

UTILITÉ DES LITS DÉDIÉS DE SOINS PALLIATIFS ET DÉTERMINATION DU NOMBRE REQUIS AU SEIN D'UNE RÉGION

Rénald Bergeron MD

Michel L'Heureux MD

RSPQ

17 avril 2009

Agence de la santé
et des services
sociaux de la Capitale-
Nationale

Québec 

OBJECTIFS

- Décrire et Comparer les vocations possibles des unités/maisons/lits dédiés de s. palliatifs
- Situer l'utilisation des lits de s.pall dans une perspective de **réseau de services intégrés de soins palliatifs** dans une région
- Proposer une méthodologie novatrice pour évaluer le nombre de lits requis dans une région



Plan de la présentation

- Contexte
- Tendances organisationnelles à travers le monde vs situation au Québec
- Vers un **Réseau régional intégré** en soins palliatifs
- Détermination du nombre de lits requis
- Conclusion: défis à venir
- *Période de questions et d'échanges*



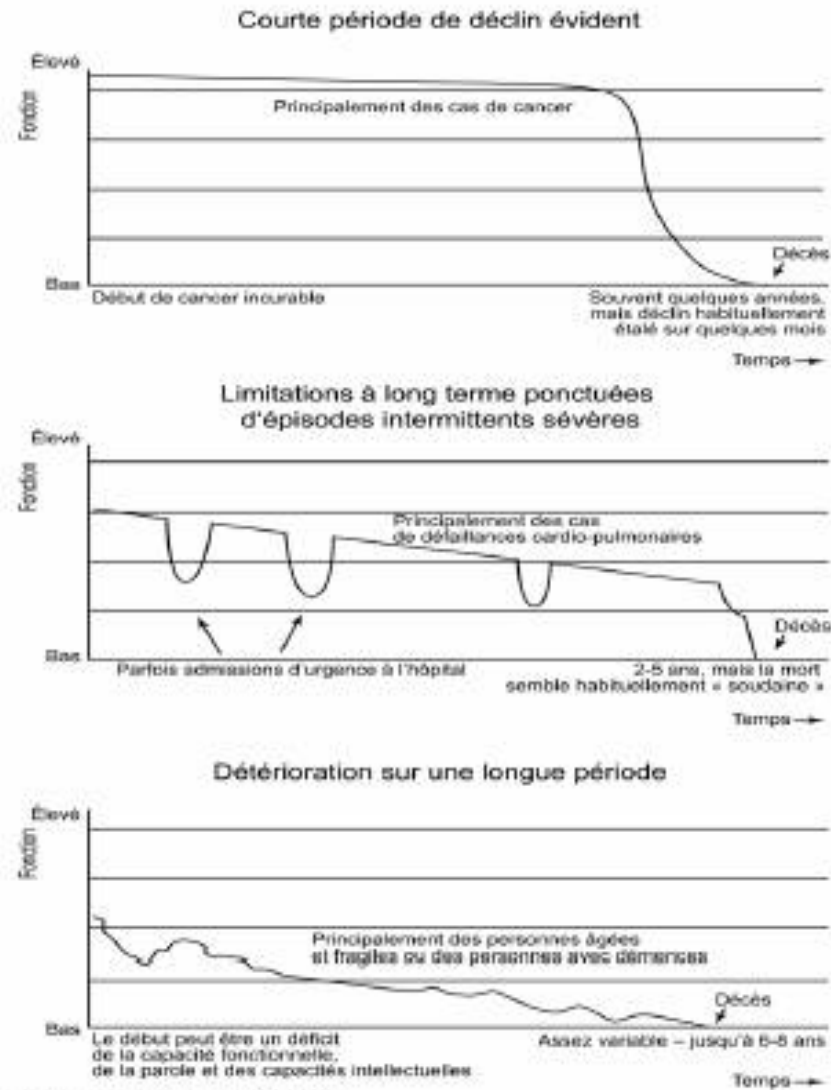
CONTEXTE

- 40 ans d'évolution de St-Christopher's à aujourd'hui
- Soins Palliatifs → de la phase terminale de cancer à:
 - Suivi de personnes atteintes de maladies incurables à issue fatale (Cancer ou autres)
 - Soulager et accompagner du début de la maladie jusqu'à l'étape du deuil des proches.
- Croissance du nombre de lits au Qc et CA
- Transformation du réseau de la santé au Québec
- Politique québécoise de soins palliatifs et de fin de vie:
 - Choix du lieu du décès
 - Équité et accessibilité
 - Continuité
 - Qualité



