



Clinique d'évaluation et de traitement des urgences oncologiques (« CETO ») au sein du Réseau de cancérologie Rossy

Nathalie Aubin, Christine Bouchard, Erin Cook, Maya Jeanty, Dencia Jean-Paul, Carrie Mazoff, Myriam Skrutkowski

INTRODUCTION

À la suite d'une étude de faisabilité QI² menée par le Réseau de cancérologie Rossy (2016), l'Hôpital général juif, du Centre universitaire de santé McGill et du Centre hospitalier de St. Mary ont conçu un projet pilote visant à établir les fondements d'une clinique ambulatoire d'évaluation et de traitement des urgences oncologiques. On est présentement dans l'année deux du projet.

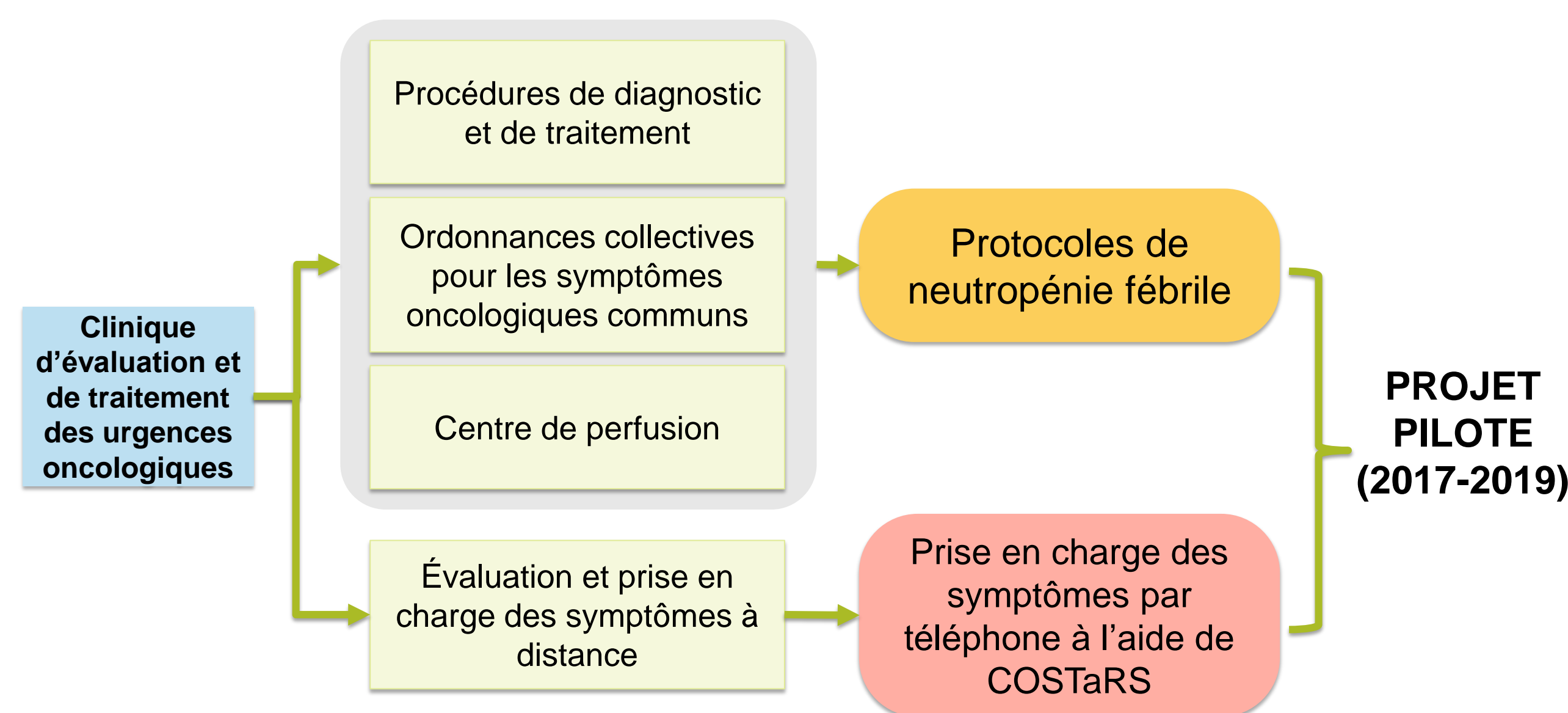


Figure 1: Composantes du projet pilote

Le programme vise à améliorer l'expérience-patient, à réduire le fardeau des symptômes et à réduire le nombre de visites à l'urgence. Le projet pilote comporte : (A) le développement et la mise en place d'un protocole clinique de prise en charge de la neutropénie fébrile afin de créer un modèle pour établir des ordonnances collectives portant sur des symptômes communs, (B) la mise en place d'une structure pour l'évaluation et la prise en charge de symptômes par téléphone en fonction des pratiques fondées sur les données probantes et (C) la mise en place d'une clinique structurée sans rendez-vous.

OBJECTIFS

- Améliorer l'accès aux soins : les bons soins, au bon endroit, au bon moment.
- Améliorer la qualité des soins : mettre en œuvre des pratiques fondées sur des données probantes pour la prise en charge à distance des symptômes et le traitement de la neutropénie fébrile dans un contexte ambulatoire.
- Améliorer la coordination des soins : les experts en oncologie peuvent fournir des soins aux patients par téléphone par le biais de la ligne téléphonique ou au sein du centre de soins oncologiques d'urgence.
- Améliorer l'expérience-patient en donnant accès à une ligne téléphonique dédiée à la gestion des symptômes et aux urgences oncologiques.
- Optimiser l'utilisation des ressources en permettant des évaluations infirmières téléphoniques et en clinique et ainsi éviter des visites à l'urgence et des hospitalisations.

Coûts évitables :

- Coût d'une visite à l'urgence = 500 \$
- Coût quotidien pour hospitalisation = 900 \$ (x 16.5 jours)
- Visite à la CETO = 186 \$
- Discussion avec l'infirmière sur la ligne téléphonique = 15 \$
- Coût pour gérer la neutropénie fébrile
 - Patient à faible risque qui se présente à l'urgence = 1 079 \$
 - Patient à faible risque qui reçoit les mêmes soins en consultation externe = 388 \$

MÉTHODOLOGIE

A PROTOCOLE DE NEUTROPÉNIE FÉBRILE (NF)

Une revue de littérature a été réalisée et des guides de pratique ont été adaptés au contexte du RCR. Des protocoles, des ordonnances collectives et des ordonnances standardisées ont été développés pour le département de l'urgence et les services ambulatoires en oncologie.

