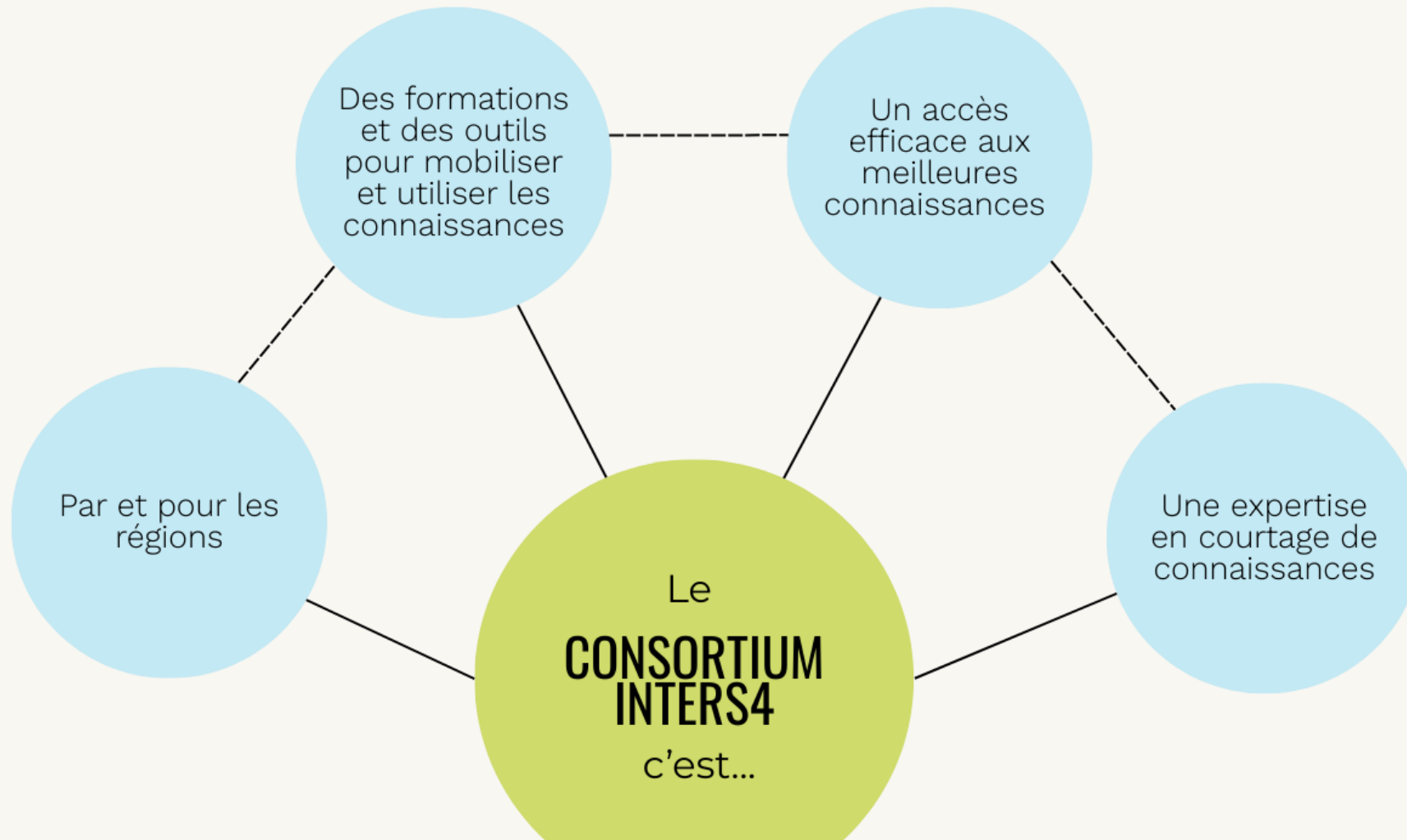


Bienvenue! La présentation commencera sous peu.

