

Le marché d'innovations en soins de première ligne au Québec

- Présentations en rafale

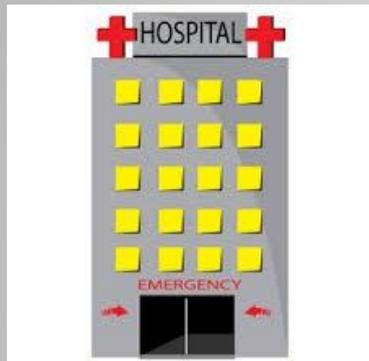


Réseau-1 Québec

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

Évaluation de l'efficacité d'une unité virtuelle
(Virtual Ward) en médecine de famille

How to keep patients at home safe



Bernardo Kremer, MD et Isabelle Vedel,
MD, PhD, McGill



Discutons Santé

PARTENAIRES PATIENT - PROFESSIONNEL

Un site web pour améliorer l'efficacité des rencontres entre patients et professionnels de la santé

M.T. Lussier, É. Boustani, C.Hudon, H.Witteaman, F.B. Diallo

- **CONTEXTE**

- L'importance reconnue des **interactions productives** entre patients informés et activés et équipes de soins préparées et proactives (CCM)

- **L'INNOVATION**

- Offrir un **outil web gratuit, francophone** pour aider les patients à préparer leur consultation en SPL
- Soutenir son utilisation dans les **routines cliniques** de suivi des patients atteints de maladies chroniques

Analyse en partenariat patients-cliniciens-chercheurs des modèles d'accès adapté implantés dans les UMF au Québec

Mylaine Breton (UdS), Christine Loignon (UdS), Isabelle Gaboury (UdS), Eric Lachance (UdS), Catherine Hudon (UdS), Antoine Boivin (UdM), Lara Maillat (ENAP), Thomas Gottin (UdS), Sabina Abou Malham (UdS), Audré Dubé (UdS), Beboit Heppel (R1, UdS), Vincent Lebeau-Lamoureux (R1, UdS), Emmy Lescault (R1, UdS), Vanessa Kustec (R1, UdS)

- **Problème** criant d'accès en temps opportun en première ligne
- **Innovation**: Accès adapté
 - Perspective professionnels
 - Perspectives patients complexes
- **Contexte** : 4 UMF au Québec



Travail de proximité dans des groupes de médecine de famille (GMF): l'impact du pharmacien

Équipe du projet RRAPPL Laval:

- Line Guénette, pharmacienne, Faculté de pharmacie, Université Laval et Centre de recherche du CHU de Québec, Axe SP-POS
- Lise Grenier-Gosselin, pharmacienne, CSSS de la Vieille-Capitale
- En collaboration avec les pharmaciens du CSSS de l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
- Cliniciens et gestionnaires de 4 UMF/GMF de la ville de Québec

Contexte:

- Tout nouveau rôle pour les pharmaciens: suivi des clientèles complexes dans des cliniques médicales de soins de première ligne
- Modèle à développer et à optimiser selon les expériences

Innovation:

- Modèle d'intervention clinique et de gestion organisationnelle développé par le RRAPPL Laval en collaboration avec le RRAPPL Sherbrooke
- Le projet permettra de tester ces modèles et de les optimiser en fonction des résultats obtenus

Suivi clinique intelligent à domicile de Jardins-Roussillon : des résultats tangibles

- Description de l'équipe
 - Julie Sénécal, conseillère en soins infirmiers volet télésoins
 - Josée Boulerice, conseillère cadre en soins infirmiers
- Contexte
 - Répondre aux demandes croissantes de soins et services de la clientèle atteinte de plusieurs maladies complexes ou chroniques dans un contexte de ressource humaine et financière restreinte
- L'innovation
 - À l'aide de la technologie informatique, des infirmières suivent à distance des patients dans la gestion de leur maladie chronique sévère en vue de stabiliser leur condition de santé et de prévenir des décompensations majeures évitant ainsi des hospitalisations

Mieux-être Wellness

Isabelle Lachance, ps.éd., M.Sc.,
CHU de Québec

**Innovations locales pour
répondre aux besoins des
patients sans lien avec un
professionnel de première ligne.**

Nancy Lee
Mylaine Breton, PhD
Mélanie-Ann Smithman
Université de Sherbrooke

Un Accueil clinique avant-gardiste!

