



Comité interuniversitaire et interprofessionnel de développement professoral continu (CII-DPC)

Titre du document :

Unité de formation clinique interprofessionnelle en soins à domicile (SAD): LA SUPERVISION DANS L'ACTION

Auteurs :

Geneviève Dechêne

Ce document est disponible sous licence Creative Common BY-NC-ND
Paternité, sans utilisation commerciale et sans modification



Unité de formation clinique interprofessionnelle en soins à domicile (SAD): LA SUPERVISION DANS L'ACTION

Geneviève Dechêne M.D.

UMF-GMF-CLSC SAD Verdun

Montréal

Octobre 2016

Faculté de médecine

Université 
de Montréal

 ensemble
pour la santé

RÉSEAU UNIVERSITAIRE
INTÉGRÉ DE SANTÉ

 RUIS
Université 
de Montréal

Situations cliniques à enseigner dans le contexte du domicile

- 1) Évaluation initiale d'un nouveau patient
- 2) Révision de la médication
- 3) Niveau d'intervention
- 4) Plan d'intervention interdisciplinaire (PII)
- 4) Évaluer une décompensation aigue
- 5) Traitement d'une décompensation aigue
- 6) Passage planifié aux soins de fin de vie

PLANIFICATION DE LA JOURNÉE À DOMICILE

- Choix des cas les plus instables: accès ouvert toute la journée
 - ✓ Les plus propices à l'enseignement de la visite médicale à domicile.
 - ✓ Les cas les plus pressants le matin pour laisser des disponibilités en PM pour des urgences
- Choix des cas instables parmi ceux déjà connus du résident si possible (continuité de soins médicaux)
- Choix selon la distance entre les patients
 - ✓ Pour permettre la *supervision en action* (VAD du superviseur 30-45 minutes après l'arrivée du résident)
 - ✓ Réduire les distances à parcourir

Contenu du sac du résident

- Sphygmomanomètre (3 brassards)
- Stéthoscope, Otoscope
- Saturomètre, Gallon à mesurer
- Jelcos et cathéters pour SC urgente
- Sonde urinaire petit calibre si globe
- Matériel de protection/punaises, SARM, VRS (jaquettes et pantoufles papier, masques, gants)
- **Ordinateur portable (DME), son fil de recharge et son routeur**
- **Miniguide Palli-Science sur le cellulaire du résident**
- **En rouge dans ce texte les outils de lecture du résident**

Supervision à domicile

- **« RUSH » DU MATIN: Tout le monde se coordonne:**
 - Les infirmières pivot (CLCS) des patients instables pour discuter et prioriser certains patients: échange des numéros de cellulaires/résidents/infirmières, heures de VAD conjointes fixées
 - La secrétaire a reçu plusieurs messages de patients, appels retournés immédiatement par le superviseur et le résident pour prioriser les urgences du matin **AVANT de partir en VAD**
 - Le résident rencontre (ou appelle) les infirmières de ses cas : il s'entend avec elles et le superviseur pour les heures de **VAD communes à prioriser.**
 - Le superviseur coordonne ensuite ses visites pour rejoindre le résident 30-45 minutes après son arrivée chez chaque patient
 - (**« Supervision dans l'action »**)

5 patients à l'horaire du résident:

Plus instables au début et 3/5 visites conjointes planifiées

1. **M. Italo:** A la demande de l'infirmière pivot pour visite conjointe: nouveau patient en fin de vie ?
2. **M. Cig:** sorti de l'urgence hier, l'urgentologue nous a laissé une note « *grand utilisateur de notre urgence* »: avec le TS et infirmière
3. **M. Park:** plaie ischion, avec l'infirmière qui vient changer le pansement
4. **Mme Hydro:** suivi d'insuffisance cardiaque
5. **Mme Moca:** démence sévère qui mange moins

Vous rejoignez le résident chez M. Italo après 45 minutes

- Le résident semble « *noyé* » entre:
 - les propos tangentiels du patient couché, souriant et volubile,
 - l'absence de dossier médical,
 - et les interruptions fréquentes de Mme qui parle d'ambulance et de sa fille en vacances.
- A votre arrivée, le résident s'excuse de n pas être «prêt » :
 - aucune note écrite dans le DME, notes manuscrites griffonnées
 - plein de bouteilles de pilules sur le lit et la commode...

