

Agence
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux

Québec
Montérégie



LE CONTINUUM D'INTERVENTION

« PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT »

Direction de la gestion de l'information et des connaissances
Agence de développement de réseaux locaux de services de santé
et de services sociaux de la Montérégie
Juin 2005

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	3
DESCRIPTION DU CONTINUUM « PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT »	5
<i>Typologie des services</i>	7
DESCRIPTION DES PISTES D'ACTION	8
<i>Carte stratégique</i>	9
ANALYSE DU POTENTIEL D'IMPACT DES PISTES D'ACTION	20
<i>Tableau synthèse</i>	22
CONCLUSION	23
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	24
LISTE DES COLLABORATEURS	25

INTRODUCTION

Le Québec, comme tous les pays développés, est de plus en plus confronté à une évolution technologique rapide ainsi qu'aux problématiques sociales et sanitaires que le vieillissement de la population entraîne. Dans les régimes financés publiquement comme le nôtre, la pression sur le budget des gouvernements atteint des niveaux élevés qui viennent compromettre la capacité de l'État à assumer l'ensemble de ses missions.

D'autres tendances de fond justifient également la recherche de modes d'intervention nouveaux permettant d'assurer le renouvellement du système. Des changements s'imposent, entre autres parce que nous avons évolué simultanément sur plusieurs dimensions :

- les besoins de santé aigus auxquels on a pu répondre par des services médicaux ponctuels cèdent la place à des besoins de santé associés à des conditions chroniques ou persistantes et qui sont en croissance;
- les interventions simples réalisées surtout par des médecins et des infirmières auprès de patients dans le cadre d'une visite en cabinet ou à l'hôpital, cèdent la place à des interventions plus élaborées, plus efficaces, plus coûteuses, faisant appel à des équipes multidisciplinaires opérant dans divers types d'organisations;
- les connaissances de base acquises par la formation initiale et par l'expérience cèdent la place à un univers de connaissances spécialisées et multidisciplinaires qui se renouvellent à un rythme insoutenable pour un individu isolé;
- le système de soins relativement rudimentaire et peu coûteux, essentiellement centré sur le médecin et l'hôpital, cède aujourd'hui la place à un système de santé de grande envergure qui compte pour 10 % du produit intérieur brut et pour plus de 40 % du budget de l'État.

C'est dans ce contexte en mouvance que la Loi 25, sanctionnée en décembre 2003, a lancé un projet tout aussi ambitieux que prometteur s'attaquant aux problèmes d'accessibilité, de continuité et de qualité des services de santé et des services sociaux pour la population québécoise.

La nouvelle vision, mise de l'avant par cette loi, introduit les concepts novateurs de responsabilité de population et de hiérarchisation des services. Selon cette vision, les réseaux locaux de services (RLS) devront garantir l'accès à une large gamme de services à une population définie dont ils seront responsables. Ils auront aussi à travailler dans un contexte de hiérarchisation, ce qui signifie qu'ils n'auront pas à tout produire eux-mêmes, et qu'ils devront se doter d'ententes de services pour compléter leur offre de service. Chaque réseau local sera imputable de rendre accessible une gamme complète de services généraux et spécialisés au bénéfice de sa population.

Pour faciliter la prise de décision des gestionnaires et des cliniciens dans l'élaboration de leur projet clinique, l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie a mené une démarche visant à identifier les pistes d'action à fort potentiel d'impact sur la santé et le bien-être de la population.

Ainsi, entre juin 2004 et mai 2005, plusieurs professionnels de l'Agence, issus de différentes directions, ont été mobilisés autour de 15 continuums d'intervention. Chaque équipe de travail associée à un continuum devait, dans un premier temps, définir les caractéristiques de ce continuum en termes de besoins de la population visée, d'interventions à déployer au niveau de la prévention, du traitement et du soutien et enfin, du réseautage actuel. Dans une seconde étape, les équipes de travail ont procédé à l'identification de zones d'inadéquation entre les besoins de la population montérégienne et les services offerts. Ces zones d'inadéquation ont été validées auprès d'un certain nombre d'experts et de partenaires du réseau, ce qui a permis de bonifier le matériel proposé. La troisième phase du travail a consisté à traduire les zones d'inadéquation en pistes d'action devant permettre de corriger la situation. Deux outils d'aide à la décision ont ensuite été élaborés dans l'optique de favoriser une prise de décision fondée sur des données probantes, soit : 1) la carte stratégique, et 2) le tableau synthèse de l'analyse du potentiel d'impact.

Le présent document présente les résultats de cette démarche pour le continuum « Perte d'autonomie liée au vieillissement ».

DESCRIPTION DU CONTINUUM « PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT »

Le continuum d'intervention « Perte d'autonomie liée au vieillissement » (PALV) comprend l'ensemble des interventions visant à prévenir, guérir et soutenir les personnes atteintes, ou susceptibles d'être atteintes, de problèmes sociaux ou de santé qui sont généralement associés à la perte d'autonomie fonctionnelle accompagnant le vieillissement.

Ces interventions sont essentiellement les mêmes que celles que comprenait le programme « Personnes âgées en perte d'autonomie » (PAPA). Cependant, le volet prévenir, qui est ajouté, lui confère une perspective plus globale en incluant des actions en amont des problèmes.

Il faut insister sur certaines finalités essentielles de ce continuum : compenser la détérioration, miser sur le potentiel résiduel et assurer la sécurité des personnes. Mentionnons également que l'âge seul n'est pas le critère déterminant pour être visé par les interventions de ce continuum, mais que c'est plutôt la nature des incapacités à l'égard de la réalisation des activités de la vie domestique (AVD) et des activités de la vie quotidienne (AVQ) qui doivent être prises en compte.

Par ailleurs, les personnes qui reçoivent des services à cause d'un problème autre que la perte d'autonomie liée au vieillissement (ex. : déficience intellectuelle) ne font pas partie de ce continuum. Toutefois, afin de maintenir une continuité d'approche, des liens étroits devront être établis avec plusieurs continums d'intervention¹.

