

INNOVATIONS EN SOINS ET SERVICES À DOMICILE AU QUÉBEC : BARRIÈRES NORMATIVES ET DE GOUVERNANCE

MÉLANIE BOURASSA FORCIER
MAUDE GAUTHIER
HUGO PRÉVOSTO
ÉRIKA SCOTT

Les rapports de projet sont destinés plus spécifiquement aux partenaires et à un public informé. Ils ne sont ni écrits à des fins de publication dans des revues scientifiques ni destinés à un public spécialisé, mais constituent un médium d'échange entre le monde de la recherche et le monde de la pratique.

Project Reports are specifically targeted to our partners and an informed readership. They are not destined for publication in academic journals nor aimed at a specialized readership, but are rather conceived as a medium of exchange between the research and practice worlds.

Le CIRANO est un organisme sans but lucratif constitué en vertu de la Loi des compagnies du Québec. Le financement de son infrastructure et de ses activités de recherche provient des cotisations de ses organisations-membres, d'une subvention d'infrastructure du gouvernement du Québec, de même que des subventions et mandats obtenus par ses équipes de recherche.

CIRANO is a private non-profit organization incorporated under the Quebec Companies Act. Its infrastructure and research activities are funded through fees paid by member organizations, an infrastructure grant from the government of Quebec, and grants and research mandates obtained by its research teams.

Les partenaires du CIRANO – CIRANO Partners

Partenaires corporatifs – Corporate Partners

Autorité des marchés financiers
Banque de développement du Canada
Banque du Canada
Banque nationale du Canada
Bell Canada
BMO Groupe financier
Caisse de dépôt et placement du Québec
Énergir
Hydro-Québec
Innovation, Sciences et Développement économique Canada
Intact Corporation Financière
Investissements PSP
Manuvie Canada
Ministère de l'Économie, de l'Innovation et de l'Énergie
Ministère des finances du Québec
Mouvement Desjardins
Power Corporation du Canada
Ville de Montréal

Partenaires universitaires – Academic Partners

École de technologie supérieure
École nationale d'administration publique
HEC Montréal
Institut national de la recherche scientifique
Polytechnique Montréal
Université Concordia
Université de Montréal
Université de Sherbrooke
Université du Québec
Université du Québec à Montréal
Université Laval
Université McGill

Le CIRANO collabore avec de nombreux centres et chaires de recherche universitaires dont on peut consulter la liste sur son site web.
CIRANO collaborates with many centers and university research chairs; list available on its website.

© Juin 2023. Mélanie Bourassa Forcier, Maude Gauthier, Hugo Prévosto et Érika Scott. Tous droits réservés. *All rights reserved.*
Reproduction partielle permise avec citation du document source, incluant la notice ©. *Short sections may be quoted without explicit permission, if full credit, including © notice, is given to the source.*

Les idées et les opinions émises dans cette publication sont sous l'unique responsabilité des auteurs et ne représentent pas les positions du CIRANO ou de ses partenaires. *The observations and viewpoints expressed in this publication are the sole responsibility of the authors; they do not represent the positions of CIRANO or its partners.*

Innovations en soins et services à domicile au Québec : barrières normatives et de gouvernance

Mélanie Bourassa Forcier, Maude Gauthier, Hugo Prévosto, Érika Scott

Juin 2023

Résumé / abstract

En mars 2022, le gouvernement du Québec a mandaté le Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) pour « examiner la performance des services de soutien à domicile (SAD), l'efficacité des programmes et leur équité ». Dans le cadre de ce mandat, le CSBE a demandé au Centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations (CIRANO) de se pencher plus spécifiquement sur certaines innovations en soins et services à domicile (SSAD) au Québec afin d'identifier les barrières normatives et de gouvernance à leur déploiement, de mesurer leurs coûts et bénéfices et de proposer des pistes de solutions pour leur développement et leur pérennisation.

Nous avons identifié cinq (5) innovations SSAD, au sujet desquelles nous avons effectué une étude qualitative approfondie. Nous avons également repéré plusieurs autres innovations SSAD au Québec et noté une émergence considérable du financement de démarrage d'innovations technologiques destinées à favoriser le maintien à domicile des personnes âgées.

Nous présentons dans ce rapport nos constats et des pistes de solutions à considérer pour maximiser le déploiement et la pérennisation des innovations SSAD au Québec.

In March of 2022, the Government of Quebec has mandated the Commissioner of Health and Welfare (CHW) to “review the performance of Home Care Services (HCS), the effectiveness of such programs and their equity”. As part of this mandate, the CHW asked the Centre Interuniversitaire de Recherche en Analyse des Organisations (CIRANO) to emphasize on the study of certain innovations in Home Care Services (HCS) in Quebec to identify the normative and governance barriers to their deployment, measure their costs and benefits and offer solutions to promote their development and sustainability.

We have identified five (5) HCS innovations and have studied them thoroughly. We have identified several other HCS innovations in Quebec and noted a considerable emergence of funding for the launch of technological innovations designed to promote home care for patients.

In this report, we present our findings and possible solutions to consider in order to maximize the deployment and sustainability of HCS innovations in Quebec.

Mots-clés : innovation, soins et services à domicile, âgés, gouvernance / innovation, home care, seniors, governance

Pour citer ce document : Bourassa Forcier, M., Gauthier, M., Prévosto, H., & Scott, E. (2023). Innovations en soins et services à domicile au Québec : barrières normatives et de gouvernance (2023RP-18, Rapports de projets, CIRANO.) <https://doi.org/10.54932/CGNY6106>

Remerciements : Les auteurs remercient leurs collaborateurs et plus particulièrement Thomas Godbout, Laurence Guay et Mona Aelia Salvatore.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES DÉFINITIONS	iv
MÉTHODOLOGIE	1
INTRODUCTION	4
INNOVATION EN SOINS ET SERVICES À DOMICILE : ANALYSE DES BÉNÉFICES ET DES DÉFIS	8
1. Soins intensifs à domicile (SIAD)	9
1.1 Origine du projet.....	9
1.2 Description du projet SIAD de Verdun	13
1.3 Retombées du projet	24
1.4 Enjeux et obstacles au déploiement	29
2. Gériatrie sociale	36
2.1 Origine du projet.....	36
2.2 Description du projet.....	38
2.3 Retombées du projet	48
2.4 Enjeux et obstacles au déploiement	54
3. Projet VESTA du Bas-Saint-Laurent pour le maintien à domicile	61
3.1 Origine du projet.....	61
3.2 Description du projet.....	63
3.3 Retombées du projet	65
3.4 Enjeux et obstacles au déploiement	71
4. Plateforme de suivis virtuels en milieu de vie (SVMV)	76
4.1 Origine du projet.....	77
4.2 Description du projet.....	77
4.3 Retombées du projet	82
4.4 Enjeux et obstacles au déploiement	87

5. Paramédecine de régulation	96
5.1 Origine du projet.....	97
5.2 Description du projet.....	99
5.3 Retombées du projet	101
5.4 Enjeux et obstacles au déploiement	105
CONSTATS ET PISTES DE SOLUTIONS	109
RÉFÉRENCES	132
ANNEXE I – PHASES DE RÉALISATION DU MANDAT	152
ANNEXE II – PROGRAMMES DE FINANCEMENT POUR LE MAINTIEN À DOMICILE	158
ANNEXE III – INNOVATIONS EN TECHNOLOGIE NUMÉRIQUE REPÉRÉES	160
ANNEXE IV – INNOVATION EN SANTÉ MENTALE	163
ANNEXE V – VISUEL DE LA PLATEFORME SVMV	164

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ATC	Actif à temps complet
CCT	Centre de coordination de la télésanté
CETAM	Coopérative des techniciens ambulanciers de la Montérégie
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CIRANO	Centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CISSSMC	Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CMQ	Collège des médecins du Québec
CRDBSL	Collectif régional de développement du Bas-Saint-Laurent
CSBE	Commissaire à la santé et au bien-être
CTRCAQ	Conférence des Tables régionales de concertation des aînés du Québec
DMR	Directeur médical régional des soins préhospitaliers d'urgence
EÉSAD	Entreprise d'économie sociale en aide à domicile
FADOQ	Fédération de l'âge d'or du Québec
FMLS	Fondation Mirella et Lino Saputo
FMSQ	Fédération des médecins spécialistes du Québec
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
LSPU	<i>Loi sur les services préhospitaliers d'urgence</i>
LSSSS	<i>Loi sur les services de santé et les services sociaux</i>
MIS	Maison de l'innovation sociale
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux

PSOC	Programme de soutien aux organismes communautaires
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RI	Ressource intermédiaire
RPA	Résidence privée pour aînés
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
RUISSS	Réseau universitaire intégré de santé et de services sociaux
SAD	Soutien à domicile
SAPA	Soutien à l'autonomie des personnes âgées
SIAD	Soins intensifs à domicile
SSAD	Soins et services à domicile
SVMV	Suivis virtuels en milieu de vie
TAP	Technicien ambulancier paramédical
UFCI	Unité de formation clinique interprofessionnelle
VGQ	Vérificateur général du Québec

LISTE DES DÉFINITIONS

Innovation SSAD	Innovation qui vise l'optimisation des soins et services à domicile au moyen de nouvelles pratiques ou de nouvelles technologies implantées ou en cours d'implantation au sein du RSSS et de l'offre de soutien à domicile
Paramédecine communautaire	La paramédecine communautaire s'inscrit dans un élargissement du rôle des techniciens ambulanciers paramédicaux (TAP) pour qu'ils servent de lien entre les soins d'urgence et la première ligne
Paramédecine de régulation	La paramédecine de régulation désigne la réorientation des usagers appelant au 911 vers des ressources mieux adaptées à leur condition de santé dans les cas non urgents
Services à domicile	Les services à domicile concernent les services et l'assistance dans les activités de la vie quotidienne (AVQ) des usagers (ex : aide au bain, gestion des médicaments, aide à la prise de médication, aide à l'habillement, etc.)

Soins à domicile	Interventions au domicile d'un usager visant à soutenir ou prévenir la perte d'autonomie fonctionnelle due au vieillissement ou à une déficience physique ou mentale
Soins intensifs à domicile (SIAD)	Équipe médicale en CLSC qui suit des usagers en perte d'autonomie présentant une condition complexe

MÉTHODOLOGIE

Évaluation de programme : La présente étude peut être rattachée à la notion « d'évaluation de programme » (Joly *et al.*, 2016). La recherche fondamentale, commune dans le milieu universitaire, vise la création de connaissances originales. L'évaluation de programme sert plutôt à mettre en lumière les composantes d'un programme existant. Néanmoins, comme cette notion demeure mal définie, nous avons demandé les autorisations éthiques requises pour la conduite d'une recherche en milieu universitaire.

Sélection des innovations SSAD étudiées : Le CSBE nous a fait parvenir une série d'innovations SSAD dont elle a été informée à la suite d'un appel public. Après examen de ces innovations (examen des informations acheminées au CSBE, analyse de la littérature grise et scientifique et des médias concernant ces innovations), nous avons identifié les cinq (5) innovations SSAD dont l'état d'avancement était suffisant pour faire l'objet d'une analyse approfondie et qui étaient assorties d'une collecte de données.

Afin de ne manquer aucune innovation SSAD, nous avons, par ailleurs :

1. procédé à une revue de la littérature grise et scientifique publiée au Québec depuis 2010 pour identifier toute innovation SSAD susceptible d'être ajoutée à notre étude ;
2. contacté l'ensemble des directeurs du soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) des établissements de santé du Québec pour qu'ils nous fassent part de leurs innovations (nous présentons en annexe celles que nous n'avons pas incluses dans notre analyse pour les raisons indiquées ci-dessous, notamment l'absence de documentation à leur sujet) ;
3. fait un appel aux innovations SSAD via nos réseaux sociaux qui n'a mené à aucun ajout à notre étude.

Exclusion d'innovations SSAD : Nous avons exclu les innovations technologiques de type « *age-tech* ». Le financement de démarrage de ces innovations, provenant généralement d'une entreprise privée, est en plein essor depuis quelques années. Nous présentons néanmoins en annexe

l'application Luci et le projet des Habitations Bordeleau pour donner au lecteur une idée de la teneur de ce type d'innovations et de leurs défis.

Notre évaluation mixte des innovations SSAD repose sur une revue de la littérature grise et scientifique, et sur une analyse qualitative à partir d'entrevues réalisées sur Teams avec les porteurs des innovations étudiées. Ces entrevues à questions ouvertes d'une durée minimale d'une heure comportaient quatre (4) questions principales : (1) description du projet ; (2) éléments ayant favorisé l'émergence de l'innovation ; (3) mode de collecte de données et identification des coûts et des bénéfiques ; (4) obstacles normatifs et de gouvernance à leur pérennisation et à leur déploiement.

Le présent rapport fait état de ce que cette analyse mixte nous a permis de déterminer. Le détail des étapes de réalisation de cette étude figure dans l'annexe I.

Difficultés rencontrées au cours de l'étude

Il nous apparaît important de mentionner les difficultés que nous avons rencontrées dans la réalisation de cette étude puisque plusieurs intervenants nous ont indiqué avoir fait face aux mêmes :

1. Le processus d'approbation éthique des comités d'éthique de la recherche (CÉR) : les membres des CÉR ont une interprétation hautement variable de la notion « d'évaluation de programme ». Pour la plupart, même ce qui s'y apparente doit faire l'objet d'une approbation éthique, ce à quoi nous nous sommes donc soumis.
2. La complexité et la lourdeur des processus éthiques : comme la présente étude interpellait au départ des « sujets de recherche » externes aux établissements de santé (à l'exception d'un projet), nous avons obtenu une approbation éthique du CÉR de l'Université de Sherbrooke et une autre du CÉR de l'établissement du seul projet impliquant un établissement de santé. Pour obtenir cette dernière, la chercheuse principale de la présente étude a dû suivre une seconde fois une formation gouvernementale en ligne pour démontrer

ses connaissances en éthique de la recherche. Elle a également dû obtenir un « privilège » de recherche auprès dudit établissement.

Au cours de notre étude, après qu'il nous a été suggéré de rencontrer un employé d'un établissement de santé, nous avons demandé au CÉR affilié à l'université qui avait délivré notre approbation éthique de requalifier notre étude en étude multicentrique. Comme il nous a été répondu que notre chercheuse principale devait plutôt s'adresser au CÉR de l'établissement de santé ayant déjà accordé une approbation, nous avons renoncé à cette démarche trop longue et trop coûteuse.

Durant nos entrevues, la lourdeur et la complexité des processus éthiques ont été mentionnées comme des freins au déploiement de projets dans le domaine des SSAD. Des personnes extérieures au milieu académique, ou même des jeunes chercheurs, peuvent difficilement passer à travers ces processus sans disposer de ressources considérables.

3. L'impossibilité de repérer des innovations en « soutien » à domicile et des innovations du milieu communautaire : malgré des recherches et un appel sur nos réseaux sociaux, nous ne sommes pas parvenus à repérer des innovations « documentées » en soutien à domicile ou des innovations du milieu communautaire, hormis celle en gériatrie sociale de la Fondation AGES. Des intervenants nous ont indiqué rencontrer le même défi : faute de ressources, les organismes communautaires peinent à documenter les innovations qui naissent dans leur milieu, lesquelles sont donc difficiles à répertorier.

INTRODUCTION

En mars 2022, le Gouvernement du Québec a mandaté le Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) pour « examiner la performance des services de soutien à domicile (SAD), l'efficacité des programmes et leur équité » (CSBE, 2023). Dans le cadre de ce mandat, le CSBE a demandé au Centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations (CIRANO) de se pencher plus spécifiquement sur certaines innovations en soins et services à domicile (SSAD) au Québec afin d'identifier les barrières normatives et de gouvernance à leur déploiement, de mesurer leurs coûts et bénéfices et de proposer des pistes de solutions pour leur développement et leur pérennisation. Notre analyse de la gouvernance se base sur la conception présentée par le CSBE dans son rapport *Le devoir de faire autrement – Partie 2* (2022) et, plus particulièrement, sur les quatre mécanismes de gouvernance qui y sont identifiés :



Les innovations SSAD identifiées et analysées pour les fins de ce rapport sont :

1. les soins intensifs à domicile (SIAD), une structure qui intègre des médecins omnipraticiens à l'offre de soins et services à domicile ;
2. la gériatrie sociale, un projet visant à appréhender les aînés dans leur milieu de vie et à outiller les acteurs communautaires pour qu'ils jouent un rôle déterminant dans le bien-être et le vieillissement de la population ;
3. le projet VESTA, une innovation bas-laurentienne de camion équipé pour le soutien à domicile des aînés en milieu rural ;

4. la plateforme de suivis virtuels en milieu de vie (SVMV), un projet de télésoins permettant la prise en charge à distance de différentes conditions de santé et favorisant le maintien à domicile ;
5. la paramédecine de régulation, un projet impliquant les techniciens ambulanciers paramédicaux (TAP) dans la prise en charge d'appels non urgents au 911 d'usagers de 65 ans et plus.

Nous présentons en annexe d'autres innovations repérées dans le cours de notre étude, mais que nous n'avons pas analysées pour diverses raisons : elles ne cadraient pas avec le mandat, les délais d'obtention des autorisations éthiques requises étaient trop importants, l'information disponible à leur sujet était insuffisante, ou encore il s'agissait d'innovations dites « *age-tech* », c'est-à-dire d'innovations technologiques destinées à améliorer la qualité de vie des personnes âgées. Notons que l'éventail de ces technologies est très large : applications numériques destinées à prévenir ou retarder certaines maladies chroniques, capteurs de mouvements permettant d'éviter par exemple que des personnes âgées ne soient oubliées à l'extérieur de leur logement à la suite d'un exercice d'incendie, ceintures gonflables pour prévenir les fractures de la hanche, etc. Malheureusement, plusieurs de ces projets technologiques, dont le démarrage est massivement financé par le gouvernement du Québec, en sont au stade de projets pilotes et rien ne laisse croire que leur financement de démarrage ait prévu une quelconque mesure d'intégration, notamment financière, une fois le projet à maturité. Il semble que le gouvernement devrait systématiquement entreprendre une cartographie complète et une étude approfondie des coûts et bénéfices des projets technologiques dont il finance le démarrage.

Au terme de ce rapport, nous constatons que l'environnement d'innovations SSAD au Québec profite de l'appétit des décideurs politiques et des organismes subventionnaires pour les projets porteurs de changement qui favorisent le maintien à domicile des aînés. Tous sont bienvenus, qu'ils permettent une bonification des services accessibles à domicile ou la prestation de soins qui réduisent les transferts vers les urgences et les hôpitaux. En réponse à cette forte demande et aux nombreuses subventions octroyées, nous avons constaté qu'une multitude de projets d'innovation SSAD sont en cours et que plusieurs autres sont en démarrage. Toutefois, les innovations SSAD

qui se prêtent à une étude approfondie de leurs coûts et bénéfices sont rares. Les cinq que nous présentons sont celles qui nous ont semblé les mieux documentées et qui étaient accompagnées de mesures de suivi. Celles du milieu communautaire sont disparates, parcellaires et peu documentées, souvent par manque de ressources.

Nous avons observé une forte implication des municipalités dans certaines des innovations étudiées. Celles-ci nous apparaissent ainsi comme des acteurs clés dans l'appréciation de la gouvernance et de la performance du système de santé, particulièrement en matière de SSAD.

Un autre de nos constats est que le réseau de la santé regorge d'acteurs souhaitant contribuer au développement d'innovations SSAD. Nous avons noté que toutes les innovations étudiées ont été, au départ, initiées par des acteurs qui veulent faire une différence et non pas stimulées par des incitatifs financiers ou des normes. C'est peut-être ce qui explique les différences entre régions en matière d'innovations SSAD : la volonté de changement de certaines personnes est actuellement déterminante dans leur apparition.

En contrepartie, nous avons malheureusement identifié des barrières tant normatives que de gouvernance pour l'ensemble des innovations analysées.

Les deux principaux obstacles à la pérennisation et au déploiement à l'échelle provinciale des innovations SSAD nous semblent être l'absence de mesures de suivi des coûts et bénéfices et d'intégration dans un plan de développement SSAD.

Quant à l'évaluation de leur impact, il appert que les indicateurs de volumétrie supplantent les indicateurs qualitatifs parmi les critères de financement de projets pilotes.

Enfin, il ressort de nos analyses que le déploiement des innovations SSAD à l'échelle provinciale, bien que souhaité, débouche souvent sur une appropriation par les hautes autorités gouvernementales, ce qui entraîne une perte d'expertise et de capacité à s'adapter aux besoins variables selon les régions.

Nous avons enfin identifié des pistes de solutions pour maximiser le déploiement et la pérennisation des innovations SSAD au Québec :

1. répertorier les projets d'innovations SSAD québécois sur une plateforme unique ;
2. revoir les critères de financement et les méthodes d'évaluation des innovations ;
3. assurer un financement durable aux organismes communautaires ;
4. mettre en place des incitatifs à l'innovation pour stimuler un changement de culture ;
5. rendre plus fluides les processus d'éthique de la recherche ;

Et, plus globalement :

6. mettre en place une gouvernance et un cadre normatif permettant aux innovations SSAD de s'adapter aux besoins des usagers et aux réalités locales ;
7. impliquer davantage les municipalités dans le soutien aux innovations.

INNOVATION EN SOINS ET SERVICES À DOMICILE : ANALYSE DES BÉNÉFICES ET DES DÉFIS

Le Québec est un terreau fertile en matière d'innovation dans plusieurs domaines de la santé, dont les SSAD. Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) rapporte qu'en 2022, le Fonds de soutien à l'innovation en santé et en services sociaux (FSISSS) a soutenu 28 projets avec un budget total de 6,6 millions de dollars (MSSS, 2022c). Parmi ces 28 projets, cinq touchent directement les SSAD et exploitent des avancées technologiques en télémédecine et en suivi à distance des usagers (MSSS, 2022c). Huit autres influent indirectement sur l'environnement des soins et services à domicile, et concernent les communications entre professionnels du réseau de la santé et le partage sécuritaire des données des usagers.

Le mandat du Bureau de l'innovation (BI) du MSSS est d'« intégrer l'innovation dans les activités du réseau de la santé et des services sociaux » (Gouvernement du Québec, 2017). En mars 2023, soutenu par le ministère de l'Économie, de l'Innovation et de l'Énergie, le BI a présenté le programme Vitrine d'innovations en santé, déployé par MEDTEQ⁺ (MEDTEQ⁺, 2023), qui vise à faciliter la commercialisation d'innovations en santé alignées avec les priorités gouvernementales. Un appel de projets a été publié à l'intention exclusive des entreprises québécoises porteuses d'une innovation dans le domaine des SSAD (MEDTEQ⁺, 2023).

C'est dans ce contexte de foisonnement d'innovations SSAD que nous avons procédé à une analyse de projets qui s'inscrivent dans une volonté de pérennisation et d'intégration de différents intervenants issus des milieux institutionnels et communautaires.

1. Soins intensifs à domicile (SIAD)

Les soins intensifs à domicile (SIAD) visent à ramener la médecine familiale en première ligne afin de favoriser la prise en charge à domicile d'usagers qui présentent des conditions chroniques sévères et instables, et qui bénéficient de soins médicaux actifs ou de soins médicaux palliatifs et de fin de vie. En collaborant avec les équipes SAD, les médecins d'une équipe SIAD **répondent à la volonté populationnelle de prise en charge à domicile, réduisent les transferts vers l'urgence ou l'hôpital et assurent une garde médicale 24/7**. La présence de médecins à domicile par le biais de ces équipes n'est pas en elle-même novatrice. La médecine à domicile a longtemps été chose courante au Québec, et l'est encore ailleurs au Canada et en France. Après un survol de l'origine et de la structure des équipes SIAD, nous nous intéressons à leur implantation à l'échelle provinciale, qui constitue une innovation dans le domaine des soins et des services de santé québécois.

Les soins intensifs SIAD consistent en l'intégration d'une équipe médicale 24/7 à l'équipe de soins à domicile d'un CLSC pour favoriser la prise en charge interprofessionnelle. L'objectif est de s'occuper plus d'usagers à domicile grâce à une gamme complète de professionnels, et de contribuer ainsi au désengorgement des urgences et des hôpitaux. Quelques équipes sont implantées au Québec, mais celle du CLSC de Verdun en est le modèle par excellence (Senez *et al.*, 2022).

En plus de son équipe médicale SIAD, le CLSC de Verdun a constitué une équipe d'infirmières « SAD aigu », qui interviennent auprès d'une clientèle présentant une condition aiguë et ponctuelle. Grâce à leur travail en synergie avec l'équipe SIAD, celles-ci peuvent prendre en charge à leur domicile des usagers dont la condition nécessiterait normalement un transfert à l'urgence ou une consultation en cabinet.

1.1. Origine du projet

La pratique médicale à domicile n'est pas courante de nos jours au Québec, contrairement à la France (Sentilhes-Monkam, 2005), où les médecins se déplacent régulièrement au domicile de leurs patients. Ce service est coordonné en grande partie par SOS Médecins, l'organisation fondée en 1966 par le Dr Marcel Lascar (SOS Médecins, s. d.-a). Cependant, le service offert par SOS Médecins ne doit pas être confondu avec celui des équipes SIAD du Québec. La pratique à

domicile des médecins français s'apparente à celle d'un urgentologue, c'est-à-dire qu'ils ne traitent l'utilisateur qu'à une seule reprise, pour une condition ponctuelle, après quoi un suivi est assuré auprès du médecin de famille (Radio-Canada, 2018). SOS Médecins regroupe 63 associations en France métropolitaine et d'outre-mer (SOS Médecins, s. d.-a), dont les médecins membres effectuent chaque année 2 600 000 visites à domicile (SOS Médecins, s. d.-b). Une telle consultation coûte en moyenne 50 euros (SOS Médecins, s. d.-b).

Au Québec, la pratique médicale à domicile était relativement fréquente jusqu'en 1991, année où le gouvernement a imposé des « activités médicales particulières » (AMP) aux médecins cumulant moins de dix années de pratique dans le but de les orienter vers des secteurs jugés prioritaires (Savard, 2018). En 2002, les AMP ont été imposées à l'ensemble des médecins omnipraticiens du Québec. Selon les intervenants rencontrés dans le cadre de notre étude, cette modification a contribué au délaissement progressif de la pratique médicale à domicile, par manque de temps : « Cette décision [les AMP] a tué la pratique de médecine familiale et les suivis de patients à domicile » a ainsi déclaré une intervenante.

Les AMP ont redirigé de manière prioritaire les médecins omnipraticiens vers les départements cliniques de médecine d'urgence (art. 8, *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant les activités médicales, la répartition et l'engagement des médecins*). Ceux-ci ont donc été éloignés de leurs activités de première ligne pour répondre à la demande dans les urgences des hôpitaux (MSSS, 2002). En 2008 déjà, le Dr Guy Béland constatait une diminution de la pratique à domicile alors que le nombre d'examen réalisés à domicile était passé de 605 499 en 2000-2001 à 509 496 en 2006-2007 (Bertrand, 2008).

Quelques « irréductibles » continuent toutefois leur pratique à domicile auprès d'utilisateurs en perte d'autonomie qui ne peuvent se déplacer pour consulter en cabinet ou en groupe de médecine familiale (GMF). Les équipes SIAD en CLSC permettent de structurer ces visites au sein de l'écosystème SAD et de tirer profit de la diversité de professionnels disponibles.

Actuellement, on recense quelques services de médecine à domicile au Québec (Lavoie, 2018 ; Radio-Canada, 2023), généralement offerts par des cliniques privées dont les médecins ne sont pas affiliés aux équipes SAD, comme le sont ceux des équipes SIAD en CLSC.

L'acronyme « SIAD » a été choisi par le MSSS dans la *Lettre d'entente 336* pour qualifier une équipe médicale en CLSC qui suit des usagers en perte d'autonomie présentant une condition complexe (Dechêne, 2019 ; RAMQ, 2018). Une lettre d'entente est la « déclaration d'une convergence d'intention entre les parties signataires dans un contexte qui ne permet pas un engagement juridique » (Thésaurus de l'activité gouvernementale, s. d.).

Dans la *Lettre d'entente 336*, les SIAD sont définis comme des équipes formées de médecins qui assurent une prestation continue de services médicaux à domicile pour le compte d'un CLSC ou d'un regroupement de CLSC (RAMQ, 2018). Les usagers visés sont « incapables de quitter leur domicile pour accéder aux soins médicaux requis par leur état et [...] sont dans l'une des deux situations suivantes :

- instabilité de leur état de santé et requis aigus de soins ;
- détérioration soudaine qui requiert une évaluation médicale rapide et une intensification du suivi et de la surveillance clinique » (RAMQ, 2019).

De plus, une équipe SIAD doit assurer une garde médicale 24/7 toute l'année pour les usagers suivis (RAMQ, 2019).

La *Lettre d'entente 336* autorise officiellement le déploiement d'équipes SIAD dans l'ensemble de la province. Elle a été signée en 2018 par la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et le MSSS (RAMQ, 2018) suite à la présentation des retombées (réduction des hospitalisations, respect de la volonté des usagers, réduction des coûts d'intervention) du projet de l'équipe SIAD du CLSC de Verdun au Forum sur les meilleures pratiques en soutien à domicile (Dechêne, 2017). La *Lettre d'entente 336* définit les SIAD, encadre la rémunération des médecins qui y participent, statue sur le nombre de forfaits quotidiens disponibles par équipe SIAD et dicte la procédure d'adhésion d'un médecin à une équipe SIAD (RAMQ, 2018).

Un forfait quotidien est un supplément salarial de 41,40 \$ qui couvre les activités professionnelles du médecin reliées à la prestation continue de services (consultation avec l'utilisateur, communication avec les autres professionnels de la santé, mise sur pied d'un plan d'intervention et rédaction des formulaires pour l'obtention d'aides techniques) (RAMQ, 2019). Six forfaits quotidiens sont

disponibles par équipe SIAD (RAMQ, 2019). Un médecin membre est rémunéré à l'acte, au mode mixte à domicile, à honoraires fixes ou à tarif horaire (RAMQ, 2019).

En 2019, une nouvelle version de la *Lettre d'entente 336* a été signée (RAMQ, 2019), qui circonscrit la période de suivi par un médecin SIAD (3 à 7 jours) et crée une banque maximale de forfaits quotidiens par CISSS ou CIUSSS couvrant moins de 50 % de leurs CLSC (RAMQ, 2019).

Les médecins peuvent avoir une pratique en cabinet, en GMF, à l'urgence ou en CLSC et être simultanément membres d'une équipe SIAD. Pour en faire partie, un médecin complète une demande d'adhésion qui est transmise à un comité paritaire constitué de membres de la FMOQ et du MSSS, comme le prévoit la procédure contenue dans la *Lettre d'entente 336* à l'article 7.01 (RAMQ, 2019). Aucun délai maximal n'est fixé à ce comité pour autoriser la création d'un SIAD. Son rôle est « de s'assurer du bon fonctionnement, de l'interprétation et de l'application des multiples ententes négociées » (Belzile, 2023).

Les médecins d'une équipe SIAD ont une expérience en soins palliatifs et gériatriques à domicile, en soins de fin de vie ainsi que dans la prise en charge d'usagers à l'état instable souffrant d'une condition chronique sévère ou terminale (Senez *et al.*, 2022). Le « I » de SIAD indique le caractère intensif des soins qui peuvent être dispensés à domicile grâce aux médecins qui collaborent avec les professionnels de l'équipe SAD du CLSC. Les intervenants rencontrés expliquent que l'offre de soins est plus complète grâce à la présence de médecins au sein de la structure SSAD, car ils peuvent prendre en charge la condition médicale d'un usager dans sa complexité (Dechêne, 2019).

L'implantation d'équipes SIAD à l'échelle provinciale est une des solutions disponibles pour bonifier l'offre de soins à domicile tout en respectant la volonté des usagers de vieillir chez eux (St-Louis *et al.*, 2022). Au Québec, des équipes SIAD sont recensées dans 14 centres intégrés (universitaires) de santé et de services sociaux (CI(U)SSS) et territoires (Senez *et al.*, 2022). La forme des équipes SIAD varie toutefois selon les régions.

Le modèle implanté au CLSC de Verdun est particulièrement intéressant à analyser puisqu'il s'agit de la première équipe SIAD québécoise. C'est celle qui compte le plus de médecins membres (14, pour un total de 3 postes équivalent temps complet) et elle suit quotidiennement

1 200 usagers (Nadeau, 2023). Elle est aussi considérée comme un modèle pour l'implantation d'équipes SIAD à l'échelle de la province (CCSMTL, 2022 ; Garnier, 2019).

1.2. Description du projet SIAD de Verdun

La première équipe SIAD au Québec a été implantée en 2008 au CLSC de Verdun, un des six CLSC présents sur le territoire du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (CCSMTL, 2019). Ce territoire de 330 344 habitants représentait 16 % de la population montréalaise en 2021 (Landry, Couture, et Massie, 2021). Cette même année, les personnes de 65 ans et plus constituaient 14 % des résidents du territoire de ce CIUSSS (Landry *et al.*, 2021). D'ici 2036, il est estimé que cette tranche d'âge représentera 16,2 % des résidents (Landry *et al.*, 2021).

L'initiative de Verdun est le fruit des travaux du comité de l'enseignement des soins aux personnes âgées (SAPA) du département de médecine générale de l'Université de Montréal (Garnier, 2019), dont les membres avaient constaté que les jeunes médecins effectuaient majoritairement leur résidence en milieu hospitalier, faute de structure pour les initier à la pratique à domicile. La création de l'équipe SIAD de Verdun découle d'une volonté de les initier à la pratique intensive à domicile au sein d'une structure qui rend cette pratique attrayante tout en bonifiant l'accès aux services médicaux de première ligne.

L'équipe médicale SIAD du CLSC de Verdun se distingue des autres équipes en activité au Québec par le type d'usagers suivis, par la durée des suivis qu'elle assure et par l'intégration des soins palliatifs et de fin de vie à l'offre de soins dispensés par ses médecins.

Usagers suivis

L'équipe médicale SIAD du CLSC de Verdun prend en charge des usagers en lourde perte d'autonomie qui présentent une (ou plusieurs) condition(s) chronique(s) avancée(s), par exemple un cancer en phase terminale, une insuffisance hépatique terminale ou une insuffisance multisystémique (Dechêne, 2019). Ces usagers représentent entre 40 % et 50 % de sa clientèle, dont 20 à 50 % sont dans une trajectoire de fin de vie ou reçoivent des soins palliatifs (Dechêne, 2019) et 5 à 10 % seulement présentent une condition aiguë (Dechêne, 2019). Ces derniers cas

sont pris en charge par une équipe infirmière SAD aigu qui travaille en collaboration avec les médecins de l'équipe médicale SIAD. Il sera question de l'équipe infirmière SAD aigu ultérieurement dans cette section.

L'équipe médicale SIAD du CLSC de Verdun se distingue des autres équipes similaires parce que sa clientèle n'est pas scindée entre les usagers suivis par l'équipe SAD et les usagers suivis par l'équipe médicale SIAD : qu'ils soient stables ou pas, que leur condition soit aiguë ou non, les usagers SAD sont pris en charge par une seule et même équipe. Englober ainsi toute la clientèle dans un même service permet de conserver une structure simple.

Le médecin traitant de l'utilisateur pris en charge par un médecin SIAD ne change pas. Ce dernier assure le rétablissement de l'utilisateur et transmet l'information à son médecin de famille. Lorsque les suivis SIAD sont de courte durée, les usagers conservent leur médecin de famille. Par contre, les usagers médicalement instables ou en fin de vie peuvent être transférés à un médecin SIAD avec l'accord préalable du médecin traitant. Le seul autre cas de figure où un utilisateur peut être inscrit auprès d'un médecin SIAD est celui d'un utilisateur orphelin, qui n'est inscrit auprès d'aucun médecin de famille.

Durée des suivis

La description du service SIAD disponible sur les sites web des CI(U)SSS qui l'offrent indique que les suivis sont de courte durée, conformément aux directives contenues dans la *Lettre d'entente 336* (2019) (Boucher, 2019 ; CISSS de Lanaudière, 2022 ; CIUSSS de l'Estrie - CHUS, 2023 ; Papon *et al.*, 2022). Nous avons toutefois observé que dans un contexte de soins de fin de vie ou de soins palliatifs, des médecins SIAD contreviennent à la *Lettre d'entente 336* (2019) et assurent un suivi auprès des usagers au-delà du « court terme ». Nous constatons donc une discordance entre la description de l'offre de services de certains CI(U)SSS et la réalité du terrain.

La durée des suivis de l'équipe SIAD du CLSC de Verdun différerait aussi de celle des autres équipes SIAD au Québec. L'équipe médicale SIAD du CLSC de Verdun était la seule reconnue au Québec avant la modification de la *Lettre d'entente 336*. Cette équipe a donc toujours opéré selon les modalités de la *Lettre d'entente 336* originale qui ne prévoyait pas de délai de suivi. Selon

les intervenants rencontrés, les médecins qui souhaitaient démarrer un SIAD après 2019 ne voulaient pas risquer d'exercer dans l'« illégalité », ce qui expliquerait en partie que la durée de suivi des usagers soit limitée à quelques semaines ou du moins annoncée comme telle.

Soins palliatifs et soins de fin de vie

Comme il a été mentionné, une part importante des usagers suivis par l'équipe médicale SIAD du CLSC de Verdun bénéficie de soins palliatifs ou de soins de fin de vie. Les médecins SIAD du CLSC de Verdun utilisent l'approche palliative intégrée (Dechêne, 2019 ; Senez *et al.*, 2022), qui intègre des soins palliatifs dans la trajectoire de soins d'un usager par mesure de prévention avant que l'usager ne soit considéré en « fin de vie » (Dechêne, 2019). La participation de médecins aux soins palliatifs et de fin de vie à domicile n'est pas exclusive au CLSC de Verdun (CIUSSS de la Mauricie-et-Centre-du-Québec, 2023). Toutefois, il est difficile de savoir si les médecins impliqués dans les soins palliatifs et de fin de vie dans d'autres établissements sont aussi membres d'une équipe médicale SIAD. Et si tel est le cas, il n'est pas sûr que l'équipe médicale SIAD dispense les soins palliatifs et de fin de vie comme le fait celle du CLSC de Verdun.

Au CLSC de Verdun, quatorze (14) médecins SIAD se partagent une charge de travail équivalente à trois temps complet. La garde et les visites à domicile sont des pratiques exigeantes pour les médecins. La répartition de la charge de travail permet aux médecins, d'une part, de garder une pratique en cabinet, à l'hôpital ou à l'urgence et, d'autre part, de prévenir l'épuisement et le bris de service.

Selon un plan de déploiement réalisé par des intervenants rencontrés, il faudrait entre 150 et 200 médecins omnipraticiens pour implanter partout au Québec des équipes SIAD qui rempliraient les mêmes fonctions qu'au CLSC de Verdun. Le Québec compte actuellement 10 467 médecins omnipraticiens (Collège des médecins du Québec, 2023b).

1.3. Autres initiatives en soins à domicile à ne pas confondre avec les équipes SIAD

En plus des équipes médicales SIAD, d'autres initiatives de soins à domicile sont implantées au Québec, notamment les projets pilotes d'hôpital à domicile (Gouvernement du Québec, 2023 ;

Senez, 2022) et d'équipes infirmières SAD aigu (Foy et Gaillardetz, 2017 ; Gaillardetz et Aylwin, 2015).

Hôpital général Juif de Montréal – Hospitalisation à domicile

Le projet d'hôpital à domicile est piloté par l'Hôpital général Juif de Montréal (HGJ) (Senez *et al.*, 2022). L'hospitalisation à domicile a pour but d'accélérer le retour d'un usager hospitalisé à son domicile (Cabinet de la ministre responsable des Aînés et ministre déléguée à la Santé, 2023). **Contrairement aux équipes SIAD, dont l'objectif est de prévenir les hospitalisations, les équipes médicales de l'hôpital à domicile interviennent après une hospitalisation pour accompagner l'usager dans sa convalescence et offrir le plus de soins possible à domicile.** Des visites régulières au domicile de l'usager et des suivis virtuels sont effectués pour une courte période de temps (habituellement quelques jours), jusqu'à la résolution de l'épisode aigu. Les usagers visés par les hôpitaux à domicile ne doivent donc pas être en fin de vie ni présenter une condition chronique terminale avec un pronostic sombre (Bordeleau, 2023 ; Cabinet de la ministre responsable des Aînés et ministre déléguée à la Santé, 2023). Les équipes médicales peuvent être constituées de tous les professionnels de la santé que l'on retrouve à l'hôpital et sont adaptées aux besoins de l'usager (Bordeleau, 2023). Une garde infirmière est aussi disponible en tout temps. Pour avoir accès au projet de l'HGJ, les usagers doivent résider sur le territoire desservi par le CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal (Nouvelles HGJ, 2022) ou avoir été hospitalisé à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (Morgan, 2023).

Le projet d'hôpital à domicile doit être distingué de l'initiative SIAD, car il s'adresse aux usagers autonomes, capables de prendre leurs signes vitaux et à l'aise avec les outils technologiques. Contrairement à l'initiative SIAD, l'hospitalisation à domicile n'intègre pas de soins palliatifs préventifs et ne prend pas en charge d'usagers en lourde perte d'autonomie.

Huit projets pilotes ont été annoncés dans d'autres régions administratives en plus de celui de l'Hôpital général Juif. Pour qu'un usager soit admissible, son état de santé doit être stable, il doit pouvoir compter sur l'assistance d'un proche aidant et résider dans un périmètre prédéterminé autour de l'hôpital (Cabinet de la ministre responsable des Aînés et ministre déléguée à la Santé, 2023). Des intervenants évaluent le rayon d'action à une dizaine de kilomètres.

1.3.1 Le SAD aigu en complémentarité avec l'équipe médicale SIAD

Les équipes SAD aigu sont composées d'infirmières dédiées à la prise en charge rapide (idéalement dans les 24 heures) d'usagers qui présentent une dégradation ponctuelle de leur état de santé, mais ne nécessitent pas un transfert à l'hôpital ou à l'urgence. Grâce au soutien des équipes médicales SIAD, les infirmières SAD aigu peuvent prendre en charge le jour même, ou au plus tard le lendemain, des usagers avec une condition aiguë à leur domicile et assurer un suivi jusqu'à la stabilisation de leur état de santé, après quoi ils sont retournés à leur infirmière

pivot régulière. Les infirmières SAD aigu sont appelées « infirmières pompiers » par les intervenants rencontrés pour décrire leur rôle auprès des usagers. En collaborant avec l'équipe médicale SIAD du CLSC de Verdun, les infirmières SAD aigu permettent de diminuer les transferts d'usagers vers l'urgence ou l'hôpital.

En 2015, la structure « SAD aigu » a été ajoutée sous forme de projet pilote à l'offre de services de première ligne du CLSC de Verdun. Le SAD aigu est un service de soins à domicile en accès ouvert (Gaillardetz et Aylwin, 2015). Composée d'infirmières, l'équipe SAD aigu vise à réduire le nombre d'hospitalisations et de transports en ambulance. Elle agit en complémentarité et en collaboration avec l'équipe SIAD d'un CLSC (Senez *et al.*, 2022). Les intervenants rencontrés expliquent que pour être efficace, une équipe infirmière SAD aigu doit être implantée là où une équipe médicale SIAD est déjà en place, car il serait impossible pour une infirmière seule de stabiliser un usager qui présente un cas complexe et d'éviter l'hospitalisation. En effet, d'une part, la complexité médicale relève de la responsabilité du médecin. D'autre part, une évaluation médicale est requise pour statuer sur le niveau de soins et les traitements appropriés, et ainsi peut-être éviter l'hospitalisation (art. 31, *Loi médicale*).

Les infirmières SAD aigu consacrent leur temps à la prise en charge d'usagers adultes en perte d'autonomie ou avec un profil gériatrique présentant une condition aigüe (Dechêne, 2019 ; Foy et Gaillardetz, 2017 ; Gaillardetz et Aylwin, 2017).

Les infirmières sont réparties en équipes de deux pour assurer une réponse rapide aux usagers. Bien que les équipes SAD aigu ne soient pas des équipes d'intervention d'urgence comme les ambulanciers, elles assurent une réponse dans les 24 heures suivant la notification d'un besoin (CCSMTL, 2016 ; Foy et Gaillardetz, 2017). Elles sont formées pour intervenir dans des situations d'urgence et avec un plateau technique certes plus limité qu'en contexte hospitalier, mais tout de même assez étoffé : intraveineuses, sondes, trousse de médicaments, électrocardiogramme, etc. Elles sont épaulées durant leurs interventions par le médecin de l'équipe SIAD qui assure la garde médicale et qui peut se déplacer au domicile de l'utilisateur si la situation le requiert (Foy et Gaillardetz, 2017).

