en Bref
MAGAZINE

Plus occupée que jamais
Busier than ever

La Division de gériatrie déploie une approche de soins adaptée aux personnes âgées
Geriatric Division implements a targeted approach to senior care

PLUS

Des leçons issues des champs de bataille
Lessons from the battlefield

Pour un accès priorisé aux soins spécialisés
Prioritizing access to specialized care

Diagnostiquer la cachexie : une course contre la montre
Diagnosing cachexia: A race against time

Dr José A. Morais
Guylaine Bachand

Centre universitaire de santé McGill
McGill University Health Centre

Vol.7 No.9 • 11/2016

MD OFFRE DES SERVICES FLEXIBLES ET ADAPTÉS À

MA SITUATION.

Dr Carl White Ulysse, résident en anesthésie

MD OFFERS FLEXIBLE SERVICES ADAPTED TO

MY SITUATION.

Dr. Carl White Ulysse, Anesthesiology Resident

En tant que société de l'AMC, MD comprend les finances des médecins mieux que quiconque.

Pour des conseils personnalisés, téléphonez au 1 800 267-4022 ou visitez md.amc.ca.

As a CMA company, we understand physicians' finances better than anyone.

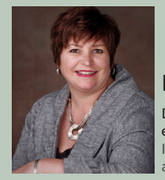
For personalized advice, call 1 800 267-4022 or visit md.cma.ca.

MD

Gestion financière MD
Sociétés de l'AMC
MD Financial Management
CMA Companies

Gestion financière MD offre des produits et services financiers, la famille de fonds MD et des services-conseils en placement par l'entremise du groupe de sociétés MD. Pour obtenir une liste détaillée de ces sociétés, veuillez consulter notre site à l'adresse md.amc.ca. MD Financial Management provides financial products and services, the MD Family of Funds and investment counselling services through the MD Group of Companies. For a detailed list of these companies, visit md.cma.ca.

ÉDITORIAL / EDITORIAL



Par / By Patricia Lefebvre

Directrice générale adjointe par intérim
et Directrice, Qualité, évaluation, performance et éthique
Interim Associate Director General
and Director, Quality, evaluation, performance and ethics

L'effort constant de la qualité

À première vue, ce numéro d'*enBref* est semblable aux autres; il contient des articles qui font honneur au Centre universitaire de santé McGill (CUSM). J'aimerais toutefois utiliser cette tribune pour vous inviter à les considérer à travers le prisme de la qualité, une valeur qui transparaît dans nos actions au CUSM.

Lorsque nos professionnels de la gériatrie répandent les meilleures pratiques de soins aux personnes âgées ou lorsque les équipes de soins intensifs pour adultes et pédiatriques travaillent à l'unisson au site Glen, ils prônent une approche centrée sur la qualité et la sécurité. De la même façon, lorsque le Major Beckett, chirurgien traumatologue dans les Forces armées, soigne des patients au Centre de trauma de l'Hôpital général de Montréal, il partage son expertise et participe ainsi à l'amélioration des soins. D'autres articles encore, comme celui sur le projet d'accès priorisé aux médecins spécialistes, montrent qu'il y a toujours moyen de rehausser la portée de nos actions.

La qualité est donc en chacun de nous. Elle résulte de la conviction intime « qu'on peut faire mieux ». Toujours. La qualité est aussi un effort collégial. En cela, on peut dire qu'elle est contagieuse!

Quality, a constant effort

At first glance, this *enBref* is similar to previous ones as it pays tribute to the McGill University Health Centre (MUHC). However, as you read through this issue, I invite you to consider the articles from a perspective of quality, a value that is reflected in our actions at the MUHC.

When our geriatric specialists apply and teach best practice when caring for our elderly or when adult and pediatric intensive care units work in unison at the Glen, they advocate an approach focused on quality and safety. Similarly, when Major Beckett, a trauma surgeon in the Armed Forces, treats patients in the Trauma Centre of the Montreal General Hospital, he shares his expertise and thus contributes to improving quality of care. Other articles, like the one on the project to prioritize access to specialized care, show that we can always find ways to enhance the scope of our actions.

As a value, quality can be found in all of us and it is a conviction that pushes us to always do better. Quality is also a collective effort, so in a way we can say it is contagious!

enBref Vol. 7 No. 9 – 11/2016
Centre universitaire de santé McGill – McGill University Health Centre
Affaires publiques et planification stratégique - Public Affairs and Strategic Planning
2155 Guy, Bur. 1280 – Montréal (Québec) H3H2R9 - public.affairs@muhc.mcgill.ca
Tous droits réservés / All rights reserved ©enBref
Imprimé sur du papier recyclé au Canada / Printed on recycled paper in Canada

SOMMAIRE / CONTENTS

2 **PORTRAITS DU CUSM / FACES OF THE MUHC**
Des leçons issues des champs de bataille
Lessons from the battlefield

6 **GÉRIATRIE / GERIATRICS**
Plus occupée que jamais
Busier than ever

10 **RÉSEAUX ET PARTENARIATS / NETWORKS AND PARTNERSHIPS**
Les médecins spécialistes se mobilisent
Medical specialists get organized

12 **PRÉVENTION EN SANTÉ OSSEUSE / BONE HEALTH PREVENTION**
Aimez vos os
Love your bones

14 **TRAVAIL D'ÉQUIPE / TEAM WORK**
Collaborer pour surmonter les difficultés
Collaborating to tackle a challenge

18 **CACHEXIE / CACHEXIA**
Course contre la montre
A race against time

20 **TRANSFORMATION DU CUSM / MUHC TRANSFORMATION**
Direction centre-ville
Heading downtown

Socialisez avec nous
#moncusm
Get social with us
#mymuhc

cusm.muhc
@cusm_muhc
cusmmuhc
@cusm_muhc

Rédactrice en chef et directrice artistique/ Editor in Chief and Art Director
Fabienne Landry

Designer graphique / Graphic Designer
Erin Lafrenière

Auteurs / Contributors
Gilda Salomone
Fabienne Landry
Valérie Harvey
Casandra De Masi
Jennifer Timmons
Sandra Sciangula

Photo en couverture / Cover Photo
Patricia Vasquez

Photographes / Photographers
Patricia Vasquez
Gilda Salomone
Owen Egan
Valérie Harvey
Casandra De Masi

Traducteurs / Translators :
Dominique Paré
Mark Boghen
David Cox
Nathalie Veillet
Joanne Lavallée

Ventes publicitaires * / Advertising sales **
Rachel Hawes
Ricardo Telamon

*Afin de réduire les coûts, nous offrons maintenant des espaces publicitaires dans *enBref* et d'autres plateformes de communication. Contactez-nous pour obtenir plus d'informations.

**As a cost saving measure, advertising is now available in *enBref* and other communication platforms. Contact us for more information.

À propos du CUSM -Le Centre universitaire de santé McGill (CUSM) offre des soins multidisciplinaires complexes d'une qualité exceptionnelle, centrés sur les besoins du patient. Affilié à la Faculté de médecine de l'Université McGill, le CUSM contribue à l'évolution de la médecine pédiatrique et adulte en attirant des sommités cliniques et scientifiques du monde entier, en évaluant les technologies médicales de pointe et en formant les professionnels de la santé de demain.

About the MUHC - The McGill University Health Centre (MUHC) provides exceptional multidisciplinary and complex patient-centric care. Affiliated with the Faculty of Medicine of McGill University, the MUHC continues to shape the course of adult and pediatric medicine by attracting clinical and research expertise from around the world, assessing the latest in medical technology, and training the next generation of medical professionals.

Des leçons issues des champs de bataille
Lessons from the battlefield

Un chirurgien de combat fait profiter le Centre de trauma du CUSM de son expérience et de ses compétences

A combat surgeon brings his experience and expertise to the MUHC's Trauma Centre

PAR / BY GILDA SALOMONE

Par un bel après-midi d'octobre, le Dr Andrew Neil Beckett, chirurgien traumatologue et major des Forces canadiennes, s'assoit calmement dans un café de l'Hôpital général de Montréal du Centre universitaire de santé McGill (HGM-CUSM). Sans sourciller, il explique comment vers la fin d'une garde de 36 heures au Centre de trauma de l'HGM-CUSM, lui et son équipe ont sauvé un patient qui avait perdu cinq litres de son sang.

« Il n'est pas rare de traiter des blessures aussi graves et au potentiel mortel », affirme le Dr Beckett, qui a été affecté dans plusieurs pays déchirés par la guerre. « À titre de chirurgiens de combat, nous sommes prêts à traiter les victimes d'accidents de voiture, de chutes et de brûlures, ainsi que de blessures de guerre. Quand nous étions en Afghanistan, en 2010, nous avons vu des types de blessures que nous n'avions jamais vues chez des civils, causées par des balles à grande vitesse, des grenades à fragmentation, des mines terrestres et des explosifs improvisés. Nous nous spécialisons aussi en réanimation, c'est-à-dire que nous réanimons des personnes inconscientes ou en mort apparente, à l'aide de produits sanguins*. »

Depuis 2014, le Dr Beckett est le seul chirurgien à temps plein de l'armée canadienne en poste au Québec. Il peut être déployé en tout temps, mais entre les déploiements, les Services de santé des Forces canadiennes (SSFC) l'autorisent à traiter des civils au CUSM. «

Mon travail au CUSM m'oblige à demeurer compétitif sur le plan intellectuel et universitaire et à maintenir et perfectionner mes habiletés cliniques, dit-il. De plus, les heures que je travaille ne coûtent rien à l'hôpital ni au système de santé. »

Le Dr Beckett a également profité de son séjour au Québec pour apprendre le français. En deux ans à peine, il a maîtrisé la langue – qu'il parle avec un accent charmant – et réussi l'examen obligatoire de l'Office québécois de la langue française (OQLF).

« Le français est important pour l'armée, affirme-t-il. Et maintenant que le gouvernement envisage de nous envoyer en missions de paix en Afrique, il le deviendra encore plus. Lors d'un récent déploiement au Sénégal, c'est moi qui traduisais. »

Une expérience révélatrice à l'étranger

La décision du Dr Beckett de devenir médecin est intimement liée à sa première affectation à l'étranger. Originaire de ▷ Stouffville, une petite ville près de Toronto, il a abandonné ses études au secondaire. À 18 ans, en quête d'aventure et de voyages, il a décidé de s'enrôler dans l'armée. À l'été 1992, il a été déployé en Yougoslavie comme technicien médical pour soutenir les forces de combat.

« J'ai vécu une expérience révélatrice, raconte-t-il. J'ai vu la sauvagerie des combats ethniques : les villages incendiés, les atrocités, la souffrance humaine et la mort. Ce conflit m'a en quelque sorte façonné. »

Pendant cette première affectation, le Dr Beckett a également soigné des soldats canadiens blessés grièvement par l'explosion d'une mine terrestre.