M. Italo, 88 ans, vit avec épouse 90 ans

Histoire du résident

- **Épouse veut le retourner aux urgences (4^e fois ce mois-ci) pour:**
 - confusion, faiblesse, étourdissements, diaphorèses nocturnes et douleurs « partout » non améliorées avec RX.
 - Reste couché 18 h/24, mange OK mais a perdu 20 livres cette année: 175 livres
- **Néo thyroïde stade IV récidivant après 4 chirurgies au cou, fin des traitements oncologiques:**
 - métastases osseuses dont la localisation est à préciser
 - 2 petites masses cervicales D.

M. Italo: l'histoire du résident

- DB 2 et HTA de longue date: TA 92 sur 55 ce jour
- Glycémie capillaire 4,9 hier soir (rarement faites).
- **Histoire de la maladie actuelle**
 - Hallucinations visuelles nocturnes depuis 2 semaines, Mme est épuisée.
- **Examen physique:**
 - Couché, calme, bien coloré, discours tangentiel, avec pertes de mémoire récente, muqueuses un peu sèches, se plaint de mal « partout » (épaules, dos, bassin, jambes).
 - Se lève et marche OK lentement avec marchette. Atrophie légère des quads: *get up and go* laborieux.
 - Aucune douleur osseuse sauf percussion ischion G, pas de synovite, pas de déformations.

A domicile la DSQ est essentielle

Pas de dossier H disponible...

- **Médication au DSQ:** Synthroid 175ug, 3 HGO et une insuline LA HS 8 U, 3 hypotenseurs, une statine, morphine longue action 10 mg/12h + courte action 5 mg, Lax a day, ASA 80, Ativan HS, gabapentin 300 mg BID, stemetil 10 mg prn/6h
- Pas de glycémies capillaires, pas de carnet: « oubliés »
- **Labo au DSQ :** FSC N, TFH N, E+ N, pas de glyquée ni créatinine X 4 mois, thyroglobuline aug et TSH 0,08
- **Imageries au DSQ:** OA généralisée CLS, épaules, hanches, genoux. Une seule métastase ischion G-3 cm; Scan cérébral N. Scan thoracique et ABD N sauf masses cervicales D inférieures de 3 et 2, 5 cm

Question au résident: Que ferais tu avec ce patient ?

« Je le ferais hospitaliser pour...

- Réviser sa médication antalgique*
- Réviser la médication pour son DB*
- Réviser la médication pour sa TA basse*
- Trouver la cause de sa faiblesse, de ses étourdissements et de ses douleurs*
- Je crains qu'il ne soit proche de mourir*
- Mme est trop âgée pour s'occuper de lui... »*

M. Italo ne retournera pas à l'hôpital: il est assez stable pour être traité à domicile

- A) Identifier les patients très instables** ayant besoin d'une hospitalisation immédiate versus **essai de Tx à domicile** (notre patient n'est pas dans un état critique)
- B) Niveau de soins** dès la 1^e visite dans certains cas:
- Le patient désire **niveau C** (confort, pas de réanimation mais aime la vie): épouse en accord. Le patient ne veut pas mourir à l'hôpital. Il est épuisé par les dernières hospitalisations.
- C) Demander gentiment le silence** (TV, bruits, etc.) **et écrire au fur et à mesure dans le DME car cela force à organiser sa pensée dans les cas complexes**

Gabarits dans les DME:

Niveau de soins du MSSS

- La **feuille de niveau de soins du MSSS 2016** est un des outils de la *Loi 2 sur les soins de fin de vie*: Fait partie des gabarits DME. **Utiliser les gabarits « nationaux »** (même langage pour tous) autant que possible avec les résidents.
- A, B, C et D expliqués au patient: le patient **choisit C**
- **Le niveau de soins sera signé par le résident et le patient avec le stylet DME, à même la tablette du résident.**
 - La secrétaire en fera des copies pour le dossier CLSC, le plan de soins infirmier (feuille de route amenée à domicile lors de la visite infirmière) + une copie à ramener au domicile du patient
 - **Le résident mettra le niveau de soins au sommaire DME**
 - L'infirmière inscrira le **niveau de soins en ligne sur la garde dédiée**

Le pharmacien est à distance mais essentiel aux soins à domicile

- Révision de la médication dès la 1^e visite PRN
- Appel au pharmacien GMF pour discuter plusieurs éléments:
 - Éviter les hypoglycémies, perte de poids + cancer = diminuer ou cesser les HGO + réduire ou cesser les hypotenseurs, Gabapentin sans douleurs neuropathiques cliniquement: Et étourdissements, arrêt rapide des HGO et des hypotenseurs dangereux ?
 - Effet indésirable de la morphine M6G s'estompe quand après l'arrêt ? Quel autre opiacé donner ? Quelle est l'efficacité des opiacés sur une simple OA ?
 - Effets anticholinergiques du stemetil alors que donné pour des nausées sur morphine?