En Montérégie, la population des personnes âgées de 65 ans et plus, établie à 150 485 personnes en 2001, représente 11,4 % de la population totale. En ce qui a trait à la population des 75 ans et plus, elle correspond, en 2001, à 62 257 personnes constituant ainsi 41,5 % des 65 ans et plus. Cette dernière population, qui représente une bonne partie de la clientèle potentielle du continuum d'intervention « Perte d'autonomie liée au vieillissement », pourrait atteindre le nombre de 85 291 en 2011, ce qui représenterait un taux d'accroissement de 37 % par rapport à 2001.

Un des éléments particuliers à la Montérégie, dont nous devons tenir compte dans l'offre de service, est le nombre de places disponibles en résidence privée pour la clientèle âgée. Selon l'inventaire de 2004², plus de 12 500 places étaient disponibles en résidence privée comparativement à 6 092 places dans le réseau d'hébergement public (5 195 places en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et 897 places en ressources non institutionnelles (RNI)).

Selon les opinions exprimées par les intervenants des services de soins à domicile, la moitié des personnes hébergées dans les résidences privées ont besoin de soins infirmiers réguliers. De plus, les

¹ Mentionnons, à titre d'exemple, les continums suivants : « Interventions universelles », « Asthme », « Maladie pulmonaire obstructive chronique », « Diabète », « Maladies cardiovasculaires », « Lutte contre le cancer », « Déficience physique », « Déficience intellectuelle et troubles envahissants du comportement ».

² Registre des résidences pour personnes âgées avec services, Région Montérégie, MSSS, 2004.

informations issues des tableaux de bord des mécanismes d'accès à l'hébergement indiquent que 40 % des nouvelles demandes proviennent de la clientèle qui vit en résidence privée. Cette situation nous oblige à revoir, non seulement l'organisation des services, mais également les facteurs de mise en priorité ainsi que la gestion des listes d'attente en hébergement.

Avec le vieillissement de la population, il est essentiel que tous les acteurs se sentent concernés par les besoins de ces personnes et unissent leurs efforts afin d'offrir un éventail de services adaptés. Des efforts importants devront également être fournis concernant le développement de liens intersectoriels (municipalités, organismes bénévoles, ressources privées, groupes de citoyens, etc.).

Le tableau suivant illustre la typologie des services du continuum en fonction des dimensions PRÉVENIR – GUÉRIR – SOUTENIR.

Typologie des services

DIMENSIONS DU CONTINUUM		
PRÉVENIR	GUÉRIR	SOUTENIR
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Interventions de promotion, prévention et protection ▪ Actions en développement des communautés (perspective Bien-vieillir; conditions de vie : revenu, habitation, vie citoyenne active et intégration sociale) ▪ Pratiques cliniques préventives (PCP) ▪ Dépistage et identification précoce ▪ Utilisation judicieuse des médicaments (prescripteurs, pharmaciens, consommateurs) ▪ Programme de prévention des chutes à domicile 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Évaluation des besoins ▪ Plans d'intervention (PI, PSI) ▪ Services médicaux de 1^{ère} ligne ▪ Services professionnels à domicile ▪ Services spécialisés en gériatrie 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Services communautaires aux proches aidants (repas, transport, etc.) ▪ Services non professionnels à domicile (AVD-AVQ) ▪ Services de soutien technique ▪ Soins de fin de vie ▪ Services d'hébergement adaptés aux besoins de la clientèle

DESCRIPTION DES PISTES D'ACTION

Après avoir délimité les contours et les caractéristiques du continuum, le groupe de travail a procédé à l'appréciation de l'adéquation des besoins et de l'offre de service, appréciation validée par des experts du réseau le 25 novembre 2004 lors d'une journée de travail à l'Agence. C'est sur cette base solide que le groupe de travail a ensuite dégagé les zones d'amélioration potentielles, qui ont par la suite été traduites en pistes d'action.

La carte stratégique qui suit illustre les pistes d'action du continuum « Perte d'autonomie liée au vieillissement » selon deux axes d'analyse : 1) les objectifs d'accessibilité, de continuité et de qualité des services, tels qu'énoncés par le MSSS dans son cadre de référence sur le projet clinique³, et 2) les trois dimensions des continuums, soit PRÉVENIR – GUÉRIR –SOUTENIR.

La description de chacune des pistes d'action est ensuite présentée en fonction des trois grands niveaux d'intervention. Pour éviter les répétitions, les pistes qui relèvent de plusieurs niveaux d'intervention ont été classées dans le niveau auquel elles étaient le plus fortement associées. Les pistes qui concernent le continuum, dans son ensemble, ont été mises arbitrairement dans la section GUÉRIR. Certaines pistes ont été regroupées, soit parce qu'elles sont interreliées ou parce qu'elles s'adressent à un même sous-groupe de la clientèle.

Enfin, il importe de préciser que, dans la formulation des pistes d'action, le terme « accessibilité » fait référence à des services déjà offerts mais dont l'accès pose certains problèmes, alors que le terme « disponibilité » a été employé pour les services ou activités à mettre en place.

³ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Projet clinique : Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, Document principal, Direction des communications, MSSS, Octobre 2004, 75 p.

CONTINUUM D'INTERVENTION « PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT »

Carte stratégique

QUALITÉ

- 3. Utilisation judicieuse des médicaments
- 7. Implication appropriée du pharmacien
- 23. Mesures assurance-qualité services de soutien à domicile
- 26. Mesures assurance-qualité services d'hébergement
- 14. Profil besoins ISO-SMAF
- 15. Outil d'évaluation multiclientèle
- 22. Outils d'évaluation des besoins des proches aidants
- 12. Formation des intervenants
- 11. Formation des gestionnaires de cas
- 27. Guides de pratique - soins de fin de vie
- 13. Encadrement clinique

CONTINUITÉ

- 6. Hiérarchisation des services : Loi 90
- 10. PI/PSI
- 16. Outils de repérage
- 9. Application de modèles de services intégrés
- 17. Outils de partage d'information

- 4. Programme de prévention des chutes
- 2. Pratiques cliniques préventives
- 1. Stratégie de développement des communautés « Bien vieillir »
- 25. Services auprès des personnes avec des multiproblématiques
- 8. Disponibilité de gériatres
- 5. Accès aux services médicaux de 1^{ère} ligne
- 20. Services d'aide et assistance à domicile
- 24. Services d'hébergement LD et RNI
- 21. Services aux proches aidants
- 19. Collaboration entre partenaires
- 18. Services de soutien à domicile