Trajectoires des patients requérant des soins palliatifs (Murray-INSPQ)

Figure 3 : Type de trajectoire en fin de vie



Source : Adaptée de Murray et al. (14)

Trajectoire 1
Cancer

Trajectoire 2
Troubles respiratoires et cardiaques

Trajectoire 3
Maladies dégénératives et démences



Comité Régional des Soins Palliatifs Région 03

- Adaptations successives depuis 1998
 - Représentation de toutes les disciplines
 - Délégation d'un cadre responsable par établissement
- Leadership fort appuyé sur un solide trépied:
 - Agence - MMS - Université et
 - Réseau d'enseignement clinique et de recherche
- Mandat 2006: Évaluer le nb de lits requis et proposer une répartition adéquate



Sous-comité de travail sur les lits du Comité régional des soins palliatifs

- Rénald Bergeron (Président), *Université Laval- Hôpital Laval (IUCPQ)*
- Marc Berlinguet*, Agence, **Épidémiologiste**
- Linda Côté-Brisson*, CHUQ-HDQ, **Rechercheur**
- Régina Lavoie*, Agence, **Coordonnatrice**
- Michel L'Heureux*, MMS, **Rédacteur du rapport**
- Hubert Marcoux, *Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's*
- Huguette Ouellet/Daniel LaRoche, *Agence*
- Nicole Perron, *CSSS Portneuf*
- Louis Roy, *CHUQ-HDQ*
- Solange Vallières, *CSSS Vieille-Capitale*





LES TENDANCES ORGANISATIONNELLES

Méthode

- **Analyse des sources d'information**
 - Rapport de INSPQ: indicateurs de soins palliatifs
 - Revue de littérature : modèles organisationnels
 - Visite de 4 programmes avec lits dédiés (Montréal et Montérégie)



Canada et États-Unis

- Premières unités au Canada:
 - Hôpital » phase terminale
 - ↓ développement des services dans la communauté
- Recommandations de 1992: Démarche Cancer 2000:
 - Meilleure coordination
 - Désinstitutionalisation des services de s.pall.
- Programmes de s.pall. dans des centres régionaux de cancer intégrant soins, enseignement et recherche



Canada et États Unis

Nouveaux modèles

- **Unités tertiaires** avec programme intégré et coordonné de soins:
 - Équipes de consultations spécialisées
 - Équipe de consultations dans la communauté
 - Équipe de soins à domicile
 - Des lits de s. palliatifs dans la communauté
 - Nb de lits limités avec **1 unité tertiaire** par programme intégrant plusieurs établissements (soins, enseignement et recherche)



Unité tertiaire s. palliatifs

- Gestion de symptômes, phase terminale et répit
- Priorité aux **Urgences palliatives** (5-10%)
- Peu importe le Dx (cancer et autres...)
- Séjour moyen < 14 jours
- Soins enseignement et recherche
- Retour à dom. ($\geq 30\%$) avec réadmission poss.
- Référés(10-15%) dans ressources palliatives dans la communauté (hospices/maisons, CHSLD)
- Mortalité $\leq 50\%$ dans l'unité
- Décès en U. de S. aigus demeurent c appui équipe



Royaume-Uni 2006

- 2774 lits de s.pall dans 193 unités (hospice ou hôpital)
- 21% seulement des lits gérés par NHS
- Corporations privées gèrent le reste
- 314 services hospitaliers
- 234 centre de jour
- 295 services de soins à domicile
- Vocation mixte des unités (gestion de symptômes, répit et phase terminale):
 - Cancer = 93%
 - $\geq 25\%$ des admissions = réadmissions
 - 69% proviennent du dom. 29% de l'hôpital
- Retour à dom. = 41 %
- Durée moy. de séj.= 13,1
 - 41% < 7 jours
 - 16.5% > 21 jours
- **Besoins en augmentation**



Australie

- Programmes intégrés de soins palliatifs
- Lits de soins palliatifs avec configurations diverses:
 - Unités de s.pall spécialisées en CHU
 - Lits de s. pall. en CH en milieu rural
 - Lits en hospices
- Vocation mixte des lits
 - Évaluation, Stabilisation et Orientation
 - Phase terminale



Québec 2005

Lits s.pall: Établissements publics

Etablissements	Lits dédiés	Lits hors unité	TOTAL
CHU	75	34	109
CHSGS	118	45	163
CHSLD	60	55	115
TOTAL	253	134	387