Sujets: Les grands utilisateurs de soins et de services en région et l'organisation des services pour les blessés médullaires en phase chronique

17 février 2026



Les grands utilisateurs de soins et de services sociaux en région rurale: une question d'intégration et de partenariat intersectoriel

Le transfert de connaissances à partir du vécu expérientiel

Line Moisan et Elizabeth Lavoie

Présentatrice

● **Line Moisan**
Consortium InterS4

A agi comme courtière de connaissances

● **Élizabeth Lavoie**
Consortium InterS4

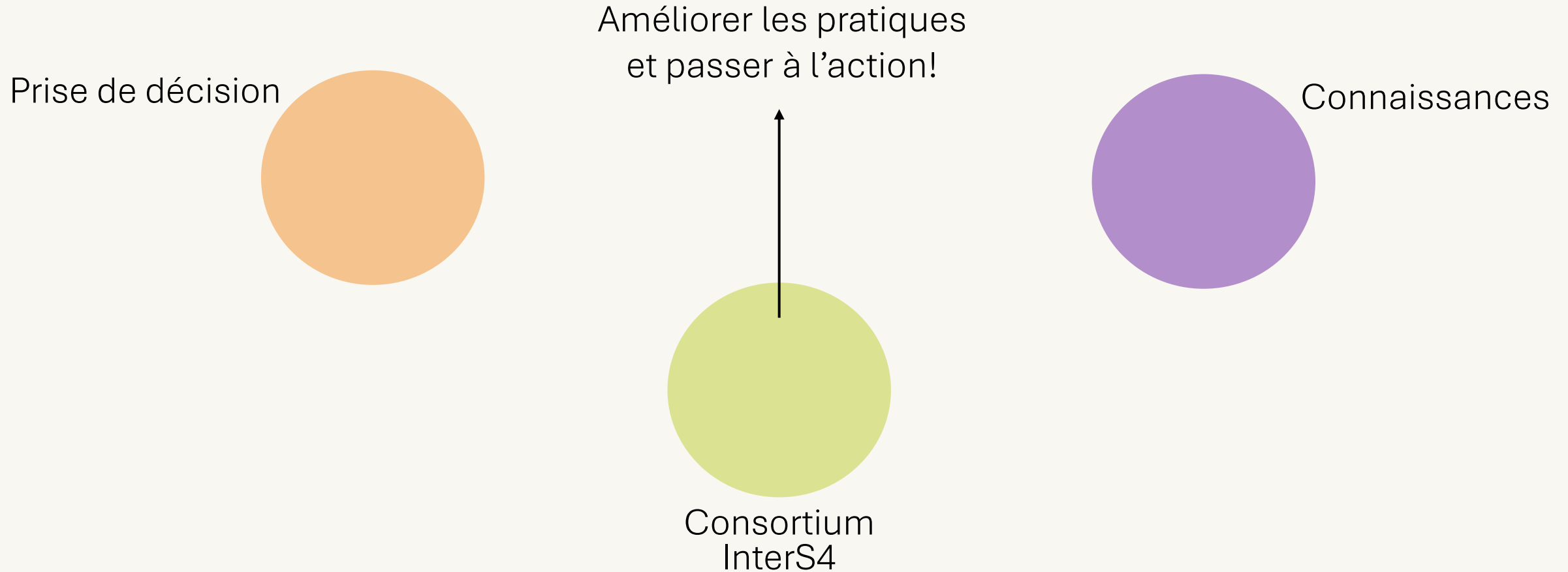
A agi comme courtière de connaissances

Présentateur invité

● **Jean St-Pierre**
PDGA

CISSS de la Gaspésie

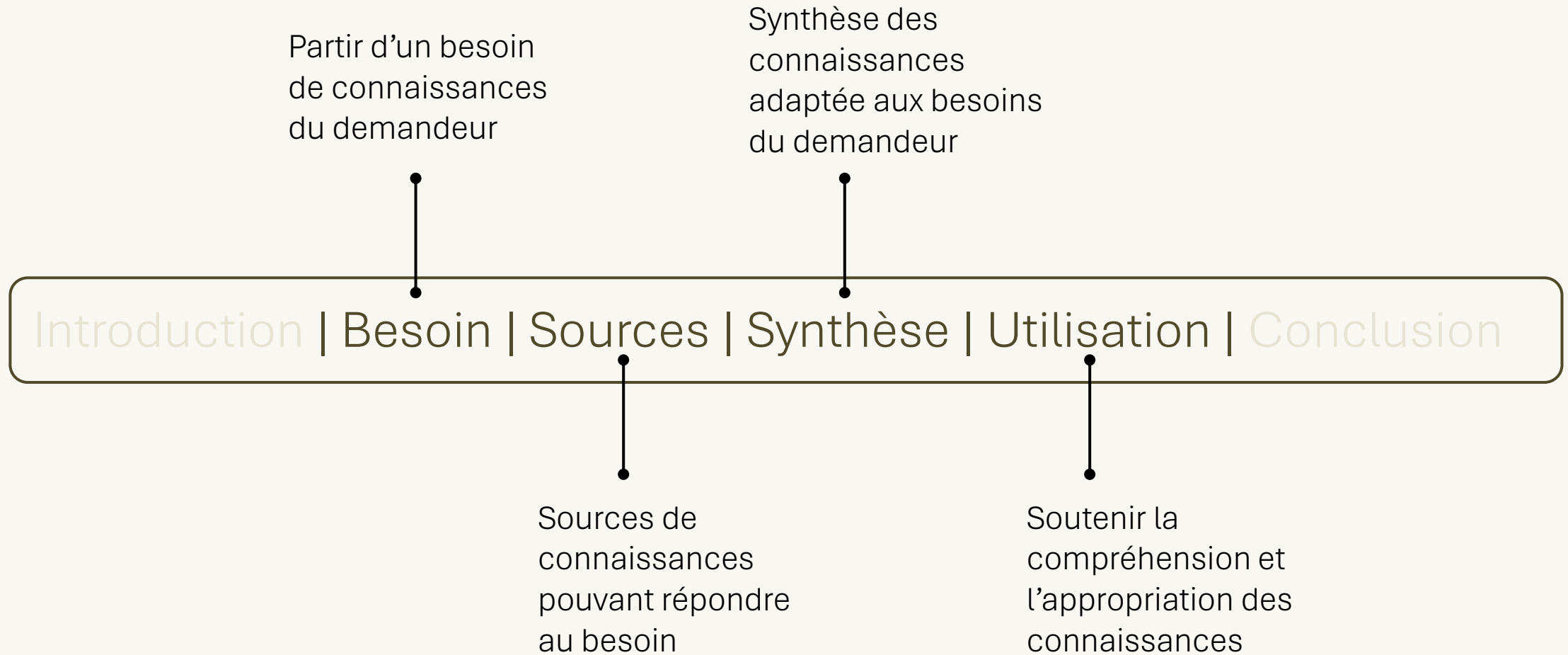
La mobilisation des connaissances au Consortium InterS4



Introduction | Besoin | Sources | Synthèse | Utilisation | Conclusion

La démarche du courtage de connaissances

La démarche du courtage de connaissances



Objectifs poursuivis par le comité de travail :

Suite à l'identification de grands chantiers pour la planification stratégique 25-28, le CISSS de la Gaspésie souhaite adresser la clientèle présentant des besoins complexes et qui utilise fréquemment les services.

Objectif : soutenir les réflexions et l'organisation des services pour les grands consommateurs sur l'ensemble du territoire.

Questions du demandeur :

Question : Quelles sont les approches innovantes ou intégrées permettant de mieux cibler et accompagner les grands consommateurs dans les contextes de soins et de services sociaux dans les milieux ruraux afin de diminuer le recours à l'urgence et les taux d'hospitalisation en courte durée ?

Sources de connaissances mobilisées

- Connaissances expérientielles d'un usager et de son proche-aidant

 - Histoire de Ginette

- Écrits scientifiques et gris

 - Littérature récente : 2015 à 2025, sauf exception

Vécu expérientiel de Ginette

Un témoignage unique, mais non singulier !



Mme Ginette

Femme | 67 ans

Je ne sais pas qui appeler,
est-ce que j'appelle la psychiatre,
l'intervenant en santé mentale,
l'intervenant du GMF,
le travailleur social SAD, mon médecin,
l'infirmière praticienne ou le kinésologue ...



