « niveau de jeu » pour passer d'expert à influenceur et décideur stratégique**

À travers les années, j'avais réussi à établir une certaine crédibilité auprès de l'organisation en menant à terme quelques dossiers stratégiques en collaborant avec plusieurs directions. Cette crédibilité trouvait ses bases en grande partie sur mon expertise technique, mais le rôle d'expert contenu ne devait plus être la toile de fond de mes interventions.

Alors, comment préparer mes interventions pour être en mesure de faire avancer mes projets et mes idées? Comment effacer le doute qui me submergeait quand je présentais un nouveau dossier à mes collègues et patrons? Tout d'abord, parlons de mon positionnement. Mon expérience m'a amenée à comprendre que dans un premier temps il me fallait m'extirper de mon rôle d'expert contenu par lequel on me reconnaissait jusqu'ici.

Pour cela, il me fallait mieux comprendre mon environnement, reconnaître mes alliés naturels et avoir un meilleur jugement des préoccupations de gestion des membres

du comité de direction. De plus, il fallait mettre davantage l'accent sur la préparation des dossiers en accordant plus d'importance à la consultation et à la recherche d'appuis afin d'être capable de faire émerger et négocier des solutions mutuellement satisfaisantes en intégrant les préoccupations des collaborateurs et en étant flexible sur les changements d'orientation.

Cette stratégie me donnait une chance pour m'alimenter suffisamment d'éléments stratégiques me permettant d'intervenir au bon moment avec des éléments qui ont de la valeur aux yeux de mes interlocuteurs. Cela allait également me permettre de faire avancer des idées autour desquelles je pouvais réussir à créer un consensus pour mieux faire avancer mon organisation. Finalement, pour écarter le doute, mes stratégies ont été de me manifester avec plus de confiance, d'assurance et d'aisance dans l'exercice de mes fonctions. Prendre conscience de mes limites, de ce qui m'a forgée jusqu'à maintenant et de mes besoins en tant que gestionnaire et en tant que personne, a constitué un passage inévitable et déterminant. Cela m'a permis de comprendre que plutôt que de forcer l'ouverture des portes, il me fallait simplement identifier les bonnes à ouvrir et le bon moment de le faire.

Le parcours est devenu alors beaucoup plus fluide et naturel. En comprenant le rôle nouveau que je devais jouer et surtout en prenant conscience de la marche qu'il fallait gravir entre l'exercice de fonction d'un cadre intermédiaire et celle d'un cadre supérieur, j'ai pu reconnaître mes limites et identifier le travail à faire sur moi-même et auprès de mes nouvelles relations.

#### **Bibliographie**

Barrand, Jérôme, *Le manager agile-agir autrement pour la survie des entreprises*, 3<sup>e</sup> édition, Dunod, 2017, 292p.

COLLINS, Jim., *Good to Great-when Some Companies Make the Leap... and Others Don't*, Harper Business ed., New-York, 2001, 300p.

HANSEN, Morten T., *Collaboration-How leaders avoid the traps, create unity, and reap big results*, Harvard business Press, Boston, 2009, 2341p.

Lencioni, Patrick., *Optimisez votre équipe-Les cinq dysfonctions d'une équipe, une fable pour les dirigeants*, Les éditions un monde différent, Traduction de l'ouvrage original paru aux éditions Jossey-Bass, 2002, 237p.

Mintzberg, Henry., *Le pouvoir dans les organisations*, Les éditions d'organisation, Paris, 1986,679p.

# ADOPTEZ UNE PRATIQUE ÉCLAIRÉE!



Le Collège québécois des médecins de famille (CQMF) et l'Association médicale du Québec (AMQ) présentent la formation **Pour une pratique éclairée : une utilisation judicieuse des examens et des traitements**.

*Ce programme de formation continue, Practising Wisely, a été développé par l'Ontario College of Family Physicians (OCFP).*

## FORMEZ UN GROUPE DANS VOTRE MILIEU DE TRAVAIL

### THÈMES ABORDÉS :

- La surprescription médicamenteuse
- Le surdiagnostic et le surtraitement
- L'excès d'imagerie médicale

Ce programme d'apprentissage en groupe, de **6 heures**, a reçu la certification du Collège des médecins de famille du Canada et du Collège québécois des médecins de famille et donne droit jusqu'à **18 crédits Mainpro+**.

