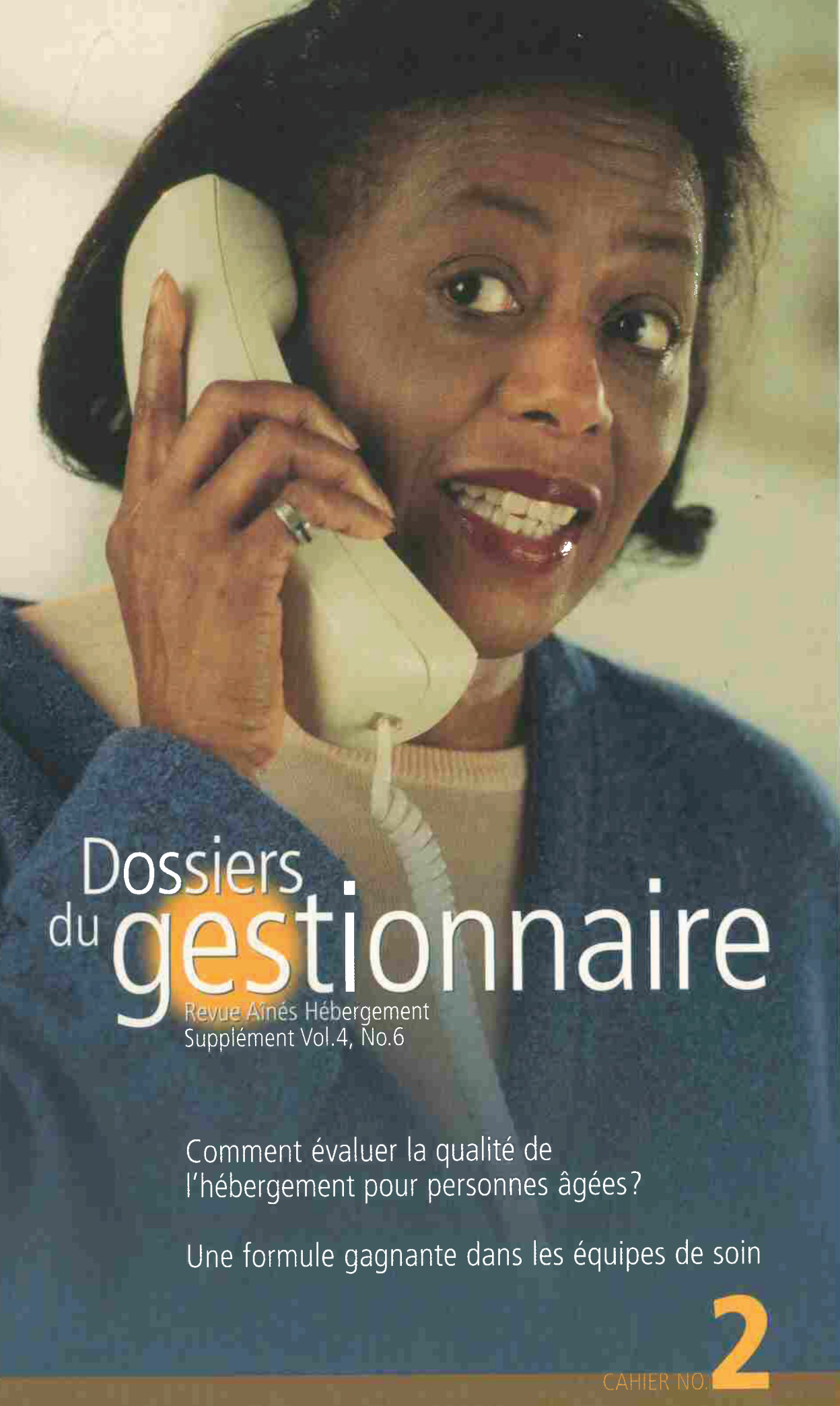




Dossiers du **gestionnaire**

Revue Aînés Hébergement
Supplément Vol.4, No.6

Comment évaluer la qualité de
l'hébergement pour personnes âgées?