Services en place

- ✓ GMF
- ✓ Psychiatrie
- ✓ SAD
- ✓ Santé mentale 1^{ère} ligne
- ✓ Services de dépendance
- ✓ Maladie chronique- SHV
- ✓ Organisme communautaire (act. Gym-cerveau)



Santé physique

- Maladie pulmonaire
- Douleurs musculosquelettiques
- AVC
- Vertiges
- Dénutrition



Situation sociale

- Retraitée
- Vit seule
- N'a aucune occupation et peu d'intérêt
- Son seul filet social : voisins
- Sans permis de conduire



Au cours de la dernière année

Hospitalisation :

- Séjour en psychiatrie
- Séjour courte durée
- Sevrage et cure de désintoxication



Urgences : plusieurs visites

- Infections
- Anxiété
- Chutes
- Confusion



Santé psychologique



- Historique de dépression majeure
- Dépendance à l'alcool
- Arrêt des traitements lors qu'elle va mieux (automédication)
- Hallucinations nocturnes
- Confusion

Image adaptée de V1sage, 2024

Connaître les grands utilisateurs

→ *Repérer les grands utilisateurs*

Définir les seuils qui permettent de cibler les grands utilisateurs :

- 3 à 6 visites à l'urgence sur 12 mois;
- ou 3 hospitalisations et plus par année;
- ou recours répété aux soins de première ligne : 2-24 consultations sur 12 mois.

→ *Reconnaître le profil de grands utilisateurs*

- Comorbidité santé physique et santé mentale
- Présence de facteurs de vulnérabilité
- Identification des services au dossier

Comprendre les besoins de santé et d'arrimage

→ *Expliquer le recours aux urgences :*

Comprendre l'utilisation des services d'urgences, est-ce lié à un défi de coordination, de communication, d'un manque d'accès, d'un manque d'informations ou de soutien ?

→ *Analyser les trajectoires de soins et de services sociaux des grands utilisateurs :*

Explorer les trajectoires de soins pour identifier les transitions, les ruptures dans le but de soutenir un dépistage précoce des usagers à risque et d'offrir des soins ciblés.

→ *Revoir le fonctionnement de la gestion de cas /intervenant pivot:*

Renforcer la vision d'approche collaborative qui mise sur la coordination et l'intégration des soins.

Miser sur une vision commune, un langage commun entre les programmes/les services et des outils de travail commun.

Consolider et pérenniser

→ **Assurer la pérennité** de l'approche retenue par une mobilisation de l'ensemble des parties prenantes de proximité et privilégier des moments de concertation clinique interdisciplinaire pour les cas complexes.

→ **Améliorer plutôt que de refaire** : créer de la valeur pour le grand consommateur.
Consolider les activités qui fonctionnent, apporter des améliorations, éliminer les interventions sans valeur ajoutée dans le but de soutenir la continuité, l'accessibilité et la personnalisation des soins.

Décodage du document : transfert de connaissances

6 grandes recommandations vers l'action

1. Vocabulaire non stigmatisant, centré sur les besoins
2. Repérage des usagers à risque
3. Identification des 5 % les plus utilisateurs par données croisées : profil, la consommation, qui est au dossier. Etc.
4. Optimisation des trajectoires existantes
 - Continuité des soins et accès au GMF
 - Collaboration interprofessionnelle renforcée
 - Mobilisation des acteurs autour d'objectifs communs
 - Priorisation des services essentiels
 - Clarification des rôles, élimination des doublons
5. Analyse de l'organisation et de la coordination en première ligne
6. Suivi de performance et ajustements continus via outils de pilotage

Valeurs

- Variété de sujets, de pratiques et de perspectives
- Convergence de bon nombre de points de vue exprimés par les sources variées

Limites

- Peu de connaissances nouvelles
- Difficulté d'appréciation de la juste valeur de certaines pratiques en l'absence de données directes et tangibles sur les participants, leur progrès et le maintien de leur pratique

Perspectives d'utilisation des connaissances

● Comment on peut mieux soutenir une organisation à mobiliser les savoirs ?



Perspectives d'utilisation des connaissances



Méthodologie Proposée

Complémentaire à l'avis de courtage des connaissances, cette démarche vise à initier un changement de pratique et assurer une meilleure coordination des services pour les usagers ayant des besoins complexes.

