



FORUM

SUR LES MEILLEURES PRATIQUES EN SOUTIEN À DOMICILE

25 ET 26 MAI 2017

UN PARCOURS DE SOINS ET DE SERVICES FLUIDE : DES TRANSITIONS EFFICACES

Mme Véronique Provencher, erg., Ph. D.

Professeure, École de réadaptation, Université de Sherbrooke

Chercheuse, Centre de recherche sur le vieillissement de Sherbrooke

Mai 2017

Préparé avec le soutien de A-C L.Courchesne, erg.

Plan de la présentation

Problématique : Les risques associés aux transitions

- Cibles : La réduction des risques associés aux transitions
- Défis : L'évaluation et la gestion des risques
- Solutions : Des meilleures pratiques efficaces et applicables
- Conclusion et pistes à explorer

Problématique (1)

- Femme de 92 ans, vivant seule
- Hospitalisée pour fracture de la hanche
- Déficits cognitifs suspectés
- Pas de services à domicile avant la chute
- Mme souhaite retourner à domicile
- Inquiétude de la famille et des intervenants
 - Oublie parfois de prendre médication (risque d'intoxication?)
 - Refus d'utiliser sa marchette (risque de chutes?)
 - Rond de poêle allumé x 2 (risque d'incendie?)



Problématique (2)

- **20 - 50 %** des personnes âgées (65+) **hospitalisées** seraient « **fragiles** » (Joosten et *al.*, 2014; Parker, et *al.*, 2006)
- La **fragilité** correspond à une combinaison d'incapacité et de comorbidité exposant à une plus grande **vulnérabilité** (Fried et *al.*, 2004)
- La **détérioration** de leurs capacités **pendant l'hospitalisation** compromet souvent un **retour à domicile** « sécuritaire » (Bowles et *al.*, 2014; Wu et *al.*, 2006)

Problématique (3)

« Transitions » possibles au congé de l'hôpital :

1. Retour à domicile « à risque »
2. Réorientation (RPA, RNI, RI, CHSLD)
3. Transition vers un autre milieu de soins

Problématique (4)

1. Retour à domicile

- Selon une étude canadienne, **24 %** des patients fragiles ont été **réhospitalisés** et **32 %** ont visité **l'urgence** dans les **30 jours** après leur congé (± 2 fois plus que non-fragiles) (Kahlon *et al.*, 2015)
- Les patients fragiles rapportent, après le congé, un plus faible degré de **satisfaction et qualité de vie**, notamment en lien avec des besoins psychosociaux non comblés (solitude) (Andreason *et al.*, 2015)

Problématique (4)

2. Réorientation vers un nouveau milieu de vie

- a) **Durée accrue d'hospitalisation** en lien avec l'attente de places disponibles (MSSS, 2017)
- b) **Associée à ↑ sentiment de regret**, perte d'autodétermination et mortalité, si faible implication du patient dans le processus décisionnel (Ellis, 2010, Jolley et al., 2011)

3. Transition vers un autre milieu de soins

- a) **Inquiétude** (Baillie, 2014, Perry *et al.*, 2012)
 - duplication des évaluations (Coleman et al., 2003)

Problématique (5)

- Une **proportion notable** (27-76 %) de ces événements indésirables pourrait être évitée grâce à une meilleure planification des congés (Baker et al., 2011), en agissant sur des **enjeux cliniques** (prise de médication inadéquate, chute, déclin fonctionnel) et **organisationnels** (problèmes de coordination et communication) (Greenwald et al., 2007, Hunter et al, 2013)
- **Optimiser la planification du congé** en offrant à ces patients des interventions appropriées avant qu'ils ne quittent l'hôpital contribuera à améliorer leur santé, mais aussi à réduire les coûts liés à une consommation évitable de soins et de services

Plan de la présentation

- Introduction
- Problématique : Les risques associés aux transitions
- **Cibles : La réduction des risques associés aux transitions**
- Défis : L'évaluation et la gestion des risques
- Solutions : Des meilleures pratiques efficaces et applicables
- Conclusion et pistes à explorer

Cibles (1)

Gestion optimale des risques encourus par le patient (et ses proches) avant, pendant et après le congé en vue de :

