



FORUM

SUR LES MEILLEURES PRATIQUES EN SOUTIEN À DOMICILE

25 ET 26 MAI 2017

The logo for the forum, featuring the word "FORUM" in a bold, sans-serif font. The letters "F", "O", and "R" are green, while "U", "M", and "A" are blue. The letters are slightly shadowed to give a 3D effect.

SUR LES MEILLEURES PRATIQUES EN SOUTIEN À DOMICILE

25 ET 26 MAI 2017

DES SOINS À DOMICILE DE GRANDE INTENSITÉ : POUR UNE RÉPONSE ADAPTÉE



SOINS « INTENSIFS » INFIRMIERS ET MÉDICAUX À DOMICILE AU SEIN DE L'ÉQUIPE INTERPROFESSIONNELLE SAD DU CLSC

D^{re} Geneviève Dechêne, équipe médicale à domicile
Réseau local de services Sud-Ouest-Verdun
CIUSSS du Centre-sur-de-l'île-de-Montréal



Plan de la présentation



- Soins intensifs à domicile : définition
- Objectifs de la présentation
- Rôle du médecin dans *l'équipe intensive*
- Rôle de l'infirmière dans *l'équipe intensive*
- Clientèle visée par les *soins intensifs à domicile*
- Partenariat patients et proches
- Unités cliniques de formations interprofessionnelles UCFI
- Garantie de succès

« Soins intensifs » à « domicile »



Définitions:

Domicile et milieux de vie

- Maisons, appartements, colocations, maisons de chambre
- Résidences privées pour personnes âgées
- Ressources intermédiaires (RI)

Soins « intensifs » à domicile

- Soins infirmiers et médicaux donnés à des patients souffrant de **conditions médicales sévères instables**
- Ces patients, habituellement âgés, sont ceux qui retournent le plus souvent aux urgences majeures et en hôpital
- Il faut différencier la clientèle des GMF (patients ambulants, même lors de leurs détériorations) de la clientèle SAD



***Soins intensifs* à domicile** (soins des patients souffrant de conditions chroniques avancées et terminales)

Objectifs

1. Réduire leurs séjours aux *urgences majeures*
2. Réduire le nombre et la durée de leurs hospitalisations
3. Réduire le nombre de *niveau de soins alternatifs* (NSA) , des patients qui n'ont plus besoin du plateau technique hospitalier

Soins intensifs à domicile
(soins des patients souffrant de conditions chroniques avancées et terminales)



Objectifs (suite)

4. Les traiter de façon sécuritaire à domicile lors de décompensations aiguës (60% Verdun)
5. Garder à domicile les patients en fin de vie qui le désirent et jusqu'au décès si possible (60% Verdun)
6. Retarder le recours à l'hébergement (RI/CHSLD) de patients souffrant d'instabilités médicales répétées (équipe interprofessionnelle-IP)
7. Diminuer le recours aux urgences

Clientèles à cibler par l'équipe intensive
(dont les soins sont les plus « coûteux » urgences,
hospitalisations)



1. Les visites en lien avec la détériorations des patients âgés atteints de **conditions chroniques avancées** en lourde perte d'autonomie (*différencier des conditions chroniques en GMF comme HTA, obésité ou diabète*): cancer avancé, MPOC stade IV, I cardiaque stade IV, I rénale terminale, I hépatique terminale, insuffisance organique multi-systémique

= 40 % du travail des médecins au SAD du CLSC

2. Les **patients en fin de vie** de toutes conditions

= 50 % du travail des médecins SAD (cas plus instables)

3. Les visites du **SAD aigu** (visites d'urgence court terme)

= 10 % du travail des médecins SAD

FORUM

SUR LES MEILLEURES PRATIQUES EN SOUTIEN À DOMICILE

25 ET 26 MAI 2017

Le rôle du médecin à domicile dans l'équipe de soins intensifs du CLSC : **la complexité**



La complexité médicale est la responsabilité des médecins, en suivi conjoint avec les infirmières SAD :

- Instabilités médicales d'insuffisances organiques avancées et terminales
- Insuffisances organiques multi-systèmes (personnes âgées surtout)
- Médication complexe et changeante
- Prescription de nouveaux traitements et de *plans d'action à domicile*
- Nouveaux diagnostics à poser, surtout pour des conditions sévères et critiques
- La fin de vie : une période de grande instabilité médicale et de risque élevé de retours à l'hôpital

Soins intensifs à domicile: basés sur le travail des infirmières SAD (bachelières)



- Évaluent **seules**, sans médecin à domicile, des conditions médicales complexes et instables, donc les cas les plus instables de la 1^{re} ligne
- Prennent globalement en charge leurs patients
 - soins infirmiers
 - coordination des services de l'équipe **IP** (interprofessionnels) SAD et de la communauté.
- **Supportent et font de l'enseignement aux patients et à leurs proches**

LES INFIRMIÈRES SAD

Le **cœur** de l'équipe interprofessionnelle (IP) SAD pour les cas médicalement instables de soins « **intensifs** ».