« Au moins une personne est morte dans cette explosion, se souvient-il. À l'époque, après des décennies de Guerre froide, nous avions oublié les leçons des Première et Deuxième Guerres mondiales. Nous possédions une expérience très sommaire des blessures de guerre et une compréhension rudimentaire de la physiologie et des soins efficaces en traumatologie. Nous n'étions pas une armée de combat, et tout le système était en état de choc. Ce sentiment d'impuissance m'a profondément marqué. C'est pourquoi j'ai décidé de chercher à travailler dans un secteur qui m'aiderait à sauver des vies. »

Depuis, il cherche à améliorer les soins aux victimes de guerre et les services de traumatologie dans l'armée. Inspiré par des chirurgiens militaires du passé, tels que Norman Bethune et Lawrence Bruce Robertson, il a créé le premier Programme sanguin des SSFC, qui fournit des produits sanguins sur le front dans les premières heures suivant une blessure. ▷

On a bright afternoon in October, Dr. Andrew Neil Beckett, a Canadian Armed Forces Major and Trauma Surgeon, sits calmly in a café in the Montreal General Hospital of the McGill University Health Centre (MGH-MUHC). Without the blink of an eye, he explains how towards the end of a 36-hour shift in the MGH-MUHC Trauma Centre, he and his team saved a patient– who had lost 5 litres of blood.

"Treating such serious and life-threatening injuries is not an exceptional situation," says Dr. Beckett, who has done tours in many countries torn by war. "As combat surgeons, we are prepared to treat victims of motor vehicle collisions, falls and burns, as well as war wounds. When we were stationed in Afghanistan in 2010, we saw types of injuries that we'd never seen in civilians, such as those caused by high-velocity ammunition, fragmentation grenades, land mines and improvised explosive devices. We also specialize in resuscitation– reviving someone from unconsciousness or apparent death – with blood products*."

Since 2014, Dr. Beckett is the only full-time Canadian Army Surgeon stationed in Quebec. He can be called for duty anytime but in between deployments, the Canadian Forces Health Services (CFHS) allows him to treat civilians at the MUHC.

"Working at the MGH challenges me to stay intellectually and academically competitive and to maintain and develop my clinical skills," he explains. "And, the hours I work are free to the hospital and to the health system."

Dr. Beckett also took advantage of his stay in Quebec to learn French. In just two years, he mastered the language ▶ – with a charming accent – and passed the obligatory test of the Office québécois de la langue française (OQLF).

"French is important for the military," he says. "And now that the government is looking into sending us to Africa on peacekeeping missions, it will be even more so. On a recent tour in Senegal, I was the one translating."

An eye-opening experience abroad

Dr. Beckett's decision to become a doctor is intrinsically linked to his very first tour of duty abroad. A native of Stouffville, a small town near Toronto, he dropped out of high-school and at 18, looking for some adventure and travel, decided to join the army. In the summer of 1992, he was deployed to Yugoslavia as a medical technician supporting combat troops.

"It was an eye-opening experience," he says. "I saw the savagery of the ethnic fighting: the burning villages, the atrocities, the human suffering and death. That conflict somehow shaped me."

During that first rotation, Dr. Beckett also cared for Canadian soldiers seriously injured in a land mine explosion.

"At least one person died as a result of that explosion," he recalls. "At that moment, coming from decades of cold war and having forgotten the lessons from WWI and WWII, we had very little real experience dealing with casualties of war and only a rudimentary understanding of physiology and effective trauma care. We were not a combat army, and that was a shock to the whole system. That feeling of powerlessness marked me deeply, so I decided to aim for something that would help me save lives." ▶

« Une grande partie de ce que nous faisons maintenant pour les patients traumatisés repose sur ce que nous avons appris en soignant les soldats blessés. »
– Dr Andrew Neil Beckett

"A lot of what we do for trauma patients today is based on what was learned caring for wounded soldiers." – Dr. Andrew Neil Beckett

Dr / Dr. Andrew Neil Beckett

▷ « C'est un défi logistique très complexe que de transmettre des produits sanguins climatisés dans des zones de combat comme l'Afrique et l'Afghanistan, mais c'est également essentiel, indique-t-il. Sans produits sanguins, nous ne pouvons pas opérer. »

Il aimerait pouvoir un jour adopter le même type de programme novateur au Québec, afin que les patients des régions éloignées puissent être maintenus en vie assez longtemps pour être transférés à Montréal.

Des connaissances acquises grâce au sacrifice des soldats

Le 24 novembre, le Dr Beckett sera le conférencier principal à l'ouverture montréalaise de l'exposition itinérante nationale De Vimy à Juno (voir l'encadré), qui souligne le rôle du Canada lors des Première et Deuxième Guerres mondiales. Pour le chirurgien de combat, qui est également passionné d'histoire militaire et qui a siégé à des comités d'histoire sur la médecine militaire, il est important d'honorer la bravoure et les sacrifices de nos soldats.

« Bien des gens diraient que la Première Guerre mondiale a été l'événement le plus stressant et le plus traumatisant de l'histoire canadienne, car 67 000 soldats y sont morts en quatre ans, souligne le Dr Beckett. Une grande partie de ce que nous faisons maintenant pour les patients traumatisés repose sur ce que nous avons appris en soignant les soldats blessés. » ■

*La réanimation d'un patient traumatisé souffrant d'une hémorragie inclut actuellement la transfusion rapide de produits sanguins, l'arrêt immédiat de l'hémorragie et le rétablissement du volume sanguin et de la stabilité physiologique et hématologique.

▶ Since then, he has been working towards improving casualty care and trauma systems in the military. Taking inspiration from past military surgeons such as Norman Bethune and Lawrence Bruce Robertson, he developed the first CFHS Blood Program, which will bring blood products to the front lines within the first hours of an injury.

"It's a very complex logistical challenge to get climate controlled blood products to combat zones in places like Africa and Afghanistan, but it's also crucial," he says. "If we don't have blood products, we can't operate."

In the future, he would like to bring the same type of innovative program to Quebec, so that patients in remote areas can be kept alive long enough to be transferred to Montreal.

Knowledge acquired through soldiers' sacrifice

On November 24, Dr. Beckett will be the main speaker at the Montreal opening of the national travelling exhibition "From Vimy to Juno" (see sidebar), which highlights Canada's role in the First and Second World Wars. For the combat surgeon, who is also a military history buff and has served in historical committees on military medicine, it's important to remember the bravery and sacrifices of our soldiers.

"Many people would say WWI was the most stressful, traumatic event in Canada's history – 67,000 soldiers died in four years," notes Dr. Beckett. "A lot of what we do for trauma patients today is based on what was learned caring for wounded soldiers." ■

*Damage Control Resuscitation for the bleeding trauma patient currently includes early blood product transfusion, immediate arrest of ongoing hemorrhage and restoration of blood volume and physiologic/hematologic stability.

De Vimy à Juno
Une exposition itinérante nationale s'arrête à l'HGM

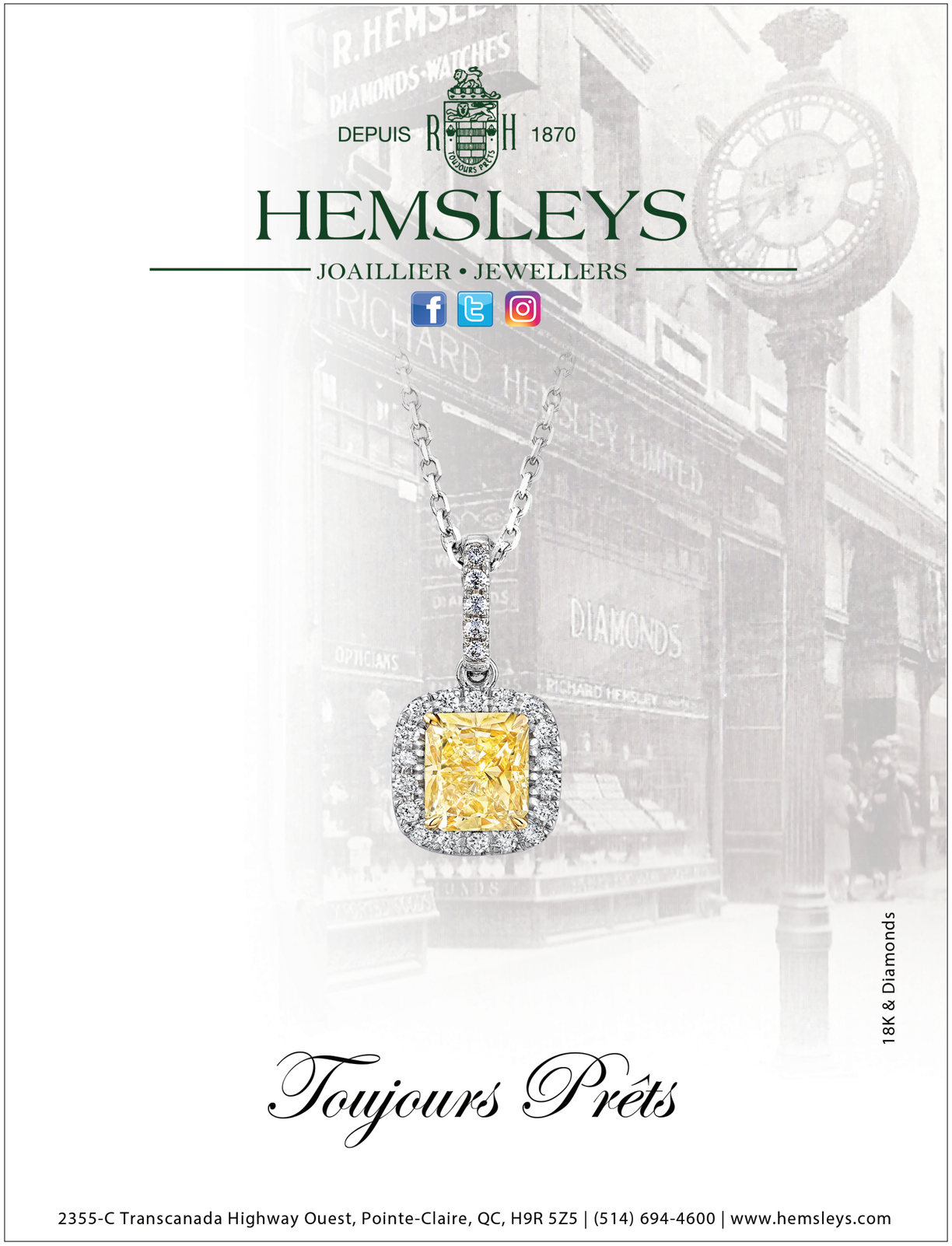
Organisée en collaboration avec le Centre Juno Beach et accueillie par le Centre d'exposition RBC du CUSM, De Vimy à Juno transmet à travers le Canada la mémoire de la crête de Vimy et de Juno Beach. Le vernissage de l'exposition aura lieu au Pavillon Livingston au sixième étage de l'Hôpital général de Montréal (entrée par l'avenue Cedar) le 24 novembre de 13 h à 14 h 30, et tous sont les bienvenus. Si vous voulez y assister, veuillez envoyer un message à heritage@muhc.mcgill.ca.