- Réduire les réhospitalisations et visites à l'urgence potentiellement « évitables »
- Réduire les durées d'hospitalisation liées à l'attente de services ou de places disponibles
- Réduire les admissions « précoces » en CHSLD
- Réduire les transitions « inutiles »
- Optimiser la satisfaction du patient et des proches lors des transitions

Plan de la présentation

- Introduction
- Problématique : Les risques associés aux transitions
- Cibles : La réduction des risques associés aux transitions
- **Défis : L'évaluation et la gestion des risques**
- Solutions : Des meilleures pratiques efficaces et applicables
- Conclusion et pistes à explorer

Défis (1)

Qu'entend-on par **gestion des risques**?

Ensemble de mesures visant à **réduire** :

- **la probabilité** de survenue d'événements non souhaités qui menacent l'intégrité physique ou morale de la personne
- **la gravité** de ses conséquences potentielles (Macciocchi, 2001; Tierney, 2004)

Défis (2)

Comment évaluer les risques? (MacLeod *et al.*, 2015)

Triangulation de plusieurs sources et analyse de leur « fiabilité »

- **Type** (ex. : chutes, errance), **Fréquence** (quotidien), **Probabilité** (imminent), **Gravité** (conséquence sur les autres)
 - Cumul et hiérarchisation
- Équilibre entre les **facteurs aggravants** (ex. : troubles cognitifs), **atténuants** (ex. : ne vit pas seul) et **modulateurs** (ex. : habitudes antérieures)
 - Impulsivité? « fiabilité » du proche?
- Ces facteurs sont-ils **modifiables**?

Défis (3)

- L'évaluation des risques probables et graves à l'hôpital est-elle **représentative** et **prédictive** de la « sécurité » à domicile?
 - Ø Familiarité du milieu d'évaluation (hôpital) (Provencher *et al.*, 2012)
 - Ø Indices de l'environnement domiciliaire (Ramsdell *et al.*, 2011)
 - Fluctuation de l'état selon le moment de la journée
 - Détérioration rapide ou résorption d'une condition après le congé (Inouye, 2006; Wu, 2006)



Surestimation de la probabilité et de la gravité de certains risques
(ex. : incendie)
et besoin d'assistance

« Sur-recommandation »
de services

Restriction de participation
(ex. : cuisiner)

Retour à domicile compromis
Réorientation précoce

Sous-estimation de la probabilité et de la gravité de certains risques
(ex. : errance)
et besoin d'assistance

« Sous-recommandation »
de services

Épuisement des proches

Réhospitalisation
Mortalité



Défis (4)

- Les risques identifiés et des services recommandés pour gérer les risques au congé sont-ils **connus** du patient et son proche et jugés **acceptables** par ceux-ci?
 - > 50 % des patients ont affirmé ne pas avoir reçu de **plan de soins** par écrit ni de directives après leur congé de l'hôpital
(Schoen *et al.*, 2009)
 - Près de 30 % des patients « fragiles » ont **refusé les services** recommandés au congé → 2 fois plus à risque de réhospitalisation entre 30 et 60 jours (Nock *et al.*, 2016)

Défis (5)

- Ces risques sont-ils **acceptables** pour le **patient**, mais **inacceptables** pour leurs **proches (et intervenants)**?
- Comment assurer une **protection** optimale du patient tout en favorisant son **autonomie décisionnelle**?
- Et si l'assistance jugée « **inacceptable** » au congé devient « **acceptable** » après le congé?
- Quel est le confort des intervenants avec l'émission de recommandations **acceptables**, mais sous-optimales?
- Comment concilier ce que le patient **veut faire**, avec ce que l'**intervenant doit faire** (obligation professionnelle) et **peut faire** (services disponibles)

Conflits de valeurs

Ne plus prendre
son bain seul

aux risques

Prendre son bain seul
(sans services)

Service d'aide pour
hygiène au bain

Restriction de
participation

Recommandation de
services non utilisés

Aide offerte par la
famille
(souhait du patient)

Épuisement potentiel des
proches

Recommandation judiciaire des res
ponsables (**justice distri**

Réhospitalisation
« évitable »

Recherche d'équilibre

Le risque « zéro »
n'existe pas

Tolérance « plus élevée »

« S

Pro
par
(aut

e»

Plan de la présentation

- Introduction
- Problématique : Les risques associés aux transitions
- Cibles : La réduction des risques associés aux transitions
- Défi : L'évaluation et la gestion des risques
- **Solutions : Des meilleures pratiques efficaces et applicables**
- Conclusion et pistes à explorer

Quelles sont les meilleures pratiques?