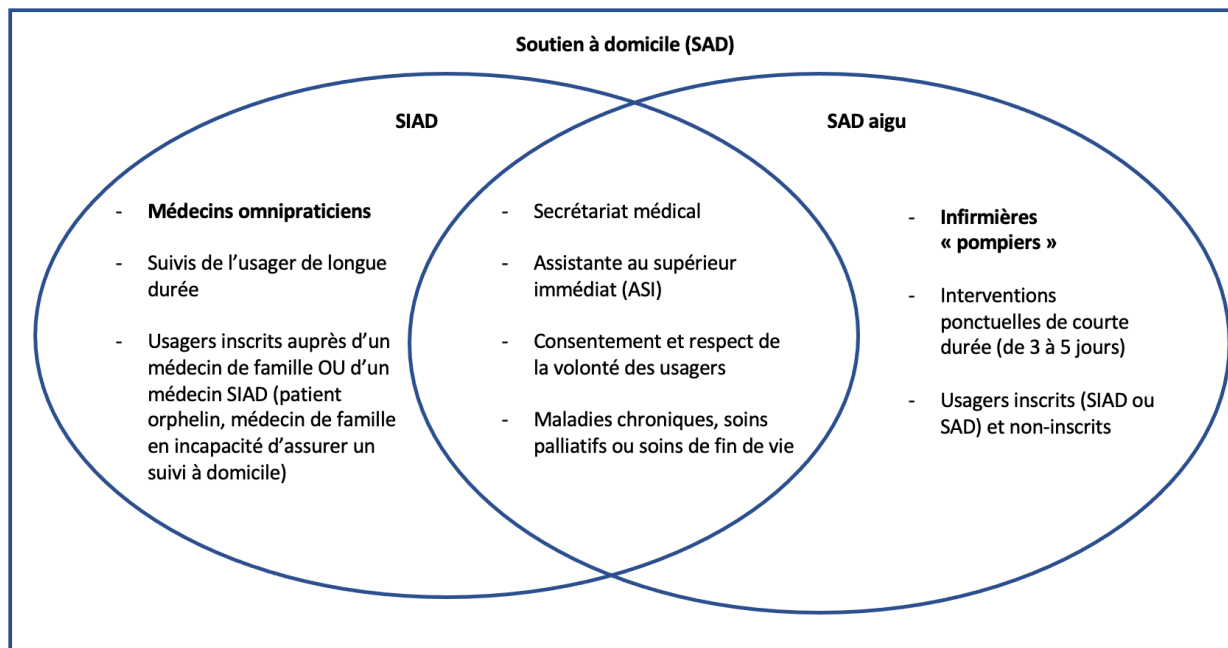
En 2017, le nombre moyen de suivis pour un usager pris en charge par une équipe infirmière SAD aigu était de 2,2 visites par usager pour une période de suivi moyenne de 2,59 jours (Foy et Gaillardetz, 2017). En 2022, malgré l'absence de données précises, la durée estimée d'une intervention était de 3 à 5 jours (Senez *et al.*, 2022).

La planification quotidienne des infirmières SAD aigu diffère de celle des infirmières qui réalisent des suivis à domicile pour des usagers inscrits auprès de médecin SIAD ou dans un contexte régulier de soutien à domicile. Les intervenants rencontrés expliquent qu'en contexte de SAD ou de SIAD, les infirmières respectent un horaire de visites préétabli. Il est possible de prévoir la durée des visites et les tâches à accomplir auprès de chaque usager. Les infirmières SAD aigu sont au contraire appelées à intervenir dans des situations d'urgence ou semi-urgentes qui pourraient nécessiter un transfert à l'hôpital sans une intervention à domicile en temps opportun. Les besoins d'un usager et la durée d'une intervention ne peuvent pas être anticipés. À la différence des équipes SIAD, auprès desquelles les usagers sont inscrits, des usagers non-inscrits ou inconnus des équipes SAD ou SIAD peuvent bénéficier des soins à domicile de l'équipe SAD aigu (Senez *et al.*, 2022). Ainsi, les infirmières SAD aigu débutent leur journée avec un horaire « vide » et s'adaptent aux besoins des usagers sur le territoire. Cette disponibilité concrétise le concept d'accès ouvert (*open access*) pour les usagers du territoire desservi par l'équipe SAD aigu (Senez *et al.*, 2022).

Jusqu'à présent, la structure SAD aigu semble n'exister qu'au CLSC de Verdun, mais il est possible de trouver des ressemblances avec les structures SIAD d'autres territoires. D'après les intervenants rencontrés, les objectifs respectifs des structures SIAD et SAD aigu (toutes deux implantées pour la première fois au CLSC de Verdun) sont mal compris. Les restrictions quant à la durée de suivi formulées dans la *Lettre d'entente 336* résulteraient notamment de cette incompréhension, ce qui pourrait expliquer en partie pourquoi les équipes SIAD des autres régions ressemblent sur plusieurs points à l'équipe SAD aigu du CLSC de Verdun (usagers visés, durée d'intervention, durée de suivi).

Le graphique suivant illustre les différences et les points communs entre l'équipe médicale SIAD et l'équipe infirmière SAD aigu du CLSC de Verdun.

Comparaison des services SIAD et SAD aigu du CLSC de Verdun



Sources : Senez, G., Gaillardetz, E., Larocque, J., Mauger, M.-È., Suppervielle, R., Bessette, M., et N. Rioux. (2022). *Vers un soutien à domicile intensifié*, CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal ; Gaillardetz, E. et Aylwin, M. (2015), *Les soins à domicile aigus : Une alternative à l'hospitalisation* (<https://palli-science.com/sites/default/files/pdf/siad/sad-aigu-objectifs-demarrage.pdf>)

1.4. Voies d'intervention SIAD et SAD aigu du CLSC de Verdun et mises en situation

Comme il a été mentionné, les services médicaux SIAD et SAD aigu agissent en complémentarité au sein de l'écosystème de soins à domicile du CLSC de Verdun. La signification d'un besoin à une des deux équipes passe systématiquement par le secrétariat général qui œuvre simultanément pour l'équipe médicale SIAD et pour l'équipe infirmière SAD aigu.

Secrétariat médical

Un secrétariat médical est attribué exclusivement à la gestion et à la coordination des besoins des usagers SIAD et à la prise en charge des cas destinés aux infirmières du SAD aigu (Senez *et al.*, 2022). Son rôle est crucial au bon fonctionnement des deux équipes, et à leur capacité d'offrir une réponse rapide aux usagers. Ceux qui sont inscrits auprès de médecins membres de l'équipe SIAD présentent des conditions instables. Les infirmières du SAD aigu répondent systématiquement à des usagers avec un besoin important dont l'état se dégrade. Pour ces raisons, deux secrétaires

travaillent en simultané et répondent exclusivement aux appels destinés à ces deux services (Gaillardetz et Dechêne, n.d.).

Le secrétariat médical est le premier point de contact pour un usager qui a besoin des services de l'équipe SIAD ou des infirmières du SAD aigu. Les secrétaires sont chargées de déterminer la priorité des appels et d'assurer un suivi avec l'infirmière pivot et le médecin auprès de qui l'utilisateur est inscrit (Gaillardetz et Dechêne, n.d.). Pour identifier les besoins prioritaires, le secrétariat médical est assisté par une infirmière assistante au supérieur immédiat (ASI). Ce poste est occupé par une infirmière qui assiste l'infirmière en chef. Son rôle est de planifier, d'organiser, de coordonner et d'évaluer les soins infirmiers octroyés (MSSS, s. d.-a).

Le secrétariat a aussi un rôle administratif. Il organise les horaires des médecins pour les suivis des usagers et les gardes, planifie les visites à domicile, traite les ordonnances et les prescriptions, et supervise la planification des médecins résidents à l'unité de médecine familiale de Verdun. Le secrétariat est également responsable de la gestion et de l'actualisation des dossiers médicaux de tous les usagers pour que les intervenants disposent d'informations à jour lors d'une intervention.

Dans le contexte d'une intervention, deux cas de figure sont possibles : soit l'utilisateur est inscrit auprès d'un médecin SIAD, soit il ne l'est pas ou il est inconnu du SAD. La garde populationnelle assurée par un médecin de garde de l'équipe médicale SIAD est, quant à elle, accessible à tous les usagers. Une infirmière peut donc se référer au médecin de garde, que l'utilisateur soit connu ou non de l'équipe médicale SIAD. Cette garde renforce l'accès universel de la population aux services et soins de santé.

Les usagers pris en charge par un médecin dans le cadre de services médicaux SIAD ou par une infirmière du SAD aigu peuvent être référés par :

- un professionnel en hôpital pour accélérer le retour à domicile d'un usager ;
- un intervenant d'une équipe SAD ;
- un médecin en cabinet ;
- une autre source (pharmacien communautaire, RPA, proche aidant, etc.).

Usager inscrit auprès d'un médecin SIAD

En contexte de soutien à domicile régulier, les infirmières doivent rediriger un usager dont l'état est instable vers leur médecin, ce qui se traduit généralement par un transfert à l'hôpital ou à l'urgence si le médecin n'est pas disponible.

Toutefois, lorsqu'un usager est suivi par un médecin SIAD, les infirmières peuvent contacter le secrétariat médical, qui joint le médecin SIAD auprès duquel l'utilisateur est inscrit ou le médecin SIAD de garde en cas d'indisponibilité du premier. De cette manière, un intervenant, un proche aidant ou un usager qui contacte le secrétariat médical obtient une réponse **en temps réel**. À la suite de la notification d'un besoin, une infirmière du SAD se rend au domicile de l'utilisateur et procède à son évaluation. Elle contacte ensuite le médecin (de l'utilisateur ou de garde, selon le moment) pour lui exposer la situation. Le médecin complète l'évaluation au téléphone et donne ses directives à l'infirmière. Si la situation l'exige, le médecin se rend au domicile de l'utilisateur. Ainsi, 90 % des interventions à domicile sont réalisées par une infirmière, tandis que le médecin est en mesure d'intervenir à distance par téléphone (Senez *et al.*, 2022).

- **Exemples d'interventions SIAD**

Usager hospitalisé à de multiples reprises pour une maladie chronique

Un usager souffrant d'insuffisance rénale chronique a déjà été hospitalisé quatre fois dans l'année. Après chaque hospitalisation, son autonomie fonctionnelle et sa qualité de vie diminuent. Il ne veut plus retourner à l'hôpital et souhaite orienter ses futurs soins vers des soins de confort.

L'utilisateur est rencontré à son domicile par un médecin SIAD qui discute de l'évolution possible de sa condition et de la réalité d'un suivi médical à domicile (plateau technique plus limité, implication accrue des proches aidants, niveau d'aisance requis).

Le médecin, après avoir obtenu le consentement de l'utilisateur, anticipe la médication nécessaire et la prescrit pour favoriser une intervention rapide en cas de dégradation de l'état de santé de l'utilisateur.

Le médecin et l'infirmière pivot (qui assurera les suivis à domicile réguliers) définissent un plan d'intervention et mettent à jour le niveau de soins de l'utilisateur.

L'utilisateur souffre de plusieurs crises dues à sa maladie chronique, mais il est toujours pris en charge par le médecin SIAD et l'infirmière à domicile du SAD qui lui évitent un transfert à l'hôpital.

Treize mois plus tard, l'utilisateur décède à domicile après avoir bénéficié de soins palliatifs qui atténuent les souffrances liées à sa condition.

Source : Senez, G., Gaillardetz, E., Larocque, J., Mauger, M.-È., Suppervielle, R., Bessette, M. et N. Rioux. (2022), *Vers un soutien à domicile intensifié*, CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

Congé précoce d'un usager. Inscription au SIAD

Un usager se présente à l'urgence, où une déficience cardiaque lui est diagnostiquée. Il ne souhaite pas être intubé ou réanimé en cas de dégradation de son état et il souhaite retourner à son domicile le plus rapidement possible.

Le médecin de garde de l'équipe SIAD est contacté par l'urgentologue pour convenir d'un retour à domicile précoce de l'usager avec un suivi par l'équipe médicale SIAD (rencontre avec l'usager, détermination du niveau de soins attendu).

Une infirmière du SAD se rend chez l'usager le premier jour de son retour à la maison et amorce les traitements (ex. : diurétique par voie intraveineuse, puis par voie orale).

L'état de l'usager s'améliore. Il continue d'être suivi par l'équipe médicale SIAD.

Le pronostic de sa maladie et l'évolution attendue de sa condition sont discutés avec l'usager et ses proches pour convenir d'une trajectoire de soins et s'assurer que tout le monde est à l'aise avec la prise en charge à domicile.

L'usager traverse cinq nouveaux épisodes d'exacerbation de son insuffisance cardiaque, tous pris en charge à domicile, ce qui lui évite un transfert à l'urgence.

L'usager bénéficie d'une prise en charge longitudinale de l'équipe SIAD et décède à son domicile, 18 mois après la prise en charge initiale.

Source : Senez, G., Gaillardetz, E., Larocque, J., Mauger, M.-È., Supervielle, R., Bessette, M. et N. Rioux. (2022), *Vers un soutien à domicile intensifié*, CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

Usager non inscrit au service SIAD

Les infirmières SAD aigu peuvent être appelées à intervenir au domicile d'usagers non-inscrits qui présentent une condition aiguë. L'objectif de ces interventions est d'offrir une alternative aux services préhospitaliers d'urgence. À la suite d'une prise en charge ponctuelle par une infirmière du SAD aigu, l'usager réintègre le soutien à domicile régulier ou il est inscrit auprès d'un médecin SIAD s'il remplit les critères d'admissibilité.

- Exemples d'interventions SAD aigu

Besoin chez un usager notifié par un professionnel de la santé

Un usager de 74 ans souffre d'une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) de stade 4 et ne se sent pas bien (les MPOC sont classées en 4 stades, 1 étant une atteinte légère et 4 une atteinte très sévère ou en phase terminale). Il n'est pas en mesure de se déplacer.

L'utilisateur contacte une infirmière basée au GMF où il est suivi. Son médecin ne peut pas se déplacer rapidement à son domicile.

L'infirmière du GMF contacte le guichet d'accès SAD du CLSC (secrétariat médical du SIAD/SAD aigu).

L'infirmière assistante du supérieur immédiat (ASI) analyse la demande et contacte une infirmière du SAD aigu.

L'infirmière du SAD aigu procède à une évaluation téléphonique sommaire de l'utilisateur et confirme l'heure de visite.

L'infirmière du SAD aigu se rend au domicile et initie les traitements. En cas de besoin, elle peut contacter le médecin SIAD de garde au CLSC.

L'infirmière du SAD aigu visite quotidiennement l'utilisateur jusqu'à la stabilisation de son état. Une visite est effectuée avec un médecin SIAD.

L'état de l'utilisateur se stabilise. Un compte-rendu est fait à son médecin en GMF. L'utilisateur est référé au service du SAD régulier.

Source : Foy, A. et Gaillardetz, E. (2017, mai). *Des soins à domicile de grande intensité : Pour une réponse adaptée* (https://medfam.umontreal.ca/wp-content/uploads/sites/16/2019/08/Forum_MSSS_SAD_aigu_Gaillardetz_Foy_2017.PPT.pdf)

Intervention au sein d'une RPA

Une dame en bonne santé fait une chute dans les installations d'une RPA. Elle ne se plaint pas de douleur particulière et les préposées hésitent à appeler une ambulance. La dame n'est pas connue du SAD ou du SIAD. Une préposée propose de contacter plutôt le SAD aigu afin qu'une infirmière vienne l'évaluer sur place.

L'infirmière du SAD aigu se présente, évalue la dame et constate que cette dernière est bel et bien tombée, mais qu'elle n'a pas de douleur à la tête ni de signe de blessure cervicale. Les signes vitaux sont normaux, la dame n'est pas désorientée et ne se plaint d'aucune douleur.

L'infirmière du SAD aigu contacte le médecin SIAD de garde au CLSC et lui fait son compte-rendu.

Le médecin SIAD donne son accord pour que l'infirmière du SAD aigu lève la dame et évalue sa capacité à marcher. La dame n'éprouve aucune difficulté.

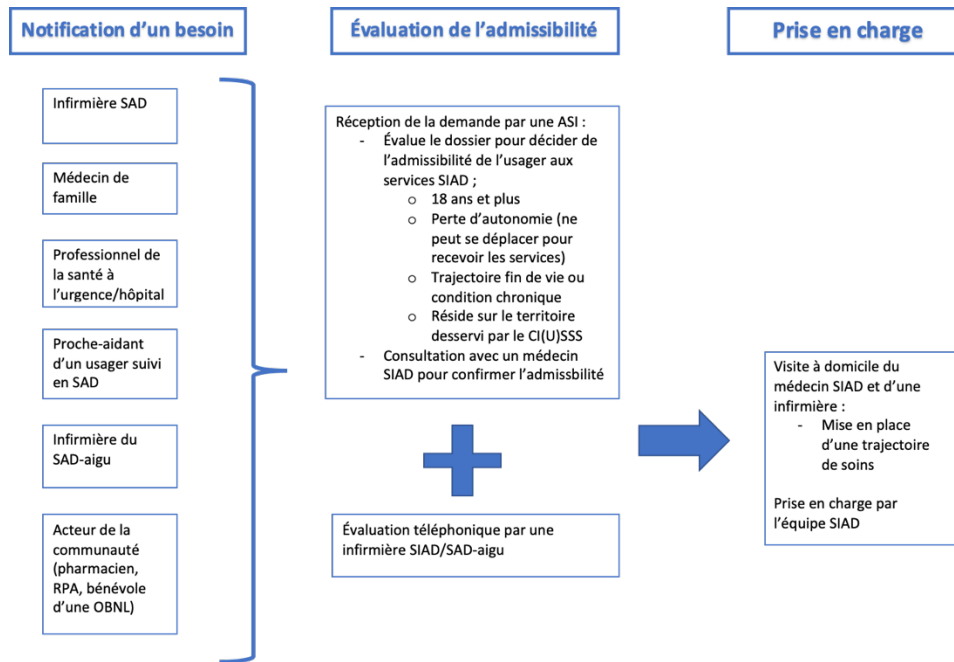
Le médecin SIAD et l'infirmière du SAD aigu informent le personnel de la RPA qu'un transfert en ambulance n'est pas nécessaire, mais qu'il faudra recontacter le SAD aigu en cas de changement de l'état de santé ou de la condition physique de la dame.

Dans ce cas, si la dame est inscrite auprès d'un médecin de famille, le médecin de garde SIAD peut faire un bref suivi avec lui pour l'informer de l'événement.

Source : Gaillardetz, E. et Aylwin, M. (2015). *Les soins à domicile aigus : Une alternative à l'hospitalisation* (<https://palliative.com/sites/default/files/pdf/siad/sad-aigu-objectifs-demarrage.pdf>)

Ces quatre exemples illustrent les différentes voies d'accès pour les usagers. En somme, pour maximiser les ressources, il est important d'avoir une pluralité de voies d'accès. L'encadré suivant représente le processus régulier de prise en charge d'un usager par les services SIAD d'un établissement.

Processus de prise en charge d'un usager par un médecin SIAD du CLSC de Verdun



Sources : MSSS. (n.d.), *Algorithme décisionnel pour accéder aux soins intensifs à domicile (SIAD)* (<https://palliance.com/sites/default/files/pdf/siad/siad-versus-sad-aigu-msss.pdf>) ; Gaillardetz, E. et Dechêne, G. (n.d.), *Équipe intensive à domicile : Tâches des secrétaires médicales et des médecins à domicile CLSC/SIAD de Verdun* (<https://palliance.com/sites/default/files/pdf/siad/unites-sad-taches-md-et-secretaires.pdf>) ; Senez, G., Gaillardetz, E., Larocque, J., Mauger, M.-É., Superville, R., Bessette, M. et N. Rioux (2022), *Vers un soutien à domicile intensifié*, CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal ; Foy, A. et Gaillardetz, E. (2017, mai), *Des soins à domicile de grande intensité : Pour une réponse adaptée* ([https://medfam.umontreal.ca/wp-content/uploads/sites/16/2019/08/Forum MSSS SAD aigu Gaillardetz Foy 2017.PPT.pdf](https://medfam.umontreal.ca/wp-content/uploads/sites/16/2019/08/Forum_MSSS_SAD_aigu_Gaillardetz_Foy_2017.PPT.pdf)) ; Gaillardetz, E. et Aylwin, M. (2015), *Les soins à domicile aigus : Une alternative à l'hospitalisation* (<https://palliance.com/sites/default/files/pdf/siad/sad-aigu-objectifs-demarrage.pdf>).

1.3 Retombées du projet

Quatorze équipes SIAD sont actuellement recensées sur le territoire québécois (Senez *et al.*, 2022) et contribuent au maintien à domicile des usagers qu'elles prennent en charge. La grande majorité a moins de cinq ans d'expérience. Dans les prochaines années, il sera intéressant d'observer si des mesures seront prises pour favoriser un plus grand déploiement et si des incitatifs seront créés par

le gouvernement. En août 2022, la ministre responsable des Aînés et des Proches aidants, Marguerite Blais, a affirmé que des « mesures concrètes » seraient annoncées par le gouvernement (Blais, 2022).

Quant au modèle SIAD du CLSC de Verdun, il est particulièrement intéressant à analyser puisqu'il est implanté depuis 2008, ce qui a permis aux intervenants de collecter des données qui documentent les effets de l'équipe médicale sur le maintien à domicile. Les indicateurs utilisés concernent notamment le nombre d'hospitalisations et de transferts à l'urgence évités, ainsi que le taux de décès à domicile.

En comparaison, la *Lettre d'entente 336* n'a autorisé le déploiement de SIAD qu'à partir de 2018, et des modifications ont été apportées dès 2019. Les autres structures SIAD du Québec sont donc relativement récentes, certaines étant encore à l'état de projets pilotes incomplets (Senez *et al.*, 2022).

Au terme des entretiens réalisés avec des intervenants, nous avons identifié des retombées du travail de l'équipe médicale SIAD du CLSC de Verdun qui favorisent le maintien à domicile des usagers. Sur le territoire du CLSC de Verdun, on observe ainsi une réduction significative du nombre de transferts vers l'urgence et d'hospitalisations évitables, et une augmentation du nombre de décès à domicile (ce qui implique une moindre utilisation des ressources de l'État, une réduction des risques de propagation de virus tels que la COVID-19 et une réduction du niveau d'anxiété lié au décès en établissement). Notons que l'équipe d'infirmières du SAD aigu qui travaille en étroite collaboration avec les médecins du SIAD du CLSC de Verdun contribue aussi à ces retombées positives. Enfin, les usagers souhaitent en grande majorité être autant que possible pris en charge à domicile.

Réduction des transferts à l'urgence et des hospitalisations

Les données collectées en 2017 par le CLSC de Verdun montrent que 61 % des usagers pris en charge par les infirmières du SAD aigu du CLSC de Verdun ont évité un transfert en ambulance et une hospitalisation (Dechêne, 2019). De plus, entre 2015 et 2016, seuls 21 % des usagers

qu'elles ont pris en charge ont visité l'urgence à trois reprises ou plus, contre 35 % des usagers suivis par l'équipe SAD (Foy et Gaillardetz, 2017).

À cet égard, le Vérificateur général du Québec (2020) a souligné, dans le chapitre 3 du *Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2020-2021*, que 71 % des visites ambulatoires en 2018-2019 concernaient des cas non urgents (P4-P5) et que 72 % de ces usagers avaient un médecin de famille. Le VGQ remarquait aussi que le nombre de personnes inscrites auprès d'un médecin de famille n'est pas un indicateur fiable de l'accès réel aux services et aux soins de santé (VGQ, 2020). Ces données révèlent que plusieurs usagers pourraient éviter d'aller à l'urgence si davantage d'équipes SAD aigu étaient implantées dans la province. Évidemment, comme nous l'avons déjà souligné, les équipes SAD aigu doivent être épaulées par une équipe médicale SIAD pour être efficace.

Éviter des transferts à l'urgence permet des économies importantes pour les établissements (hôpitaux et urgences). En 2017, le coût moyen d'une visite à l'urgence était de 176,59 \$, contre 98,84 \$ pour une visite à domicile (Foy et Gaillardetz, 2017), à quoi il faut ajouter 132 \$ pour le transport en ambulance. Au total, c'est donc une économie d'au moins 209,75 \$.

Lors d'un transfert à l'urgence, une personne aînée est susceptible de voir son état se dégrader ou de développer une condition qu'elle n'avait pas à son arrivée (Peguero-Rodriguez *et al.*, 2021). Il apparaît donc bénéfique de prendre en charge à domicile le plus grand nombre possible d'usagers, autant pour des motifs financiers que pour des raisons de santé.

Augmentation du nombre de décès à domicile

Le taux de décès à domicile est un indicateur reconnu de l'efficacité des soins palliatifs et de fin de vie à domicile (ICIS, s. d. ; Oosterveld-Vlug *et al.*, 2022). Décéder à domicile, dans un contexte contrôlé, comporte plusieurs avantages pour le système de santé comme pour l'utilisateur et son entourage.

Pour le système de santé, il est démontré que la prise en charge dans la dernière année de vie est significativement moins coûteuse à domicile que dans un hôpital ou une résidence de soins de

longue durée (Higginson *et al.*, 2013 ; Klein, s. d. ; Levine *et al.*, 2018 ; Pham et Krahn, 2014 ; Tanuseputro *et al.*, 2015). En outre, les usagers en fin de vie occupent moins de lits d'hôpitaux et ne risquent pas d'y contracter un virus ou une infection (Chiang et Kao, 2021 ; Funk *et al.*, 2022 ; Higginson *et al.*, 2013). Sur le territoire du CLSC de Verdun, les taux de décès à domicile sont en croissance constante depuis le début des années 2000.

Taux de décès à domicile des usagers suivis par un médecin SIAD du CLSC de Verdun

Année	2001*	2009	2012	2014	2022
Taux de décès à domicile (%)	9,1	14	20	59	60

*(Pas encore de SIAD)

Source : Gagnon Kiyanda, B., Dechêne, G. et R. Marchand, (2016), « Mourir à domicile : Un choix collectif. », *Perspective infirmière*, 13(2), 50-53.

Ces taux élevés sont atteints grâce à la présence d'un médecin dans l'équipe médicale qui dispense les soins palliatifs et de fin de vie. L'étude de Gagnon Kiyanda *et al.* (2016) montre d'ailleurs que sur 193 usagers suivis à domicile par un médecin entre 2012 et 2013, 119 sont décédés à domicile. *A contrario*, sur 19 usagers pris en charge à domicile sans médecin, seul un est décédé à domicile (Gagnon Kiyanda *et al.*, 2016). À titre comparatif, en 2020 au Canada, 4 personnes sur 10 sont décédées à leur domicile (ICIS, s. d.).

Respect de la volonté des usagers

Durant les entrevues, une intervenante a expliqué qu'une équipe SIAD permet de répondre à la volonté des usagers en trajectoire de fin de vie de recevoir des soins à domicile.

Plus de 75 % des usagers souhaitent être suivis à leur domicile et pouvoir y décéder. Un sondage réalisé en 2021 par la firme Léger pour le Réseau de coopération des EÉSAD confirme cette donnée : 83 % des personnes interrogées disent se reconnaître dans la formule « Chez moi pour la vie ». Ce taux monte à 91 % chez les répondants de 55 ans et plus (Réseau de coopération des EÉSAD, 2021). Funk *et al.* (2022) confirment la préférence des usagers pour une prise en charge à domicile jusqu'au décès avec des taux qui varie entre 59 % et 70 %.

L'Institut canadien d'information sur la santé estime qu'au Canada, en 2020, un usager sur neuf en *long-term care residences* (l'équivalent des CHSLD) aurait pu être maintenu à domicile si l'offre de soins et de services était suffisamment développée et financée. L'équipe SIAD du CLSC de Verdun permet à plus d'usagers de bénéficier d'un suivi à domicile dans leur dernière année de vie et répond du même coup à une volonté populationnelle.

Relève mieux formée

Grâce à l'implantation d'unités de formation clinique interprofessionnelle (UFCI), les jeunes médecins en résidence peuvent être formés à la pratique à domicile ainsi qu'à la pratique médicale intensive à domicile. Comme nous l'avons déjà mentionné, les jeunes médecins avaient auparavant peu d'occasions de se familiariser avec la médecine familiale à domicile durant leurs stages ou leur résidence. Les intervenants nous ont expliqué que le stage en milieu domiciliaire consistait généralement en une demi-journée en RPA ou en CHSLD à faire le tour des résidents. Une expérience si succincte de la réalité du terrain n'est pas suffisante pour donner la piqure de la médecine à domicile. Sa marginalité dans le système actuel reflète la place que la formation des médecins lui accordait.

Actuellement, les jeunes résidents peuvent faire un stage de 4 à 6 semaines au sein d'une équipe de médecins qui pratiquent à domicile, ce qui leur donne l'opportunité de réellement essayer la médecine à domicile, de comprendre l'environnement dans lequel elle est pratiquée et d'acquérir une expérience qui amènera certains d'entre eux à en faire le choix.

Une intervenante a estimé qu'il faudrait 200 médecins de famille, sur les 10 467 actuellement en exercice (CMQ, 2023b), pour implanter des SIAD comme celui de Verdun à l'échelle de la province. Cependant, la pratique de la médecine de famille perd en popularité (Amyot, 2022 ; Lacoursière, 2022). Les UFCI constituent donc une belle opportunité de revaloriser cette pratique et de former des médecins à domicile, puisqu'elles offrent un environnement de formation qui les familiarise avec le terrain.

Pour résumer, nous avons identifié quatre retombées suite à notre analyse de l'équipe médicale SIAD du CLSC de Verdun. Pour les établissements de santé, le travail de l'équipe médicale SIAD

est synonyme de réduction des transferts vers les centres hospitaliers ou les urgences d’usagers qui peuvent être pris en charge à domicile. Ce travail permet aussi de bonifier la formation des résidents en médecine familiale. Le nombre croissant de décès à domicile témoigne de l’efficacité du travail de cette équipe et du respect de la volonté d’une majorité des usagers. Ces retombées sont présentées succinctement dans le tableau ci-dessous.

RÉSUMÉ DES RETOMBÉES DU PROJET SIAD	
Réduction des visites à l’urgence et des hospitalisations	Respect de la volonté des usagers d’être pris en charge à domicile
Croissance du nombre de décès à domicile	Meilleure formation de la relève en médecine familiale

1.4 Enjeux et obstacles au déploiement

Les entretiens réalisés avec des intervenants et l’analyse de la littérature mettent en lumière certaines barrières qui ralentissent le déploiement à l’échelle de la province d’équipes SIAD comme celle du CLSC de Verdun. La pénurie de médecins de première ligne et les indicateurs des retombées du travail de l’équipe SIAD de Verdun indiquent deux enjeux de gouvernance qui doivent être abordés : la planification et les mécanismes de suivi.

D’un point de vue normatif, les modifications à la *Lettre d’entente 336*, qui encadre la création des équipes SIAD, apparaissent comme des obstacles à leur déploiement au Québec. Dans la version de 2019, la période de suivi d’un usager par une équipe médicale SIAD est plafonnée à 7 jours et les banques de forfaits disponibles par CI(U)SSS sont limitées. Des négociations sont toutefois en cours en vue de revoir ces paramètres.

Blocage des comités paritaires et AMP

Le déploiement des équipes SIAD à travers la province semble particulièrement freiné par le manque de médecins de famille disponibles en première ligne, qui serait, selon les intervenants rencontrés, attribuable à deux facteurs : les AMP et les blocages au niveau des comités paritaires.

Comme nous l'avons signalé, les AMP avait pour but de répondre à court terme au manque de médecins dans certains secteurs clés, dont l'urgence. Cette mesure a cependant eu pour effet de rediriger les médecins de famille vers l'urgence et les centres hospitaliers. Au Québec, les médecins de famille travaillent de 35 à 40 % du temps à l'urgence et à l'hôpital (Amyot, 2022). Par ailleurs, le Québec compte 78 médecins de famille de première ligne pour 100 000 habitants, alors que la moyenne canadienne est de 95 pour 100 000 habitants (Amyot, 2022).

Notons tout de même qu'au CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, les soins à domicile font partie des AMP. Une attention particulière est donc portée dans cet établissement à la pratique à domicile et à l'embauche de personnel pour l'assurer (Département régional de médecine générale de Montréal, 2023).

D'autre part, les intervenants rencontrés dans le cadre de ce projet témoignent d'une résistance des acteurs politiques et institutionnels à l'implantation d'équipes médicales SIAD à l'échelle provinciale. Cette résistance, attribuable au modèle hospitalocentriste québécois, se manifeste notamment au niveau des comités paritaires et des acteurs politiques, et constitue un second frein au déploiement du modèle SIAD sur l'ensemble du territoire québécois (Blais, 2022).

Les comités paritaires sont constitués de membres de la FMOQ et du MSSS (Belzile, 2023). Leur rôle est « de s'assurer du bon fonctionnement, de l'interprétation et de l'application des multiples ententes négociées » (Belzile, 2023). Concernant les équipes médicales SIAD, les rôles des comités paritaires sont précisés dans la *Lettre d'entente 336* (2019) à l'article 7. Les comités paritaires ont notamment le pouvoir d'autoriser, ou non, la formation de nouvelles équipes médicales SIAD sur un territoire (RAMQ, 2019).

Dès 2018-2019, à la suite de la signature de la première *Lettre d'entente 336* (2018), les plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) et les plans annuels de gestion des CI(U)SSS affichaient des postes disponibles pour la formation d'équipes médicales SIAD, ou à tout le moins une volonté d'en implanter (CISSS de la Montérégie-Est, 2020 ; CISSS de Laval, 2018 ; CISSSBSL, 2018 ; CIUSSSCN, 2020). Or, en date du 30 mars 2020, seule l'équipe médicale SIAD du CLSC de Verdun était opération dans tout le Québec (MSSS, 2021a).

Des intervenants attribuent ce piètre résultat au découragement, face aux refus des comités paritaires, des médecins qui avaient déposé des demandes d’approbation pour la création d’équipes médicales SIAD au sein de leur CLSC. Les acteurs politiques remettent particulièrement en question la pertinence d’équipes médicales SIAD dans les territoires ruraux (Blais, 2022).

Pourtant, les besoins sont connus depuis plusieurs années. Divers rapports ont parlé des transferts à l’hôpital ou à l’urgence causés par le manque de soutien dans les milieux de vie (CSBE, 2022 ; VGQ, 2022). Dans son rapport *Mesure de l’accès aux soins de santé et aux services sociaux : indicateurs*, le Vérificateur général du Québec indiquait que 71 % des visites à l’urgence en 2018-2019 étaient des cas de priorité P4 et P5 (VGQ, 2020). Ces usagers sont une partie de la clientèle que les infirmières du SAD aigu de Verdun, soutenues par les médecins du SIAD, aspirent à prendre en charge à domicile pour réduire les transferts inutiles à l’urgence. Par ailleurs, les usagers suivis par l’équipe médicale SIAD qui bénéficient de soins palliatifs à domicile seraient classés P1 à P3 lors d’un transfert à l’hôpital. Mais les intervenants soulignent que ces transferts seraient contre-productifs puisque la condition de ces usagers ne requiert pas un plateau technique hospitalier. Ainsi, ces derniers bénéficient d’un environnement de soins plus adapté à leur condition lorsqu’ils sont suivis à domicile.

Évaluer les coûts-bénéfices des équipes SIAD avec les bons indicateurs

La culture d’évaluation du système de santé québécois est basée sur des indicateurs de volumétrie : nombre de patients par jour, temps passé en salle d’urgence, nombre d’interventions, etc. Ces indicateurs, bien qu’utiles, ne peuvent rendre compte de la valeur ajoutée d’une équipe SIAD comme celle du CLSC de Verdun sur un territoire. La structure SIAD du CLSC de Verdun poursuit l’objectif de réduire les visites à l’urgence et de permettre à l’usager rester de chez lui tout en bénéficiant des services et des soins requis par sa condition.

Le succès du système de santé dépend de sa capacité à maximiser l’utilisation des ressources disponibles pour répondre aux besoins populationnels. L’utilisation optimale des ressources doit produire une plus-value pour l’usager, pour les parties prenantes et pour la collectivité, dans le respect des valeurs de la société québécoise (Denis et Téhinian, 2023).

En plus des indicateurs de volume, il est nécessaire de prendre en compte des facteurs sociaux pour évaluer la contribution d'une équipe SIAD (Denis et Téhinian, 2023). Les facteurs sociaux sont notamment la satisfaction de l'utilisateur et des proches aidants, le degré d'engagement des professionnels de la santé ou le taux d'hospitalisations évitées (Health Quality Ontario, 2017 ; International Consortium for Health Outcomes Measurement, s. d.).

Des indicateurs qualitatifs permettraient de mieux faire apparaître comment les équipes SIAD répondent aux besoins des usagers qu'elles prennent en charge. Les résultats donneraient aussi l'occasion de développer les meilleures pratiques pour répondre à la volonté des usagers et aux défis du système de santé (urgences et hôpitaux qui débordent, manque de médecins de famille, utilisation inefficace d'une partie des lits d'hôpitaux, etc.)

Cependant, il ressort de nos entrevues que les intervenants qui donnent les soins et services à domicile (que ce soit en SSAD, en SIAD ou en SAD aigu) n'ont pas le temps et les ressources pour colliger de telles informations au moment de leurs interventions.

Par conséquent, toute orientation ministérielle destinée à promouvoir ce type d'innovation devrait s'accompagner d'une ressource (ou d'un budget pour son embauche) afin d'assurer la collecte de données qui permet d'en mesurer les coûts et bénéfices. De telles ressources sont peu dispendieuses et leur activité pourrait d'ailleurs être intégrée à une formation en économie de la santé, qui n'est pas très développée au Québec.

Enfin, nous avons noté le peu de données récentes disponibles sur les activités de l'équipe médicale SIAD du CLSC de Verdun. Évidemment, tous les professionnels de la santé sont sous pression et la pandémie de COVID-19 n'a fait qu'aggraver la situation. Les indicateurs que nous avons recensés sur les hospitalisations évitées et les taux de décès à domicile sont pertinents, mais il serait intéressant d'y ajouter des indicateurs de satisfaction de l'utilisateur et des proches aidants afin de mieux évaluer l'impact de l'équipe médicale SIAD du CLSC de Verdun et de favoriser une implantation à plus grande échelle de ce modèle.

Par ailleurs, l'obligation de colliger de grandes quantités de données pour justifier un projet auprès des institutions et du MSSS illustre les freins à l'expansion des initiatives qui n'émanent pas du

gouvernement. À l'inverse, le modèle d'hôpital à domicile ou les groupes de médecine familiale (GMF) sont des projets portés par des acteurs politiques. Or, les GMF ont fait l'objet de critiques depuis leur création en 2002 (Boulenger et Castonguay, 2012 ; Plourde, 2022 ; VGQ, 2015). Quant à l'hôpital à domicile, il repose sur la seule expérience de l'Hôpital général juif de Montréal, qui n'est en activité que depuis dix-huit mois (Girard-Bossé, 2023b).

Les modifications apportées à la *Lettre d'entente 336* en 2019

Comme nous l'avons indiqué, la *Lettre d'entente 336* définit les SIAD, encadre leur déploiement et régit la rémunération des médecins qui œuvrent au sein d'une équipe médicale SIAD. Signée pour la première fois en 2018, elle a été modifiée en 2019 par l'ajout des articles 1.01 et 1.03 (RAMQ, 2019). L'article 1.01 limite la durée du suivi d'un usager à une « courte période » d'en moyenne 3 à 7 jours (RAMQ, 2019). L'article 1.03 renvoie à l'Annexe III de la *Lettre d'entente 336*, qui prescrit la banque maximale de forfaits quotidiens disponibles par CI(U)SSS pour les activités de médecins membres d'une équipe médicale SIAD (RAMQ, 2019).

La limitation des suivis à une courte période est critiquée parce qu'elle va à l'encontre de l'objectif initial des SIAD d'offrir un suivi longitudinal aux usagers qui présentent une ou des conditions chroniques, ou qui bénéficient de soins palliatifs ou de fin de vie (Blais, 2022 ; Dechêne, 2021 ; Fédération de l'âge d'or du Québec et Conseil de la protection des malades, 2022).

Pour illustrer l'enjeu des suivis, une intervenante explique qu'établir une trajectoire de soins avec un usager revient à construire un château de cartes petit à petit, au fil des rencontres. D'après plusieurs intervenants, si le suivi est limité à une courte période, un usager avec une condition chronique risque de devoir retourner à l'urgence, alors qu'un suivi à long terme permettrait l'intervention à domicile d'une infirmière du SAD soutenue par un médecin membre d'une équipe SIAD.

La banque maximale de forfaits quotidiens freinerait, quant à elle, le déploiement de SIAD à l'échelle provinciale, particulièrement en territoire semi-urbain et rural. Le nombre de forfaits disponibles par CI(U)SSS correspond à la moitié des CLSC présents sur un territoire (FADOQ,

2022). Une fois l'ensemble des forfaits octroyés, les médecins, qui formeraient une nouvelle équipe SIAD basée en CLSC, ne pourraient profiter du montant forfaitaire sans que les médecins SIAD d'un autre CLSC n'abandonnent une partie de leurs propres forfaits. Un des objectifs de cette mesure est d'encourager les médecins des CLSC d'un même territoire à se regrouper pour former une équipe médicale SIAD basée dans un seul CLSC. Cette avenue est praticable dans un contexte urbain en raison de la forte densité populationnelle. Une intervenante explique que l'ancrage d'une équipe médicale SIAD dans un seul CLSC facilite le partage entre médecins de la garde médicale, ce qui allège leur travail. Cependant, dans un contexte de moindre densité populationnelle et de grandes distances à parcourir, le regroupement des médecins SIAD au sein d'un seul CLSC n'est pas efficace. En territoire rural, ceux-ci peuvent néanmoins se coordonner pour assurer une garde médicale téléphonique 24/7 et offrir ainsi aux infirmières un soutien accru. Une fois que la totalité des forfaits quotidiens disponibles a été distribuée, une nouvelle équipe médicale SIAD ne peut plus s'implanter au sein d'un CLSC sans demander à des médecins SIAD déjà actifs de délaissier une partie de leurs forfaits.

Suite à l'analyse de l'équipe médicale SIAD du CLSC de Verdun, nous avons identifié deux enjeux liés au cadre normatif – plus précisément en lien avec la *Lettre d'entente 336 (2019)* – qui concernent (1) la limitation de la durée des suivis et (2) la banque maximale de forfaits disponibles par CI(U)SSS. Il ressort de nos entrevues que ces deux éléments freinent l'implantation d'équipes médicales SIAD à l'échelle provinciale.

En ce qui concerne la gouvernance, les enjeux identifiés se rapportent à la planification, aux mécanismes d'incitation et aux mesures des résultats et de gestion du risque : (1) la pénurie de médecins de première ligne, (2) le rôle des comités paritaires et (3) le manque d'indicateurs pour l'évaluation des retombées.

RÉSUMÉ DES ENJEUX NORMATIFS ET DE GOUVERNANCE DU PROJET SIAD	
Normatifs	Gouvernance

<p style="text-align: center;"><i>Lettre d'entente 336 de 2019</i></p> <p>Ajout de l'article 1.01 qui stipule que les suivis par les équipes médicales SIAD sont limités à une courte période.</p>	<p style="text-align: center;">Pénurie de médecins de famille en première ligne et AMP</p> <p>Manque d'effectifs attribuable à un manque de relève et aux AMP qui redirigent les médecins de famille vers l'urgence et l'hôpital (planification et mécanismes d'incitation).</p>
<p style="text-align: center;"><i>Lettre d'entente 336 de 2019</i></p> <p>Ajout de l'article 1.03 qui renvoie à l'Annexe III et instaure une banque maximale de forfaits quotidiens disponibles par CI(U)SSS.</p>	<p style="text-align: center;">Manque d'indicateurs pertinents pour l'évaluation des retombées</p> <p>En plus d'indicateurs quantitatifs, il est nécessaire d'utiliser des indicateurs qualitatifs (mesures des résultats, gestion des risques et mécanismes de contrôle).</p>

Outre ces obstacles identifiés par les intervenants, il nous semble que la « culture » de l'offre de services médicaux à domicile est en recul au Québec. Cette culture a certes un coût en temps et en ressources, mais ses bénéfices (en baisse de fréquentation des hôpitaux) pourraient bien les surpasser. Sans aller jusqu'à faire du recul de cette culture une « barrière » normative et/ou de gouvernance, elle nous apparaît comme un facteur déterminant dans le déploiement des projets SIAD.

2. Gériatrie sociale

La gériatrie sociale vise à déplacer la pratique gériatrique de l'hôpital vers les milieux de vie des aînés, dans le but de prévenir le vieillissement accéléré et de maintenir l'autonomie fonctionnelle. **Grâce aux « sentinelles » – des intervenants en contact quotidien avec les personnes aînées au sein de leur communauté –, les équipes de gériatrie sociale, composées d'un navigateur et d'une infirmière, améliorent l'accès au soutien à domicile.** Pour reprendre les mots des intervenants de la Fondation AGES, ces équipes agissent « comme le trait d'union entre le milieu communautaire et le réseau de la santé » (Fondation AGES, s. d.).

La gériatrie sociale renouvelle la pratique gériatrique en la déplaçant des établissements vers les communautés où vivent les aînés et se place à la jonction entre les intervenants du secteur de la santé et les acteurs communautaires qui côtoient les personnes de 65 ans et plus sur une base régulière. Inspirée du modèle de la pédiatrie sociale, elle s'occupe des aînés dans leur milieu de vie et outille les acteurs communautaires pour qu'ils jouent un rôle déterminant dans le bien-être et le vieillissement de la population.