Maisons de soins palliatifs au Québec janvier 2009

- 18 maisons (3-15 lits) → 118 lits
- Plusieurs projets en attente dont
- 5 en construction → 36 lits
- 1 à vocation pédiatrique → 12 lits
 - 2 phases terminale et 10 lits de répit
- Financement : philanth./subv. → 60-70/30-40



Utilisation des lits SP au Québec

- Maisons: phase terminale et parfois répit
- CHSGS: majoritairement phase terminale, incluant les CHUs
- CHSLD:
 - quelques unités de fin de vie pour admissions provenant de la communauté
 - quelques chambres dédiées pour la clientèle hébergée



Lits dédiés en S.Pall. adultes Région Québec (03)

Établissement	lits dédiés 2006	lits dédiés 2008	Vocation
MMS	15	15	FDV-CA
CHSGS	4	25	ÉV-ST-FDV
CHSLD	11	11	FDV (ÉV-ST-FDV)
HÔP. COMM.	5	5	ÉV-ST-FDV
TOTAL	35	56	



Lits dédiés MMS

Québec 03

- 15 LITS
- SOINS TERMINAUX
- CANCER
- CENTRE DE SOINS DE JOUR



DIFFÉRENTS LIEUX POUR MOURIR

- À Domicile
- En Maison ou lit communautaire de soins palliatifs
- En Centre d'hébergement
- À l'Hôpital



MOURIR À DOMICILE

- Pour ceux qui veulent et qui peuvent
- À la condition:
 - Recevoir des soins adéquats
 - Ne pas être un fardeau



Facteurs favorisant le décès à domicile

Gomes et Higginson BMJ vol 332, 2006

- Faible niveau fonctionnel et longue période
- Désir du patient
- Recours aux services à domicile
- L'intensité des services
- Vivre avec des proches
- Bénéficiaire d'un réseau étendu de soutien



Autres facteurs de succès favorisant le décès à domicile

Thorpe BMJ vol 308 1994

- Soins infirmiers adéquats
- Service de gardiennage
- Bon contrôle des symptômes
- Omnipraticien engagé et accessible
- Accès facile aux services spécialisés
- Bonne coordination des soins
- Soutien financier
- Formation continue s.pall. → intervenants²³





Maison ou lit communautaire de soins palliatifs

- Par choix ou lorsque domicile impossible
- Maison ou unités de soins palliatifs en CHSLD selon les possibilités des régions
- Fonction de répit devrait y être disponible



Mourir en Centre d'hébergement

- CHLSLD = milieu de vie substitut
- Programmes de soins palliatifs adaptés
- Aménagement de chambres dédiées au soins palliatifs
- Non comptabilisés dans le calcul des lits dédiés



Mourir à l'hôpital

- Sur les unités de soins aigus ou en unité de soins palliatifs
- Équipe de consultation en soins palliatifs
- Unités de soins palliatifs (10 lits et +) ou
- Lits dédiés (4 - 9) regroupés avec unités de soins compatibles (c.d. gériatrie vs médecine familiale)



Organisation matérielle pour une unité ou des lits regroupés

- Des locaux adéquats:
 - Chambres individuelles priorisées et adaptées
 - Avec lit d'appoint
 - Accès privé à salle de toilette
 - Décoration adéquate et chaleureuse
- Bain thérapeutique disponible
- Salon des familles
- Cuisinette
- Local de recueillement
- Accès à balcon ou terrasse si possible



Ressources Humaines

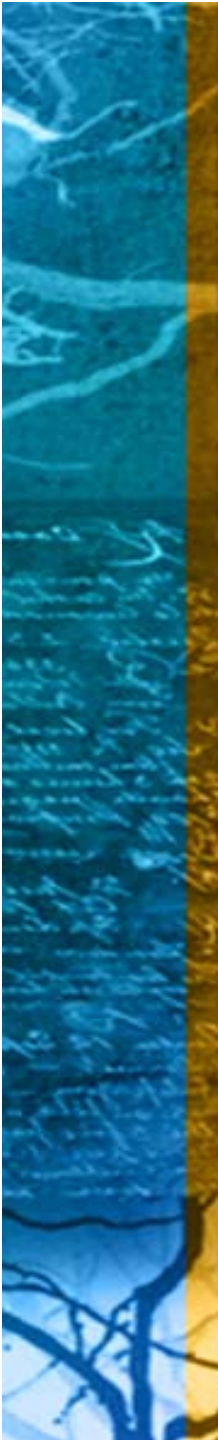
- Une équipe interdisciplinaire complète codirigée par responsables médical et infirmier:
 - Médecin, personnel infirmier, pharmacien et intervenant psychosocial, animateur de pastoral et bénévoles
 - Accès à: physiothérapeute, ergothérapeute, nutritionniste
 - Accès à autres approches complémentaires: massages, musicothérapie, art thérapie...
- Formation continue recommandée et encouragée