Développé pour la première ligne, ce programme est offert à tous les professionnels de la santé, en français et en anglais.

OU

**PROCHAIN ATELIER DE FORMATION POUR TOUS  
28 MAI 2019 – MONTRÉAL**

**94%**

des médecins ont  
modifié leur pratique  
6 semaines après leur  
participation à l'atelier.

**83%**

des participants  
sondés ont modifié  
une seconde pratique  
12 semaines après la  
tenue de la formation.

Pour plus d'information ou pour vous inscrire :  
[www.pourunepratiqueeclairée.ca](http://www.pourunepratiqueeclairée.ca)

☎ 450 973-2228

✉ [dpc@cqmf.qc.ca](mailto:dpc@cqmf.qc.ca)





# Suivi médical à domicile des aînés en perte d'autonomie : défis pour la qualité et l'efficacité



**DR VINCENT DEMERS  
M.D., M.B.A., C.Philo**

Médecin de famille à domicile  
et au GMF ProActive  
Santé Neufchâtel  
Vice-président de  
l'Association médicale  
du Québec

## **Au Québec, malgré le vieillissement démographique et l'augmentation des maladies invalidantes, peu de médecins suivent des patients à domicile.**

La « perte sévère d'autonomie » donnant droit au paiement des visites médicales à domicile est reconnue par la RAMQ (sans égard à l'ISO-SMA<sup>1</sup>) comme « l'incapacité pour un patient de se déplacer à l'extérieur de son domicile sans devoir déployer des efforts importants pour une telle situation, ou sans s'exposer à un risque inutilement élevé pour son intégrité physique ou mentale ou encore sans la supervision ou l'aide immédiate et continue d'une tierce personne »<sup>2</sup>.

Le suivi des patients en perte sévère d'autonomie fait partie de l'offre de services exigée des Groupes de médecine familiale<sup>3</sup> et des CI(U)SSS. Les médecins

participant au programme de soutien médical à domicile en CLSC (intensif ou non) ne suffisent pas à répondre à toute la demande. En GMF, la plupart des médecins qui suivent des patients à domicile ne sont pas appuyés par une équipe clinique structurée dédiée à ce type de soins.

### **Obstacles au suivi à domicile**

Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette insuffisance de l'offre médicale à domicile.

D'abord, il existe des défis organisationnels, logistiques et technologiques. Les visites à domicile sont, de fait,

1. L'ISO-SMAF est un outil standardisé utilisé pour coter l'autonomie des patients. Il sert de balise pour l'admission des patients en perte sévère d'autonomie en CHSLD.

2. RAMQ, Manuel de facturation des omnipraticiens, Préambule général, 2.2.6 A c) 15), p. A-24.

3. RAMQ, Brochure No 1 des omnipraticiens, A-EP GMF-Annexe II, p. A-33-2.

complexes. Elles nécessitent une planification en amont et en aval de la consultation, en plus du temps de déplacement, des difficultés de stationnement, des coûts associés et parfois des conditions pénibles.

L'absence d'une infirmière et d'une secrétaire, tout comme l'absence d'une connexion Internet sécurisée et d'outils informatiques, compliquent le travail du médecin et son utilisation des dossiers électroniques. L'ère du fax n'est pas encore dépassée et les échanges électroniques sont encore embryonnaires dans le réseau de la santé. Le matériel médical doit être transporté et demeure limité. Les résidences pour aînés sont par ailleurs souvent dépourvues d'un local d'examen médical équipé et utilisable.

Aussi, ces visites sont difficiles à coordonner. Il est laborieux d'intégrer l'accès adapté ou des plages d'urgence à domicile dans l'horaire. Les rendez-vous ne peuvent pas être pris en ligne.

Le médecin doit synchroniser ses visites avec les aidants naturels, ce qui n'est pas toujours possible. Les discussions avec les familles se font souvent ultérieurement par téléphone ou par boîtes vocales, ce qui allonge la durée de l'intervention, la rend intermittente et retarde les conduites.

Les approches entre les médecins en GMF, le personnel des CLSC et les résidences sont souvent non coordonnées. L'échange d'information est limité de part et d'autre, il y a un roulement de personnel et il est difficile d'organiser des rencontres interdisciplinaires. Les sommaires d'hospitalisation et les consultations spécialisées sont souvent non transmis au médecin traitant et sont inaccessibles électroniquement.

