

ÉQUIPES INTENSIVES A DOMICILE FACTEURS D'EFFICIENCE

Auteure :

Geneviève Dechêne, médecin de famille

Chargée d'enseignement clinique, DMFMU, Faculté de médecine, Université de Montréal

Médecin de famille au GMF Sud-Ouest Verdun

Responsable de l'UFCI-U en SAD (équipe de SAD du CLSC Verdun) pour le CUMF (GMF-U de Verdun), CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Directrice scientifique de Palli-Science

2017

ÉQUIPES INTENSIVES À DOMICILE – FACTEURS D'EFFICIENCE

(présentation au Forum SAD/MSSS – Mai 2017)

L'équipe de soins médicaux à domicile du CIUSSS Centre-Sud (Sud-Ouest Verdun) s'est donnée comme objectif de réduire les admissions/retours en hôpital des patients qui désirent demeurer dans leur milieu de vie et dont la condition est traitable à domicile.

Dans le Sud-Ouest Verdun, les médecins à domicile, intégrés au service de soins à domicile (SAD) du CLSC, se consacrent prioritairement aux patients les plus instables médicalement, car :

- ils travaillent conjointement avec l'équipe interprofessionnelle SAD/CLSC (= efficacité accrue des interventions médicales pour les cas complexes et urgents);
- ils sont regroupés (territoire de 2-3 CLSC) pour assurer une présence médicale à domicile 5 jours semaine pour les patients instables + une garde téléphonique 24 heures/7 jours.

Les patients les plus instables à domicile, ceux qui retournent à répétition aux urgences et sont plus souvent hospitalisés, sont (données robustes supportant ceci) :

- les patients en fin de vie de toutes conditions (90 % de toutes les visites médicales);
- les patients présentant une détérioration aiguë « SAD aigu » (10 % des visites médicales).

LES 3 FACTEURS D'EFFICIENCE D'UN SERVICE MÉDICAL INTENSIF À DOMICILE EN CLSC :

- 1) Identification des patients médicalement instables
- 2) Pratique interprofessionnelle « en action » = qualité accrue de soins
- 3) Coordination structurée des soins pour assurer la continuité des soins entre les établissements et au sein du CLSC/SAD

1) IDENTIFICATION DES PATIENTS MÉDICALEMENT INSTABLES

Identification parmi les patients en grande perte d'autonomie suivis par le CLSC/SAD (donc en grande perte de mobilité) de ceux qui sont les plus instables médicalement : accès à des soins médicaux interprofessionnels rapides, dans les délais requis selon l'urgence de leur situation).

- Pas de « liste d'attente » pour ces patients : délai de la visite médicale selon le besoin du patient uniquement (le jour même si nécessaire).
- Pas nécessaire que le patient soit déjà connu d'un médecin de l'équipe médicale du CLSC/SAD : le besoin du patient détermine la visite médicale.

- Pas nécessaire d’avoir le dossier hospitalier ou le dossier du médecin traitant pour visiter et traiter le patient : les informations de la DSQ permettent une action médicale rapide (comme aux urgences) pour les situations d’urgence à domicile.

PRIORISATION DES PATIENTS LES PLUS INSTABLES MÉDICALEMENT - 4 GROUPES

- I. Les patients en toute fin de vie à risque d’agonie imminente : le jour même (visite du médecin CLSC avec une infirmière SAD expérimentée en soins palliatifs).
- II. Les patients en décompensation aiguë (infection aiguë, insuffisance cardiaque, difficulté pulmonaire, douleur aiguë) qui iraient à l’hôpital mais qui peuvent être traités à domicile par un service infirmier/médical d’urgence (SAD aigu) (infirmière SAD aigu + médecin de garde /CLSC/ SAD aigu): le jour même.
- III. Les patients qui viennent de recevoir leur congé de l’hôpital (période reconnue instable, à risque de retour aux urgences) : médecin 1-3 jours suivant le congé.
- IV. Les patients en fin de vie de toutes conditions (cancer, insuffisances organiques IV) selon l’évaluation médicale : la semaine même (médecin CLSC avec une infirmière à domicile SAD expérimentée ou même dédiée en soins palliatifs).