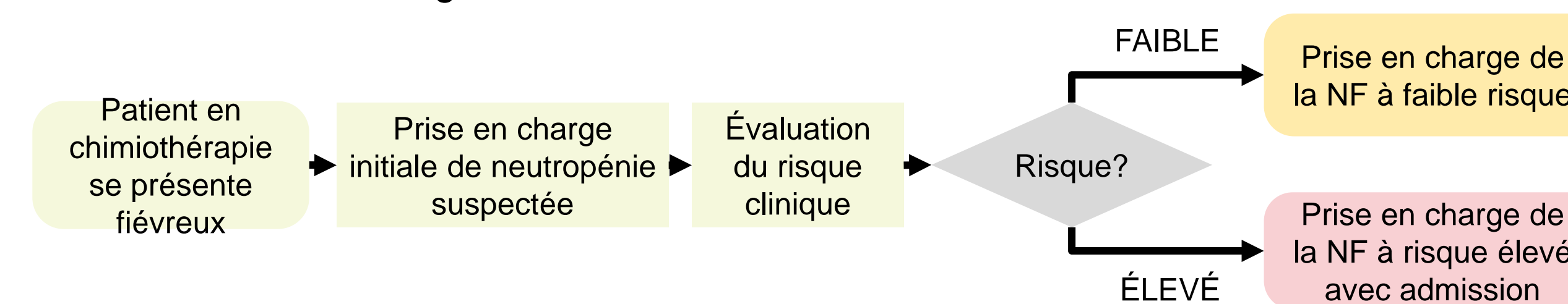


Figure 2: Cheminement simplifié de la prise en charge de la neutropénie fébrile

Les nouveaux protocoles de prise en charge de la NF suspectée et à faible risque ont été révisés par des experts cliniques, y compris des infirmières et médecins de l'urgence, des spécialistes en maladies infectieuses, des pharmaciens, et des infirmières et médecins spécialistes des services ambulatoires. Ces protocoles sont en processus d'approbation au CUSM et seront soumis prochainement à l'HGJ et au CHSM, visant la mise en œuvre et la formation clinique à travers les sites du RCR au cours de l'année 2020.

B PRISE EN CHARGE DES SYMPTÔMES PAR TÉLÉPHONE

Après l'analyse des processus de triage téléphonique en place dans chacun des sites, les mesures suivantes ont été prises :

- des infirmières ont été formées pour évaluer et recommander des interventions visant à prendre en charge des symptômes liés aux soins oncologiques ou aux effets secondaires liés au traitement à l'aide de guides standardisés (triage des symptômes oncologiques et aide à distance pancanadien – COSTaRS, Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa et de l'Université d'Ottawa);
- des efforts de sensibilisation et du matériel d'éducation ont été créés afin d'accroître le recours à la ligne téléphonique au sein de chacun des hôpitaux;
- des prototypes d'applications électroniques COSTaRS et les interfaces requises sont presque achevés par UHN Techna.