RÉSEAU RÉGIONAL INTÉGRÉ

RÉGION 03



Prémises pour un réseau régional intégré de soins palliatifs

- Nécessité d'une organisation optimale des soins palliatifs à domicile et en établissement
- L'augmentation du Nb de lits ne doit pas se traduire par une diminution de ressources dans les soins à domicile



Réseau régional intégré en soins palliatifs Qc 03

- **À domicile**
 - Cible visée de décès à domicile : 15 à 20 %
 - Des équipes de soins palliatifs dans chaque territoire de CLSC
 - Une équipe régionale de consultation spécialisée de 2^e ligne dans la communauté, basée au centre de jour de la MMS (projet)
- **En CHSGS (au sein des différents sites)**
 - Des lits dédiés et regroupés de soins palliatifs
 - Des équipes spécialisées de consultation
- **Dans la communauté**
 - 3 unités de soins palliatifs et de fin de vie (MMS, territoire du CSSS Vieille- Capitale et territoire du CSSS Québec-Nord)
- **En milieu de vie substitut (CHSLD et CHRQ)**
 - Programme de soins palliatifs



Réseau régional intégré en soins palliatifs Qc 03 (suite)

- **En CHSLD et au CHRGG**, des programmes de soins palliatifs :
 - chambres aménagées pour les soins de fin de vie, en sus du décompte des lits dédiés de la région
 - accès rapide possible à des lits en CHSLD pour une clientèle suivie en soins palliatifs type « **moyen séjour** » (3 mois et plus)
 - ajustement des règles régionales actuelles d'admission en CHSLD pour actualiser cette possibilité avec lits désignés « **moyen séjour** »



Réseau régional intégré en soins palliatifs (suite)

- **Enseignement – recherche**
 - Programme d'enseignement et de recherche en soins palliatifs
 - animé par la Maison Michel-Sarrazin et les autres établissements du réseau universitaire
 - en partenariat étroit avec l'Université Laval et les institutions d'enseignement collégial et professionnel



Soins palliatifs pédiatriques

- Programme au CME du CHUQ
 - Supporté activement par la Fondation du CHUQ
- 2 pédiatres supportées par infirmières dédiées
- 1 sous-comité régional
 - Harmonisation des SP en établissement et à domicile en cours
- Volet des lits à planifier dans une démarche spécifique



Unités de soins palliatifs CHSGS - Québec métro

- **Mission première : urgences palliatives**
 - gestion des symptômes complexes, tant physiques que psychosociaux
 - mortalité en unité ne devrait pas excéder 50 %
 - proportion importante (30 % ou plus) retournée à domicile avec le support approprié des services à domicile
 - transferts (20 % ou plus) dans un lit de soins palliatifs pour la fin de vie dans la communauté
- **Enseignement et recherche**





Unités de soins palliatifs de fin de vie dans la communauté Québec métropolitain

Admissions provenant du domicile ou des CHSGS

- **Mission**

- phase terminale
- évaluation et stabilisation des patients
- répit
- moyen séjour, si accès impossible aux lits réguliers de CHSLD
- enseignement et recherche

- **Trois unités**

- Maison Michel Sarrazin
- Territoire du CSSS Vieille Capitale (1) et du CSSS Québec Nord (1)





Lits dédiés de soins palliatifs dans les établissements périphériques du Québec métropolitain et autres territoires

CSSS Québec-Nord (CH Chauveau, CH Sainte-Anne de Beaupré), CSSS Portneuf et CSSS Charlevoix

- **Fonctions**

- évaluation et gestion de symptômes
- répit
- phase terminale
- **moyen séjour**, si accès impossible aux lits réguliers de CHSLD





DÉTERMINATION DU NOMBRE DE LITS EN SP

RÉGION 03

Méthode

- **2 Méthodologies de calcul**
 - Selon l'indicateur du MSSS (50 Lits/500 000 pop.)
 - Analyse de production et consommation régionale en soins palliatifs (2005-2006)
 - Bases de données Med-Echo en CH
 - Bases de données en CSSS (mission CLSC/CHSLD) et MMS