Par ailleurs, les visites de routine dans les résidences pour aînés peuvent engendrer des consultations médicales pour des problèmes bénins ou transitoires pour lesquels un patient n'aurait pas consulté un médecin. Il en est de même lorsqu'il y a absence d'évaluation préliminaire par une infirmière, le médecin pouvant alors être appelé à se déplacer pour un problème mineur ayant pu être réglé autrement.

De telles situations constituent une mauvaise utilisation des ressources financières et humaines du système de santé, avec les risques de surdiagnostic et de surtraitement.

D'autre part, la pression du système pour que les médecins soient accessibles au plus grand nombre de patients ambulatoires sans égard à la complexité peut inciter les médecins à privilégier une pratique naturellement plus efficiente, et donc moins complexe.

De surcroît, les incitatifs au volume de patients, de même que l'indicateur d'accessibilité (« taux d'assiduité »), établis par le ministère de la Santé pénalisent davantage un médecin à domicile. Le coût d'opportunité est important.

Enfin, le mode de rémunération, différent en CLSC et en cabinet GMF, est un frein majeur pour les médecins qui exercent dans ce dernier. Pour un même travail et pour un même patient, les médecins du soutien à domicile (intensif ou non) en CLSC bénéficient de paiements supplémentaires et reçoivent un taux horaire compensant les consultations téléphoniques, les discussions familiales et les déplacements de moins de 10 km, de même que la rédaction des dossiers médicaux. Ce n'est pas le cas en GMF, où les médecins ont par ailleurs à charge des frais de loyer et de secrétariat.

Des solutions doivent être apportées à ces barrières pour répondre aux besoins des aînés en perte considérable d'autonomie et surtout pour améliorer l'accessibilité, la continuité, la qualité et l'efficacité de leurs services médicaux.

Les GMF, les CI(U)SSS, les résidences et les hôpitaux doivent mieux se coordonner et se réseauter. L'information doit être échangée et accessible électroniquement. La technologie permettant les téléconsultations doit être utilisée. Les tâches doivent être partagées à l'intérieur d'une équipe de proximité stable favorisant des échanges interdisciplinaires directs.

Chaque professionnel doit être employé selon ses compétences cliniques à valeur ajoutée. Les tâches cléricales doivent être déléguées. Les modes de rémunération en GMF sont à ajuster. Les incitatifs doivent favoriser la complexité. Les interventions sans valeur ajoutée doivent être dissuadées.

Enfin, il faut une volonté et une détermination synchrones entre le pouvoir politique et la partie négociante des médecins pour améliorer l'organisation des soins médicaux à domicile au Québec. L'avenir est là.



**Guillaume JOURNAL**  
Président et chef de la direction de SEDNA  
Canada (Groupe Santé SEDNA)

### **Nous faisons tous le même métier**

**Nous partageons toutes et tous une même mission, celle de prendre soin des personnes fragilisées par l'âge, la perte d'autonomie, la maladie ou le handicap.**

Ce métier que nous pratiquons évolue constamment. À l'heure où les soins de santé font face à des défis croissants, l'ensemble des intervenants du milieu de la santé, composé d'une riche gamme de professionnels : gestionnaires, médecins, pharmaciens, travailleurs sociaux, infirmières auxiliaires, infirmières, infirmières praticiennes et infirmières-conseils, préposés aux bénéficiaires, service de l'entretien, de la restauration, personnel de soutien administratif, etc., joue un rôle primordial dans la qualité et la sécurité des soins et services offerts à la population. Quel que soit le milieu, nous faisons le métier.

### **Ensemble pour faire une différence**

C'est dans la somme des forces et des compétences de chacun, dans leurs champs d'exercices respectifs, et dans le partage des connaissances au sein des équipes interdisciplinaires que nous pouvons revisiter les enjeux des systèmes d'organisation et tenter de transpercer ensemble une réalité complexe. Cette prise en charge partagée de notre clientèle forme un puissant levier pour l'émergence de nouvelles approches et pratiques.