Enseignement en action par le pharmacien

- **Puis appel du résident au pharmacien communautaire pour;**
 - planifier et organiser les changements discutés avec le PH GMF
 - **démarrer stat le dispill** nécessaire pour contrôler la médication (couple âgé, troubles de mémoire, nombreux changements, nombreuses molécules)
- A noter que le superviseur aurait pu faire tous les changements lui même d'emblée avec le pharmacien communautaire mais il faut que le résident apprenne à travailler avec un pharmacien

Déprescription

- Une activité médicale prioritaire à domicile, surtout si niveau de soins C ou D (AIS à venir)
- Aucun intérêt alors à garder la tension artérielle basse (sauf si IC sévère) ou les glycémies moins de 7 (inconfort par contre si +15).
- Aucune utilité des statines, ASA
- Toute la médication avec EI anticholinergiques peut rendre confus, donner un globe urinaire, assécher, etc. Toujours essayer de cesser.

Enseignement en action par le superviseur

- 1) **Le métabolisme des opiacés chez les PA:** La fréquence élevée des problèmes avec la morphine si IRC : **fiche sommaire des opiacés** (sur tablette du résident) à partir du fichier « Résident à domicile » (il a été avisé d'amener sa clé DSQ)
- 2) Nécessité de garder son calme à domicile lorsque le patient et ses proches paniquent (+ volubilité italienne):
 - **cadrer calmement une entrevue à domicile tout en restant respectueux. Toutes les douleurs ne sont pas causées par le cancer...**
- 3) L'utilité absolue du **DSQ pour RX-images (pas de dossier)**
- 4) **Le travail interprofessionnel en CLSC:**
 - L'infirmière est le véritable pivot des soins: **la gestion à distance remplacera l'hospitalisation du patient !**

M. Italo ne retournera pas à l'hôpital: Prioriser les problèmes selon leur gravité et l'urgence

1) Confusion nocturne:

Sur M6G probable (métabolite morphine). IRC probable (âge et DB) + Benzos. **Cessons stat Morphine et Ativan HS** (patient pas content)

2) Hypotension sévère pour âge:

hypotenseurs cessés 24h, + suivi infirmière CLSC die pour 5 jours avec appel au résident pour gestion à distance. On garde une réserve à domicile RX

3) Hypos nocturnes ?

Visons glycémies entre 8-15 (le résident est surpris). **HGO cessés 24h**.

Glyc QID par MME et VAD inf die pour ajuster Rx par téléphone avec le résident. Insuline Rapide PRN.

On mettra la metformin dans le dispill si la fonction rénale le permet

DSQ et examen physique: M. Italo a des douleurs bénignes !

4) Douleurs articulaires OA.

- Cesser Gabapentin (étourdi). Une seule méta osseuse: On pourra proposer de la radiothérapie.

Limite d'efficacité des opiacés pour OA: le moins ...le mieux...

- **Miniguide de Palli-Science** (*déjà sur le cellulaire du résident*) pour équivalence vers hydromorphone CA : conversions faites à domicile où on laisse la prescription pour le pharmacien.
 - Que du dilaudid 1 mg pour le moment, à prendre si douleur sévère

M. Italo ne retournera pas à l'hôpital

5) Panique du couple sans médecin devant toutes les douleurs qu'ils attribuent au cancer.