Méthode 1:

Projection du nombre de lits de soins palliatifs requis selon la population 2005

TERRITOIRE CSSS	POPULATION * PROJECTION 2007	% 65 ANS ET +	RATIO DE 50 LITS SP PAR 500 000 HAB.
Vieille-Capitale	298 710	19,0	29,9
Québec-Nord	295 164	11,9	29,5
<i>Sous-total</i>	<i>593 874</i>	<i>15,5</i>	<i>59,4</i>
Portneuf	46 963	17,6	4,7
Charlevoix	29 898	18,5	3,0
TOTAL	670 745	15,8	67,1

* Source : données basées sur le recensement 2001, Institut de la statistique du Québec, janvier



Desserte extrarégionale Québec 2005-2006

Provenance	Hospitalisations de soins palliatifs	%	Équivalent-lits Hospitalisations de soins palliatifs	%	Patients décédés selon trajectoires	%
Chaudière- Appalaches	162	7,8	9,5	7,5	119	6,6
Autres régions	124	6,0	7,5	6,0	102	5,7
Sous-total hors 03	286	13,8	17,0	13,5	221	12,3
TOTAL	2074	100	126,4	100	1802	100



Méthode 1 (suite)

- Lits CSSS Charlevoix (3) + CSSS Portneuf (4) **7**

- Lits restants Québec métro (67 - 7 lits) : **60**
 - 1/3 en spécialisés CHSGS: **20 lits spéc.**
 - 2/3 dans la communauté: **40 lits**

 - Majoration pour la **desserte suprarégionale**
 - 14% des hosp. (éq-lits et décès): **10 lits**
 - Québec métro
 - **CHSGS: 30 lits**
 - **Communauté: 40 lits**

TOTAL
77



Méthode 2

- Extrapolation à partir des données de production et de consommation de la région 03
 - Analyse de production et consommation régionale en soins palliatifs
 - Bases de données Med-Echo en CH
 - Bases de données en CSSS (mission CLSC/CHSLD) et MMS



Méthode 2

Extrapolation à partir des données...

- Évaluer l'occupation actuelle des lits de la région pour la fin de vie
- Évaluer les facteurs de croissance et de décroissance sur l'occupation des lits en soins palliatifs
- Déterminer le nombre de lits de soins palliatifs requis en CHSGS
- Déterminer le nombre de lits de soins palliatifs requis dans la communauté



Méthode 2

Extrapolation à partir des données...

- 4 traceurs pour identifier les hospitalisations avec au moins un « contact » avec les SP
 - Dx principal
 - Service SP
 - Dx secondaire SP
 - Consultation SP