Une formule gagnante dans les équipes de soin

CAHIER NO. **2**

Comment évaluer la qualité de Voici quelques profils des multiples visages

Mme Najia Hachimi est responsable de la clientèle à l'Association des établissements privés conventionnés, lesquels ont dû, il y a quelques années, dans le cadre du partenariat avec l'État, entreprendre une démarche d'agrément, pour laquelle Mme Hachimi a précisément été engagée. Car passer l'agrément était conditionnel à l'obtention d'un permis ; ajoutez à cela toutes les réflexions habituelles sur la qualité des soins et services dans les résidences privées, et un constat s'imposait : « on n'avait pas le droit à l'erreur ! », de dire Mme Hachimi. Voici donc quelques faits relatifs à l'implantation de normes de qualité au sein d'établissements pour personnes âgées.

POUR ÉVALUER LA QUALITÉ, IL FAUT D'ABORD SAVOIR CE QUE C'EST

On connaît bien sûr l'Office de la protection des consommateurs ou des systèmes du type ISO. Mais c'est dans le cadre de l'industrie, note Mme Hachimi, que tout a commencé. En vérité, la notion de qualité a évolué. La notion de qualité totale, par exemple, fut développée afin de déterminer les critères de fabrication en vue de produire des objets sans imperfection. Mais comment appliquer cette notion à des services et soins prodigués à des être humains ? Il faut aussi distinguer l'évaluation professionnelle, qui est sanctionnée par les divers ordres professionnels (comme le Collège des médecins), de l'évaluation des organisations, des tâches de l'agrément. De plus, pour évaluer une organisation, il faut distinguer trois types de qualité : 1) la qualité voulue ; 2) la qualité rendue et 3) la qualité perçue. La façon la plus directe d'évaluer une équipe est donc de questionner le client lui-même, sur son degré de satisfaction des soins qu'il reçoit.

Alors : comment évalue-t-on une équipe ?

Si l'évaluation d'un professionnel par son ordre professionnel est relativement aisée, du fait que ce dernier a établi ses propres normes de qualité et de contrôle, « la pratique a montré que si vous regroupez plusieurs professionnels compétents et consciencieux dans le but de les faire travailler

en équipe, la qualité individuelle de chacun d'eux n'est pas le garant de la qualité de l'équipe », et c'est encore plus flagrant au sein d'établissements pour personnes âgées qui nécessitent souvent le recours à de nombreux spécialistes. Ainsi, par exemple, la démarche d'agrément veillera à ce que l'établissement évalué ait mis les moyens en place pour appliquer les recommandations du Collège des médecins. L'agrément part donc de l'hypothèse que si on a de bonnes pratiques de gestion, qui sont conformes aux normes reconnues, les services seront de qualité. Pour évaluer ces services, il y a le Conseil canadien d'agrément, âgé d'une cinquantaine d'années, et le Conseil québécois, plus jeune, qui fut créé au départ pour évaluer les CLSC, et a élargi son champ d'intervention depuis lors à la plupart des établissements de santé qui, selon Mme Hachimi, « se comparent autant par les démarches que par le point de vue ». Et les normes se retrouvent pour la plupart dans la Loi sur la santé et les services sociaux (par exemple : l'obligation d'avoir un plan de développement, un code d'éthique, une politique de contentions ou de gestion des plaintes, etc.) et les autres sont fixées par la pratique.