### **Quand la musique soigne**

Comment aider nos résidents atteints de la maladie d'Alzheimer à retrouver des souvenirs et à améliorer l'estime de soi? La musicothérapie, une thérapie non médicamenteuse, dont les bénéfices pourraient être prometteurs pour l'amélioration de la qualité de vie de nos aînés.

La musicothérapie est une des composantes de l'art-thérapie qui consiste à utiliser la musique comme outil thérapeutique, pour rétablir, maintenir ou améliorer la santé mentale, physique et émotionnelle d'une personne<sup>2</sup>. L'écoute de pièces musicales permet de réveiller des événements oubliés, d'exprimer ses sentiments et ses émotions. Chez des personnes aphasiques, c'est à dire ayant perdu la capacité de parler, elles peuvent parfois grâce aux chansons et à la musique recouvrer cette capacité<sup>3</sup>.

Un projet-pilote de musicothérapie a débuté en février au Centre d'hébergement Champlain-Marie-Victorin avec des patients atteints de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées. Ce projet est réalisé en collaboration avec M<sup>lle</sup> Medge Laplante,

Le nombre de personnes atteintes d'Alzheimer va doubler au Canada dans les vingt prochaines années<sup>1</sup>

**D<sup>r</sup> Rebecca SAMAMA**  
Médecin au  
Centre d'hébergement  
Champlain-Marie-Victorin





infirmière, et M<sup>lle</sup> Audrey Lapierre, psychoéducatrice. Il se déroule sur vingt semaines et se compose d'ateliers hebdomadaires de 45 minutes, répartis entre la musicothérapie active (production sonore avec utilisation d'instruments de musique et voix) et la musicothérapie réceptive (écoute de musique, de chansons et de bruitages).

La musicothérapie, thérapie non médicamenteuse, a toute sa place dans l'accompagnement des patients atteints de troubles cognitifs et nous espérons grâce à ce projet pilote pouvoir former des équipes et l'étendre à l'ensemble des installations Champlain.

Promotrice et responsable de ce projet, j'ai procédé à la formation des équipes de soins sur le fonctionnement de la mémoire et les atteintes cognitives dans la maladie d'Alzheimer. J'ai également présenté la musicothérapie et expliqué le déroulement des ateliers. Toutes nos équipes ont répondu de façon enthousiaste. Afin d'évaluer l'évolution de l'état cognitif des participants, quatre tests de Folstein (test pour le dépistage et le suivi des atteintes cognitives) sont pratiqués par mes soins avant la mise en place des ateliers, au bout de dix séances, à la fin des vingt séances et quatre semaines après la fin du projet. Un rapport hebdomadaire sur la qualité de vie est réalisé par nos équipes de soins sur les trois axes suivants : la prise de médicaments (neuroleptiques, anxiolytiques et antalgiques), le nombre de chutes et surtout le comportement du patient (agitation, agressivité).

#### Références

1. Rapports sur la santé —La maladie d'Alzheimer et les autres formes de démence au Canada — Statistiques Canada
2. 8th World Congress of Music Therapy Hamburg, Germany July 1996
3. Schlaug G, Marchina S, Norton A. From Singing to Speaking: Why Singing May Lead to Recovery of Expressive Language Function in Patients with Broca's Aphasia. *Music Percept.* 2008;25(4):315-323.

## L'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne au cœur de la Clinique PRAXIS

Le 1<sup>er</sup> septembre 2016, la Clinique de santé familiale PRAXIS de Terrebonne ouvre ses portes proposant sous un même toit plus d'une vingtaine de professionnels de la santé travaillant en étroite collaboration et dont l'encadrement professionnel est assuré par des infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne (IPSPL) et un directeur médical, Dr Elroy Shuker. Notre objectif était de compléter l'offre de services locale en offrant un accès rapide à des visites médicales d'urgence et à une prise en charge globale et durable, faisant de l'évaluation du patient le cœur de la prise en charge.

Les IPSPL se sont imposées comme étant au cœur des services offerts par la clinique PRAXIS puisque leur champ de pratique permet à la fois un travail autonome et une proche collaboration avec les patients, les médecins et les autres professionnels de la santé. Les IPSPL bénéficient d'une expertise professionnelle<sup>5</sup> qui leur permet d'agir notamment sur les problèmes de santé courants et chroniques tout en favorisant une approche holistique de la santé. Leur approche étant plus globale, elles accordent beaucoup d'importance à ce qui aide à prévenir la maladie, à mieux gérer les affections chroniques et à améliorer la santé chez les patients de 0 à 100 ans répondant autant aux besoins liés à la santé physique et à la santé mentale.