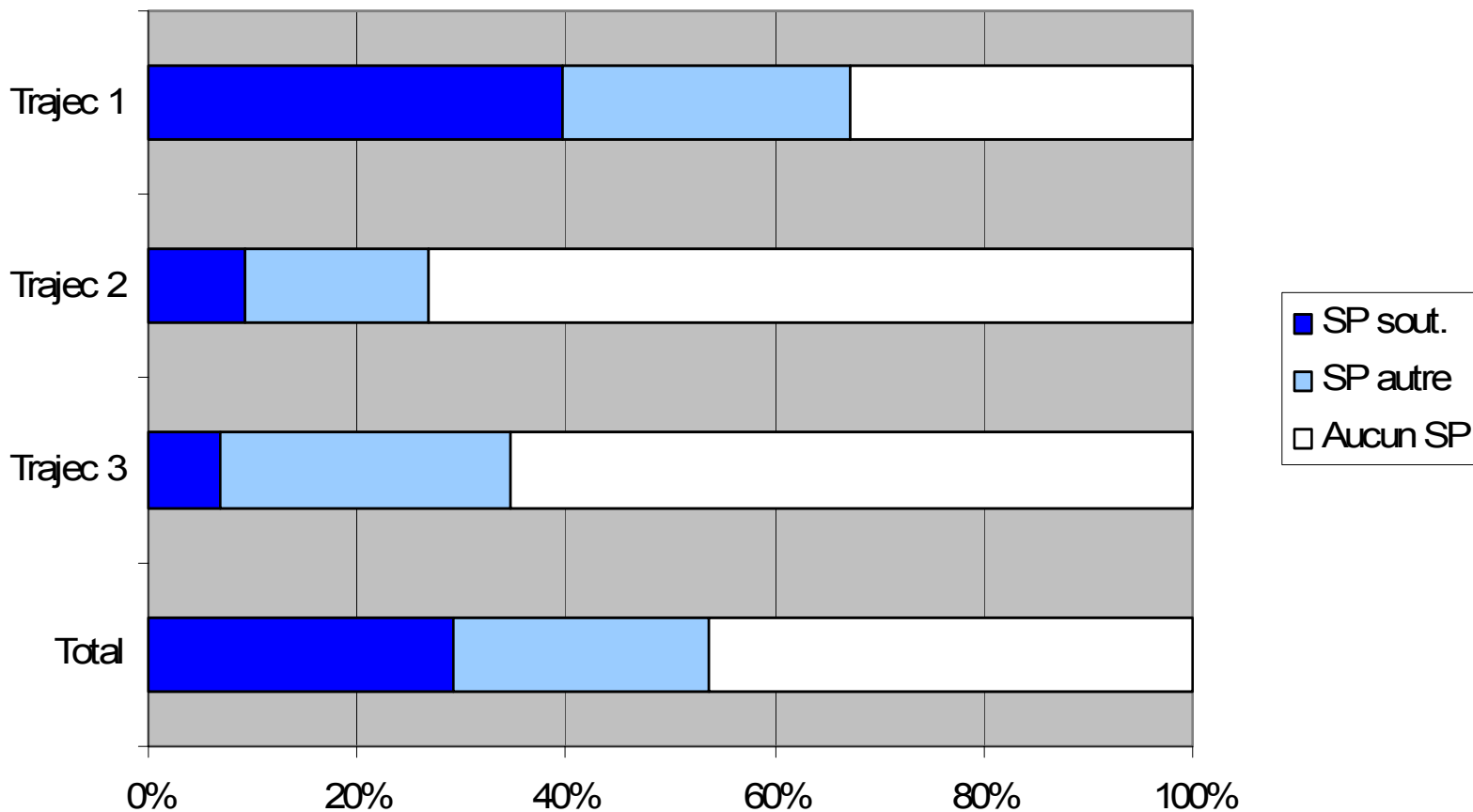


Production de soins palliatifs. Région de Québec 2005-2006

REGROUPEMENT	NOMBRE HOSPITALISATIONS	DMS	NIRRU MOYEN	ÉQUIVALENT- LITS
Soins palliatifs soutenus				
Dx principal SP ou Service SP	457	17,7	2,48	24,6
Dx secondaire SP + consultation SP	721	22,3	2,91	48,9
<i>SOUS-TOTAL</i>	<i>1 178 (57%)</i>	<i>20,5</i>	<i>2,74</i>	<i>73,6 (58%)</i>
Soins palliatifs autres				
Dx secondaire SP seulement	751	18,4	2,66	42,1
Consultation SP seulement	145	25,3	3,25	11,2
<i>SOUS-TOTAL</i>	<i>896 (43%)</i>	<i>19,5</i>	<i>2,76</i>	<i>53,3 (42%)</i>
TOTAL	2 074	20,1	2,75	126,8



Répartition (%) accès selon trajectoire de soins palliatifs, adultes avec décès, région de Québec, 2005-06





Principaux facteurs de demande de soins palliatifs 2008-2018 Région de Québec.

- **Croissance**

- évolution croissante des besoins de soins palliatifs selon l'évolution démographique (vieillesse de la population)
- meilleure pénétration des soins palliatifs pour les clientèles des trajectoires 1, 2 et 3

- **Décroissance**

- accroissement visé des soins palliatifs à domicile et du pourcentage de décès à domicile, ce qui réduira l'occupation des lits en CHSGS par des clientèles en soins palliatifs (diminution des séjours et des décès)
- rapatriement de clientèle par une région comme Chaudière Appalaches

= **EFFET NUL (cumulatif estimé)**



Prévision en lits de soins palliatifs. CHSGS Québec métropolitain

REGROUPEMENT	NOMBRE HOSPITALISATIONS	ÉQUIVALENT-LITS	PROBABILITÉ DE RÉQUÉRIR UN LIT DÉDIÉ DE SOINS PALLIATIFS	LITS REQUIS DE SOINS PALLIATIFS
Dx principal SP ou Service SP	404	21,7	100%	21,7
Dx secondaire SP + consultation SP	720	48,9	10%	4,9
Sous total <i>Soins palliatifs soutenus</i>	1 124	70,6		26,6
Dx secondaire SP seulement	746	41,2	10%	4,1
Consultation SP seulement	133	9,9	10%	1,0
Sous total <i>Soins palliatifs autres</i>	879	51,1		5,1
TOTAL	2 003	121,7		31,7