L'infirmière SAD est au centre des **soins intensifs**



- Les autres professionnels de l'équipe IP SAD travaillent autour de l'infirmière pivot (**intervenant pivot**)
- Communications fluides et rapides
 - Idéalement un cellulaire pour toutes les infirmières pivot (IP)
 - Le médecin traitant a ce numéro (et *vice versa*)
 - Numéro de jour d'urgence : ligne enregistrée au guichet d'accès local
 - Numéro d'urgence de la ligne enregistrée de nuit
- Le travail des médecins à domicile en charge de cas instables s'appuie sur celui de l'IP pour **éviter les bris de communication** de ces « soins intensifs » et réduire les hospitalisations :

FIN DE LA PRATIQUE MÉDICALE EN SILO À DOMICILE

L'infirmière pivot SAD : le « chef d'orchestre »



Cette présentation ne détaille pas tous les champs d'expertise de l'infirmière à domicile.

Les soins « intensifs » s'appuient sur :

- *l'évaluation de la condition physique et mentale*
- *la surveillance clinique*
- *l'ajustement du plan de traitement*
- *l'initiation de certains traitements*
- *l'initiation du « plan d'action » du patient*
- *l'enseignement au patient et ses proches*

L'infirmière pivot SAD : le « chef d'orchestre »



L'infirmière pivot détermine en concertation les suivis qui doivent être réalisés par les autres intervenants

Rôle différent de l'infirmière auxiliaire : rôle + technique, en support de l'IP qui est généralement bachelière (une pratique en interdisciplinarité doit permettre l'exercice optimal de chaque professionnel, en respect de son propre champ de pratique) : rôle important pour les patients qui ont besoin de soins techniques quotidiens (soins de plaies, stomies, sondes, etc.)

Rôle différent de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (*IPSPL*) : prise en charge de cas stables avec un médecin partenaire rapidement disponible pour les instabilités.

L'infirmière pivot SAD: le « chef d'orchestre »



- Contrairement aux GMF (où l'adresse ne détermine pas l'accès aux services), le CLSC est un établissement « local » qui procure des services de proximité, y compris pour les services à domicile
- Avec l'équipe de interprofessionnelle du SAD, l'infirmière peut plus facilement déterminer les traitements requis en se basant sur les évaluations de chacun sur la condition de santé du patient
- Ainsi, cela permet :
 - Le maintien d'un continuum de soins
 - Une meilleure efficience
 - Moins de retours inutiles en milieu hospitalier.

FORUM

SUR LES MEILLEURES PRATIQUES EN SOUTIEN À DOMICILE

25 ET 26 MAI 2017

L'infirmière pivot SAD : le « chef d'orchestre »,
mais sans médecin,
le patient instable retourne aux urgences



Les médecins en pratique intensive à domicile sont intégrés aux équipes SAD (**pratique IP**) pour améliorer leur efficacité

- Médecins à l'aise avec des conditions sévères et terminales dans le contexte particulier du domicile (*approche 1^e ligne*)
- Médecins qui visitent rapidement les cas urgents avec une disponibilité d'au moins 5 jours/semaine (= pratique de groupe)
- Médecins qui répondent rapidement aux appels pour leurs patients et ceux de leurs confrères (garde médicale)

Chaque appel (gestion à distance) et chaque visite médicale peut éviter un envoi aux urgences

The logo for FORUM, with the word 'FORUM' in large, bold, green and blue letters.