Après plus de deux années d'opérations, nous pouvons affirmer que ce modèle répond à un besoin en matière d'accès aux soins de première ligne. Le travail de collaboration entre les IPSPL et le directeur médical est efficace, performant et apprécié des clients. En effet, le taux de satisfaction de notre clientèle est très élevé particulièrement du fait de l'approche holistique des IPSPL et du temps qu'elles accordent au patient, ce qui vient corroborer la recension d'études effectuées dans des pays de l'OCDE<sup>6</sup>. Les responsabilités cliniques respectives du médecin partenaire et de l'IPSPL favorisent la mise à profit des compétences particulières de chacun. Cette complémentarité des rôles contribue à l'accès aux soins de qualité et à leur continuité.

#### Références

4. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Professionnels, Statistiques et données sur les services de santé et des services sociaux, Accès aux services médicaux de première ligne, Données sur l'accès aux services de première ligne
5. Règlements encadrant la pratique de l'infirmière praticienne spécialisée | OIIQ
6. Marie-Laure Delamair et Gaétan Lafortune, Les pratiques infirmières avancées : Une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés, OCDE, 2010

Un Québécois sur cinq n'a toujours pas accès à un médecin de famille<sup>4</sup>

**Geneviève Dubé, B. Sc. Inf.**  
Directrice du développement des services spécialisés de Groupe Santé Sedna



---

# Projet d'harmonisation des services de relève en Chaudière-Appalaches

## Un partenariat mobilisateur



**Stéphane Marcoux**  
Coordonnateur clinico-administratif  
Programme de soutien à l'autonomie  
des personnes âgées  
CISSS de Chaudière-Appalaches

---

**Dans le cadre de la mise en place du projet « proche aidant », le CISSS de Chaudière-Appalaches avait pour objectif de développer une offre de service dédiée aux proches aidants qui étaient en grand besoin de soutien.**

---

Le défi était de mettre en place une façon de les repérer précocement et de leur proposer une offre de service adaptée à leurs besoins, et non en fonction des critères de différents programmes.

Dans un premier temps, nous avons cherché l'adhésion de notre RLS pour ainsi accepter collectivement l'ouverture sur une offre de service adaptée aux besoins de nos proches aidants. L'enjeu principal était de faire reconnaître aux proches aidants qu'ils étaient des proches aidants et, par la suite, établir avec eux leurs besoins réels plutôt que ceux de l'aidé.

Nous avons d'abord identifié huit proches aidants qui ont accepté de s'impliquer dans la démarche avec une grande transparence. Un groupe témoin (*focus group*) a été mis sur pied en début ainsi qu'en fin de parcours. À la suite de la première rencontre avec les proches aidants, nous avons pu constater toute la détresse à laquelle ils faisaient face au quotidien.

Ceux-ci nous mentionnaient clairement que pour s'ouvrir à des services, ils devaient faire confiance à notre offre de service, puis trouver celui qui répondait à leurs

besoins avec une stabilité dans le temps et à un coût raisonnable. À partir de ce moment, le défi commençait pour nous. Rapidement, nous nous sommes mis au travail avec nos partenaires.

Nous avons mis en place une structure simple, mais efficace, nous permettant de repérer les proches aidants dans notre milieu.

Dans un deuxième temps, nous devions adapter une offre de service qui répond aux besoins du proche aidant tout en poursuivant la réponse à l'aidé. Plusieurs enjeux se présentaient sur notre route. Il fallait :

- Élaborer une stratégie de repérage (lieu de repérage, trajectoire, etc.);
- Adapter une offre de service dans une vision RLS;
- Développer une approche d'intervention sous l'angle de la dyade (aidant-aidé);

Après plusieurs efforts de concertation, nous avons réussi à mettre en place un modèle qui répondait à nos attentes. Nous avons donc établi un système de repérage efficace pour détecter très tôt le proche aidant afin de

prévenir son épuisement. Cette offre de service a mobilisé un RLS et a laissé place à la créativité offrant ainsi une réponse au besoin de façon non traditionnelle.