L'exposition montréalaise sera installée au Peacock Alley de l'HGM jusqu'au 4 décembre et comportera les témoignages exclusifs de médecins et d'infirmières des hôpitaux d'origine du CUSM sur leur expérience pendant la guerre, de même que des faits sur l'Hôpital général canadien no 3 (McGill), une unité qui a changé la direction du recrutement médical au Canada.

From Vimy to Juno
A national travelling exhibition stops at the MGH

Organized in collaboration with the Juno Beach Centre and hosted by the RBC Art and Heritage Centre of the MUHC, From Vimy to Juno brings the legacy of Vimy Ridge and Juno Beach to all Canadians. The official opening of the exhibit will be held in Livingston Hall on the sixth floor, Cedar Avenue entrance, at the Montreal General Hospital on November 24 from 1 to 2:30 p.m., and everyone is welcome. Please send an email to heritage@muhc.mcgill.ca to register.

The exhibit, which will then continue until December 4, will feature exclusive first-hand accounts of the wartime experiences of doctors and nurses from MUHC founding hospitals as well as facts about the No. 3 Canadian General Hospital (McGill), a unit that changed the direction of medical recruitment across Canada.



De gauche à droite : Assunta Pietrantonio, infirmière clinicienne en gériatrie, Dr Julian Falutz, gériatre, Guylaine Bachand, infirmière clinicienne en gériatrie, Dre Mélanie Mondou, gériatre, Dr José A. Morais, gériatre et directeur, Division de gériatrie du CUSM
From left to right: Assunta Pietrantonio, nurse clinician in geriatric medicine, Dr. Julian Falutz, geriatrician, Guylaine Bachand, nurse clinician in geriatric medicine, Dr. Mélanie Mondou, geriatrician, Dr. José A. Morais, geriatrician and Director, MUHC Division of Geriatrics

Plus occupée que jamais

Busier than ever

La Division de gériatrie du CUSM met en œuvre une approche de soins adaptée aux personnes âgées

MUHC Geriatrics Division implements a targeted approach to senior care

PAR / BY FABIENNE LANDRY

L'espérance de vie s'est considérablement allongée au cours du dernier siècle. Mais à quel prix? Les gens vivent plus longtemps, mais ont également besoin de plus de soins de santé. Les maladies chroniques, souvent associées à d'autres problèmes de santé, deviennent un fardeau pour de nombreuses personnes âgées, sans parler de la diminution de l'endurance, de la force musculaire, de la vision, de l'audition ou des capacités cognitives qui accompagne naturellement le vieillissement. Nos aînés dépendent ainsi fortement de nos systèmes de santé, comme à aucune autre époque de l'histoire.

« Aujourd'hui, dans les établissements de santé, la plus forte population de patients est composée de personnes âgées, dit Dr José A. Morais, directeur de la Division de gériatrie du Centre universitaire de santé McGill (CUSM). En outre, les aînés se distinguent par leur vulnérabilité physique et cognitive, qui peut les amener à subir une perte d'autonomie durant une hospitalisation. Les équipes de soins doivent donc porter une attention particulière à ces patients afin de prévenir toute détérioration évitable de leur état. » ▷

Life expectancy has increased considerably over the last century. But this gift of longevity has not come without its price. Chronic illness, often combined with other health conditions, burden the lives of many of our seniors—not to mention the reduced endurance, muscle strength, vision, hearing or cognitive abilities that just naturally accompany aging. Consequently, like no other time in history, our elderly are relying heavily on our healthcare systems.

"In health facilities today, our highest patient population is the elderly," says Dr. José A. Morais, director of the Geriatrics Division of the McGill University Health Centre (MUHC). "And they have a physical and cognitive vulnerability, which can cause them to suffer a loss of autonomy during hospitalization. As a result, it is important for care teams to pay particular attention to these patients to prevent any avoidable deterioration in their condition."

At the MUHC, the Geriatric Medicine Division is a leader with ensuring seniors are getting the best care possible with the implementation of the Specialized Approach to Senior ▶

▷ Au CUSM, la Division de gériatrie est un des leaders de la mise en œuvre de l'Approche adaptée à la personne âgée (AAPA), en vertu d'une directive ministérielle qui requiert son application dans tous les hôpitaux.

« En plus de soigner les personnes âgées ayant besoin d'un suivi spécialisé et de former les étudiants en médecine et les résidents, nous faisons la promotion de l'AAPA auprès des travailleurs de la santé, afin qu'ils développent les compétences de base pour adapter leur soins aux besoins particuliers des personnes âgées fragiles », dit le Dr Morais.

Limiter les risques liés à l'hospitalisation

Si l'hospitalisation représente un risque pour les personnes âgées, c'est parce que l'alitement, la malnutrition, les effets indésirables de la médication, le délirium (état de confusion aigu) et un environnement physique inadéquat peuvent entrainer des complications et des effets néfastes à court et à long terme sur l'autonomie et la qualité de vie.

« Un tiers des patients âgés qui sont hospitalisés développent une confusion durant leur séjour à l'hôpital, et une bonne partie de ces cas pourrait être évitée avec des mesures somme toute simples », affirme Dr Morais.

L'AAPA, conjointement avec les programmes déjà existants de prévention des chutes et des plaies de lit, aide à réduire ces risques. La formation à cette approche met l'accent sur six dimensions des soins, désignées par l'acronyme AINÉES : Autonomie fonctionnelle (rester actif et bouger); Intégrité cutanée (conserver une peau saine); Nutrition et hydratation (bien s'alimenter et s'hydrater); Élimination (assurer la régularité); État cognitif (demeurer alerte et attentif); Sommeil (bénéficier d'un environnement propice au sommeil).

« Ces dimensions doivent être surveillées et évaluées tout au long du séjour à l'hôpital, dit Joann Creager, infirmière clinicienne spécialisée responsable d'enseigner les meilleures pratiques aux infirmières. L'objectif est de réduire les risques de déclin fonctionnel et de délirium en portant attention à l'état de santé globale de la personne âgée, et non seulement à la cause de l'hospitalisation. »

« Cela implique, par exemple, de veiller à faire marcher les patients, de les amener à s'asseoir dans un fauteuil au moment des repas, de les accompagner à la toilette au lieu d'utiliser un bassin, de s'assurer qu'ils mangent et boivent bien, de leur offrir un environnement propice au sommeil et de s'assurer que le niveau de bruit et d'éclairage leur permette de faire la distinction entre le jour et la nuit. Il faut aussi limiter les risques de chute et veiller à ce que la personne ait aisément accès à son dentier, à ses lunettes, à un verre d'eau, etc. » ajoute Joann.

« Cette année, la Direction des soins infirmiers met l'accent sur le développement de l'APPA, affirme Mary Sullivan, assistante infirmière-chef à l'Hôpital de jour en gériatrie. En fait, c'est un projet prioritaire, et pas seulement pour les infirmières. Les préposés aux bénéficiaires, les ergothérapeutes, les physiothérapeutes, enfin tous les professionnels y compris les médecins y sont sensibilisés. »

Au CUSM, lorsqu'un patient âgé présente un état de santé complexe, le médecin traitant ou l'équipe de soins peuvent bien sûr demander une consultation en gériatrie pour obtenir une évaluation globale de son état, en tout temps. ▷

▶ Care (AAPA)—a ministerial directive that requires its implementation in all hospitals.

"In addition to treating the elderly with this specialized care, and training medical students and residents in this method, we encourage AAPA implementation with healthcare workers across the board so they can develop the basic skills needed to adapt their care giving to the specific requirements of the elderly and frail," says Dr. Morais.

« Les aînés se distinguent par leur vulnérabilité physique et cognitive, qui peut les amener à subir une perte d'autonomie durant une hospitalisation. »
– Dr José A. Morais

"The elderly have a physical and cognitive vulnerability, which can cause them to suffer a loss of autonomy during hospitalization."– Dr. José A. Morais

Limiting the risks associated with hospitalization

Sometimes hospitalization is seen as a risk for the elderly. This can be attributed to how bed rest, malnutrition, adverse effects of medication, delirium (a state of acute confusion) and an inadequate physical environment can cause complications and adverse effects in the short and long term on their autonomy and quality of life.

"One third of elderly patients who are hospitalized develop delirium during their stay in hospital," says Dr. Morais. "Many of these cases could be avoided with care methods that are, in short, quite simple."

The AAPA, in conjunction to existing programs of fall and bed sore prevention, helps limit these risks. Training for this approach focuses on six care dimensions that form the acronym AINÉES (elderly) in French: functional autonomy (stay active and moving); skin integrity (maintaining healthy skin); nutrition and hydration (eat well and hydrate); elimination (ensure regularity); cognitive status (stay alert and attentive); and sleep (having a proper environment for sleep).

"These dimensions must be monitored and evaluated throughout the hospital stay," says Joann Creager, MUHC clinical nurse specialist, who is responsible for teaching best practices for fellow nurses. "The goal is to reduce the risk of functional decline and delirium by paying attention to the overall health of the elderly, not only the cause of the hospitalization."

"For example, this involves making sure that patients are moving, getting them to sit at meal time, accompanying them to the toilet instead of using a basin, ensuring that they eat and drink well, offering them an environment conducive to sleep and ensuring that noise and lighting enables them to distinguish between day and night. We must also reduce the risk of falls and ensure that the person has easy access to their dentures, glasses, a glass of water, etc.," adds Joann. ▶

Joann Creager, infirmière clinicienne spécialisée, parle avec Goldie Steinberg, une patiente de l'Hôpital de jour en gériatrie du CUSM

Clinical nurse specialist Joann Creager chats with Goldie Steinberg, a patient of the MUHC Geriatric Day Hospital

« L'objectif est de réduire les risques de déclin fonctionnel et de délirium en portant attention à l'état de santé globale de la personne âgée, et non seulement à la cause de l'hospitalisation. »
– Joann Creager

"The goal is to reduce the risk of functional decline and delirium by paying attention to the overall health of the elderly, and not only the cause of the hospitalization."
– Joann Creager

▷ Soutenir les patients ambulatoires

De nombreux patients âgés qui éprouvent des difficultés à mener leur vie de façon autonome profitent des services ambulatoires offerts en majorité à l'Hôpital général de Montréal du CUSM (HGM-CUSM). « Les médecins de famille ou d'autres spécialistes nous les réfèrent parce qu'ils ont développé des troubles de la mémoire, qu'ils perdent leur autonomie, ou qu'ils ont de la difficulté à se mouvoir », explique Dr Morais.

« Dans un premier temps, des infirmières réalisent un dépistage par téléphone en posant des questions au patient, et souvent à des membres de sa famille. Ensuite, le patient se présente en clinique pour une évaluation complète. Selon ses besoins, il peut ensuite être dirigé vers nos services spécialisés, » dit Mary.