2.1 Origine du projet

Le Québec comptait 106 gériatres en 2022 (FMSQ, s. d.-b). La Fédération des médecins spécialistes du Québec estime pourtant qu'il en faudrait un par tranche de 4 000 personnes âgées de 75 ans ou plus, soit 2,5 fois l'effectif actuel (FMSQ, s. d.-b). La gériatrie est une surspécialisation de la médecine interne qui s'intéresse à la prévention, au diagnostic et au traitement de maladies chez les aînés (FMSQ, s. d.-a). Les gériatres exercent principalement en milieu hospitalier et en CHSLD afin de restaurer et maintenir l'autonomie des personnes âgées (Lemire, 2018).

En 2012, le gériatre Stéphane Lemire, diplômé de l'Université de Sherbrooke, a imaginé un modèle où la pratique gériatrique s'exercerait dans la communauté plutôt qu'en établissement. Il a constaté qu'un gériatre qui intervient au sein d'un établissement est trop souvent sollicité quand l'autonomie des aînés est déjà sévèrement hypothéquée (Lemire, 2018). Un repérage préventif et une évaluation des besoins dans le milieu de vie des aînés permettraient de fournir les services et

les soins nécessaires au maintien de l'autonomie des aînés avant qu'ils ne soient contraints de se rendre à l'hôpital.

Le Dr Lemire a ainsi créé la Fondation AGES en 2012, en imaginant le modèle de la « gériatrie sociale en communauté » (ci-après « gériatrie sociale »), qui a été testé dans la ville de Québec sous forme de projet pilote de 2014 à 2016, dans le cadre d'un partenariat entre la Fondation AGES, l'organisme communautaire Service amical Basse-Ville (SABV) et le CLSC de la Basse-Ville (Proteau-Dupont et Lepage, 2019). Ce projet a été soutenu par des bailleurs de fonds et des partenaires, et partiellement autofinancé (Lemire, 2018).

Le modèle de la gériatrie sociale repose sur quatre principes fondateurs qui sont au cœur de la philosophie de la Fondation AGES :

- Placer l'aîné au cœur du processus décisionnel de prise en charge et d'intervention
- Impliquer activement les proches aidants et l'écosystème communautaire
- Respecter les valeurs, les attentes et les souhaits de l'aîné dans un contexte d'autonomie et de dégradation de son état
- Promouvoir et protéger les droits de l'aîné à titre de bénéficiaire du service de gériatrie sociale et d'utilisateur des services de santé (Proteau-Dupont et Lepage, 2019)

Après deux ans, le projet pilote de la Basse-Ville de Québec s'est conclu par un forum sur la gériatrie sociale qui a rassemblé 98 participants le 24 novembre 2016 (Proteau-Dupont et Lepage, 2019). À l'issue de ce forum, la Fondation AGES a peaufiné son modèle avant de le présenter au ministère de la Santé et des Services sociaux en 2018. Depuis, la Fondation AGES est reconnue par l'Agence du revenu du Canada comme un organisme de bienfaisance à but non lucratif (Lemire, 2018).

En février 2019, la ministre responsable des Aînés et des Proches aidants a accepté de financer trois nouveaux projets pilotes, qui ont tous les trois été mis sur pied en 2019-2020 à Québec, à Laval et dans le Bas-Saint-Laurent (Fondation AGES, 2021b). En 2021, la Fondation AGES a reçu un financement supplémentaire pour implanter son modèle en Estrie, à Montréal et au Saguenay-Lac-Saint-Jean (Fondation AGES, 2021b).

La gériatrie sociale s'inspire largement des principes de la pédiatrie sociale et poursuit des objectifs similaires. Bien qu'elles soient diamétralement opposées, leurs clientèles figurent toutes deux, dans la littérature, parmi les plus vulnérables en termes de santé (Presidential Commission for the Study of Bioethical Issues, 2016 ; RAND Corporation, 2004 ; « Vulnerable Populations », 2006 ; Waisel, 2013).

La pédiatrie sociale : une source d'inspiration et des résultats probants

Dans les années 1990, le pédiatre Gilles Julien a créé la « pédiatrie sociale en communauté » (Fondation Dr Julien, 2020). Comme la gériatrie sociale, qui place l'aîné au cœur de son action, la pédiatrie sociale se concentre sur l'enfant, ses forces, ses besoins et ses intérêts pour développer une approche de soins intégrés qui implique des professionnels de la santé et des acteurs communautaires. La pédiatrie sociale repose sur quatre principes :

- L'enfant dans son milieu : l'entourage d'un enfant (famille, communauté, amis) est le plus grand allié pour identifier les sources de stress liées à son environnement et y remédier.
- La médecine de proximité : le médecin qui observe et évalue l'enfant dans son milieu est mieux outillé pour comprendre les enjeux vécus par l'enfant et sa famille. Il peut alors proposer des solutions réalistes et adaptées au contexte.
- La travailleuse sociale comme pivot : la travailleuse sociale permet de bonifier le diagnostic médical et de coordonner l'accès aux soins et aux services nécessaires au bon développement de l'enfant.
- Le respect et l'exercice des droits de l'enfant : la pédiatrie sociale intègre le droit comme composante indispensable au bon développement de l'enfant, qui doit être en mesure, avec un soutien professionnel, de faire valoir ses droits adéquatement et efficacement (Fondation Dr Julien, 2020).

2.2 Description du projet

La gériatrie sociale vise à maintenir l'autonomie fonctionnelle des aînés et à améliorer leur qualité de vie au sein de leur communauté. La prévention et le repérage sont au cœur de la philosophie d'action des équipes de gériatrie sociale mises sur pied par la Fondation AGES. En identifiant les besoins des aînés au sein de leur milieu de vie, les intervenants peuvent proposer des solutions adaptées qui impliquent les aînés et leur entourage.

Les intervenants qui identifient les besoins des aînés sont majoritairement issus d'entreprises d'économie sociale d'aide à domicile (EÉSAD) et ils côtoient les aînés sur une base quotidienne (Fondation AGES, 2023). Les EÉSAD sont des organismes à but non lucratif dont l'objectif est

d'offrir des services à domicile aux membres d'une communauté (Réseau de coopération des EÉSAD, s. d.).

L'information est ensuite transmise à un intervenant appelé « navigateur », qui entreprend les démarches nécessaires pour répondre aux besoins de l'aîné. Une ressource clinique, généralement une infirmière, joue un rôle de soutien auprès des intervenants communautaires. Ceux-ci se sentent en effet plus valorisés et mieux outillés pour agir auprès des aînés quand une ressource clinique est disponible pour les épauler (Proteau-Dupont et Lepage, 2019).

Trois structures sont sollicitées pour la mise en œuvre d'un projet de gériatrie sociale :

- La **Fondation AGES**, qui fournit l'expertise clinique et organisationnelle ainsi que le soutien financier, et qui assure la communication et la publicité.
- Un **partenaire communautaire**, qui fournit un local dans le milieu de vie des aînés, une équipe de bénévoles, des services complémentaires pour favoriser le maintien à domicile et l'autonomie des aînés, et un lien direct avec la population vieillissante d'une communauté.
- Un **CI(U)SSS**, qui libère un professionnel de première ligne, préférablement une infirmière (ou une ergothérapeute, une nutritionniste, une physiothérapeute, etc., selon les besoins). L'établissement partage les dossiers cliniques des usagers avec l'équipe de gériatrie sociale dans le respect des impératifs de confidentialité et de consentement (Fondation AGES, 2023).

La Fondation AGES et l'équipe de gériatrie sociale qu'elle implante sur un territoire agissent comme pivot entre le milieu communautaire et l'établissement de santé, ce qui favorise la communication et l'élaboration d'un plan d'intervention impliquant tous les intervenants pertinents dans un effort commun, au lieu de les laisser œuvrer en silo.

Grille d'observation et de repérage AINÉES AD-PLUS

La grille AINÉES AD-PLUS est basée sur l'outil AINÉE, développé dans le cadre de l'approche d'Optimisation des soins à la personne âgée à l'hôpital (OPTIMAH) du Centre hospitalier de

l'Université de Montréal (CHUM) (Doiron *et al.*, 2013 ; Kergoat *et al.*, 2011 ; Lafrenière et Dupras, 2014). L'objectif poursuivi par le programme OPTIMAH était d'amorcer un changement de philosophie, de culture et de pratique dans les soins en milieu hospitalier. Dans le cadre de référence *Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier* (2011), le MSSS indiquait déjà utiliser la grille AINÉES comme outil de repérage auprès des personnes âgées en milieu hospitalier (Kergoat *et al.*, 2011). Avec sa désignation calquée sur l'acronyme SPICES (Fulmer, 2007), l'outil AINÉES ciblait les six déterminants de santé suivants (Doiron *et al.*, 2013) :

Signification de l'acronyme AINÉES

A	Autonomie et mobilité
I	Intégrité de la peau
N	Nutrition et hydratation
É	Élimination
E	État cognitif
S	Sommeil

Source : Fondation AGES (2021), *Rapport annuel 2021*.

La Fondation AGES a bonifié l'aide-mémoire AINÉES en y ajoutant six nouveaux déterminants qui permettent d'orienter les observations des intervenants durant leurs contacts avec des aînés. De plus, l'utilisation généralisée de cet aide-mémoire par tous les intervenants communautaires et médicaux d'une équipe de gériatrie sociale crée un langage commun qui facilite la communication. Les six déterminants ajoutés pour constituer l'outil mnémotechnique AINÉES AD-PLUS sont les suivants :

Signification de l'acronyme AD-PLUS

A	Autosoins et accès aux services et au matériel de soins
D	Domicile sécuritaire et adapté aux besoins
P	Proches aidants
L	Loisirs, rôles, vie sociale et spirituelle
U	Urgence d'agir

S	Salubrité
---	-----------

Source : Fondation AGES (2021), *Rapport annuel 2021*.

AINÉES AD-PLUS offre une vue d'ensemble des déterminants de la santé d'un aîné liés à son état physique et mental ainsi qu'à son environnement de vie. Les observations réalisées grâce à cet aide-mémoire permettent de déceler des signes ou des risques de vieillissement accéléré, de prévenir des complications liées à des problèmes de santé et d'agir sur la majorité des déterminants de la santé pour maintenir la qualité de vie et le bien-être des aînés (Fondation AGES, 2021a).

Équipe de gériatrie sociale

Une équipe de gériatrie sociale repose sur la collaboration et la communication entre des intervenants issus du milieu communautaire et du milieu de la santé. L'équipe, au sens étroit de « personnel employé et rémunéré », est composée d'une infirmière et d'un navigateur. L'infirmière fait le lien avec le secteur de la santé (CLSC, CI(U)SSS, etc.) et le navigateur représente le milieu communautaire. Chacun joue un rôle précis et assure la continuité du processus qui démarre avec le repérage d'un besoin chez un aîné et qui débouche sur la prise en charge par le bon professionnel, pour des soins ou des services, ou par un intervenant communautaire. L'illustration ci-dessous présente la structure de la gériatrie sociale et ses acteurs, dans le modèle de la Fondation AGES.

Les intervenants en gériatrie sociale



Source : Fondation AGES (2023), *Bilan des projets pilotes en gériatrie sociale (2019-2023). Expérimenter la gériatrie sociale pour rajouter de la vie aux années* (<https://geriatriesociale.org/wp-content/uploads/2023/05/Bilan-des-projets-pilotes-Geriatrie-sociale-2019-2023.pdf>).

Acteurs communautaires

L'équipe de gériatrie sociale est composée de deux types d'intervenants issus du milieu communautaire : les sentinelles et les navigateurs, qui sont formés et encadrés par l'équipe de la Fondation AGES pour accomplir des tâches distinctes, mais interdépendantes.

Les sentinelles : les yeux de l'équipe de gériatrie sociale

Le groupe de sentinelles d'une équipe de gériatrie sociale peut être constitué de proches aidants, de bénévoles, de travailleurs d'une EÉSAD, d'un pharmacien communautaire, d'un coiffeur à domicile, etc. La Fondation AGES encourage d'ailleurs les aînés eux-mêmes à suivre la formation de sentinelle, afin d'être mieux outillés pour observer leur propre état de santé et les risques dans leur environnement, ainsi que ceux des aînés qu'ils fréquentent. En somme, toute personne dans une communauté qui est en contact avec des aînés sur une base quotidienne peut devenir sentinelle (Fondation AGES, 2023).

La Fondation AGES dispense une formation gratuite de trois heures accessible au grand public qui confère le titre de « sentinelle » habilitée à repérer les signes de vieillissement accéléré et les facteurs de risque pour la santé à l'aide de l'outil mnémotechnique AÎNÉES AD-PLUS.

Les signes de vieillissement peuvent consister en un changement de l'état cognitif, par exemple un problème d'élocution (difficulté à trouver ses mots, désorientation), ou de la condition physique et des capacités motrices (difficulté à se déplacer, plaie non traitée, essoufflement, etc.). Les facteurs liés à l'environnement dans lequel vit un aîné sont aussi des intrants pertinents pour prévenir la dégradation de son état de santé, par exemple dans le cas d'un aîné qui boite et qui habite au troisième étage d'un immeuble (Fondation AGES, 2023).

Bien que la formation soit accessible tous, le terme « sentinelle » désigne normalement des personnes qui côtoient régulièrement des aînés lors leurs activités quotidiennes sur un territoire où est implantée une équipe de gériatrie sociale. De ce fait, elles sont en mesure d'assurer une vigie auprès des aînés et de signaler un besoin ou un changement physique ou cognitif. Il est important de souligner que les sentinelles **ne posent pas** de diagnostic ou d'évaluation médicale, mais effectuent seulement le **repérage** et la **transmission** de l'information.

Enfin, les sentinelles exercent à titre bénévole leur rôle, qui n'implique ni nouvelles responsabilités ni charge de travail supplémentaire. La formation leur permet simplement d'analyser leurs interactions avec des aînés à la lumière de la grille AÎNÉES AD-PLUS et de se référer à une structure (l'équipe de gériatrie sociale) lorsqu'ils observent des changements dans l'état d'un aîné ou des risques dans son environnement.

Effectifs des sentinelles au Québec

	<u>2020</u>	<u>2021</u>	<u>2022</u>
<u>Sentinelles formées</u>	600	918 (+34,65 %)	1 300 (+41,61 %)
<u>Aînés rejoints</u>	6 348	12 600 (49,62 %)	14 000 (11,11 %)

Source : Fondation AGES (2020), *Rapport annuel 2020* ; Fondation AGES (2021), *Rapport annuel 2021* ; Fondation AGES (2023), *Bilan des projets pilotes en gériatrie sociale (2019-2023). Expérimenter la gériatrie sociale pour rajouter de la vie aux années* (<https://geriatriesociale.org/wp-content/uploads/2023/05/Bilan-des-projets-pilotes-Geriatrie-sociale-2019-2023.pdf>).

Les navigateurs : les pivots entre la communauté et le système de santé

Un navigateur est employé et rémunéré par un organisme hôte qui implante une équipe de gériatrie sociale en collaboration avec la Fondation AGES. Ce n'est pas un professionnel de la santé, sauf exception, mais il est titulaire d'un diplôme collégial ou universitaire, ou possède une expérience pertinente auprès de la clientèle aînée. Il doit avoir des compétences en relation d'aide et des aptitudes en relations interpersonnelles et interorganisationnelles (Fondation AGES, 2023).

Au même titre que les sentinelles, les navigateurs bénéficient d'une formation de base dispensée par la Fondation AGES pour se familiariser avec la grille AÎNÉES AD-PLUS. Leur apprentissage est bonifié par de la formation en continu, un accompagnement durant les six premiers mois et des rencontres régulières avec d'autres navigateurs pour mettre en commun les meilleures pratiques.

Le rôle du navigateur l'amène à poser différents types d'actions : (1) intervenir au domicile d'un aîné, (2) arrimer la communauté et le système de santé, (3) préparer et accompagner un aîné ou ses proches et (4) renforcer un réseau de soutien au sein d'une communauté.

1. Intervention au domicile d'un aîné

Lorsqu'une sentinelle constate un besoin chez un aîné, elle rapporte ses observations au navigateur. Le navigateur prend alors contact avec l'aîné pour affiner l'observation des besoins. La Fondation AGES a créé ses propres documents pour orienter la collecte d'informations. Grâce à une collecte exhaustive, le navigateur peut intervenir directement en aidant par exemple un aîné à redisposer le mobilier de son appartement pour qu'il puisse s'y déplacer avec sa marchette (prévention des chutes). S'il constate un problème de santé, le navigateur communique avec l'infirmière en gériatrie sociale. Celle-ci peut réaliser une évaluation à son domicile, et si nécessaire, entamer auprès de l'établissement de santé les démarches requises par les besoins de l'aîné ou offrir des soins ponctuels à domicile (Fondation AGES, 2021b, 2023).

2. Arrimer la communauté et le système de santé

Le navigateur est l'acteur communautaire qui assure une communication fluide et efficace avec le réseau de la santé, notamment avec l'établissement de santé et les CLSC du territoire. Pour ce faire, le navigateur partage avec eux l'information recueillie sur le terrain. Il importe de souligner que cette information n'est recueillie et communiquée qu'avec le consentement préalable de la personne âgée. La grille d'analyse des besoins AINÉES AD-PLUS complétée par un navigateur contient des renseignements précieux pour aiguiller les professionnels de la santé, qui ne sont généralement en contact avec un aîné que lors d'entretiens ou de suivis médicaux (Fondation AGES, 2021a). Grâce à la contribution des navigateurs, les professionnels de la santé peuvent prendre connaissance d'enjeux qui pourraient leur échapper lors d'une rencontre avec un aîné dans un bureau, et ils disposent d'un portrait plus complet de sa réalité.

3. Préparer et accompagner

Le navigateur contribue à développer, chez l'aîné et ses proches, une capacité d'agir et de gérer sa santé de manière autonome (Fondation AGES, 2023). Pour ce faire, un navigateur peut par exemple aider un aîné à préparer une visite chez le médecin en identifiant avec lui les besoins dont il souhaite discuter ou les résultats qu'il en attend. La littératie en santé des aînés est un facteur clé pour maintenir l'autonomie et prévenir une dégradation cognitive ou physique accélérée (Geboers *et al.*, 2018 ; Marshall et Hale, 2019).

4. Renforcer le réseau de soutien au sein de la communauté

Les proches aidants et les acteurs d'une communauté sont des alliés précieux pour favoriser l'autonomie fonctionnelle d'un aîné. Afin d'organiser ces intervenants autour d'un aîné en respectant sa volonté, l'équipe de gériatrie sociale doit connaître cette personne. Après la collecte approfondie d'informations et l'identification des besoins, le navigateur mobilise la communauté (popote roulante, service d'entretien ménager à domicile, visite sociale, etc.) pour soutenir l'aîné. Ce soutien peut être temporaire, dans l'attente des services d'une équipe de soutien à domicile basée en CLSC, ou permanent, si les services communautaires répondent adéquatement aux besoins de l'aîné.

En somme, le navigateur est l'acteur communautaire au sein de l'équipe de gériatrie sociale. Il est en contact avec la population âgée, avec des organismes communautaires et avec l'équipe de sentinelles. La Fondation AGES compte actuellement 6 équipes de gériatrie sociale et 12 navigateurs. Plusieurs navigateurs peuvent opérer au sein d'une même équipe de gériatrie sociale selon le volume populationnel couvert. Ils travaillent de concert avec une infirmière libérée par un CLSC pour faciliter la communication avec les services de santé.

Milieu de la santé

Une ressource clinique complète l'équipe de gériatrie sociale dans le modèle proposé par la Fondation AGES. Dans cinq des six projets actuellement implantés, la ressource clinique est une infirmière qui provient d'un établissement de santé (Fondation AGES, 2023).

Grâce au financement octroyé par le MSSS, la Fondation AGES bénéficie d'une infirmière par équipe de gériatrie sociale, dont le rôle est d'épauler les navigateurs et d'évaluer les besoins des aînés à leur domicile. Selon les projets, ces infirmières consacrent entre une et quinze heures par semaine à l'équipe de gériatrie sociale, en fonction de la disponibilité des ressources, des besoins populationnels et du volume d'alertes adressées aux navigateurs (Fondation AGES, 2023).

L'infirmière d'une équipe de gériatrie sociale remplit trois fonctions : (1) discuter et prendre en charge, avec le navigateur, de nouvelles situations cliniques à la suite d'une alerte, (2) intervenir ponctuellement auprès des aînés et (3) contribuer au développement des connaissances de l'équipe de gériatrie sociale et de la communauté.

1. Discussion et prise en charge suite à une alerte

Comme indiqué précédemment, une sentinelle qui constate un enjeu potentiel pour la santé ou l'autonomie d'un aîné dans son milieu de vie signale la situation au navigateur de l'équipe de gériatrie sociale. Lorsque la santé d'un aîné est en jeu, le navigateur, malgré sa formation, n'a pas forcément les connaissances nécessaires pour lui proposer des solutions.

L'infirmière agit en soutien auprès du navigateur en discutant avec lui des enjeux de santé et d'une possible trajectoire de soins. Elle peut aussi l'aider à comprendre un problème de santé et l'orienter dans ses observations approfondies des besoins. Comme elle évolue elle-même au sein du système de santé, l'infirmière est bien placée pour aider le navigateur à s'y retrouver et à obtenir les ressources nécessaires (Fondation AGES, 2023).

Enfin, l'infirmière permet de « favoriser la continuité relationnelle et informationnelle entre l'aîné, les acteurs de la communauté et ceux du réseau de la santé » (Fondation AGES, 2023). Pour ce faire, elle peut participer activement au repérage des besoins en s'entretenant avec l'aîné, à son domicile ou en virtuel. Il est important qu'un navigateur discute de ses observations sur la condition d'un aîné avec une infirmière, parce qu'un problème de santé (par exemple une perte de mobilité) peut en provoquer ou en dissimuler d'autres qui risquent de lui échapper. L'évaluation des navigateurs se base toujours sur la grille d'observation AÎNÉES AD-PLUS, qui est leur outil de référence.

Les infirmières des équipes de gériatrie sociale consacrent entre une et dix heures de leur tâche à ce type d'interventions (Fondation AGES, 2023).

2. Intervention directe auprès d'un aîné

Pour étoffer leurs évaluations à distance, les infirmières peuvent accompagner les navigateurs dans leurs visites à domicile, ce qui permet également aux aînés d'être en contact avec une intervenante du système de santé. Si un aîné est inscrit auprès d'un médecin, une infirmière peut ensuite lui faire part de ses observations et proposer une trajectoire de soins ou un plan d'intervention.

Lors de visites ponctuelles, une infirmière peut aussi prodiguer des soins, par exemple pour traiter une plaie. Ces interventions s'apparentent à celles des intervenantes d'une équipe de soutien à domicile, mais elles sont ponctuelles et évitent le recours à l'urgence ou au CLSC. Elles se font bien évidemment dans le respect du cadre législatif et en évitant toute interférence avec le médecin traitant de l'aîné auprès de qui l'intervention est réalisée. (Fondation AGES, 2023). Signalons que dans le cadre de certains projets, un GMF collabore avec l'équipe de gériatrie sociale, ce qui facilite la communication avec le réseau et offre un soutien additionnel à l'infirmière de cette équipe.

Enfin, l’infirmière peut participer à des cafés-rencontres pour établir un lien de confiance avec les aînés de la communauté, dont certains ont une relation difficile avec le système de santé, pour différentes raisons (incompréhension due à sa complexité, mauvaises expériences, honte ou gêne causée par une condition, etc.). En intervenant dans le cadre d’un projet de gériatrie sociale, l’infirmière peut prodiguer conseils et soins aux aînés, sans les obliger à recourir à la clinique, à l’urgence ou à la structure de soutien à domicile conventionnelle.

Les infirmières des équipes de gériatrie sociale font des visites à domicile entre une et douze fois par mois, selon le volume d’interventions et les besoins populationnels.

3. Développement des connaissances de la communauté et de l’équipe de gériatrie sociale

La dernière fonction des infirmières en gériatrie sociale est de développer et d’entretenir des connaissances au profit la communauté et de leur équipe. Elles ont donc un rôle d’éducatrices au sein des équipes de gériatrie sociale (navigateurs et sentinelles), avec les acteurs communautaires (équipes de popotes roulantes, OBNL, EÉSAD, etc.), et auprès des aînés et des proches aidants.

Dans le cadre de ces activités d’éducation et d’information, la Fondation AGES et les équipes de gériatrie sociale ciblent principalement les milieux défavorisés (Fondation AGES, 2023). Une infirmière peut, par exemple, présenter le concept de gériatrie sociale à des résidents d’habitations à loyer modéré (HLM). Grâce à leur connaissance du domaine de la santé, les infirmières dispensent aussi une formation de sentinelle spécialement conçue pour des intervenants ayant une pratique de l’intervention d’urgence, comme les TAP, les pompiers ou les policiers, lesquels peuvent alors soumettre aux navigateurs des constats effectués dans le cadre de leurs activités professionnelles.

2.3. Retombées du projet

Les entretiens réalisés avec des intervenants en gériatrie sociale nous ont permis d’identifier plusieurs retombées positives de ce projet, qui favorisent le maintien à domicile et l’autonomie fonctionnelle des personnes aînées.

Les statistiques présentées ci-dessous sur le nombre de personnes âgées repérées par les sentinelles et prises en charge par les équipes de gériatrie sociale démontrent que leur travail est efficace et qu'il soutient les équipes SSAD des CLSC (Fondation AGES, 2023). Les ressources financières nécessaires à l'exploitation des projets de gériatrie sociale sont relativement limitées, au point que les investissements gouvernementaux pourraient être rentabilisés grâce à une campagne de prévention.

Le travail collaboratif des navigateurs et des infirmières au sein des équipes de gériatrie sociale permet aux personnes âgées d'obtenir des services dans leur communauté par le biais d'intervenants qu'ils connaissent et en qui ils ont confiance. La collecte approfondie d'informations des navigateurs assure une meilleure réponse des professionnels de la santé aux besoins des personnes âgées. Grâce à leur assistance dans la préparation d'une visite médicale, les personnes âgées se présentent en ayant déjà identifié et formulé les besoins qu'elles peuvent alors plus facilement communiquer aux professionnels de la santé.

Les équipes de gériatrie sociale constituent de plus une opportunité de délester les hôpitaux grâce aux sentinelles, qui peuvent assurer une veille en cas de retour précoce à la maison d'une personne âgée (Fondation AGES, 2023).

En somme, les équipes de gériatrie sociale et la Fondation AGES contribuent à la fluidité des communications entre le RSSS et le milieu communautaire, ce dont bénéficient tant les intervenants que les usagers.

Volume de repérages pour un meilleur accès aux services de soutien à domicile

Les statistiques présentées dans le *Bilan des projets pilotes de gériatrie sociale 2019-2023* démontrent que le travail des sentinelles est efficace.

Grâce aux 1 300 sentinelles formées dans des projets de gériatrie sociale, environ 14 000 personnes âgées ont été rejointes. Le travail de repérage de ces sentinelles a mené à 2 300 alertes, dont 49 % concernaient des personnes inconnues des services de soutien à domicile ou

dont le statut était inactif, ce qui démontre les retombées positives de ces projets sur le maintien à domicile (Fondation AGES, 2023).

Le travail des navigateurs qui approfondissent les observations des sentinelles s'est aussi avéré déterminant pour le maintien à domicile. Dans la foulée des 2 300 alertes qui leur ont été rapportées, les navigateurs ont identifié un total de 4 825 motifs d'inquiétude qui ont pu être documentés et communiqués aux professionnels de la santé du soutien à domicile (Fondation AGES, 2023). Le repérage permet donc de poser des gestes préventifs et de solliciter le réseau de la santé dans une optique de préservation de la santé des personnes âgées plutôt que de prise en charge médicale.

Intervenir à coût nul

Il importe de rappeler que les sentinelles agissent bénévolement et que le travail de repérage ne coûte presque rien au système de santé. Quant à l'enveloppe budgétaire annuelle d'un organisme communautaire qui implante une équipe de gériatrie sociale, elle s'élève à 75 000 \$ (Fondation AGES, 2023), qui couvrent les frais de projet et le salaire du navigateur.

Dans le mémoire *Pour le déploiement d'équipes intersectorielles de gériatrie sociale partout au Québec* (2022), les auteurs soutiennent que les intervenants en gériatrie sociale pourraient opérer à coût nul en prévenant suffisamment de chutes par année chez les personnes âgées (Fondation AGES, 2022). Avec des coûts d'hospitalisation et d'hébergement suite à une chute estimés à 37 000 \$, il suffirait aux intervenants de gériatrie sociale de prévenir 40 chutes pour opérer à coût nul, le coût d'exploitation de la Fondation AGES en 2022 étant de 1,5 M\$ (Fondation AGES, 2022).

Dans ce même document, les auteurs estiment qu'en 2028-2029, la mise sur pied d'équipes de gériatrie sociale dans 93 réseaux locaux de service (RLS) coûterait 24,3 M\$. Au total, ce montant permettrait d'implanter 170 équipes de gériatrie sociale (Fondation AGES, 2022). Il suffirait alors de prévenir 657 chutes pour que tous ces projets opèrent à coût nul.

De plus, la formule de financement de la gériatrie sociale incite les acteurs communautaires et les CI(U)SSS à adhérer au projet. En effet, la Fondation AGES est en mesure d'offrir un double financement au démarrage d'un projet, dont la première portion est octroyée à l'organisme communautaire, notamment pour l'embauche d'un navigateur, et la deuxième à un établissement de santé pour la libération d'une ressource clinique.

Bonification des actions en première ligne, principe de subsidiarité et repérage

Les projets de gériatrie sociale permettent de renforcer le principe de subsidiarité, principe phare du système de santé québécois qui apparaît à l'article 29 du projet de loi 15 (*Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace*).

Le principe de subsidiarité veut que les soins ou les services soient fournis par le premier palier en mesure de les offrir (Fondation AGES, 2023). Grâce au travail du navigateur, réalisé avec le soutien d'une infirmière, une équipe de gériatrie sociale est en mesure de bonifier ses services d'intervenant de proximité.

Comme nous l'avons mentionné, le navigateur aide la personne aînée à décrire son état de santé et ses besoins, à trouver le bon professionnel et à mettre en œuvre les meilleures solutions (Fondation AGES, 2023). Par ces démarches, le navigateur prépare la personne aînée à son interaction avec le système de santé, il contribue à la fluidité du processus et il peut, quand la situation s'y prête, apporter lui-même des solutions pour délester les intervenants du système d'une charge de travail supplémentaire. Le soutien de l'infirmière élargit le spectre d'actions qui peuvent être posées en première ligne, tout en assurant une meilleure coordination des services et des soins entre le milieu communautaire et le système de santé. De toutes ces façons, l'équipe de gériatrie sociale contribue activement à la planification et à la gestion des besoins des usagers du système de santé et des services sociaux, et elle s'inscrit concrètement dans le principe de subsidiarité.

Deux retombées positives sont alors observables. D'une part, le navigateur et l'infirmière sont suffisamment outillés pour intervenir directement auprès de la personne aînée, ce qui évite de solliciter les ressources humaines des établissements de santé. D'autre part, si l'équipe de gériatrie

sociale ne peut intervenir directement, la personne âgée est dirigée vers le bon professionnel de la santé et accompagnée. Elle sera alors mieux préparée et ses besoins mieux définis lors de sa rencontre avec un professionnel, qui pourra plus facilement cerner ses besoins et proposer des pistes de solution adéquates.

Repérage de signes liés au vieillissement accéléré, même chez une clientèle déjà connue du réseau

Le travail des sentinelles ne concerne pas seulement les personnes âgées inconnues du système de santé et bénéficie tout autant à celles qui en sont connues, qui ont une cote ISO-SMAF ou qui sont déjà prises en charge par une équipe SAD (Fondation AGES, 2023).

Une personne âgée avec une cote ISO-SMAF basse (1 à 3) est généralement prise en charge par des suivis téléphoniques espacés puisque son état de santé est stable (Fondation AGES, 2023 ; MSSS, 2020b). Les personnes âgées connues du SAD, mais dont la situation ne nécessite plus de suivi, peuvent avoir un statut inactif auprès de l'établissement. Elles sont invitées à contacter les intervenants du RSSS en cas de besoin. Toutefois, plusieurs facteurs qui nuisent à l'accès rapide et en temps opportun aux services du réseau ont été identifiés : la difficulté de savoir qui ou comment contacter un intervenant, la longue attente pour des services en cas de cote ISO-SMAF basse (1 à 3) et l'absence d'un réseau social pour aider l'utilisateur à naviguer dans le réseau (CSBE, 2023).

En plus d'une présence auprès des personnes âgées plus stables, donc moins prioritaires pour les équipes SAD, les équipes de gériatrie sociale peuvent assurer une surveillance et un encadrement après un congé d'hôpital. Quand la mise en place des ressources du SAD prend du temps, les sentinelles et le navigateur sont des alliés précieux de la personne âgée et des intervenants du RSSS, car ils facilitent le retour sécuritaire dans la communauté en signalant toute situation problématique.

Favoriser l'échange d'informations à double sens concernant les personnes âgées

En expliquant le rôle des équipes de gériatrie sociale, nous avons mis l'accent sur le transfert d'informations d'un navigateur vers le réseau de la santé et des services sociaux. La plus grande partie de l'information circule effectivement dans ce sens, du communautaire vers le réseau. La mission première de la Fondation AGES et des équipes de gériatrie sociale est de fournir des informations aux intervenants du RSSS pour permettre une prise en charge au moment optimal (Fondation AGES, 2023).

Cependant, dans certaines situations, il est bénéfique pour la personne âgée et pour le réseau que l'information circule en sens inverse, du réseau vers les intervenants en gériatrie sociale. Lorsqu'une personne âgée consulte un professionnel de la santé, il peut être utile que celui-ci transmette, après consentement, l'information utile sur son état de santé au navigateur. De cette manière, l'équipe de gériatrie sociale et les sentinelles pourront porter une attention particulière à la condition précise de la personne âgée. Ce genre de situations requiert qu'une communication fluide et efficace soit développée et entretenue entre le RSSS et les équipes de gériatrie sociale. Toutefois, en entretien avec des intervenants de la Fondation AGES, la communication « réseau vers le communautaire » a été mentionnée comme un enjeu potentiel. Nous en discutons dans la section suivante.

En somme, les retombées des projets de gériatrie sociale que nous avons identifiées concernent autant les usagers, placés au centre des interventions, que les intervenants communautaires et médicaux. Ces projets permettent une augmentation du volume de repérages et un meilleur accès aux services de soutien à domicile, que les usagers soient connus ou non des équipes de soutien à domicile et des établissements de santé. De plus, leur implantation est peu coûteuse pour le MSSS et les organismes communautaires, et ils encouragent une meilleure communication entre les intervenants de ces deux secteurs activement impliqués dans les activités de soutien à domicile. Le tableau suivant présente une synthèse des quatre retombées présentées ci-dessus.

RÉSUMÉ DES RETOMBÉES DU PROJET DE GÉRIATRIE SOCIALE	
Augmentation du volume de repérages pour un meilleur accès aux services de soutien à domicile	Repérage de signes liés au vieillissement accéléré, même chez une clientèle déjà connue du réseau

Intervention à coût nul	Stimulation des échanges d'informations dans les deux sens entre les équipes de gériatrie sociale et le RSSS
-------------------------	--

2.4. Enjeux et obstacles au déploiement

Les entretiens réalisés avec des intervenants nous ont permis d'identifier trois (3) enjeux qui nuisent à la pérennisation des projets de gériatrie sociale : (1) la peur du dédoublement ou de l'apparence de dédoublement au sein des instances gouvernementales et de l'administration publique, (2) la communication à double sens entre le RSSS et le milieu communautaire parfois laborieuse en raison du principe de confidentialité des données personnelles en santé et de la formalisation, et (3) la généralisation et la perte d'expertise liée au projet s'il est repris par le gouvernement pour une mise à l'échelle.

Dédoublement ou apparence de dédoublement

Il ressort de nos analyses des innovations SSAD, mais tout particulièrement de notre étude du projet de gériatrie sociale, que l'appareil administratif québécois redoute le dédoublement dans l'offre de services et de soins à domicile. Cette appréhension est un obstacle majeur à l'innovation dans le domaine du soutien à domicile. Il est vrai que le dédoublement pourrait engendrer des risques de cannibalisation entre deux projets d'innovation et nuire à une allocation efficiente des ressources (CSBE, 2023).

Les intervenants rencontrés témoignent pourtant d'une ouverture des acteurs politiques à l'innovation :

[L]es autorités politiques ont un appétit de l'innovation, du changement et de la remise en question. Du côté de l'administratif, un des risques qui guette l'administratif, pas l'ensemble, certaines composantes, c'est le fait de se mettre à chercher, est-ce qu'il y a un potentiel de dédoublement. Il y a eu deux mouvements, le premier mouvement qu'il y a eu c'était une impulsion, « go, on fonce », et c'était politique fondamentalement, mais quand l'administratif l'a reçu [le projet de gériatrie sociale], il a mobilisé des ressources et le réflexe a été de ralentir et de vérifier [pour le dédoublement], ce sont des risques à l'innovation.

Pour éviter le dédoublement, il est nécessaire d'établir des politiques publiques claires qui définissent les responsabilités de chaque partie prenante et qui favorisent un travail interdisciplinaire. De plus, le dédoublement d'innovations peut être l'indice d'un manque de communication entre les parties prenantes d'un projet, ou d'une absence de moyens pour connaître les projets novateurs en phase de développement ou d'implantation (Lück *et al.*, 2020). Ce phénomène est le résultat d'un travail en silo et d'un manque d'intégration des différentes parties prenantes au sein des politiques publiques.

L'information en provenance du terrain doit être prise en compte et valorisée pour comprendre et définir le mandat de chaque intervenant. Les intervenants sont les mieux placés pour relayer les besoins d'une population avec laquelle ils ont des interactions régulières (CSBE, 2023). Il est regrettable qu'au lieu de chercher des solutions pour permettre à différentes innovations complémentaires de cohabiter, la réponse tend à étouffer l'innovation en la maintenant à l'état de projet pilote. Ce phénomène n'affecte pas seulement la gériatrie sociale et nous y revenons dans la section Pistes de solution du présent rapport.

Peut-être est-il nécessaire de tolérer un certain degré de dédoublement ou de chevauchement afin d'encourager les différentes parties prenantes à se concerter et à coopérer pour optimiser leur travail et l'allocation de leurs ressources. Le concept d'*open innovation* constitue peut-être une avenue à emprunter pour favoriser l'interdisciplinarité et le travail collaboratif (Abhari et McGuckin, 2023).

Perte de contrôle sur une innovation durant sa mise à l'échelle

Au fil des entretiens réalisés avec des intervenants, notamment en gériatrie sociale, les défis qui accompagnent la mise à l'échelle d'un projet d'innovation ont été signalés comme des sources d'inquiétude et de frustration.

La tendance centralisatrice du gouvernement entraîne un effacement des porteurs d'un projet d'innovation en passe d'être implanté à plus grande échelle. Le projet subit une formalisation pour entrer dans un cadre « *one size fits all* », ce qui lui fait perdre de sa plus-value.

Les intervenants constatent aussi que malgré des investissements de plusieurs centaines de milliers de dollars et une collecte de résultats basée sur des indicateurs quantitatifs et qualitatifs, les projets de gériatrie sociale semblent confinés dans une phase de projet pilote perpétuelle. Ce phénomène est appelé « pilotitis » (Egermark *et al.*, 2022). Le développement d'un cadre de référence qui permettrait d'harmoniser les différentes initiatives communautaires tarde à se concrétiser, ce qui engendre un risque d'essoufflement de l'innovation par son maintien dans une situation de précarité et de dépendance vis-à-vis des volontés gouvernementales (Egermark *et al.*, 2022).

Les projets de gériatrie sociale, comme d'autres projets d'innovation dans le domaine de la santé, sont efficaces grâce à la flexibilité dont ils jouissent pour s'adapter à leur environnement. Ces projets bénéficient aussi de la mémoire organisationnelle détenue par leurs porteurs, qui permet leur amélioration continue au gré des déploiements. Cette connaissance est précieuse pour assurer une mise à l'échelle optimale, qui profite des résultats de projets comme ceux de gériatrie sociale.

Flou quant à la protection des données, au partage de l'information et à la confidentialité

Dans leur rapport *Bilan des projets pilotes en gériatrie sociale* (2023), les intervenants de la Fondation AGES soulignent la nécessité d'élaborer un « Guide pratique pour la réflexion éthique des équipes de gériatrie sociale » (Fondation AGES, 2023) qui permettrait d'orienter les choix des équipes de gériatrie sociale face aux situations ambiguës qu'elles rencontrent durant leurs interventions. De telles situations peuvent relever d'un dilemme éthique ou d'un questionnement sur le droit de relayer à un intervenant des informations obtenues auprès d'un aîné. Les intervenants sont formés à accorder une grande importance au principe de confidentialité des données personnelles de santé ainsi qu'à la notion de consentement pour le partage des informations, ce qui explique leurs hésitations à communiquer des informations obtenues au contact d'une personne aînée.

En réponse à ces enjeux, le concept de « cercle de soins » a été identifié par des intervenants de gériatrie sociale comme une piste de solution pertinente (Fondation AGES, 2023). Ce concept permet de déterminer, avec le consentement de la personne aînée, quels intervenants peuvent

partager des informations sur sa santé, quels types d'informations devraient être partagées et quelles sont les réserves de la personne aînée à ce sujet (Commissaire à l'information et à la protection de la vie privée de l'Ontario, 2015 ; Fondation AGES, 2023).

Toute information collectée est précieuse pour assurer une réponse adéquate des intervenants en gériatrie sociale et de ceux du RSSS.

Il ressort de nos entrevues que le partage d'informations au sein du RSSS freine la mise en place de solutions adéquates et en temps opportun dans le milieu de la santé. Bien que cet enjeu ait été soulevé par des intervenants en gériatrie sociale, le partage de données et d'informations est une source de questionnements dans d'autres milieux d'intervention en santé (Commission d'accès à l'information, 2023 ; Lévesque, 2023).

Pour plusieurs des acteurs rencontrés, il est difficile croire que la *Loi sur les renseignements de santé et de services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives* permettra de régler le problème, du fait qu'elle ne semble pas faciliter ni encourager la circulation d'informations entre des acteurs qui n'œuvrent pas tous au sein d'un établissement santé.

Cette loi permet une plus grande fluidité dans le partage des renseignements de santé entre les acteurs de la santé et des services sociaux en établissant un cadre juridique qui conjugue la protection des renseignements et leur utilisation optimale. Cependant, il n'est pas clairement établi que les acteurs communautaires sont aussi visés par ces dispositions. Or, les équipes de gériatrie sociale sont un des nombreux exemples de l'implication d'intervenants du milieu communautaire qui contribuent au bien-être des usagers au sein de leur communauté.

Nature du financement « post-projet pilote »

Durant la phase de projet pilote, les six (6) projets de gériatrie sociale ont pu compter sur l'apport financier du gouvernement du Québec, une première fois en 2019 pour le déploiement de trois (3) projets pilotes, puis une seconde fois en 2021 pour trois (3) projets pilotes supplémentaires (Fondation AGES, 2023). Initialement d'une durée respective de dix-huit (18) et neuf (9) mois, le financement a été prolongé pour une période de douze (12) mois, jusqu'à la fin de l'année 2023 (Fondation AGES, 2023). L'association de la Fondation AGES avec la Fondation Mirella et Lino

Saputo (FMLS) a permis d'ajouter une seconde source de financement pour appuyer des « projets de trajectoire » de gériatrie sociale (Fondation AGES, 2023 ; Fondation AGES, 2021). En nous référant à ses derniers résultats financiers connus, qui datent de 2020, nous constatons que 66,8 % du budget de fonctionnement de la Fondation AGES proviennent de subventions du MSSS, tandis que 32,2 % proviennent de dons (Fondation AGES, 2020).

Cette proportion témoigne de l'apport significatif du MSSS aux projets de gériatrie sociale, mais il représente aussi un risque pour leur pérennisation. En 2021, la Fondation AGES estimait déjà que des travaux étaient en cours en vue d'un déploiement national des initiatives de gériatrie sociale (Fondation AGES, 2021). Dans un communiqué du 19 octobre 2021, le MSSS annonçait être en processus d'évaluation des retombées des projets pilotes de gériatrie sociale dans l'optique de concrétiser ce déploiement (MSSS, 2021b).

Force est de constater qu'en 2023, le MSSS n'a toujours pas établi d'orientations claires quant à l'avenir de la gériatrie sociale et à son financement. Les subventions ponctuelles octroyées pour l'implantation sous forme de projets pilotes sans élaboration d'une politique publique et d'un cadre de référence clairs sont une préoccupation majeure pour la pérennisation de cette initiative. Sans orientations claires, le financement des projets de gériatrie sociale et leur implantation nationale restent incertains.

Notre analyse nous permet d'avancer que le principal enjeu normatif lié au déploiement de cette innovation concerne la communication des renseignements de santé d'un usager entre les intervenants communautaires des projets de gériatrie sociale et les intervenants du secteur de la santé (infirmières, médecins, etc.). Les difficultés liées au partage d'informations pertinentes sont d'ailleurs vécues par les intervenants d'autres projets analysés dans le présent rapport.