LE CAS DES ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS CONVENTIONNÉS

Caractère « démocratique » de la démarche

La préparation à l'agrément a duré deux ans. La première année, Mme Hachimi a communiqué des informations générales concernant l'agrément à l'ensemble des établissements concernés ; la deuxième année, elle a suivi de près chacun des établissements, rencontrant le personnel et le directeur au besoin, envoyant de la documentation pertinente. Dans chaque établissement fut créé un comité d'auto-évaluation, formé par des représentants des diverses spécialités, et chargé de rédiger et de soumettre un plan d'amélioration au Conseil canadien d'agrément. Mais, tous les autres employés doivent être informés et prendre part au projet d'amélioration : « le

l'hébergement pour personnes âgées? d'une notion amiguë

Par Pierre Tardif

désir de qualité, note Mme Hachimi, c'est d'abord une philosophie, une culture où les gens ont spontanément à l'esprit le désir de s'améliorer. Sans cette vision commune des membres d'une organisation, toute démarche d'amélioration semble impossible ». Un suivi constant fut donc effectué par Mme Hachimi et ce, dès le début de la démarche, visant à maintenir bien claire cette vision.

L'importance de la communication

Pour ce faire, Mme Hachimi a mis au point une stratégie de communication. Dans un but de transparence, elle note cinq étapes clés de la démarche d'agrément où les employés d'un établissement donné doivent être informés : 1. l'adoption du projet ; 2. l'étude du dossier d'agrément ; 3. le début de la préparation ; 4. le suivi des préparations et 5. les communications spéciales. Et dans tous les cas, le langage doit être adapté aux gens auxquels il s'adresse et la clarté est de mise. Le niveau de détails doit être établi au préalable. Quant aux méthodes employées pour transmettre les messages, elle peut être orale, par mémo, par affichage, par téléphonie ou électronique. Le tout en suivant « un rythme de communication qui vient au devant des besoins d'information et de sécurisation du personnel ». En outre, des réunions de tous les employés sont fréquemment convoquées, question de les tenir au courant et pour avoir leur avis. Il est à noter qu'il est impossible, dans une démarche d'agrément, d'avoir un score de 100% puisque l'on est en contexte d'amélioration. Lors de la visite de l'évaluateur, ce dernier aura donc la propre évaluation de l'établissement entre les mains, et cotera à son tour, corrigeant au passage certains points. Finalement, s'il y a agrément, ce sera pour trois ans et il sera assorti de diverses recommandations à revoir dans trois ans. Des rapports d'étapes ou une visite sont parfois requis. Dans le cas d'un échec, des recommandations sont faites et l'établissement pourra se représenter. Des 18 établissements supervisés par Mme Hachimi et qui devaient avoir l'agrément pour mars 2003, 100% ont passé.

LA QUALITÉ DANS LES RÉSIDENCES PRIVÉES

L'implication de la FADOQ dans l'établissement de normes de qualité

Il semble évident que l'agrément peut aussi s'adresser aux résidences privées, bien que celles-ci ne soient pas tenues de l'avoir. Mais il est évident que l'établissement de normes de qualité a été développé en dehors du contexte de l'agrément, notamment au sein de la FADOQ, qui vont au-delà de leurs célèbres « Roses d'or ». Mme Louis Aubert nous rappelle que l'ancien ministère, par le biais du Secrétariat aux aînés, avait un plan triennal contenant une loi sur les résidences privées ; qu'il y avait un Comité interministériel pour créer des standards nationaux, lesquels étaient étudiés par la FADOQ. Mais le nouveau gouvernement ne semble pas aller de l'avant en ce sens, présentement. Mais Mme Aubert fait remarquer que, bien souvent, dans toute cette quête de qualité, le chaînon manquant est bien souvent la municipalité. La ville de Laval devrait en ce sens servir d'exemple pour toutes les autres.