- **Réassurance et numéro de garde 24 h**; Appel à la fille en vacances pour expliquer

6) Besoin d'encadrement du couple pour suivre DB et TA:

- inf. du CLSC Die ad stabilité, + appels au MD

7) **Dispill stat ce jour:**

- appel à la pharmacie communautaire et discussion du cas.
- Prescription insuline rapide PRN échelle que le patient lui-même comprend et s'administre

M. Italo n'est pas mourant

- 8) Le cancer thyroïdien est rarement agressif (0, 5%):
 - *Palli-Science-Suivi en 1^e ligne des patients atteints de cancer* à lire au CLSC sur le cancer thyroïdien.
- Oncologie 1^e ligne: enseignement fréquent à domicile.
 - Une métastase osseuse unique et 2 petits nodules cervicaux = charge tumorale faible qui n'explique pas la faiblesse (plutôt sa médication en cause)

M. Italo n'est pas mourant

- **Savoir identifier les signes de fin de vie.** La baisse de TA ici est médicamenteuse. Les signes à surveiller sont:
 - grande faiblesse musculaire, distance émotionnelle, sommeil quasi constant, ne mange plus, dysphagie, air moche, perte rapide de poids.
Article Médecin du Québec- Fin de vie à domicile. Dans le fichier résident SAD
- **Préparer à l'avance la médication de fin de vie même si non urgent (réalité du domicile):**
 - fax sera fait au retour au CLSC des injectables habituels (*Scopolamine, midazolam, hydromorphone*) à garder A DOMICILE, EN RÉSERVE
- **Arrêt écrit et dit au pharmacien pour morphine**

PII avec intervenant pivot CLSC:

infirmière pour les cas médicalement instables = gestion médicale à distance.

Plan d'intervention fait à la 1^e visite à domicile, avec le résident, le patient, sa femme et l'infirmière: notion de surveillance d'un malade par une dame âgée 90 ans !

- **Glycémies QID (carnet à livrer par le PH):** insuline rapide selon échelle. Pas HGO sans avis médical. **Enseignement fait.**
- **TA Die** par infirmière **pour 3-7 jours** avec appel au MD si plus de 200 sur 100 (objectif réaliste cancer IV)
- **Faire boire plus** pour hydrater et éliminer M6G (avale OK): **mesurer**
- RV en radio-oncologie pour radiothérapie possible (Fax au CLSC)
- **Visite de contrôle par le résident dans une semaine** mais appels infirmiers Die pour les glycémies et TA (**gestion à distance**)
- Hydromorphone PO 1 mg mais prudence +++, **infirmière surveille**
- **Demande urgente à l'hôpital des sommaires H et notes oncologues**

M. Italo aura des prises de sang le
lendemain à domicile pour FR et bilan
métabolique de confusion dont le CA+,
FSC, E+: N sauf DFG estimé 48

M. Italo va mieux

- Arrêt de la confusion nocturne, étourdissements, diaphorèses, faiblesse
- Glycémies entre 8 et 15 avec reprise metformin et insuline rapide occasionnelle
- TA 130 sur 70 sans hypotenseurs
- Douleurs OA idem mais le patient est encouragé à marcher, plus et moins raide
- Radiothérapie sera donnée ischion G
- Notes oncologiques reçues:
 - lente évolution, suivi thyroglobuline et TSH par nous

MESSAGES CLÉS

1) *Supervision en action* = modèle de rôle du superviseur à domicile qui reconnaît les situations cliniques fréquentes du domicile (« expertise 1^e ligne »)

2) Collaboration **interprofessionnelle avec le **CLSC****

INFIRMIÈRE

- VAD avec l'infirmière –pivot (et autres professionnels au besoin)
- Suivis téléphoniques avec elle après (suivi à distance)

PHARMACIEN

- Appels aux pharmaciens communautaires pour les prescriptions et le tenir au courant de l'évolution

PATIENT ET PROCHES

MESSAGES CLÉS

3) Niveau de soins/soins proportionnés: discussion essentielle à adapter à la réalité du domicile, à faire dès la prise en charge lorsque nécessaire

- amener la feuille à signer à la prochaine visite ou signe sur la tablette avec le stylet

4) Superviser le résident chez le patient permet d'éviter une évaluation inexpérimentée des situations complexes du domicile:

- on peut faire beaucoup à domicile

MESSAGES CLÉS

5) Discussion sur la réalité des visites à domicile

- Situations de vie des patients: la réalité du suivi par les proches et ses limites, **on n'est pas dans la perfection**
- Appel à la filie du couple qui va venir aider à son retour
 - ✓ Enseignement à la personne âgée et à ses proches (échelle insuline rapide, carnet diabétique, utilisation dispill):
Médecins et infirmières « coachs »
 - ✓ Surveillance à distance des éléments de suivis (douleur, hydratation, glycémies, TA)
 - ✓ L'accès rapide au médecin et l'infirmière rassure et réduit les retours aux urgences