Pour l'instant, il n'existe pas de données qui permettent d'affirmer que la *Loi sur les renseignements de santé et de services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives* aura une incidence positive sur cette problématique. Dans un mémoire rendu public en février 2023 (CMQ, 2023a), le Collège des médecins du Québec y soulignait d'ailleurs l'absence de certains intervenants clés, notamment les organismes communautaires. Il aurait en effet été bienvenu que

ces organismes soient nommés dans ce texte législatif de façon à reconnaître leur rôle grandissant dans l'écosystème du soutien à domicile québécois.

Concernant les enjeux de gouvernance, ces derniers concernent tout particulièrement la planification et l'implantation à plus grande échelle du projet de gériatrie sociale.

Ce projet, dont les retombées positives pour les SSAD sont étayées par des données, semble maintenant appuyé par le MSSS. Cependant, il n'est pas sûr que son déploiement à l'échelle provinciale permette de conserver l'expertise de ses initiateurs, ni les nuances et modalités adaptées aux besoins de chaque région. Enfin, il ressort de nos entrevues que les craintes de dédoublement, dans un contexte de déploiement provincial, représentent un frein important, particulièrement dans le cas du projet de gériatrie sociale.

RÉSUMÉ DES ENJEUX NORMATIFS ET DE GOUVERNANCE DU PROJET DE GÉRIATRIE SOCIALE	
Normatifs	Gouvernance
<p>Flou quant à la protection des données, au partage de l'information et à la confidentialité</p> <p>Possibilité que le manque de partage d'informations de santé nuise au travail des intervenants communautaires d'une équipe de gériatrie sociale.</p>	<p>Dédoublement ou apparence de dédoublement</p> <p>Craintes des dédoublements qui freine la mise à l'échelle provinciale de projets (souvent financés comme projets pilotes) aux retombées positives démontrées (planification).</p>
<p><i>Loi sur les renseignements de santé et de services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives</i></p> <p>Il n'est pas clair que les organismes communautaires sont visés par les dispositions de cette loi et peuvent donc avoir accès aux renseignements de santé au même titre que les acteurs des services de santé et des services sociaux.</p>	<p>Perte de contrôle sur le projet d'innovation dans la phase de mise à l'échelle</p> <p>Dans un contexte de mise à l'échelle, les intervenants ne sont pas toujours consultés, ce qui crée un risque de formalisation du projet et pourrait lui faire perdre sa plus-value de projet pilote (mécanismes d'incitation et planification).</p>

	<p>Nature du financement « post-projet pilote »</p> <p>Lors de l'appui de projets pilotes, le financement « post-projet », advenant des retombées positives, ne semble pas anticipé (planification).</p>
--	---

3. Projet VESTA du Bas-Saint-Laurent pour le maintien à domicile

Le projet VESTA est issu d'une recherche-action appelée *Bien vieillir chez soi* lancée en avril 2023 dans le Bas-Saint-Laurent. Bien qu'embryonnaire, ce projet est très prometteur pour le maintien à domicile des personnes âgées. **Il vise en effet à desservir en soins et services à domicile les personnes vivant en milieu rural dans la municipalité régionale de comté (MRC) de Rivière-du-Loup à l'aide d'un camion et d'une équipe multidisciplinaire.** Les intervenants du projet prévoient embarquer un variété d'équipements dans le véhicule, comme un réfrigérateur, un appareil portable d'analyses de laboratoire et du matériel technologique intelligent (domotique) pour effectuer du télémonitoring. Il s'agit d'un projet à suivre dans les prochaines années, sa période de réalisation s'étalant jusqu'en 2026.

Nous assistons présentement à une dévitalisation des milieux ruraux québécois. Leurs communautés sont particulièrement touchées par le vieillissement de la population, la proportion d'aînés en milieu rural ayant augmenté de 11 % entre 1986 et 2016, comparativement à 8 % pour l'ensemble de la province (Simard, 2019). L'offre de soins de santé et les RPA sont généralement concentrées dans les municipalités et les villes, ce qui force les personnes âgées à se déplacer pour en bénéficier. De plus, comme le transport en commun n'est pas suffisamment développé, elles doivent organiser elles-mêmes leurs déplacements.

Le projet VESTA, mis sur pied dans la MRC de Rivière-du-Loup, dans le Bas-Saint-Laurent, vise à répondre à ce besoin et à offrir des soins à domicile à cette population âgée en mobilisant une équipe soignante qui se déplacera sur le territoire. Ce projet propose ainsi un allègement de la charge institutionnelle grâce à la prestation de soins et de services hors des hôpitaux.

3.1 Origine du projet

Le Bas-Saint-Laurent est la deuxième région la plus vieillissante au Québec, et les personnes âgées de plus de 65 ans représenteront en 2041 plus du tiers de sa population. Son territoire de plus de 22 000 kilomètres carrés compte 114 municipalités, la plupart situées en milieu rural (CRDBSL, 2022). Des préoccupations face à cet enjeu se manifestent depuis quelques années déjà dans la région.

En 2019, pour faire face au vieillissement marqué de la population, un comité régional intersectoriel a été mis sur pied, composé de plusieurs partenaires des secteurs de la santé, de la recherche, du monde municipal, du domaine politique, et de représentants des personnes âgées. C'est par une démarche de recherche-action appelée *Bien vieillir chez soi* (BVCS) que le comité cherche à remplir sa mission de maintenir les personnes âgées du Bas-Saint-Laurent plus longtemps à domicile en innovant et en adaptant l'offre de services (CRDBSL, 2022). Plusieurs partenaires de différents milieux sont impliqués dans la réalisation de cette recherche-action, comme le montre l'illustration ci-dessous.

Partenaires du comité directeur de la recherche-action BVCS



Source : Tiré de <https://vieillirchezsoi-bsl.org>.

Cette démarche comporte huit projets qui seront implantés dans la région d'ici 2026 pour répondre à des enjeux préalablement identifiés par l'équipe de recherche. La programmation, lancée en avril 2023, est la suivante (Lachance *et al.*, 2023) :

- Offre de services en accompagnement-transport des personnes âgées de La Matanie
- Adaptions des domiciles des personnes âgées vivant dans le Bas-Saint-Laurent
- Des menus travaux pour bien vieillir chez soi
- Paramédecine communautaire
- Plateforme Web de répit pour les personnes proches aidantes (Répit-aidant)
- Résidence innovante pour personnes âgées à Sayabec (RIA)
- Une communauté tissée serrée pour du répit flexible au Bas-Saint-Laurent
- VESTA – Véhicule Équipé pour les Soins inTensifiés À domicile

Chaque projet est dirigé par un comité de pilotage tripartite : chercheurs, représentants d'organisations et experts de vécu. Le maillage des partenaires représente une force de cette recherche-action qui réunit des personnes de différents horizons pour mettre à profit leur expertise. Les participants collaborent pour mettre le projet sur pied avec le soutien du comité directeur, dont la coordination est assurée par deux personnes du Collectif régional de développement du Bas-Saint-Laurent (CRDBSL, 2022).

Démarche de recherche-action :



Source : Lachance, A. et Varady-Szabo et L. Morin. (2023) *Programmation de recherche-action (Bien vieillir chez soi)*. Collectif régional de développement du Bas-Saint-Laurent.

3.2 Description du projet

Dans le cadre du présent rapport, nous n'avons retenu qu'un seul des huit projets de recherche-action : le projet VESTA.

Ce projet a retenu notre attention parce qu'il cible la population vivant en milieu rural, qui n'est pas représentée dans les autres projets analysés. Il n'a pas d'équivalent au Québec, mais il a été développé dans d'autres pays, notamment en Finlande (voir l'encadré dans la section suivante). Cette innovation mérite donc d'être étudiée non seulement parce qu'elle aborde les enjeux du soutien à domicile des populations rurales, mais aussi en raison de son caractère novateur.

Le projet VESTA consiste à adapter un véhicule pour répondre aux besoins de la clientèle et de l'équipe SIAD (soins intensifs à domicile) de la MRC de Rivière-du-Loup. L'objectif est de « faciliter les SIAD en contexte de RRPV [régions rurales et dans de petites villes] et d'augmenter le panier de soins et de services offerts à domicile, qui autrement auraient lieu en centre hospitalier » (Lachance *et al.*, 2023). Le projet est développé en collaboration avec le CISSS du Bas-Saint-Laurent, un partenaire important pour ses porteurs.

Le camion sera équipé de matériel utilisé par les intervenants du SIAD (comme une pompe à perfusion volumétrique, un pousse-seringue, un concentrateur d'oxygène, un numériseur vésical portable, une chaise d'aisance, etc.), mais aussi de matériel dont l'équipe ne dispose pas à l'heure actuelle, comme un réfrigérateur, un appareil portable d'analyses de laboratoire et du matériel technologique intelligent (domotique) pour effectuer du télémonitoring (Lachance *et al.*, 2023). Les intervenants rencontrés ont mentionné qu'ils envisageaient d'y inclure un inventaire de médicaments pour suppléer aux pharmacies, dont les heures d'ouverture sont limitées hors des grands centres. La présence de matériel à bord du véhicule évitera à l'intervenant des trajets entre le CLSC et le domicile des patients pour le transporter, ce qui permettra à l'équipe SIAD d'économiser temps et argent.

Quant à l'équipe de cliniciens, elle sera composée de professionnels experts pour prodiguer autant des soins que des services, ainsi que des intervenants impliqués 24/7 en coordination avec le CLSC. Elle comprend des médecins, des infirmières, des auxiliaires en soins et services de santé (ASSS), des inhalothérapeutes et, du côté des services sociaux, des travailleurs sociaux, des techniciens en travail social, des techniciens en éducation spécialisée (TES) ainsi que des ergothérapeutes. Les modalités de fonctionnement de ce projet ne sont pas encore connues puisque les critères d'admissibilité, la trajectoire de référencement et les indicateurs d'évaluation sont en cours d'élaboration par le comité de pilotage. Selon les intervenants rencontrés, le véhicule devrait être déployé sur le terrain d'ici l'été 2024.

Le modèle d'hospitalisation à domicile de l'Hôpital général juif de Montréal, abordé dans la section consacrée à l'initiative de Soins intensifs à domicile (SIAD), a aussi été évoqué par les intervenants du projet VESTA, notamment pour souligner des différences avec leur projet.

L'encadré ci-dessous rappelle les grandes lignes du modèle d'hospitalisation à domicile de l'Hôpital général juif de Montréal et le compare au projet VESTA.

Comparaison avec le modèle d'hospitalisation à domicile de l'Hôpital général juif de Montréal

Le modèle d'hospitalisation à domicile de l'Hôpital général juif de Montréal a beaucoup évolué depuis sa création en janvier 2022. Mis sur pied durant la pandémie, il visait d'abord exclusivement les personnes atteintes de la COVID-19 et s'appelait « COVID@HOME » (Nouvelles HGJ, 2022). Aujourd'hui, un plus large éventail de patients est pris en charge, notamment les personnes en convalescence de certaines opérations, celles qui ont une ou des maladies chroniques, celles qui souffrent d'une pneumonie, etc. (Girard-Bossé, 2023a). Les bénéficiaires sont suivis par des appareils de télémonitoring et une tablette pour assurer la communication avec le personnel soignant de l'hôpital. Une infirmière est aussi disponible par téléphone en tout temps pour répondre à leurs questions. Il est à noter que seuls y ont accès les usagers habitant sur le territoire desservi par le CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal (Nouvelles HGJ, 2022) et les patients de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (Morgan, 2023).

Très bien adapté au milieu urbain, le modèle de l'Hôpital général juif ne peut être transposé en région rurale, où la densité de population est beaucoup plus faible. Sa logique hospitalocentriste n'est pas adaptée aux milieux ruraux, où les aînés vivent souvent loin des agglomérations. Le véhicule du projet VESTA vise à répondre plus efficacement aux réalités rurales puisqu'il se déplacera sur le vaste territoire de la MRC de Rivière-du-Loup pour aller à la rencontre des aînés.

3.3 Retombées du projet

Déployé en tant que projet pilote sur un horizon de trois ans entre 2023 et 2026, le projet VESTA n'en est encore qu'à ses débuts. Son financement provient de plusieurs partenaires financiers de la démarche de recherche-action, dont la Fondation Mirella et Lino Saputo, mais aussi d'une contribution du CISSSBSL (Lachance *et al.*, 2023). Il s'agit donc d'un projet à suivre dans les prochaines années afin d'évaluer ses retombées, qu'il n'est pas encore possible d'analyser. Certaines, qui concernent le maintien à domicile, peuvent toutefois être anticipées.

Implantation d'une équipe SIAD solide

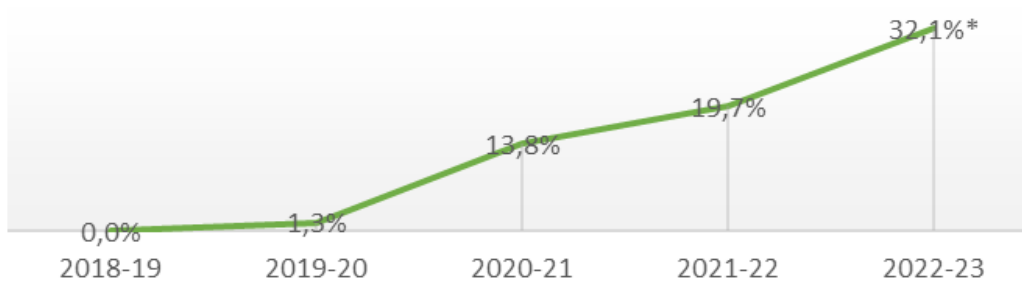
Il est d'abord pertinent de noter les retombées positives de l'implantation d'une équipe SIAD au Bas-Saint-Laurent, dans la MRC de Rivière-du-Loup. Le projet VESTA collaborera en effet avec cette équipe, qui est essentielle à son bon fonctionnement.

Le SIAD, mis sur pied en 2020 en réponse à la pandémie de COVID-19, avait alors pour but de surmonter les contraintes imposées par le confinement. Les intervenants SIAD se rendaient à domicile afin d'éviter les déplacements des usagers en centre hospitalier ou en clinique pour le traitement de certaines maladies chroniques, mais aussi pour des soins palliatifs. Les intervenants rencontrés insistent sur l'importance de la mobilisation des médecins pour offrir une garde médicale 24/7, laquelle a facilité l'implantation du SIAD à long terme. Malgré la réticence de certains professionnels à changer de milieu de travail lors de la mise en place du SIAD à Rivière-du-Loup, les postes au sein de cette équipe sont maintenant prisés, avec un taux d'occupation de 90-95 %, selon des données fournies par les intervenants rencontrés.

En conséquence, l'équipe est stable depuis deux ans. Aux yeux des intervenants, le camion du projet VESTA représente un outil supplémentaire pour accomplir leur mission, qui est de respecter le désir des personnes âgées de demeurer chez elle. La volonté du personnel de prendre part au projet semble démontrer son acceptabilité sociale, ce qui constitue un avantage pour sa pérennité post-projet pilote.

En plus de la réussite de son implantation, il est important de relever les impacts positifs sur les usagers du SIAD de la MRC de Rivière-du-Loup, notamment en ce qui concerne le nombre de décès à domicile. Dans le graphique ci-dessous, l'augmentation de la proportion de décès à domicile pour les personnes ayant reçu des soins palliatifs est très claire dans les cinq dernières années, et surtout durant l'année 2020-2021, où le SIAD a été implanté.

Pourcentage de décès à domicile pour les personnes ayant reçu des soins palliatifs à Rivière-du-Loup entre 2018 et 2023



Note : Les données pour la période 2022-2023 ne sont pas complètes (données fournies par un intervenant à partir du logiciel I-CLSC).

Ces données montrent que la mise en place d'une équipe SIAD efficace facilite le maintien à domicile des personnes âgées. Renforcée par le projet VESTA, cette équipe pourra rejoindre davantage d'utilisateurs pour leur offrir un meilleur accès aux soins de santé directement chez eux.

Réduction des visites à l'urgence et des hospitalisations

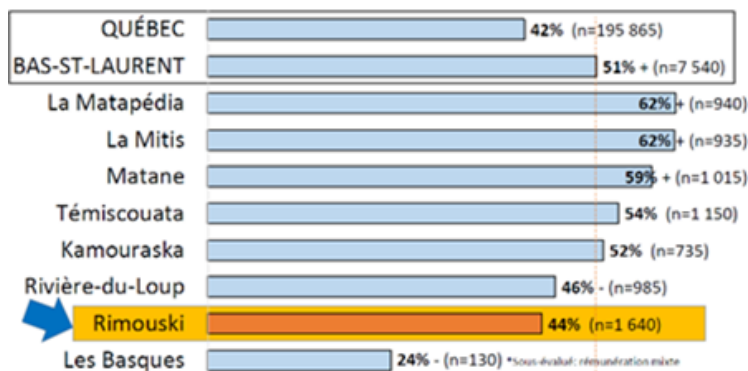
Le projet VESTA vise à améliorer la qualité de vie des personnes âgées grâce au maintien à domicile et à une offre de services plus étendue. Les déplacements à domicile des intervenants de l'équipe SIAD réduisent les visites à l'hôpital des patients dont l'état ne requiert pas un plateau technique avancé (p. ex. : décompensations liées à une maladie chronique), mais qui n'ont pas le choix de s'y rendre, faute d'autres ressources. C'est ce qu'une des intervenantes rencontrées nous a indiqué :

Dans ma pratique à l'hôpital, je vois des personnes âgées qui n'ont pas rapport là, qui ont des pathologies qui ne nécessitent pas un plateau technique avancé et invasif qu'on retrouve à l'hôpital, qui ont souvent des pathologies liées à des insuffisances d'organes [...] qui mènent à des hospitalisations ou à des consultations à l'urgence fréquentes pour des décompensations [...]. Souvent, le traitement de ces décompensations-là est relativement simple [...]. Par contre, en étant à l'hôpital, ces gens-là se détériorent, se déconditionnent, font un délirium, font des chutes et ont beaucoup de complications dans leur hospitalisation qui ne sont pas liées à la maladie qui les a amenés à l'hôpital.

Les propos de cette intervenante rappellent les risques de complications liées à l'hospitalisation des personnes âgées. Elles y sont en effet exposées à des infections nosocomiales susceptibles de prolonger leur séjour (Bourdillon et Petit-Mielet, 2013 ; Pistoria, 2021). En outre, l'hospitalisation est associée à une diminution importante de leurs capacités fonctionnelles (Admi *et al.*, 2015 ; David, 2018 ; Davydow *et al.*, 2013), avec des risques plus élevés d'invalidité grave et prolongée, d'hébergement en établissement et de décès (Admi *et al.*, 2015). En prenant en charge les usagers à leur domicile, le projet VESTA a précisément pour objectif d'éviter ce type de complications.

Les personnes souffrant de maladies chroniques sont une autre population qui pourra bénéficier du projet, ces maladies étant associées avec un plus grand besoin en soins et services (Pelletier, 2019). Des données de 2017 de l'INSPQ (présentées ci-dessous) montrent en effet qu'une proportion importante de personnes atteintes d'une MPOC (une maladie chronique) visite l'urgence au moins une fois par année : 44 % durant l'année 2015-2016 pour la région de Rimouski et 46 % pour la région de Rivière-du-Loup.

Proportion des personnes atteintes de MPOC ayant effectué au moins une visite à l'urgence pendant l'année 2015-2016



Source : INSPQ, 2017 (graphique fourni par un intervenant)

Le projet VESTA pourrait faire une différence pour ces usagers, reconnus comme de grands utilisateurs du système de santé, surtout en termes de visites à l'urgence et d'hospitalisations (Fisette, 2015). Le soutien à domicile, lors de décompensations, leur éviterait des déplacements inutiles en centre hospitalier.

Soutien pour les proches aidants

En redirigeant vers leur domicile les patients admissibles qui ont le réflexe de se présenter à l'urgence, l'objectif du projet VESTA n'est évidemment pas d'alourdir la tâche des proches aidants. Divers moyens sont utilisés pour compléter les soins par des services puisque les deux vont de pair pour assurer la qualité de vie des aînés et de leur entourage.

Le comité de pilotage du projet prévoit mettre en place plusieurs stratégies en ce sens. D'abord, la disponibilité en tout temps, jour et nuit, des auxiliaires aux services de santé et sociaux (ASSS) afin de sécuriser les proches aidants. Ensuite, l'imbrication du projet VESTA avec un autre projet de la démarche de recherche-action, Répît-aidant, qui vise à soutenir les proches aidants (Lachance *et al.*, 2023). Le recours au chèque emploi-service et la coopération avec des partenaires du milieu communautaire s'inscrivent aussi dans cette perspective.

Coûts et bénéfices

Nous ne pouvons évaluer les coûts et bénéfices du projet VESTA, qui est encore embryonnaire, mais comme cette évaluation est un des objectifs des porteurs de l'initiative, il sera intéressant de consulter les données lorsqu'elles seront disponibles. Une revue de la littérature concernant ce type d'initiatives nous a menés au projet Mallu does the rounds, développé en Finlande en 2010, pour lequel quelques informations sur les coûts et bénéfices sont disponibles. Une comparaison avec le projet VESTA nous permet d'anticiper les coûts et bénéfices de ce dernier.

« Mallu bus » : un camion équipé pour la population rurale de Finlande

Lors de nos recherches, nous avons identifié des projets comparables au projet VESTA qui permettent de tirer certaines conclusions sur les bénéfices d'une telle initiative. L'un d'eux est le projet Mallu does the rounds, qui fournit des services médicaux en milieu rural à l'aide d'un véhicule surnommé « Mallu Bus » (European Network for Rural Development, 2013).

Les habitants des régions rurales de Finlande vivent les mêmes enjeux d'accès aux soins que les Bas-Laurentiens, puisqu'ils doivent se déplacer vers la ville la plus proche pour obtenir des soins médicaux. Tout comme au Québec, la plupart des institutions (hôpitaux, cliniques médicales, médecins de famille, etc.) sont concentrées en milieu urbain, alors qu'une partie importante de la population vit à l'extérieur des villes. Dans un contexte de vieillissement de la population, il est plus difficile pour de nombreuses personnes de se déplacer vers les centres de soins, ce qui a mené à la mise sur pied de cette initiative en 2010 (European Network for Rural Development, 2013).

Le Mallu bus effectue un trajet fixe qui couvre huit municipalités et rejoint 100 000 patients potentiels. Chaque destination est visitée toutes les deux semaines. Le véhicule est équipé de tout le matériel médical nécessaire à l'équipe d'infirmières et d'un ordinateur qui donne accès aux données des patients du « *health district* ». En cas de besoin, ces ordinateurs servent aussi pour des consultations avec des professionnels de la santé. L'équipe d'infirmières bénéficie donc d'un réseau d'informations centralisé directement dans le véhicule. Les patients prennent rendez-vous sur le site internet ou par téléphone (European Network for Rural Development, 2013).

Les soins offerts comprennent, entre autres, l'administration de vaccins pour l'influenza, le retrait de points de suture, le soin des plaies, le nettoyage des oreilles, le suivi de la pression sanguine et le contrôle de la glycémie. De plus, l'équipe organise des journées thématiques de sensibilisation et de prévention de certaines maladies, comme le diabète, le tout en collaboration avec les municipalités et selon leurs besoins. L'initiative a donc une double vocation : la prestation de soins et la prévention (European Network for Rural Development, 2013).

Les résultats du projet sont très encourageants en ce qui concerne la satisfaction des usagers. Un sondage réalisé auprès de 3 000 d'entre eux montre que la demande excède ce que la clinique mobile peut présentement offrir (Tepponen et Heiskanen, s. d.).

Les données concernant les coûts de la clinique mobile sont disponibles seulement pour le projet pilote, qui s'est déroulé entre 2010 et 2011. Les coûts opérationnels sur une période d'un an étaient alors de 113 000 €, dont 66 % en coûts de personnel, 25 % en coûts reliés au véhicule et 9 % pour les autres coûts. Le coût par usager était de 52 € pour un taux d'utilisation de 100 % (ISPIM Innovation Symposium, 2013). La littérature disponible sur ce projet démontre que la prise en charge par les infirmières réduit les visites à l'urgence et en clinique médicale, et diminue ainsi les coûts pour le système de santé. Le « Mallu bus » présente donc des avantages à la fois pour les patients, qui n'ont pas à se déplacer, et pour le système de santé, qui atteint un meilleur rapport coût-efficacité (European Network for Rural Development, 2013).

Le projet VESTA laisse envisager de nombreuses retombées positives, lesquelles seront mieux documentées à la fin du projet pilote, prévue pour 2026. Le tableau ci-dessous résume les retombées anticipées mentionnées dans cette section.

RÉSUMÉ DES RETOMBÉES ANTICIPÉES DU PROJET VESTA	
Réduction des coûts pour le réseau de la santé	Intensification du soutien aux proches aidants grâce à la disponibilité 24/7 du personnel
Réduction des visites à l'urgence et des hospitalisations	Maintien à domicile facilité pour les personnes âgées vivant en milieu rural

3.4 Enjeux et obstacles au déploiement

Le projet VESTA en est encore au tout début de son processus d'implantation dans la MRC de Rivière-du-Loup. Certains enjeux et obstacles à son déploiement peuvent toutefois déjà être anticipés. La pérennité du projet, en raison de son implantation sous forme de projet pilote, est un enjeu à prévoir par son comité de pilotage, tout comme la sécurité des données et de l'équipement médical, et la taille du territoire à couvrir.

Précarité de la pérennité du projet

Le projet VESTA est déployé sous forme de projet pilote sur trois ans, avec un financement par le biais de la démarche de recherche-action BVCS (Lachance *et al.*, 2023), mais aussi par une contribution du CISSSBSL. Le financement ne pose donc pas problème pour toute la durée du projet pilote.

L'enjeu à prévoir concerne la pérennité du projet à la fin du projet pilote, notamment en termes de financement.

Bien que le projet soit élaboré avec la collaboration du CISSSBSL, il est primordial de prévoir comment il pourra se greffer à long terme à l'offre de soins et services à la fin du projet pilote afin que ses retombées positives perdurent après son implantation. Dans l'éventualité de résultats probants, les modalités d'un déploiement du projet à l'échelle de la province doivent être envisagées en amont, faute de quoi il pourrait bien s'éteindre comme d'autres projets innovants en SSAD, ainsi que plusieurs intervenants l'ont mentionné en entrevue.

Si le projet migre vers le communautaire, son financement dépendra largement des subventions gouvernementales, dont l'octroi est souvent rigide et laisse peu de place à l'innovation (CTRCAQ, 2019). Si par contre le projet reste intégré au CISSS, celui-ci devra financer les coûts opérationnels d'équipement et de main-d'œuvre. Le financement de projets innovants après la phase de projet pilote est un enjeu central dans l'implantation et le déploiement de l'innovation en SSAD.

La pérennité du projet, du point de vue du cadre législatif et réglementaire, présente aussi un enjeu de taille. Par son caractère temporaire, un projet pilote bénéficie parfois d'assouplissements du

cadre réglementaire pour faire naître des innovations, comme indiqué dans la décision arbitrale *Syndicat professionnel des diététistes et nutritionnistes du Québec c. Centre de santé des Nord-Côtières* (2006 CanLII 77). Il peut s'agir d'un assouplissement de conventions collectives ou de lois destiné à permettre l'implantation rapide et efficace d'un projet pilote, tant que la loi habilitante et les directives municipales sont respectées (art. 99.5, LSSSS).

Les porteurs du projet VESTA devront donc anticiper les changements législatifs nécessaires à la pérennisation de leur projet avant la fin du projet pilote. Le manque de détails sur la logistique du projet nous empêche d'identifier clairement ces enjeux normatifs, mais il est possible d'envisager un exemple, celui de modifications à la *Loi médicale* ou à l'un de ses règlements touchant les actes médicaux dont l'exercice est normalement réservé aux médecins, mais qui, dans le cadre du projet pilote, seraient posés par des infirmières. Quoiqu'il en soit, ces questions légales et réglementaires devront être abordées.

Sécurité des données et de l'utilisation de l'équipement à domicile

Il reste que l'un des enjeux majeurs auquel est confronté ce projet est celui de la sécurité du transfert des données et de l'équipement médical. Des difficultés procédurales s'ajoutent à la lourdeur administrative. Par exemple, plusieurs intervenants du gouvernement et des établissements exigent que les fournisseurs soient vérifiés, ce qui crée des dédoublements et retarde l'implantation. C'est notamment le cas du Bureau de certification du MSSS, qui doit approuver les produits et services technologiques utilisés au sein du réseau de la santé de manière à assurer leur interopérabilité avec les actifs informationnels existants et la sécurité des données personnelles (MSSS, s.d.-b). Un des intervenants rencontrés a déploré ce dédoublement dans la vérification des fournisseurs :

Dans notre cas, on a trouvé un fournisseur qui a eu un prix d'innovation par le MSSS, qui est déjà sur le terrain en Montérégie, au CHUM et dans Chaudière-Appalaches. Ce qui me titille un peu, c'est qu'il y a eu des approbations dans plusieurs milieux et ils ont jugé que c'était sécuritaire, et nous on doit refaire ce processus-là.

En ce qui a trait à l'environnement de pratique, les réalités hospitalières diffèrent des réalités des soins à domicile. L'hôpital est un milieu aseptisé, contrôlé, qui offre de nombreuses ressources (tant humaines que matérielles), alors qu'un domicile, un milieu de vie, réserve parfois des surprises au personnel soignant. Les intervenants à domicile ne bénéficient donc pas des mêmes commodités et ressources, ce qui peut poser problème, entre autres en matière d'exigences de sécurité des patients et de l'équipement.

La volonté persiste d'appliquer les exigences de sécurité des patients et de l'équipement sans les adapter à cet autre milieu de soins qu'est le domicile. Les intervenants rencontrés estiment que certaines mesures régissant la sécurité perdent de leur pertinence en contexte de soins à domicile et devraient être repensées.

C'est ce qu'un intervenant a expliqué en entrevue, en donnant un exemple pour illustrer cette problématique :

Les CISSS et CIUSSS ont des expertises qui sont très hospitalocentristes ou encore reliées à l'institutionnel, donc le domicile ça peut faire peur à plusieurs personnes qui ont toujours travaillé dans des endroits immaculés et contrôlés [...]. Le nerf de la guerre c'est la gestion du risque à domicile versus à l'hôpital [...]. [Dans une rencontre avec la direction logistique du CISSS] On voyait qu'il y avait une personne qui voyait un enjeu donc qu'il fallait [aux yeux de cette personne] rentrer un ingénieur électrique dans chaque milieu avant de brancher quoi que ce soit.

Taille du territoire à couvrir

La région du Bas-Saint-Laurent est un territoire dont la superficie peut constituer un enjeu lorsque les délais de réactivité se situent entre deux et quatre heures suivant un appel. En réponse à ce défi, un camion équipé d'appareils techniques pourrait parfois réduire de moitié le temps de déplacement vers des personnes qui feraient autrement appel aux services ambulanciers pour se rendre à l'hôpital. Toutefois, selon les intervenants rencontrés, le parcours du véhicule sera déterminé par un critère volumétrique, pour venir en aide au plus grand nombre de patients.

Enjeux identifiés par les porteurs du projet du Mallu bus

Les enjeux identifiés par le projet Mallu does the round sont, d'abord, le choix d'un trajet optimal pour rejoindre le plus de patients possible au moindre coût et, ensuite, la température chaude en été et très froide en hiver. Il est donc important que le véhicule dispose d'un système de chauffage et de climatisation approprié pour le confort des usagers et du personnel (Tepponen et Heiskanen, s. d.). Ces enjeux plus techniques seront sans doute abordés par les porteurs du projet VESTA puisque le territoire et le climat du Bas-Saint-Laurent se rapprochent grandement de ceux des régions rurales de Finlande.

Notre mandat se concentrant sur les obstacles normatifs et de gouvernance au déploiement et à la pérennisation des innovations en SSAD, le tableau ci-dessous répertorie les enjeux identifiés dans cette section en deux catégories. Du côté normatif, on remarque que le développement de nouveaux modèles d'organisation des soins et services, comme le projet VESTA, peut nécessiter certains changements au cadre législatif, en l'occurrence aux normes régissant les actes médicaux et l'utilisation de matériel médical. Quant à la gouvernance, la phase « post-projet pilote » est un enjeu pour la pérennisation du projet VESTA en termes de financement et d'intégration à long terme à l'offre de soins et services. Cet enjeu ayant émergé de plus d'une initiative analysée, il est abordé plus en détail à la section « nos constats » du présent rapport.

RÉSUMÉ DES ENJEUX NORMATIFS ET DE GOUVERNANCE DU PROJET VESTA

Normatifs	Gouvernance
<p><i>Loi médicale</i></p> <p>Possibles enjeux pour les actes médicaux réalisés à domicile ou la délégation d'actes médicaux.</p>	<p>Financement « post-projet pilote »</p> <p>Possibles difficultés à pérenniser le projet si aucun financement n'est anticipé en amont (planification).</p>
<p>Normes réglementaires liées à l'utilisation de l'équipement de manière sécuritaire</p> <p>Possibles enjeux liés à l'utilisation de matériel médical au domicile des usagers.</p>	<p>Intégration « post-projet pilote » à l'offre actuelle de soins</p> <p>Possibles difficultés à pérenniser et déployer le projet à l'échelle provinciale si son intégration dans le réseau de la santé n'est pas prévue en amont lors du financement du projet pilote (planification).</p>

**Vérification des fournisseurs de matériel
médical et de technologie**

Possible alourdissement du processus de mise sur
pied de l'innovation.

4. Plateforme de suivis virtuels en milieu de vie (SVMV)

La plateforme de suivis virtuels en milieu de vie est un projet né en 2015 de la volonté du MSSS **de prendre en charge à distance des patients pour différentes conditions de santé, dont les maladies chroniques (MPOC, diabète, hypertension artérielle, etc.)**. Les patients suivis remplissent presque tous les jours un questionnaire sur leur état de santé sur la plateforme en ligne, et les intervenants (dans la majorité des cas des infirmières) prennent connaissance de leurs réponses afin d'orienter leurs interventions selon les priorités. Une telle prise en charge des maladies chroniques permet d'éviter des visites à l'urgence et des hospitalisations, ce qui favorise le maintien à domicile des personnes âgées qui en sont atteintes.

Une grande proportion de la population de 65 ans et plus est touchée par des maladies chroniques. La prévalence de la plupart de ces maladies augmente avec l'âge et les épisodes d'exacerbation systémiques sont inévitables, ce qui multiplie les hospitalisations afférentes (McLean *et al.*, 2012).

De manière plus générale, 83 % des Canadiens âgés de 65 ans ou plus vivent avec au moins une maladie chronique (Osborn *et al.*, 2014). Selon les données de Statistiques Canada pour la population des 85 ans et plus, 83,4 % sont atteints d'hypertension, 28,3 % de diabète, 27,3 % de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) et 22,9 % d'insuffisance cardiaque (Agence de la santé publique du Canada, 2021). Les coûts pour le réseau de la santé associés aux personnes ayant deux maladies chroniques sont 4,6 fois plus élevés que ceux des personnes qui n'en ont aucune, et ce taux continue de croître avec l'augmentation du nombre de maladies (Pelletier, 2019). La multimorbidité, c'est-à-dire la présence de deux affections chroniques ou plus, est prédominante chez les personnes âgées, avec plus d'un tiers des 65 ans et plus atteints d'au moins deux maladies chroniques (Agence de la santé publique du Canada, 2021). Cette situation entraîne donc des coûts considérables pour le système de santé, qui augmentent notablement avec l'âge.

Les télésoins ont été pensés dans une optique d'autogestion de la maladie par le patient en lui offrant une ressource supplémentaire pour prévenir la détérioration de son état en temps opportun (Fisette, 2015). La prise en charge des maladies chroniques à distance, telle que la propose la plateforme de suivis virtuels en milieu de vie (SVMV), permet aux personnes âgées un meilleur accès aux conseils des intervenants. L'utilisation des télésoins favorise aussi leur maintien à

domicile, notamment grâce à la réduction des hospitalisations et à l'accès sans déplacement au soutien du personnel soignant (Bujnowska-Fedak et Grata-Borkowska, 2015 ; Gillespie *et al.*, 2019).

4.1 Origine du projet

En 2015, une entente entre le MSSS et six établissements de la province a été signée, qui prévoit la mise en place d'une plateforme de télésoins à domicile, appelée depuis 2021 plateforme de suivis virtuels en milieu de vie (SVMV) (ci-après « la plateforme »). Depuis une dizaine d'années, plusieurs études se sont penchées sur le suivi des maladies chroniques, notamment sur la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) (G. Paré *et al.*, 2006). Selon l'Institut canadien d'information sur la santé, pour l'année 2021-2022 et tous groupes d'âge confondus, la MPOC était la troisième cause d'hospitalisation au Québec, avec une moyenne de séjour à l'hôpital de 7,8 jours (ICIS, 2022). D'après les intervenants rencontrés, le projet est à son origine lié à la volonté du MSSS d'offrir une meilleure prise en charge des maladies chroniques, particulièrement de la MPOC, afin de réduire les coûts reliés à cette maladie pour le système de santé et d'encourager la responsabilisation des patients.

Suite à l'entente de 2015, les centres de coordination en télésanté (CCT) ont organisé le déploiement de la plateforme sur leur territoire (qui correspond à celui des RUISSS) selon les besoins et la volonté des établissements. Cette implantation s'est effectuée graduellement, sans uniformisation des trajectoires de suivis offertes par la plateforme.

En 2018, le CCT du CIUSSS de l'Estrie-CHUS est devenu le gestionnaire d'actifs de la plateforme, assurant l'accompagnement de nouveaux projets utilisant la plateforme et le soutien à son utilisation dans ces aspects tant cliniques que technologiques et contractuels.

4.2 Description du projet

Il s'agit d'une plateforme virtuelle de suivi à distance et d'enseignement, qui favorise l'autoprise en charge d'une condition de santé. Pour y avoir accès, l'utilisateur doit d'abord être recommandé par un intervenant du réseau de la santé (son médecin de famille, un intervenant du CLSC ou d'une clinique spécialisée, par exemple), après quoi il est contacté par un membre de l'équipe de suivi

qui lui explique les modalités de la prise en charge par la plateforme. S'il accepte, le patient est intégré à la charge de cas de l'intervenant et reçoit une licence d'utilisation de la plateforme. Actuellement, environ 2 000 licences sont disponibles chaque année pour toute la province.

Les patients sont suivis à distance par des professionnels de la santé (infirmières, inhalothérapeutes, nutritionnistes, etc.) par le biais de la plateforme accessible sur internet ou sur une application. Usagers et professionnels disposent d'une interface spécifique (voir à l'annexe V le visuel de la plateforme de l'utilisateur et du professionnel). Afin de garantir l'équité de l'offre de services pour tous les usagers, certaines équipes ont mis en place un service de prêt de tablettes.

Du côté des patients, la plateforme affiche des questions sur leur état de santé, auxquelles ils doivent répondre sur une base quasi quotidienne. Ces questionnaires patients, aussi appelés protocoles cliniques, sont des algorithmes créés par les experts cliniques pour interroger l'utilisateur comme lors d'une évaluation en personne. L'utilisateur peut obtenir de l'information ou des indications sur la conduite à tenir ou les actions à exécuter pour reconnaître et/ou gérer certains signes et symptômes associés à un changement de sa condition. Il peut aussi communiquer avec l'intervenant par le biais de la messagerie de la plateforme. Bien évidemment, les questions de suivi sont adaptées à son problème de santé. Par exemple, une des questions du protocole des patients atteints de diabète porte sur leur taux de glycémie.

Du côté de l'intervenant, la plateforme affiche les données de chaque patient pris en charge ainsi qu'un niveau d'alerte associé à ses réponses, ce qui permet à l'intervenant de prioriser le nombre et la sévérité des alertes. Trois niveaux d'alerte sont prévus :

- faible : une information doit être prise en compte par le clinicien, sans qu'une action urgente soit nécessaire ;
- modéré : un symptôme important relié à la condition suivie est signalé par le patient ; une action ou une surveillance est requise au cours de la journée ;
- élevé : un symptôme signalé par le patient nécessite une intervention prioritaire du clinicien ou peut mettre le patient en danger en l'absence de réponse rapide.

L'intervenant module ainsi ses interventions quotidiennes en fonction des priorités établies par la plateforme. Il faut noter également que les alertes ne sont visibles que par les professionnels connectés à la plateforme et qu'il n'y a pas de notifications externes (textos ou courriels, par exemple).

L'intervenant a la possibilité de communiquer avec le patient (par messagerie instantanée, par téléphone ou vidéoconférence) si des symptômes anormaux surviennent et, au besoin, de le référer à la bonne ressource (par exemple un organisme communautaire, un pharmacien, son médecin traitant, une infirmière, etc.). Si le patient a un médecin de famille, ce dernier peut être mis au courant du suivi et être appelé à collaborer avec l'équipe lorsque la trajectoire de suivi s'y prête. Par exemple, si l'état de santé d'un patient atteint d'une MPOC s'aggrave, l'intervenant peut prendre contact avec le médecin de famille pour planifier un rendez-vous de suivi. Mais les médecins ne sont pas automatiquement intégrés au dossier du patient sur la plateforme. Cependant, selon l'établissement et l'utilisation ou non d'un dossier clinique informatisé, son contenu peut être acheminé aux archives pour être numérisé. Il est aussi possible de donner accès à la plateforme en mode « vue » seulement aux médecins qui le désirent. Finalement, comme l'enseignement fait partie intégrante de l'offre de services de la plateforme, le patient a accès à sa bibliothèque santé tout au long de son parcours, et le professionnel peut ajouter, modifier ou suggérer des capsules éducatives ciblées. Bien qu'utilisée à l'origine pour le suivi des maladies chroniques, la plateforme SVMV offre maintenant plusieurs trajectoires.

À l'heure actuelle, les conditions de santé suivantes peuvent être prises en charge :

- Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)
- Diabète
- Diabète de grossesse
- Insuffisance cardiaque
- Hypertension artérielle
- Grossesse à risque à domicile (GAREDO)
- Post-chirurgie de la valve aortique par procédure ROSS
- Troubles des comportements alimentaires de la clientèle adolescente

- Soins palliatifs
- Cancérologie : médicaments administrés par voie orale en oncologie (MAVO)
- Vigie des symptômes de COVID-19
- Changement de la condition de l'utilisateur en CHSLD
- Réadaptation pulmonaire post-COVID-19

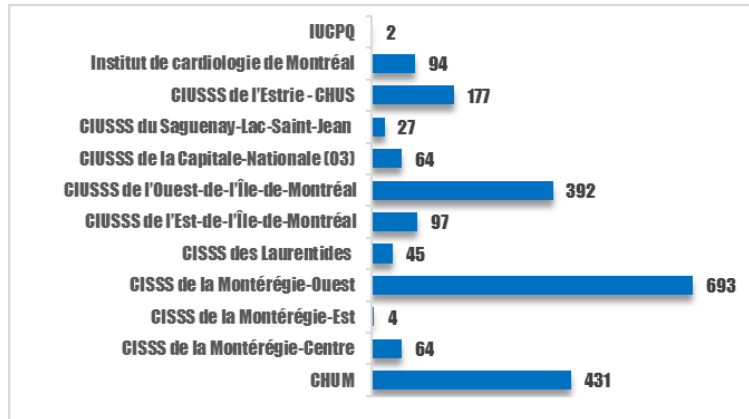
Pour certaines trajectoires de suivi (les grossesses à risque, par exemple), la prise en charge est systématique dans les établissements utilisant la plateforme puisqu'une directive en ce sens y est en vigueur. Cela explique, dans le graphique de la page suivante, le fort pourcentage d'utilisation pour cette trajectoire de suivi.

La prise en charge et l'accès à la plateforme sont limités dans le temps pour toutes les trajectoires, même si aucune directive officielle ne prévoit de durée précise. Pour le suivi des maladies chroniques par exemple, la durée est d'environ 4 à 6 mois, mais peut être prolongée si le professionnel de la santé le juge nécessaire. Selon les intervenants rencontrés, les usagers maintiennent leurs acquis pendant environ un an après la durée prévue de prise en charge. Par la suite, ils ont parfois besoin de plus de services pour s'adapter à leur condition médicale en évolution et certains sont réadmis au suivi à distance sur la plateforme. L'équipe du CCT du CIUSSS de l'Estrie-CHUS développe une trajectoire de soins permettant un suivi à long terme des patients atteints d'une MPOC, mais sa durée est pour l'heure limitée.