- Dr Michel Brodeur, représentant régional du DRMG de la Montérégie
- M^{me} Lise Langlois, directrice des services ambulatoires et de première ligne par intérim
- **Contexte**

Les médecins dans la communauté n'avaient que l'urgence comme alternative pour poursuivre l'investigation et le diagnostic de certaines conditions semi-urgentes ou urgentes.
- **L'innovation**

Mise en place des guides de pratiques et protocoles d'investigation accessibles sur un site web et un service d'accueil clinique ouvert aux mêmes heures que les cliniques, facilitant l'accès au plateau diagnostique.

Suivre l'équipe des maladies chroniques jusqu'au gym

- Composition de l'équipe des maladies chroniques du CISSS de la Gaspésie (anciennement CSSS du Rocher-Percé)
 - Marie-Eve Hunter, infirmière clinicienne
 - Isabelle Babin, nutritionniste
 - Nadia Morris, kinésiologue
 - Tim Sutton, CAPS Maladies Chroniques, SAD, SSC
- Contexte (présentation du problème clinique)
 - Suivi systématique par maladie
 - Gestion de multiple rendez-vous pour la clientèle - distance à parcourir
 - Difficulté de coordination / travail en silo
- L'innovation
 - Création d'une équipe maladies chroniques (collaboration transdisciplinaire)
 - Décentralisation de l'offre de services (améliorer l'adhérence au traitement, rendre le suivi plus accessible)
 - Sites de prestations des soins dans des endroits peu conventionnels (gym)
 - Emphase sur le patient-partenaire, les saines habitudes de vie et l'autogestion

La télépharmacie au service des soins pharmaceutiques

- Notre équipe : pharmacie du Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James
 - Lyne Tardif, pharmacienne et Lyne Savage, chef pharmacienne
- Contexte
 - Établissement résultant d'une fusion en 1996 : 5 centres de santé répartis sur un territoire de 350 000 km²
 - Équipe de pharmacie régionale basée à Chibougamau, sans pharmacien dans chaque centre de santé
 - Besoins en émergence
- L'innovation
 - Pharmacie d'officine à Radisson à 800 km (impression des ordonnances, rencontre visio du patient, enseignement)
 - Télépharmacie en oncologie (préparation et envoi des traitements, rencontre du patient en visioconférence)
 - Télépharmacie en anticoagulothérapie (visio en début de traitement)
 - Bilan comparatif des médicaments (premières étapes réalisées)





Innover tout au long de la trajectoire de soins des personnes âgées vulnérables en vue d'améliorer la prise en charge clinique

Contexte:

- Surutilisation de l'urgence par les personnes âgées, engorgement de l'Hôtel-Dieu de Sorel et dépassement des cibles ministérielles;
- Lacunes entourant l'évaluation du statut fonctionnel de la personne âgée à l'urgence et la coordination des services.

L'innovation:

- La mise en place d'un processus d'évaluation systématique permettant l'allocation rapide de services dès l'urgence;
- Différentes actions préventives en amont et meilleure continuité en aval de la visite à l'urgence.

- **Marie-Claude Beaudoin** Chef d'administration de programmes - Réadaptation, CISSS de la Montérégie-Est, CLSC Gaston-Bélanger
- **Nathalie Veillette** Ph.D., Professeure agrégée, Université de Montréal
Chercheure, Institut universitaire de gériatrie de Montréal

ÉQUIPE PR1MaC

Maxime Sasseville, MSc⁵; Maud-Christine Chouinard Inf, PhD^{2,4}; Martin Bélanger MD⁵; Marie-France Dubois PhD¹;
Tarek Bouhali MD, MSc^{2,3}, José Almirall MD, PhD^{2,3};
Martin Fortin MD, MSc, CFPC^{2,3}

Services de prévention et gestion des maladies chroniques;
Habituellement offerts en soins spécialisés;

Évaluation de l'utilisation et l'implantation d'intervention
multidisciplinaires spécialisées en première ligne.