2^e patient: M. Cig, 61 ans, *grand utilisateur des urgences*

- Message du responsable de l'urgence:
 - 9 visites en 4 mois pour recevoir de l'oxygène sans surinfection.
 - Incapable de cesser de fumer : O2 refusé à domicile par le SRAD
- Patient désire rester chez lui
- Le résident arrive avec le TS et l'infirmière pivot qui connaissent déjà le patient. 1^e visite médicale de cet « orphelin »

Vous rejoignez le résident 20-30 minutes après (ne pas faire attendre les autres professionnels)

- Le résident tousse discrètement dans un petit appartement délabré plein de fumée
- **Entassé avec l'infirmière et le TS sur un divan défoncé,** devant un amoncellement de pompes vides de Ventolin et de bouteilles de pilules renversées avec un café froid non terminé car pt est en tirage sévère

Faculté de médecine

L'histoire du résident: il a fait le niveau de soins

- M. Cig fume 3 PPJ depuis âge de 11 ans, veuf, ancien alcoolique, isolé. Une fille monoparentale en difficultés financières, un peu aidante
- MPOC sévère O2 dépendant: refusé par le service pulmonaire à domicile car il fume
- Lorsqu'il étouffe: prend du Ventolin aux 5 minutes puis aboutit tachycarde aux urgences pour 1-2 journées pour recevoir de l'oxygène
- **Niveau de soins C:** ne veut pas aller à l'hôpital mais pas le choix. Il veut vivre.

S'adapter: le travail à domicile = système D comme dans ... *débrouillons nous*

- Appel de l'infirmière et du résident refait au SRAD (service respiratoire): Il est refusé
- **Pauvreté extrême confirmée par le TS** qui connaît bien le patient, mais...il lui parle de trouver 125\$ ce mois-ci pour rester à la maison pour louer un concentrateur privé dans sa chambre et continuer à fumer dans le salon (sécurité) :
 - **il accepte et trouve l'argent car TS lui trouve de l'aide alimentaire et de l'aide aux repas gratuite 2 fois par jour**
- **Le coût de l'oxygène le fera cesser !**

Le travail à domicile = système D comme dans ...*débrouillons nous*

- Appel *Medigaz* et livraison O2 par le résident le jour même:
 - 2 L par lunettes nasales, prescription à domicile.
- Suivi par la pivot sans inhalothérapeute:
 - visite infirmière de soir pour l'installation et enseignement (sécurité, utilisation)
- **AFS BID** pour le faire manger et l'encourager à boire plus
- **Enseignement refait des inhalateurs** par le résident et infirmière.
- **Fin de vie de non cancer:**
 - hydromorphe PO et benzos PO prescrits pour les étouffements aigus au lieu d'aller aux urgences, petites quantités à la fois, mises TID en dispill car risque d'abus (mesure de sécurité)
 - Le résident invité à lire sur sa clé DSQ le PP **Fin de vie de non cancer.**

M. Cig vivra 13 mois à domicile

- Sans aucune autre hospitalisation
- Plusieurs résidents de notre UMF l'ont visité pendant l'année, impressionnés par son extrême maigreur, sa ténacité, sa précarité et son désir de vivre chez lui malgré tout.
- Il fut retrouvé mort chez lui un matin sur son divan par l'AFS, comme il le voulait.
- L'oxygène fut gratuit dès le 2^e mois car ne fumera « presque pas » (Chut....)

3^e visite conjointe de M. Park

- planifiée avec l’infirmière; le superviseur se rend au domicile 30 minutes après l’arrivée du résident
- 89 ans, **Maladie de Parkinson** terminale réfractaire au traitement, avec démence terminale, en position fœtale, spastique, au lit.
- Contrôle d’une plaie de pression stade 3 à l’ischion

Plaie progresse: que faire ?

Vous rejoignez le résident et l'infirmière au moment où le pansement est ouvert et où le résident lui explique qu'il ne connaît pas le traitement des plaies de pression

- ***Supervision en action par l'infirmière***

- **Plaies de pression: étiologies et TX, rôle du médecin mais surtout rôle de l'infirmière (experte des plaies)**

- ✓ MD: L'efficacité du traitement = prévention, révision par le médecin des causes de pressions (**friction sur le piqué**)

- Techniques de réduction de pression:

- ✓ Prescriptions verbales à l'infirmière pivot pour évaluation urgente ergothérapeute (matelas thérapeutique, coussin ROHO, technique de transferts, lift à installer ?)