Une autre difficulté à surmonter était de valider la satisfaction de nos proches aidants. À la fin de notre parcours, nous avons évalué la satisfaction des proches aidants en formant un second groupe témoin. Nous avons été à même de constater la grande réussite du projet. Les proches aidants ont exprimé clairement les bienfaits de cette nouvelle approche.

Ils nous ont entre autres cité la relation de confiance qui s'est établie avec les intervenants, la stabilité des ressources, le respect de leur capacité financière, le fait que le projet permettait de retarder l'hébergement de l'aidé, le respect des limites de chacun ainsi que la reconnaissance à sa juste valeur du rôle de proche aidant.

Force est de constater que le modèle proposé axé sur les besoins du proche aidant correspondait à un besoin essentiel dans la vision du maintien de nos aînés dans leur milieu de vie. De voir ces proches aidants souligner leur reconnaissance envers l'accompagnement qu'ils ont reçu et le fait qu'ils témoignent se sentir comme une personne à part entière, on peut se dire que nous sommes sur la bonne voie.

Beaucoup de défis demeurent à relever, mais nous pouvons confirmer aujourd'hui qu'il est possible de réaliser le meilleur pour nos proches aidants. La question qu'il faut maintenant se poser : est-ce que collectivement, on est prêt à entreprendre ce virage ?

---

**Nous avons mis en place  
une structure simple,  
mais efficace,  
nous permettant de  
repérer les proches aidants  
dans notre milieu.**

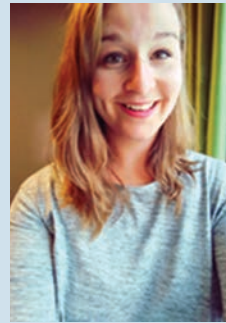
---

## NOS PROCHES AIDANTS

---

### **Audrey Parent**

Directrice générale par intérim  
L'Appui pour les proches aidants  
Chaudière-Appalaches



### **Sonia Nadeau**

Directrice générale  
Société Alzheimer  
Chaudière-Appalaches



### **De gauche à droite :**

- **Caroline Turgeon**, courtière de services  
CISSS de Chaudière-Appalaches
- **Joanie Mercure-Leclerc**, travailleuse sociale  
CISSS de Chaudière-Appalaches
- **Stéphane Marcoux**, coordonnateur clinico-administratif  
SAPA pour le secteur Thetford
- **Véronique Gosselin**, directrice générale Coopérative  
de services à domicile pour la région de Thetford
- **Brigitte Jacques**, intervenante sociale proches aidants  
Association de l'action volontaire Appalaches
- **Normand Vachon**, secrétaire, Conseil des aînés  
de la MRC des Appalaches

## COLLOQUE ÉDUCATION FORMATION EN SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX

# En marche pour relever le défi des ressources humaines

**La pénurie de main-d'œuvre qui sévit dans le secteur de la santé et des services sociaux met énormément de pression sur le personnel en poste. En 2018, le premier colloque Éducation Formation en santé et services sociaux a accueilli plus de 450 intervenants pour amorcer un dialogue entre le réseau et le monde de l'éducation afin de trouver des solutions concrètes à la pénurie de main-d'œuvre. La seconde édition, sous le signe de la continuité, prendra l'affiche le 19 septembre.**

L'an dernier, le ministère de la Santé et des Services sociaux ainsi que la Commission des partenaires du marché du travail soulignaient que le Québec cherchera à recruter plus de 33 000 préposés aux bénéficiaires, dans le secteur de la formation professionnelle, d'ici 2026. Sans parler du manque d'infirmières, d'infirmières auxiliaires, de technologistes médicaux ou d'assistants techniques en pharmacie.

La rareté de main-d'œuvre se fait sentir tant aux urgences que dans les CHSLD ou les ressources intermédiaires.

Cette pression induite augmente sensiblement le risque d'incidents et d'accidents dans le réseau. Il est donc urgent d'agir maintenant, de mettre en place des stratégies pour rehausser la collaboration interprofessionnelle et revaloriser les métiers et professions du secteur de la santé et des services sociaux afin d'attirer les jeunes en quête d'un milieu de travail stimulant et valorisant.