SUR LES MEILLEURES PRATIQUES EN SOUTIEN À DOMICILE

25 ET 26 MAI 2017

« Modèle » médical SAD CIUSSS Centre-Sud (*Sud-ouest Verdun*)



Milieus urbains/semi-urbains

- Grand nombre de patients âgés à domicile en perte d'autonomie
- Grand nombre de patients atteints de conditions chroniques sévères à potentiel élevé d'instabilités médicales
- Grand nombre de patients en fin de vie de toutes conditions
- Territoire relativement petit (distances moindres = plus de visites)

= Possibilité pour l'équipe médicale de desservir 2 à 3 CLSC (pas de bris de services, garde 24 h) et plus de patients : ne pas « disperser » les médecins, les regrouper plutôt pour éviter des bris de services (congé de maternité, maladies, vacances)

« Modèle » médical SAD CIUSSS Centre-Sud (*Sud-ouest Verdun*)



10 médecins à temps partiel = 1,5 ETP à domicile

- Dessert 3 CLSC (population de 152 344)
- Équipe médicale localisée dans un des 3 CLSC, mais visites conjointes avec les infirmières des 2 autres CLSC pour permettre le développement du travail IP
- Suivi médical personnalisé **en continuité** d'environ 500 patients à domicile
- Moyenne de **50-60 patients en fin de vie** pour l'équipe en tout temps
- Moyenne de **20-35 patients inscrits/journée-médecin**
- **Garde téléphonique 24 h** infirmière et médicale expérimentée à domicile
- **Garde SAD aigu de jour** par ces médecins, à tour de rôle, pour couvrir 5 jours/semaine

Conditions chroniques sévères/terminales: **Comment réduire les hospitalisations**



1. Suivi longitudinal (comme en GMF) par une infirmière pivot et un médecin SAD : **pour être efficace il est essentiel de connaître son patient**
2. **Secrétariat médical formé et rapide** à répondre aux appels des patients/proches et des autres intervenants (comme dans une unité hospitalière)
3. **Visites conjointes INF/MD** (horaire des médecins qui priorise cette pratique IP **en action**) surtout lorsque le cas est complexe et instable
4. **Révision de la médication** (par téléphone et par le DME), par le pharmacien GMF conjointement avec le pharmacien communautaire

Conditions chroniques sévères/terminales: **Comment réduire les hospitalisations**



- 5. Ordonnances collectives** par les infirmières du GMF associées à l'équipe médicale SAD, pour alléger la tâche des IP : ces infirmières ne voient pas le patient, elle effectuent une gestion par téléphone avec les patients/proches (anticoagulation, diabète) avec une note à l'IP si changements
- 6. « Plan d'action » médical-infirmier (fait partie du PII)** par l'IP avec le médecin traitant, avec emphase sur les prescriptions anticipées en pharmacie et à domicile (*plan d'action*) pour traiter rapidement les détériorations prévisibles et donc réduire les hospitalisations (traitement anticipé des infections, surcharges, crises de douleurs, agonies, détresses, etc.)
- 7. Appel au SAD aigu**, si urgence médicale à laquelle le tandem médecin traitant/IP ne peut pas répondre (rapidité, expertise de situations d'urgence)



Des soins « **intensifs** » dans les dernières semaines de vie :

- Autant que possible ne pas « imposer » ces cas à toutes les infirmières SAD (expertise rehaussée, lourdeur psychologique, détresses fréquentes et souvent imprévisibles, support des proches essentiel)

Soins infirmiers de fin de vie : garder le calme dans la tempête

- **Concentrer ces cas auprès de volontaires** avec réduction de leur *caseload* (approx. un cas de fin de vie imminente = 5 à 6 cas réguliers)

The logo for the forum, with the word "FORUM" in large, bold, green and blue letters.

SUR LES MEILLEURES PRATIQUES EN SOUTIEN À DOMICILE

25 ET 26 MAI 2017

Soins de fin de vie à domicile en milieu urbain **Infirmières dédiées en soins palliatifs**



- Augmentation de l'exposition = augmentation de l'expertise
- Actions rapides par l'IP pour obtenir l'équipement en urgence (oxygène, nébulisateur, lit électrique) pour éviter les hospitalisations inutiles

**Octroi au patient et ses proches d'une aide « intensive » à domicile
aux derniers jours de vie**

*Auxiliaires en santé et services sociaux [ASSS], infirmières auxiliaires,
24 h/24 si nécessaire, avec l'aide des groupes communautaires existants
(Fondation Jacques Bouchard)*

The logo for the forum, featuring the word "FORUM" in a bold, sans-serif font. The letters "F", "O", and "R" are green, while "U", "M", and "A" are blue. The letters are set against a white background within a grey rectangular border.