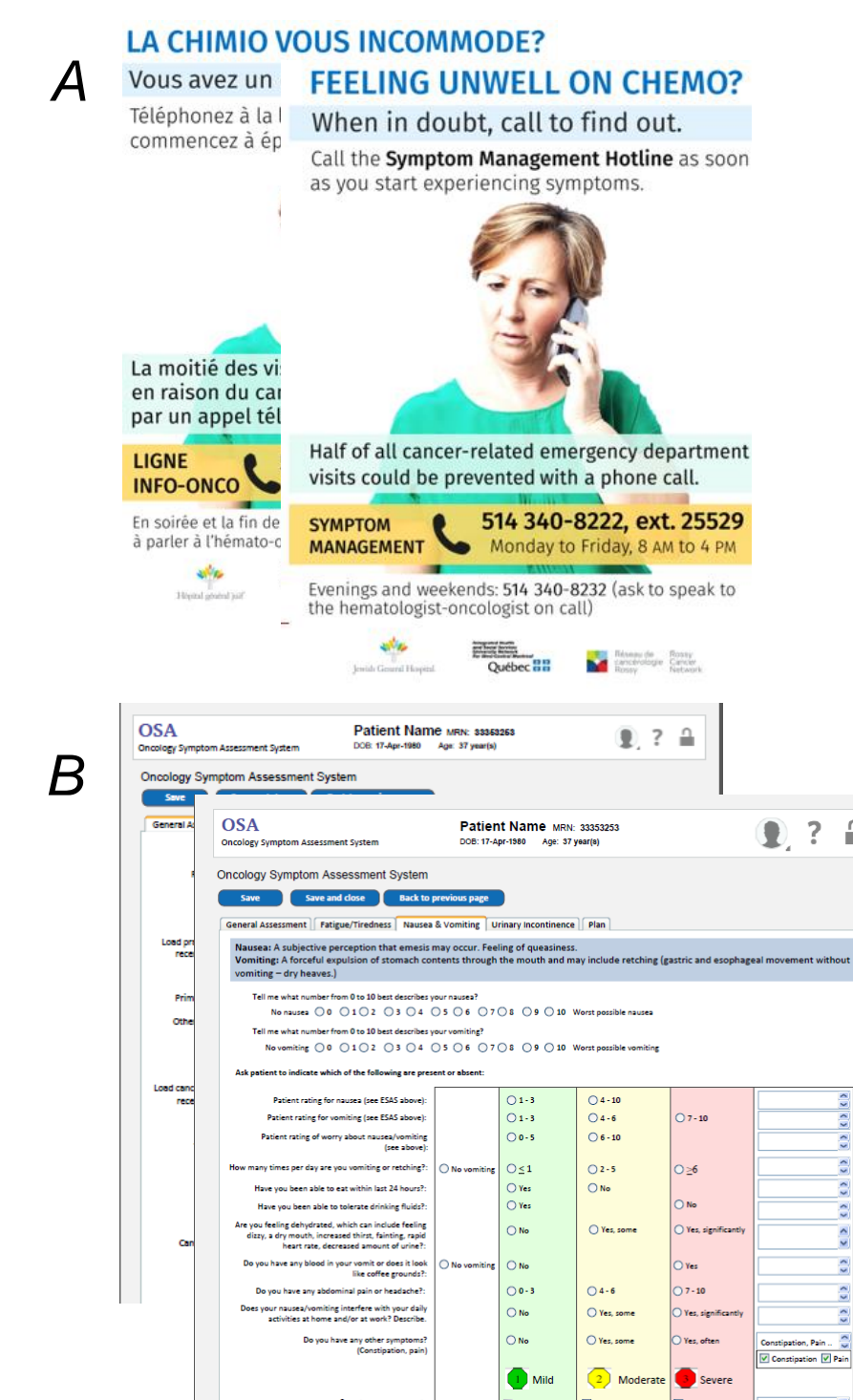


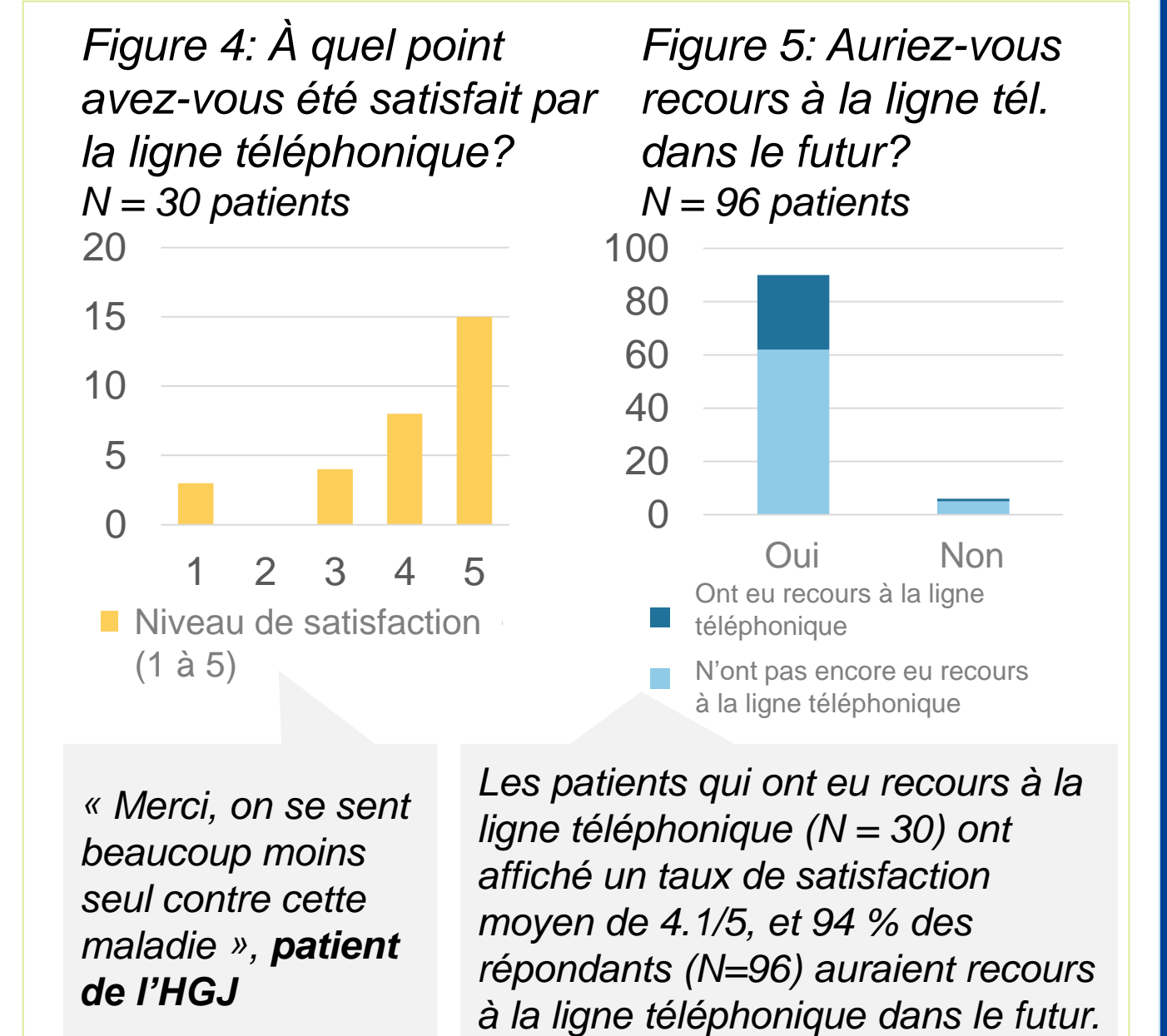
Figure 3: (A) Affiche de prise en charge des symptômes, (B) prototype de l'appli COSTaRS