Constats de décès à distance

- UCCSPU. *Unité de coordination clinique des services préhospitaliers d'urgence*, CR Hôtel-Dieu de Lévis, U. Laval
- La difficulté d'avoir un accès médical 24/7 pour constater un décès et la mobilisation non appropriée des SPU pour transporter une personne décédée.
- Implantation et déploiement des constats de décès à distance en régions rurales et urbaines.

TRANSIT: TRANSformation des pratiques cliniques InTerprofessionnelles pour améliorer la qualité des soins préventifs cardiovasculaires en 1ère ligne

Céline Bareil PhD HEC Montréal, Éveline Hudon MD dpt de méd fam et de méd d'urgence, U de Montréal, Lyne Lalonde PhD faculté de pharmacie, U de Montréal

Gestion difficile en cabinet ou en CLSC, pour les médecins de famille, d'une maladie multifacette comme la maladie cardiovasculaire. TRANSIT propose une façon différente de travailler en interprofessionnalisme soutenue par une équipe de facilitation dans 8 GMF du territoire de Laval.

Différentes conditions facilitantes et barrières, en fonction des indicateurs d'amélioration de la qualité seront présentées

Les auteures déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt

Projet JoCoeur

Lise Langlois
CSSSS Aurores-Boréales



**CLINIQUE
COMMUNAUTAIRE
DE SANTÉ
ET D'ENSEIGNEMENT**

- Une équipe de soins en proximité dans 5 organismes communautaires à Québec. 1 infirmière clinicienne, 5 MD, 5 dentistes, 1 pair aidant, 1 coordonnatrice, des intervenants communautaires, et des étudiants de plrs disciplines (*med, med dentaire, pharm, Sc Inf, Sc soc, nutrition, psycho*)
- SPOT-CCSE a pour **mission**:
 - 1- d'améliorer l'état de santé des populations marginalisées, désaffiliées, en situation de vulnérabilité socio sanitaire, non rejointes par l'offre de soins et services existante,
 - 2- et de former une relève professionnelle sensibilisée aux enjeux sociaux et aux besoins de santé de cette clientèle.
- Des soins de première ligne intégrés, interdisciplinaires et centrés sur la personne; soins médicaux, soins infirmiers, soins dentaires, interventions sociales...
- Une approche de soins collaborative, une complémentarité et une communication constante et directe entre les intervenants;
- Un enseignement axé sur la collaboration interprofessionnelle et une approche humaniste

Guichet DITED

Élodie Bergeron
Nathalie Duval
CISSS de la Montérégie-Ouest
CSSS de Vaudreuil-Soulanges

Guichet d'accès unique en santé mentale adulte



- **Contexte**

- Préoccupation grandissante des délais d'attente en santé mentale de 1^{re} et 2^e ligne
- Volonté de répondre adéquatement et efficacement aux besoins de la clientèle

- **Innovation**

- Une porte d'entrée unique des demandes de référence et une évaluation par une équipe multidisciplinaire
- Une collaboration essentielle des omnipraticiens du territoire et des partenaires

Richard Krans, chef de l'administration des programmes santé mentale adulte 1^{re} ligne
Louise Gallant, coordonnatrice clinique santé mentale 1^{re} ligne

CLINIQUE D'ÉVALUATION DES RETARDS DE DÉVELOPPEMENT

RÉGION DU SAGUENAY-LAC-SAINT-JEAN

INITIATIVES DES 4 PARTENAIRES DE 2^e LIGNE DE RÉADAPTATION EN CENTRE JEUNESSE, EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE, EN DÉFICIENCE PHYSIQUE ET EN PÉDOPSYCHIATRIE