Prévenir

Guérir

Soutenir

ACCESSIBILITÉ



Continuum d'interventions universelles

A) PRÉVENIR⁴

Les actions de prévention qui contribuent à éviter, retarder ou diminuer la perte d'autonomie liée au vieillissement doivent être maintenues chez les aînés; plusieurs interventions ont démontré leur efficacité à cet égard. L'approche positive du vieillissement recommandée, entre autres, par les Nations Unies (2002), l'Organisation mondiale de la santé (1996) et la Politique de la santé et du bien-être du Québec (1992), s'inscrit parfaitement dans cette perspective. On songe ici aux concepts Bien-vieillir, Vieillessement actif, Intégration et participation sociale des aînés. Cette approche globale est inclusive et sollicite la participation de tous les acteurs sociaux.

De plus, les personnes en perte d'autonomie ou qui présentent des risques à cet égard, accusent souvent un cumul de pathologies et de conditions qui les rendent particulièrement vulnérables. L'équipe de soins se doit de profiter de l'opportunité qui lui est offerte pour éliminer ces risques et pour renforcer le potentiel résiduel de ces individus. Des services préventifs adaptés et intensifs éviteront ou retarderont de nombreux problèmes de santé susceptibles de compromettre davantage leur condition et d'augmenter la demande en soins et services.

Les pistes d'action au niveau de la prévention qui sont directement en lien avec le continuum sont les suivantes :

1. L'application de la stratégie de développement des communautés dans l'optique de favoriser le « Bien-vieillir ».

Améliorer les conditions de vie et favoriser le développement des communautés sont des éléments essentiels de la promotion de la santé et de la prévention des maladies. Des conditions de vie défavorables sont associées à la survenue plus fréquente et plus précoce de la perte d'autonomie liée au vieillissement. De plus, elles diminuent les ressources des individus et de leurs proches pour faire face à leur situation. Il est reconnu que le revenu, le logement, l'habilitation (empowerment) personnelle et communautaire, la vie citoyenne active et l'intégration sociale sont des déterminants puissants de la santé et du bien-être, car ils affectent la capacité de se maintenir en santé et de faire face aux problèmes lorsqu'ils surviennent.

2. L'amélioration de l'application des pratiques cliniques préventives (PCP) dont l'efficacité est reconnue.

Les PCP ont démontré leur efficacité pour réduire la mortalité et la morbidité associées à plusieurs problèmes sociosanitaires. On ignore le niveau d'application des PCP, dont l'efficacité a été reconnue

⁴ La plupart des actions du Plan d'action régional de santé publique 2004-2007 et des Plans d'action locaux ciblent l'ensemble de la population et agissent sur un ensemble de problèmes de santé et de bien-être. Pour cette raison, elles se retrouvent dans le continuum « Interventions universelles ». Nous vous référons à ce continuum afin de compléter l'information que vous retrouvez dans le présent continuum.

dans la population des 65 ans et plus et particulièrement chez les individus en perte d'autonomie, mais on estime qu'elles sont sous-utilisées. Plusieurs stratégies sont connues pour améliorer le niveau d'application des PCP, mais pour y arriver, il faudrait mobiliser les ressources humaines afin de les amener à intégrer ces PCP dans leur pratique quotidienne.

3. L'utilisation judicieuse des médicaments (prescripteurs, pharmaciens, consommateurs).

De nombreux indices révèlent que les médicaments psychotropes, particulièrement ceux de la sous-classe « anxiolytiques-sédatifs-hypnotiques », sont fréquemment utilisés de façon non judicieuse par les aînés. Les réactions indésirables aux médicaments causent de 10 à 20 % des hospitalisations gériatriques. Leur utilisation comme moyen pour se suicider est reconnue dans une proportion non négligeable de cas. D'autre part, la polymédication (quatre médicaments et plus) est considérée comme l'un des principaux facteurs de risque de chute chez les aînés.

4. L'application du programme de prévention des chutes chez les aînés vivant à domicile.

Les chutes et leurs conséquences constituent un important problème chez les personnes âgées : 30 % des personnes de 65 ans et plus chutent une fois et plus chaque année. On estime que 20 % de ces chutes entraînent une consultation médicale et 5 % une hospitalisation. Entre 1992 et 1998, un nombre annuel moyen de 1 595 personnes de 65 ans et plus en Montérégie ont été hospitalisées suite à une chute avec blessure pour un total annuel moyen de 35 826 journées d'hospitalisation, ce qui représente environ 100 lits occupés pendant 1 an. Les chutes sont plus fréquentes parmi les personnes très âgées en perte d'autonomie et leurs conséquences sont pour elles particulièrement graves. Certains programmes multifactoriels appliqués avec rigueur chez des aînés à risque ont diminué de 20 à 30 % le nombre de chutes chez ces bénéficiaires.

B) GUÉRIR

Le niveau d'intervention GUÉRIR comprend les services reliés à l'accueil des clientèles, au dépistage, à l'évaluation et à l'établissement du diagnostic ainsi qu'au traitement ou à l'intervention psychosociale. Les pistes d'action plus spécifiquement reliées à ce niveau d'intervention sont les suivantes :

5. L'accessibilité aux services médicaux de 1^{ère} ligne.
6. L'amélioration de la hiérarchisation des services (notamment par l'application du projet de Loi 90).

Ce ne sont pas toutes les personnes âgées qui ont accès à un médecin de famille. En effet, peu de médecins se déplacent à domicile pour la clientèle non ambulatoire, entraînant ainsi une augmentation des demandes de services à l'urgence. De plus, leur approche n'est pas toujours adaptée aux besoins des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement.

D'autre part, les CHSLD gestionnaires de RNI doivent s'assurer que les services professionnels sont offerts aux usagers qui y sont hébergés, en collaboration avec les services de soutien à domicile, puisque les personnes hébergées en RNI ont un statut d'inscrites et sont considérées comme résidant à domicile. La personne orientée vers une RNI se retrouve, la plupart du temps, sans médecin, et ce, malgré les efforts des établissements gestionnaires. Les conséquences reliées à cette condition sont importantes (délais importants de prise en charge au niveau médical, risque de détérioration de la condition de la personne, recours inapproprié aux urgences hospitalières, etc).