### Thème et partenaires en éducation

En 2019, le colloque se déploie sous le thème *Le grand défi des ressources humaines en contexte de pénurie de main-d'œuvre*, une thématique qui touche tous les professions et métiers du réseau à laquelle les établissements d'enseignement sont déjà sensibles.

Pour rallier le secteur de l'éducation à la cause, le colloque accueille de précieux partenaires, qui sont les mieux placés pour former la relève et aiguiller les futurs professionnels vers les milieux de la santé et des services sociaux.

Ainsi, La Fédération des commissions scolaires du Québec, la Fédération des cégeps et l'École d'administration publique ont choisi de s'impliquer dans l'initiative visant à renforcer le réseau de santé et des services sociaux.

Dans une récente entrevue accordée à la revue *Le Point en santé et services sociaux*, Alain Fortier, président de la Fédération des commissions scolaires du Québec, confiait : « Nous travaillons très fort pour ajuster nos formations en fonction des besoins aussi bien qu'à les actualiser ». Il soulève de plus la nécessité de faire de l'enjeu de la formation continue une priorité pour la prochaine décennie.

### Ateliers et comité d'orientation

À la première édition du colloque, certains ateliers avaient particulièrement rallié les auditeurs, notamment les modèles pédagogiques innovants au diplôme d'études professionnelles (DEP) Assistance à la personne en établissement de santé et l'engagement qui se présentait comme une avenue prometteuse pour mobiliser le personnel clinique. Le véritable coup de cœur du public a toutefois été l'atelier du psychologue Claude-Michel Gagnon, maître d'enseignement à l'École nationale d'administration publique.

Son atelier Gérer son équilibre en contexte de turbulence, qui traitait de solutions adaptées pour contribuer au mieux-être des gestionnaires et de leurs équipes, a été chaudement accueilli. Le conférencier a su rejoindre son auditoire et a frappé dans le mille en abordant le sentiment de réussite et d'accomplissement, de se sentir en pleine possession de ses moyens et de développer une résilience personnelle et organisationnelle.

Encore cette année, pour concocter une programmation d'envergure, le colloque Éducation Formation en santé et services sociaux a réuni un comité d'orientation exceptionnel. Il se compose de :



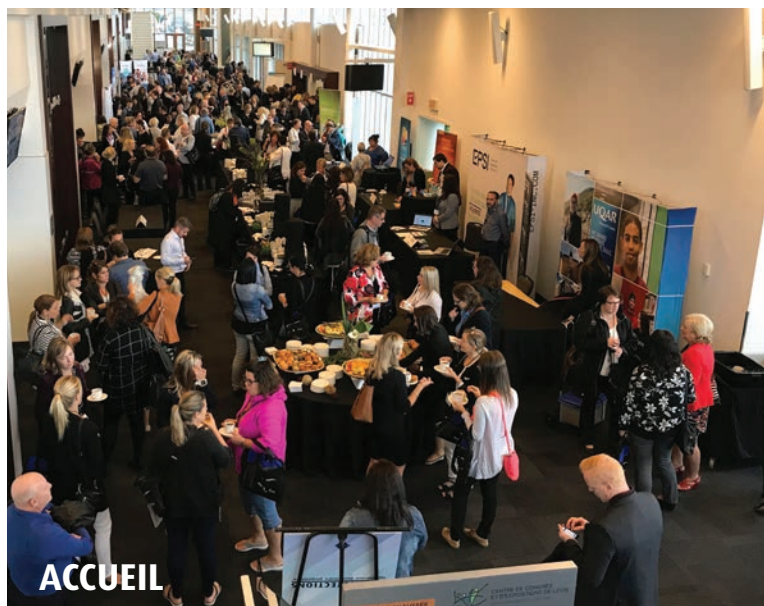
- Michel Boudreault, directeur des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques, CHU de Québec – Université Laval;
- Daniel Cormier, directeur de la planification de la main-d'œuvre, Ministère de la Santé et des Services sociaux;
- Judith Laurier, directrice des communications, Fédération des cégeps;
- Marjorie Ménard, conseillère aux attestations d'études professionnelles, aux services aux entreprises et aux projets de la Commission des partenaires du marché du travail, Fédération des commissions scolaires du Québec;
- Stéphanie Moreau, adjointe-conseillère à la Direction générale, École nationale d'administration publique;
- Dr Frantz-Daniel Lafortune, administrateur, Association médicale du Québec;
- Christian Grenier, consultant en développement des affaires, innovations et partenariat, Le Point en santé et services sociaux.