Utilisation de la plateforme

Pour l'année 2022-2023 et toutes trajectoires confondues, 2 090 patients étaient suivis dans l'ensemble de la province, répartis dans 12 établissements, comme illustré dans le graphique suivant :

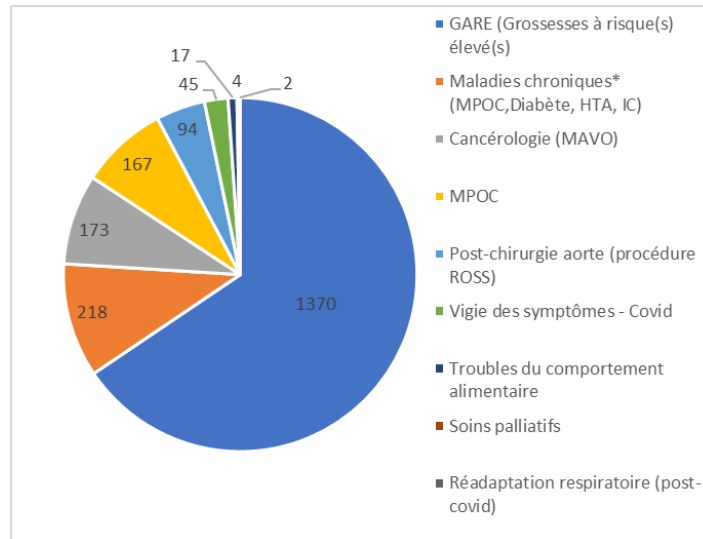
Nombre d'utilisateurs de la plateforme par établissement de santé



Source : Données fournies par un intervenant rencontré

Durant la même période, les patients se distribuaient comme suit par trajectoires de suivi :

Nombre d'utilisateurs de la plateforme par trajectoire de suivi



Source : Données fournies par un intervenant rencontré

Coûts reliés à la plateforme

Les coûts de la plateforme SVMV sont scindés en deux : coûts du soutien applicatif (soutien technologique à la plateforme) et coûts des ressources humaines. Le CCT soumet au MSSS une estimation des coûts pour l'année à venir et effectue une reddition de compte à la fin de l'année en présentant les coûts réels. Le MSSS lui fournit un budget annuel dont une partie est destinée aux

dépenses technologiques et une autre, discrétionnaire, comprend les dépenses en ressources humaines.

Les chiffres présentés ci-dessous ont été obtenus à la suite d'une demande d'accès à l'information et sont calculés sur une base annuelle. Le budget alloué au CCT prévoit les frais de 5 ACT (actifs à temps complet) pour la plateforme, qui correspondent à environ 80 000 \$ par employé. Le MSSS finance quant à lui les coûts liés au soutien applicatif de la plateforme, qui s'élèvent à 495 700 \$.

4.3 Retombées du projet

La prise en charge des patients à distance par le biais de la plateforme semble avoir des retombées positives non négligeables, autant pour l'utilisateur que pour le réseau de la santé. Elle permet un accès plus facile aux intervenants ainsi qu'une responsabilisation face à la maladie. Le maintien à domicile des personnes prises en charge est favorisé par cette responsabilisation, mais aussi par la réduction des risques liés à l'hospitalisation et aux visites à l'urgence.

Maintien à domicile, réduction des hospitalisations, des visites à l'urgence et des coûts

Dans le contexte des maladies chroniques, le suivi à distance responsabilise le patient face à sa maladie en le guidant vers une prise en charge autonome. Ainsi, il peut lui-même reconnaître les situations qui nécessitent une visite à l'urgence ou en clinique et éviter de s'y rendre systématiquement.

La prise en charge offerte par la plateforme semble permettre d'éviter des visites à l'urgence et de réduire le nombre et la durée des hospitalisations. Ces conclusions tirées d'entrevues avec des intervenants du milieu ne sont pas étayées par des données puisque aucun indicateur ne mesure l'impact de la plateforme.

Cependant, au cours de nos recherches, nous avons identifié d'autres initiatives de prise en charge à distance de maladies chroniques qui confirment la réduction du taux de visites et du temps passé à l'hôpital (Polisena *et al.*, 2010). Ces initiatives font aussi état d'une grande satisfaction des

patients (Sicotte *et al.*, 2011) et d'une réduction des coûts pour le système de santé (Paré *et al.*, 2013 ; Paré *et al.*, 2006). L'exemple ci-dessous, à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, illustre bien les retombées positives d'une telle initiative.

Essai clinique à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont et plateforme de télésoins

Un essai clinique randomisé effectué entre 2010 et 2011 a implanté un **programme de télésoins à domicile au Service régional de soins à domicile (SRSAD) pour malades pulmonaires chroniques de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (HMR) à Montréal** (Paré *et al.*, 2013). Les participants devaient satisfaire à certains critères, comme la gravité de leur maladie, un minimum d'une hospitalisation dans la dernière année et la volonté d'améliorer leur état de santé. Ces patients ont ensuite été séparés aléatoirement en deux groupes de 60 : le premier bénéficiait du suivi à distance, alors que l'autre était suivi en soins à domicile réguliers.

Au tout début de la prise en charge, l'une des deux infirmières gestionnaires de cas se rendait au domicile du patient pour lui expliquer la technologie utilisée et le protocole à suivre. La plateforme disponible sur un écran tactile permettait au patient d'envoyer chaque jour les données relatives à sa maladie. De manière plus spécifique, deux tables de données devaient être remplies par le patient : l'une documentant ses symptômes et l'autre sa prise de médicaments. Les patients devaient de plus lire des capsules informatives sur la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC). Les informations transmises quotidiennement permettaient le suivi à distance par les infirmières de l'état de santé des patients ainsi que de leur adhésion au traitement prescrit. En outre, le système analysait les données dès leur saisie et envoyait des avertissements en cas d'écart avec les valeurs prédéfinies. Ces avertissements étaient générés à la fois sur la plateforme du patient et de l'infirmière dans trois situations spécifiques : le patient n'a pas envoyé son questionnaire clinique à la date prescrite, l'autosurveillance du patient démontre une détérioration d'un symptôme ou plus, et le patient n'a pas suivi son régime de médicaments comme prescrit.

Les résultats de cet essai clinique sont très encourageants, comme en atteste le tableau ci-dessous. **Ils démontrent que les télésoins à domicile pour les patients atteints d'une MPOC diminuent le nombre de visites à l'urgence, le nombre et la durée des hospitalisations ainsi que le nombre de visites à domicile par les infirmières. Au niveau économique, cette prise en charge à distance a permis une économie annuelle par patient de 1 613 \$ par rapport aux soins à domicile traditionnels, ce qui représente une réduction des coûts de 14 %** (Paré *et al.*, 2013).

» TABLEAU 1 Résultats essai clinique randomisé télésoins SRSAD

Indicateurs	Groupe expérimental (N=60)	Groupe témoin (N=60)	Valeur P
Nombre de visites à l'urgence	↓ 36 %	↓ 13 %	NS*
Nombre d'hospitalisations	↓ 45 %	↓ 38 %	NS*
Nombre total de jours d'hospitalisation	↓ 50 %	↓ 28 %	P < 0.001
Visites infirmières à domicile	↓ 68 %	↓ 49 %	P < 0.001
Économie annuelle nette par patient	1 613 \$		
Niveau d'anxiété	Pas d'écart significatif entre les deux groupes		

*NS = non significatif

Source : Paré et al., « Prise en charge de la MPOC et télésoins », (2013, octobre), *Le journal des professionnels en santé respiratoire*.

Les résultats prometteurs d'une initiative semblable à celle de la plateforme SVMV laissent entrevoir des retombées positives pour cette dernière. Une étude plus approfondie permettrait toutefois de confirmer ses bénéfices pour les usagers et le réseau de la santé.

Meilleur accès aux intervenants pertinents pour l'utilisateur

Il ressort de nos entrevues que, pour le patient, la prise en charge par la plateforme permet un suivi régulier avec son intervenant, alors que cela n'est pas toujours possible dans d'autres contextes de soins. Prenons un exemple mentionné lors d'une entrevue : un intervenant en charge de nombreux patients sur le terrain pourrait manquer l'appel d'un patient aux prises avec des symptômes anormaux, lequel serait alors obligé de se déplacer à l'urgence.

Selon les intervenants rencontrés, un suivi par la plateforme aurait permis à ce patient d'obtenir des conseils à temps et, peut-être, d'éviter une visite en clinique ou à l'urgence. L'accès aux services en temps opportun est donc un bénéfice important pour le patient.

Bénéfices reliés aux autosoins et à l'éducation

Comme mentionné plus tôt, la plateforme ne sert pas seulement au suivi clinique du patient. Elle est aussi un moyen pour le patient de mieux connaître sa maladie grâce à des capsules éducatives proposées par son intervenant. Des études sur la télééducation, qui vise à rendre les patients autonomes dans leur prise en charge, ont démontré qu'elle est associée à une réduction de l'utilisation des ressources du réseau de la santé. L'ajout d'un objectif d'autosoins en complément des suivis cliniques permet « globalement de diminuer le nombre de patients hospitalisés au moins une fois pendant l'année pour des problèmes respiratoires (102 patients de moins par 1 000 individus) » (Fisette, 2015). Ce type de prise en charge permet aussi une réduction des visites à l'urgence (32 patients de moins visitant l'urgence par année par 100 patients), selon une revue systématique de dix recherches en télésanté incluant un volet éducatif (McLean *et al.*, 2011). Ces initiatives modifient ainsi complètement le paradigme de prestation des soins et services en mettant l'accent sur le domicile. En conduisant les patients vers une autogestion de leurs maladies, elles

répondent au besoin de valorisation de l'autonomie en tentant de la préserver avec des mesures de compensation plutôt qu'en créant une dépendance institutionnelle (Ennuyer, 2013).

Il est important de noter que la prudence et la diligence sont requises dans la mise en place de suivis et de soutien accessible en temps opportun, lors de l'implantation d'initiatives en télésanté avec volet éducatif (Cruickshank, 2012). Il faut absolument éviter qu'un faux sentiment de sécurité ne compromette l'écoute par les patients de leurs symptômes anormaux et n'émousse leur réflexe d'aller chercher de l'aide d'urgence (Fan *et al.*, 2012).

Pour faire face à cet enjeu, le CCT du CIUSSS de l'Estrie-CHUS (gestionnaire d'actifs de la plateforme SVMV) a mis en place, dès le début du suivi, un consentement à signer par l'utilisateur lui signifiant que la plateforme n'est pas un service d'urgence. Les protocoles cliniques sont donc pensés pour que les usagers n'attendent pas une réponse de la plateforme, mais utilisent les services d'urgence traditionnels si leur condition le requiert.

Retombées positives associées à d'autres initiatives semblables

Une brève revue de la littérature nous a permis de trouver des résultats prometteurs obtenus par des initiatives semblables, notamment une réduction du nombre des transports vers l'urgence et des hospitalisations, et une grande satisfaction des usagers. En voici quelques exemples.

En 2018, en Ontario, des services paramédicaux ont créé pour les patients atteints de maladies chroniques un programme de télésurveillance qui leur permet de prendre eux-mêmes en charge leurs problèmes de santé, avec l'encadrement et le soutien de professionnels. Les résultats de l'analyse montrent une baisse de 31 % des transports vers l'urgence, ce qui indique une amélioration globale de l'usage des services paramédicaux (Brohman *et al.*, 2018).

Du côté de Vancouver, Island Health, un programme de télésurveillance à domicile, a été mis sur pied pour doter les patients atteints d'insuffisance cardiaque ou d'une MPOC d'une méthode de soins en autonomie (Island Health, 2018). Une étude conclut que 92 % des patients se déclarent globalement satisfaits de la prise en charge et de l'amélioration de leurs soins, et fait ressortir une baisse de 81 % de leurs visites à l'urgence (Brohman *et al.*, 2018).

Une autre étude, portant sur un projet de télésurveillance des patients atteints d'insuffisance cardiaque congestive ou d'une MPOC à l'Île-du-Prince-Édouard, en arrive pratiquement aux mêmes résultats, avec un taux de satisfaction de 90 % et une diminution de 80 % des hospitalisations (Health PEI, 2017). Dans l'ensemble toutefois, les données issues de sources scientifiques concernant les taux d'hospitalisations sont variables, notamment du fait de l'hétérogénéité des programmes. Ayant obtenu des résultats parfois significatifs, parfois neutres, l'Ontario Health Technology Advisory Committee et d'autres auteurs réclament des études de terrain pour pallier l'incertitude des données scientifiques (Goldstein et O'Hoski, 2014).

Enfin, dans un autre registre, les soins virtuels ont des avantages environnementaux. En effet, près de 1,2 milliard de kilomètres de déplacements ont été évités en 2021, ce qui représente une réduction d'environ 330 000 tonnes métriques de CO₂ directement associée au recours à des télésoins. (Inforoute Santé du Canada, 2022). En termes de temps et d'argent, c'est un gain de près de 89 millions d'heures et des économies de 5,9 milliards de dollars (Inforoute Santé du Canada, 2022). Ces données sont particulièrement intéressantes dans un contexte de préoccupations grandissantes face aux changements climatiques.

La plateforme SVMV, grâce à la prise en charge à distance, laisse présager des bénéfices tant pour l'utilisateur que pour le réseau de la santé. Le tableau ci-dessous résume les retombées mentionnées dans cette section.

RÉSUMÉ DES RETOMBÉES DE LA PLATEFORME SVMV	
Réduction des visites à l'urgence et des hospitalisations	Meilleur accès aux intervenants pertinents pour les usagers
Réduction des coûts pour le réseau de la santé	Maintien à domicile facilité par la prise en charge à distance
Meilleure gestion des symptômes par les autosoins	

4.4 Enjeux et obstacles au déploiement

De nombreux enjeux surviennent lors de l'implantation d'une telle plateforme, notamment parce qu'elle requiert précision et efficacité pour bien orienter et prendre en charge le patient au bon moment. Sa nature technologique entraîne son lot d'enjeux proprement techniques, dont la création de dossiers patient parallèles mais non fusionnés. Cette nouvelle façon de prendre en charge les usagers soulève aussi un enjeu d'organisation des soins et services offerts par les professionnels, pour prendre en compte les possibilités de la plateforme. Une réorganisation inaboutie peut causer une méconnaissance de la plateforme et mener à une prise en charge sans résultats durables.

Retombées globales difficiles à mesurer

Comme mentionné précédemment, il est difficile de mesurer les retombées de la plateforme sur l'ensemble du réseau de la santé en raison de l'absence d'indicateurs.

Les seules données disponibles actuellement concernent le nombre de patients inscrits sur la plateforme et leur niveau de satisfaction. Il n'est donc pas possible de connaître l'apport de cette initiative, notamment en termes de réduction des visites à l'urgence et des hospitalisations. Bien que difficiles à obtenir, ces données sont essentielles pour évaluer l'ensemble des bénéfices réels de ce projet.

Concernant les effets positifs pour le patient, il pourrait être intéressant de mesurer l'aspect qualitatif de la responsabilisation, qui est l'un des objectifs de cette plateforme. Une telle rétroaction permettrait de revoir et de bonifier, le cas échéant, le volet éducatif.

L'évaluation des résultats demeure un défi important pour le réseau, comme l'a indiqué le Commissaire à la santé et au bien-être dans son dernier rapport. En soins et services à domicile, les seuls indicateurs disponibles sont ceux qui répertorient le nombre de bénéficiaires et le nombre d'heures de services. Ces données sont insuffisantes pour évaluer l'atteinte du véritable objectif du gouvernement avec les politiques en SAD, qui est de permettre aux personnes de demeurer le plus longtemps possible à domicile. Le même constat a été fait par le Vérificateur général au sujet de la télésanté dans son rapport pour l'année 2021-2022. En effet, les objectifs d'implantation de

projets en télésanté prévus dans le *Plan stratégique 2019-2023* du MSSS ne permettent pas d'évaluer leur performance ni leur pertinence. Comme ni l'utilisation de ces projets par les intervenants ni leur apport à l'offre de soins aux patients ne sont pris en compte, les résultats escomptés ne peuvent être mesurés (VGQ, 2022). Les difficultés d'évaluation des résultats de la plateforme ne sont donc pas isolées, mais témoignent plutôt d'une lacune majeure du réseau de la santé.

Plateforme encore peu connue

Bien qu'elle ait été implantée depuis quelques années déjà, la plateforme SVMV est encore peu connue des acteurs du réseau de la santé.

Selon les données de 2021-2022 du Vérificateur général, seulement 13 des 34 établissements de santé du Québec offraient des télésoins à domicile par le biais de la plateforme et seulement 1 528 patients étaient inscrits, alors que l'objectif du MSSS pour cette même année était de 3 000 (VGQ, 2022). Selon des données de l'année 2022-2023 fournies par les intervenants, le nombre d'utilisateurs a connu une augmentation, avec 2 090 utilisateurs, mais n'atteint toujours pas l'objectif du MSSS, d'ailleurs critiqué par le Vérificateur général dans son rapport annuel : « cette cible est peu ambitieuse puisque, par exemple, plus de 600 000 Québécois sont traités pour le diabète de type 2 seulement, et c'est sans compter les autres maladies chroniques » (VGQ, 2022).

Selon les intervenants rencontrés du CCT du CIUSSS de l'Estrie-CHUS, des campagnes d'information auprès des différents intervenants (médecins, cliniques, CLSC, pharmacies, etc.) sont effectuées pour faire connaître la plateforme et les trajectoires de suivi disponibles. Ces campagnes ne parviennent pas à atteindre une constance des référencement à la plateforme : l'engouement s'estompe rapidement après une vague de recommandations.

La prise en charge systématique, comme dans le cas mentionné plus tôt du diabète de grossesse, est vue par les intervenants comme une solution pour optimiser le nombre d'utilisateurs. Lorsque la plateforme est définie en amont comme la seule trajectoire de suivi, et non comme une option,

un nombre beaucoup plus important de personnes y sont intégrées. Plus de la moitié des licences actives sont en effet attribuées à des femmes ayant un diabète de grossesse, qui représentent 65 % des utilisateurs de la plateforme pour l'année 2022-2023, d'après les intervenants rencontrés. Il s'agit, selon l'un d'eux, de la meilleure façon de maximiser l'utilisation de la plateforme :

[Dans le cas du diabète de grossesse] la clinique fonctionne avec la plateforme. On suit d'emblée les patientes là-dessus, sauf exception, donc ça devient la norme, la modalité à suivre [...]. À ce moment-là, on fait du 300-400 patients par année, par exemple, puisque c'est le volume de patients suivis par la clinique. Les modèles qui réussissent à appliquer cela sont les modèles qui fonctionnent le mieux.

Intégration des médecins au suivi par la plateforme

Actuellement, le suivi sur la plateforme SVMV est effectué d'abord par une infirmière, un inhalothérapeute, un nutritionniste ou un autre professionnel de la santé, qui peut toujours ensuite faire appel à l'équipe médicale ou au médecin, en cas de besoin. Selon les intervenants rencontrés, il serait intéressant de développer d'autres trajectoires de suivi impliquant les médecins, notamment afin de permettre une prise en charge de plus longue durée, par exemple pour le suivi des personnes atteintes d'une MPOC par un pneumologue. La plateforme constituerait un outil supplémentaire qui permettrait au médecin d'anticiper les besoins du patient (ajustement de prescription, prévention des décompensations, évaluation de la condition de santé, etc.).

Malgré la disponibilité de la plateforme et l'absence de coût de son utilisation, l'intérêt suscité par la création de nouvelles trajectoires de suivi impliquant les médecins n'est pas généralisé, et seuls certains établissements y travaillent. Il apparaît encore une fois que cette innovation qui favorise le maintien à domicile est peu prisée au sein du réseau de la santé.

Les intervenants qui ont à cœur l'amélioration des soins et services sont le véritable moteur de cette innovation, sans qu'aucun crédit ne leur en soit attribué, alors qu'elle serait sans eux difficile à intégrer au continuum de soins et services. Ce constat s'applique d'ailleurs à l'ensemble des innovations que nous avons analysées, dont l'existence et le succès ne sont

jamais liés à des incitatifs, mais bien au profil des personnes qui les portent, toutes motivées par la volonté de faire une différence.

Une autre considération importante au sujet de l'implication des médecins est leur rémunération. Il faut noter qu'il n'existe pas *per se* d'acte médical de suivi virtuel, c'est-à-dire que la surveillance de la plateforme et de ses alertes n'entre dans aucun acte prévu dans le Manuel des médecins omnipraticiens de la RAMQ. Dans l'utilisation actuelle de la plateforme, les alertes sont traitées par les intervenants et non par les médecins, ceux-ci n'étant consultés qu'au besoin. Le cas échéant, l'acte de suivi clinique du médecin est légalement reconnu et rémunéré, qu'il s'agisse d'une consultation en télésoins ou en présentiel. En vue de l'intégration des médecins à la consultation des alertes, un incitatif serait donc de préciser les conditions de leur rémunération pour permettre un suivi à la fois sur la plateforme et dans le cadre de consultations traditionnelles.

Données consignées dans la plateforme

Un autre enjeu important que nous avons identifié concerne la validité de l'information recueillie sur la plateforme au sujet de l'état de santé du patient par le biais de ses réponses au questionnaire (taux de glycémie, symptômes particuliers, etc.). Un doute plane en effet sur la validité de ces données qui sont relevées et saisies par le patient, et non par le personnel soignant. Ces autoévaluations peuvent-elles être considérées comme des notes prises par l'intervenant responsable ? La question porte donc sur leur responsabilité professionnelle quant à ces données qu'ils n'ont pas recueillies eux-mêmes. Les intervenants rencontrés croient qu'elles s'apparentent à un journal de glycémie qu'un patient apporte lors d'une rencontre avec son médecin, qui peut s'en servir pour faire le suivi ou poser un diagnostic. Les données consignées sur la plateforme devraient donc pouvoir être prises en compte dans l'analyse des intervenants, mais le cadre législatif et réglementaire est muet sur la question.

Comparaison entre le dossier patient de la plateforme et le dossier médical concernant les informations recueillies

Dossier patient de la plateforme SVMV	Dossier médical du patient
Informations recueillies de manière autonome par le patient (taux de glycémie, température corporelle, poids, etc.)	Informations recueillies par un professionnel de la santé lors d'une visite du patient
Validité sujette à caution	Conformité avec les exigences législatives et déontologiques

Le dédoublement du dossier médical du patient est aussi un enjeu de l'utilisation de la plateforme. Les informations recueillies par le biais de la plateforme y sont en effet consignées, avec les données des patients. Dans le cadre d'un suivi « traditionnel », ces informations seraient recueillies dans le dossier médical du patient, conformément aux exigences législatives et déontologiques, avec vérification de l'identité et du consentement, et respect de la confidentialité (art. 20, *Code de déontologie des médecins* et art. 60.4, *Code des professions*). La plateforme crée ainsi un dossier patient parallèle à celui de l'établissement, avec lequel il ne peut toutefois être synchronisé. Or, les intervenants rencontrés voudraient que cette synchronisation soit possible :

C'est plus qu'une volonté, c'est juste une question de capacité. La plateforme serait capable de le faire, mais il y a tellement de plateformes et de systèmes informatiques différents dans le réseau, et ça se compte par milliers et non en dizaines, donc de manière à être capable de transférer les données directement dans le dossier patient [...] il faut informatiser le réseau de manière uniforme.

Puisque l'article 4 du *Règlement sur les dossiers, les lieux d'exercice et la cessation d'exercice d'un médecin* prévoit qu'un unique dossier médical doit intégrer toute information quelle que soit sa provenance, les intervenants sont obligés de reporter eux-mêmes les informations de la plateforme dans le dossier patient, ce qui représente une charge administrative supplémentaire considérable.

Problématique du dédoublement des dossiers patients avec l'utilisation de la plateforme SVMV

Dossier patient de la plateforme SVMV	Dossier médical du patient
Créé par l'intégration du patient à la plateforme de suivi	Créé par des exigences législatives et déontologiques
= dédoublement du dossier patient	
Solution : transfert manuel des informations de la plateforme vers le dossier médical pour garantir sa conformité légale	

Disparités technologiques entre les établissements

Au niveau technologique, il ressort de nos entrevues et d'une brève revue de la littérature que des disparités importantes existent entre les établissements de santé de la province. Certains utilisent toujours des registres papier pour consigner l'information clinique et administrative, alors que d'autres disposent de moyens technologiques. Ces disparités affectent aussi la transmission de renseignements entre établissements, celle-ci s'effectuant parfois encore par télécopieur ou cédérom (Bolduc, 2022). De plus, les systèmes d'information utilisés sont multiples, même au sein d'un établissement, mais pas uniformisés, avec de possibles dédoublements de systèmes pour une même utilisation (Comité de travail multidisciplinaire du Dossier santé numérique, 2019).

Selon des données compilées dans 34 établissements en 2020, environ 9 000 systèmes d'information cohabitent dans le réseau de la santé (Caron, 2021), ce qui augmente assurément la complexité de la gestion de l'information recueillie par la plateforme.

Dans le cas des dossiers patients, le même constat s'impose : certains sont rédigés sur papier, d'autres sont numérisés et d'autres encore sont électroniques (Caron, 2021), ce qui suppose chaque fois une utilisation différente de la plateforme. Les établissements qui utilisent déjà des dossiers patients électroniques y consigneront manuellement les informations recueillies sur la plateforme, faute de pouvoir les transférer d'un système à l'autre. Les établissements qui n'utilisent pas de dossiers électroniques devront imprimer ces informations et les consigner dans les dossiers papier

des patients. Ces disparités et le manque d'uniformisation des systèmes informatiques représentent un enjeu important pour l'utilisation de la plateforme.

Prise en charge restreinte de la plateforme

Comme nous l'avons mentionné plus tôt, la durée de prise en charge pour chacune des trajectoires de soins est limitée, de manière variable selon le jugement du professionnel de la santé, mais elle ne peut se prolonger indéfiniment.

D'après les intervenants rencontrés, bon nombre de pneumologues estiment que la durée de prise en charge pour la MPOC est à repenser parce que le délai de six mois actuellement en vigueur n'est pas toujours suffisant pour éviter la dégradation à long terme. Ils sont par ailleurs d'avis que ce type de plateforme pourrait être optimisé en repérant les grands consommateurs des services d'urgence et en anticipant leurs décompensations.

Une solution axée sur la redirection des alertes vers une équipe centralisée ou un intervenant spécialement dédié pourrait être étudiée pour assurer une plus grande réactivité (Lemelin *et al.*, 2017), en n'oubliant pas de calculer qu'il s'agit d'une charge supplémentaire en termes de coûts et de temps dans la tâche d'un intervenant (Lemelin *et al.*, 2020). Le succès de l'implantation d'un tel programme dépend des ressources qui y sont consacrées et d'une répartition conséquente et adaptée du travail des intervenant.

Par ailleurs, le contrat négocié avec le fournisseur de la plateforme durant la pandémie pour une durée de trois ans arrivera à échéance en décembre 2023, ce qui donnera lieu à un nouvel appel d'offres, au terme duquel les intervenants rencontrés soutiennent qu'une démarche de gestion du changement permettra aux utilisateurs d'avoir le soutien et l'accompagnement nécessaires pour garantir une transition en douceur.

Dans l'éventualité d'un changement de fournisseur, de nombreux défis sont à prévoir aux niveaux administratif, clinique et technologique : lourdeur administrative, fonctionnement d'un nouvel outil (surtout si le personnel de soutien n'est pas facilement accessible), compatibilité avec les autres systèmes et formation. Concernant ces deux derniers enjeux, l'intégration d'une nouvelle

plateforme doit s’inscrire dans une gestion de changement guidée par les gestionnaires, sans quoi les intervenants pourraient graduellement la délaisser pour revenir aux visites en présentiel.

Quant aux obstacles à l’utilisation de la plateforme SVMV pour optimiser ses retombées SSAD, nous notons, au niveau normatif, des enjeux liés à la rémunération des médecins, qui n’est pas parfaitement adaptée au contexte du suivi virtuel. Le dédoublement du dossier patient, résultant à la fois de difficultés technologiques et d’une lacune du cadre normatif, empêche une utilisation optimale de la plateforme par la lourdeur administrative qu’il induit. Du côté de la gouvernance, les enjeux identifiés relèvent principalement du mécanisme de planification, en raison du manque d’intégration à l’offre de soins et services, et des disparités technologiques. Signalons enfin la difficulté à mesurer l’ensemble des résultats de cette initiative en raison de la prépondérance des indicateurs volumétriques, un enjeu abordé plus en détail dans la section « nos constats » du présent rapport.

RÉSUMÉ DES ENJEUX NORMATIFS ET DE GOUVERNANCE DE LA PLATEFORME SVMV	
Normatifs	Gouvernance
<p style="text-align: center;">Manuel des médecins omnipraticiens – Rémunération à l’acte</p> <p>L’absence d’un acte pour le suivi virtuel entraîne un manque d’incitatif à la participation des médecins et à la création de nouvelles trajectoires de suivi.</p>	<p style="text-align: center;">Difficulté à mesurer les résultats dans leur ensemble</p> <p>Les indicateurs volumétriques ne traduisent pas adéquatement la plus-value de l’innovation (<i>mesures des résultats, gestion des risques et mécanismes de contrôle</i>).</p>
<p style="text-align: center;">Dédoublement du dossier patient (art. 4, <i>Règlement sur les dossiers, les lieux d’exercice et la cessation d’exercice d’un médecin</i>)</p> <p>La loi ne prévoyant qu’un seul dossier médical par patient, les informations recueillies sur la plateforme doivent être retranscrites dans le dossier patient de l’établissement pour garantir leur validité.</p>	<p style="text-align: center;">Manque d’intégration de la plateforme dans l’offre de soins et services</p> <p>La plateforme est utilisée sur référencement seulement pour la plupart des trajectoires de suivi, ce qui empêche son intégration optimale (<i>planification</i>).</p>
	<p style="text-align: center;">Disparités des systèmes de technologie de l’information au sein du réseau</p>

	<p>L'utilisation de la plateforme diffère d'un établissement à l'autre en raison du manque d'uniformité des systèmes, ce qui complique son déploiement dans toute la province (planification).</p>
--	--

5. Paramédecine de régulation

La paramédecine de régulation, mise en place en 2020 au CISSS de la Montérégie-Centre (CISSSMC), permet de trier les appels reçus au 911 de manière à attribuer les cas non urgents (priorité d'appel P4 ou P7) d'usagers de 65 ans et plus à des paramédics communautaires intégrés (PCI) qui les visiteront directement à domicile. Une fois sur place, le PCI coévalue l'usager avec l'aide d'une infirmière du soutien à domicile (SAD) et lui propose une prise en charge alternative au transport à l'urgence si la situation s'y prête. Le PCI peut aussi intervenir suite à un congé précoce après une hospitalisation pour assurer un suivi. Cette initiative est bénéfique pour le maintien à domicile des personnes âgées puisqu'elle les prend en charge à domicile et leur permet d'éviter des visites à l'urgence et des hospitalisations pouvant avoir de graves répercussions sur leur état de santé.

Des initiatives de paramédecine communautaire ont été développées ces dernières années au Canada et dans d'autres pays occidentaux, notamment pour répondre à l'évolution des besoins d'une population vieillissante (Chan *et al.*, 2019 ; Guo *et al.*, 2017). Pour mieux comprendre en quoi consiste la paramédecine communautaire, il est utile de se reporter à la définition de l'International Roundtable on Community Paramedicine (IRCP) :

La paramédecine communautaire est un modèle de soins amenant les paramédics à utiliser leur formation et leurs compétences de manière « non traditionnelle » au sein de leur communauté, souvent en dehors de leurs interventions d'urgence habituelles. Le paramédic communautaire travaille avec un champ de pratique élargi qui comprend l'application de compétences et de protocoles spécialisés qui vont au-delà de sa formation de base. Le paramédic communautaire assume un « rôle élargi », travaillant dans un rôle non traditionnel tout en utilisant des compétences existantes. [traduction libre] (Guo *et al.*, 2017).

La paramédecine communautaire s'inscrit donc dans un élargissement du rôle des techniciens ambulanciers paramédics (TAP), de manière à ce qu'ils servent de lien entre les soins d'urgence et la première ligne (Thurman *et al.*, 2021).

Le plus souvent, les programmes de paramédecine répondent aux besoins de trois types de patients :

- les patients ayant un problème de santé non urgent, mais n'ayant pas accès à la première ligne
- les patients âgés à mobilité réduite
- les patients en région rurale ou éloignée (Guo *et al.*, 2017)

La paramédecine de régulation, quant à elle, consiste à réorienter les usagers appelant au 911 vers des ressources mieux adaptées à leur condition de santé dans les cas non urgents. Ces appels peuvent être triés à distance, par téléphone, dans les cas les plus simples (triage secondaire), mais l'utilisateur peut aussi recevoir la visite d'un TAP qui coévaluera sa condition avec une infirmière ou un médecin (MSSS, 2022a).

Au Québec, des projets de paramédecine de régulation ont été mis sur pied, notamment au CISSS de la Montérégie-Centre. L'encadré suivant brosse un bref portrait de la situation dans la province.

La paramédecine communautaire et de régulation au Québec

Au Québec, la paramédecine communautaire et la paramédecine de régulation ne sont pas encore aussi développées qu'ailleurs au Canada, bien qu'une volonté en ce sens ait été exprimée dans le Plan Santé, qui annonçait notamment une politique pour moderniser le secteur préhospitalier (MSSS, 2022d). Cette nouvelle politique, publiée en juin 2022, est une réponse à la nécessité de mieux intégrer le système préhospitalier au réseau de la santé (MSSS, 2022b, 2022e). **Lors de sa présentation, le ministre de la Santé a aussi annoncé la mise en place de projets de paramédecine communautaire au Québec** (Cabinet du ministre de la Santé, 2022).

Plus récemment, le directeur médical national des services préhospitaliers d'urgence a annoncé qu'un appel de projets serait lancé sous peu afin de connaître l'intérêt des CISSS et CIUSSS pour l'intégration d'un projet de paramédecine communautaire ou de paramédecine de régulation (Giguère, 2023). **Cette annonce concorde avec le projet de loi 15, qui prévoit la modification de la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence par l'ajout d'un chapitre sur les projets pilotes** (art. 1017, projet de loi 15). Cette disposition prévoit que le ministre peut mettre en œuvre un projet pilote « ayant pour objectif d'accroître la contribution du personnel d'intervention des services préhospitaliers d'urgence quant à l'offre de services de santé et de services sociaux et à la continuité de ces services, notamment par l'encadrement de l'intervention des techniciens ambulanciers en contexte parahospitalier » (nos soulignements). Cet ajout à la LSPU illustre la volonté du gouvernement d'intégrer davantage de projets de paramédecine communautaire et de régulation.

5.1 Origine du projet

Le taux d'occupation des urgences et les délais d'attente sont deux grands défis du système de santé québécois. En 2019, sur le territoire de Champlain-Charles-LeMoyne (Montérégie), « 24 000

visites à l'urgence ont été effectuées par des usagers de 65 ans et plus, dont plus de 50 % y sont arrivés en ambulance. De ce nombre, 40 % sont retournés à domicile sans hospitalisation » (Michaud, 2020). Il s'agit donc de visites à l'urgence qui auraient pu être évitées.

Face à cette situation, le CISSS de la Montérégie-Centre (CISSSMC) et la Coopérative des techniciens ambulanciers de la Montérégie (CETAM) ont joint leurs forces pour mettre sur pied un projet pilote de paramédecine communautaire (aujourd'hui appelé « paramédecine de régulation ») au début de l'année 2020. Cette initiative permet la prise en charge depuis leur domicile de patients qui composent le 911, afin de leur éviter un transfert à l'urgence et de leur offrir une nouvelle trajectoire de soins.

La collaboration et la volonté du directeur médical régional des soins préhospitaliers d'urgence (DMR) et de la directrice générale adjointe des programmes sociaux ont été essentielles au démarrage du projet, selon les intervenants rencontrés, qui expliquent que cette initiative a vu le jour grâce aux efforts déployés par le DMR, alors qu'une certaine réticence au changement se faisait sentir.

Selon les intervenants rencontrés, le modèle qu'ils ont créé s'inspire du Community Paramedic Program des Comtés unis de Prescott et Russel, un regroupement de huit municipalités ontariennes (Prescott and Russel, s. d.). Ce programme offre plusieurs services, notamment l'évaluation de l'état de santé et des risques de chute, l'administration d'antibiotiques intraveineux, des cliniques de vaccination mobile et plusieurs autres (Prescott and Russel, s. d.). La paramédecine communautaire est déjà bien implantée en Ontario, comme le montre l'encadré suivant, qui permet une comparaison avec le Québec.

Le paramédecine communautaire et de régulation en Ontario

Le rôle de l'Ontario Community Paramedicine Secretariat, créé en 2018 avec un financement annuel de 6 millions de dollars (OCPS, 2019), est de soutenir le développement et la mise en place d'initiatives de paramédecine communautaire sur le territoire ontarien, selon une volonté du ministère de la Santé de l'Ontario qui remonte à 2014.

D'après une enquête de 2019 de l'OCPS, 48 services municipaux de paramédics (Municipal Paramedic Services) sur 52 (soit 92 %) offrent au moins un programme de paramédecine communautaire sur leur territoire. Ces programmes se divisent en quatre catégories, présentées dans le tableau ci-dessous.

Les modèles de programmes de paramédecine communautaire offerts en Ontario (OCPS, 2019)
<p>Community Assessment and Referral Programs Programmes permettant aux paramédics de mettre en lien les patients avec d'autres services du réseau de la santé, comme le soutien à domicile</p>
<p>Community Paramedic-Led Clinics Programmes s'adaptant aux besoins de la population identifiés par les partenaires locaux afin que les paramédics mettent en place des services de santé préventifs, comme des campagnes de vaccination, des campagnes d'éducation sur les maladies chroniques, la prise de tension artérielle ou de glycémie, etc.</p>
<p>Home Visit Programs Programmes prévoyant la collaboration des paramédics avec d'autres professionnels de la santé pour des visites à domicile de patients appelant fréquemment au 911 ou ayant obtenu un congé post-urgence ou hospitalisation, par exemple.</p>
<p>Remote Patient Monitoring Programs Programmes permettant aux paramédics de surveiller les signes vitaux de patients avec des maladies chroniques (MPOC, diabète, etc.), en partenariat avec une équipe de professionnels de la santé, pour intervenir en prévention, mais aussi en cas de décompensation.</p>
<p>Community Paramedic-Specialist Response Programs Programmes permettant une prise en charge alternative des appels au 911 et répondant à des critères précis, de manière à désengorger l'accès à la première ligne.</p>

On remarque qu'une variété de programmes de paramédecine est offerte aux usagers de l'Ontario, alors qu'au Québec, les initiatives sont limitées à quelques-uns de ces programmes seulement.

5.2 Description du projet

L'initiative de paramédecine de régulation du CISSSMC s'est articulée en deux phases principales. La première comprend la prise en charge par un paramédic communautaire intégré (PCI) d'un usager appelant au 911 pour un transport vers l'urgence d'un centre hospitalier. L'appel doit avoir été classé P4 ou P7 (voir le tableau ci-dessous) sur l'échelle de priorité par le centre de communication santé (CCS), et donc concerner un problème non urgent d'un usager de 65 ans et plus, pour que le répartiteur assigne un PCI. Celui-ci évalue la condition de l'utilisateur et communique l'information par téléphone à une infirmière du soutien à domicile, qui détermine une trajectoire alternative ou confirme la nécessité de se rendre à l'urgence. Au besoin, elle peut

compter sur un médecin de garde pour valider sa décision. Ajoutons que le service de paramédecine est offert 7 jours sur 7 entre 7h et 22h.

L'utilisateur dont l'état de santé permet une prise en charge alternative et qui donne son consentement est accompagné par l'infirmière et le PCI, qui planifient les services nécessaires (rendez-vous avec le médecin de famille, en clinique ou autres). Quelle que soit l'avenue choisie, l'utilisateur recevra la visite d'une infirmière SAD dans son milieu de vie dans un délai maximal de 24 heures.

Système de priorisation des demandes des SPU

Origine de la demande : grand public (9-1-1)		
Priorité	Nature de la demande	Délai d'affectation
0	Haut risque d'arrêt cardio-respiratoire	Affectation immédiate urgente prioritaire
1	Risque immédiat de mortalité	Affectation immédiate urgente
2	s.o.	
3	Risque potentiel de détérioration clinique (risque de morbidité)	Affectation immédiate
4	Risque potentiel de détérioration clinique (risque de morbidité)	Affectation : < 30 minutes en dedans de 80 % < 60 minutes en dedans de 90 %
5	s.o.	
6	s.o.	
7	Situation clinique stable, sans risque identifié, ayant peu de risques de détérioration immédiate	Affectation : < 2 heures en dedans de 80 % < 3 heures en dedans de 90 %
8	s.o.	

Source : MSSS. (2021). *Protocole opérationnel ministériel – Priorités d'affectation préhospitalière 0-8.*

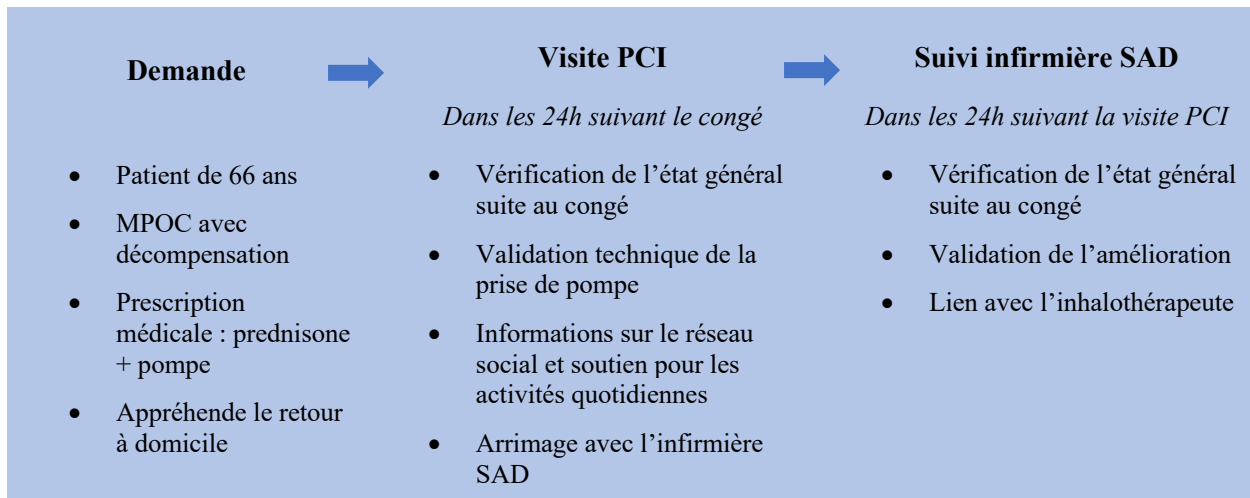
Quant à la deuxième phase, elle a été déployée en 2021. Elle comprend les visites « post-congé précoce » effectuées par un PCI en collaboration avec une infirmière SAD. La clientèle ciblée est composée des personnes âgées de 65 ans et plus, mais l'âge moyen des usagers (82 ans) est nettement plus élevé (Direction des services de soutien à domicile (CISSSMC), 2023). Une fois le congé obtenu, le PCI se rend dans les 24 heures au domicile de l'utilisateur pour évaluer son état de santé et en faire part à l'infirmière du soutien à domicile. Celle-ci effectue à son tour une visite au cours des 24 heures suivantes pour vérifier l'état général de l'utilisateur et planifier la mise en place des services requis.

Cette prise en charge alternative permet à l'utilisateur d'obtenir un congé médical précoce et sécuritaire, de réduire ainsi les complications liées à une hospitalisation ou à une visite à l'urgence,

et de favoriser son maintien à domicile (Direction des services de soutien à domicile (CISSSMC), 2023). Elle entraîne aussi de nouveaux référencement au SAD.

Voici une étude de cas tirée d’une présentation du CISSSMC pour illustrer le fonctionnement de la phase 2 :

Étude de cas : déroulement de la phase 2



Source : Direction des services de soutien à domicile (CISSSMC). (2023, 15 mars). *La paramédecine communautaire, une solution d’avenir en plein essor : Offre de services en paramédecine de régulation.*

Enfin, le directeur médical régional des soins préhospitaliers d’urgence a mis en place un processus d’assurance qualité pour garantir la qualité des interventions et cibler les occasions de formation continue. Notons également que les PCI sont formés par le directeur médical régional avant d’intervenir en paramédecine de régulation et qu’ils peuvent parfaire leurs compétences grâce à une offre de formation continue.

5.3 Retombées du projet

Différentes données recueillies par les intervenants du CISSSMC permettent de discerner les retombées positives du projet, particulièrement quant à la réduction des visites à l’urgence et à la hausse des référencement au soutien à domicile. Les données sur les coûts de l’initiative ne sont pas disponibles, mais une comparaison avec des modèles ontariens laisse aussi présager une possible réduction des coûts pour le système de santé.

Maintien à domicile et réduction des visites à l'urgence

La réduction des visites à l'urgence est une retombée positive commune à plusieurs initiatives de paramédecine communautaire au Canada (Choi *et al.*, 2016 ; Sinha et Foster, 2017 ; Verma *et al.*, 2018). La prise en charge par les TAP permet d'éviter le transport vers l'urgence d'usagers dont la condition de santé ne l'exige pas.

Pour l'initiative de paramédecine de régulation du CISSMC, les données disponibles sur le nombre de visites à l'urgence évitées pour la phase 1 sont encourageantes, comme le montre le tableau ci-dessous.