Le cas de la ville de Laval

Cette ville émet en effet des permis pour les résidences privées depuis 1972. L'habitude de demander le permis s'est donc installée tout naturellement, en suivant l'augmentation des résidences privées, nous dit Mme Bondaze, coordinatrice du Bureau vie communautaire de Laval. On y évalue une résidence selon trois points : 1) la salubrité, 2) le bien être et 3) la sécurité, de concert avec le service d'urbanisme, la sécurité incendie, et le bureau communautaire. C'est ce que Mme Aubert appelait travailler en partenariat, démarche essentielle, selon elle, pour l'amélioration de la qualité. Toute la démarche d'évaluation, qui est coordonnée par Mme Bondaze, suit quatre étapes : 1) il y a tout d'abord la demande de permis ; 2) vient ensuite la demande d'inspection ; 3) la rédaction d'un rapport de conformité et 4) la visite, effectuée par Mme Bondaze elle-même. Visite surprise, pourrait-on ajouter. Le permis est renouvelable à tous les ans. Le

service d'urbanisme ne revient cependant que si Mme Bondaze a noté des transformations lors d'une visite. Les avantages pour les résidences de trois à neuf résidents auxquelles s'applique cette réglementation lui semblent tangibles : c'est sécurisant pour les propriétaires d'être ainsi suivis et conseillés. Mais comme le soulignait Mme Aubert, la ville de Laval, par le biais de Mme Bondaze, invite les propriétaires à participer aux « Roses d'or » : alors que le permis de la ville est obligatoire, la participation au programme « Roses d'or » ne l'est pas. Les deux modes d'évaluation sont donc complémentaires, aux yeux de Mme Bondaze, et il n'y a pas lieu de considérer le programme des « Roses d'or » selon les côtés négatifs que certains y voient.

Le point de vue d'un gestionnaire

Voici maintenant le cas d'un gestionnaire, dans une ville donnée où l'obtention d'un permis est aussi exigée pour administrer une résidence privée. Au récit qui va suivre devraient bien sûr s'en ajouter bien d'autres. Mais il nous a semblé instructif d'en parler pour ouvrir un dialogue constructif entre les différents intervenants du milieu de l'hébergement pour personnes âgées, gestionnaires et autres. Voici donc « François », notre gestionnaire, dans le cadre du présent article. François a acquis une résidence il y a quelques années. Il a d'abord passé le certificat de bon citoyen, en démontrant qu'il n'a commis aucune infraction, et qui est conditionnel à l'octroi du permis ; vint ensuite la visite des pompiers, dont l'autorisation est aussi conditionnelle à l'octroi du permis. Puis une autre visite pour évaluer les menus. Mais François se pose des questions : pour quelles raisons une personne vient inspecter, et ce chaque année, les mêmes châssis alors que sa résidence existait avant qu'il ne l'achète ? Quand il a voulu agrandir, ce fut le même manège. Bien plus : s'étant renseigné à la ville, il s'est aperçu que ce n'était pas la tâche de la personne en question, d'effectuer ces mesures ! Il a pu constater aussi que le permis était émis un an en retard, si bien que lorsqu'il a vendu sa résidence, le permis ne fut émis qu'une fois la transaction effectuée. François reproche en outre le manque d'appui des inspecteurs de la ville en question : « ils ont plus tendance à nous taper dessus qu'à nous soutenir, dit-il,

nous menaçant de retirer notre permis, voire même notre « Rose d'or » car nous en avions gagnée une ». Ils semblent oublier que les résidences privées ont une clientèle de plus en plus lourde, peu d'employés pour s'en occuper et, bien sûr, aucune subvention pour faire face au défi. Par exemple, François rappelle cette fois où les proches d'un de ses résidents se sont plaint à la municipalité d'un traitement qu'ils jugeaient inapproprié : lors de la visite des évaluateurs, François aurait souhaité un peu plus de discrétion de leur part, une réunion avec les résidents et le personnel, par exemple. Finalement, l'erreur dont on accusait François s'est avérée fautive. Dans leur démarche, selon lui, les évaluateurs auraient donc suivi trois étapes : 1. On te rentre dedans ; 2. On fait l'enquête et 3. On se rachète. Tout serait plus simple, selon François, si les évaluateurs venaient voir toute une journée comment cela se passe dans la résidence à évaluer.