CONTEXTE

En 2003-2004, le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle (CRDI) du Saguenay-Lac-Saint-Jean, le Centre Jeunesse du Saguenay-Lac-Saint-Jean, le Centre de réadaptation en déficience physique Le Parcours du CSSS de Jonquières et le département régional de pédopsychiatrie du CSSS de Chicoutimi se réunissent autour d'une préoccupation commune quant à l'accessibilité et l'efficacité des services diagnostics et d'orientation pour la clientèle qui présente un retard global de développement dont on ne peut clairement déterminer la cause. Ils observent et déplorent le manque chronique de ressources humaines spécialisées en orthophonie, ergothérapie, physiothérapie, pédopsychiatrie, neuropsychologie dans le réseau de services pour ces jeunes enfants. Les problématiques soulevées étaient:

- Difficultés d'orientation dans les services.
- Délais d'attente indésirables.
- Prise en charge non concertée et subséquente.
- Sentiment de découragement des parents.
- Multiplication des démarches des parents.
- Délais dans le début de la réadaptation, donc possibles préjudices.
- Parents et professionnels déçus des services.

PARTIES PRENANTES ET RESSOURCES

- **CRDP Le Parcours:** Le Centre de réadaptation en déficience physique s'est vu confier la gestion de la coordination de la CÉRD et il dégage également des professionnels en ergothérapie et en physiothérapie. Il assure l'accès aux programmes en déficience motrice enfant/adolescent, en déficience du langage, auditive et visuelle et en traumatologie.
- **CRDITÉD:** Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en trouble envahissement du développement, le CRDITÉD dégage des professionnels en neuropsychologie et en orthophonie et assure un accès aux divers programmes en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement, selon le besoin.
- **Centre Jeunesse:** Assure un accès à des centres de jour pour la clientèle avec des problèmes d'adaptation et à des services externes. Ils s'occupent des consultations en lien avec la loi de la Protection de la jeunesse et son application et la gestion des situations à risque.
- **La pédopsychiatrie:** Les services du CSSS de Chicoutimi incluent la clinique TED, responsable de l'évaluation et du diagnostic de la clientèle régionale. Pour la CÉRD, ils fournissent les locaux adaptés et une professionnelle en santé mentale jeune en l'absence de la pédopsychiatre.
- **Les pédiatres régionaux:**
- **Les CSSS,** maintenant faisant partie intégrante du CIUSSS SLSJ, participent à la CÉRD dans le cadre de leurs services aux familles de leurs réseaux locaux, permettant ainsi une continuité pour la famille qui est de passage dans nos services;
- Le financement de ce projet est assuré par le ministère de la Santé et des Services sociaux, qui délègue avant le 1^{er} avril sa responsabilité à l'ASSS.

OBJECTIFS

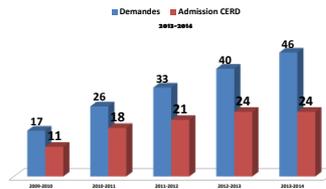
- Mettre en place des modalités d'accès sous forme de porte d'entrée unique pour les enfants de 0 à 5 ans présentant un retard de développement sans diagnostic.
- Permettre l'accès à des services d'évaluation et d'orientation interdisciplinaires spécialisés et offerts le plus précocement possible.
- Instaurer un mécanisme de coordination clinique des services d'évaluation, d'orientation, de réadaptation et de soutien aux familles.
- Assurer un soutien parental et familial coordonné, adapté à chaque situation familiale, tout au long du processus d'évaluation-orientation.
- Informer et outiller les parents sur la problématique de l'enfant, le niveau des retards et les interventions à privilégier.
- Faire les références/suivis auprès des partenaires non présents suite à la tenue de la clinique, et dont la contribution a été jugée pertinente en regard des besoins de l'enfant.
- Maximiser le partage et le développement d'expertises entre les intervenants de chaque établissement, notamment par l'échange de ressources spécialisées et par des rencontres cliniques conjointes.