Nombre de visites à l'urgence évitées entre janvier 2020 et mars 2023

	De janvier 2020 à mars 2022	Du 1 ^{er} avril 2022 à mars 2023	Total
Nombre de visites évitées	2 107	1 113	3 220
Nombre total d'appels (priorité P4 ou P7 entre 7h et 22h)	4 442	1 375	5 817
Pourcentage d'appels pris en charge par la paramédecine de régulation	47 %	81 %	55 %

Ce sont donc 3 220 visites à l'urgence qui ont été évitées depuis la mise sur pied de l'initiative. De plus, entre 45 et 50 % des prises en charge n'ont pas nécessité l'intervention d'un médecin. Il s'agit de retombées significatives dans le contexte actuel d'engorgement des urgences.

Augmentation des référencement au soutien à domicile (SAD)

La paramédecine de régulation permet plus de référencement d'usagers au soutien à domicile, particulièrement lors de la phase 2. À la suite d'un congé hâtif post-urgence ou hospitalisation, la visite du PCI et de l'infirmière SAD est une voie d'accès au SAD, comme le montre le tableau suivant.

Données sur la phase 2 pour la période de novembre 2022 à mars 2023

Situations possibles durant la phase 2	Nombre de patients
Prise en charge par un PCI	39
Usager ne nécessitant pas de nouvelle prise en charge par le SAD	18
Usager connu du SAD	1
Nouvelle prise en charge par le SAD	12

Des 39 usagers visités par les PCI, 12 ont été inscrits au soutien à domicile, ce qui représente 31 % des usagers pour la phase 2 (Direction des services de soutien à domicile (CISSSMC), 2023). L'initiative permet donc de repérer des personnes ayant des besoins en soutien à domicile, mais qui n'ont pas fait de demande par méconnaissance des services offerts ou de la procédure à suivre pour y avoir accès. C'est ce qu'une intervenante rencontrée considère comme un autre avantage de la paramédecine de régulation :

Ça nous permet aussi de repérer des personnes qui n'avaient pas nécessairement fait de demande pour avoir de l'aide à domicile et de constater que ce sont des gens qui devraient prioritairement avoir accès aux services, mais qui n'étaient pas connus ou ne savaient pas à quelle porte frapper [...].

Économies pour le réseau de la santé

Selon les intervenants rencontrés, un paramédic de régulation coûte environ 80 \$/h (ce qui comprend le matériel, le salaire, les bonifications, etc.). C'est donc une ressource peu dispendieuse qui permet une réduction importante des coûts pour le réseau.

D'autres initiatives, en Ontario, ont démontré que la paramédecine communautaire permet des économies pour le système de santé, à l'image du Community Paramedicine Remote Patient Monitoring Program (CPRPM), une initiative de télémonitoring pour les personnes atteintes de maladies chroniques. Une fois le patient référé, un paramédic se rend à son domicile pour installer de l'équipement et lui en expliquer le fonctionnement. Les paramédics ont ensuite accès aux données recueillies et peuvent contacter le patient ou se rendre chez lui si nécessaire (OCPS, 2019).

L'analyse coûts-bénéfices de ce programme par des chercheurs de l'Université Queen's est particulièrement intéressante. Selon eux, il permet au système de santé ontarien d'économiser 7 279 \$ par patient par année, alors que le coût de l'initiative est de 1 455 \$ par patient. Il s'agit donc d'une économie nette de 5 842 \$ par patient (Brohman *et al.*, 2018).

Un autre exemple intéressant est le programme de paramédecine communautaire du North Simcoe Muskoka Local Health Network (NSM LHIN), qui se décline en trois volets : Paramedic Referral, Home Visit et Frequent Caller Follow-up. Le premier permet de référer des patients appelant au 911 à des services du système de santé comme le soutien à domicile. Le deuxième permet aux usagers avec des maladies chroniques d'être pris en charge par un paramédic qui peut les visiter à domicile pour la gestion de leur maladie ou lors d'épisodes d'exacerbation. Finalement, le troisième volet permet la visite d'un paramédic chez les usagers appelant fréquemment au 911. Pour l'année 2018, le NSM LHIN estime à 175 280 \$ les économies pour le système de santé reliées à ces programmes (OCPS, 2019).

Il faut aussi prendre en compte les coûts sociaux évités par la prise en charge au domicile de l'usager, qui sont plus difficiles à mesurer quantitativement. Les visites à l'urgence et l'hospitalisation peuvent avoir des conséquences importantes sur la qualité de vie et la santé des personnes âgées.

Les personnes âgées sont en effet davantage exposées aux risques de déconditionnement, de dénutrition et de délirium lors d'une attente prolongée à l'urgence (Brousseau et Grégoire, 2022). Quant à l'hospitalisation, elle peut entraîner une diminution des capacités fonctionnelles (David, 2018) reliée à des risques plus élevés d'invalidité grave et prolongée ou de décès (Admi *et al.*, 2015).

Malgré son implantation récente au CISSSMC, la paramédecine de régulation donne des résultats encourageants et semble avoir des retombées positives pour les usagers et pour le réseau de la santé, qui sont résumées dans le tableau ci-dessous.

RÉSUMÉ DES RETOMBÉES DE LA PARAMÉDECINE DE RÉGULATION

Réduction des visites à l'urgence et des hospitalisations	Maintien à domicile facilité par la prise en charge directement au domicile de l'utilisateur
Réduction des coûts pour le réseau de la santé	Augmentation des référencement aux services du soutien à domicile (SAD)
Réduction des risques de déconditionnement liés à l'hospitalisation	

5.4 Enjeux et obstacles au déploiement

La paramédecine communautaire s'inscrit dans un changement de paradigme des soins préhospitaliers d'urgence, comme mentionné plus tôt. Les enjeux soulevés par les intervenants rencontrés découlent de ce changement de paradigme, qui nécessite à la fois un élargissement du rôle des TAP, une restructuration de l'organisation des soins préhospitaliers d'urgence et la volonté politique de s'y engager.

Rôle du technicien ambulancier paramédic limité par la *Loi sur les services préhospitaliers d'urgence (LSPU)*

La LSPU oblige les TAP à apprécier l'état de santé d'un patient avant de le transporter à l'urgence (art. 44 et 65). Selon les intervenants rencontrés, cette loi peut être un frein au déploiement du projet parce qu'elle confine les TAP à un rôle propre aux situations d'urgence, alors qu'ils ont les compétences pour en assumer un plus large.

Il a été au départ difficile d'implanter le projet de paramédecine de régulation au CISSSMC en raison de cet obstacle normatif, qui semble aussi limiter son déploiement au Québec. Notons qu'aucune extension du rôle des TAP n'est prévue dans la foulée des modifications législatives proposées par le projet de loi 15.

Par ailleurs, comme les TAP n'ont pas de statut professionnel, ils ne peuvent pas procéder seuls à l'évaluation des patients dans le contexte de la paramédecine de régulation.

Les TAP doivent absolument faire une coévaluation avec une infirmière SAD, de sorte qu'ils n'en sont pas tenus responsables en leur nom personnel. La coévaluation est légitimée par l'infirmière, à qui elle est imputable en vertu de son statut professionnel.

Des démarches sont en cours auprès de l'Office des professions pour la reconnaissance du statut professionnel des ambulanciers, après le dépôt en 2016 d'un mémoire à cet effet (Coopérative des techniciens ambulanciers du Québec, 2016). Dans sa *Politique gouvernementale sur le système préhospitalier d'urgence* de 2022, le gouvernement du Québec a fait de la création d'un ordre professionnel des TAP une priorité, mais aucune échéance n'a été fixée.

L'implantation de la paramédecine de régulation dans d'autres établissements serait sans doute facilitée par la création d'un ordre professionnel des TAP. L'imputabilité subséquente pour leurs actes leur conférerait plus d'autonomie et de crédibilité.

Nécessité de bonnes ressources pour appuyer le projet et d'un lien de confiance

Il ressort de nos entrevues que la réussite du projet sur un territoire donné repose sur le lien de confiance entre le directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence et les TAP. Comme les TAP ne sont actuellement pas reconnus comme une profession médicale, tous leurs actes médicaux sont posés sous la « tutelle » ou le mandat pratique du DMR de leur région administrative (art 17, LSPU). En outre, un directeur médical national des services préhospitaliers d'urgence est nommé par le ministre.

Selon les intervenants rencontrés, l'aval du DMR régional est une condition *sine qua non* de l'implantation du projet. Son soutien est indispensable en raison de son imputabilité pour les actes médicaux en soins préhospitaliers d'urgence posés dans sa juridiction.

Un soutien important des équipes SAD est aussi nécessaire pour implanter la paramédecine de régulation, selon les intervenants rencontrés. Ce sont en effet les infirmières SAD qui assistent le

PCI dans l'évaluation du patient lors de son intervention et qui assurent un suivi dans les 24 heures. Ces équipes doivent donc être bien établies au préalable.

Résistance au changement de paradigme en soins préhospitaliers d'urgence

Le projet remet en question le paradigme actuel des soins préhospitaliers d'urgence. L'intervention des TAP en contexte de paramédecine de régulation n'a en effet pas lieu en situation d'urgence, tel qu'expliqué plus tôt.

Le cadre législatif confine actuellement les TAP aux interventions d'urgence, qui sont très différentes des interventions communautaires de la paramédecine de régulation. Il est pourtant commun, ailleurs au Canada, que des TAP endossent un rôle communautaire (Guo *et al.*, 2017). Selon des intervenants rencontrés, ce changement de paradigme pourrait expliquer les réticences au déploiement du projet à l'échelle provinciale.

En entrevue, les intervenants sont revenus à plusieurs reprises sur le rôle crucial, dans l'implantation de cette initiative, d'acteurs clés comme le DMR, qui sont parvenus à surmonter la résistance au changement, sans y être motivés par des incitatifs personnels. La volonté des différents acteurs a donc été essentielle à la mise sur pied du projet, comme le souligne une intervenante :

L'intérêt des compagnies ambulancières et la volonté des paramédics de se démarquer ont été de gros « plus » dans notre région [...]. Le fait que le Centre de coordination santé a voulu s'impliquer dans le projet et que le directeur des services préhospitaliers était comme le leader de ça aussi [...]. Je pense que le fait que tout le monde voulait et croyait à la pertinence de ce projet-là a favorisé la mise en place du projet.

Les enjeux normatifs pour la pérennisation et le déploiement de ce projet se situent principalement au niveau des TAP, dont le rôle est limité par la LSPU et le statut professionnel pas encore reconnu. Grâce à la collaboration avec des infirmières SAD, la paramédecine de régulation a néanmoins pu étendre le rôle des TAP aux situations non urgentes, mais des modifications du cadre normatif ouvriraient probablement d'autres possibilités d'interventions. Par ailleurs, l'enjeu de gouvernance

que nous avons identifié est la réticence au changement, laquelle a été surmontée par la volonté des porteurs du projet d'améliorer les soins et services offerts aux usagers. Cet enjeu étant commun à plusieurs initiatives que nous avons étudiées, il est abordé plus en détail dans la section « nos constats » du présent rapport.

RÉSUMÉ DES ENJEUX NORMATIFS ET DE GOUVERNANCE DE LA PARAMÉDECINE DE RÉGULATION	
Normatifs	Gouvernance
<p style="text-align: center;"><i>Loi sur les soins préhospitaliers d'urgence</i></p> <p>Elle oblige les TAP à transporter les usagers à l'urgence (art. 44 et 65) et les confine ainsi à des interventions d'urgence. Les modifications à la LSPU proposées par le projet de loi 15 ne prévoient pas de changement à cet égard.</p>	<p style="text-align: center;">Réticence au changement de paradigme des soins préhospitaliers d'urgence</p> <p>La volonté des acteurs a été cruciale dans l'implantation du projet pour surmonter cette résistance (mécanismes d'incitation).</p>
<p style="text-align: center;">Absence de statut professionnel des TAP</p> <p>Les TAP doivent faire de la coévaluation avec les infirmières, car ils n'ont pas de statut professionnel, ce qui limite la portée de l'innovation.</p>	<p style="text-align: center;">Déploiement à l'échelle provinciale incertain</p> <p>La mise sur pied de projets de paramédecine communautaire a été annoncée en 2022 et le projet de loi 15 prévoit l'ajout à la LSPU d'une section sur les projets pilotes en soins préhospitaliers d'urgence.</p> <p>Il est difficile de déterminer comment les projets déjà implantés seront pris en compte dans ce cadre (planification).</p>

CONSTATS ET PISTES DE SOLUTION

Les quelques projets ciblés par notre étude donnent une petite idée de l'éventail des innovations qui sont développées au Québec : elles peuvent être issues des secteurs public, privé ou communautaire, rejoindre des populations dans et hors des grands centres, elles utilisent des technologies de pointe et des équipes multidisciplinaires, etc.

Plusieurs retombées favorables au maintien à domicile ont été identifiées pour chaque innovation SSAD retenue. Nous avons également repéré les enjeux normatifs et de gouvernance qui en limitent le déploiement et la pérennisation.

Tout au long de l'analyse, nous avons constaté que les obstacles au déploiement des innovations SSAD au Québec ne leur sont pas spécifiques mais se recoupent. C'est pourquoi nous avons choisi de regrouper nos constats et nos pistes de solutions dans une section.

Rappelons à cet égard que l'objectif même de ce rapport est de se pencher sur les obstacles normatifs et de gouvernance au déploiement et à la pérennisation des innovations SSAD au Québec.

Nos constats

1. Absence d'une cartographie des innovations et des inventions SSAD financées et appuyées par le gouvernement du Québec

Il ressort de nos entrevues et de notre analyse que le gouvernement du Québec ne dispose d'aucune cartographie des innovations et des inventions (comme les « *age-tech* ») SSAD au Québec. Ceci semble indiquer que le suivi de leur financement de lancement (les projets pilotes) et de leurs retombées est peu structuré.

Le financement et le soutien des innovations et des inventions sont cruciaux, non seulement parce qu'ils permettent leur éclosion, mais aussi parce qu'ils favorisent le développement de l'économie et de l'innovation, particulièrement lorsqu'ils contribuent au développement de produits

technologiques. Le ministère de l'Économie, de l'Innovation et de l'Énergie a d'ailleurs lancé plusieurs appels à projets pour encourager l'innovation, et la *Stratégie québécoise de recherche et d'investissement en innovation 2022-2027 – Inventer, développer, commercialiser SRQI²* vise à favoriser l'innovation technologique et sociale.

Par contre, il ressort de nos entrevues que le financement de lancement des projets pilotes d'innovations SSAD et de produits technologiques favorisant le maintien à domicile ou une meilleure qualité de vie à domicile (« *age-tech* ») est fait sans idée claire du spectre des autres projets d'innovations SSAD financés ni connaissance ou prise en compte des retombées de ces financements. À l'avenir, une cartographie des innovations et inventions SSAD (et un suivi de leurs coûts et bénéfices) est hautement souhaitable pour que les prochaines innovations s'inscrivent dans une vision et une planification claires des besoins en SSAD et des besoins de promotion des entreprises de nouvelles technologies.

Sans l'ombre d'un doute, le Québec regorge d'innovations SSAD, souvent à l'échelle locale, et leur succès dépend de divers facteurs, parmi lesquels : la cartographie des projets pilotes en SSAD, le suivi de leurs résultats et leur diffusion publique ; l'identification transparente des projets infructueux, dans un contexte de multiplication et de duplication des financements pour le même type d'innovation (surtout en matière technologique) ; et l'évaluation de la capacité du réseau à intégrer ces innovations.

2. Manque de planification « post-projet pilote » qui limite la pérennisation des innovations

Tout comme le projet de SAD aigu du CLSC de Verdun, le projet VESTA et la paramédecine de régulation, plusieurs innovations abordées dans le présent rapport ont démarré sous forme de projets pilotes avant d'être intégrées au sein d'établissements du réseau de la santé. La mise à l'échelle est décrite comme suit par Simmons, Fajans et Ghiron (2007) :

Des efforts pour accroître l'impact des innovations reliées aux services de santé qui ont démontré leur succès lors de projets pilotes ou expérimentaux afin de faire bénéficier davantage de personnes de leurs retombées et de favoriser

l'élaboration de politiques et de programmes sur une base durable [traduction libre].

Le succès d'une mise à l'échelle dépend de plusieurs facteurs dont la conjonction crée un environnement propice à l'implantation à grande échelle, à la diffusion et à la pérennité d'un projet novateur (Simmons *et al.*, 2007).

La pérennité des projets peut être sérieusement compromise après la phase pilote par la levée des assouplissements du contexte législatif qui les rendaient possibles (Schlieter *et al.*, 2022). Plusieurs intervenants rencontrés ont insisté sur cette problématique et plaidé pour un changement des façons de faire.

C'est ce que Schlieter *et al.* (2022) ont confirmé en décrivant le contexte législatif comme un incitatif (*enabler*) à la pérennisation des innovations, à condition que les lois et règlements définissent clairement les processus de mise à l'échelle, l'imputabilité des parties prenantes et une méthode d'entrée sur le marché.

De surcroît, en vertu du caractère expérimental et temporaire d'un projet pilote, il est également possible de déroger aux dispositions des conventions collectives, comme l'indique la décision arbitrale *Syndicat professionnel des diététistes et nutritionnistes du Québec c. Centre de santé des Nords-Côtières* (2006 CanLII 77). Là encore, les contraintes reliées aux conventions collectives peuvent compromettre la pérennisation d'un projet puisqu'elles n'ont pas été prises en compte durant sa phase pilote. C'est un autre enjeu identifié par certains intervenants lors de nos entrevues.

Ensuite, le financement octroyé à un projet pilote peut lui-même être un obstacle à son déploiement à long terme (Schlieter *et al.*, 2022). En effet, la mise en place de projets pilotes nécessite la mobilisation de ressources humaines, financières et matérielles qui peuvent ne plus être disponibles par la suite (Simmons *et al.*, 2007). Il ressort de nos entrevues que le financement octroyé pour des projets pilotes n'anticipe que rarement la prise en charge financière ultérieure d'une innovation s'il s'avère qu'elle a des résultats positifs nets pour le réseau.

Schlieter *et al.* (2022) font le même constat et affirment que le financement doit être incorporé à un cadre de référence ou à un ensemble de politiques publiques. Pour Simmons *et al.* (2007), quatre facteurs interviennent dans le processus de mise à l'échelle : l'innovation (produit/procédé), ses porteurs, ses usagers et son environnement. Ce facteur environnemental désigne la cohérence entre le cadre normatif, les mécanismes de financement et les orientations politiques qui rend possible la diffusion d'une innovation au-delà du contexte de sa phase pilote ou expérimentale (Simmons *et al.*, 2007).

En mars dernier, le ministre des Finances a de nouveau annoncé l'allocation d'une somme de 785 millions de dollars au renforcement des services de soutien à domicile d'ici 2026-2027 (Gouvernement du Québec, 2022a). Les innovations y sont encore une fois encouragées, mais qu'en est-il du budget prévu pour la phase qui suit le déploiement et qui assure la pérennité de tels projets ?

Le manque de suivi des retombées de ces financements et l'absence de structures permettant d'intégrer les innovations après leur phase pilote sont des lacunes non négligeables. Selon plusieurs intervenants rencontrés, la majorité des projets pilotes subventionnés disparaissent après une période d'essai, malgré des retombées positives avérées sur le maintien à domicile.

Ainsi, les acteurs de plusieurs innovations analysées (et la même chose se produit pour les innovations « *age-tech* » massivement promues ces dernières années) semblent compter sur un financement « post-projet pilote » du gouvernement du Québec. Par conséquent, cette zone d'incertitude nous paraît hautement problématique et devrait être clarifiée dès le financement de départ.

Néanmoins, certains projets pilotes parviennent à surmonter cet écueil à leur pérennisation et à leur développement ultérieur. Le CCSMTL a ainsi revu sa stratégie de répartition du personnel à domicile et en assume dorénavant les frais, ce qui a permis le déploiement des SAD aigus. Il en va de même au CISSSMC, où la volonté et l'ambition des acteurs ont rendu possible le déploiement de la paramédecine de régulation.

Dans de tels cas, nous constatons que c'est la volonté des acteurs qui permet les innovations, ce qui laisse croire que la planification de leur financement et/ou de leur promotion par le gouvernement pourrait s'accompagner de mesures qui incitent les acteurs du réseau à les prendre en charge. Ainsi, l'implication du gouvernement, au moyen de stratégies de financement post-projets pilotes, est nécessaire à la pérennisation de telles innovations.

3. Méthodes incomplètes d'évaluation des résultats

Les méthodes d'évaluation des projets innovants au Québec méritent d'être revues. En effet, les indicateurs actuellement utilisés, lorsqu'il y en a, ne permettent l'amélioration du système de santé que s'ils sont pris en considération par les décideurs. Ils sont nécessaires pour étayer la reddition de comptes au moment d'identifier les retombées des innovations en SSAD et d'établir la pertinence d'une implantation à plus grande échelle.

Notre analyse de projets d'innovation a révélé que les indicateurs utilisés pour en déterminer la plus-value sont pour la plupart volumétriques et financiers : ils portent notamment sur le nombre d'utilisateurs, le nombre de visites évitées à l'urgence, le nombre d'heures de services ou de soins, et les coûts de fonctionnement.

Dans son plus récent rapport, le CSBE souligne que les gestionnaires priorisent les cibles volumétriques au détriment de la qualité des soins et services offerts. L'accroissement des données colligées permettrait au MSSS et aux établissements d'améliorer leurs stratégies (CSBE, 2023). Hébert et Hurteau (2016) mettent également en garde contre la tendance à quantifier à l'extrême les processus du système sociosanitaire et le travail des professionnels de la santé. Selon eux, « une approche purement comptable » ne permet pas d'optimiser la santé de la population.

Bon nombre d'intervenants interrogés ont soutenu que les indicateurs actuels de rendement, lorsqu'ils existent, ne permettent pas de mesurer adéquatement les bénéfices pour l'utilisateur et le système de santé dans un contexte de SSAD où les résultats ne sont pas toujours tangibles :

On est arrivé au bout de trois ans [de collecte de données quantitatives et qualitatives sur un projet d'innovation] pour se rendre compte que le ministère

de la Santé et des Services sociaux n'avait demandé aucune reddition de comptes aux établissements, de fait il peinait même à savoir si elles [les sommes allouées] avaient été dépensées. Le seul indicateur pour le ministère c'était : « avez-vous dépensé l'argent qu'on vous a donné » ?

Dans le contexte de projets pilotes SSAD, des indicateurs qualitatifs nous apparaissent tout aussi nécessaires que des indicateurs de rendement, car ils permettent une reddition de comptes non strictement financière, en plus de proposer des pistes pour l'amélioration des soins et services.

Le ministre de la Santé a annoncé, en mars 2023, la mise sur pied de projets pilotes dans quatre CI(U)SSS afin d'intégrer des indicateurs qualitatifs à l'évaluation des services reçus par la clientèle et de sa satisfaction (Cabinet du ministre de la Santé, 2023). Cependant, le cadre de référence *Orientation en soutien à domicile. Actualisation de la Politique de soutien à domicile Chez soi : le premier choix* (2021) impose déjà aux établissements de santé la « mise en place des mécanismes d'évaluation de la satisfaction de la clientèle », des mécanismes que les intervenants interrogés jugent insuffisants.

Cependant, l'introduction de nouveaux indicateurs et d'exigences de suivi et de reddition de comptes, dans un contexte de projet pilote émanant d'acteurs du réseau, devrait être accompagnée d'une ressource pour la collecte de données. Le manque de ressources peut en effet expliquer le manque de données sur les retombées des innovations.

En somme, malgré les mesures mises en place par le gouvernement, l'intégration d'intrants qualitatifs dans l'évaluation des retombées de projets d'innovation se heurte à des difficultés. Or, leur prise en compte est nécessaire pour améliorer le système de santé et définir les orientations futures.

4. Nécessité d'une meilleure planification et utilisation des ressources du milieu communautaire

Notre étude n'a pas permis d'appréhender les innovations SSAD qui émanent du milieu communautaire, hormis le projet de gériatrie sociale de la Fondation AGES, alors même que la majorité des intervenants rencontrés travaillent avec ce milieu, dont ils disent qu'il regorge de

solutions novatrices en SSAD pour pallier les lacunes du système public. Cependant, nos entrevues et notre analyse de la littérature révèlent qu'il lui est difficile d'obtenir des ressources financières pour le déploiement d'innovations à court ou à long terme.

Les organismes communautaires œuvrant en santé et en services sociaux sont majoritairement financés par le programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) selon trois modalités : financement en soutien à la mission globale, entente pour le financement d'activités spécifiques et financement pour des projets ponctuels (MSSS, 2020a). Le financement à la mission, octroyé sous forme de subventions, assure une stabilité des ressources humaines et financières des organismes communautaires tout en respectant leur autonomie (MSSS, 2020a). Il ne couvre cependant pas tous leurs besoins financiers, qui relèvent alors d'ententes avec les CI(U)SSS. Des auteurs observent par ailleurs des tensions entre ces modes de financement et les valeurs propres aux organismes communautaires, qui compliquent leur fonctionnement, notamment dans le contexte actuel de ressources limitées et de besoins populationnels grandissants (Bourque, Grenier, Pelland, et St-Germain, 2016 ; Couturier, 2023).

Dans l'allocation des ressources, les CI(U)SSS mettent les organismes communautaires en concurrence, notamment par la règle du plus bas soumissionnaire. Des organismes à mission et/ou clientèle semblables se disputent le financement, ce qui nuit à l'élargissement de l'offre de services aux citoyens (CSBE, 2023). En raison de la précarité du financement, l'offre de services du milieu communautaire varie d'une région à l'autre (Bourassa Forcier et Sarrazin, 2021), et l'implantation d'innovations est freinée par le manque de prévisibilité des ressources disponibles.

En outre, les ententes conclues avec les CI(U)SSS dénaturent parfois la raison d'être des organismes communautaires, qui s'efforcent de répondre aux directives ministérielles en échange d'un appui financier. Plutôt que de répondre aux besoins de la communauté, ils s'assujettissent à la standardisation des « guides de bonnes pratiques », ce qui limite l'innovation (CTRCAQ, 2019). Certains auteurs observent ainsi un transfert de culture, les organismes communautaires adoptant la logique du réseau de la santé, de plus en plus managériale depuis les années 2000. Par conséquent, les pratiques de ces organismes se standardisent, et les exigences de reddition de

comptes alourdissent la charge de travail de leurs employés (Bourque *et al.*, 2016). De plus, la disparité des salaires entre le milieu communautaire et le réseau public rend problématique la rétention du personnel (CRTCAQ, 2019).

Pourtant, le communautaire offre des services complémentaires à ceux du réseau de la santé, comme le montre le projet de gériatrie sociale de la Fondation AGES. L'aspect préventif et la proximité de l'intervention (directement dans le milieu de vie des aînés) répondent à l'objectif de combler leurs besoins à domicile en plus de combattre la perte d'autonomie. L'aîné est placé au cœur du processus décisionnel de sa prise en charge, de la même façon que les aînés suivis par la plateforme de suivis virtuels en milieu de vie reçoivent des formations sur les autosoins. La participation citoyenne est ainsi assurée. Forest *et al.* (2000) insistaient déjà il y plus de vingt ans sur la nécessaire participation de la population à la mise en place d'un « régime de santé », afin de rendre plus efficace la prévention (Dufour et Lebel, 2020). Or, cette tâche incombe en grande partie au milieu communautaire.

Outre ces services complémentaires, le milieu communautaire est un des principaux prestataires de services d'aide à domicile, si l'on excepte les proches aidants, dont le présent rapport ne traite pas. Les innovations dans l'aide à domicile ne sont pas non plus abordées puisqu'il ressort des entrevues, menées auprès de personnes qui travaillent avec le milieu communautaire ou qui en font partie, qu'elles sont rarement, voire jamais, documentées. Dans un objectif d'amélioration des pratiques, le réseau de la santé devrait avoir accès à des informations sur ces innovations (données sur les retombées, ressources nécessaires et coûts, par exemple).

Bien que le milieu communautaire soit un acteur essentiel de l'écosystème des soins et services à domicile, nous constatons que sa reconnaissance et son financement demeurent limités. Une meilleure planification des ressources, tant dans le réseau public que dans le milieu communautaire, est donc souhaitable pour arrimer leurs offres de services au bénéfice de leur clientèle en SSAD, les personnes âgées.

5. Mobilisation des intervenants terrain dans la réalisation d'innovations malgré les incitatifs limités

Au fil de nos recherches et après plusieurs entrevues, il est devenu clair que les innovations dans le domaine des SSAD sont en majeure partie le fait des intervenants qui œuvrent sur le terrain. Les SIAD, la gériatrie sociale et la paramédecine de régulation sont autant de projets dont l'initiative est venue d'intervenants proches des communautés et des usagers. Ces acteurs soulignent leur volonté d'être impliqués et consultés lors du processus de mise à l'échelle de leur innovation afin d'éviter sa dénaturation.

Les intervenants terrain sont les mieux placés pour identifier les besoins de la population et proposer des solutions réalisables au sein de leur communauté. Pourtant, il est aussi apparu clairement que l'approche systémique génère très peu d'incitatifs à l'innovation.

Il ressort de nos entrevues que les intervenants qui innoveront le font de bonne foi, dans l'idée d'améliorer la vie des membres de leur communauté. Malgré la résistance au changement qu'ils ont rencontrée, leur volonté et leur détermination à améliorer les soins et services offerts aux personnes âgées leur ont permis de mener à bien leur projet d'innovation.

Le manque d'incitatifs et d'implication des acteurs gouvernementaux est déjà identifié comme une faille par le CSBE dans son rapport *Le devoir de faire autrement – Partie 2* (2022). Le gouvernement dispose d'un plan pour l'innovation en sciences de la vie, *L'innovation prend vie – Stratégie québécoise des sciences de la vie 2017-2027*, qui prévoit un budget pour l'innovation dans différents domaines liés à la santé (médecine spécialisée, pharmaceutique, traitement des données en santé, etc.) (MSSS, 2017). Toutefois, ce plan, comme plusieurs autres mécanismes de financement de l'innovation en santé et services sociaux, envisage l'innovation sous un angle exclusivement technologique, sans nécessairement l'arrimer à une valeur sociale (Niang *et al.*, 2021). Les porteurs d'un projet d'innovation sociale ont plus de difficultés à le faire valoir en haut lieu, car ce type de projet est moins susceptible de générer des profits et de l'activité économique

que l'innovation technologique (Conseil de la science et de la technologie, 2000 ; Niang *et al.*, 2021).

Comme nous l'avons mentionné, il nous a été possible de constater au cours des entrevues que des incitatifs financiers (subventions, philanthropie, etc.) sont accessibles aux porteurs de projets en phase d'expérimentation (projets pilotes). Toutefois, l'innovation s'inscrit dans un processus à vocation structurante au sein du système (Richez-Battesti *et al.*, 2012), de sorte qu'il est nécessaire d'assurer du soutien à toutes les phases d'un projet d'innovation : R&D, projet pilote, adoption, mise en œuvre, adaptation, mise à l'échelle et pérennisation (Niang *et al.*, 2021). Autrement, les risques de reprise, de formalisation ou de dénaturation par le gouvernement augmentent, et l'innovation perd de sa valeur ajoutée, ancrée dans la connaissance expérientielle de ses initiateurs.

Résumé de nos constats

1. *Aucune cartographie des innovations et des inventions SSAD financées et appuyées par le gouvernement du Québec*

Manque de planification des financements des innovations en SSAD en raison de l'absence de cartographie

2. *Manque de planification « post-projet pilote » qui limite la pérennisation des innovations*

Manque de planification « post-projet pilote » pour le financement et l'intégration des innovations

3. *Méthodes incomplètes d'évaluation des résultats*

Utilisation d'indicateurs majoritairement volumétriques qui ne permettent pas l'évaluation complète des retombées des innovations

4. *Nécessité d'une meilleure planification et utilisation des ressources du milieu communautaire*

Financement imprévisible et précaire du milieu communautaire qui empêche l'émergence d'innovations

5. *Mobilisation des intervenants terrain dans la réalisation d'innovations malgré les incitatifs limités*

Volonté des intervenants d'améliorer les pratiques au bénéfice des usagers au cœur de plusieurs innovations en SSAD

Pistes de solution proposées

Suite à l'analyse de projets d'innovation SSAD et à la présentation de constats généraux, nous formulons sept pistes de solutions.

1. Répertorier les projets d'innovation québécois en SSAD sur une plateforme unique

Nous proposons qu'une cartographie exhaustive des projets d'innovation en SSAD soit rendue disponible (planification).

Un tel outil serait bénéfique pour les usagers et les porteurs de futurs projets d'innovation. À celui-ci pourrait s'ajouter un répertoire des programmes de financement qui soutiennent les projets innovants et des incitatifs fiscaux auxquels les aînés ont droit. Dans son dernier rapport, le CSBE a signalé que les usagers ne connaissent pas l'éventail des projets d'innovation et des programmes auxquels ils ont accès, ou qu'ils ne savent pas comment y accéder (CBSE, 2023).

Grâce au regroupement des projets d'innovation en SSAD sur une plateforme unique, les usagers pourraient facilement prendre connaissance de l'offre de soins et services disponibles dans leur communauté.

Une telle cartographie permettrait aussi aux porteurs, ou futurs porteurs, de projets d'innovation d'avoir un portrait global de l'offre disponible pour éviter que leur projet n'interfère avec un service existant. Il leur serait ainsi plus facile d'orienter leur innovation pour qu'elle complète les services déjà offerts, plutôt que de les concurrencer.

Le dédoublement des offres de services serait plus facilement évité, ce qui favoriserait la création d'initiatives vraiment innovantes et permettrait une allocation plus efficace des ressources (CSBE, 2023).

À ce sujet, Sparkes, Durán, et Kutzin (2017) avancent qu'une cartographie exhaustive des programmes, de leurs administrateurs, des sources de financement et des ressources disponibles offre un cadre d'analyse qui permet de repérer le dédoublement et le gaspillage de ressources. La cartographie et le recensement des projets d'innovation sont donc bénéfiques pour le gouvernement lui-même parce qu'ils permettent le suivi des financements accordés pour éviter la duplication et, ainsi, maximiser les investissements en soins et services à domicile (Sparkes *et al.*, 2017).

Des répertoires existent déjà au Québec dans différents domaines, comme le *Registre des lobbyistes*, dont l'accès est public, et qui permet d'identifier les personnes qui pratiquent le lobbying auprès des décideurs. Le *Panier bleu* est un autre exemple : sur cette plateforme, des produits québécois sont répertoriés pour permettre de les découvrir aisément, d'identifier leurs fabricants et d'effectuer des recherches selon ses besoins. Enfin, les applications de type « Uber » proposent elles aussi un répertoire complet et facilement consultable des restaurants, des commerces et des services disponibles dans la région de son choix. Toutes ces plateformes sont conviviales et offrent une vision d'ensemble.

Ces modèles bien établis pourraient servir d'inspiration pour développer une cartographie complète des innovations en soins et services à domicile dotée d'une interface permettant de repérer rapidement les offres qui correspondent aux besoins des usagers.

2. Revoir les critères d'octroi de financement et les méthodes d'évaluation des innovations

Nous proposons que des indicateurs qualitatifs soient pris en compte dans le calcul de la valeur des innovations (planification), que le financement ne soit pas seulement octroyé sur la base de mesures volumétriques (planification) et qu'un suivi adéquat permette au

gouvernement d'insérer les innovations bénéfiques dans ses plans d'action et de leur garantir un soutien financier durable (mécanisme de contrôle).

L'évaluation des innovations en SSAD, basée sur des critères majoritairement quantitatifs, doit être revue pour prendre en compte tout le spectre de leurs bénéfices. Une approche strictement financière ne permet pas de saisir la pleine valeur d'une innovation puisqu'elle laisse de côté des aspects importants du soutien à domicile, comme la qualité des soins et services et la satisfaction des usagers.

Il est donc primordial que les méthodes d'évaluation des innovations en soins et services à domicile prennent en compte ces critères qualitatifs, de manière à refléter leurs bénéfices sociaux autant que financiers.

Nous notons d'ailleurs que le MSSS a récemment mis en place des projets pilotes au sein de quatre CI(U)SSS visant à intégrer des indicateurs qualitatifs pour évaluer les services reçus et la satisfaction des usagers (Cabinet du ministre de la Santé, 2023), une mesure qui démontre la volonté d'inclure un volet qualitatif à l'évaluation de la performance du système de santé.

D'autre part, les critères volumétriques ne mesurent qu'une infime partie des retombées d'une innovation, comme le nombre de patients pris en charge ou le nombre d'heures de services, sans prendre en compte l'ensemble des retombées pour le réseau. Le projet de l'équipe SIAD du CLSC de Verdun est un bon exemple des limites d'une évaluation strictement quantitative. Les soins à domicile comportent une dimension humaine qui place l'utilisateur et ses proches aidants au centre des interventions et de la trajectoire de soins (Dechêne, 2019 ; Senez *et al.*, 2022). Il ne suffit donc pas de comptabiliser le nombre d'utilisateurs pris en charge, il faut aussi prendre en compte leur niveau d'aisance face aux interventions, leur sentiment d'implication dans les décisions qui concernent leur santé et leur satisfaction d'être pris en charge à domicile.

Pour motiver un changement de culture au sein du système de santé et dans la prise en charge des usagers, des données sur la satisfaction et la plus-value humaine sont nécessaires.

L'intégration d'indicateurs qualitatifs dans le processus d'octroi de financement des innovations permettrait ainsi de distinguer et de pérenniser les innovations présentant le plus de valeur, en termes non seulement financiers, mais aussi de qualité des services. Ces indicateurs devraient donc être pris en compte dans la planification du soutien financier offert aux innovations, du début du projet jusqu'à son intégration à l'offre de soins et services. Des indicateurs qualitatifs permettraient aux porteurs de projets de faire valoir leur innovation d'une manière qui reflète mieux les retombées souhaitées.

3. Assurer un financement durable aux organismes communautaires

Nous proposons de mettre en place des structures budgétaires qui assurent aux organismes communautaires un financement stable et durable (planification et mécanisme d'incitation).

Dans nos constats généraux, nous avons expliqué que le financement des organismes communautaires est précaire en raison de son manque de prévisibilité et de stabilité, ce qui freine la mise en place d'innovation dans ce milieu.

Les organismes communautaires ne peuvent compter sur un financement récurrent et doivent investir des ressources importantes dans la recherche de financement et dans la reddition de comptes. La mise en concurrence pour le financement des CI(U)SSS requiert elle aussi un travail considérable pour se distinguer des autres organismes à mission et clientèle semblables. Or, ces organismes ont besoin de stabilité pour garantir des conditions de travail favorables à la rétention du personnel et maintenir une offre de services répondant aux besoins de leur clientèle cible.

L'innovation est freinée dans ce milieu par le manque de temps et de ressources non seulement pour la mise sur pied de projets, mais aussi pour la collecte de données permettant une reddition de comptes sur leurs bénéfices.

Certains organismes communautaires ont indiqué des pistes de solutions à prioriser pour assurer la santé du milieu. C'est le cas de la Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles (TRPOCB), qui a souligné la nécessité d'augmenter le financement, d'indexer les subventions à l'augmentation des coûts de fonctionnement et du coût de la vie, de

respecter l'indépendance des organismes d'action communautaire autonome, d'arrimer les pratiques administratives et les orientations gouvernementales, et de promouvoir les pratiques alternatives et la transformation sociale (TRPOCB, 2019). Il sera primordial de tenir compte de telles recommandations provenant des acteurs concernés dans l'éventualité de modifications du financement du milieu communautaire.

En réponse à ces demandes, le gouvernement a prévu une hausse du financement des organismes communautaires et des initiatives pour soutenir les collectivités. Dans son *Plan d'action gouvernemental en matière d'action communautaire 2022-2027*, 197,5 millions de dollars seront alloués au *Programme de soutien aux organismes communautaires* du secteur de la santé et des services sociaux (Gouvernement du Québec, 2022a). Cette hausse est un pas important que bien des acteurs du milieu jugent cependant insuffisant (CTROC, 2023 ; RIOCM, 2023 ; TRPOCB, 2023).

Des auteurs proposent que des ententes intégrées concernant les services de soutien à domicile fournis par le milieu communautaire soient conclues par le gouvernement pour uniformiser les services dans les différentes régions du Québec (Bourassa Forcier et Sarrazin, 2021). Nous croyons que de telles ententes pourraient aussi prévoir des balises pour le financement des organismes communautaire, qui assureraient une uniformité et une prévisibilité de leurs ressources financières, de manière à créer un contexte favorable à l'innovation.

Pour accroître le nombre d'innovations issues du milieu communautaire, il nous paraît en effet clair qu'un financement stable et prévisible des organismes communautaires est indispensable. La planification de leurs ressources s'en trouvera facilitée, ce qui laissera plus de place aux pratiques innovantes et à leur pérennisation.

4. Mettre en place des incitatifs à l'innovation pour instaurer un changement de culture

Nous proposons que des incitatifs soient mis en place pour reconnaître la valeur sociale des innovations en soins et services à domicile (mécanisme d'incitation).

Dans le rapport *Transformation de la gouvernance des systèmes de santé : Analyse de la littérature* (2022), mandaté par le CSBE, l'établissement d'un plan de transformation de la culture de gouvernance est présenté comme un levier qui permet une transformation de la gouvernance en santé orientée sur la valeur des actions des intervenants du système (Denis et Téhinian, 2023). Contrairement à un changement structurel de gouvernance, qui peut survenir rapidement, un changement de culture se concrétise sur le long terme (Denis et Téhinian, 2023). Il est donc primordial de poursuivre les actions déjà entreprises pour instaurer une nouvelle culture orientée davantage sur l'implication des parties prenantes. Cette implication est encouragée par l'approche dite d'« innovation sociale ».

L'innovation sociale place la société et les citoyens au centre des considérations liées au progrès afin de répondre à un problème environnemental ou, dans le cas présent, à un problème social (Emploi et Développement social Canada, 2018 ; Niang *et al.*, 2021 ; Rollin et Vincent, 2007). Le concept d'innovation sociale a émergé dans les années 1990 en Amérique du Nord, et il a depuis été repris par de nombreux auteurs (Emploi et Développement social Canada, 2018 ; Klein *et al.*, 2014 ; Klein et Harrisson, 2007 ; Niang *et al.*, 2021 ; Prades, 2015 ; Richez-Battesti *et al.*, 2012). Cette approche de l'innovation favorise la cocréation des politiques publiques et la codétermination des orientations du système de santé (Rollin et Vincent, 2007). C'est aussi une opportunité d'impliquer les partenaires communautaires, qui sont de plus en plus présents dans l'univers du soutien à domicile au Québec, ainsi qu'en témoignent les projets présentés dans ce rapport.

Comme nous l'avons mentionné, des intervenants ont souligné durant nos entrevues qu'ils se sentent mis de côté au moment de la mise à l'échelle d'un projet d'innovation. C'est notamment le cas pour la gériatrie sociale, dont les intervenants craignent de ne plus être consultés une fois terminée la phase de mise à l'échelle. Le manque de considération et de consultation des porteurs de projets cause une démobilitation et un désengagement qui pourraient avoir des répercussions dans l'ensemble du système.

L'innovation prend bien souvent sa source dans le désir des intervenants de poser des actions concrètes qui contribuent au bien-être des personnes. Assurer aux porteurs d'innovation une implication tout au long de l'évolution de leur projet nous semble donc un incitatif fort.

Notons qu'en plus du rapport *Transformation de la gouvernance des systèmes de santé : Analyse de la littérature* (2022), d'autres organisations militent en faveur d'une approche qui envisage l'innovation sociale comme un levier pour changer la culture de gouvernance du système de santé. Ainsi, Emploi et Développement social Canada a publié en 2018 le rapport *Pour l'innovation inclusive : Nouvelles idées et nouveaux partenariats pour des collectivités plus fortes*, dans lequel sont formulées six recommandations pour soutenir l'innovation sociale et l'économie sociale (Emploi et Développement social Canada, 2018). Au Québec, la Maison de l'innovation sociale (MIS) soutient les organismes à vocation sociale dans le démarrage de projets d'innovation et s'implique en R&D.

Dans un mémoire intitulé *Enraciner l'innovation sociale comme un champ de pratique pour un Québec plus résilient* (2021), le MIS souligne la nécessité d'investir en R&D pour favoriser l'innovation sociale et surmonter les barrières réglementaires qui freinent le développement de nouvelles initiatives (Maison de l'innovation sociale, 2021). Ce mémoire a été présenté dans le cadre des consultations publiques tenues en amont de la *Stratégie québécoise de recherche et d'innovation* (2022-2027), dans laquelle le gouvernement reconnaît l'importance d'une innovation orientée sur le développement durable (Gouvernement du Québec, 2022b). Toutefois, nous remarquons que cette stratégie associe l'innovation sociale principalement à des enjeux liés au développement durable et à l'environnement.

À notre avis, il est nécessaire d'encourager les porteurs de projets d'innovation sociale avec des mesures concrètes : bonification des subventions ; participation à la détermination des indicateurs et mesures d'évaluation des projets ; et priorisation des intervenants québécois dans l'octroi de financement et de soutien par le MSSS et les CI(U)SSS.