Production « hospitalisations et équivalent-lit » en soins palliatifs dans la communauté. Région de Québec 2005

LIEU	NOMBRE DE LITS	NOMBRE D'HOSPITALISATIONS	DMS	ÉQUIVALENT-LITS
CH Chauveau	2	37	9,3	1,0
H. Ste-Anne de Beaufré	2	49	19,3	2,7
H. Christ-Roi	2	21	24,9	1,5
H. Jeffery Hale	3 *	21	49,4	3,1
CH Portneuf	2	14	44,7	1,8
Maison Michel-Sarrazin	15	294	17,9	15,0
TOTAL	26	436	20,0	25,1



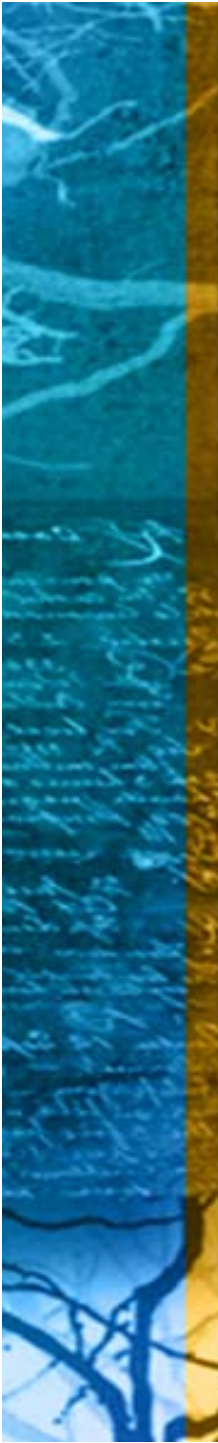
Occupation de lits de soins palliatifs dans la communauté Québec 2005-2007

- **15,0 équivalent-lits** à la Maison Michel-Sarrazin
- **10,1 équivalent-lits en CHSLD** (Saint-Raymond de Portneuf, Centre hospitalier Chauveau, Hôpital Ste-Anne de Beaupré, Hôpital Christ-Roi, Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's)
- **2,8 équivalent-lits** (en CHSGS) *S. palliatifs soutenus* CSSS Charlevoix
- **Ajout de 2 lits** à l'Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's en 2007

Les lits de l'Hôpital Christ-Roi n'ont plus leur justification et pourraient être jumelés à l'unité de fin de vie dans le territoire du CSSS Vieille-Capitale

Total de 30 lits (29,9 équivalent-lits)





Indice proposé comme lits requis pour patients en phase terminale CHSGS Québec métropolitain

- Retenir les hospitalisations des DRG médicaux avec décès des groupes *Soins palliatifs soutenus* et *Soins palliatifs autres*
- Retenir les hospitalisations des DRG chirurgicaux avec décès (DMS de 32,1 jours) des groupes *Soins palliatifs soutenus* et *Soins palliatifs autres* , mais seulement pour la 2^e moitié de leur séjour



Nombre d'équivalent-lits occupés avec soins palliatifs, adultes. Québec métropolitain 2005-2006

Typologie	Cas médicaux			Cas chirurgicaux			TOTAL
	Avec décès	Sans décès	Total	Avec décès	Sans décès	Total	
SP sout.	24,1	28,6	52,7	6,2	11,7	17,9	70,6
SP autres	21,3	17,2	38,5	6,1	6,0	12,1	50,6
Total	45,4	45,8	91,2	12,3	17,7	30,0	121,2



Proportion de cas de fin de vie en CHSGS à transférer dans la communauté Québec métro

L'occupation en lits de CHSGS phase terminale 2005-2006 :

- CHSGS (*DRG médicaux avec décès -100%*)
913 hospitalisations 45,4 équiv.-lits
- CHSGS (*DRG chirurgicaux avec décès-50 %*)
130 hospitalisations 6,2 équiv.-lits

Total phase terminale en CHSGS

1041 hospitalisations → 51,6 équiv.-lits

Déplacement du **1/3 DES DÉCÈS** survenant en CHSGS
vers des lits de soins palliatifs **dans la communauté**



Répartition des lits de fin de vie dans les CHSGS et la communauté

Les **51,6 équivalent-lits** se répartiraient comme suit :