L'accessibilité aux soins médicaux est également problématique en hébergement de longue durée. La programmation des CHSLD devrait être révisée en fonction des cinq grands types de clientèles identifiées dans les orientations régionales, dont deux ciblent spécifiquement la clientèle de ce continuum (soins de confort et déficit cognitif). Ces programmations impliquent l'acquisition de nouvelles expertises professionnelles au sein du réseau d'hébergement de longue durée qui sont non disponibles actuellement. Les services professionnels autres que nursing (services psychosociaux, nutrition, orthophonie, inhalothérapie et pharmacie) constituent le maillon faible.

7. L'implication appropriée du pharmacien.

L'usage inapproprié de médicaments prescrits ou non prescrits et de produits naturels doit préoccuper ceux qui participent aux soins des personnes âgées dont, entre autres, les pharmaciens. Il importe donc d'impliquer les pharmaciens dans le processus d'une approche intégrée.

8. La disponibilité de spécialistes en gériatrie.

Pour combler l'absence de gériatres dans la région, des liens sont à consolider avec les différents réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS). De plus, considérant l'importance du bassin de population de la Montérégie et le vieillissement accéléré de celle-ci, il est essentiel qu'une approche gériatrique soit développée et que des mécanismes de concertation soient mis en place afin de faciliter le parcours de la personne dans l'éventail des services mis à sa disposition.

9. L'application de modèles de services intégrés.
10. La systématisation de l'application du PI et du PSI.
11. La systématisation d'activités continues de formation/transfert des connaissances/coaching à l'intention des gestionnaires de cas.
12. La systématisation d'activités continues de formation sensibilisation/transfert des connaissances/coaching à l'intention des intervenants (professionnels ou non) (notamment approche gériatrique, approche interdisciplinaire, PSI).

Dans le modèle de services intégrés, on retrouve, comme mode de fonctionnement, le guichet unique et la gestion de cas. Le guichet unique est un mode d'accès implanté dans le tiers des territoires de CLSC et son fonctionnement varie d'un territoire à l'autre. Cette mesure se doit d'être adaptée au contexte de la prestation des services, tout en satisfaisant aux critères suivants : orientation des demandes, évaluation globale des besoins, accès aux services et suivi adapté à la situation de la personne.

La gestion de cas exige que le professionnel désigné à cette fonction assume la gestion de l'ensemble des interventions destinées à une même personne et son entourage (évaluation, planification, négociation, coordination) et cela, peu importe son milieu de vie en vue d'assurer l'intégration et la continuité des services. Deux difficultés émergent : le nombre restreint de personnes assumant cette fonction ainsi que le niveau de déploiement des services intégrés (gamme de services disponibles, clientèle cible, etc.) dans les différents territoires.

Pour ce qui est des plans de services individualisés (PSI), ils sont peu présents dans les dossiers, en dépit de leur obligation légale. L'application semble difficile à inscrire dans la pratique. Pourtant, l'implantation, la coordination et le suivi du PSI sont des responsabilités primordiales pour le gestionnaire de cas (LSSS, art. 103, 104).

L'approche interdisciplinaire est grandement favorisée avec l'implantation des PSI puisqu'elle permet d'assurer une réponse qui intègre, de façon harmonieuse, les volets biopsychosociaux de la personne, dont son intégration à la communauté. Les établissements n'ont pas tous implanté ce mode de fonctionnement. Des problèmes de formation ayant été identifiés à ce niveau, une démarche régionale d'implantation d'un programme de formation portant sur l'approche interdisciplinaire et les PSI est en cours.

Compte tenu des habiletés et des compétences requises pour assumer la fonction de gestionnaire de cas, un programme de formation régional destiné spécifiquement à ces professionnels est en cours d'élaboration. De plus, le milieu universitaire évalue la pertinence d'offrir des programmes de formation continue de 2^e cycle portant sur l'expertise-conseil en gérontologie et la gestion de cas.

13. La disponibilité de l'encadrement clinique visant l'amélioration des pratiques professionnelles (ex. : encadrement clinique, guides de pratique).

Le faible niveau d'encadrement clinique est un enjeu important au niveau de la pertinence et de la qualité des interventions, de même qu'au niveau de l'efficacité et de l'efficacé du programme. La complexité des besoins de la clientèle, la mouvance du réseau de la santé et des services sociaux, le développement de nouvelles pratiques et des nouvelles technologies commandent un niveau d'encadrement plus élevé.

14. La systématisation de la classification des besoins par profils types (ISO-SMAF).

L'implantation du système de classification des besoins par profils types (profils ISO-SMAF) est en cours dans les 19 établissements avec mission CLSC. Ce système, combiné aux informations de I-CLSC, procure aux gestionnaires des informations importantes sur la nature et l'intensité des services offerts permettant ainsi de moduler l'offre de service. L'informatisation de ces outils est essentielle pour la circulation rapide de l'information. L'implantation du système de classification des besoins par profil ISO-SMAF, à tous les niveaux du continuum, contribuerait fortement à orienter les personnes vers les ressources les plus appropriées, y compris lorsqu'il s'agit d'un milieu d'hébergement.

15. La systématisation de l'application de l'outil d'évaluation des besoins multiclientèle (OEMC).

L'outil provincial d'évaluation des besoins est implanté dans tous les CSSS. L'implantation d'un programme de formation au niveau régional (1999) assure une formation de qualité à tous les intervenants. Au cours des dernières années, des efforts importants ont été fournis pour assurer la qualité de la collecte de données (implantation de la notion de coach en CLSC et en CH, implantation d'un programme de gestion de la qualité des évaluations en CLSC). Cependant, compte tenu que ce programme nécessite un investissement de temps important, certains territoires arrivent difficilement à assurer la pérennité de celui-ci. Actuellement, seule la clientèle hébergée en RNI n'est pas systématiquement évaluée à l'aide de l'OEMC.