Concernant cette dernière proposition, la *Loi visant principalement à promouvoir l'achat québécois et responsable par les organismes publics, à renforcer le régime d'intégrité des*

entreprises et à accroître les pouvoirs de l’Autorité des marchés publics, sanctionnée en mai 2022, représente un pas dans la bonne direction. Cette loi permet notamment aux organismes publics de prioriser les entreprises québécoises dans l’octroi de contrats et met l’accent sur le développement durable. Il serait à notre avis pertinent d’accorder en outre une attention particulière aux organismes et entreprises québécois qui intègrent l’innovation sociale à leurs projets en soutien à domicile, de manière à les y inciter.

5. Rendre les processus d’éthique de la recherche plus fluides

Nous proposons de rendre les processus d’éthique de la recherche plus fluides pour faciliter la recherche en sciences humaines dans les établissements de santé.

Durant l’élaboration du présent mandat, nous avons rencontré des difficultés avec les processus d’éthique de la recherche dont nous faisons mention dans la section consacrée aux difficultés de notre étude. Nous aborderons plus en détail deux de ces difficultés afin d’appuyer notre recommandation concernant le manque d’adaptation des processus d’approbation éthique à la réalité de la recherche en sciences humaines et le flou qui persiste concernant la différence entre l’évaluation de programme et l’approbation éthique.

Les demandes d’approbation éthique des projets de recherche par les CÉR des CI(U)SSS sont calibrées pour la recherche clinique. Plusieurs questions et justifications à produire ne s’appliquent pas à la recherche en sciences humaines, ce qui génère une lourdeur administrative pour les chercheurs qui doivent adapter leurs réponses à des questions sans objet dans le cadre de leur projet.

L’inadaptation entre les exigences administratives des CÉR et la recherche en sciences humaines nous semble de nature à décourager les chercheurs.

Quant à l’évaluation de programme, un flou persiste quant à ses différences avec la recherche fondamentale et à ses implications en termes d’éthique de la recherche. En effet, au cours de nos travaux, nous avons commencé par obtenir des approbations éthiques du CÉR de l’Université de Sherbrooke et du CÉR du CIUSSS du Centre-Sud-de-l’Île-de-Montréal. Après consultation avec

des acteurs du milieu de l'éthique de la recherche, il s'est avéré que notre approche était une « évaluation de programme » plutôt qu'une recherche dite « fondamentale ». Contrairement à la recherche fondamentale, l'évaluation de programme ne nécessite pas l'approbation préalable d'un CÉR. Il suffit d'obtenir une approbation de convenance en approchant les acteurs identifiés, en confirmant leur intérêt pour la recherche et en vérifiant leur disponibilité. Il demeure toutefois primordial de respecter avec une grande rigueur les critères d'impartialité et d'objectivité, ainsi que les balises éthiques.

En 2017, le ministère de la Santé et des Services sociaux s'est doté d'une politique d'évaluation dans laquelle l'évaluation de programme est définie comme « une démarche rigoureuse de collecte et d'analyse d'informations qui visent à porter un jugement structuré sur [...] un projet, un processus [...] afin de les améliorer et de soutenir la prise de décision » (MSSS, 2017). Dans la sphère universitaire, Joly *et al.* (2016) distinguent l'évaluation de programme de la recherche fondamentale, décrite comme « un effort systématique pour accroître un ensemble de connaissances partagées [traduction libre] ». La recherche fondamentale vise donc la production de connaissances originales, alors que l'évaluation de programme procède à l'analyse d'informations préexistantes.

Le processus de conformité éthique d'une évaluation de programme est plus léger que celui de l'approbation éthique par un CÉR. Cette catégorisation répond davantage aux besoins d'une recherche en sciences humaines qui n'aspire pas à créer de nouvelles connaissances, mais à analyser la performance d'un système. La distinction entre les deux types de démarches devrait être mieux connue des chercheurs et mieux maîtrisée par les CÉR, à qui elle semble peu familière.

Des processus de conformité éthique plus fluides et mieux connus des chercheurs permettraient assurément à un plus grand nombre d'entre eux d'entreprendre des travaux au sein d'établissements de santé.

Pistes de solution globales

Pour terminer, de manière globale et sans référence à des mécanismes en particulier, nous proposons de mettre en place une gouvernance et un cadre normatif permettant aux innovations en SSAD de s'adapter aux besoins des usagers et aux réalités locales (6), et d'impliquer davantage le municipal dans le soutien aux innovations (7).

6. Mettre en place une gouvernance et un cadre normatif permettant aux innovations SSAD de s'adapter aux besoins des usagers et aux réalités locales

Nos analyses nous permettent de conclure que chaque région doit pouvoir adapter ses services aux besoins de sa population. Le déploiement des innovations SSAD qui ont des retombées positives pour le maintien à domicile est important, mais tous les acteurs rencontrés redoutent que leur capacité de réaction aux réalités locales se perde en cours de route.

Le souci d'offrir des services de proximité adaptés aux réalités locales semble bien présent dans le mémoire qui accompagne le projet de loi 15, et il nous semble nécessaire à l'interprétation et à l'application de ce projet de loi, s'il est adopté. En effet, si l'autonomie décisionnelle au niveau local est préservée, les prestataires de services et de soins peuvent adapter les orientations ministérielles à leurs réalités.

Sans dénaturer ces orientations, cela donne de la flexibilité et de l'autonomie dans leur application pour les aligner sur les besoins propres à une communauté. Ainsi, dans un contexte d'innovation, le gouvernement a l'opportunité d'offrir aux porteurs de projets un cadre qui conserve une certaine malléabilité pour éviter leur formalisation (Benomar *et al.*, 2016).

Dans une optique de gouvernance, ces orientations devraient être codéterminées avec les parties prenantes, notamment les organismes communautaires, les citoyens, l'établissement de santé, les structures sous-jacentes à l'établissement et les organismes à but non lucratif. Le MSSS doit toutefois garder un pouvoir d'évaluation pour assurer l'équité à l'échelle provinciale et définir les améliorations à apporter, en continu, au système de santé et à l'environnement d'innovation.

7. Impliquer davantage le municipal dans le soutien aux innovations

Il ressort des innovations analysées et de nos constats que les projets pilotes visent majoritairement des populations locales très ciblées et que leur taux de réussite augmente lorsqu'ils répondent à un besoin précis sur le terrain. Plusieurs projets analysés, dont le projet VESTA, sont financés et/ou impliquent la participation du milieu municipal. Or, cet acteur est trop souvent oublié par les acteurs du réseau de la santé, alors qu'il lui est un indispensable.

L'implication, le pouvoir et l'influence des municipalités sont à renforcer puisqu'elles font le pont entre les intervenants locaux, en plus d'être des acteurs de proximité capables d'identifier les besoins à combler dans leur communauté.

La *Loi sur les compétences municipales* prévoit expressément qu'« une municipalité régionale de comté peut prendre toute mesure afin de favoriser le développement local et régional sur son territoire » (art. 126.2). Par le biais de mesures de soutien à l'entrepreneuriat social et d'un Plan d'action local pour l'économie et l'emploi (PALÉE), il lui est possible de soutenir le déploiement d'innovations. Elle détient par ailleurs le pouvoir d'administrer les sommes perçues comme elle l'entend (art. 126.3).

Le PALÉE incite la MRC à « mettre en place des conditions favorables afin de susciter des investissements et de réaliser des projets pilotes innovateurs qui contribueront, à long terme, à créer des emplois » (Ministère des Affaires municipales et de l'Habitation, s. d.-b). Il prévoit les éléments clés de la réussite d'un projet ou du développement d'une entreprise : des objectifs, des moyens, des actions et des indicateurs de réussite. Il planifie ainsi la direction à suivre, le soutien financier et technique, l'application concrète, l'évaluation et la rétrospection dans une perspective d'optimisation. Il est adopté suite à une concertation participative qui permet d'inclure les points de vue des intervenants (Ministère des Affaires municipales et de l'Habitation, s. d.-a) et de développer une vision stratégique qui répond à leurs différentes réalités. Il augmente ainsi l'adhésion et la volonté de l'appliquer. De plus, un tel dialogue atténue la concurrence qui existe entre certains intervenants communautaires et les incite à s'allier et à partager leurs ressources dans la poursuite d'un objectif commun.

À l'heure actuelle, les PALÉE sont encore peu nombreux, du fait notamment de leur caractère facultatif et de lignes directrices très générales, et il vaudrait la peine de préciser leurs contours (MRC de Rivière-du-Loup, 2019). À titre d'exemple des avantages de ce type d'initiative, la Corporation de développement économique de la MRC de Joliette a permis de mettre sur pied le Living Lab Lanaudière (Bilodeau, 2020), qui a rendu possible l'avancée technologique dont bénéficient les Habitations Bordeleau et les personnes âgées qui y résident (voir l'annexe III pour plus de détails sur ce projet).

Enfin, nous constatons que le projet de loi 15 propose l'ajout d'un acteur du milieu municipal au conseil des établissements de santé, un pas en avant significatif, bien que timide, dans l'intégration des villes à un système de santé qui doit mettre un accent encore plus marqué sur la prévention.

Résumé des pistes de solution proposées

1. Répertorier les projets d'innovation québécois en SSAD sur une plateforme unique

Pour un accès facilité de l'utilisateur à l'offre de soins et services, et une meilleure planification du financement octroyé aux innovations

2. Revoir les critères d'octroi de financement et les méthodes d'évaluation des innovations

Pour l'utilisation de critères qualitatifs comme la qualité des soins et services dans la mesure des résultats des innovations et l'octroi du financement

3. Assurer un financement durable aux organismes communautaires

Pour mieux planifier l'allocation des ressources en innovation et bonifier l'offre du milieu communautaire en SSAD

4. Mettre en place des incitatifs à l'innovation pour instaurer un changement de culture

Pour valoriser l'innovation sociale et pour un meilleur soutien aux porteurs de projets

5. Rendre les processus d'éthique de la recherche plus fluides

Pour encourager la recherche en sciences humaines dans les établissements de santé

6. Mettre en place une gouvernance et un cadre normatif permettant aux innovations SSAD de s'adapter aux besoins des usagers et aux réalités locales

Pour une meilleure adaptation aux particularités locales dans le déploiement à grande échelle d'innovations

7. Impliquer davantage le municipal dans le soutien aux innovations

Pour une réponse plus adaptée aux besoins de chaque communauté des innovations déployées sur le territoire

RÉFÉRENCES

- Abhari, K., & McGuckin, S. (2023). Limiting factors of open innovation organizations : A case of social product development and research agenda. *Technovation*, 119. <https://doi.org/10.1016/j.technovation.2022.102526>
- Admi, H., Shadmi, E., Baruch, H., & Zisberg, A. (2015). From Research to Reality : Minimizing the Effects of Hospitalization on Older Adults. *Rambam Maimonides Medical Journal*, 6(2). <https://doi.org/10.5041/RMMJ.10201>
- Agence de la santé publique du Canada. (2021). *Vieillesse et maladies chroniques : Profil des aînés canadiens*.
- Amyot, M.-A. (2022, septembre). *Il manque incontestablement de médecins de famille au Québec*. Fédération des médecins omnipraticiens du Québec. <https://www.fmoq.org/affaires-syndicales/communications/lettres-ouvertes/il-manque-de-medecins-de-famille-au-qc/>
- Belzile, P. (2023). Les comités paritaires FMOQ-MSSS. *Le Médecin du Québec*, 58(4). <https://fmoq-mdq.s3.amazonaws.com/2023/4/063-064-Droit-0423.pdf>
- Benomar, N., Castonguay, J., Jobin, M.-H., & Lespérance, F. (2016). *Catalyseurs et freins à l'innovation en santé au Québec*. CIRANO.
- Bertrand, G. (2008). Pour des visites à domicile efficaces, agréables et... rentables ! *Le Médecin du Québec*, 43(3), 35-41.
- Bilodeau, M. (2020, septembre 9). Citoyens seniors et connectés. *Les Affaires*. <https://www.lesaffaires.com/dossier/focus-regional--lanaudiere/citoyens-seniors-et-connectes/619641>
- Blais, S. (2022, août 24). Aînés : Les soins à domicile doivent devenir « une priorité nationale ». *La Presse*. <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2022-08-24/aines/les-soins-a-domicile-doivent-devenir-une-priorite-nationale.php>
- Bolduc, P.-A. (2022). Deux ans de pandémie : Des médecins demandent de « sortir de l'ère du fax ». *Radio-Canada*. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1867051/deux-ans-pandemie-medecins-fax-informatique-refondation-systeme-sante>
- Bordeleau, S. (2023, mai 1). Québec prend le virage de l'hospitalisation à domicile. *Radio-Canada*. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1975505/projet-hospitalisation-domicile-quebec-projet-pilote>
- Boucher, V. (2019, mai 8). *Les soins intensifs à domicile (SIAD) pour éviter le recours à l'urgence!* Tour de l'Est. <https://letourdelest.ca/les-soins-intensifs-a-domicile-siad-pour-eviter-le-recours-a-lurgence/>

- Boulenger, S., & Castonguay, J. (2012). Portrait de la rémunération des médecins de 2000 à 2009. *CIRANO*. <https://cirano.qc.ca/files/publications/2012s-13.pdf>
- Bourassa Forcier, M., & Sarrazin, L. (2021). Constats et réflexions sur l'encadrement juridique des services de maintien à domicile des aînés. Dans N. Vézina, P. Fréchette, & L. Bernier (Éds.), *Mélanges Robert P. Kouri : L'humain au cœur du droit*. Éditions Yvon Blais.
- Bourdillon, F., & Petit-Miolet, A. (2013). Les risques cachés à l'hôpital. *Les Tribunes de la santé*, n° 41(4), 69. <https://doi.org/10.3917/seve.041.0069>
- Bourque, M., Grenier, J., Pelland, D., & St-Germain, L. (2016). L'action communautaire autonome, mouvance des contextes, place et autonomie des acteurs : Quelles perspectives ? *Sciences et actions sociales*, 4.
- Brohman, M. K., Green, M. E., Dixon, J., Whittaker, R., Fallon, L., & Lajkosz, K. (2018). *Community Paramedicine Remote Patient Monitoring (CPRPM) : Benefits Evaluation & Lessons Learned*. Canada Health Infoway.
- Brousseau, A.-A., & Grégoire, M. (2022). *Vers un service d'urgence adapté pour la personne âgée—Cadre de référence*. Ministère de la Santé et des Services sociaux. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-905-03W.pdf>
- Bujnowska-Fedak, M., & Grata-Borkowska, U. (2015). Use of telemedicine-based care for the aging and elderly : Promises and pitfalls. *Smart Homecare Technology and TeleHealth*, 91. <https://doi.org/10.2147/SHTT.S59498>
- Cabinet de la ministre responsable aux Aînés et ministre déléguée à la Santé. (2023). *Québec déploie son engagement sur l'hospitalisation à domicile avec huit premiers projets*. Gouvernement du Québec.
- Cabinet du ministre de la Santé. (2022, juin 14). *Plusieurs actions majeures pour améliorer les services préhospitaliers d'urgence sur le territoire québécois*. Gouvernement du Québec. <https://www.quebec.ca/nouvelles/actualites/details/plusieurs-actions-majeures-pour-ameliorer-les-services-prehospitaliers-durgence-sur-le-territoire-quebecois-41356>
- Cabinet du ministre de la Santé. (2023, mars 16). *Réseau de la santé—Québec fait un pas de plus pour améliorer la satisfaction des Québécoises et des Québécois*. Gouvernement du Québec. <https://www.quebec.ca/nouvelles/actualites/details/reseau-de-la-sante-quebec-fait-un-pas-de-plus-pour-ameliorer-la-satisfaction-des-quebecoises-et-des-quebecois-46340>
- Caron, D. J. (2021). *L'utilisation des systèmes informationnels comme levier à l'amélioration de la performance dans les trajectoires usagers*. Chaire de recherche en exploitation des ressources informationnelles.

Chan, J., Griffith, L. E., Costa, A. P., Leyenaar, M. S., & Agarwal, G. (2019). Community paramedicine : A systematic review of program descriptions and training. *CJEM*, *21*(6), 749-761. <https://doi.org/10.1017/cem.2019.14>

Chiang, J., & Kao, Y.-H. (2021). Quality of end-of-life care of home-based care with or without palliative services for patients with advanced illnesses. *Medicine (Baltimore)*, *100*(18). <https://doi.org/10.1097%2FMD.00000000000025841>

Choi, B. Y., Blumberg, C., & Williams, K. (2016). Mobile Integrated Health Care and Community Paramedicine : An Emerging Emergency Medical Services Concept. *Annals of Emergency Medicine*, *67*(3), 361-366. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2015.06.005>

CISSS de la Montérégie-Est. (2020). *Rapport annuel de gestion 2019-2020—Croissance et saine gestion*. https://www.santemonteregie.qc.ca/sites/default/files/2020/10/rapport-annuel-de-gestion-cisssme_2019-2020_p.pdf

CISSS de Lanaudière. (2022). *Rapport annuel de gestion 2021-2022*. CISSS Lanaudière. https://www.cisss-lanaudiere.gouv.qc.ca/fileadmin/internet/ciiss_lanaudiere/Documentation/Rapports/2022/Gestion/RAP_annuel_gestion_2021-2022_CISSS_Lanaudiere_Region_14_2022-09-28-signed.pdf

CISSS de Laval. (2018). *Plan d'organisation médicale—Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval*. CISSS de Laval. https://www.lavalensante.com/fileadmin/internet/ciiss_laval/Documentation/Publications_organisationnelles/Plan_d_organisation_medicale_-_CA-2018-11-09.pdf

CISSS du Bas-Saint-Laurent. (CISSSBSL). (2018, juin 11). *Assemblée générale annuelle du Département régional de médecine générale du Bas-Saint-Laurent*. https://www.cisss-bsl.gouv.qc.ca/sites/default/files/fichier/aga_11_juin_2018.pdf

CIUSSS de la Capitale-Nationale. (CIUSSSCN). (2020). *Rapport annuel de gestion 2019-2020*. https://www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca/sites/d8/files/docs/Aproposdenous/Portrait/PDG_Rapport-annuel-gestion-2019-2020.pdf

CIUSSS de la Mauricie-et-Centre-du-Québec. (2023). *Plan d'organisation 2022-2025*. <https://ciusssmcq.ca/telechargement/921/plan-d-organisation-du-ciusss-mcq-2018-2021>

CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal. (s. d.). *Centre intégré de dialyse Raymond-Barcelo*. Consulté 20 juin 2023, à l'adresse <https://ciusss-estmtl.gouv.qc.ca/propos/les-grands-projets-immobiliers/centre-integre-de-dialyse-raymond-barcelo>

- CIUSSS de l'Estrie - CHUS. (2023). *Soins intensifs à domicile (SIAD)*. https://www.santeestrie.qc.ca/clients/SanteEstrie/Professionnels/soins-intensifs-a-domicile/Aide-memoire_pour_une_demande_de_soins_intensifs_a_domicile.pdf
- CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. (CCSMTL). (2019). *Plan d'organisation du CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal*. <https://ciusss-centresudmtl.gouv.qc.ca/sites/ciusscsmtl/files/media/document/PlanOrganisationCCSMTL.pdf>
- CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. (CCSMTL). (2016, septembre 26). *Service de soutien à domicile—Secteur SOV CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal*. https://medfam.umontreal.ca/wp-content/uploads/sites/16/2019/08/SAD_aigu_CIUSSS-Centre-sud-%C3%8Ede-Mtl_2016-PPT.pdf
- CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. (CCSMTL). (2022). *Soutien à domicile dans le Sud-Ouest-Verdun : Un modèle cité en exemple à travers la province*. <https://ciusss-centresudmtl.gouv.qc.ca/propos/qui-sommes-nous/leadership-et-innovations/soutien-domicile-dans-le-sud-ouest-verdun-un-modele-cite-en-exemple-travers-la-province>
- Coalition des Tables Régionales d'Organismes Communautaires. (CTROC). (2023, mars 23). *Budget 2023 Le ministre Carmant continue de faire la sourde oreille au milieu communautaire*. <https://ctroc.org/2023/03/23/budget-2023-le-ministre-carmant-continue-de-faire-la-sourde-oreille-au-milieu-communautaire/>
- Collectif régional de développement du Bas-Saint-Laurent. (CRDBSL). (2022). *Cadre de référence—Bien vieillir chez soi*.
- Collège des médecins du Québec. (CMQ). (2023a). *Mémoire projet de loi no 3*. Collège des médecins du Québec.
- Collège des médecins du Québec. (CMQ). (2023b, mai 20). *Répartition des médecins selon la région administrative*. Collège des médecins du Québec. <http://www.cmq.org/statistiques/region.aspx>
- Comité de travail multidisciplinaire du Dossier santé numérique. (2019). *Le Dossier santé numérique et son écosystème—Résultats et recommandations du comité de travail multidisciplinaire du Dossier santé numérique*. Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Comité du RIUSSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement. (2022). *Recension des initiatives/projets réalisés, tentés ou planifiés par les établissements de santé et services sociaux impliquant l'utilisation des technologies de l'information et de la communication (TIC) visant le maintien à domicile des personnes âgées*. https://ruisss.umontreal.ca/wp-content/uploads/2023/01/recension_initiatives_TIC_SAD_RUISSS_UdeM.pdf

- Commissaire à la santé et au bien-être. (CSBE). (2022). *Le devoir de faire autrement—Partie 2 : Réorienter la gouvernance vers des résultats qui comptent pour les gens*.
https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2022/Rapportfinal_Mandat/CSBE-Rapport_final_Partie2.pdf
- Commissaire à la santé et au bien-être. (CSBE). (2023). *Bien vieillir chez soi—Tome 1 : Comprendre l'écosystème*.
- Commissaire à l'information et à la protection de la vie privée de l'Ontario. (2015). *Le cercle de soins Communication de renseignements personnels sur la santé pour la fourniture de soins de santé*. <https://www.ipc.on.ca/wp-content/uploads/2016/11/circle-of-care-fr.pdf>
- Commission d'accès à l'information. (2023). *Projet de loi n° 3, Loi sur les renseignements de santé et de services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives – Mémoire de la Commission d'accès à l'information*.
https://www.cai.gouv.qc.ca/documents/CAI_M_projet_loi_3_RP_sante_et_services_sociaux.pdf
- Conférence des Tables Régionales de Concertation des aînés du Québec. (CTRCAQ). (2019). *Vers une plus grande reconnaissance et un meilleur soutien de l'action communautaire—Consultation en vue d'un nouveau plan d'action gouvernemental*.
- Conseil de la science et de la technologie. (2000). *Innovation sociale et innovation technologique : L'apport de la recherche en sciences sociales et humaines*.
- Coopérative des techniciens ambulanciers du Québec. (2016). *Un ordre professionnel pour surveiller l'exercice d'une profession qui a évolué*.
- Couturier, E.-L. (2023). L'action communautaire autonome en temps de pandémie. *Relations*, 820.
- Cruikshank, J. (2012). *Telehealth—What can the NHS learn from experience at the US Veterans Health Administration?* 2020health.
- David, I. (2018). *État des connaissances : Qualité du milieu de vie en centre d'hébergement pour les personnes âgées en perte d'autonomie*. INESSS.
- Davydow, D. S., Hough, C. L., Levine, D. A., Langa, K. M., & Iwashyna, T. J. (2013). Functional Disability, Cognitive Impairment, and Depression After Hospitalization for Pneumonia. *The American Journal of Medicine*, 126(7), 615-624.
<https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2012.12.006>
- Dechêne, G. (2017, mai). *Des soins à domicile de grande intensité : Pour une réponse adaptée*.
https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/forum-sad/4_Bloc_2_Genevieve_Dechene.pdf

- Dechêne, G. (2019, mai). *L'intégration des équipes professionnelles de soins palliatifs à domicile au continuum de soins palliatifs*. <https://palli-science.com/sites/default/files/pdf/siad/aqsp-2019-court-siad-ufci-integration-sp.pdf>
- Dechêne, G. (2021). *Les soins de longue durée à domicile au Québec—Un désert médical*. https://cpm.qc.ca/wp-content/uploads/2021/11/Presentation_Dr_Dechene.pdf
- Denis, J.-L., & Téhinian, S. (2023). *Transformation de la gouvernance des systèmes de santé : Analyse de la littérature*. Commissaire à la santé et au bien-être. https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2023/Transformation_gouvernance/CSBE-Transformation_gouvernance_Revue_litterature.pdf
- Département régional de médecine générale de Montréal. (2023). *Activités médicales particulières disponibles par RLS*. https://santemontreal.qc.ca/fileadmin/fichiers/professionnels/medecins/drmg/mon-dossier-omnipraticien/amp/DRMG_AMP_disponibles_par_RLS.pdf
- Desrosiers, K. (2020, septembre 1). L'Opération jasette reconnue par le député Jean-Bernard Émond. *Les 2 Rives*. <https://les2rives.com/loperation-jasette-reconnue-par-le-depute-jean-bernard-emond/>
- Direction des services de soutien à domicile (CISSSMC). (2023, mars 15). *La paramédecine communautaire, une solution d'avenir en plein essor : Offre de service en paramédecine de régulation*.
- Doiron, A., Lord, M.-C., & Pharm, B. (2013). Implantation d'une approche adaptée à la personne âgée hospitalisée à l'Hôpital de Montmagny. *Pharmactuel*, 46(2), 143-146.
- Dufour, R., & Lebel, P. (2020). *L'expérience citoyenne au service de la prévention – Cadre de référence et outils de mise en œuvre pour une participation efficace de la population*. Direction régionale de santé publique du CIUSSS du Centre-Sud-de l'Île-de-Montréal. <https://santemontreal.qc.ca/professionnels/drsp/publications>
- Egermark, M., Blasiak, A., Remus, A., Sapanel, Y., & Ho, D. (2022). Overcoming Pilotitis in Digital Medicine at the Intersection of Data, Clinical Evidence, and Adoption. *Advanced Intelligent Systems*, 4(9). <https://doi.org/10.1002/aisy.202200056>
- Emploi et Développement social Canada. (s. d.). *Programme Nouveaux Horizons pour les aînés*. Gouvernement du Canada. <https://www.canada.ca/fr/emploi-developpement-social/programmes/nouveaux-horizons-aines.html>
- Emploi et Développement social Canada. (2018). *Pour l'innovation inclusive : Nouvelles idées et nouveaux partenariats pour des collectivités plus fortes*. Gouvernement du Canada.

<https://www.canada.ca/content/dam/esdc-edsc/documents/programs/social-innovation-social-finance/reports/SISF-Strategy-Report-FR.pdf>

Emploi et Développement social Canada. (2022, mai 16). *Le gouvernement du Canada finance plus de 3 000 projets visant à soutenir les aînés dans leur collectivité partout au Canada* [Communiqués de presse]. Gouvernement du Canada. <https://www.canada.ca/fr/emploi-developpement-social/nouvelles/2022/05/le-gouvernement-du-canada-finance-plus-de-3000projets-visant-a-soutenir-les-aines-dans-leur-collectivite-partout-au-canada.html>

Ennuyer, B. (2013). Les malentendus de l'« autonomie » et de la « dépendance » dans le champ de la vieillesse. *Le sociographe, Hors-série* 6(5), 139. <https://doi.org/10.3917/graph.hs06.0139>

European Network for Rural Development. (2013). *Mallu does the rounds*.

Fan, V. S., Gaziano, J. M., Lew, R., Bourbeau, J., Adams, S. G., Leatherman, S., Thwin, S. S., Huang, G. D., Robbins, R., Sriram, P. S., Sharafkhaneh, A., Mador, M. J., Sarosi, G., Panos, R. J., Rastogi, P., Wagner, T. H., Mazzuca, S. A., Shannon, C., Colling, C., Niewoehner, D. E. (2012). A Comprehensive Care Management Program to Prevent Chronic Obstructive Pulmonary Disease Hospitalizations : A Randomized, Controlled Trial. *Annals of Internal Medicine*, 156(10), 673. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-156-10-201205150-00003>

Fédération de l'âge d'or du Québec. (FADOQ). (2022, août 24). *Un engagement clair pour instaurer des soins médicaux à domicile, demandent le Réseau FADOQ et le Conseil pour la protection des malades*. <https://www.fadoq.ca/reseau/actualites/communiquer/soins-medicaux-domicile-elections-quebec-2022>

Fédération de l'âge d'or du Québec & Conseil de la protection des malades. (2022, février 3). *Les soins médicaux à domicile doivent devenir une priorité nationale*. <https://www.fadoq.ca/reseau/actualites/nouvelle/soins-domicile-priorite-nationale>

Fédération des médecins spécialistes du Québec. (FMSQ). (s. d.-a). *Gériatre*. Consulté 21 mai 2023, à l'adresse <https://fmsq.org/fr/notre-profession/les-specialites-medicales/geriatrie>

Fédération des médecins spécialistes du Québec. (FMSQ). (s. d.-b). *Soins aux aînés*. Consulté 21 mai 2023, à l'adresse <https://fmsq.org/fr/dossiers-sante/soins-aux-aines>

Fisette, J.-F. (2015). *Télésoins à domicile pour la clientèle MPOC dans le contexte du CIUSSS de l'Estrie—CHUS*. Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé.

Fondation AGES. (s. d.). *À propos*. Consulté 23 juin 2023, à l'adresse <https://geriatriesociale.org/a-propos/>

Fondation AGES. (2021a). *AINÉES AD-PLUS*. Consulté 23 juin 2023, à l'adresse https://geriatriesociale.org/wp-content/uploads/2021/12/FicheAine%CC%81es_ADPLUS_27.09.21.pdf

- Fondation AGES. (2021b). *Rapport annuel 2021*.
- Fondation AGES. (2022). *Pour le déploiement d'équipes intersectorielles de gériatrie sociale partout au Québec*.
http://www.finances.gouv.qc.ca/ministere/outils_services/consultations_publicques/consultations_prebudgetaires/2023-2024/memoires/Memoire_Fondation_AGES.pdf
- Fondation AGES. (2023). *Bilan des projets pilotes en gériatrie sociale (2019-2023) Expérimenter la gériatrie sociale pour rajouter de la vie aux années*.
<https://geriatriesociale.org/wp-content/uploads/2023/05/Bilan-des-projets-pilotes-Geriatrie-sociale-2019-2023.pdf>
- Fondation Dr Julien. (2020, février 27). *L'institut de pédiatrie sociale en communauté | IPSC*.
<https://institutpediatriesociale.com/linstitut-de-pediatrie-sociale-en-communaute/>
- Forest, P.-G., Abelson, J., Gauvin, F.-P., Smith, P., Martin, É., & Eyles, J. (2000). *Participation de la population et décision dans le système de santé et de services sociaux du Québec*. Conseil de la santé et du bien-être.
- Fournier, J. (2013, octobre 9). *Les trois fonctions du projet d'assurance autonomie*. Association québécoise de défense des droits des personnes retraitées et préretraitées.
<https://www.aqdr.org/les-trois-fonctions-du-projet-dassurance-autonomie/>
- Foy, A., & Gaillardetz, E. (2017, mai). *Des soins à domicile de grande intensité : Pour une réponse adaptée*. https://medfam.umontreal.ca/wp-content/uploads/sites/16/2019/08/Forum_MSSS_SAD_aigu_Gaillardetz_Foy_2017.PPT.pdf
- Fulmer, T. (2007). How to Try This : Fulmer SPICES. *American Journal of Nursing*, 107(10), 40-48. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000292197.76076.e1>
- Funk, L. M., Mackenzie, C. S., Cherba, M., Del Rosario, N., Krawczyk, M., Rounce, A., Stajduhar, K., & Cohen, S. R. (2022). Where would Canadians prefer to die? Variation by situational severity, support for family obligations, and age in a national study. *BMC Palliative Care*, 21(1), 139. <https://doi.org/10.1186/s12904-022-01023-1>
- Gagnon Kiyanda, B., Dechêne, G., & Marchand, R. (2016). Mourir à domicile : Un choix collectif. *Perspective infirmière*, 13(2), 50-53.
- Gaillardetz, E., & Aylwin, M. (2015). *Les soins à domicile aigus : Une alternative à l'hospitalisation*. <https://palli-science.com/sites/default/files/pdf/siad/sad-aigu-objectifs-demarrage.pdf>
- Gaillardetz, E., & Aylwin, M. (2017, novembre 1). *Soins à domicile aigus – Une alternative à l'urgence et à l'hospitalisation pour nos clientèles vulnérables*.

- Gaillardetz, E., & Dechêne, G. (n.d.). *Équipe intensive à domicile : Tâches des secrétaires médicales et des médecins à domicile CLSC/SIAD de Verdun*. <https://palliscience.com/sites/default/files/pdf/siad/unites-sad-taches-md-et-secretaires.pdf>
- Galière, S. (2018). De l'économie collaborative à « l'ubérisation » du travail : Les plateformes numériques comme outils de gestion des ressources humaines. *@GRH*, 27(2), 37-56. <https://doi.org/10.3917/grh.182.0037>
- Garnier, E. (2019). Soins médicaux intensifs à domicile. *Le Médecin du Québec*, 54(2), 12-16.
- Geboers, B., Uiters, E., Reijneveld, S. A., Jansen, C. J. M., Almansa, J., Nooyens, A. C. J., Verschuren, W. M. M., De Winter, A. F., & Picavet, H. S. J. (2018). Health literacy among older adults is associated with their 10-years' cognitive functioning and decline—The Doetinchem Cohort Study. *BMC Geriatrics*, 18(1), 77. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0766-7>
- Giguère, U. (2023, avril 28). Désengorgement des urgences : Québec veut déployer des projets de paramédecine communautaire. *La Presse*. <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2023-04-28/desengorgement-des-urgences/quebec-veut-deployer-des-projets-de-paramedecine-communautaire.php>
- Gillespie, S. M., Moser, A. L., Gokula, M., Edmondson, T., Rees, J., Nelson, D., & Handler, S. M. (2019). Standards for the Use of Telemedicine for Evaluation and Management of Resident Change of Condition in the Nursing Home. *Journal of the American Medical Directors Association*, 20(2), 115-122. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2018.11.022>
- Girard-Bossé, A. (2023a, mars 29). Hôpital général juif : Le service d'hospitalisation à domicile ne cesse de grandir. *La Presse*. <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2023-03-29/hopital-general-juif/le-service-d-hospitalisation-a-domicile-ne-cesse-de-grandir.php>
- Girard-Bossé, A. (2023b, mai 1). Hospitalisation à domicile : De nouveaux projets à Montréal et Québec dès cet été. *La Presse*. <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2023-05-01/hospitalisation-a-domicile/de-nouveaux-projets-a-montreal-et-quebec-des-cet-ete.php>
- Goldstein, R. S., & O'Hoski, S. (2014). Telemedicine in COPD: time to pause. *Chest*, 145(5), 945-949. <https://doi.org/10.1378/chest.13-1656>
- Gouvernement du Québec. (s. d.-a). *Programme Action Aînés du Québec*. Consulté 18 mai 2023, à l'adresse <https://www.quebec.ca/famille-et-soutien-aux-personnes/personnes-agees/aide-financiere-organismes/action-aines>
- Gouvernement du Québec. (s. d.-b). *Programme Québec ami des aînés*. Consulté 18 mai 2023, à l'adresse <https://www.quebec.ca/famille-et-soutien-aux-personnes/personnes-agees/aide-financiere-organismes/quebec-ami-des-aines/programme-quebec-ami-des-aines>

Gouvernement du Québec. (s. d.-c). *Soutien financier à des organismes travaillant auprès des aînés en situation de vulnérabilité*. Consulté 18 mai 2023, à l'adresse <https://www.quebec.ca/famille-et-soutien-aux-personnes/personnes-agees/aide-financiere-organismes/soutien-financier-organismes-travaillant-aupres-aines-situation-vulnerabilite>

Gouvernement du Québec. (2017). *Stratégie québécoise des sciences de la vie 2017-2027*.

Gouvernement du Québec. (2018). *Un Québec pour tous les âges—Le plan d'action 2018-2023*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/ainee/F-5234-MSSS-18.pdf>

Gouvernement du Québec. (2022a). *Budget 2022-2023*.

Gouvernement du Québec. (2022b). *Inventer. Développer. Commercialiser. SQRI2. Stratégie québécoise de recherche et d'investissement en innovation 2022-2027*. https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/economie/publications-adm/politique/PO_SQRI2_2022-2027_MEI.pdf

Guay, M., & Ruest, M. (2019). *Adoption de l'Algo dans les services de soutien à domicile québécois : Étude du processus d'application des connaissances*. Centre de recherche sur le vieillissement.

Guo, B., Corabian, P., Yan, C., & Tjosvold, L. (2017). *Community paramedicine : Program characteristics and evaluation*. Institute of Health Economics.

Health PEI. (2017). *Remote Patient Monitoring Project*. Canada Health Infoway. <https://www.infoway-inforoute.ca/en/component/edocman/resources/reports/benefits-evaluation/3476-remote-patient-monitoring-project-prince-edward-island>

Health Quality Ontario. (2017). *Measuring Up 2017 : A yearly report on how Ontario's health system is performing*. Health Quality Ontario.

Hébert, G., & Hurteau, P. (2016). *Les indicateurs en santé*. Institut de recherche et d'informations socioéconomiques.

Higginson, I. J., Sarmiento, V. P., Calanzani, N., Benalia, H., & Gomes, B. (2013). Dying at home – is it better : A narrative appraisal of the state of the science. *Palliative Medicine*, 27(10), 918-924. <https://doi.org/10.1177/0269216313487940>

Inforoute Santé du Canada. (2022). *Avantages environnementaux et financiers des soins virtuels*. <https://www.infoway-inforoute.ca/fr/component/edocman/ressources/rapports/evaluation-des-avantages/3886-les-avantages-environnementaux-et-financiers-des-soins-virtuels-au-canada>

Institut canadien d'information sur la santé. (ICIS). (s. d.). *Décès à domicile ou dans la collectivité*. Consulté 22 mai 2023, à l'adresse <https://www.cihi.ca/fr/indicateurs/deces-a-domicile-ou-dans-la-collectivite>

Institut canadien d'information sur la santé. (ICIS). (2022). *Statistiques sur les hospitalisations, les chirurgies et les nouveau-nés, 2021-2022*.

International Consortium for Health Outcomes Measurement. (s. d.). *Patient-Centered Outcome Measures*. Consulté 23 juin 2023, à l'adresse <https://www.ichom.org/patient-centered-outcome-measures/>

Island Health. (2018). *Evaluation of the Home Health Monitoring Expansion Project*. Canada Health Infoway. <https://www.infoway-inforoute.ca/en/component/edocman/3482-evaluation-of-the-home-health-monitoring-expansion-project/>

Joly, Y., So, D., Osien, G., Crimi, L., Bobrow, M., Chalmers, D., Wallace, S. E., Zeps, N., & Knoppers, B. (2016). A decision tool to guide the ethics review of a challenging breed of emerging genomic projects. *European Journal of Human Genetics*, 24(8), 1099-1103. <https://doi.org/10.1038/ejhg.2015.279>

Kergoat, M.-J., Dupras, A., Juneau, L., Bourque, M., & Boyer, D. (2011). *Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier*. Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Klein. (s. d.). « *Hospital at Home* » *Programs Improve Outcomes, Lower Costs But Face Resistance from Providers and Payers*. Consulté 22 mai 2023, à l'adresse <https://www.commonwealthfund.org/publications/newsletter-article/hospital-home-programs-improve-outcomes-lower-costs-face-resistance>

Klein, J.-L., Fontan, J.-M., Harrisson, D., & Lévesque, B. (2014). L'innovation sociale au Québec : Un système d'innovation fondé sur la concertation. In J.-L. Klein, J.-L. Laville, & F. Moulaert, *L'innovation sociale* (p. 193). ERES. <https://doi.org/10.3917/eres.moula.2014.01.0193>

Klein, J.-L., & Harrisson, D. (2007). *L'innovation sociale : Émergences et effets sur la transformation des sociétés* (Presses de l'Université du Québec). Bibliothèque et Archives nationales du Québec. https://extranet.puq.ca/media/produits/documents/1471_9782760521650.pdf

Laboratoire d'innovation en santé des aînés. (2022). *Agir sur l'offre de menus travaux dans son territoire—Faits saillants d'une exploration réalisée dans la MRC des Basques*.

Lachance, A., Varady-Szabo, H., & Morin, L. (2023). *Programmation de recherche-action (Bien vieillir chez soi)*. Collectif régional de développement du Bas-Saint-Laurent.

Lacoursière, A. (2022, mai 14). Fédération des médecins omnipraticiens du Québec : La « pénurie qui touche la province » inquiète. *La Presse*. <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2022-05-14/federation-des-medecins-omnipraticiens-du-quebec/la-penurie-qui-touche-la-province-inquiete.php>

Lafrenière, S., & Dupras, A. (2014). *Les Signes AINÉES, un outil pour améliorer l'évaluation de la condition de santé de l'adulte âgé quel que soit le milieu de soins, déceler les problèmes de santé aigus et prévenir les complications*. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. <https://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/periodiques/Perspective/vol11no2/14-pratique-clinique.pdf>

Landry, M., Couture, M., & Massie, J. (2021). *Portrait de santé de la population*. https://emis.santemontreal.qc.ca/fileadmin/emis/Sant%C3%A9_des_Montr%C3%A9alais/Portrait_global/PortraitsCIUSSS2018/3_Portrait_CCS_2021.pdf

Lavoie, M. (2018, janvier 7). Un médecin qui se déplace chez vous. *Le journal de Québec*. <https://www.journaldequebec.com/2018/01/07/un-medecin-chez-vous>

Lemelin, A., Bernard, S., & Godbout, A. (2017). E-Health Medicine to Ease Gestational Diabetes Mellitus (GDM) Management : Evaluation of a Telehomecare Initiative Used in GDM Women. *Canadian Journal of Diabetes*, 41(5), S78. <https://doi.org/10.1016/j.cjcd.2017.08.223>

Lemelin, A., Godbout, A., Paré, G., & Bernard, S. (2020). Improved Glycemic Control Through the Use of a Telehomecare Program in Patients with Diabetes Treated with Insulin. *Diabetes Technology & Therapeutics*, 22(4), 243-248. <https://doi.org/10.1089/dia.2019.0324>

Lemire, S. (2018). La gériatrie sociale, une réponse innovatrice pour ajouter de la vie aux années. *Association québécoise des soins palliatifs*. <https://www.aqsp.org/wp-content/uploads/2018/12/Fondation-AGES-Mai-2018-g%C3%A9riatrie-sociale-1.pdf>

Les Habitations Bordeleau. (s. d.). *À propos—Les Habitations Bordeleau à Saint-Charles-Borromée*. Consulté 24 juin 2023, à l'adresse <https://habitationsbordeleau.com/a-propos>

Les patients qui participent au programme avant-gardiste de l'HGJ font l'objet d'une surveillance à distance pendant qu'ils se rétablissent à leur domicile. (2022). *Nouvelles HGJ*.