### Arrimer l'enseignement et la pratique

Dans le secteur de la santé et des services sociaux, le tremplin entre le milieu d'enseignement et le milieu de pratique doit se faire harmonieusement. Bernard Tremblay, président-directeur général de la Fédération des cégeps, en avait parlé dans notre numéro d'automne. Il avait alors dénoncé le manque d'arrimage entre les milieux.

Il avait défendu la nécessité des stages en établissements de soins qui donnent lieu à des échanges et des partages d'expériences enrichissants. Tant les professionnels des milieux de soins qu'en enseignement en bénéficient, estime-t-il, pour, d'un côté, faire connaître leurs besoins et, de l'autre, en apprendre davantage sur les nouvelles approches en enseignement.

Le colloque Éducation Formation en santé et services sociaux convie tous les professionnels ayant à cœur l'avancement du système de santé, l'implantation de solutions qui sortent des sentiers battus et qui veulent contribuer, par leurs idées et projets, à améliorer les conditions professionnelles des ressources humaines dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre.



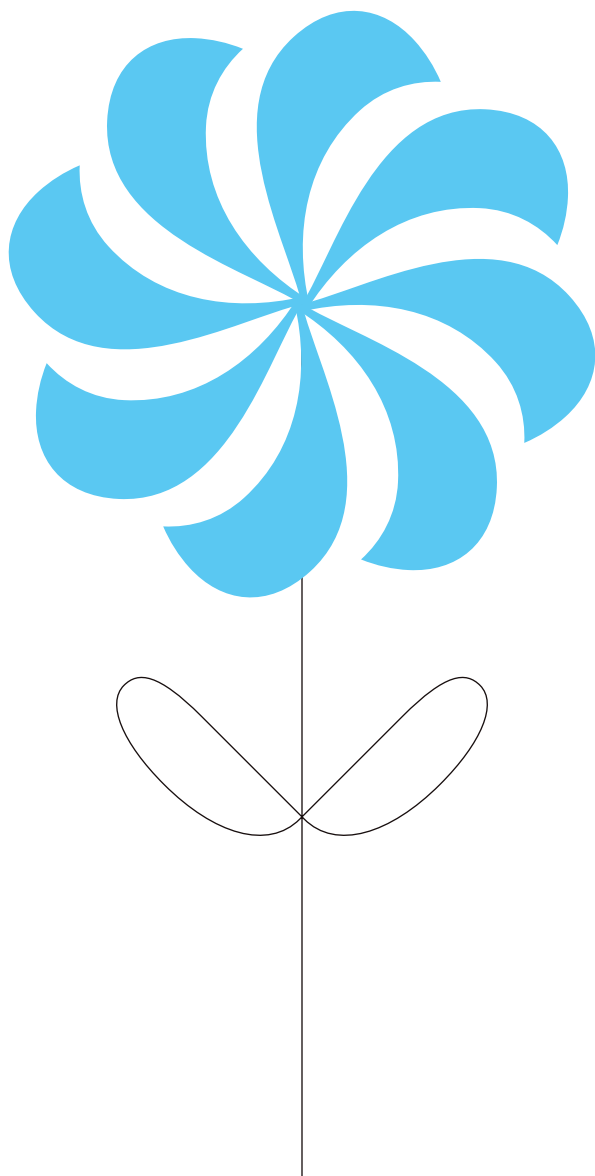
AUTO PROMO

# 8<sup>e</sup> Rendez-vous de l'amélioration continue du réseau de la santé et des services sociaux du Québec

Le partenariat, une alliance créatrice  
de valeur pour nos usagers!

---

8-9-10 | Centre de congrès  
mai 2019 | de Saint-Hyacinthe



Conférencier vedette  
Nate Hurle

Directeur principal  
du service de l'amélioration  
continue Cleveland Clinic

conférences | ateliers | exposants  
réseautage | session d'affiches

Information et inscription :  
[www.rendezvousac-sante.ca](http://www.rendezvousac-sante.ca)