16. La systématisation de l'application d'outils de repérage des clientèles en perte d'autonomie ou à risque, qui sont validés et reconnus.

Différentes grilles sont présentement utilisées pour l'identification de la clientèle pouvant bénéficier d'un gestionnaire de cas et d'un réseau de services intégrés (RSI). L'outil de repérage (clientèle de 65 ans et plus) implanté dans tous les établissements avec mission CLSC, a été validé scientifiquement et permet d'identifier efficacement et rapidement les personnes âgées fragiles.

L'utilisation de la grille de dépistage systématique des clientèles à profil gériatrique à l'urgence est variable d'un territoire à l'autre. Cette mesure devrait permettre une meilleure prise en charge à l'urgence de la clientèle de plus de 75 ans, une diminution de la durée de séjour en CH et une réduction de la demande d'hébergement par la coordination des services auprès de cette clientèle.

Il existe également une grille de détection de la clientèle présentant un profil de démence ou de pertes cognitives. Son utilisation est variable d'un territoire à l'autre.

Aucune grille n'est actuellement utilisée par les médecins en cabinet privé ou dans les GMF.

17. La continuité informationnelle entre les services à l'aide d'outils de partage d'information (dossier clinique informatisé).

L'architecture informatique actuelle et les différents systèmes implantés en Montérégie ne permettent aucune transmission d'information, ni consultation des dossiers interétablissements. Chaque dispensateur doit donc recommencer la saisie de données. Un système d'information intégré faciliterait le travail de l'ensemble des professionnels et permettrait l'utilisation et le partage d'information en temps réel (OEMC, notes d'évolution, guides cliniques, etc.). De plus, les services de télésanté sont peu développés en Montérégie. Cet aspect mérite d'être examiné.

C) SOUTENIR

De façon générale, le niveau d'intervention SOUTENIR comprend les services de soutien d'ordre pratique ou psychosocial, les services d'adaptation et de réadaptation ainsi que les soins palliatifs et de fin de vie. Les pistes d'action reliées à ce niveau d'intervention sont les suivantes :

18. L'accessibilité aux services de soutien à domicile (réseau, organismes communautaires et intersectoriels).

La mise en place des différents protocoles et suivis systématiques pour les clientèles présentant des conditions chroniques mobilisent beaucoup de ressources. Par conséquent, les services offerts à la clientèle PALV restent limités. Les effectifs sont peu nombreux. Le recrutement est difficile compte tenu du milieu d'intervention (seul à domicile). Les liens ne sont pas toujours effectués avec d'autres dispensateurs de services (CH, URFI). Les listes d'attente sont importantes concernant le programme d'adaptation du domicile (PAD). Un des constats demeure : la difficulté de recruter les effectifs nécessaires pour déployer les services requis en ergothérapie, en physiothérapie, en inhalothérapie, en orthophonie et en audiologie. De plus, le temps de plusieurs de ces professionnels est utilisé pour remplir de nombreux formulaires.

Au niveau des services psychosociaux, certains territoires accusent un retard important dans la prise en charge de l'ensemble de la clientèle nécessitant des services de soutien à domicile. Les délais d'attente ont un impact important sur l'autonomie des personnes et la situation des proches aidants.

Pour ce qui est des services médicaux offerts à domicile, l'implication du médecin de famille est souhaitable compte tenu de l'impact de ses interventions auprès de la clientèle.

Les services de nutrition sont essentiels au maintien de l'autonomie et de la santé de la clientèle. L'importance d'investir à ce niveau n'est plus à démontrer.

Les services professionnels spécialisés (soins dentaires, soins de pied, audiologie, orthophonie, optométrie) sont accessibles la plupart du temps en privé. La responsabilité de s'assurer que la personne puisse recevoir ces services appartient aux gestionnaires de cas.

Enfin, le soutien à domicile est étroitement lié aux politiques de logement, de transport et d'accès aux services de consommation courante, d'où l'importance de développer des liens intersectoriels.

<p>19. La continuité, coordination et collaboration entre les différents partenaires (organismes communautaires, acteurs intersectoriels concernés).</p>
--

Plusieurs organismes communautaires (65 incluant des centres d'action bénévole) desservent spécifiquement les personnes présentant une perte d'autonomie liée au vieillissement en Montérégie. Ils offrent des services à la clientèle et participent, selon leurs moyens, à la concertation locale. Des efforts devraient être apportés afin d'en arriver à une desserte satisfaisante de la clientèle visée.

Certains organismes offrent des services de production de repas qui sont livrés à domicile. Nous ne connaissons pas le bassin de desserte, ni la fréquence des services. De nombreuses difficultés confrontent ces organismes : disponibilité, recrutement et encadrement des bénévoles, disponibilités financières pour coordonner le programme, accessibilité financière du coût/repas à la clientèle, promotion du service, concertation locale pour la dispensation des services.

Quarante-cinq (45) organismes communautaires sont financés à l'échelle de la région pour effectuer, à différents niveaux, du transport et de l'accompagnement (principalement pour des fins médicales). Le problème de transport est important dans certains territoires, ce qui oblige parfois la dispensation des services à domicile alors que le mode ambulatoire serait plus approprié. Des liens intersectoriels sont à s'établir dans certains territoires alors qu'ailleurs, la municipalité soutient des initiatives locales de différentes manières (subventions, prêts de locaux ou autres).

20. L'accessibilité aux services d'aide et d'assistance à domicile.

Les services d'aide et d'assistance à domicile sont offerts par différents dispensateurs (réseau public, travailleur gré à gré, entreprise d'économie sociale). En décembre 2002, le taux de réponse aux besoins des services d'aide et d'assistance fournis par les auxiliaires familiales et sociales (AFS) était évalué à 11,67 % pour l'ensemble de la Montérégie.

Des problèmes d'intensité et de qualité des services, des difficultés de recrutement et de rétention de la main-d'œuvre (travailleur gré à gré, EÉSAD) sont observés.

Onze (11) entreprises d'économie sociale⁵ en aide domestique (EÉSAD) œuvrent en Montérégie. Les principales difficultés rencontrées par ces entreprises sont le recrutement et le maintien en poste du personnel, les revenus insuffisants pour soutenir la mission sociale, la rentabilité financière difficile et le délai de remboursement par la RAMQ.