- **Enseignement par l'infirmière pivot au résident sur les pansements et les techniques de mobilisation au lit**

Les infirmières SAD enseignent aux résidents à domicile

- Supervision: l'infirmière CLSC « en action »



de Montréal

- L'expertise de l'infirmière
- **Le rôle d'une infirmière pivot**
- **L'expérience sur le terrain du travail interprofessionnel**
- Le superviseur laisse l'infirmière enseigner: l'importance de l'évaluation ergo, choix du pansement, fréquence des changements

Appel au résident pour une urgence

- **Appel de la secrétaire** : « *Patient d'un autre médecin du CLSC, 79 ans, connu pour un cancer gastrique, vomit sans cesse depuis hier, son épouse inquiète* »
- **Appel du résident au superviseur qui lui dit**
 - ✓ « *Appelle la secrétaire pour que l'infirmière pivot t'appelle sur ton cellulaire pour expliquer le cas* »
 - ✓ Demande lui d'aviser l'épouse que tu arrives
 - ✓ « *Appelle ta patiente avec insuffisance cardiaque et voit comment elle va: évalue si une VAD est vraiment nécessaire* »

JOURNÉE TYPE: ACCÈS OUVERT = LA VÉRITABLE UTILITÉ DES VAD MÉDICALES

- Changements d'horaire fréquents ...Comme dans une unité hospitalière
 - On priorise les urgences (rôle du médecin à domicile)
- Objectif d'enseignement aux résidents: réduire les hospitalisations inutiles
- Enseignement du plateau professionnel et technique rehaussé du domicile
- *Accès ouvert à domicile* permet de garder les patients dans leurs milieux de vie lorsque le traitement peut être donné

Mme Hydro annulée

- Mme Hydro gérée par téléphone par le résident qui avait lu son dossier: suivi d'une **décompensation cardiaque**.
 - Va bien, OMI résolu, moins de dyspnée, dort à plat dans son lit
- A reçu Lasix 20 mg IV la semaine dernière à domicile (IC IV, FE 18%, plusieurs hospitalisations récentes, aucune depuis prise en charge à domicile par infirmière + MD avec un suivi serré du poids et SV)

Plusieurs cas gérés à distance: enseigner ceci au résident en lui faisant faire (enseignement en action)

- Le résident règle ♥ par téléphone dans son auto avant sa dernière visite
 - **Gestion à distance = base VAD** (25-50% du travail
= Pas de VAD médicale requise
 - ✓ Le résident prescrit par la secrétaire qui fera le message pour l'infirmière **les laboratoires de contrôle** et le retrait de la sonde urinaire posée lors du lasix IV
 - ✓ VAD infirmières de suivi à domicile (die x 7 jours)

4^e visite: M. Gastrique

enseignement de la fin de vie à domicile

- Cancer gastrique terminal avec cachexie: vomissements incoercibles depuis 24 heures
 - Échec de la médication anti nauséuse, a vomi toute la nuit, déshydraté, très affaibli, dort beaucoup.
 - **Diagnostic clinique d'occlusion haute** sans imagerie
 - **Détection de signes d'agonie imminente probable**
 - TA imperceptible, pouls rapide, teint gris, yeux encavés, détérioration rapide, pré choc et agonie
 - Futilité des traitements: La zone grise de la fin de vie

Le résident vous appelle à peine 15 minutes après son arrivée

- Inquiet pour le patient
- Le dit très instable et désire lui offrir une hydratation IV
- Suggère une évaluation hospitalière immédiate avec hydratation IV
- Demande la permission de le transférer
- Vous lui suggérez de vous attendre

Organiser la fin de vie à domicile

- **Arrivée du superviseur: évaluation refaite**
- **Supervision en « action » essentielle pour les cas instables d'évolution rapide comme la fin de vie**
- **Le résident est bouleversé par le cas de cet homme avec son épouse âgée (pas d'enfants).**
- **Il apprend de nouveau à reconnaître les signes de fin de vie**
- **Il apprend à organiser des soins de fin de vie à domicile avec les services et le personnel du CLSC:**
 - Nombre d'heures max d'aide possible/CLSC
 - Nombre de visites infirmières possible/jour (2-3)
 - Équipements requis (lit électrique, pompe SC), médication à prescrire
APRÈS L'APPEL AU PHARMACIEN: LIVRER STAT