Inspirée des principes de la gestion agile, elle s'articule autour de quatre grands volets :

1

Récit d'une trajectoire type

2

Atelier de réflexion

3

Mise en actions par mini-projets

4

Outil de soutien au changement



Atelier de réflexion

Questions réflexives à animer en équipe de travail pour amorcer le changement et se doter de pistes d'actions concrètes

Vision commune et continuité

Coordination des services et approche inter programme

Le PSI

L'implication et la reconnaissance des proches-aidants

Les mécanismes de suivi et d'amélioration

Téléchargez la fiche complète des questions

INTER S4



Le récit de Ginette

Une usagère ayant des besoins complexes

Il s'agit, certes, d'un témoignage unique, mais non singulier. L'histoire de Ginette permet de saisir l'ampleur des défis soulevés par les usagers à besoins complexes dont les trajectoires sont marquées par la fragmentation des offres de services, la vulnérabilité et la difficulté de coordination entre les multiples intervenants impliqués. Vous connaissez tous une Ginette.

Téléchargez le récit

1/9

Ginette, une femme dans la soixantaine, retraitée, a consacré plus de quinze années de sa vie à s'occuper de sa mère, devenant son aidante naturelle. Chaque jour, elle se dévouait à la préparation des repas, au ménage et aux soins domestiques, mettant de côté ses propres aspirations. Sa mère, au tempérament autoritaire, exerçait une emprise marquée sur elle, renforçant son isolement et sa dépendance affective.



INTER S4

Concrètement sur le terrain...

- Invité : M. Jean St-Pierre, PDGa du CISSS de la Gaspésie

Qu'est ce qui a été fait avec l'avis ?

→ Est-ce que les données recueillies sur votre terrain en termes de profil clientèle s'inscrivent dans les mêmes tendances que l'avis ?

Quelles sont les prochaines étapes ?

L'organisation des services pour les blessés médullaires en phase chronique résidant en hébergement longue durée

Isabel Bastille et Élisabeth Lavoie

Présentatrice

● **Isabel Bastille**
Consortium InterS4

A agi comme courtière de connaissances

● **Élizabeth Lavoie**
Consortium InterS4

A agi comme courtière de connaissances

Objectifs poursuivis par le comité de travail :

- Connaître les bonnes pratiques en réadaptation physique pour les personnes atteintes de lésion médullaires en phase chronique qui demeurent en centre d'hébergement de longue durée.
- Soutenir une réflexion globale sur l'organisation des services en tenant compte du contexte de rareté de ressources et de l'harmonisation des pratiques d'un secteur à l'autre.

Questions du demandeur :

- Quelles sont les bonnes pratiques en réadaptation physique pour les usagers atteints de blessure médullaire qui résident en hébergement longue durée?
- Les services doivent-ils être offerts en continu ou par épisodes de services?
- Les services de réadaptation doivent-ils être dispensés par un professionnel en réadaptation ou il est possible de les déléguer à d'autres membres du personnel ou des proches aidants?

Sources de connaissances mobilisées

● Écrits (n=28)

Scientifiques et gris récents (2015-2025) sauf exceptions



La présentation portera de façon plus globale sur les bonnes pratiques de prise en charge des résidents atteints de lésions médullaires en phase chronique.

1. Mettre de l'avant un modèle biopsychosocial

→ La prise en charge des personnes atteintes de lésions médullaires doit comprendre des pratiques:

→ Axées sur la santé physique

→ Favorisant le bien-être psychologique, la santé mentale, l'intégration dans le milieu de vie, etc.

2. Favoriser une intensité de services permettant de répondre aux besoins des usagers

→ Les services doivent être orientés sur:

→ Le maintien des acquis à long terme

→ La prévention des affections secondaires

→ La préservation de la qualité de vie

→ La pratique d'exercices physiques avec assistance, sur une base régulière

3. Offrir des soins et des services de réadaptation, en continu, tout au long de la vie de la personne atteinte de lésion médullaire

→ La continuité des services est à privilégier puisqu'elle permettrait de:

→ Prévenir les complications

→ Maintenir les acquis ou améliorer la condition physique

→ Favoriser une meilleure qualité de vie

4. Miser sur le travail en équipe interdisciplinaire

→ Il s'agit d'un élément incontournable pour tenir compte de l'ensemble des besoins diversifiés des personnes atteintes de lésions médullaires