« Le soutien aux familles est très important », ajoute Guylaine Bachand, infirmière spécialisée qui compte 35 années d'expérience en gériatrie à l'HGM-CUSM. « L'infirmière fait le pont entre le patient, sa famille et le reste de l'équipe. Elle discute avec la famille de l'évolution de l'état du patient et est responsable de communiquer le plan de l'équipe de soins au personnel du CLSC, au médecin de famille et aux médecins spécialistes. »

Les cliniques spécialisées permettent de réaliser des évaluations plus poussées afin de mieux cibler et traiter les problèmes de mémoire, de douleur ou d'inaptitude qui affectent les patients. « Les problèmes cognitifs sont fréquents, puisque 30 % des personnes âgées de plus de 85 ans ont des pertes de mémoire. Celles-ci ont de grands impacts sur leur vie quotidienne et sur leur capacité décisionnelle », note le Dr Morais.

La Division de gériatrie compte également une clinique de réponse rapide pour évaluer les cas les plus urgents, et ouvrira, à la fin novembre, une clinique de mobilité et d'évaluation des chutes.

« Après la fermeture d'une quinzaine de lits en gériatrie au printemps dernier, certains ont cru que les services de la Division diminueraient, dit Dr Morais. En fait, notre équipe s'assure que nos aînés reçoivent les meilleurs soins, et elle est plus occupée que jamais. » ■

▶ Outpatient support

Many elderly patients who have difficulty leading independent lives benefit from the outpatient services offered in most of the Montreal General Hospital of the MUHC. "Family doctors or other specialists will refer patients to us because they have developed memory problems, have lost their autonomy, or have mobility issues," says Dr. Morais.

"Initially, nurses complete a phone screening, which includes asking the patient, and often family members, questions. After that, the patient visits the clinic for a full assessment. According to their needs, they can then be directed to our specialized services," explains Mary.

"Family support is very important," says Guylaine Bachand, a nurse specialist with 35 years of experience in Geriatrics at the MGH-MUHC. "The nurse is the bridge between the patient, the family and the rest of the team. He/she discusses the state of the patient's health with the family and is responsible for communicating the care plan to the family doctor and CLSC staff and specialists the patient may see."

Specialty clinics allow further assessments to be made for better targeting and treating of memory problems, pain or incapacity affecting patients. "Cognitive problems are common, with 30 per cent of people aged 85 and over suffering from memory loss. This has a great impact on their daily lives and their decision-making capability," notes Dr. Morais.

The Geriatrics division also has a quick response system connected to clinics in order to assess the most urgent cases, and will open, at the end of November, a mobility and fall evaluation clinic.

"After the closure of a dozen geriatric beds last spring, some believed that the services of the Division would decrease," says Dr. Morais. "The truth is our team is busier than ever ensuring our elderly patients are well cared for." ■

▷ La consultation peut être menée à l'urgence comme sur les unités de soins. Elle est menée par un tandem formé d'un gériatre et d'une infirmière clinicienne spécialisée. Au besoin, un pharmacien spécialisé en gériatrie peut émettre des recommandations, surtout lorsque les patients prennent de multiples médicaments. En effet, la polymédication, soit l'usage simultané de plusieurs médicaments, peut avoir des effets secondaires sérieux, allant parfois jusqu'au délirium. À l'urgence, l'équipe inclut également un travailleur social, un ergothérapeute et un physiothérapeute. « Le gériatre ne peut pas couvrir tous les aspects des soins à lui seul. Il doit travailler en équipe », souligne le Dr Morais. ▷

▶ "This year, Nursing is focussing on the development of AAPA," says Mary Sullivan, assistant head nurse at the Geriatric Day Hospital. "In fact, this is a priority project, and not just for nurses. Orderlies, occupational therapists, physiotherapists, and all professionals, including physicians, are being sensitized to it."

At the MUHC, when an older patient has a complex health condition, a doctor or healthcare team may also request a geriatric consultation for an overall assessment of their condition at any time.

Consultation may be conducted in both an emergency department (ED) and on the inpatient floors. It is conducted by a dyad of a geriatrician and a clinical nurse specialist. If necessary, a pharmacist who specializes in geriatric medicine may also issue recommendations, especially when patients take multiple medications (a phenomenon called polypharmacy). The simultaneous use of several drugs can have serious side effects and can sometimes lead to delirium. In the ED, the team also includes a social worker, an occupational therapist and a physiotherapist. "The geriatrician cannot cover all aspects of care alone. They must work in a team," says Dr. Morais. ▶

Qui est considéré comme une personne âgée?

Les patients de plus de 75 ans sont visés par l'Approche adaptée à la personne âgée, de même que les personnes de plus de 65 ans qui sont considérées comme fragiles, pour différentes raisons cliniques, surtout lorsqu'un état de confusion s'est développé de nouveau. L'Approche ne s'applique pas aux soins palliatifs puisque le maintien des capacités ne constitue plus un objectif en fin de vie.

Who is considered a senior?

Patients who are over 75 years old or who are over 65 and considered frail for various clinical reasons, especially if a state of confusion has recently developed, are offered the Specialized Approach to Senior Care. The approach does not apply to palliative care, as maintaining capacity is no longer a goal at end of life.

Les médecins spécialistes se mobilisent
Medical specialists get organized

Le CUSM participe à un projet national visant à faciliter l'accès aux services spécialisés pour les patients référés par un omnipraticien

The MUHC participates in a provincial project aimed at improving access to specialized care for patients referred by first-line healthcare providers

PAR / BY FABIENNE LANDRY

Au Québec, il existe de nombreuses listes d'attente pour consulter des médecins spécialistes, et les délais varient selon les régions et les spécialités. Il arrive aussi que des patients se retrouvent sur plusieurs listes à la fois, ce qui vient compliquer la gestion de celles-ci. Mais aujourd'hui, la situation est appelée à s'améliorer grandement, grâce à un projet mené par la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) et le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), et auquel le Centre universitaire de santé McGill (CUSM) participe, à son échelle.

En novembre 2015, une entente de principe visant l'amélioration de l'accès aux services spécialisés est intervenue entre la FMSQ et le MSSS. Cette entente a mené au développement d'un mécanisme permettant de prioriser les demandes de consultation provenant de médecins de famille, de même qu'à la création de centres régionaux de répartition des demandes de services (CRDS).

Ainsi, depuis la fin octobre 2016, chacune des régions québécoises, incluant la région de Montréal, est dotée de son propre CRDS, qui reçoit toutes les demandes de consultation émises par les omnipraticiens.

« Désormais, les patients n'ont plus besoin de chercher eux-mêmes un médecin spécialiste. C'est le CRDS qui fait les démarches nécessaires », explique Élodie Cornier, agente de planification, programmation et recherche à la Direction des services professionnels, qui coordonne avec le soutien de nombreux collaborateurs (médecins, gestionnaires des cliniques ambulatoires et des centrales de rendez-vous) le déploiement du projet au CUSM.

Pour l'instant, le CRDS reçoit et achemine les demandes des médecins de famille pour neuf spécialités très en demande : la cardiologie, la gastroentérologie, la neurologie, la néphrologie, la pédiatrie, l'ophtalmologie, l'ORL, l'orthopédie et l'urologie. Les autres spécialités seront intégrées au cours des prochains mois. (Voir tableau 1.)

Pour prioriser les demandes, le CRDS utilise l'information fournie par les omnipraticiens, à même un formulaire créé pour chaque spécialité et utilisé uniformément à la grandeur de la province. Les omnipraticiens y sélectionnent la raison de la consultation, attachée à un degré de priorité clinique. Chaque formulaire a été conçu par un comité formé de médecins de la spécialité visée et d'omnipraticiens. ▷

In Quebec, there are many different waiting lists to get a consultation with a medical specialist, and delays in access can vary by region or specialty. Sometimes patients can find themselves on multiple lists at the same time, which can complicate the management of those lists. This situation is set to improve greatly due to a project led by the *Fédération des médecins spécialistes du Québec* (FMSQ) and the *Ministère de la Santé et des Services sociaux* (MSSS), in which the McGill University Health Centre (MUHC) is participating.

In November 2015, the FMSQ and the MSSS reached a tentative agreement aimed at improving access to specialized care. This agreement led to the development of a mechanism to prioritize requests for patient consults coming from first-line healthcare providers, as well as the creation of regional dispatch centres for referrals, *centres régionaux de répartition des demandes de services*, also known as CRDS.

As a consequence, since the end of October 2016, all of Quebec's regions, including the region of the Island of Montreal, now have their own CRDS, which receives all requests for consultation coming from general practitioners.

"From now on, patients won't have to search for medical specialists on their own. The CRDS will take all the necessary steps," explains Élodie Cornier, planning, programming and research officer for the Directorate of Professional Services, who is overseeing the implementation of the project at the MUHC with the support of numerous collaborators (doctors and managers of ambulatory clinics and centralized appointment services).

For the time being, the CRDS will receive and forward requests from family physicians for nine specialties that are in great demand: cardiology, gastroenterology, neurology, nephrology, pediatrics, ophthalmology, otolaryngology, orthopedics and urology. Other specialties will be added to the system over the coming months. (See table 1.)

In order to prioritize requests, the CRDS uses information provided by the general practitioners along with a request form created for each specialty that is used uniformly throughout the province. The general practitioners outline the reason for the consultation, which is attached to a clinical priority scale. Each form was designed by a committee made up of doctors who are specialists in the area of medicine in question in cooperation with general practitioners." ▶

Tableau 1 : Déploiement du projet
Table 1: Project implementation

Depuis le 24 octobre 2016 Since October 24, 2016	**Cardiologie** Cardiology	**Gastroentérologie** Gastroenterology	**Néphrologie** Nephrology	**Neurologie** Neurology	**Ophthalmologie** Optthalmologie
	ORL Otolaryngology	**Orthopédie** Orthopedics	**Pédiatrie générale** General Pediatrics	**Urologie** Urologie	
À l'hiver 2016/17 Winter 2016/17	**Chirurgie générale** General Surgery	**Dermatologie** Dermatology	**Endocrinologie** Endocrinology	**Hémato-oncologie** Hematology-Oncology	**Gynécologie-obstétrique** Gynecology-Obstetrics
	Médecine interne Internal Medicine	**Microbiologie** Microbiology	**Pneumologie** Respiratory Medicine	**Psychiatrie** Psychiatry	**Rhumatologie** Rhumatology
Au printemps 2017 Spring 2017	**Chirurgie plastique** Plastic Surgery	**Chirurgie vasculaire** Vascular Surgery	**Gériatrie** Geriatrics	**Immunologie clinique et allergie** Clinical Immunology and Allergy	
	Neurochirurgie Neurosurgery	**Oncologie médicale** Medical Oncology	**Médecine physique et réadaptation** Physical Medicine and Rehabilitation		

▷ « Il y a cinq niveaux de priorité, et chacun détermine un délai maximal d'attente pour la consultation, précise Élodie. L'échelle va de moins de trois jours à un an. » (Voir tableau 2.)