PRINCIPALES ACTIVITÉS

- 1) Réception de la référence en provenance d'un médecin de famille ou d'un pédiatre.
- 2) Analyse systématique de la situation par la coordonnatrice de la CÉRD, qui s'assure d'avoir en main tous les documents pertinents.
- 3) Visite à domicile et évaluation sommaire préclinique pour confirmer l'orientation ou référer vers la bonne ressource, donner des recommandations supplémentaires aux parents et les informer des étapes suivantes. Cette visite permet également d'identifier la priorité de l'évaluation-orientation pour cet enfant par rapport aux autres enfants en attente.
- 4) Les cliniques sont d'une durée d'une demi-journée. Deux cliniques ont lieu chaque mois.
- 5) La situation de l'enfant est d'abord présentée par la coordonnatrice du consortium à l'équipe multidisciplinaire (ergothérapeute, orthophoniste, physiothérapeute, pédopsychiatre, neuropsychologue, pédiatre, intervenant psychosocial).
- 6) L'évaluation de l'enfant conjointement par l'équipe interdisciplinaire, le pédiatre et souvent le pédopsychiatre (si requis) et ce, en présence des parents.
- 7) Une rencontre d'équipe se tient ensuite où les intervenants échangent leurs observations et les résultats de leur évaluation; à cette étape, un consensus est fait sur l'orientation à privilégier pour l'enfant et les services à mettre en place pour répondre à ses besoins.
- 8) Les parents sont rencontrés par une équipe restreinte choisie en fonction de l'orientation qui sera donnée. Le bilan est expliqué aux parents qui sont par la suite référés vers les services pertinents à la problématique de l'enfant.
- 9) Un bilan synthèse est produit et envoyé aux parents ainsi qu'aux partenaires référents et impliqués dans les recommandations.

RÉALISATIONS

- Prix de l'AQESSS en 2013, dans la catégorie Accessibilité & Continuité.
- Mention d'honneur en 2014 pour les prix d'Excellence du Réseau de la SSS.



- Délai entre la référence et la visite au domicile (VAD) : 24 jours calendrier.
- Délai entre la référence et la CÉRD: 62 jours .
- Délai entre la VAD et la CÉRD: 39 jours.

APPRÉCIATION D'IMPLANTATION

Résultats du sondage de satisfaction des services à la clientèle pour l'année 2014:

- Moyenne globale de satisfaction par rapport à la CÉRD: **90,20%**
- 18 répondants de juin 2013 à juin 2014 (75% des familles ont répondu).

Commentaires et suggestions des répondants:

- Si c'était à refaire, je ne changerais rien. Nous avons été traités avec respect et humanité.
- Cette clinique est très intéressante et a un impact rapide et réel sur le cheminement de l'enfant. Continuez votre bon travail!
- Le questionnaire est envoyé de façon un peu prématurée pour permettre de répondre à toutes les questions précisément. Toutefois, nous sommes satisfaits.
- Merci pour les ressources qui m'ont été accordées à ma disposition pour le bien de mon enfant.
- Lâchez pas!

LEÇONS ET APPRENTISSAGES

- Les défis d'une telle organisation de services sont nombreux et ont été relevés au cours des dernières années :
- La pérennité de l'engagement des ressources par les partenaires.
 - Le défi de trouver des professionnels de chaque discipline pour participer à la CÉRD et que ces mêmes professionnels puissent aller au-delà de leur zone de confort habituelle et travaillent ensemble efficacement.
 - Une coordination fluide des activités et respectueuse de la clientèle.
 - Le dépassement des difficultés financières au profit d'une vision systémique des besoins de cette clientèle.

DÉCLARATION DE CONFLITS D'INTÉRÊTS

Les personnes présentes ici n'ont aucun conflit d'intérêts. Elles n'ont pas d'affiliations ou d'intérêts financiers dans une société commerciale.