- **18 équivalent-lits (35 %)** transférés vers des nouveaux lits de soins palliatifs **dans la communauté**
- **12,0 équivalent-lits (24 %)** dans les **32 lits dédiés visés en CHSGS**
- **21,6 équivalent-lits (42 %)** pour des épisodes de fin de vie continuant de survenir **dans un lit régulier** du CHSGS





54 lits de soins palliatifs requis dans la communauté. Région de Québec

- **30 lits de fin de vie** déjà en place dans les CHSLD du Québec métro, à la Maison Michel-Sarrazin, dans Portneuf et dans Charlevoix
- **18 lits additionnels pour y déplacer environ le tiers des épisodes hospitaliers de fin de vie** survenant actuellement en CHSGS spécialisé du Québec métro
- **6 lits de répit** en soins palliatifs dans la communauté pour permettre l'accessibilité à ce service car :
 - besoin et absence de lits de répit en soins palliatifs dans la région



Synopsis des deux méthodes de prévision des lits en soins palliatifs. Région de Québec 2008

	Méthode 1 : ratio de lit par habitant	Méthode 2 : Extrapolation sur les données de production et de consommation
Lits de soins palliatifs en établissement spécialisé (Québec métro)		
Lits de CHSGS du Québec métro	30	32
Lits de soins palliatifs dans la communauté		
Québec métro	40	46
Portneuf et Charlevoix	7	8
TOTAL	77	86



Limites de notre méthodologie

- Validité des codifications MED-ÉCHO et des bases de données CHSLD
- Courte fenêtre d'observation des trajectoires de fin de vie
- Sous-évaluation des hospitalisations pour les trajectoires II et III
- Décès de SP non inclus dans les 3 trajectoires
- Avoir un « contact » en soins palliatifs ne signifie par avoir reçu des services de SP suffisants ou adéquats



CONCLUSION ET DÉFIS



SYNTHÈSE

- Un réseau régional intégré en soins palliatifs, axé sur les meilleures pratiques existantes, pour chaque région du Québec
- Des défis de taille à surmonter





Un réseau régional intégré de soins palliatifs pour chaque région du Québec

- Pour toutes trajectoires de soins palliatifs
- Intégration organisationnelle, clinique et académique (selon la région)
- Une interdépendance fondamentale entre chaque maillon de la chaîne qui suit!





Un réseau régional intégré de soins palliatifs pour chaque région du Québec

- Des soins pall. à domicile bien organisés
 - 15 à 20% de décès à domicile
 - Ressources en CSSS suffisantes
 - Support par les équipes spécialisées en soins palliatifs en CH ou milieu communautaire
- Des équipes de consultations en CH à vocation universitaire, régionale ou communautaire ayant accès à des lits dédiés
 - Stabilisation des symptômes complexes
 - Fin de vie
 - Une unité tertiaire en CHU





Un réseau régional intégré de soins palliatifs pour chaque région du Québec

- Des équipes de soins sur les unités médicales et chirurgicales en mesure de gérer adéquatement les épisodes de fin de vie
 - appuyées par l'équipe de consultation de soins palliatifs
 - Selon la trajectoire ou le choix du patient
- Des lits de soins palliatifs dans la communauté
 - En CHSLD ou en Maison, en rechange à l'hôpital
 - Clientèles en fin de vie qui ne peuvent ou ne veulent pas mourir à domicile





Un réseau régional intégré de soins palliatifs pour chaque région du Québec

- Des lits de répit
 - associés aux lits communautaires de soins palliatifs en CHSLD ou en Maison
- Des programmes de soins palliatifs en milieu de vie substitut
 - En CHSLD ou autre milieu d'hébergement
 - Chambres aménagées pour soins de fin de vie
 - Non comptabilisés dans le réseau de lits dédiés de la région



Les défis

- Réussir l'accroissement de capacité du mourir à domicile à 15-20%
- Effectifs en nombre et en qualité suffisants
 - Plans d'effectifs ajustés aux besoins
 - Équipes complètes
 - Formation suffisante pour assurer la qualité
- Ressources financières appropriées
 - Financement de nouveaux lits communautaires



Les défis

- Qualité de l'information:
 - Standardisation des bases de données pour garantir une analyse rigoureuse de la production et consommation des services en soins palliatifs selon les lieux de dispensation.
- Organisationnel
 - Améliorer la compréhension de l'approche palliative dans les établissements
 - Convaincre les directions d'établissements spécialisés ou universitaires de la nécessité d'intégrer des équipes de consultation ayant accès à des lits dédiés bien organisés.





QUESTIONS ET ÉCHANGES