Sur réception de la demande de consultation, le CRDS propose un rendez-vous en tenant compte de trois facteurs : la priorité clinique, le lieu de domicile du patient et la référence nominative, c'est-à-dire la référence à un médecin spécifique, si l'omnipraticien en a précisé une.

« L'utilisation d'un formulaire standard pour chaque spécialité facilite la juste répartition des clientèles entre les bureaux privés et les établissements de santé, tout en tenant compte des particularités des centres universitaires qui offrent des soins spécialisés et surspécialisés », explique Carole Lapierre, adjointe à la directrice des services professionnels du CUSM.

La participation du CUSM

Cette importante transformation des mécanismes d'accès aux soins spécialisés a bien sûr exigé la collaboration des médecins spécialistes, mais aussi celle des centrales de rendez-vous et des cliniques.

« Pendant plusieurs mois, un groupe de travail dont la portée s'étend à tous les sites de l'établissement s'est réuni chaque semaine en préparation à la mise en service du CRDS Montréalais », mentionne Carole.

Dans un premier temps, les listes d'attentes ont été revues et épurées. Par la suite, les spécialistes du CUSM ont pu procéder à leur inscription au CRDS et fournir le détail de leur offre de service.

Depuis le 24 octobre, le CUSM suit les effets de cette importante transformation et se prépare à la seconde vague du déploiement, qui inclura dix autres spécialités.

« Nous savons que certains efforts doivent être investis afin d'optimiser nos modes de gestion des demandes de service auprès de nos spécialistes, dit Carole. À cet effet, des travaux sont en cours. L'objectif étant de continuellement améliorer l'expérience-patient. » ■

Inscription des médecins spécialistes au CRDS : http://inscription.crdsmtl.ca/
Information complète sur le CRDS et formulaires de demandes de consultation : crdsmtl.ca
Registration for medical specialists in the CRDS: http://inscription.crdsmtl.ca/For more information about the CRDS and forms for requesting a consultation visit: crdsmtl.ca

▶ There are five levels of priority, and each one carries a maximum possible delay for the consultation," explains Cornier. "The scale varies from less than three days to one year." (See table 2.) Upon receipt of a request for consultation, the CRDS will propose an appointment after considering three factors: the clinical priority of the case, where the patient lives, and whether or not the general practitioner has asked that the patient be seen by a particular doctor.

"The use of a standard form for each specialty facilitates the proper assignment of patients among private offices and healthcare institutions, while taking into account the unique specialized and super-specialized services offered by university centres," explains Carole Lapierre, assistant to the MUHC director of professional services.

The MUHC's involvement

This significant transformation of the mechanisms of access to specialized care has of course depended on the collaboration of medical specialists, but also on the input of centralized appointment services and clinics.

"For many months, a working group whose scope extends to all of the MUHC's sites met every week to prepare for the introduction of Montreal's CRDS," says Carole.

First, the waiting lists were reviewed and revised. Then, MUHC specialists were able to register with the CRDS and provide the details of the services available.

Since October 24, the MUHC has been looking at the effects of this major transformation and is preparing for a second round of ten specialties to be added down the line.

"We know that there are efforts to be made in order to optimize how we manage requests for the services of our specialists," says Carole. "This is still a work in progress. The goal is to continue to improve the patient experience." ■

Tableau 2 : Échelle de priorité
Table 2: Clinical Priority Scale

A	**≤ 3 jours** / days
B	**≤ 10 jours** /days
C	**≤ 1 mois** / month
D	**≤ 3 mois** / months
E	**≤ 12 mois** /months

Aimez vos os
Love your bones

**Novembre est le mois de sensibilisation à l'ostéoporose.
C'est le moment de réfléchir à l'importance de la santé musculosquelettique.**

November is Osteoporosis Awareness Month.
It is a time to reflect on the importance of muscular skeletal health.

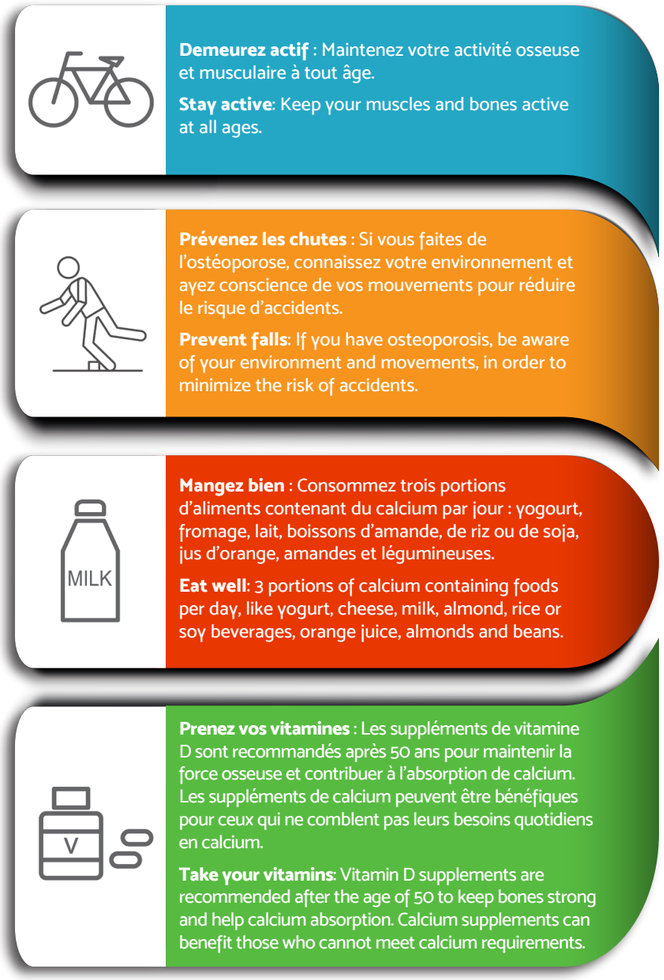
PAR / BY CASANDRA DE MASI

Souvent, les gens ne pensent pas à leurs os à moins d'avoir une fracture, affirme la Dre Suzanne Morin, chercheuse clinicienne au Centre universitaire de santé McGill (CUSM). Nous voulons que les gens pensent à leurs os beaucoup plus jeunes et qu'ils essaient d'être actifs toute leur vie. Il est beaucoup plus facile de se lancer dans un programme d'exercices ou de modifier son régime alimentaire quand on est plus jeune; c'est une habitude qu'il faut acquérir. »

La Dre Morin, dont le principal sujet de recherche porte sur le pronostic clinique de l'ostéoporose, explique que la santé musculosquelettique dépend un peu de la génétique, mais qu'on peut prendre toutes sortes de moyens pour protéger sa santé osseuse, notamment rester actif et bien s'alimenter.

People often don't think of their bones unless they have a fracture," says Dr. Suzanne Morin, clinician scientist at the McGill University Health Centre (MUHC). "We want people to think about their bones at a much earlier age, and try to be active lifelong. It's much easier to get yourself into an exercise program or change your diet when you're younger; it's a habit you have to get into."

Dr. Morin, whose main research interest is health-related outcomes of osteoporosis, explains that while muscular skeletal health relies slightly on genetics, there are plenty of ways we can ensure that our bones remain healthy, namely by staying active and eating well.



Demeurez actif : Maintenez votre activité osseuse et musculaire à tout âge.

Stay active: Keep your muscles and bones active at all ages.

Prévenez les chutes : Si vous faites de l'ostéoporose, connaissez votre environnement et ayez conscience de vos mouvements pour réduire le risque d'accidents.

Prevent falls: If you have osteoporosis, be aware of your environment and movements, in order to minimize the risk of accidents.

Mangez bien : Consommez trois portions d'aliments contenant du calcium par jour : yogourt, fromage, lait, boissons d'amande, de riz ou de soja, jus d'orange, amandes et légumineuses.

Eat well: 3 portions of calcium containing foods per day, like yogurt, cheese, milk, almond, rice or soy beverages, orange juice, almonds and beans.

Prenez vos vitamines : Les suppléments de vitamine D sont recommandés après 50 ans pour maintenir la force osseuse et contribuer à l'absorption de calcium. Les suppléments de calcium peuvent être bénéfiques pour ceux qui ne comblent pas leurs besoins quotidiens en calcium.

Take your vitamins: Vitamin D supplements are recommended after the age of 50 to keep bones strong and help calcium absorption. Calcium supplements can benefit those who cannot meet calcium requirements.

Pour en savoir plus et calculer votre consommation de calcium, consultez le site d'Ostéoporose Canada, à osteoporosecanada.ca.

For more detailed information and to calculate your calcium intake visit Osteoporosis Canada at osteoporosis.ca.

Offre exclusive pour les employé(e)s du CUSM
Exclusive offer for all MUHC Employees
30% DE RABAIS sur le forfait ***Partagez tout***MC de votre choix.*
30% OFF on the Share Everything™ *plan of your choice.**

NOUVEL APPAREIL[1] */NEW DEVICE*	52,96$* (Rég./Reg. 75$)	59,96$* (Rég./Reg. 85$)	66,96$* (Rég./Reg. 95$)	73,96$* (Rég./Reg. 105$)
APPORTEZ VOTRE APPAREIL/*BRING YOUR OWN PHONE*	42,46$* (Rég./Reg. 60$)	49,46$* (Rég./Reg. 70$)	56,46$* (Rég./Reg. 80$)	63,46$* (Rég./Reg. 90$)
CARACTÉRISTIQUES */FEATURES*	**Appels illimités partout dans la province**[2], Messages texte illimités SMS/MMS (Canada)[3], afficheur, boîte vocale, 2,500 minutes de transfert d'appel, mise en attente et appel de groupe et facturation en ligne. *Unlimited Province-Wide Calling*[2], *Unlimited text messages SMS/MMS (Canada)*[3], *Call display, Voicemail, Call Forwarding (2,500 minutes), Call waiting, Group Calling and Online billing.*			
DONNÉES/DATA	4 Go/*GB*	6 Go/*GB*	10 Go/*GB*	14 Go/*GB*
DONNÉES EXCÉDENTAIRES/*DATA OVERAGE*	5$/100 Mo/*MB*[4]	5$/100 Mo/*MB*[4]	5$/100 Mo/*MB*[4]	5$/100 Mo/*MB*[4]

Ligne additionnelle : Apportez votre appareil 30,46$/m | Nouvel appareil 45,46$/m[1]
Add a line: Bring your own phone $30,46 per month | New device $45,46 per month[1]

COMMANDE EN LIGNE ORDER ONLINE
Nom d'utilisateur/Username: **vangy**
Mot de passe/password: **mobile**