D'autre part, les CLSC n'ont pas tous les mêmes pratiques de référence aux EÉSAD. Quelques-uns assument financièrement l'écart entre le salaire minimum du programme d'allocation directe et le tarif horaire des EÉSAD, mais la plupart n'adoptent pas cette pratique.

21. L'accessibilité aux services professionnels et communautaires en réponse aux besoins des proches aidants (répit, dépannage, soutien, etc.).

22. La systématisation de l'application d'un outil d'évaluation des besoins des proches aidants (outil provincial).

Les aidants naturels dispensent au-delà de 80 % de l'aide et des soins reçus par les aînés vivant à domicile. Ils sont un apport croissant en milieu d'hébergement (CHSLD). Habituellement, les personnes en perte d'autonomie préfèrent recevoir leur assistance et leurs soins de leur « proche

⁵ AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE. *Compilation et analyse des informations internes pour les entreprises d'économie sociale en aide domestique (EÉSAD), Secteur communautaire*, Longueuil, ADRLSSS Montérégie, 2004.

aidant ». Le couple aidant-aidé doit donc être favorisé au maximum, et à cette fin, on se doit de lui offrir les services requis pour assurer la pérennité de cette situation. L'aidant doit être considéré comme un partenaire des soins et comme un client. Ses besoins doivent être évalués et satisfaits dans la mesure du possible. Dans la satisfaction de ces besoins, les 57 organismes communautaires offrant des services de soutien aux proches aidants peuvent jouer un rôle important. Ils font cependant face à de nombreuses difficultés : sous-financement, recrutement et encadrement des bénévoles, revenus insuffisants des clients pour s'assurer du temps répit/gardiennage, etc. Chaque territoire aurait avantage à se concerter afin d'assurer plus de systématisation dans l'offre de service et s'entendre sur une accessibilité et une continuité des services.

23. L'application de mesures d'assurance-qualité des services de soutien à domicile, y compris en résidence privée.

Le protocole d'intervention en résidence privée est appliqué différemment selon les territoires. Les pratiques ne sont donc pas harmonisées. L'évaluation de la qualité des services en résidence privée est en cours d'implantation et devrait se généraliser.

24. L'accessibilité aux services d'hébergement (LD et RNI) adaptés aux besoins et caractéristiques de la clientèle.

25. La disponibilité des services auprès des personnes avec multiproblématiques.

La Montérégie vit une phase de développement accéléré pour créer des services d'hébergement en ressources non institutionnelles (RNI) (ressources de type familial et ressources intermédiaires). Les établissements avec une mission CHSLD (7 gestionnaires en Montérégie) sont responsables de réaliser ce développement. Environ 400 nouvelles places ont été créées ou consolidées depuis 24 mois. Les orientations régionales visent le développement de nouvelles ressources intermédiaires (de 9 à 12 places spécialisées selon des profils types de clientèles visées). Les profils types visent principalement les personnes atteintes de déficits cognitifs, les personnes âgées avec perte d'autonomie associée à un problème de santé et les adultes avec une déficience physique. Également, des projets sont en émergence pour développer des ressources visant des problématiques plus ciblées : personnes avec troubles de comportement (santé mentale, déficience, troubles complexes de comportement ou troubles mixtes), personnes avec problématiques mixtes de santé mentale et santé physique, adultes avec lenteur intellectuelle, personnes atteintes de déficience intellectuelle n'ayant plus de potentiel de réadaptation, personnes en phase prépalliative. En l'absence de ces nouvelles RNI, ces clientèles sont orientées vers les ressources d'hébergement de longue durée (de type CHSLD). L'arrimage de cette

stratégie de services visant un renforcement des mesures d'hébergement plus près des conditions de vie en milieu domiciliaire devrait se réaliser en lien avec les autres continums d'intervention.

Pour ce qui est de l'hébergement en milieu de longue durée, les orientations « Milieux de vie en CHSLD » adoptées en Montérégie en 2000, préconisent une organisation des services d'hébergement selon cinq programmations spécifiques : clientèle atteinte de déficits cognitifs, clientèle soins de confort, clientèle atteinte de problèmes de santé mentale, clientèle atteinte de déficience physique, clientèle atteinte de déficience intellectuelle. Ces programmations visent une remise à niveau de l'offre de service en hébergement selon les caractéristiques des clientèles visées, ainsi que leur regroupement en îlots-milieus de vie formés de 12 à 15 personnes. Malgré une adhésion générale du réseau d'hébergement à ces orientations, l'actualisation des réorganisations des services rencontrent des difficultés majeures liées aux contraintes de ressources humaines, de ressources financières, mais surtout à des contraintes d'aménagement physique des CHSLD.

26. L'application de mesures d'assurance-qualité des services d'hébergement offerts à la clientèle.

Des programmes d'évaluation de la qualité des services en RNI sont implantés (obligatoire et évaluation annuelle), mais nous ne possédons aucune donnée nous permettant d'apprécier la situation. L'obligation de se soumettre à un processus d'évaluation de la qualité (processus d'agrément) fournira un ensemble d'informations permettant à chaque établissement d'apprécier la situation et d'apporter les correctifs lorsque nécessaire.

27. L'application des guides de pratique de soins de fin de vie.

Concernant les soins de fin de vie, nous savons qu'il existe différentes modalités d'offre de service (réseau de services intégrés onco-palliatif, équipes SAD dédiées à cette clientèle et clientèle desservie parmi l'ensemble de la clientèle du SAD). Toutefois, peu d'informations sont disponibles à cet égard, posant ainsi obstacle à l'appréciation de la situation.

ANALYSE DU POTENTIEL D'IMPACT DES PISTES D'ACTION

Pour apprécier le potentiel d'impact populationnel de chacune des pistes d'action, les groupes de travail ont été rencontrés lors de séances au cours desquelles les membres devaient faire consensus sur les valeurs à attribuer à chacune des pistes d'action du continuum. Le tableau suivant présente les 18 éléments du questionnaire qui constituait la base de cet exercice.