C CLINIQUE D'ÉVALUATION ET DE TRAITEMENT DES URGENCES ONCOLOGIQUES

La clinique d'évaluation et de traitements des urgences oncologiques (« CETO ») est ouverte et bien-établie à l'HJG. Les préparatifs pour l'ouverture de la CETO au CHSM d'ici la fin 2019 sont en cours: acquisition de l'équipement et la configuration de l'espace. Le CUSM doit quant à lui en retarder l'ouverture vu les problèmes de capacité (augmentation des volumes de traitements). L'environnement physique est déjà déterminé et les équipements en place. Nouvelle cible : l'automne 2020.

RÉSULTATS À CE JOUR

- Nombre d'appels total dans le RCR depuis le déploiement à ce jour = 2 500 +
- Nombre total de traitements (HGJ) : augmentation ↑ 23%
- Nombre total de visites à l'urgence (HGJ) : diminution ↓ 10%
- Nombre de visites à l'urgence potentiellement évitables (HGJ) : diminution ↓ 22%
- Proportion de visites à l'urgence potentiellement évitables (CUSM, actuel) : 11%

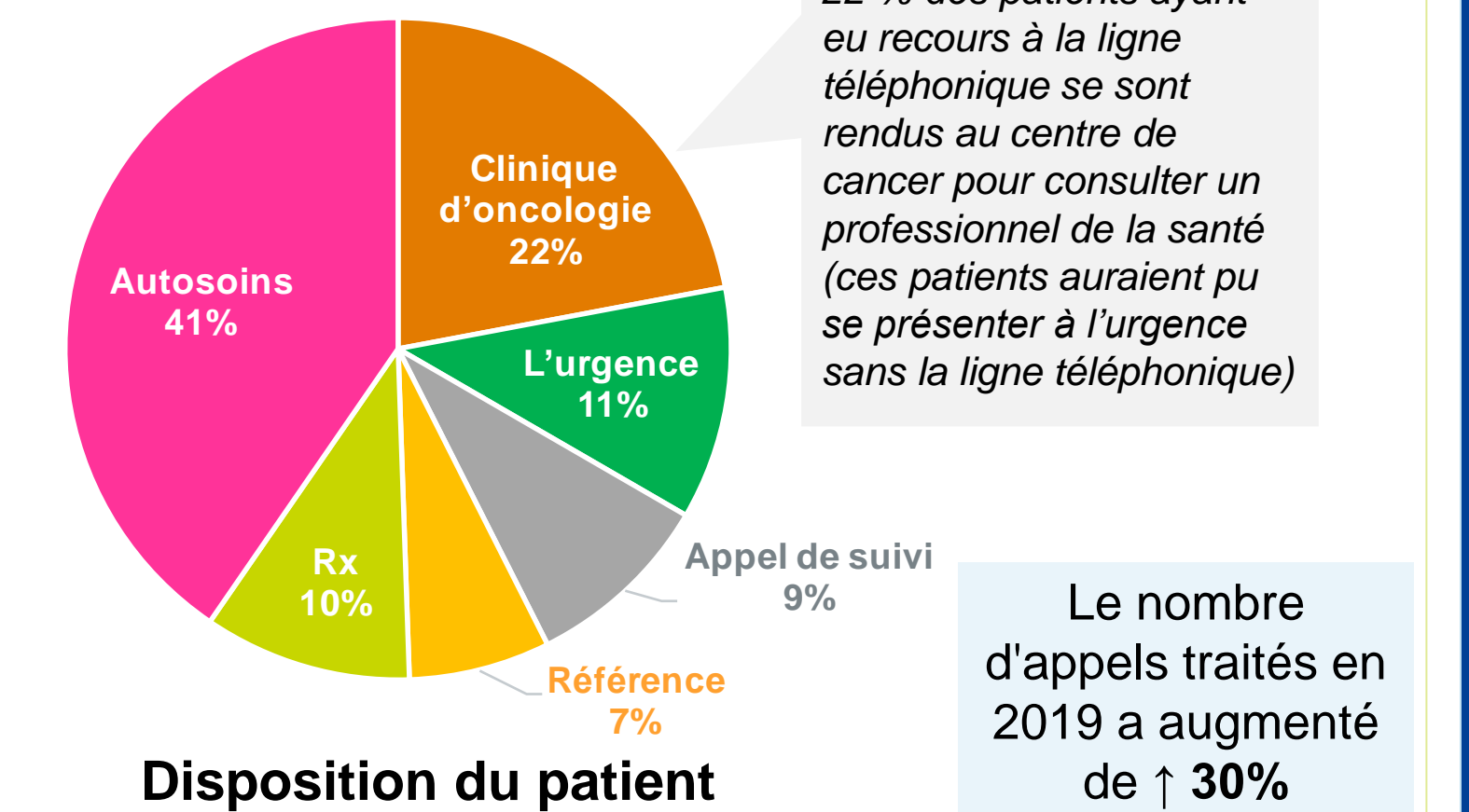


Moyenne de ~4 appels / jour
Total des appels : 1 367
Nombre de patients : 840

Raisons expliquant l'appel

Autre	44 %
Fièvre	9 %
Douleur	12 %
Soins d'élimination	11 %
Nausées	9 %
Faiblesse générale	7 %
Dyspnée, troubles urinaires ou saignements	9 %

Figure 6: Tableau de bord de prise en charge des symptômes de l'HGJ (février 2018 à juillet 2019)