Vangy Capsis
vcapsis@planetem.com
514-856-1884 x264

PLANÈTE MOBILE ROGERS

*Offres sujettes à changement sans préavis. Certaines conditions s'appliquent. Rabais applicable uniquement à la ligne primaire. Ne peut être jumelée à aucune autre offre. Votre première facture comprendra des frais de connexion de 20$ par ligne afin que votre service soit activé sur notre réseau. Les frais de temps d'antenne additionnel, de transmission de données, d'interurbain, d'itinérance, les frais liés aux options et les taxes sont en sus et facturés mensuellement, le cas échéant. Les frais gouvernementaux mensuels suivants pour le service d'urgence 9-1-1 seront exigés : 62 ¢ en Saskatchewan, 46 ¢ au Québec, 43 ¢ en Nouvelle-Écosse, 53 ¢ au Nouveau-Brunswick, 70 ¢ à l'Île-du-Prince-Édouard, 44 ¢ en Alberta et 75 ¢ à Terre-Neuve-et-Labrador. Cependant, le temps d'antenne n'est pas facturé pour les appels au 9-1-1 que vous faites à l'aide de votre appareil sans fil de Rogers. Des frais de récupération des économies réalisées sur l'appareil sont exigés, conformément à votre entente, si pour quelque raison que ce soit vous changez de forfait pour un forfait de niveau inférieur pendant votre période d'abonnement. Vous devrez acquitter des frais uniques de déclassement de forfait, tel qu'il est prévu dans votre entente de service. 1. Avec activation d'un forfait Partagez tout de deux ans. 2. Sur le réseau de Rogers ou dans une zone de Couverture étendue. La couverture n'est pas offerte dans toutes les régions. Les frais d'interurbains internationaux et de message texte à ligne filaire sont en sus. Seuls les numéros canadiens à 10 chiffres sont admissibles. 3. Comprends les messages texte, photos et vidéos envoyés du Canada vers un numéro de sans-fil canadien et les messages texte, photo et vidéo entrants, peu importe la provenance. Les messages texte entrants et sortants à tarification additionnelle, les messages texte envoyés à l'étranger et les messages envoyés et reçus en itinérance ne sont pas compris et sont facturés, le cas échéant. 4. Toute utilisation supérieure à votre volume de données est facturée par tranches (voir les modalités d'utilisation excédentaire associées à votre forfait), arrondie au prochain Mo ou Go (selon les modalités de votre forfait. MCRogers et les noms et logos associés sont des marques de commerce, ou utilisées sous licence, de Rogers Communications inc. ou d'une société de son groupe. ©2016

Collaborer pour surmonter les difficultés

Collaborating to tackle a challenge

Les unités de soins intensifs pédiatriques et pour adultes travaillent main dans la main pour la sécurité de nos plus vulnérables patients

The pediatric and adult Intensive Care Units work together to ensure the safety of our most vulnerable patient population

Margaret Ruddy, infirmière-chef de l'unité de soins intensifs pédiatriques
Margaret Ruddy, Nurse Manager of the Pediatric Intensive Care Unit

PAR / BY SANDRA SCIANGULA

En juin dernier, l'équipe de l'unité de soins intensifs pédiatriques (USIP) de l'Hôpital de Montréal pour enfants du Centre universitaire de santé McGill (HME-CUSM) a appris que des travaux de ventilation devaient être faits sur son étage. L'équipe, qui s'occupe de certains des patients les plus gravement malades de tout le Québec, n'avait que sept semaines pour organiser son déménagement. Elle a donc élaboré un plan et fait preuve d'une grande résilience face à l'adversité, non sans un peu d'aide.

L'USIP avait le choix de continuer à fonctionner dans une zone en construction pendant trois mois ou de déménager toute l'unité et ses patients pour quatre semaines, jusqu'à la fin des travaux. C'est cette dernière option qui a été privilégiée; mais où allions-nous loger les patients?

« Nos options dépendaient de l'espace et de la présence des infrastructures nécessaires à la prise en charge de la technologie », explique Margaret Ruddy, infirmière-chef de l'USIP. Parmi les quelques options disponibles, il y avait l'unité de soins intensifs (USI) pour adultes de l'Hôpital Royal Victoria (HRV-CUSM), aussi situé sur le site Glen.

Écrire une page d'histoire

Sylvie Ampleman, infirmière-chef de l'USI de l'HRV-CUSM, admet qu'au départ, on s'inquiétait d'y voir des patients pédiatriques. « Nous sommes très protecteurs avec nos patients et notre unité, et nous ne savions pas très bien ce que ça allait représenter pour nos patients », rapporte Sylvie.

Sylvie se souvient d'une réunion en particulier, où elle était assise en face du chef de l'unité de soins intensifs pédiatriques, ▷ le Dr Saleem Razack, qui demandait poliment s'ils pouvaient avoir un peu d'espace dans l'USI pour adultes. « À ce moment, j'ai compris qu'ils se retrouvaient dans cette situation pour des raisons indépendantes de leur volonté, dit-elle, et qu'il fallait que les patients soient soignés dans un environ-nement sûr. »

Pour la première fois dans la longue histoire de ces deux hôpitaux, des patients pédiatriques seraient soignés dans une unité de soins pour adultes. C'est la collaboration entre les équipes qui a fait que tout a bien fonctionné.

La sécurité des patients avant tout

Cette délocalisation était particulièrement complexe. « Nous devions procéder au transfert, mais nous ne pouvions pas réduire notre activité, et curieusement, il y a bien peu d'endroits où nous pouvons brancher les équipements utilisés en soins intensifs », explique le Dr Razack. Les équipes se sont entendues pour attribuer six lits aux patients pédiatriques, et pour en partager un septième entre les populations pédiatriques et adultes selon les besoins.

Le Dr Peter Goldberg, chef des unités de soins intensifs pour adultes, raconte : « Il ne s'agissait pas de dire "ceci est à moi et cela est à toi"; il fallait assurer la sécurité des patients. » Dans les semaines qui ont précédé la délocalisation, les équipes ont dû anticiper les problèmes éventuels et trouver des solutions. « Nous devions trouver comment faire cohabiter de petites et de grandes personnes », ajoute-t-il.

Un déplacement fort complexe

Sharon Taylor-Ducharme et Kim Tanguay, toutes deux chefs d'équipe lors du déménagement de 2015 au site Glen, étaient les directrices de projet pour la délocalisation temporaire de l'USIP. Afin de garder les milieux pédiatriques et adultes séparés, on a mis en place des barrières physiques.

« Nous avons mis du ruban au sol pour délimiter les espaces et installé un mur en plus de décorer sur le thème de l'eau. Nous avons aussi demandé au personnel et aux visiteurs de l'USI pour adultes d'utiliser un accès différent pour se rendre dans l'unité, raconte Sharon. Il nous fallait garder un environnement pédiatrique distinct sans interrompre le déroulement des activités à l'USI pour adultes. »

En vue du transfert des patients de l'USIP à l'HRV-CUSM, une simulation a été faite. Kim explique : « Cela nous a permis de trouver le meilleur chemin en partant de l'HME, et de clarifier toutes les questions concernant la direction, le transport et la signalisation. »

De plus, avant le déplacement, un tas de choses ont été prises en considération. « Le C.difficile, par exemple, est plus présent chez les adultes, alors pour lutter contre les infections, les chambres des enfants et les chambres des adultes étaient nettoyées par des équipes d'entretien différentes avec du matériel de nettoyage différent, raconte Sharon. Du côté pédiatrique, il a fallu que les gens comprennent que les odeurs de certains aliments et le bruit pouvaient déranger les patients adultes, des considérations qui passent souvent inaperçues des patients pédiatriques. » En plus, les services d'enregistrement, les laboratoires et la pharmacie ont dû s'adapter pour que les patients pédiatriques ne soient pas considérés comme des adultes, même s'ils étaient soignés à l'HRV-CUSM. ▷

This past June, the Pediatric Intensive Care Unit (PICU) team at the Montreal Children's Hospital of the McGill University Health Centre (MCH-MUHC) learned that work to the ventilation system was going to be undertaken on its floor. This meant the unit, which cares for some of the most critically ill patients from across Quebec, had only seven weeks to plan a move. The PICU team came up with a plan and demonstrated resilience in the face of adversity, but not without some help.

The PICU had the option of operating in a construction zone for three months or move the entire unit and its patients for four weeks while the work was completed. The latter was the favoured choice but where would the patients go?

"Our choices of where to move depended on space and where the infrastructure existed to support the technology," explains Margaret Ruddy, nurse manager of the PICU. Among the few options available was the adult Intensive Care Unit (ICU) of the Royal Victoria Hospital (RVH-MUHC), also located at the Glen Site.

Making history

Sylvie Ampleman, nurse manager of the RVH-MUHC ICU, admits that there were concerns about having pediatric patients in the adult intensive care unit. "We're protective of our patients and our unit, we did not fully know what this was going to mean for our patients," says Sylvie.

Sylvie recalls one meeting in particular where she was sitting across from the Chief of the Pediatric Intensive Care Unit, Dr. Saleem Razack, who politely asked if they could have space in the adult ICU. "At that moment, I understood they were in ▶ this situation through no fault of their own and that patients needed care in a safe environment."

For the first time in either of the hospital's long histories, pediatric patients would be cared for in an adult unit. The collaboration that ensued between the teams is what made it work.

Patient safety comes first

This relocation was particularly challenging. Dr. Razack explains, "We had to relocate but we couldn't reduce activity and there are surprisingly few places where you can plug in the machinery used in intensive care." The teams agreed to allocate six beds to pediatric patients, with a seventh that could serve either the adult or pediatric patient populations based on needs.

Dr. Peter Goldberg, chief of the adult ICUs, recalls, "It wasn't a question of this is mine and that is yours, it was a question of keeping patients safe." In the weeks leading up to the move, the teams had to anticipate possible problems and come up with solutions. "We needed to figure out how to mix little people with big people," he adds. ▶

« Nous avons été accueillis chaleureusement, et tous ont compris que nous devions faire front commun pour que ça fonctionne dans un délai aussi court. »
– Dr Saleem Razack

"We were warmly welcomed and they understood that we had to come together to make this work on such short notice."
– Dr. Saleem Razack

Dr Saleem Razack, chef de l'unité de soins intensifs pédiatriques et Sylvie Ampleman, infirmière-chef de l'unité de soins intensifs pour adultes
Dr. Saleem Razack, Chief of the Pediatric Intensive Care Unit and Sylvie Ampleman, Nurse Manager of the adult Intensive Care Unit

▷ « Sept semaines, c'était un délai serré pour préparer le site en vue du transfert, et tous ont fait bien plus que leur travail au quotidien pour que ça fonctionne », dit Kim. La collaboration a été vraiment solide. « Les services de soutien auxiliaires ont joué un rôle déterminant, ajoute Sharon. Les services biomédicaux, la gestion du matériel, les systèmes d'information et les services sociaux, pour n'en nommer que quelques-uns, ont tous collaboré et se sont avérés essentiels pour assurer la sécurité du transfert et la réussite de la cohabitation des patients. »

Une collaboration active

« C'était sans contredit la bonne décision », dit le Dr Razack au sujet de la collaboration avec ses homologues du secteur pour adultes. « Nous avons été accueillis chaleureusement, et tous ont compris que nous devions faire front commun pour que ça fonctionne dans un délai aussi court. » Tous les matins, les chefs des services infirmiers de l'USIP et de l'USI pour adultes se réunissaient pour voir s'il y avait d'autres besoins ou si la collaboration pouvait être améliorée.