REMERCIEMENTS

- L'équipe interdisciplinaire en place fait toute la différence dans ce projet.
- Le partenariat fut essentiel à la mise en place et à la pérennité de cette initiative.

CONTACT

Christina Simard, chef de programmes en réadaptation
418-695-7700 poste 2822
Christina.simard.csssj@sss.gouv.qc.ca

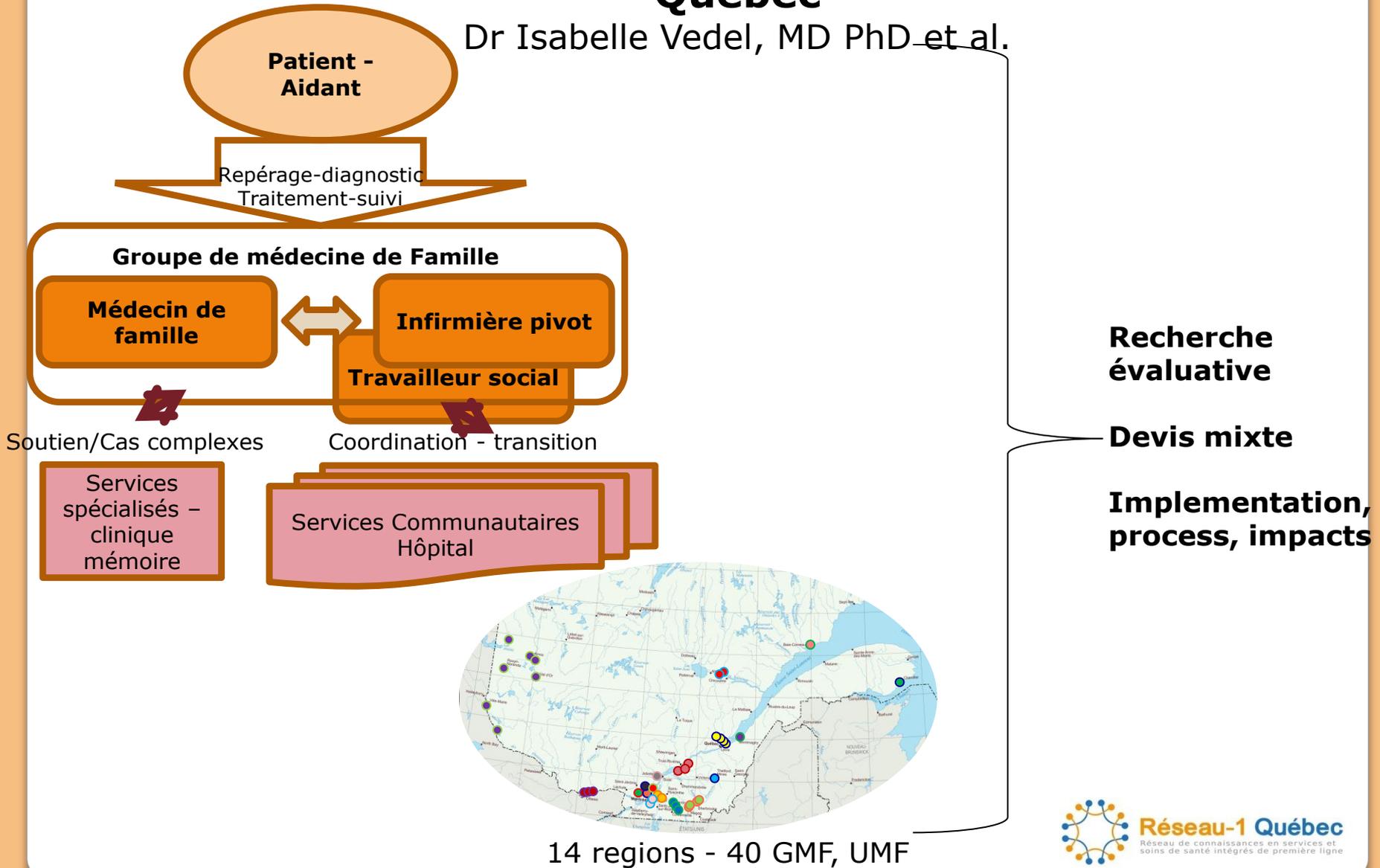


Prendre un enfant par la main
pour l'amener vers demain...