CONCLUSION : OÙ DES QUESTIONS FONT FIGURE DE RÉPONSES !

Pour voir si les propos de François rejoignent la majorité des gestionnaires, il faudrait en questionner d'autres, (en plus des évaluateurs des municipalités, bien entendu, ce qui dépasserait cependant le cadre de cet article, consacré à la notion de qualité). Bien que négatif concernant les démarches municipales, avouons-le, il ressort de ce témoignage que tout système d'évaluation, du fait de l'extrême complexité de la tâche à effectuer (à savoir évaluer les soins prodigués à des personnes âgées et non de vulgaires objets) est perfectible. Ainsi, il conviendrait d'évaluer aussi les systèmes d'évaluation.

D'autre part, quand vient le temps d'améliorer la qualité, il semble évident que la complexité de l'organisation d'une résidence est importante à considérer : comme le souligne Mme Hachimi, plus une organisation est grosse, plus elle a besoin de standards. L'agrément pourrait donc être un outil efficace pour une grosse résidence privée, mais en revanche, pour le cas de plus petites, qui fonctionnent « de personne à personne », de tels standards peuvent devenir très lourds ; de la paperasse, en somme. Il faut noter cependant que tant le Conseil québécois d'agrément que le Conseil canadien sont très

souples. Il faut donc savoir ce qui est applicable et ce qui ne l'est pas au sein d'une organisation donnée, de dire Mme Hachimi.

De plus, toutes les personnes interrogées ont un désir profond d'améliorer la qualité des soins et services qu'ils prodiguent aux personnes âgées (ce qui contredit d'ailleurs cette légende qui veut que la qualité ne soit pas l'apanage des résidences privées...). Elles semblent cependant souhaiter la prise en compte de la réalité des institutions à évaluer. François, par exemple, croit au principe des « Roses d'or » ; il en a gagné une. Mais comment se fait-il, qu'il a gagné sa « Rose d'or » en se confirmant à la lettre aux exigences de la FADOC, trouvant même qu'il y avait beaucoup de travail à faire, alors que la propriétaire qu'il l'avait précédé sur les lieux avait elle-même reçu une « Rose d'or », sans même effectuer une seule rénovation ? Toujours est-il que François attend avec impatience les changements pour le nouveau programme de cette année. Il souhaite par exemple que les normes, qui lui semblent

pour l'instant basées sur les gros bâtiments (exigeant par exemple un énorme stationnement) soient révisées pour tenir compte des plus petites résidences. Mme Hachimi voit pour sa part dans une telle situation une raison historique : « certaines lois, dit-elle, étaient appropriées au moment où elles ont été promulguées ; elles le sont moins à notre époque ». De plus, l'évaluation de la qualité appelle d'autres nuances : si le Conseil québécois d'agrément fournit un outil d'évaluation, il n'en est pas de même du Conseil canadien, dont l'expertise est précisément pan canadienne et qui donc doit tenir compte des divers outils d'évaluation en vigueur dans chaque province. Quant à la question d'imposer aux résidences des normes prédéfinies, on nous a dit que ceux qui l'acceptent le moins semblent être ceux qui ont le plus à se reprocher. La question des normes de qualité n'a donc pas fini de questionner les gens impliqués dans son évaluation ou dans sa mise en pratique. Voilà donc un « dossier du gestionnaire » qu'il faudra suivre !

* Pour des informations sur l'agrément, voir les sites Internet suivants : pour le Conseil canadien : www.cchsa.ca ; pour le Conseil québécois : www.agrement.ca

Une formule gagnante dans les équipes de soin : l'interdisciplinarité comme mode de vie

Par Pierre Tardif

L'interdisciplinarité regroupe des professionnels de la santé dont les diverses spécialités ont, dans certains cas, un impact plus grand sur la santé de la personne âgée vivant dans un établissement donné, si elles sont mises en commun. C'est un peu comme jouer une mélodie au piano avec les cinq doigts de la main... plutôt qu'avec un seul !