A noter que l’équipe médicale SAD/CLSC accorde une priorité moins grande aux patients avec des conditions chroniques stables qui constituent la majorité (plus de 80 %) de la clientèle des services SAD des CLSC (tétraplégie, arthrite, maladie neurologique dégénérative, insuffisance cardiaque, maladie pulmonaire, démence, hypertension, arthrose), patients qui ne sont pas à un stade IV de leur maladie (plus stable).

Les médecins en CLSC ne peuvent pas suivre actuellement tous ces patients dont la majorité ont un médecin de famille qui ne fait pas de visites à domicile. Ces patients en lourde perte de mobilité (incapables de se déplacer en cabinet, surtout lors de décompensations aiguës) méritent pourtant un suivi médical. Mais dans le contexte actuel de pénurie très sévère de médecins à domicile, la majorité d’entre eux n’ont pas de médecin à domicile au Québec et retournent dans les urgences à chaque décompensation pour voir un médecin.

Dans le CIUSSS Centre-Sud, les médecins du CLSC prennent aussi en charge plusieurs de ces patients stables mais ils délèguent le plus possible aux infirmières leur suivi grâce à des prescriptions de suivis cliniques sériés (éléments à surveiller) pour libérer les médecins de l’équipe médicale du CLSC pour les cas les plus instables. On offre à ces infirmières un « accès ouvert » au retour d’appel immédiat et à une visite à domicile, rapide au besoin, du médecin traitant ou du groupe de médecins du CLSC si détérioration ou décompensation.

LE SUIVI CLINIQUE DES PATIENTS STABLES PEUT ÊTRE ASSURÉ PAR :

- L’infirmière SAD/CLSC (bachelière) qui appelle le médecin en charge du patient (inscrit à son nom) si instabilité médicale et pour renouveler la médication.
- Une IPS/CLSC/SAD qui appelle son médecin partenaire (du patient) si instabilité médicale. Une IPS peut suivre des conditions chroniques stables (HTA, DB, démence).

Elle peut aussi émettre une hypothèse diagnostic pour des conditions bénignes brèves. Mais elle ne peut pas diagnostiquer une condition sévère ni traiter celle-ci. Les cas médicalement instables (stade IV, fin de vie, SAD aigu) seront transférés au médecin et à l'infirmière SAD du CLSC.

- Le médecin de famille GMF du patient, si celui-ci réside à proximité du GMF (rarement le cas en milieux urbains et semi-urbains), peut soit le visiter s'il fait des visites à domicile (très rare), soit le faire venir à son cabinet en transport adapté lorsque cela est possible (impossible pour de nombreux patients handicapés en raison des marches pour sortir de leur domicile). Il faut enseigner à ces médecins à référer leurs patients aux équipes SAD du CLSC au lieu de les envoyer en ambulance aux urgences lors des décompensations.

2) PRATIQUE INTERPROFESSIONNELLE « EN ACTION »

Avec les autres professionnels impliqués dans les soins à domicile (qualité accrue de soins), donc à domicile et sur place au CLSC/SAD : pratique qui implique un plus grand partage des responsabilités et un partage d'expertise. Les visites médicales sont le plus souvent conjointes avec les autres professionnels (au chevet du patient) et les appels téléphoniques sont répondus chaque jour sans délai (infirmières, médecins) pour éviter des hospitalisations inutiles.