ÉTAPES SUIVANTES

	COURT TERME (< 3 mois)	MOYEN TERME (3 à 9 mois)	LONG TERME (> 9 mois)
A PROTOCOLES DE NEUTROPÉNIE FÉBRILE	Mise en œuvre des protocoles de neutropénie fébrile suspectée et à faible risque	Mesure de la qualité des soins de neutropénie fébrile Mise en œuvre du protocole de neutropénie fébrile à risque élevé	Élaboration et mise en place de protocoles pour d'autres symptômes communs
B PRISE EN CHARGE DES SYMPTÔMES PAR TÉLÉPHONE	Instauration d'une culture selon laquelle les patients téléphonent au début de leur expérience symptomatique Le système COSTaRS est complètement opérationnel	Appels de suivi six jours après le premier traitement de la chimiothérapie Évaluation des répercussions du système (ex.: visites à l'urgence évitables et satisfaction des patients/employées)	Triage 24/7 par téléphone effectué par une infirmière Ligne téléphonique commun pour les 3 sites du RCR
C CENTRE DE SOINS D'URGENCE	Le centre et le personnel sont prêts à accueillir les patients (CHSM) Le CUSM élabore un plan pour l'allocation d'espace pour sa CETO	Le centre est doté de personnel et ouvert aux patients (CUSM) Création de corridors de service visant à faciliter les procédés institutionnels pour un accès rapide aux services	Collaboration avec d'autres départements (ex.: salle d'intervention, disponible pour l'équipe de soins)