Les Petits Frères. (2022). *Rapport annuel 2021-2022*. https://petitsfreres.ca/wp-content/uploads/2023/02/LesPetitsFreres_Rapport_annuel_2021-2022_FR.pdf

Lévesque, F. (2023, février 2). Projet de loi sur l'accès aux données : Une « atteinte au secret professionnel ». *La Presse*. <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2023-02-02/projet-de-loi-sur-l-acces-aux-donnees/une-atteinte-au-secret-professionnel.php>

Levine, D. M., Ouchi, K., Blanchfield, B., Diamond, K., Licurse, A., Pu, C. T., & Schnipper, J. L. (2018). Hospital-Level Care at Home for Acutely Ill Adults : A Pilot Randomized Controlled Trial. *Journal of General Internal Medicine*, 33(5), 729-736. <https://doi.org/10.1007/s11606-018-4307-z>

Living Lab Lanaudière. (s. d.). *Les Habitations Bordeleau et Evey*. Consulté 18 mai 2023, à l'adresse <https://www.livinglablanaudiere.com/fr/experimentations-technologiques/sante-et-gerontech/les-habitations-bordeleau-et-evey>

Loi sur les compétences municipales, RLRQ, c. C-47.1

Loi médicale, RLRQ, c. M-9

Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant les activités médicales, la répartition et l'engagement des médecins, projet de loi n° 142 (sanctionné – 18 décembre 2002), 2^e sess., 36^e légis. (Qc)

Loi sur les renseignements de santé et de services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives, projet de loi n° 3 (sanctionné – 4 avril 2023), 1^{re} sess., 43^e légis. (Qc)

Loi sur les services préhospitaliers d'urgence, RLRQ, c. S-6.2

Loi sur les services de santé et les services sociaux, RLRQ, c. S-4.2

Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace, projet de loi n° 15 (adoption du principe – 31 mai 2023), 1^{re} sess., 43^e légis. (Qc)

Loi visant principalement à promouvoir l'achat québécois et responsable par les organismes publics, à renforcer le régime d'intégrité des entreprises et à accroître les pouvoirs de l'Autorité des marchés publics, projet de loi no 12 (sanctionné – 2 juin 2022), 2^e sess., 42^e légis. (Qc)

Loiseau, C. (2022, décembre 13). Une résidence pour aînés qui est super connectée. *Le Journal de Montréal*. <https://www.journaldemontreal.com/2022/12/13/une-residence-pour-aines-qui-est-super-connectee>

Lucilab. (s. d.-a). *À propos*. Consulté 24 juin 2023, à l'adresse <https://lucilab.ca/a-propos/>

Lucilab. (s. d.-b). *Découvrir l'app*. Consulté 24 juin 2023, à l'adresse <https://lucilab.ca/app/>

Lucilab. (s. d.-c). *Luci et la science*. Consulté 24 juin 2023, à l'adresse <https://lucilab.ca/science/>

Lück, S., Balsmeier, B., Seliger, F., & Fleming, L. (2020). Early Disclosure of Invention and Reduced Duplication : An Empirical Test. *Management Science*, 66(6), 2677-2685. <https://doi.org/10.1287/mnsc.2019.3521>

Maison de l'innovation sociale. (2021). *Enraciner l'innovation sociale comme un champ de pratique pour un Québec plus résilient—Un mémoire rédigé par la Maison de l'innovation sociale (MIS), présenté dans le cadre du processus de consultation entourant la Stratégie québécoise de la recherche et de l'innovation 2022 du ministère de l'Économie et de l'Innovation du Québec*. https://www.mis.quebec/wp-content/uploads/2021/05/SQRI2022_memoire_mis_14mai2021.pdf

- Marshall, K., & Hale, D. (2019). The Older Adult and Health Literacy. *Home Healthcare Now*, 37(5), 292-292. <https://doi.org/10.1097/NHH.0000000000000812>
- McLean, S., Nurmatov, U., Liu, J. L., Pagliari, C., Car, J., & Sheikh, A. (2011). Telehealthcare for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012(8). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007718.pub2>
- MEDTEQ+. (2023). *Vitrine d'innovations en santé—Appui à l'intégration des innovations dans le réseau de la santé et des services sociaux*.
- Michaud, G. (2020, novembre 23). Projet de paramédecine communautaire dans la région. *Le Reflet*. <https://www.lereflet.qc.ca/photos-et-video-le-cisss-monteregie-centre-et-la-cetam-innovent-avec-un-projet-de-paramedecine-communautaire/>
- Ministère des Affaires municipales et de l'Habitation. (s. d.-a). *Centre local de développement*. Consulté 21 mai 2023, à l'adresse <https://www.mamh.gouv.qc.ca/amenagement-du-territoire/guide-la-prise-de-decision-en-urbanisme/financement-et-maitrise-fonciere/soutien-au-developpement-economique/centre-local-de-developpement/>
- Ministère des Affaires municipales et de l'Habitation. (s. d.-b). *Plan d'action pour l'économie et l'emploi*. Consulté 24 juin 2023, à l'adresse <https://www.mamh.gouv.qc.ca/amenagement-du-territoire/guide-la-prise-de-decision-en-urbanisme/planification/plan-daction-pour-leconomie-et-lemploi/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (MSSS). (s. d.-a). *Ressources humaines—Rôles et responsabilités de l'équipe*. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Consulté 20 mai 2023, à l'adresse <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/soins-et-services/guide-urgences-ressources-humaines/roles-et-responsabilites-equipe/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (MSSS). (s.d.-b). *Technologie de l'information*. Consulté 18 mai 2023, à l'adresse <https://www.ti.msss.gouv.qc.ca/Familles-de-services/Bureau-de-certification-et-d-homologation.aspx>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (MSSS). (2002). *Plan de la santé et des services sociaux : Pour faire les bons choix*.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (MSSS). (2017). *Politique d'évaluation du ministère de la Santé et des Services sociaux*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-701-03W.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (MSSS). (2020a). *Cadre de gestion ministériel du Programme de soutien aux organismes communautaires pour le mode de financement en soutien à la mission globale*.

- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (MSSS). (2020b). *Répertoire des indicateurs de gestion en santé et services sociaux*. <https://msss.gouv.qc.ca/repertoires/indicateurs-gestion/indicateur-000195/?&date=DESC>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (MSSS). (2021a). *L'étude des crédits 2021-2022—Réponses aux questions particulières de l'Opposition officielle. 2*.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (MSSS). (2021b). *Un financement additionnel de 980 000 \$ octroyé à la Fondation AGES pour des mesures de gériatrie sociale*. <https://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/salle-de-presse/communiqu-3217/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (MSSS). (2022a). *Cadre clinique de développement de la pratique préhospitalière provinciale 2022-2026*.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (MSSS). (2022b). *Cadre normatif de développement des pratiques préhospitalières et parahospitalières régionales*.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (MSSS). (2022c). *Financement direct de 6,6 M\$ pour la réalisation de 28 projets d'innovation en santé et services sociaux*.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (MSSS). (2022d). *Plan pour mettre en œuvre les changements nécessaires en santé*. https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/gouvernement/MCE/memoires/Plan_Sante.pdf
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (MSSS). (2022e). *Politique gouvernementale sur le système préhospitalier d'urgence*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-929-02W.pdf>
- Morgan, B. (2023). *Lancement d'Hôpital@ domicile dans l'est de Montréal*. CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal.
- Nadeau, J.-B. (2023, janvier 19). La médecine à domicile, ça presse! *Avenues.ca*. <https://avenues.ca/comprendre/editoriaux/la-medecine-a-domicile-ca-presse/>
- Niang, M., Dupéré, S., & Gagnon, M.-P. (2021). L'innovation en santé est-elle perçue comme étant technologique ou sociale? Une réflexion conceptuelle dans le domaine de la santé publique. *Revue Organisations & territoires*, 30(1), 1-14. <https://doi.org/10.1522/revueot.v30n1.1282>
- Ontario Community Paramedicine Secretariat. (OCPS). (2019). *2019 Report on the Status of Community Paramedicine in Ontario*. Ontario Community Paramedicine Secretariat. <https://www.ontariocpsecretariat.ca/resources>
- Oosterveld-Vlug, M. G., Heins, M. J., Boddaert, M. S. A., Engels, Y., Heide, A. V. D., Onwuteaka-Philipsen, B. D., Reyners, A. K. L., & Francke, A. L. (2022). Evaluating quality of care at the end of life and setting best practice performance standards : A population-based

- observational study using linked routinely collected administrative databases. *BMC Palliative Care*, 21(1), 51. <https://doi.org/10.1186/s12904-022-00927-2>
- Osborn, R., Moulds, D., Squires, D., Doty, M. M., & Anderson, C. (2014). International Survey Of Older Adults Finds Shortcomings In Access, Coordination, And Patient-Centered Care. *Health Affairs*, 33(12), 2247-2255. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2014.0947>
- Paradis, M. (2019, novembre 12). Recevoir la dialyse à domicile. *Lefil.ca*. <https://lefil.ciusssestmtl.net/recevoir-la-dialyse-a-domicile/>
- Paré, G., Poba-Nzaou, P., Sicotte, C., Beaupré, A., Lefrançois, É., Nault, D., & Saint-Jules, D. (2013). Comparing the costs of home telemonitoring and usual care of chronic obstructive pulmonary disease patients : A randomized controlled trial. *European Research in Telemedicine / La Recherche Européenne En Télé médecine*, 2(2), 35-47. <https://doi.org/10.1016/j.eurtel.2013.05.001>
- Paré, G., Sicotte, C., St-Jules, D., & Gauthier, R. (2006). Cost-minimization analysis of a telehomecare program for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Telemedicine Journal and e-Health*, 12(2), 114-121.
- Paré, I. (2022, octobre 30). Info-Santé se dote d'une appli pour freiner les heures supplémentaires. *Le Devoir*. <https://www.ledevoir.com/societe/sante/768822/reseau-de-la-sante-info-sante-se-dote-d-une-appli-pour-freiner-le-temps-supplementaire>
- Peguero-Rodriguez, G., Polomeno, V., & Lalonde, M. (2021). Le transfert des aînés des résidences pour personnes âgées vers l'urgence : L'état actuel des connaissances. *Soins d'urgence*, 2(1), 11-20.
- Pelletier, L. (2019). *La multimorbidité au Canada : Principaux profils et coûts*.
- Pham, B., & Krahn, M. (2014). *End-of-Life Care Interventions : An Economic Analysis*. Health Quality Ontario. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4552298/pdf/ohtas-14-1.pdf>
- Pipon, S., Simard, F., & Bourget, S. (2022). *Journée régionale spéciale table régionale de concertation des aînés gîm—La proche aide et les aînés*. Table régionale de concertation des aînés GÎM. <https://tableainesgim.org/wp-content/uploads/2022/04/Rapport.pdf>
- Pistoria, M. J. (2021). *Infections contractées à l'hôpital*. Le manuel MERCK. <https://www.merckmanuals.com/fr-ca/accueil/sujets-particuliers/soins-%C3%A0-l-h%C3%B4pital/infections-contract%C3%A9es-%C3%A0-l-h%C3%B4pital>
- Plourde, A. (2022). *Bilan des groupes de médecine famille après 20 ans d'existence—Un modèle à revoir en profondeur*. Institut de recherche et d'informations socioéconomiques. https://iris-recherche.qc.ca/wp-content/uploads/2022/05/GMF-note_web2.pdf

Plus de médecins, payés moins cher : La solution française. (2018, septembre 13). *Radio-Canada*. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1122923/sante-soins-france-modele-comparatif>

Polisena, J., Tran, K., Cimon, K., Hutton, B., McGill, S., Palmer, K., & Scott, R. E. (2010). Home telehealth for chronic obstructive pulmonary disease : A systematic review and meta-analysis. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 16(3), 120-127. <https://doi.org/10.1258/jtt.2009.090812>

Prades, J. (2015). Du concept d'« innovation sociale ». *Revue internationale de l'économie sociale: Recma*, 338, 103. <https://doi.org/10.7202/1033876ar>

Prescott and Russel. (s. d.). *Community Paramedicine*. Prescott and Russel. Consulté 23 juin 2023, à l'adresse https://en.prescott-russell.on.ca/stay/emergency_services/community_paramedicine

Presidential Commission for the Study of Bioethical Issues. (2016). *Vulnerable Populations in Safeguarding Children : Pediatric Medical Countermeasure Research*. Bioethics Archive. <https://bioethicsarchive.georgetown.edu/pcsbi/sites/default/files/6%20Vulnerable%20Population%20Safeguarding%20Children%2009.30.16.pdf>

Proteau-Dupont, E., & Lepage, D. (2019). Rapport d'analyse des données du premier Forum sur la gériatrie sociale. *Fondation AGES*. https://geriatriesociale.org/wp-content/uploads/2020/11/Rapport_geriatrie_sociale_18_01_2019-final.pdf

RAND Corporation. (2004). *Developing Quality of Care Indicators for the Vulnerable Elderly : The ACOVE Project*. RAND Corporation. https://www.rand.org/pubs/research_briefs/RB4545-1.htm

Régie de l'assurance maladie du Québec. (RAMQ). (2018). *Lettre d'entente no 336 – Prestation continue de services médicaux dans le cadre du Programme des soins intensifs à domicile (SIAD) en CLSC*.

Régie de l'assurance maladie du Québec. (RAMQ). (2019). *Nouvelle version de la Lettre d'entente no 336 – Prestation continue de services médicaux dans le cadre des soins intensifs à domicile en CLSC*.

Régie de l'assurance maladie du Québec. (RAMQ). (2020). *Programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique*. <https://www.ramq.gouv.qc.ca/sites/default/files/documents/depl-aide-domestique-fr.5.2.pdf>

Règlement sur les dossiers, les lieux d'exercice et la cessation d'exercice d'un médecin, RLRQ, c. M-9, r. 20.3

Regroupement intersectoriel des organismes communautaires de Montréal. (RIOCM). (2023, mars 30). Analyse du budget du Québec 2023-2024 : « Un Québec engagé » à détricoter notre

filet social. *RIOCM*. <https://riocm.org/analyse/analyse-du-budget-du-quebec-2023-2024-un-quebec-engage-a-detricoter-notre-filet-social/>

Réseau de coopération des EÉSAD. (s. d.). *Qu'est-ce qu'une EÉSAD?* Consulté 23 juin 2023, à l'adresse <https://eesad.org/les-eesad/quest-ce-quune-eesad/>

Réseau de coopération des EÉSAD. (2021). *Chez moi pour la vie, le choix des québécois selon un sondage léger*. <https://eesad.org/2021/02/sondage/>

Revenu Québec. (s. d.). *Crédit d'impôt pour maintien à domicile des aînés*. Consulté 23 juin 2023, à l'adresse <https://www.revenuquebec.ca/fr/citoyens/credits-dimpot/credit-dimpot-pour-maintien-a-domicile/>

Richez-Battesti, N., Petrella, F., & Vallade, D. (2012). L'innovation sociale, une notion aux usages pluriels : Quels enjeux et défis pour l'analyse ? *Innovations*, n°38(2), 15-36. <https://doi.org/10.3917/inno.038.0015>

Rollin, J., & Vincent, V. (2007). *Acteurs et processus d'innovation sociale au Québec*. Le réseau québécois en innovation sociale. <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/2166883>

Savard, A.-M. (2018). Les médecins comme travailleurs autonomes au sein du système public de santé au Québec : Le passage d'une autonomie professionnelle à une imputabilité sociale. *Les Cahiers de droit*, 58(4), 749-787. <https://doi.org/10.7202/1042757ar>

Schlieter, H., Marsch, L. A., Whitehouse, D., Otto, L., Londral, A. R., Teepe, G. W., Benedict, M., Ollier, J., Ulmer, T., Gasser, N., Ultsch, S., Wollschlaeger, B., & Kowatsch, T. (2022). Scale-up of Digital Innovations in Health Care : Expert Commentary on Enablers and Barriers. *Journal of Medical Internet Research*, 24(3). <https://doi.org/10.2196/24582>

Senez, G., Gaillardetz, E., Larocque, J., Mauger, M.-È., Suppervielle, R., Bessette, M., & Rioux, N. (2022). *Vers un soutien à domicile intensifié*. CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

Sentilhes-Monkam, A. (2005). Rétrospective de l'hospitalisation à domicile : L'histoire d'un paradoxe. *Revue française des affaires sociales*, 3, 157-182. <https://doi.org/10.3917/rfas.053.0157>

Sicotte, C., Paré, G., Morin, S., Potvin, J., & Moreault, M.-P. (2011). Effects of Home Telemonitoring to Support Improved Care for Chronic Obstructive Pulmonary Diseases. *Telemedicine and E-Health*, 17(2), 95-103. <https://doi.org/10.1089/tmj.2010.0142>

Simard, M. (2019). Le vieillissement de la population et la décroissance démographique en milieu rural : Un défi pour le développement territorial des petites localités du Québec. *Cahiers québécois de démographie*, 48(2), 107. <https://doi.org/10.7202/1074178ar>

Simmons, R., Fajans, P., & Ghiron, L. (2007). Scaling up Health Service Delivery – From pilot innovations to policies and programmes. *Organisation Mondiale de La Santé*.

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43794/9789241563512_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Sinha, S., & Foster, N. (2017). Insights Gained from the Development of Community Paramedicine Programs in Canada. *Innovation in Aging, 1*(suppl_1), 49-49. <https://doi.org/10.1093/geroni/igx004.199>

Soins Providence. (s. d.). *Opération Jasette*. Soins Providence. Consulté 18 mai 2023, à l'adresse <https://www.soinsprovidence.com/page-vierge>

SOS Médecins. (s. d.-a). *Histoire et valeurs*. Consulté 18 mai 2023, à l'adresse <https://sosmedecins-france.fr/sos-medecins/histoire-et-valeurs/>

SOS Médecins. (s. d.-b). *SOS Médecins France*. Consulté 18 mai 2023, à l'adresse <https://sosmedecins-france.fr/>

Sparkes, S., Durán, A., & Kutzin, J. (2017). *A system-wide approach to analysing efficiency across health programmes*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254644>

St-Louis, A., Beaudoin, M., Branget, B., Demers-Bouffard, D., Labesse, M. E., Robitallai, É., & Tourigny, A. (2022). Des lieux pour vieillir en bonne santé. *Collection OPUS (INSPQ)*, 9.

Syndicat professionnel des diététistes et nutritionnistes du Québec c. Centre de santé des Nord-Côtières. (2006 CanLII 77).

Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles. (TRPOCB). (2019). *Vers un nouveau Plan d'action gouvernemental en matière d'action communautaire répondant aux espoirs des organismes communautaires autonomes du domaine de la santé et des services sociaux—Mémoire présenté dans le cadre de la consultation sur le prochain Plan d'action gouvernemental en matière d'action communautaire*. https://trpocb.org/wp-content/uploads/2019/12/2019_12_05MEMOIRE-TRPOCB-PAGAC.pdf?fbclid=IwAR1ZRmPiJL43vSM3LRftrd23QZMYuDnenfxJIGJNZiRdpF5oqoABMkSTJ0E

Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles. (TRPOCB). (2023). *Budget du Québec 2023 : Le rehaussement moyen des OCASSS n'équivaut qu'à un maigre 3 000\$ par an d'ici à 2026*. <https://trpocb.org/la-table-reagit-au-budget-2023-du-quebec/>

Tanuseputro, P., Wodchis, W. P., Fowler, R., Walker, P., Bai, Y. Q., Bronskill, S. E., & Manuel, D. (2015). The Health Care Cost of Dying : A Population-Based Retrospective Cohort Study of the Last Year of Life in Ontario, Canada. *PLOS ONE, 10*(3). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0121759>

Tepponen, M., & Heiskanen, K. (s. d.). *Mallu the Mobile Clinic development project*.

Thébaud, J.-F. (2017). Ubérisation de la médecine : Menace ou opportunité ? *Les Tribunes de la santé*, 54(1), 85-92. <https://doi.org/10.3917/seve.054.0085>

Thésaurus de l'activité gouvernementale. (s. d.). *Fiche du terme : Lettre d'entente*. Consulté 18 mai 2023, à l'adresse <https://www.thesaurus.gouv.qc.ca/tag/terme.do?id=17387>

Thurman, W. A., Moczygema, L. R., Tormey, K., Hudzik, A., Welton-Arndt, L., & Okoh, C. (2021). A scoping review of community paramedicine : Evidence and implications for interprofessional practice. *Journal of Interprofessional Care*, 35(2), 229-239. <https://doi.org/10.1080/13561820.2020.1732312>

Trivalle, C. (2016). *Gérontologie préventive : Éléments de prévention du vieillissement pathologique* (3e édition, Vol. 1-1 ressource en ligne.). Elsevier Masson. <http://ezproxy.usherbrooke.ca/login?url=http://www.sciencedirect.com/science/book/9782294746147>

Un service de médecin à domicile maintenant offert à Sherbrooke. (2023, janvier 9). *Radio-Canada*. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1946834/clinique-privee-medecine-continuum-docteur>

Vérificateur général du Québec. (VGQ). (2015). *Groupes de médecine de famille et cliniques-réseau*. https://www.vgq.qc.ca/Fichiers/Publications/rapport-annuel/2015-2016-VOR-Printemps/fr_Rapport2015-2016-VOR-Chap05.pdf

Vérificateur général du Québec. (VGQ). (2020). Mesure de l'accès aux soins de santé et aux services sociaux : Indicateurs. Dans *Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2020-2021*. https://www.vgq.qc.ca/Fichiers/Publications/rapport-annuel/165/vgq_ch03_sante_web.pdf

Vérificateur général du Québec. (VGQ). (2022). *Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2021-2022*.

Verma, A. A., Klich, J., Thurston, A., Scantlebury, J., Kiss, A., Seddon, G., & Sinha, S. K. (2018). Paramedic-Initiated Home Care Referrals and Use of Home Care and Emergency Medical Services. *Prehospital Emergency Care*, 22(3), 379-384. <https://doi.org/10.1080/10903127.2017.1387627>

Vulnerable Populations : Who Are They? (2006). *American Journal of Managed Care*, 12(13). <https://www.ajmc.com/view/nov06-2390ps348-s352>

Waisel, D. B. (2013). Vulnerable populations in healthcare. *Current Opinion in Anaesthesiology*, 26(2), 186-192. <https://doi.org/10.1097/ACO.0b013e32835e8c17>

ANNEXE I – PHASES DE RÉALISATION DU MANDAT

Phase 1 – Analyse des innovations SSAD soumises par le CSBE

Phase 2 – Sélection des innovations

Quatre projets ont été retenus, dont trois portent sur des soins à domicile.

Phase 3 – Collecte de données

3.1 Délimitation de l'écosystème d'innovations SSAD

Une revue des médias, de la littérature grise et scientifique a d'abord permis d'identifier les innovations SSAD au Québec depuis 2010. Les banques de données utilisées sont Érudit, Google Scholar et l'outil de recherche Sofia. Parmi les mots clés utilisés figurent « soutien à domicile », « soins à domicile », « services à domicile », « innovations », « aînés », « novateur », « pratique innovante » et « santé ».

Les innovations identifiées, hormis celles analysées dans le présent rapport, concernent surtout des technologies. Par exemple, un recensement du Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement a permis de repérer une multitude d'innovations technologiques planifiées, effectuées ou tentées pour le maintien à domicile des personnes âgées. Ces innovations sont très variées avec, entre autres, un robot compagnon, un pilulier intelligent et un bracelet GPS pour signaler les chutes (Comité du RIUSSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2022). Autre innovation technologique identifiée durant cette revue de littérature : l'outil clinique Algo, un algorithme utilisé dans les services de soutien à domicile depuis 2013, qui « encadre la sélection d'équipements aux soins d'hygiène pour les personnes ayant des incapacités physiques vivant à domicile (ex. aînés) dans le cadre du chevauchement des compétences [...] » (Guay et Ruest, 2019). Signalons enfin la dialyse péritonéale assistée à domicile issue du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, qui permet depuis 2019 aux patients d'obtenir leur traitement directement à domicile, (CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, s. d. ; Paradis, 2019).

Tableau synthétique des innovations identifiées par la revue de littérature

Innovations	Caractéristiques
Outil clinique Algo	Aide à la sélection des équipements de soins d'hygiène pour les personnes avec des incapacités physiques
Dialyse péritonéale assistée à domicile	Traitements de dialyse directement à domicile
Innovations technologiques recensées par le Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement	Robot compagnon, pilulier intelligent, bracelet GPS, etc.

Afin de compléter l'identification des innovations en soins et services à domicile au Québec, nous avons contacté les directeurs de programmes SAPA (soutien à l'autonomie des personnes âgées) de la province. Les innovations répertoriées grâce à cet appel s'apparentent plus souvent à des pratiques innovantes qu'à de vraies innovations. En voici une liste non exhaustive :

- Soutien intensifié à domicile et en ressources intermédiaires (RI) pour une attente sécuritaire d'un hébergement adapté
- Présence d'infirmières de liaison avec les RI entre 8h et 22h
- Coévaluation par le SAD et Urgences-santé des usagers en RI et en RPA
- Congé précoce assisté en santé physique (réadaptation intensive à domicile)
- Utilisation de chaises de levage en RI pour éviter le recours à des services préhospitaliers et hospitaliers après une chute
- Couverture médicale 24/7 par le SIAD
- Coordination centralisée de tous les services de soins palliatifs en installation et à domicile (trajectoire de soins palliatifs à domicile)
- Projet de gériatrie sociale
- Équipe de professionnels dédiés aux usagers ayant une déficience physique au SAD

3.2 Collecte d'informations relatives aux innovations identifiées et aux obstacles normatifs et de gouvernance

Une revue des médias, de la littérature grise et scientifique a été effectuée au sujet des innovations déjà identifiées, notamment par le biais des banques de données Érudit, Wiley Online Library, Sofia et Google Scholar. Parmi les mots-clés utilisés : « soutien à domicile », « soins à domicile », « services à domicile », « innovations », « ubérisation », « technologie de l'information et des communications », « politique de soutien à domicile », « aînés », « services communautaires », « services de santé », « novateur », « obstacles normatifs », « freins à l'innovation ».

En outre, la présente recherche visait à identifier les obstacles normatifs et de gouvernance au déploiement des innovations SSAD au Québec. Parmi les mots-clés utilisés à cette fin : « obstacles », « innovation », « lois », « règlements », « conventions collectives », « gouvernance », « financier ».

À ce stade, il a été possible de formuler les premiers constats concernant les obstacles à l'innovation en soins et services à domicile, qui nous ont été utiles après les entrevues pour corroborer les témoignages des intervenants.

Phase 4 – Identification des innovations SSAD additionnelles à considérer compte tenu des résultats de la phase 3

Nous avons fait le choix de nous concentrer sur les innovations portées à notre attention qui sont assorties d'une collecte de données nous permettant de réaliser notre mandat. Nous avons donc ajouté deux (2) innovations aux quatre (4) déjà identifiées.

Phase 5 – Entrevues avec les intervenants concernés

Préalablement aux entrevues, les intervenants sollicités par courriel lors de la phase 2 (identification) ont reçu un deuxième courriel intitulé « Formulaire d'information et de consentement », destiné à informer les participants de la nature de leur implication et à obtenir leur consentement.

Les intervenants sélectionnés ont été sollicités pour une entrevue semi-dirigée d’une durée de 60 à 90 minutes sur la plateforme Teams. Quatre (4) questions ouvertes leur étaient posées, concernant : (1) la description du projet ; (2) les éléments ayant favorisés l’émergence de l’innovation ; (3) le mode de collecte et les coûts et bénéfices ; (4) les obstacles normatifs et de gouvernance à leur pérennisation et à leur déploiement. Ces entrevues ont permis de recueillir leurs témoignages et leurs opinions de parties prenantes des différents projets. De plus, il a été possible d’approfondir les connaissances obtenues lors des phases 2 (identification) et 3 (collecte). Après chaque entrevue, un résumé chronologique des éléments pertinents discutés a été produit.

Le tableau suivant présente les projets analysés, le secteur concerné (public, privé, communautaire), la fonction des intervenants rencontrés et le nombre d’entrevues.

Innovations identifiées et intervenants sollicités en entrevue

Innovation	Secteur	Nombre d’entrevues	Rôle des intervenants rencontrés
Application Luci	Privé	2	Gestionnaire de l’entreprise
			Gestionnaire de l’entreprise
Gériatrie sociale	Communautaire	2	Gestionnaire à la Fondation AGES
			Gestionnaire à la Fondation AGES
Paramédecine de régulation	Public/privé	2	Gestionnaire d’une entreprise ambulancière
			Gestionnaire au CISSSMC
Projet VESTA	Public/municipal	2	Gestionnaire CISSSBSL
			Médecin du Bas-Saint-Laurent
			Agente de recherche de la recherche-action
Soins intensifs à domicile (SIAD) CLSC Verdun	Public	4	Gestionnaire à la direction SAPA du CCSMTL

			Médecin de famille
			Médecin de famille
			Président de la FMOQ
Plateforme SVMV	Public	3	Gestionnaire au CCT du CIUSSS de l'Estrie-CHUS
			Gestionnaire au CCT du CIUSSS de l'Estrie-CHUS

Deux types d'entrevues ont été menées durant ce projet : des entrevues exploratoires (5.1) et des entrevues d'approfondissement (5.2).

5.1 Entrevues exploratoires

Les entrevues exploratoires ont été réalisées en premier, suite à la sélection des intervenants. Ces entrevues étaient non-directives afin que les intervenants puissent s'exprimer le plus librement possible.

L'objectif était d'obtenir une description du projet, de ses origines, de son fonctionnement et des parties prenantes impliquées. Il s'agissait aussi de faire ressortir les aspects positifs du projet, les réussites, les retombées, la plus-value, de même que les aspects négatifs, les freins au développement de l'innovation et les obstacles rencontrés.

Certains intervenants en ont profité pour suggérer d'autres projets, dans le domaine du soutien à domicile, susceptibles d'entrer dans le cadre de cette recherche.

5.2 Entrevues d'approfondissement (entrevues principales)

Après la collecte d'information, les intervenants sélectionnés ont été rencontrés une seconde fois pour une entrevue d'approfondissement à caractère semi-directif, dont l'objectif était de permettre ultérieurement la comparaison des informations recueillies durant la phase 3 (collecte) avec la réalité des intervenants dans leur sphère d'action.

Ces entrevues ont été retranscrites partiellement, ce qui a permis d'identifier les postulats principaux formulés par chaque participant. Ces postulats ont d'abord été comparés à ceux des

autres intervenants sélectionnés pour le projet. Ensuite, ils ont été comparés aux constats formulés à la suite de la phase 3 (collecte). Il est important de spécifier que tous les questionnaires d'entrevue comportaient les mêmes questions, ce qui a permis leur comparaison.

Les intervenants impliqués activement dans la mise en œuvre et la réalisation des projets ont été identifiés à l'aide d'organigrammes publiés sur le site web des sept projets retenus. D'autres intervenants avaient déjà été sélectionnés parmi les personnes impliquées dans les projets préalablement identifiés.

Des courriels ont été envoyés aux intervenants sélectionnés pour leur expliquer le projet de recherche et sonder leur intérêt à participer à une entrevue. Certains ont accepté l'invitation et d'autres l'ont déclinée en désignant une personne mieux outillée pour s'exprimer sur le sujet. La liste des intervenants effectivement rencontrés figure dans la présentation de la phase 5 (entrevues).

ANNEXE II – PROGRAMMES DE FINANCEMENT POUR LE MAINTIEN À DOMICILE

AIDE FINANCIÈRE PROVINCIALE

Pour les aînés

Le **crédit d'impôt pour maintien à domicile des aînés** permet d'aider les personnes âgées à profiter de soins et services à domicile, notamment les résidences privées, nécessaires à leur bien-être et à leur santé (Revenu Québec, s. d.).

Programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique (PEFSAD)

Cette aide financière peut être octroyée à toute personne admissible de 65 ans et plus qui fait appel à une entreprise d'économie sociale pour des services domestiques. Elle diminue le tarif horaire de ces services en tenant compte du revenu et de la situation familiale de l'aîné (Régie de l'assurance maladie du Québec, 2020). Ce programme est toutefois critiqué. Selon un rapport du Laboratoire d'innovation en santé des aînés (LISA) traitant de l'offre de menus travaux sur le territoire de la MRC des Basques, il est insuffisant, car il ne couvre que « très partiellement » les besoins des aînés pour assurer un domicile fonctionnel et sécuritaire (Laboratoire d'innovation en santé des aînés, 2022).

Crédit d'impôt pour maintien à domicile des aînés

Y sont admissibles les personnes âgées de 70 ans et plus qui résident au Québec au 31 décembre de l'année d'imposition pour laquelle le crédit est accordé. Il tient évidemment compte du revenu et de la situation familiale, et s'élève à 36 % des dépenses admissibles (Revenu Québec, s. d.).

Pour les organismes soutenant les aînés

Programme Action Aîné du Québec (PAAQ)

Par du financement permettant l'acquisition de matériel ou d'équipement et soutenant l'embauche de personnel, ce programme vise à aider les organismes dont les activités préviennent le déconditionnement chez les personnes âgées, permettent de contrer leur isolement social, les valorisent et encouragent leur participation sociale ou assurent leur sécurité dans leur communauté. Près de 6 millions de dollars ont été octroyés pour l'année 2022-2023 (Gouvernement du Québec, s. d.-a).

Soutien financier à des organismes travaillant auprès des aînés en situation de vulnérabilité

Le programme Initiatives de travail de milieu auprès des aînés en situation de vulnérabilité (ITMAV) aide les organismes en leur permettant d'avoir accès à des travailleurs du milieu pour que ces derniers accompagnent les personnes âgées en les redirigeant vers les ressources pertinentes, en tentant de contrer

leur isolement ou en favorisant leur mieux-être, leur autonomie et leur maintien dans leur communauté. Pour l'année 2021-2022, un montant total de plus de 7 millions de dollars a été distribué aux fins de ce programme (Gouvernement du Québec, s. d.-c).

Soutien gouvernemental aux démarches des municipalités amies des aînés (MADA)

Ce sont les municipalités, les MRC et les communautés autochtones qui bénéficient de cet appui financier. Il est octroyé dans le but de soutenir la mise en œuvre de la *Politique Vieillir et vivre ensemble, chez soi, dans sa communauté* et du *Plan d'action 2018-2023 Un Québec pour tous les âges* en faveur de la participation sociale, du vieillissement en santé et de la sécurité des aînés. Le MADA vise à exploiter la proximité terrain des organismes municipaux avec leurs résidents aînés. En 2021-2022, le montant total octroyé s'élevait à près d'un million de dollars (Gouvernement du Québec, 2018).

Québec ami des aînés (QADA)

Cette aide financière aide des organismes locaux, régionaux ou nationaux sans but lucratif à adapter les milieux de vie aux réalités des aînés afin de leur permettre de rester à leur domicile le plus longtemps possible et de favoriser leur intégration sociale, économique et culturelle dans la communauté. En 2021-2022, le montant total accordé s'élevait à plus de 6 millions de dollars pour les actions locales et régionales (Gouvernement du Québec, s. d.-b).

AIDE FINANCIÈRE FÉDÉRALE

Nouveaux Horizons pour les aînés (PNHA)

Il s'agit d'un programme offrant des subventions et des contributions allant jusqu'à 25 000 \$ par initiative pour des projets communautaires réalisés dans le but d'intégrer les aînés dans les collectivités, de promouvoir le bénévolat et d'accroître la sensibilisation à la maltraitance physique, psychologique et financière. Le budget 2022 prévoit pour ce programme 20 millions de dollars sur un horizon de deux ans (Emploi et Développement social Canada, s. d.).

ANNEXE III – INNOVATIONS EN TECHNOLOGIE NUMÉRIQUE REPÉRÉES

APPLICATION LUCI - LUCILAB

Origine du projet

Lucilab a été fondé en 2014 par André Chagnon. Suite au décès de sa femme atteinte de la maladie d'Alzheimer, il désire fournir une solution technologique pour prévenir le déclin cognitif chez les adultes et les jeunes aînés. L'application créée par Lucilab se nomme Luci en l'honneur de sa femme (Lucilab, s. d.-a).

Description du projet (Source de financement, durée)

L'application Luci mise sur la prévention pour préserver la santé cognitive et s'adresse aux personnes entre 45 et 70 ans. Le programme de suivi, d'une durée suggérée de 12 semaines, comporte trois axes : l'activité physique, la stimulation intellectuelle et la saine alimentation. En débutant le programme, l'utilisateur doit d'abord répondre à quelques questions pour faire un bilan de ses habitudes de vie actuelles. Il est ensuite jumelé avec un(e) conseiller(ère) qui le soutiendra tout au long de sa démarche de changement de comportement. Ils établiront ensemble un plan d'action constitué d'objectifs réalistes et concrets (Lucilab, s. d.-b).

En plus de cet accompagnement personnalisé, l'application Luci donne accès à des articles éducatifs sur les saines habitudes de vie et la santé du cerveau.

L'équipe de Lucilab travaille avec plusieurs partenaires (Lucilab, s. d.-c) :



Retombées du projet (Pour les SAD)

L'application Luci, agissant en prévention, permet à ses utilisateurs de modifier leur mode de vie afin de préserver leur santé cognitive le plus longtemps possible. Ce faisant, elle a le potentiel de retarder l'utilisation des soins et services à domicile de ses usagers et pourrait donc contribuer à en diminuer la demande.

Enjeux et obstacles au déploiement

Les frais de développement et d'exploitation de l'application sont présentement assumés par Lucilab. Le financement d'une telle initiative reste un enjeu de taille puisque les coûts associés à la prise en charge

sont non négligeables. Pour déployer l'application à plus grande échelle et continuer d'offrir le service gratuitement aux utilisateurs, des stratégies devront donc être mises en place (partenariat financier, réduction des coûts par l'automatisation, etc.).

HABITATIONS BORDELEAU

Origine du projet

Les huit résidences des habitations Bordeleau se trouvent dans la ville de Saint-Charles-Borromée. Elles ont pour mission « d'améliorer les conditions de vie des personnes retraitées autonomes et semi-autonomes en mettant à leur disposition des résidences imaginées et construites intelligemment en fonction du mieux-être et des besoins évolutifs de chacun » (Les Habitations Bordeleau, s. d.).

Description du projet

Dans le cadre d'un projet du Living Lab Lanaudière, les Habitations Bordeleau et l'entreprise Evey se sont associées afin de concevoir des appartements à la fine pointe de la technologie. Dans un contexte de SAD, afin de sécuriser les installations, d'économiser de l'énergie et d'apporter un soutien psychologique aux aînés, les résidences ciblées se sont dotées d'une intelligence artificielle, plus précisément d'« une application de domotique d'assistant personnel à la maison qui permet le contrôle vocal et intelligent de différents objets connectés (éclairage, chauffage, TV, etc.) » (Living Lab Lanaudière, s. d.). Elle permet de mémoriser les habitudes des usagers de façon à signaler les périodes d'inactivité anormales ou à prévenir les intervenants en cas de chute (Bilodeau, 2020). Les Habitations Bordeleau souhaitent accueillir le premier centre de recherche en gérontechnologie au Canada, pour lequel le MEIE a investi « quelques dizaines de milliers de dollars dans la réalisation d'une étude de faisabilité » (Bilodeau, 2020) et le Fonds de recherche du Québec – Santé, une subvention de 800 000\$ (Loiseau, 2022).

Retombées du projet (Pour les SAD)

L'implantation de cette technologie a permis des retombées économiques, sociales et commerciales significatives : une réduction de 20 à 30 % des dépenses énergétiques, un sentiment de réconfort des clients et de leurs proches, un développement de partenariats financiers et commerciaux (Living Lab Lanaudière, s. d.).

Enjeux et obstacles au déploiement

Les limites de notre étude et l'absence d'évaluation disponible ne nous permettent pas d'identifier les enjeux au déploiement, hormis l'obstacle financier pour les clients qui souhaitent y accéder.

UBÉRISATION DES RESSOURCES HUMAINES

Origine du projet

S'inspirant du modèle d'entreprise d'Uber, plusieurs systèmes de gestion actuels tentent de s'« ubériser » à leur tour, dont ceux du réseau de la santé. L'ubérisation revoit les modèles économiques traditionnels d'organisation du travail en intégrant une technologie numérique à titre d'intermédiaire permettant aux prestataires et aux utilisateurs d'interagir directement. L'idée de ce modèle d'économie collaborative est d'optimiser les outils de partage, comme les plateformes d'échange, et de favoriser une offre de services personnalisée et plus rapide (Galiere, 2018 ; Thébaut, 2017).

Description du projet

Une panoplie de plateformes et d'applications pour la gestion des ressources humaines existent au sein du réseau, telles que PetalMD, Voilà ! et le logiciel Qualicode de la Suite Maya. Bon nombre de ces initiatives lancées comme projets pilotes ont reçu pour leur implantation une subvention gouvernementale, qui n'a pas été renouvelée pour couvrir les frais d'utilisation nécessaires à leur pérennité.

Retombées du projet (pour les SAD)

Les principaux effets recherchés sont la rétention des employés SAD, grâce une meilleure conciliation travail-famille, dans le but d'éviter le temps supplémentaire et le recours aux agences de placement (qui comblent actuellement 27,9 % des besoins en aide à domicile), d'optimiser les déplacements, d'augmenter le nombre de services et d'ainsi réduire les frais associés à la main-d'œuvre en SAD (Comité du RIUSSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2022 ; Paré, 2022 ; Plourde, 2022).

Enjeux et obstacles au déploiement

Les enjeux de ce modèle économique ont trait au partage et à la protection des données lorsque la communication entre les quelques 10 000 systèmes et entre les établissements et les intervenants n'est pas optimale, à la lourdeur administrative engendrée par l'offre multiple, aux coûts des technologies et à leur instabilité technique, au haut taux de roulement qui en ralentit l'intégration en imposant davantage de formation, aux conventions collectives qui encadrent les conditions des professionnels, au manque de financement public à long terme, au manque de clarté quant à l'imputabilité des acteurs, au manque d'orientation éthique ministérielle et au manque d'indicateurs d'évaluation qualitatifs objectifs (Comité du RIUSSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2022 ; Fournier, 2013 ; Lacoursière, 2022).

ANNEXE IV – INNOVATION EN SANTÉ MENTALE

OPÉRATION JASSETTE

Origine du projet

Cette initiative sociale a été mise sur pied par l'entreprise familiale de SSAD Soins Providence, qui a voulu rompre l'isolement et la solitude durant la pandémie de COVID-19 (Soins Providence, s. d.).

Description du projet

Opération Jasette a vu le jour en 2020 et permet aux aînés de 70 ans et plus de recevoir un appel de 10 minutes/jour s'ils le désirent, et ce, gratuitement. Pour un supplément de 10 \$, l'équipe propose des appels spécialisés pour de la stimulation cognitive, le suivi de maladies chroniques ou encore le rappel de prise de médicaments (Soins Providence, s. d.). Hormis les frais rattachés à ses options supplémentaires, le projet est bénévole. À l'été 2020 déjà, plus de 100 personnes avaient bénéficié de ce service avec plus de 1 800 heures d'appels effectués par plus de 50 bénévoles. Cette initiative a été saluée par le député Jean-Bernard Émond (Desrosiers, 2020). D'autres organismes proposent des appels de ce type, dont Les Petits Frères, qui reçoit des subventions gouvernementales équivalent à 15 % de son financement (Les Petits Frères, 2022).

Retombées du projet

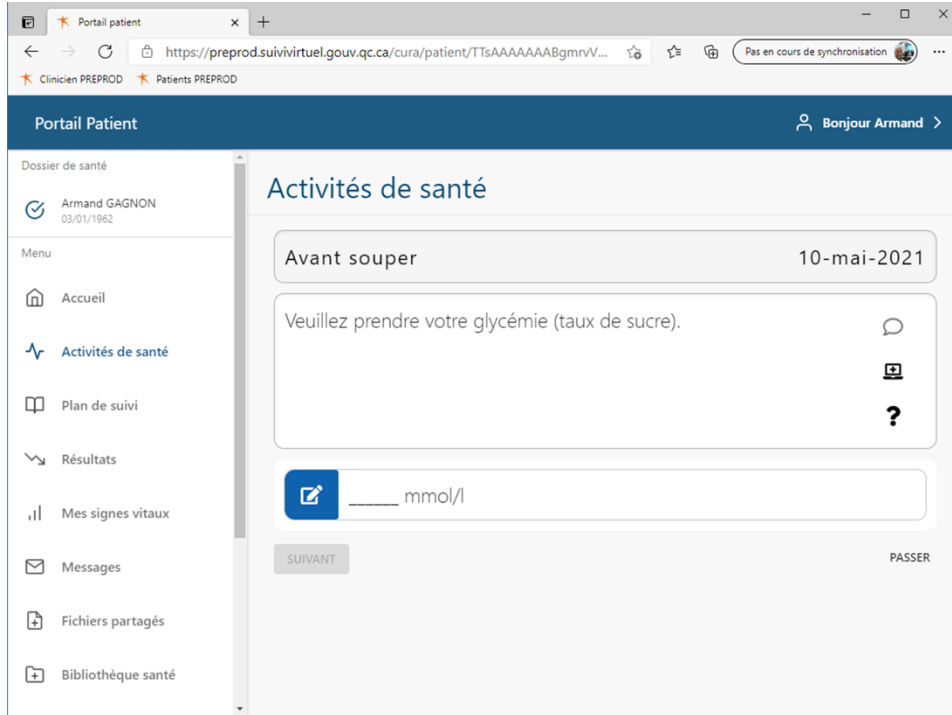
D'après le CSBE, la stimulation cognitive contribue à « améliorer l'autonomie des aînés pour qu'ils puissent demeurer à la maison le plus longtemps possible ». Or, les usagers en perte d'autonomie légère n'ont la plupart du temps pas accès aux services de SAD (CSBE, 2023). Pourtant, il a été démontré que l'éducation et les stimulations cognitives permettent d'acquérir des « capacités de compensation qui peuvent différer le délai d'apparition des déficits, ou atténuer l'intensité de ces derniers » (Trivalle, 2016). Dans cette optique, l'importance d'une telle innovation n'est pas négligeable, car elle vise à combler les lacunes du système actuel en matière de prévention.

Enjeux et obstacles au déploiement

Il serait intéressant d'obtenir de plus amples informations sur les limites notamment géographiques de cette initiative. Bien qu'elle consiste en appels téléphoniques pouvant couvrir un large territoire, il reste à savoir quelle est sa notoriété et quelle portion de la population elle rejoint.

ANNEXE V – VISUEL DE LA PLATEFORME SVMV

Portail de l'utilisateur



(Fourni par un intervenant rencontré)

Portail du professionnel de la santé

Triage

Liste de travail

Ne montrer que les patients sur mon groupe virtuel

Rechercher Réinitialiser Afficher / Masquer filtres

			Alerte élevée	Alerte modérée	Alerte faible	Commentaires	Résultat filtre A	Résultat filtre B
<input type="checkbox"/>	GAGAS2010301	GAGNON, Armand 1962-01-03 (59a) / Homme	Vincent Beauregard Hôtel-Dieu (DIABETE)	3	0	0	2	
<input type="checkbox"/>	TREL80042000	TREMBLAY, Léo 1980-04-20 (41a) / Homme	Annick Demers Hôtel-Dieu (DIABETE)	2	0	0	3	
<input type="checkbox"/>		HARRIS, Caryn 1930-09-02 (90a) / Femme	Antoine-Labelle (MPOC)	1	8	3	0	
<input type="checkbox"/>	JANA00010102	JANVIER, Alex 2000-01-01 (21a) / Homme	CIUSSS de l'Estrie-CHUS (MPOC)	1	4	0	0	
<input type="checkbox"/>	DUCK00092288	DUCK, Donald 1981-06-13 (40a) / Homme	CIUSSS de l'Estrie-CHUS (MPOC)	1	3	1	0	

(Fourni par un intervenant rencontré)