« Nous parlons la même langue, nous savons ce que les soins intensifs impliquent sur le plan du personnel, de l'espace et du stress, explique Dr Goldberg. L'équipe de l'USIP se compose de personnes très agréables, qui ont une très grande joie de vivre et le sens de la communauté. »

Le 29 septembre, les patients et le personnel de l'USIP sont rentrés chez eux à l'HME-CUSM. « L'expérience a été gratifiante, affirme Sylvie, et nous allons nous ennuyer de l'équipe de l'HME. » ■

Sharon Taylor-Ducharme et Kim Tanguay ont supervisé la délocalisation temporaire de l'unité de soins intensifs pédiatriques
Sharon Taylor-Ducharme and Kim Tanguay oversaw the temporary relocation of the Pediatric Intensive Care Unit

▶ A very complex move

Sharon Taylor-Ducharme and Kim Tanguay, who were both leaders in the 2015 moves to the Glen, were the project managers for the temporary relocation of the PICU. To keep the pediatric and adult environments separate, there were physical barriers put in place.

"We put tape on the floor, decorated with an aquatic theme to delineate the spaces and installed a temporary wall. We also asked staff and visitors from the adult ICU to use a different route into the unit," says Sharon. "We needed to maintain a separate pediatric environment without disrupting the workflows of the adult ICU."

In preparation for the relocation of PICU patients to the RVH-MUHC, a simulation of the move was done. "This allowed us to agree on the best route from the Children's and clarify any questions regarding way-finding, transport and signage," says Kim.

Numerous things were also considered prior to the relocation. "C.difficile, for example, is more common in adults so for purposes of infection control, the pediatric and adult rooms were cleaned by different housekeeping staff and with separate cleaning equipment," says Sharon. "The peds side had to be conscientious of the smells of certain foods and noise levels, which could disturb the adult patients but would generally go unnoticed by the pediatric patients." In addition, hospital registration, laboratories and the pharmacy had to be aligned so that pediatric patients were not mistaken for adults even though they were being treated at the RVH-MUHC.

"Seven weeks was a tight timeline to get the site ready for the relocation," says Kim, "and everybody went above and beyond their day-to-day work to make this happen." The collaboration was strong. "The transversal support services were key," adds Sharon. "Bio-med, Materials Management, Housekeeping, Information Systems and Social Services, to name a few, all collaborated and were essential to the safe move and successful co-habitation of the patients."

Working together

"It was absolutely the right decision," says Dr. Razack about collaborating with his adult counterparts. "We were warmly welcomed and they understood that we had to come together to make this work on such short notice." Every morning, the PICU and ICU nursing leadership would meet to discuss if there were any other needs or if the cohabitation could be improved.

"We talk the same language, we know what intensive care implies in terms of personnel, space and stress," explains Dr. Goldberg. "The PICU team is a very pleasant group of people, they have a strong *joie de vivre* and a sense of community."

The PICU patients and staff returned to the Children's on September 29 and looking back Sylvie says, "The experience was gratifying and we're going to miss the team from the Children's." ■

L'image de la puissance et du raffinement.

Le tout nouveau Coupé de Classe C 2017 se hisse en tête de sa catégorie à presque tous les égards, de ses innovations bien pensées à sa sécurité de pointe, en passant par son style époustouflant. Sa silhouette est à la fois plus élégante et plus musclée, avec des portières sans cadre, une saisissante calandre à blocs-diamants et de larges feux arrière à DEL.

Le tout nouveau Coupé de Classe C 2017. À partir de 48 100 $*.

The picture of pure power, refined.

The all-new 2017 C-Class Coupe leaps to the head of its class in virtually every dimension, from thoughtful innovation to advanced safety to breathtaking style. Its shape is sleeker yet more muscular, with hardtop-style doors, a bold diamond-block grille and wide LED taillamps.

The all-new 2017 C-Class Coupe. Starting from $48,100*.

Mercedes-Benz

Silver Star Montreal 7800 Decarie, Montreal, 514-735-3555, silverstar.ca

*Taxes, transport et préparation en sus. / *Taxes and freight/PDI extra.

Dr Antonio Vigano, directeur de la clinique de réadaptation et de cachexie liée au cancer du CUSM
Dr. Antonio Vigano, director of the Cancer Rehabilitation Program and Cachexia Clinic of the MUHC

Course contre la montre

A race against time

Des chercheurs du CUSM élaborent des outils pour faciliter et accélérer le diagnostic d'une perte de poids mortelle chez les patients atteints d'un cancer

MUHC researchers hope to save lives by giving doctors a tool to diagnose cachexia – a serious health condition associated with cancer

PAR / BY VALÉRIE HARVEY

Depuis trois ans, Lise Richardson mène un combat contre un cancer du poumon et de la glande surrénale. Malgré les épreuves liées à la maladie, elle est restée une grande gourmande. « J'ai toujours aimé manger, et j'aimais manger de bonnes assiettes, confie Lise, une patiente du Centre universitaire de santé McGill (CUSM). J'ai commencé à m'inquiéter récemment, quand j'ai réalisé que j'avais perdu l'appétit et que j'avais simplement arrêté de manger. Je n'avais plus d'énergie et parfois je perdais connaissance. » Heureusement, son oncologue l'a rapidement référée à la clinique de cachexie liée au cancer du CUSM. « Aujourd'hui, je recommence tranquillement à me nourrir et j'ai espoir de retrouver une meilleure qualité de vie, » dit-elle.

Depuis de nombreuses années, médecins et scientifiques tentent de mieux comprendre la cachexie et de la traiter, car c'est une affection grave qui va au-delà d'une simple perte de poids. En fait, la cachexie est une perte de poids involontaire qui se caractérise essentiellement par une atrophie musculaire et des changements métaboliques, et qui ne peut être soignée ou traitée par la simple augmentation de l'apport nutritionnel.

Souvent, les patients qui en souffrent répondent mal aux traitements oncologiques et multiplient les séjours hospitaliers. Encore très sous-estimée et insuffisamment prise en charge dans bon nombre de centres d'oncologie, la cachexie est par ailleurs un syndrome mortel, lorsqu'elle n'est pas traitée à temps.

Or, le Dr Antonio Vigano, directeur de la clinique de réadaptation et de cachexie liée au cancer du CUSM, et son équipe ont récemment publié une étude dans le journal *Clinical Nutrition*, dont le but était de sauver des vies en mettant à la disposition des médecins un outil pratique permettant de diagnostiquer facilement la cachexie, avant qu'elle ne devienne irréversible. ▷

For the past three years, Lise Richardson, a patient of the McGill University Health Centre (MUHC), has been fighting lung and adrenal gland cancer. Despite the hardships of the disease, her appetite remained strong. "I always liked to eat, and I liked to eat big meals," says Lise. "I recently started to worry because I realized that I had lost my appetite. I had simply stopped eating, I had no energy and sometimes I even lost consciousness." Fortunately, her oncologist quickly referred her to the Cancer Rehabilitation Program and Cachexia Clinic of the MUHC. "Even if I am still weak, I am now slowly starting to eat again and have hope for a better quality of life."

Cachexia is a serious health condition that goes beyond simple weight loss. Clinicians and scientists have been trying to better understand and treat this condition for many years. It is often associated with poor responses to oncological treatments and increased hospitalizations and is still largely overlooked and untreated in many oncology centres. Patients with this condition eventually experience a decline of their overall health to a point where it cannot be reversed by eating more or taking nutritional supplements. Despite recent advancements in research, cachexia remains very difficult to alleviate or treat.

Dr. Antonio Vigano, director of the Cancer Rehabilitation Program and Cachexia Clinic of the MUHC, and his team recently published a study in *Clinical Nutrition*, which aims to save patient lives by giving doctors a practical tool to easily diagnose cachexia before it becomes irreversible.

"We are losing many cancer patients, not because of their cancer, but because their bodies have undergone important metabolic changes. In other words, they have simply stopped functioning correctly. In severe stages of cachexia, so much ▶

▷ « Beaucoup de nos patients perdent la vie, non pas à cause du cancer, mais en raison des modifications que subit leur métabolisme. En d'autres termes, leur corps cesse de fonctionner correctement. Dans les cas les plus graves, la perte de poids est telle que le corps n'est plus en mesure d'absorber ou d'utiliser les nutriments », explique le Dr Vigano.

« La cachexie s'aggrave avec le temps et plus nous tardons à intervenir, plus il devient difficile de la traiter, ajoute-t-il. Diagnostiquer efficacement et précocement le risque nutritionnel peut faire une énorme différence dans le pronostic et la qualité de vie des patients atteints d'un cancer. Pour améliorer le taux de survie chez les patients cancéreux, nous avons besoin d'outils de diagnostic simples, pratiques et efficaces, que les médecins peuvent utiliser au quotidien. »

L'outil mis au point par le Dr Vigano comporte cinq examens cliniques et analyses de laboratoire que les médecins pourraient appliquer sur une base routinière dans les prochaines années, voire dans les prochains mois. Les chercheurs espèrent également que l'approche pourra s'appliquer à d'autres patients qui perdent du poids en raison d'une pathologie chronique. ■

▶ weight is lost that nutrients can no longer be absorbed or used properly," explains Dr. Vigano.

Cachexia gets worse with time and the longer we wait to address it, the harder it is to treat. Effectively diagnosing cachexia when still in its early stages can make an enormous difference for a cancer patient's prognosis and quality of life. In order to save more lives, we need practical and accessible tools that can be effectively used by clinicians in their routine practice to identify patients with cachexia."

The tool developed to diagnose cachexia is composed of five routinely available clinical measures and laboratory tests, which could be available to doctors within the next few years or sooner. The researchers also hope the tool can be applied to other patients who are losing weight from chronic diseases, such as acquired immunodeficiency syndrome (AIDS), chronic obstructive pulmonary disease, multiple sclerosis, chronic heart failure, tuberculosis and many more. ■

« Dans les cas les plus graves de cachexie, la perte de poids est telle que le corps n'est plus en mesure d'absorber ou d'utiliser les nutriments » – Dr Antonio Vigano

"In severe stages of cachexia, so much weight is lost that nutrients can no longer be absorbed or used properly." – Dr. Antonio Vigano

Au sujet de l'étude

Les patients ayant participé à cette étude étaient tous atteints d'un cancer avancé et suivis à la clinique de réadaptation et de cachexie liée au cancer du CUSM. Les chercheurs ont défini quatre catégories selon la gravité (sans cachexie, pré-cachexie, cachexie et cachexie réfractaire). Seulement 15% des 297 patients de l'étude n'avaient pas de cachexie. L'étude révèle que les patients atteints de cachexie et de cachexie réfractaire étaient hospitalisés plus souvent et plus longtemps. Les taux de survie variaient aussi selon les catégories, allant de 33% de survie après deux ans pour les patients sans cachexie à moins de 10% pour ceux atteint de cachexie. Aucun des patients avec une cachexie réfractaire n'a survécu plus d'un an.