AU DÉPART : UN INDIVIDU VIEILLISSANT, SES PROCHES ET DES SPÉCIALISTES

« L'interdisciplinarité, au fond, à partir du moment où on donne un service, c'est comment différentes personnes peuvent apporter des compétences complémentaires pour répondre à un besoin ». Cette définition est de Mme Ghislaine Massé Thibaut, une

des formatrices qui, avec le Dr Paule Lebel, directrice de l'enseignement, ont implanté avec succès l'interdisciplinarité à l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal¹. Mais il y a à la base ce que l'on peut appeler la multidisciplinarité, en fonction des problèmes particuliers d'une personne âgée (appelons-le M. Tremblay), les intervenants établiront, chacun de leur côté, un plan d'intervention. Il y aura ainsi autant de plans d'intervention que de spécialistes, chacun oeuvrant dans son champ particulier d'intervention. Mais certains soins requis par M. Tremblay peuvent être considérés par plusieurs spécialistes où la complexité de l'intervention nécessite la mise en commun d'expertises et de compétences diverses.

1 Lors de notre entrevue avec Mme Thibaut, nous avons reçu de sa part le document de formation à l'interdisciplinarité. Nous remercions Mme Thibaut. Toutes les citations, sauf mentions contraires, sont tirées de ce document, qui est divisé en modules.

Des spécialistes autour d'un plan unique d'intervention interdisciplinaire

Une définition de l'interdisciplinarité a été forgée par l'équipe de l'Institut chargée d'implanter le système : il s'agit de « (...) toute intervention de l'action concertée d'une équipe multidisciplinaire, de la personne âgée et de sa famille. Partageant des responsabilités, ces personnes travaillent en synergie et en interaction à la compréhension globale de la personne âgée et de sa famille afin de poursuivre des objectifs communs, avec le souci d'une communication efficace ». Pour forger le plan d'intervention de M. Tremblay, les intervenants auront, dans un premier temps, à prendre les informations nécessaires sur son état de santé, mais en ciblant sur les problèmes qui nécessitent plusieurs disciplines. Il faudra donc éviter le dédoublement d'informations, et il est même possible de faire des cueillettes conjointement. Il faudra de plus veiller à questionner la famille de M. Tremblay. Il y aura ensuite une réunion d'équipe au cours de laquelle le « partage des tâches » se fera. Ainsi, pour le cas de M. Tremblay, « seuls les riches échanges d'information entre les membres de l'équipe leur permettront de se faire une image globale et commune des besoins et problèmes de la personne âgée et de sa famille ». Pour les problèmes plus spécifiques, chaque spécialiste pourra relever le défi dans son champ d'expertise propre. Mais comment faire en sorte qu'une telle collaboration (une « synergie » selon la définition citée plus haut), quand elle est requise, soit possible au sein de spécialistes de formations différentes ?

ENSUITE : UNE ÉQUIPE

INTERDISCIPLINAIRE VIENT SE GREFFER

Il n'y a pas d'équipe sans un but commun ; il doit y avoir une « cible » comme on dit, qui lie les membres. « Il faut accepter, quand on travaille en interdisciplinarité, que l'expertise personnelle que je développe dans le cadre de ma discipline, fasse tellement profiter les autres que mon expertise devienne une expertise d'équipe, explique Mme Thibaudeau. J'enrichis donc mes collègues de ma discipline, et ces derniers m'enrichissent de la leur ». D'où les efforts déployés par les formateurs pour développer l'esprit d'équipe. Des exercices ont été prévus dans le cadre de la formation

pour aider les professionnels des diverses unités de soin à déterminer les forces qui peuvent contribuer au bien de l'équipe, et notamment à déterminer leur leadership éventuel et celui des autres. Le tout dans un contexte de participation et de coopération de tous et chacun.