→ Favoriser l'implication de la personne et de ses proches

→ Miser sur la participation de pairs aidants

5. Repenser l'organisation des services de réadaptation

→ Les services de réadaptation peuvent être dispensés par différentes personnes (professionnel ou non). La sécurité des usagers doit primer et différents paramètres doivent être respectés, notamment:

- Le type d'intervention ou d'exercices à réaliser
- Le type de lésion et le degré d'aisance et d'autonomie de la personne et de la personne proche aidante
- Les besoins et objectifs de la personne
- Les actes réservés en respect du Code des professions
- Les ressources disponibles dans l'établissement

Décodage du document

Synthèse des connaissances

Tableau 2 : Recommandations de prise en charge selon le type de lésion médullaire

Type de lésion	Recommandations
Tétraplégie complète (C1-C3) avec ventilation (dépendance complète pour les AVQ)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kinésithérapie 3x/semaine à plusieurs fois par jour lors de complication ▪ Services psychosociaux
Tétraplégie C4-C6, autonomie respiratoire, trachéotomie possible (dépendance importante pour les AVQ)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kinésithérapie respiratoire à long terme, risque 7 de complication ▪ Rééducation jusqu'à 18 mois postlésion : minimum de 2 heures par jour par membres de l'équipe multidisciplinaire ▪ Kinésithérapie 3x/semaine à plusieurs fois par jour lors de complication
Tétraplégie C7-C8, autonomie respiratoire	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kinésithérapie respiratoire à long terme, risque 7 de complication ▪ Rééducation jusqu'à 12 mois postlésion : minimum de 2 heures par jour par membres de l'équipe multidisciplinaire ▪ Kinésithérapie 3x/semaine à plusieurs fois par jour lors de complication
Paraplégie haute dorsaux T1-T9	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kinésithérapie au minimum 3x/semaine à plusieurs fois par jour lors de complication

AVIS RÉFLEXIF

Un produit de courtage de connaissances

INTER S4

CONSORTIUM INTERRÉGIONAL
SAVOIRS • SANTÉ • SERVICES SOCIAUX

L'ORGANISATION DES SERVICES POUR LES BLESSÉS MÉDULLAIRES EN PHASE CHRONIQUE RÉSIDANT EN HÉBERGEMENT LONGUE DURÉE – SEPTEMBRE 2025

L'avis présente une synthèse d'une recension d'écrits sommaire visant à soutenir la réflexion autour des questionnements suivants :

Quelles sont les bonnes pratiques en réadaptation physique pour les usagers atteints de blessure médullaire qui résident en hébergement longue durée?

Les services doivent-ils être offerts en continu ou par épisodes de services?

Les services de réadaptation doivent-ils être dispensés par un professionnel en réadaptation ou il est possible de les déléguer à d'autres membres du personnel ou des proches aidants?

Demande de madame Lyne Larivière,
CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue

FAITS SAILLANTS

1. Les bonnes pratiques pour la prise en charge des personnes atteintes de lésion médullaire doivent mettre de l'avant un modèle biopsychosocial [1] comprenant notamment des pratiques axées sur la santé physique, mais également des pratiques favorisant le bien-être psychologique, la santé mentale, l'intégration dans le milieu de vie, etc.
2. Les services en réadaptation physique sont requis, en intensité suffisante, afin de répondre aux besoins des usagers. Ils doivent être orientés sur le maintien des acquis à long terme, la prévention des affections secondaires et la préservation de la qualité de vie. La pratique d'exercices physiques avec assistance, sur une base régulière, devrait être au cœur des services offerts [2-5].
3. Les soins et services de réadaptation devraient être offerts en continu, tout au long de la vie de la personne atteinte de lésion médullaire de façon à :
 - a. Prévenir les complications;
 - b. Maintenir les acquis ou améliorer la condition physique;
 - c. Favoriser une meilleure qualité de vie.
4. Le travail en équipe multidisciplinaire ressort comme un élément incontournable pour tenir compte de l'ensemble des besoins diversifiés des personnes atteintes de lésion médullaire [1, 2, 6, 7]. L'implication de la personne, de ses proches et de pairs aidants doit être priorisée.
5. Les services de réadaptation peuvent être dispensés par différentes personnes (professionnel ou non). La sécurité des usagers doit primer et différents paramètres doivent être respectés dans la réflexion sur l'organisation des services, notamment:
 - a. Le type d'intervention ou d'exercices à réaliser;
 - b. Le type de lésion et le degré d'aisance et d'autonomie de la personne et de la personne proche aidante;
 - c. Les besoins et objectifs de la personne;
 - d. Les actes réservés en respect du Code des professions;
 - e. Les ressources disponibles dans l'établissement.