FORUM

SUR LES MEILLEURES PRATIQUES EN SOUTIEN À DOMICILE

25 ET 26 MAI 2017



SOLUTIONS PRATIQUES POUR DES MEILLEURES PRATIQUES INTENSIVES À DOMICILE

Services intensifs à domicile *Il faut des médecins à domicile*



- **Pratique des médecins de famille à domicile** = pratique de base de la médecine familiale partout ailleurs en Occident, sauf au Québec
 - **Un très grand retard à rattraper**
 - **À faire rapidement**
- Formation nécessaire des jeunes médecins de famille aux soins « **intensifs** » à domicile pour les patients complexes et instables, au moins autant que pour la pratique hospitalière
- Formation médicale continue priorisant les soins intensifs à domicile
- **Les médecins à domicile en équipe intensive doivent prioriser les 2 clientèles les plus instables :**
 - fin de vie de toutes conditions
 - maladies chroniques sévères avec perte d'autonomie

(économies \$ reconnues pour un système de santé)

FORUM

SUR LES MEILLEURES PRATIQUES EN SOUTIEN À DOMICILE

25 ET 26 MAI 2017

Services intensifs à domicile *Il faut des médecins à domicile*



- Recrutement dans chaque région d'**une équipe médicale CLSC/SAD** en visite à domicile offerte au moins 5 jours/semaine avec une garde (téléphonique) 24 h/24, 7 j/7
- Gestion téléphonique avec l'IP = 25 % du travail médical à domicile
- Les médecins remplacent la « tournée hospitalière » quotidienne des patients instables par des consultations téléphoniques quotidiennes (avec l'IP qui visite leur patients : reconnaître l'effort des médecins à domicile de répondre rapidement)
- **Réduction progressive des coûts hospitaliers pour ces patients = investissement assuré pour un CIUSSS avec la mise en place d'une équipe médicale intensive**

FORUM

SUR LES MEILLEURES PRATIQUES EN SOUTIEN À DOMICILE

25 ET 26 MAI 2017

Services infirmiers/médicaux intensifs à domicile : **Reconnaissance de l'importance de l'infirmière**



- **Formations rehaussées** aux *infirmières dédiées aux soins palliatifs* et celles *dédiées aux soins aigus*
- **Cellulaires** pour leur permettre de répondre rapidement aux situations urgentes
- **DME pour les infirmières** : communication de part et d'autre médecins/infirmières
- **Garde infirmière 24 h (nuits, soirs)** téléphonique avec visites à domicile au besoin par des **infirmières expérimentées et formées en situations critiques à domicile** : conditions de travail accrocheuses nécessaires pour ces professionnelles seules « *face à la tempête médicale* »
- Former certaines infirmières pour compléter **les constats de décès à domicile** dans les régions sans médecin sur la route 24 h/24 (*Chaudières Appalaches/prix Innovation OIIQ 2015*)

Partenariat patient et ses proches

Outils spécifiques au domicile



La pratique à domicile est basée sur ce partenariat et certains outils

1. « **Dossier à domicile** » : outil de communication au domicile du patient pour les intervenants, le patient et ses proches incluant :
 - coordonnées de l'équipe
 - numéros de garde
 - notes quotidiennes
 - liste de médication
 - traitements en cours, etc.
2. **Livret sur la fin de vie** pour le patient et ses proches
3. **Plan d'action personnalisé élaboré et partagé avec le patient et ses proches**, rédigé avec le patient puis laissé à domicile :
 - signes et symptômes à surveiller (patient/proches/infirmières)
 - limites précises des signes vitaux pour appliquer le *plan d'action*
 - initiation possible par le patient ou ses proches du *plan d'action*
 - doses de médication à prendre avec le *plan d'action*
 - message à l'IP du patient après le *plan d'action*



Partenariat patient et ses proches

Le rôle des proches aidants dans les soins intensifs à domicile est essentiel



- Les « *proches aidants* » sont, avec l'intervenant pivot, au cœur des soins intensifs à domicile, que ce soit pour une détérioration aiguë d'une condition chronique ou une fin de vie
- Ne pas « forcer » l'aide à domicile mais **la proposer souvent**
- Ne pas « tout dire » d'un coup : morceler les conseils et les enseignements à chaque visite, écrire les éléments importants et les revalider
- Dédramatiser, normaliser et toujours garder son calme lors des visites, quelque soit la situation du malade
- Faire des prescriptions anticipées avec des conseils anticipés

The logo for FORUM, with 'FORUM' in large, bold, green and blue letters.