À l'hôpital

Pendant la transition

À domicile

Meilleures pratiques : effet isolé (1)

À l'hôpital

Évaluation gériatrique

(Fox et al., 2013)

Évaluation physique et psychosociale

Soutien au repérage des aînés fragiles

Communication

(Bauer et al., 2009, Laugalanda et al., 2012, Parker et al., 2002, Parker et al., 2005)

Équipe de soins

Patient/
proche

↓ Réhospitalisation

↓ Durée d'hospitalisation

↑ Satisfaction
patient et du proche

Planification précoce du congé

(Laugalanda et al., 2012, Parker et al., 2002, Parker et al., 2005)

↓ Réhospitalisation

↓ Durée d'hospitalisation

Meilleures pratiques : effet isolé (2)

Pendant la transition

Coordonnateur

(Bauer et al., 2009, Laugalanda et al., 2012, Mansah et al., 2009, Parker et al., 2005)



↓ Durée d'hospitalisation

↓ Réhospitalisation

↑ Satisfaction
patient et du proche

Fiches de transfert

(Fox et al., 2013, Laugalanda et al., 2012)



Rapport de congé informatisé, court
et structuré (gestion médication)

Communication interprofessionnelle

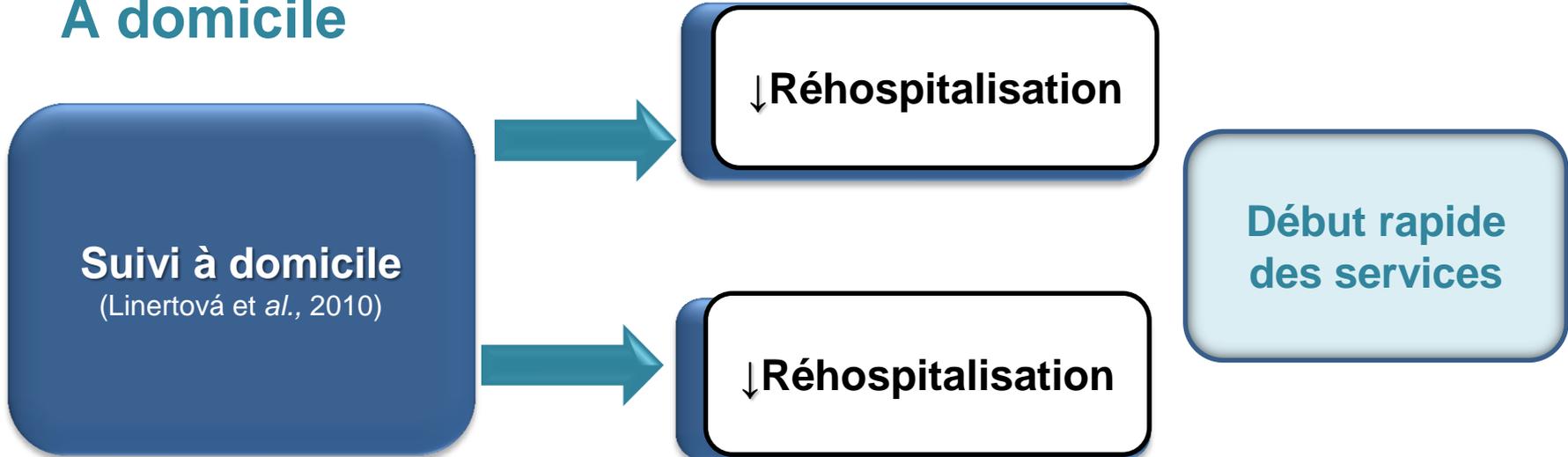
(Bauer et al., 2009, Fox et al., 2013
Parker et al., 2002, Parker et al., 2005)