About the study

The patients involved in the study all had advanced cancer and were treated at the Cancer Rehabilitation Program and Cachexia Clinic of the MUHC. The researchers defined four severity stages of cachexia (Non-cachexia, Pre-cachexia, Cachexia, Refractory cachexia). Only 15 per cent of 297 patients in the study were not diagnosed with cachexia. The study found that patients with cachexia and refractory cachexia were hospitalized more often and longer. Survival rates also varied for each category, ranging from 33 per cent survival rate after two years for patients without cachexia to less than 10 per cent for those suffering from cachexia. None of the patients with refractory cachexia survived more than one year.

Direction centre-ville
Heading downtown

Le plus grand centre de fertilité public au Québec déménage de l'ancien Hôpital Royal Victoria dans des installations de pointe plus faciles d'accès

The largest public fertility centre in Quebec moves from the old Royal Victoria Hospital to a more modern and accessible facility

PAR / BY JENNIFER TIMMONS

Depuis vingt ans, le Centre de la reproduction du Centre universitaire de santé McGill (CUSM), qui est à la fine pointe de la technologie reproductive, aide des patients qui ont des problèmes de fertilité à réaliser leur rêve de devenir parents.

Depuis sa création, le Centre se trouvait au Pavillon des femmes de l'ancien Hôpital Royal Victoria. Les 22 et 23 octobre dernier, il a déménagé au centre commercial Place Dupuis, métro Berri-UQAM, dans des locaux utilisés auparavant par la clinique de FIV du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM).

« Il était logique d'installer le Centre de la reproduction dans des lieux déjà complètement adaptés aux besoins, affirme le Dr William Buckett, directeur médical du Centre de la reproduction du CUSM. Tout était déjà en place. C'était un moyen d'éviter de dépenser de l'argent public inutilement. De plus, le nouvel emplacement est plus pratique pour les gens qui travaillent au centre-ville. C'est un énorme avantage pour nos patients. »

Le Centre continuera à offrir les mêmes services et procédures, notamment les traitements de fertilité, les traitements in vitro, la préservation de la fertilité, les conseils, le soutien et le don d'ovules et de sperme. ■

The McGill University Health Centre (MUHC) Reproductive Centre, which is at the forefront of reproductive technology, has been helping patients with fertility issues fulfil their dreams of becoming parents for the last 20 years.

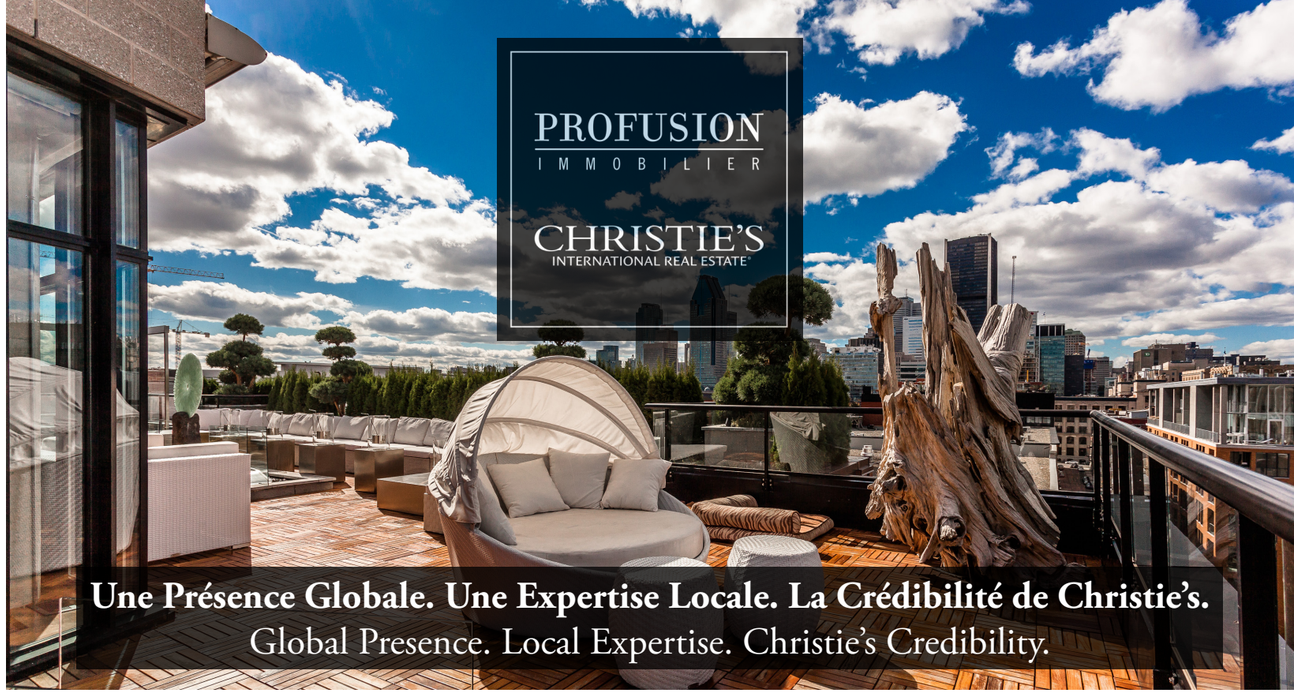
Since its inception, the Centre has been located in the Women's Pavilion of the old Royal Victoria Hospital. But over the weekend of October 22 and 23 this year, it moved to the Place Dupuis shopping centre at Berri-UQAM metro in a space previously used by the Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) for their IVF clinic.

"It made sense to move the Reproductive Centre to a location that was already fully adapted for this use," says Dr. William Buckett, medical director of the MUHC Reproductive Centre. "Everything was already in place at the new space. It's a way we can avoid unnecessarily spending more public money. In addition, it will be handier for people who work downtown. This makes a huge difference for our patients."

Although the location is new, the Centre will continue to offer the same procedures, including fertility treatments, in vitro treatments, fertility preservation, counselling and support, and egg and sperm donation. ■

Nouvelle adresse du Centre de la reproduction du CUSM
888, boulevard de Maisonneuve Est, bureau 200, Montréal H2L 4L8
514-843-1650

New address of the MUHC Reproductive Centre
888 de Maisonneuve Boulevard East, Suite 200, Montreal H2L 4L8
514-843-1650



La première agence immobilière indépendante internationale de prestige au Québec
Une visibilité locale et internationale incomparable, menée par une équipe dediée, qualifiée et professionnelle.
Nos valeurs fondamentales se dressent sur la discretion et l'intégrité.
Dans un esprit de générosité, pour toute transaction avec vous, un don sera fait à une oeuvre du CUSM.

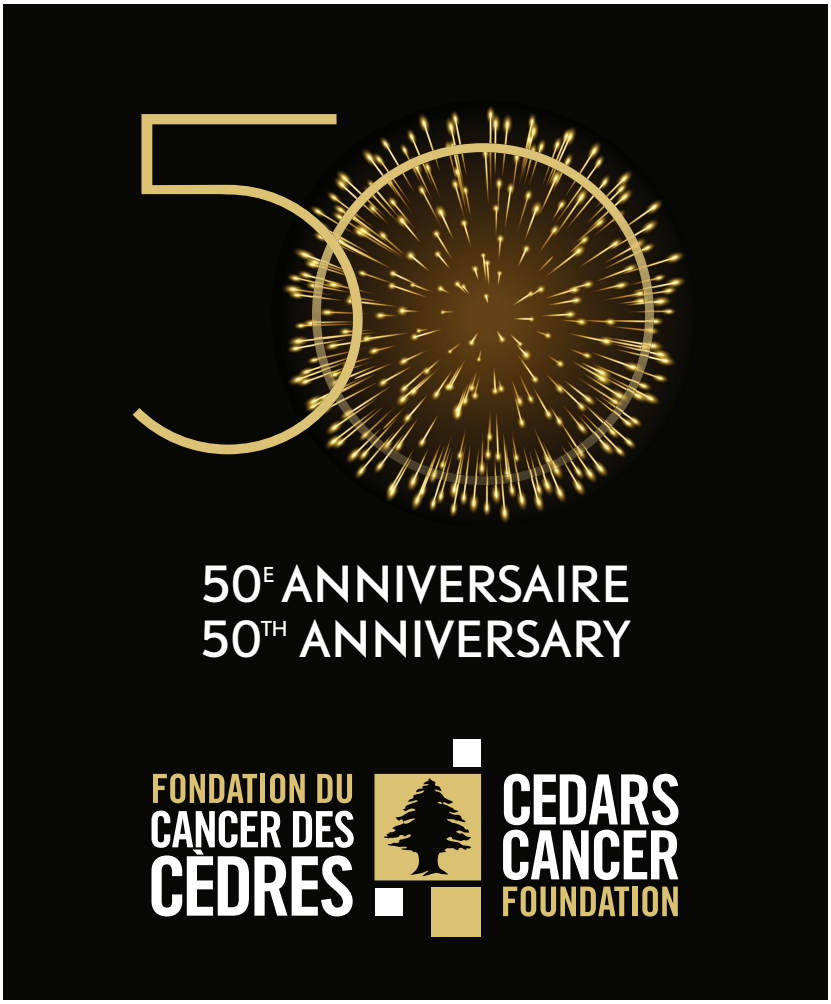
Quebec's #1 independent boutique agency in international real estate
We are dedicated, qualified professionals, and offer our clientele an incomparable presence both locally and internationally.
Integrity and discretion are of paramount importance.
In the spirit of generosity, for all transactions from anyone associated with the MUHC, a donation will be made to an MUHC charity.

Bunny Berke
Courtier immobilier
bberke@profusionimmo.ca
514.347.1928

Chantale Blaquière
Courtier immobilier
cblaquiere@profusion.global
514.830.9530

Susan Lloyd
Courtier immobilier
slloydleduc@profusionimmo.ca
438.882.8088

CHRISTIE'S INTERNATIONAL REAL ESTATE
BOARD of REGENTS LUXURY REAL ESTATE
LUXURY PORTFOLIO INTERNATIONAL
LEADING REAL ESTATE COMPANIES of THE WORLD



Aidez-nous à aider les patients atteints du cancer.

Faites un don dès aujourd'hui.

www.cedars.ca

Help us help cancer patients.

Make a donation today.

www.cedars.ca