Ainsi, chaque membre occupe un rôle au sein de l'équipe : par exemple, un médecin peut occuper un rôle au sein de la hiérarchie (rôle formel), mais il peut aussi bien avoir un rôle du fait qu'il peut influencer l'équipe (rôle personnel). Or, comme un individu peut occuper plusieurs rôles, la formation insiste sur le danger des ambiguïtés possibles. Comment alors déterminer ces divers rôles sans ambiguïtés ? Réponse : il faut déterminer pour chacun des membres de l'équipe les compétences propres à sa spécialité (par exemple, l'ergothérapie) de celles qu'il partage avec d'autres (par exemple : une facilité à communiquer), pour éviter, en un mot, « de se marcher sur les pieds ». Et c'est ici que l'on parle de la négociation de rôles, pour arriver en un consensus, et éventuellement, de la résolution des conflits. C'est ici qu'entre en jeu la communication.

LA COMMUNICATION ENTRE LES SPÉCIALISTES

Pour Mme Thibaudeau, « en interdisciplinarité, il y a un dossier unique pour chaque patient. Les observations ne doivent pas se retrouver dispersées dans les bureaux ». D'où la nécessité de connaître ses propres réactions en face de certaines personnalités ou circonstances, communiquer en usant autant d'analyses que de synthèses, pratiquer l'écoute réelle, en ne pensant pas à autre chose pendant que l'interlocuteur nous parle, et choisir le moment propice pour parler à une personne. Tout ceci est primordial car « je vous jure, remarque Mme Thibaudeau, que la plupart des difficultés au sein d'une équipe proviennent la plupart du temps de la communication ». Par exemple, en guise de test, un message avait été donné à dix personnes qui l'interpréta de dix façons différentes, les gens écoutant d'abord en fonction de leurs préoccupations. D'où ce constat : « Pour régler un problème ou un conflit, la première étape est de se demander ce que les gens ont perçu d'un message plutôt que le message

lui-même, car on règle les problèmes au niveau de la perception ». Il faut donc clarifier les choses, connaître aussi la nature du problème ; car un conflit de personnalité est différent d'une tâche mal définie, ou le fait qu'un collègue nous tape sur les nerfs.

La communication entre le spécialiste et la personne âgée

Selon les formateurs, il y a certains moments critiques de la communication avec la personne âgée : par exemple, lors de la confection du plan d'intervention de M. Tremblay, lors de la détérioration de son état de santé, lors de son départ pour un autre établissement, etc. Mais aussi, communiquer avec M. Tremblay « se traduit chez l'intervenant par ce fait qu'il est prêt à accepter que sa position soit soumise à la critique de la personne et de la famille ». Mme Thibaudeau donne l'exemple de ce monsieur qui fait couper sa nourriture par sa femme : comment changer une habitude qui dure depuis si longtemps ? On cherche donc à faire en sorte que le dialogue entre la personne âgée et l'intervenant ne devienne pas, comme il arrive tant de fois, unilatéral, lorsque par exemple, ce dernier se sert du « poids de son savoir, des normes sociales ou de ses expériences personnelles » pour imposer ses vues. Prenons un autre exemple. M. Tremblay et sa fille, discutant avec un spécialiste : il arrive souvent que si M. Tremblay manifeste une certaine lenteur, sa fille parlera pour lui, et l'on risque alors de mettre de côté M. Tremblay. Il faudra donc accorder autant de temps de parole à ce dernier qu'à sa fille.

UNE FORMATION CONTINUE POUR L'ÉQUIPE ET POUR SES MEMBRES

La formation à l'interdisciplinarité au sein de l'Institut de gériatrie a exigé pas moins de quatre années de travail. Une tâche colossale : une revue de la littérature et la consultation de personnes ressources furent nécessaires. La formation a touché 22 spécialités (incluant l'aumônier et la récréologue). Chaque unité de soin était convoquée en groupe d'environ 15 à 20 personnes ; et à l'issue d'une formation de deux jours, un plan d'action était établi, qui déterminait les priorités d'intervention de l'unité de soin, comme par exemple : comment aborder les proches de M. Tremblay ? Un suivi était par la suite effectué par les

formatrices.