On a grand besoin du pharmacien communautaire

- Appel STAT au pharmacien communautaire livrer STAT des injectables à domicile + prescription laissée à domicile.
- Ordonnances verbales infirmière pivot:
 - ✓ VAD Inf BID dès ce soir dont pour poser les jelcos dès que médication arrive à domicile
 - ✓ Service AFS (aide à domicile) cette nuit
- Discussion avec le patient calme, prêt. Discussion avec l'épouse.
- **Le résident sera rappelé ce soir et demain à chaque VAD infirmière (gestion à distance):**
- **Le patient mourra 2 jours plus tard.**

MESSAGES CLÉS

7) Secrétaire médicale (agente administrative):
le cœur des communications de l'équipe avec le MD, facilite +++ le travail médical, sauve un temps considérable

8) Niveau de soins/soins proportionnés:
discussion essentielle à adapter à la réalité du domicile

9) Ne pas laisser le résident seul pour organiser une fin de vie: re complexité +++ à domicile

Nouvel appel de la secrétaire au résident pour une autre urgence

- **Mme Puff MPOC, tousse beaucoup**

Le résident est déjà habitué au fonctionnement en accès ouvert de notre équipe (il adore !):

- Il appelle la conjointe de M. MOCA, celui-ci est relativement stable (mange un peu moins mais pas de dysphagie): l'avise que la visite sera reportée à la semaine suivante
- Mme avisée de rappeler si détérioration de son mari

5^e et dernière visite: Mme Puff tousse

« Possible » pneumonie selon le résident (crépitations base G, SV N, BEG) qui se demande comment faire un RX à une dame MPOC non ambulante dans un haut de duplex:

- **Diagnostic clinique de « probable pneumonie »** sur examen physique sans imagerie chez une patiente qui a encore une belle qualité de vie grâce à ses proches et désire éviter l'hôpital
- **Auscultation minutieuse et critères d'instabilité des pneumonies revus (UpToDate sur le cellulaire)**
- **Niveau de soins rediscuté avec la famille**
- Désire antibiothérapie PO, pas IV: **Traitement en milieu de vie**
(On aurait pu traiter IV: plateau technique du domicile discuté)

Retour du résident au CLSC

- **Préparation et fax des prescriptions de fin de vie** de M. Italo, à livrer non urgent à domicile
- Prescriptions, imprimées du DME, des éléments à surveiller par les infirmières pour M. Italo, M. Gastrique, M. Puff et Mme Hydro: **tout est écrit = communications inter professionnelles facilitées**
- Prescriptions prises de sang pour M. Italo et Mme Hydro
- Demande d'ergothérapie pour M. Park
- Planification VAD communes dans une semaine pour M. Park, M. Italo et Mme Hydro
- **Notes relues et signées par le superviseur**

Retour au CLSC

- Le superviseur revoit avec le résident la **fiche résumée opiacés** (outil de base de la pratique à domicile)
- Il lui recommande de prendre sur sa clé USB les documents «**Fin de vie de non cancer** » et «**Fin de vie à domicile** »
- Il revoit avec lui la conversion de la morphine en hydromorphone, + PO à la SC intermittente ou continue par pompe: **Miniguide de Palli-Science**
- Le superviseur revoit les molécules standards de fin de vie à prescrire et garder à domicile: M. Gastrique, M. Italo, M. Cig
- Le résident relit sur le cancer thyroïdien avancé et résume le pronostic et le suivi de ces cas (**Palli-Science- Suivi des patients atteints de cancer en 1^e ligne**)

CONCLUSION: VISITE MÉDICALE À DOMICILE

- **Passionnante** pour le résident si visite à domicile médicale indiquée (patient instable, condition sévère): le superviseur voit seul les cas plus stables pendant les visites du résident
- **Passionnante** pour le résident si accompagné de l'infirmière-pivot (**enseignement, PII**) et des proches (« *partenaires* »)
- **Passionnante** pour le résident si ***supervision en action*** (modèle de rôle, « trucs du métier ») à domicile
- **Passionnante** pour le résident si la salle des médecins est à proximité des infirmières et des autres membres de l'équipe SAD du CLSC: **véritable travail interprofessionnel en CLSC avant et après les visites en plus des VAD conjointes**
- **Passionnant pour les superviseurs de superviser à domicile !**

Merci

Questions ?