Au sujet de cet Avis

L'Avis expose un résumé des connaissances disponibles, le plus souvent issu des écrits. Il est produit avec le souci de répondre au mieux aux besoins des mandants à l'intérieur de délais très courts. Il vise à soutenir la prise de décision visant des travaux d'amélioration organisationnelle. L'Avis alimente donc la réflexion, mais un exercice plus poussé est généralement requis pour en apprendre plus, soit à l'aide d'une recension plus étendue des écrits, soit à l'aide d'une recension de pratiques ou d'avis d'experts.

Niveau de fiabilité

- ☒ L'Avis reflète l'opinion de l'auteur et n'engage que lui isabel_bastille@uqar.ca
- ☐ L'Avis reflète l'opinion des auteurs et des personnes suivantes qui en ont validé les termes et les contenus
- ☐ L'Avis est validé par les personnes suivantes, membres du groupe

Avis réalisé par Isabel Bastille et Éliane Lavoie – septembre 2025, Consortium Interrégional de Savoirs en Santé et Services sociaux.

2

Valeurs

- Apporte un éclairage sur les recommandations générales de prise en charge des besoins des personnes atteintes de lésion médullaire.
- S'appuie sur une variété d'écrits scientifiques et provenant d'organisations réputées (n=28)
- Convergence de bon nombre de points de vue exprimés par les sources variées

Limites

- Peu d'études qui font état de balises liées à l'organisation des soins et services pour la clientèle atteinte de lésion médullaire en phase chronique
- Présente des grands principes sans approfondir l'opérationnalisation de ces derniers

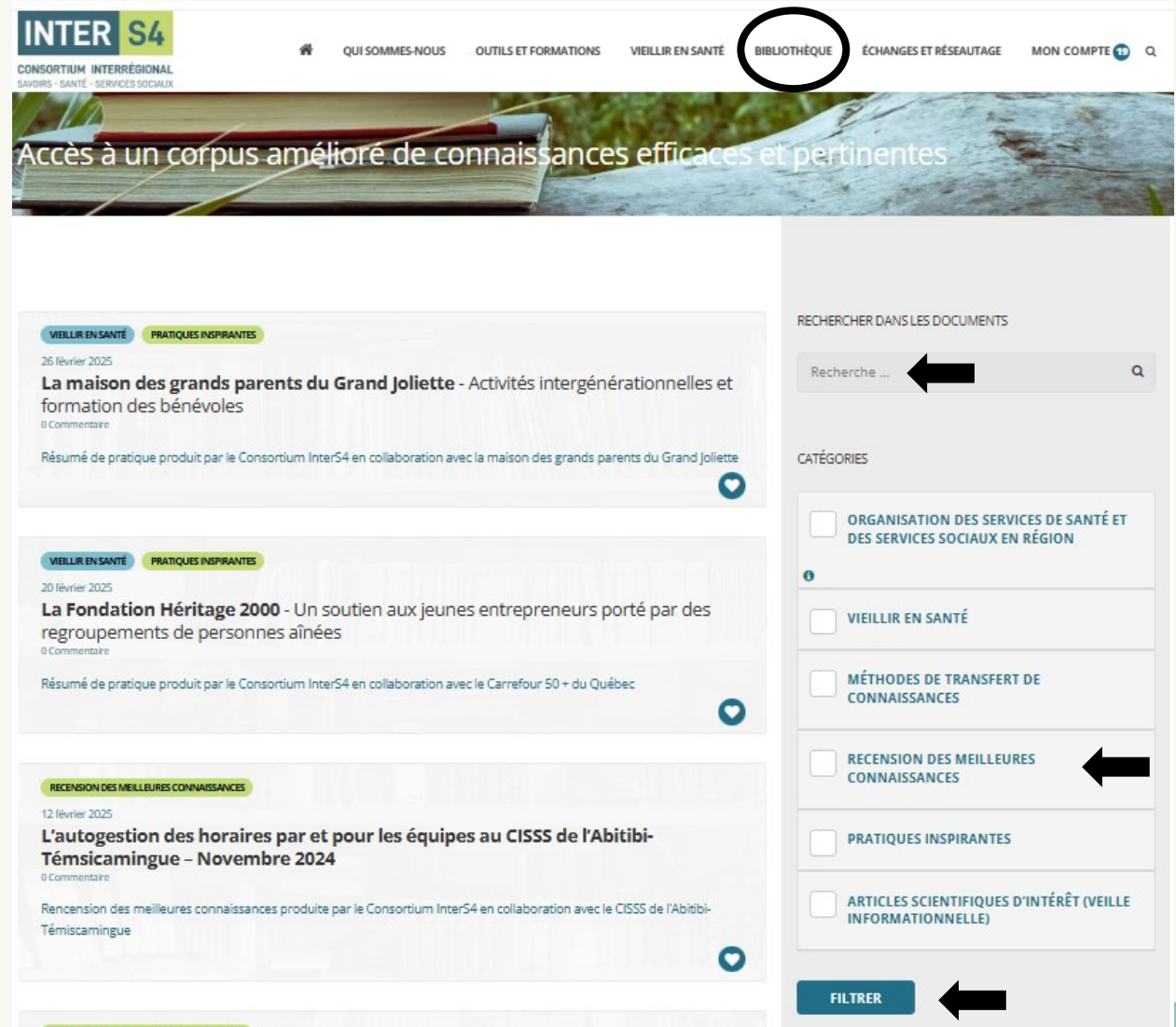
Perspectives d'utilisation des connaissances