LES QUATRE GRANDES VARIABLES DE L'ANALYSE DU POTENTIEL D'IMPACT

<i>Variables</i>	<i>Éléments</i>
1. <u>Les besoins</u> concernés par l'intervention proposée par la piste.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Quelle est la prévalence de la condition visée? ■ Quelle est l'évolution prévisible de cette prévalence? ■ Quel est l'état de santé et de bien-être des personnes présentant la condition? ■ Quels sont les coûts sociaux associés à la condition?
2. <u>La puissance de l'intervention</u> proposée par la piste. La puissance de l'intervention cherche à identifier le potentiel d'une action à agir favorablement sur l'état de santé et de bien-être des personnes présentant la condition.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Quel est l'effet théorique de l'action ou des correctifs proposés par la piste? ■ Quelle est la qualité de la preuve de cet effet? ■ L'action ou les correctifs proposés sont-ils éthiques⁶? ■ Quel est le degré de conformité de l'action ou des correctifs proposés avec les orientations existantes?
3. <u>L'état du déploiement actuel</u> de l'intervention proposée par la piste. Cette variable s'intéresse à la situation réelle de la mise en œuvre de l'intervention proposée.	<ul style="list-style-type: none"> ■ L'intervention proposée est-elle disponible en Montérégie? ■ Dans quelle mesure rejoint-elle la clientèle? ■ Quel est le degré actuel de collaboration-coordination de l'ensemble des intervenants concernés par cette intervention? ■ Le cheminement du client en rapport avec cette intervention est-il fluide? ■ Quel niveau de qualité technique cette intervention atteint-elle actuellement? ■ Quel est le degré de pertinence⁷ de sa réalisation?
4. <u>La disponibilité des ressources</u> requises pour déployer l'intervention proposée par la piste. Cette variable cherche à traduire la disponibilité des moyens nécessaires pour produire l'intervention.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Quel est le degré de disponibilité des ressources financières? ■ Des ressources humaines? ■ Du réseautage et des éléments structurants de coordination nécessaires à la réalisation de l'intervention? ■ Du savoir-faire/expertise⁸ pour réaliser l'intervention?

⁶ La forme donnée à cet élément dans le questionnaire l'a rendu non discriminant. En conséquence, le conserver dans l'analyse ne modifie pas les résultats. Des mesures correctives sont toutefois en élaboration afin d'attribuer à cet élément une réelle capacité de mesure et de discrimination.

⁷ Dans le cadre du présent exercice, le terme « pertinence » revêt la signification suivante : réalisation de la bonne intervention, au bon moment et auprès de la bonne personne, de sorte que toute sur ou sous-utilisation de services s'en trouve évitée.

⁸ Cet élément fait ici strictement référence à l'existence d'un savoir-faire disponible et non à la disponibilité des ressources humaines compétentes pour pratiquer l'intervention.

Le tableau synthèse de l'analyse du potentiel d'impact de la page suivante résume la disposition des pistes d'action qui découle de leur analyse à l'aide des quatre grandes variables. Cette façon d'organiser les pistes d'action rend explicite leur positionnement relatif en matière d'impact potentiel auprès de la population. Les pistes d'action présentées en rouge sont des pistes pour lesquelles l'analyse a révélé, d'un point de vue régional, une difficulté au niveau de la disponibilité des ressources pour leur déploiement.

Toutes les pistes figurant au tableau synthèse ont avant tout franchi le seuil critère de la variable « puissance de l'intervention ». Chaque piste se positionne ensuite selon le score qu'elle a obtenu par rapport à la moyenne à l'aide de parenthèses, les pistes dont le déploiement apparaît contraint par la disponibilité de ressources.

Les quatre quadrants du tableau synthèse correspondent à la combinaison des variables « besoins » et « état du déploiement ». Ainsi organisée, l'information contenue dans le tableau facilite la composition d'un portefeuille équilibré d'interventions. Une piste pour laquelle les besoins s'avèrent supérieurs à la moyenne du continuum et dont le niveau de déploiement est inférieur à la moyenne offre un gain potentiel plus important qu'une piste pour laquelle, par exemple, les besoins s'avèrent inférieurs à la moyenne et dont le déploiement actuel est supérieur. Aussi, la première apparaîtra au quadrant « Impact à l'échelle de la population du continuum – Pistes de développement », tandis que la seconde figurera au quadrant « Impact à l'échelle de groupes-cibles – Pistes de consolidation ». Le tableau de la page suivante présente le tableau synthèse du continuum « Perte d'autonomie liée au vieillissement ».

Dans ce premier exercice, seules les zones d'amélioration potentielle, formulées en pistes d'action, ont été considérées. De nombreuses interventions, essentielles au bon fonctionnement d'un continuum, sont passées sous silence, parce qu'elles n'ont pas révélé d'écart entre les besoins et l'offre de service. Ces interventions doivent donc être maintenues et ne devraient pas être mises de côté au profit d'une piste d'action prometteuse. Par ailleurs, les pistes d'action dont la puissance de l'intervention n'a pas atteint le seuil défini lors de l'analyse ne se retrouvent pas dans le tableau synthèse : ces pistes sont à approfondir. Rappelons enfin que l'analyse est basée sur notre perception de la situation régionale montréalaise et que cette analyse doit être validée au niveau local.

Ces informations en main, il devient plus aisé de relever le défi qui consiste à composer un portefeuille équilibré d'interventions qui est le plus adapté possible à l'ensemble des besoins de la population visée. Ce portefeuille équilibré d'interventions devrait, par exemple tenir compte du fait que certaines pistes d'action sont déjà bien engagées dans les milieux locaux, que d'autres le sont moins et que d'autres encore requièrent l'ajout de ressources. En somme, le tableau synthèse invite les décideurs à identifier les pistes à privilégier pour répondre à l'ensemble des besoins de la population visée par le continuum, en tenant compte de la capacité ou de l'opportunité de déployer les ressources nécessaires à l'actualisation des interventions requises.