SUR LES MEILLEURES PRATIQUES EN SOUTIEN À DOMICILE

25 ET 26 MAI 2017

Unités cliniques de formation interprofessionnelle - **UFCI**



- L'université de Montréal met en place depuis 5 ans 18 unités UFCI en SAD/CLSC , affiliées aux GMF-U (*Unités de médecine familiale*)
- Le département de médecine familiale travaille avec les facultés respectives des sciences infirmières, services sociaux, pharmacie, ergothérapie, physiothérapie, nutrition pour mettre en place une **formation véritablement IP**
- Ces unités IP sont un formidable outil de recrutement professionnel, y compris pour les médecins à domicile : **nos jeunes médecins y découvrent une passion pour la pratique intensive à domicile**
- Ces unités rehaussent l'expertise interprofessionnelle à domicile pour toutes les disciplines

FORUM

SUR LES MEILLEURES PRATIQUES EN SOUTIEN À DOMICILE

25 ET 26 MAI 2017

Unités cliniques de formation interprofessionnelle - **UFCI**



- Les stagiaires en médecine familiale travaillent aux côtés de **médecins modèles de rôle en pratique intensive**
- Les jeunes médecins aiment l'action et veulent se sentir utiles
- Visites aux côtés de patrons qui font du suivi longitudinal de cas lourds (*modèles de rôle*)
- **Visites de patients avec des conditions sévères qu'ils ont l'habitude de voir seulement à l'hôpital**
- Gestion de cas sévères instables **sans le plateau technique hospitalier** : apprentissage nécessaire à un modèle de soins moins *hospitalocentré*
- **Apprentissage pratique du rôle professionnel au sein de l'équipe IP des CLSC**

La pratique de soins *intensifs* à domicile



- **Identification des patients à domicile à risque d'instabilité médicale** (maladies chroniques avancées et fins de vie)
- Tandem infirmière/MD à domicile dans tous les SAD/CLSC, **en continuité**
- Rehaussement de l'expertise infirmière pour les cas instables (*SAD aigu, soins palliatifs*)
- Regroupement des médecins dans un CLSC pour le rehaussement de l'expertise et éviter les bris de service
- Rehaussement des pratiques SAD/CLSC auprès des patients médicalement instables : protocoles de soins IP adaptés aux conditions sévères et terminales
- **Le suivi médical par des médecins de famille des patients souffrant d'une condition chronique avancée ou terminale est une priorité**



Conclusion

**Un service « intensif » à domicile
des patients en fin de vie et des patients atteints de
conditions chroniques avancées pour**

- Réduire le nombre et la durée des hospitalisations
- Réduire les séjours aux urgences
- Réduire le nombre des NSA en hôpital
- Permettre aux patients qui le désirent d'être soignés dans leur milieu de vie

The logo for the forum, featuring the word "FORUM" in a stylized font. The "F" is green, and the "ORUM" is blue. The letters are bold and sans-serif.

SUR LES MEILLEURES PRATIQUES EN SOUTIEN À DOMICILE

25 ET 26 MAI 2017

1. Les médecins de famille en pratique intensive en SAD



- Favoriser cette pratique de médecine familiale de base, essentielle au maintien en milieu de vie des patients âgés vulnérables pour lesquels le plateau technique hospitalier n'est pas requis
- Favoriser le recrutement dans les SAD des CLSC des médecins de famille intéressés à une pratique intensive de groupe
- Poursuivre les travaux visant l'implantation des UFCI au Québec



2. Les équipes intensives à domicile : *objectifs clairs de performance*

- Un numéro unique SAD aigu/province pour les urgences traitables à domicile (évaluation téléphonique avec bascule sur le *SAD aigu local*) serait pratique
- **Mesurer** la performance des **équipes intensives** qui prennent en charge les patients souffrant de conditions chroniques avancées et terminales:
 - *taux de décès à domicile régional et local (profil soins palliatifs)*
 - *taux de retours aux urgences de la clientèle SAD*
 - *taux d'hospitalisation de la clientèle SAD*
 - *taux de NSA/région*
 - *taux de relocalisations en CHSLD de la clientèle SAD*

3. Les CLSC : une organisation interprofessionnelle adaptée aux soins intensifs de patients instables



- Secrétariat médical SAD efficace et rapide (comme en hôpital)
- Infirmières SAD aigu pour les CLSC (1-3 CLSC)
- Infirmières dédiées en soins palliatifs dans chaque CLSC (équipe interdisciplinaire dédiées en soins palliatifs également)
- Cellulaires pour les IP SAD, celles du *SAD aigu* et celles en soins palliatifs
- Formations infirmières rehaussées pour le suivi des conditions chroniques avancées et terminales
- Équipe médicale SAD/CLSC en visite à domicile au moins 5 j/7 (pour 1-2 CLSC) prise en charge longitudinale des conditions chroniques sévères et terminales
- Sur cette base de services médicaux, implantation d'un *SAD aigu*

Merci