Mme Thibaudeau s'enthousiasme du professionnalisme démontré par les intervenants lors de la formation. Et les avantages sont indéniables : « dans une équipe, tous sentent qu'ils vont dans la même direction. Devant une problématique complexe, on est plusieurs, on utilise l'humour, on se taquine, on se donne du courage ». On vise donc en interdisciplinarité à la compréhension globale de la personne âgée et de sa famille, tandis que les interventions spécifiques concernent le spécialiste seul. D'ailleurs, les spécialistes impliqués dans l'équipe s'ouvrent en même temps à la réalité et à des connaissances provenant d'autres disciplines. Et il est à noter que les gens les plus compétents dans leurs disciplines s'adaptent le mieux à l'interdisciplinarité, l'échange entre tous étant plus enrichissant. L'interdisciplinarité nous apprend en outre qu'il ne faut pas toujours centrer le travail sur la tâche et se tourner aussi vers la personne qui effectue ladite tâche. Lors de l'arrivée d'un nouveau membre dans l'équipe, par exemple, il faut bien l'intégrer. Durant la formation, un exercice consiste d'ailleurs à dire à un collègue ce que l'on apprécie de lui ou d'elle. Des inconvénients ? Oui, il y en a. Par exemple, l'interdisciplinarité monopolise de l'énergie et du temps et coûte très cher en frais de remplacement. Mais le coût semble en valoir la chandelle : « notre principe de base, celui de développer un langage commun est acquis et ce, même si ça bouge tout le temps, si le personnel et la clientèle changent, de dire Mme Thibaudeau. C'est devenu un mode de vie à tel point que les gens qui viennent travailler chez nous doivent accepter de travailler en équipe et que le patient prend beaucoup de place. En fait, une équipe mature est une équipe qui apprend à régler ses problèmes ». Et il semble qu'à l'Institut, pionnier en ce qui a trait à l'interdisciplinarité, la maturité soit acquise. Mmes Thibaudeau et Lebel ont à ce jour donné la formation environ 35 fois dans le réseau de la santé et en conférences. L'exemple de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal devrait inspirer les intervenants provenant d'autres secteurs et qui pourraient adapter à leur propre problématique les principes de l'interdisciplinarité. Car cette « maturité » des équipes interdisciplinaires, dont parle Mme Thibaudeau, semble être contagieuse, et c'est très bien comme ça !



EXPO / CONFÉRENCE

Gériatri'x

LE SALON DE L'INDUSTRIE EN GÉRONTOLOGIE
THE GERONTOLOGY INDUSTRY TRADE SHOW

Les 15, 16 et 17 septembre 2004 - Palais des Congrès de Montréal
Mercredi: 10H à 18H • Jeudi: 10H à 18H • Vendredi: 10H à 16H

NOS ATTRACTIONS

- Conférenciers de renommés
- Des ateliers thématiques
- Carrefour interactif
- Réseautage et ressources

NOS EXPOSANTS

- Pharmaceutiques
- Équipements orthopédiques
- Formations professionnelles
- Hébergement
- Produits spécialisés
- Services de soins adaptés
- Thérapies variées
- Services de la santé
- Assurances et finances
- Immobilier

Réservez votre espace dès maintenant!

Louis Bernard • T 450-447-1121 • S/F 866-447-1121 • F 450-447-1166 • info@salondessalons.com

Une réalisation de

salon
des salons inc.



CONSULTATION PARAMÉDICALE
A.J. GERBER

Membre de



Association des
professionnels en
exposition du
Québec

Commanditaire



Graphisme et publicité



www.expo-geriatrix.com