Tableau synthèse de l'analyse du potentiel d'impact des pistes d'action pour le continuum d'intervention « Perte d'autonomie liée au vieillissement »

Pistes de développement

Pistes de consolidation

	Pistes de développement	Pistes de consolidation
Impact à l'échelle de la population du continuum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Stratégies de développement des communautés « Bien-vieillir » 2. Pratiques cliniques préventives 3. Utilisation judicieuse des médicaments 5. Accès aux services médicaux de 1^{ère} ligne 7. Implication appropriée du pharmacien 8. (Disponibilité de gériatres) 18. (Services de soutien à domicile) 	<ol style="list-style-type: none"> 6. (Hiérarchisation des services : Loi 90)
Impact à l'échelle des groupes cibles	<ol style="list-style-type: none"> 10. (PI / PSI) 13. (Encadrement clinique) 14. (Profil de besoins ISO-SMAF) 17. (Outils de partage d'information) 19. (Collaboration entre partenaires) 21. (Services aux proches aidants) 22. (Outils d'évaluation des besoins des proches aidants) 23. (Mesures d'assurance-qualité des services de soutien à domicile) 24. (Services d'hébergement LD et RNI) 25. (Services auprès des personnes avec multiproblématiques) 	<ol style="list-style-type: none"> 4. (Programme de prévention des chutes) 9. (Application de modèles de services intégrés) 11. (Formation des gestionnaires de cas) 12. (Formation des intervenants) 15. Outil d'évaluation multiclientèle 16. Outils de repérage 20. (Services d'aide et d'assistance à domicile) 26. Mesures d'assurance-qualité des services d'hébergement 27. (Guides de pratique des soins de fin de vie)

() = contraintes liées à la disponibilité des ressources

CONCLUSION

La démarche pour l'élaboration d'outils d'aide à la décision, entreprise par l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie en juin 2004, s'inscrit dans le courant actuel qui préconise un recours accru à des données probantes dans le processus de prise de décision dans le domaine de la santé et des services sociaux.

Cette occasion unique de mobilisation des expertises de l'Agence a permis de développer des outils qui offrent une vue d'ensemble des pistes d'action à partir desquelles les décideurs seront en mesure de composer un portefeuille équilibré d'interventions fondées sur des données probantes, dans l'optique de répondre de manière équitable, et avec un maximum d'impact, à la diversité des besoins de la population de leur territoire.

Il reste cependant encore beaucoup de travail à faire, que ce soit au niveau de la mise en place de modalités concrètes de coordination pour la mise en œuvre des pistes d'action, du développement d'outils ou du raffinement de la méthodologie. Et pour mener à bien ce travail, l'Agence souhaite maintenir un dialogue continu avec ses partenaires, de façon à assurer un partage d'informations valides et pertinentes dans l'optique d'apprécier plus justement la performance du système de santé ainsi que son impact sur la santé et le bien-être de la population montérégienne.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX MONTÉRÉGIE. *Compilation et analyse des informations internes pour les entreprises d'économie sociale en aide domestique (EÉSAD), Secteur communautaire*, Longueuil, ADRLSSS Montérégie, 2004.
- GERMAIN, Marcel. *Évaluation du processus de prise en charge de la clientèle gériatrique en centre hospitalier*, décembre 2003.
- HÉBERT, R., A. TOURIGNY, M. GAGNON. *Programme de Recherche sur l'Intégration des Services pour le Maintien de l'Autonomie (PRISMA) : Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes*, Saint-Hyacinthe, 2004.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Chez soi : le premier choix. La politique de soutien à domicile*, Québec, MSSS, 2003.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Chez soi : le premier choix. Précisions pour favoriser l'implantation de la politique de soutien à domicile*, Québec, MSSS, juillet 2004.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Registre des résidences pour personnes âgées avec services : Région Montérégie*, Québec, MSSS, 2004.
- VANIER, Carole. *Projet régional de soutien aux aidants naturels : Profil des aidants et des personnes aidées et profil des interventions et activités réalisées par les organismes communautaires en Montérégie*, Longueuil, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie, septembre 2004.

LISTE DES COLLABORATEURS

MEMBRES DE L'ÉQUIPE DE TRAVAIL DE L'AGENCE

Danielle Benoit, pilote
Gylaine Boucher
Claude Dallaire
Constance Le Bel
Serge Moisan
Louise Normandeau
Christine Rowan
Robert Ste-Marie
Lynn Villeneuve

EXPERTS EN PROVENANCE DU RÉSEAU⁹

Agathe Brisebois - CSSS du Haut-Saint-Laurent
Christiane Lacoste - CSSS Haut-Richelieu/Rouville
Colette Lambert - CSSS la Pommeraie
Paule Laramée - CSSS Jardins-Roussillon
Louise Lebrun - Regroupement des CAB de la Montérégie
Josée Lussier - CSSS du Vieux-Longueuil et de Lajemmerais
Renée Mongeon - CSSS Champlain
Ginette Senez - CSSS Richelieu-Yamaska

MEMBRES DU COMITÉ DE COORDINATION SUR LES CONTINUUMS

Johanne Fournier, DPAP, responsable du comité de coordination
Jocelyne Audet, DEGR
Diane Bélanger, DEGR
Paul Berger, DSP
Catherine Bertrand, DEGR
Ginette Lafontaine, DSP
Aimé Lebeau, DSP

⁹ Personnes consultées lors du colloque régional tenu le 25 novembre 2004.

ÉQUIPE RESPONSABLE DE LA MÉTHODOLOGIE (OUTILS ET DÉMARCHE) SOUS LA COORDINATION SCIENTIFIQUE DE DENIS A. ROY, DIRECTEUR DE LA DGIC

Sylvie Cantin, DPAP
Liliane Foisy, DPAP
Mylène Kosseim, DPAP
Marc Lavoie, DSP

COLLABORATION À LA CONCEPTION, RÉDACTION ET PRODUCTION DES DOCUMENTS

Nicole Lemire, DPAP

COLLABORATION À LA VALIDATION DE CONTENU

Monique Benoit, DPAP

COLLABORATION À LA MISE EN FORME

France Salois, DPAP
Madeleine Pierre, DPAP

COLLABORATION À LA MISE EN LIGNE DE LA BASE DE CONNAISSANCES

Cheickh Youcefi, DPAP
Mohamed Jamali, DAFIT
Vanneth Ngan, DPAP
Catherine Houtekier, DPAP
François Simard, DPAP