- L'infirmière pivot en charge du patient (cliniciennes = bachelières) surveille l'état du patient et le visite régulièrement (appelle le médecin si détérioration). Ceci permet une gestion à distance (au téléphone) du médecin traitant qui doit bien connaître son patient pour ce faire. À domicile, le médecin « tourne » ses cas instables tous les jours par téléphone avec l'infirmière pivot au lieu d'avoir à faire des visites quotidiennes à domicile.
- Ce travail d'équipe est basé sur une communication fluide (téléphonique, immédiate) avec le médecin traitant ou le médecin de garde, comme on le fait en milieu hospitalier et en centres de longue durée.
- Pour les clientèles médicalement instables, le travail interprofessionnel du médecin est basé sur l'expertise spécifique de certaines infirmières SAD/CLSC en soins palliatifs et en soins aigus. En CLSC de milieux urbains et semi-urbains, où le volume de patients est important, on priorise le recrutement d'infirmières expérimentées pour ces 2 types de clientèles médicalement instables, celles en fin de vie et celles en SAD aigu. Il est possible d'offrir l'expertise regroupée de ces infirmières pour 2 à 3 CLSC du même CIUSSS, en milieu urbain surtout.
- Des infirmières volontaires des CLSC/SAD centrent leur *case-load* sur les cas de soins palliatifs en toute fin de vie (maximum 15 patients/infirmière) en raison de la complexité de ces cas, à domicile surtout : infirmières en soins palliatifs à domicile. Ainsi leur expertise s'accroît avec l'exposition (qualité accrue de soins).
- De la même façon, d'anciennes infirmières d'urgence expérimentées en évaluation de détériorations aiguës (infections aiguës, insuffisances cardiaque ou pulmonaire) sont

recrutées pour travailler dans le service de SAD aigu du CLSC (expertise = qualité accrue de soins).

- Travail d'équipe « en action » avec les travailleurs sociaux du SAD/CLSC pour obtenir rapidement l'aide nécessaire au maintien à domicile du patient.
- Travail d'équipe avec les ergothérapeutes du SAD/CLSC pour obtenir rapidement les équipements (appels le jour même au besoin, *fast-traks* pour les cas urgents).

3) COORDINATION ENTRE LES ÉTABLISSEMENTS ET AU SEIN DU CLSC/SAD

Pour assurer une continuité des soins aux patients en lourde perte d'autonomie médicalement instables entre le milieu de vie (domicile, ressources intermédiaires, résidences pour personnes âgées, maisons d'accueil) et le centre hospitalier ou la maison-unité de soins palliatifs. Tout est fait pour éviter les retours inutiles aux urgences.

- Visite médicale et infirmière à domicile rapide au congé de l'hôpital (si télécopie du sommaire médicamenteux, appel de médecin à médecin ou sommaire médical le jour même) car les premiers jours suivant le congé sont à risque élevé de retour aux urgences. Encourager les médecins hospitaliers à aviser le médecin traitant du CLSC/SAD le jour même du congé.
- Délégation du suivi des patients stabilisés médicalement aux infirmières cliniciennes SAD avec « accès ouvert » du médecin pour les appels ou visites urgentes si problème.
- Demande immédiate du SAD aigu lorsqu'une détérioration aiguë pourrait être traitée le jour même à domicile et que le plateau technique et l'expertise dépassent les capacités de l'infirmière pivot SAD/CLSC. Que 3-5 % des demandes de SAD aigu dans le CIUSSS Centre-Sud viennent du patient lui-même ou ses proches : la majorité viennent des infirmières pivot appelées par le patient.
- Accès rapide, le jour même (téléavertisseur, cellulaire) au médecin traitant de l'équipe à domicile ou au médecin de garde de l'équipe et garde téléphonique 24 heures (qualité des soins médicaux = intervention au bon moment).
- Liens fonctionnels avec le centre hospitalier régional pour obtenir sans hospitaliser les imageries (IRM, SCAN, RX, écho), les consultations et les traitements (ponction pleurale, ponction d'ascite, transfusions) dans les délais requis pour ces patients instables.
- Ententes de transfert de patients en lit hospitalier ou en lit de soins palliatifs sans passer par les urgences.