Communication efficace : esprit de
collaboration, ouverture et d'écoute

Meilleures pratiques : effet isolé (3)

À domicile



Meilleures pratiques : effets combinés (4)

(Enderlin et al., 2013, Mansah et al., 2009)

À l'hôpital	Évaluation gériatrique
	Communication
	- dans l'équipe de soins
	- avec le patient/proche
	Planification précoce du congé
Pendant la transition	Coordonnateur
	Fiches de transfert
	Communication professionnelle
À domicile	Suivi à domicile

↓ Réhospitalisation

↓ Visite à l'urgence

↓ Hébergement

↓ Coûts*

Meilleures pratiques : effets combinés (5)

(Enderlin et al., 2013; Preyde et al., 2009)

À l'hôpital	Évaluation gériatrique
	Communication
	- dans l'équipe de soins
	- avec le patient/proche
	Planification précoce du congé
Pendant la transition	Coordonnateur
	Fiches de transfert
	Communication professionnelle
À domicile	Suivi à domicile

↑ Satisfaction patient et du proche

↑ Qualité de vie

Meilleures pratiques (synthèse)

- Intervenir à la fois **avant** (communication dans l'équipe), **pendant** (coordonnateur) **et après** (suivi à domicile) le congé de l'hôpital pour :
 - Offrir une évaluation plus représentative et prédictive des risques
 - Réduire les durées d'hospitalisation, les **ré-hospitalisations**, les visites à l'urgence, les hébergements précoces

Meilleures pratiques (synthèse)

- Intervenir en **partenariat** (responsabilité partagée) avec le **client** et le **proche** afin de :
 - les informer des recommandations pour optimiser de la gestion de risques et s'assurer qu'elles sont **acceptables** afin de promouvoir leur **autonomie décisionnelle**
 - favoriser leur **satisfaction et la qualité de vie** lors du retour à domicile (ou milieu de vie antérieur)

Ces meilleures pratiques sont-elles applicables?

Considérant les **contraintes organisationnelles** actuelles :

- Courte durée de séjour à l'hôpital
- Variabilité des délais de « suivi » dans la communauté
- Temps et coûts liés au suivi

Décloisonnement
des rôles
« hôpital – domicile »

Intensification
« profitable » à long
terme

Réévaluation pour
réajuster les services
aux besoins



Plan de la présentation

- Introduction
- Problématique : Les risques associés aux transitions
- Cibles : La réduction des risques associés aux transitions
- Défis : L'évaluation et la gestion des risques
- Solutions : Des meilleures pratiques efficaces et applicables
- **Conclusion et pistes à explorer**

Conclusion et pistes à explorer (1)

- **Minimiser** les risques (ex. : réhospitalisation), tout en favorisant l'**autonomie** des aînés et des proches dans les prises de décision concernant le retour à domicile (ex. : poursuite d'activités significatives)
 - **Consentement éclairé** à l'égard des risques probables et graves identifiés
 - **Impliquer** activement les **proches**, afin de bien cerner leurs besoins et le soutien qu'ils peuvent offrir lors du retour à domicile.
 - Formaliser la **responsabilité partagée** du risque avec le patient et son proche

Outils collaboratifs pour soutenir le consentement éclairé et tenir compte des valeurs de chacun (« contrat »)

Gradation d'action et de recours A-B-C (« plan de match »)

Conclusion et pistes à explorer (2)

- « Créer » une offre de service (ex. : surveillance) en vue de mieux gérer ces risques probables, graves et inacceptables pour les patients/proches qui passent souvent « sous le radar » (ex. : errance)
- Mettre en place les meilleures pratiques « sur mesure » à la personne grâce à l'adoption d'une démarche de planification claire et efficace

Développement d'un guide d'aide à la décision pour
soutenir une gestion efficiente des ressources
(à qui, quand et où)

Conclusion et pistes à explorer (3)

- Minimiser les transitions et les durées d'hospitalisation, mais permettre :
 - Les transitions « utiles » pour une évaluation plus représentative des risques (état médical stabilisé)
 - Des durées d'hospitalisation suffisantes pour optimiser la planification du congé

Impact des congés temporaire sur l'acceptabilité des recommandations

Importance du moment où le congé est donné (jour de semaine)

Merci !