Implantation du plan Alzheimer dans les GMF et UMF au Québec

Dr Isabelle Vedel, MD PhD et al.





La gestion de cas pour les grands utilisateurs de services en GMF

Description de l'équipe

- Catherine Hudon, MD PhD CMFC, UdeSher
- Maud-Christine Chouinard, inf. PhD, UQAC
- Marie-France Dubois, PhD, UdeSher
- Christine Loignon, PhD, UdeSher
- Pasquale Roberge, PhD, UdeSher
- Éric Tchouaket, PhD, UQO
- Donald Aubin, MD, CIUSS-SLSJ
- Lorraine Richard, MD, GMF des rivières
- Guy Verreault, MD, GMF d'Alma
- Myriam-Nicole Bilodeau, ts MA, CIUSS-SLSJ
- Danielle Bouliane, coord. volet évaluatif
- Madone Turtotte, dtp MAP, coord. volet clinique
- Martine Couture, inf. MAP, PDG ASSS-SLSJ

Contexte

- Besoins de santé complexes: maladies chroniques; troubles de santé mentale; vulnérabilité psychosociale
- Difficultés de coordination des soins
- Risques accrus d'incapacité et mortalité
- Gestion de cas améliore la qualité de vie et les coûts
- 80% des coûts attribuables à 10% de la population

Innovation

- Implantation au sein de 4 GMF du Saguenay-Lac-Saint-Jean une intervention pragmatique intégrant **la gestion de cas par une infirmière** en vue de favoriser un suivi interdisciplinaire centré sur la personne et un soutien à l'autogestion pour des personnes atteintes de maladies chroniques (diabète, MCV, maladies respiratoires, maladies musculo-squelettiques et/ou douleur chronique) présentant une utilisation accrue de services.

Un modèle de collaboration interprofessionnelle pour l'évaluation et le suivi de problématiques courantes en santé mentale par les infirmières en première ligne

- **Membres de l'équipe:** Martine Gaudreault, neuropsychologue, Isabelle Boulianne, inf. gestionnaire du GMF UMF, Nathalie Bettez, omnipraticienne, Julie Godbout, Sylvie Allaire et Isabelle Bouchard, infirmières cliniciennes.
- **Contexte:** Besoin ressenti des infirmières en première ligne d'être mieux outillées vis à vis les problématiques de santé mentale. Elles devaient apprendre à connaître les problématiques de santé mentale courantes, les ressources et se doter de moyens pour dépister, évaluer, suivre et référer la clientèle.
- **L'innovation:** Les infirmières ont optimisé leur rôle et leurs compétences. Elles se sont appropriées un champ d'expertise qui leur appartenait, mais qui n'était pas ou peu exploité.

Programme de sensibilisation à la santé cardiovasculaire (PSSC)

- **M-T Lussier**, MD, MSc^{1,2}, **J Kaczorowski**, PhD¹, **T Daly**, PhD³, **L Dolovich**, PharmD⁴, M Girard, PhD¹
¹Université de Montréal; ²Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval; ³York University; ⁴McMaster University
- Animées par des bénévoles formés, les séances PSSC sont basées sur des données probantes et ont fait leurs preuves ailleurs au Canada
- Mettre sur pied des séances du PSSC, un programme communautaire de prévention et de gestion des maladies cardiométaboliques centré sur le patient, et basé sur le « Chronic Care Model » de Wagner

The logo for the PSSC program, featuring the letters 'PSSC' in a bold, red, sans-serif font. A thin, light blue horizontal line is positioned above the text, and a thin, light blue curved line arches over the 'S' and 'C'.

Programme de sensibilisation à la santé cardiovasculaire
Cardiovascular Health Awareness Program