En se basant sur la littérature recensée, voici quelques pistes d'action qui pourraient être explorées par les établissements concernant l'organisation des soins et des services aux personnes atteintes d'une lésion médullaire qui demeure dans un milieu d'hébergement de longue durée

- Ouvrir la discussion avec l'utilisateur et ses proches afin d'identifier ses objectifs personnels et de voir comment le milieu de vie peut les soutenir dans le respect de sa mission
- Mettre en œuvre une approche intégrée de la santé physique et mentale en collaboration avec une équipe multidisciplinaire et impliquer l'utilisateur et ses proches dans les décisions
- Développer une expertise et des liens professionnels inter programmes

Où trouver le document

ConsortiumInterS4.uqar.ca



Restons connectés!

Merci de répondre au sondage pour nous aider à améliorer VOS rendez-vous Tête-à-tête InterS4



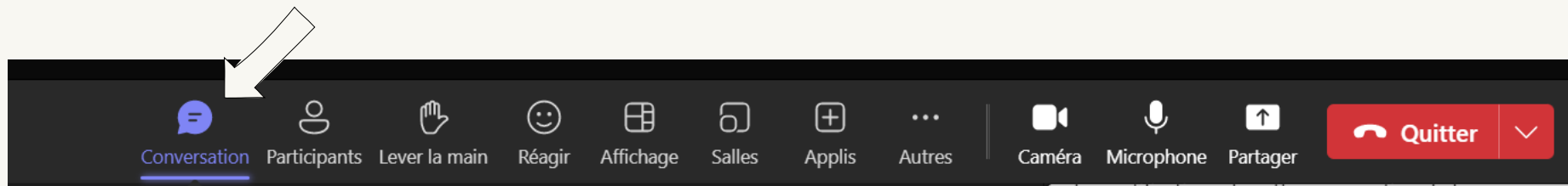
Sondage de satisfaction



Abonnez vous à notre infolettre InterS4



Suivez notre page LinkedIn



Vous désirez nous faire part de commentaires ? Vous avez besoin d'informations additionnelles ?

N'hésitez pas à nous contacter :

Élizabeth Lavoie
Elizabeth_Lavoie2@uqar.ca

Line Moisan
Line_Moisan@uqar.ca

Isabel Bastille
Isabel_Bastille@uqar.ca