



FORUM

SUR LES MEILLEURES PRATIQUES EN SOUTIEN À DOMICILE DES ÂÎNÉS

25 ET 26 MAI 2017





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

**DRE GENEVIÈVE DECHÊNE
ÉQUIPE MÉDICALE À DOMICILE
RÉSEAU LOCAL DE SERVICES SUD-OUEST-VERDUN
CIUSSS DU CENTRE-SUD-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, 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 dont les soins sont les plus « coûteux »
(urgences, hospitalisations)
à cibler par **l'équipe intensive**



1. Les visites en lien avec la détériorations des patients âgés atteints de **conditions chroniques avancées** en lourde perte d'autonomie (*a 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 service des soins à domicile du CLSC
2. Les **patients en fin de vie** de toutes conditions
= 50% du travail des médecins SAD (moins de cas mais ce sont les plus instables)
2. Les visites du **SAD aigu** (visites d'urgence court terme)
= 10% du travail des médecins à domicile



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:

- Les instabilités médicales d'insuffisances organiques avancées et terminales
- Les insuffisances organiques multi-systèmes (personnes âgées surtout)
- La médication complexe et changeante
- La prescription de nouveaux traitements et de *plans d'action à domicile*
- Les 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 leurs proches: très important

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 « pivotent » autour de l'infirmière pivot (*intervenant pivot*)
- Communications fluides et rapides
 - Idéalement un cellulaire pour toutes les infirmières pivot
 - 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 la pivot infirmière pour éviter les bris de communication de ces « soins intensifs » et réduire les hospitalisations: FIN DE LA PRATIQUE MÉDICALE EN SILO À DOMICILE.

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

SUR LES MEILLEURES PRATIQUES EN SOUTIEN À DOMICILE DES ÂINÉS

25 ET 26 MAI 2017

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



Cette présentation ne détaille pas tous les champs d'expertise 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 est le « chef d'orchestre »

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

Rôle différent de l'infirmière auxiliaire: rôle +technique, en support de la pivot 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 est 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.

L'infirmière pivot SAD est 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 leur patients et ceux de leurs confrères (garde médicale).

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

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



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 heures) et plus de patients : ne pas « disperser » les médecins, les regrouper plutôt pour éviter des bris de services (congés de maternité, maladies, vacances)



«Modèle» médical SAD CIUSSS Centre-Sud Exemple du 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 cas de patients en toute 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 SAD (pivot) et un médecin à domicile: **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 infirmières pivot : ces infirmières ne voient pas le patient, elle effectuent une gestion par téléphone avec les patients/proches (anti coagulation, diabète) avec une note à l'infirmière pivot si changements.
6. « **Plan d'action** » **médical-infirmier (fait partie du PII)** par l'infirmière pivot avec le médecin traitant, avec emphase sur les prescriptions anticipées en pharmacies 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/infirmière pivot* ne peut pas répondre (rapidité, expertise de situations d'urgence)

FORUM

SUR LES MEILLEURES PRATIQUES EN SOUTIEN À DOMICILE DES ÂNÉS

25 ET 26 MAI 2017

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



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

- En 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* (approximativement un cas de fin de vie imminente = 5 à 6 cas réguliers)



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 la pivot* 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** (auxiliaires en santé et services sociaux [ASSS], infirmières auxiliaires) **aux derniers jours de vie**, 24 heures /24 si nécessaire, avec l'aide des groupes communautaires (*Fondation Jacques Bouchard*) existants

**SOLUTIONS PRATIQUES POUR DES MEILLEURES
PRATIQUES
INTENSIVES
A DOMICILE**

FORUM

SUR LES MEILLEURES PRATIQUES EN SOUTIEN À DOMICILE DES ÂÎNÉS

25 ET 26 MAI 2017

Services intensifs à domicile Il faut des médecins à domicile



- **La pratique des médecins de famille à domicile** = pratique de base de la médecine familiale partout ailleurs en Occident, sauf au Québec. **Nous avons un très grand retard à rattraper**, et nous devons le **faire rapidement**
- Ceci passe par la formation des jeunes médecins de famille aux soins « **intensifs** » à domicile pour les patients complexes et instables, au moins autant que pour la pratique hospitalière
- Ceci passe par une formation médicale continue priorisant les soins intensifs à domicile
- **Les médecins à domicile en équipe intensive doivent prioriser les 2 clientèles les plus instables** (économies \$ reconnues pour un système de santé): fin de vie de toutes conditions, maladies chroniques sévères avec perte d'autonomie

FORUM

SUR LES MEILLEURES PRATIQUES EN SOUTIEN À DOMICILE DES AÎNÉS

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 visites à domicile offerte au moins 5 jours/semaine avec une garde (téléphonique) 24 heures 7 jours/semaine.
- Gestion téléphonique (avec l'intervenant pivot) = 25 % du travail médical à domicile.
- Les médecins remplacent la « tournée hospitalière » quotidienne des patients instables par des consultations téléphoniques quotidiennes au besoin avec l'infirmière pivot qui visite leur patients : reconnaître l'effort des médecins à domicile de répondre rapidement (ne pas faire attendre l'infirmière à domicile) toute la semaine, comme en CHSLD-longue durée.
- **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 DES ÂÎNÉS

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**: le recrutement sera difficile s'il n'y a pas de conditions de travail accrocheuses 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 heures/24 (*Chaudières Appalaches/prix Innovation OIIQ 2015*)



CIUSSS/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 laissé à domicile du patient pour les intervenants, le patient et ses proches: coordonnées de l'équipe, numéros de garde, notes quotidiennes, liste 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/proches du *plan d'action*
- doses de médication à prendre avec le *plan d'action*
- message à l'infirmière pivot du patient après le *plan d'action*



CIUSSS/Partenariat patient et ses proches

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



- Les « *aidants naturels* » 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.



Unités cliniques de formation interprofessionnelle UCFI



- *L'université de Montréal* met en place depuis 5 ans 18 unités UCFI 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

Unités cliniques de formation interprofessionnelle



FORUM

SUR LES MEILLEURES PRATIQUES EN SOUTIEN À DOMICILE DES ÂINÉS

25 ET 26 MAI 2017

- 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 (*modèle 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**

FORUM

SUR LES MEILLEURES PRATIQUES EN SOUTIEN À DOMICILE DES ÂÎNÉS

25 ET 26 MAI 2017

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



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

The logo for the FORUM event, featuring the word "FORUM" in a stylized font with a green-to-blue gradient.

SUR LES MEILLEURES PRATIQUES EN SOUTIEN À DOMICILE DES ÂÎNÉS

25 ET 26 MAI 2017

2) Les équipes intensives à domicile avec des 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
- **Mesure de** la performance des **équipes intensives** des CLSC 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 infirmières pivot 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 visites à domicile au moins 5 J/Sem (pour 1-2 CLSC) pour une prise en charge longitudinale des conditions chroniques sévères et terminales
- Sur cette base de services médicaux, implantation d'un *SAD aigu*

Merci
Questions?
Commentaires?

