

# Soins à domicile aigus – Une alternative à l'urgence et à l'hospitalisation pour nos clientèles vulnérables

Midi-conférence  
1er novembre 2017

Dre Éveline Gaillardetz, directrice de l'équipe médicale à domicile  
Dr Mireille Aylwin, création et mise en place du service SAD aigu  
CLSC Verdun pour le Sud Ouest Verdun/St-Henri/Pointe-St-Charles



Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
du Centre-Sud-  
de-l'île-de-Montréal

Québec 

# Plan de présentation

- Pourquoi les soins à domicile ?
- Que vient faire le SAD aigu ?
- Parlons de soins palliatifs intégrés...
- Contexte du sud-ouest : milieu phare pour le reste du Québec
- Objectifs du SAD aigu et données recueillies
- Comment référer



# Pourquoi vous parler de soins à domicile ?

- Le nombre de visites à l'urgence chez les personnes de 75 ans et plus a augmenté de 30% (environ 100 000 visites de plus) de 2003 à 2013.



# Pourquoi vous parler de soins à domicile ?

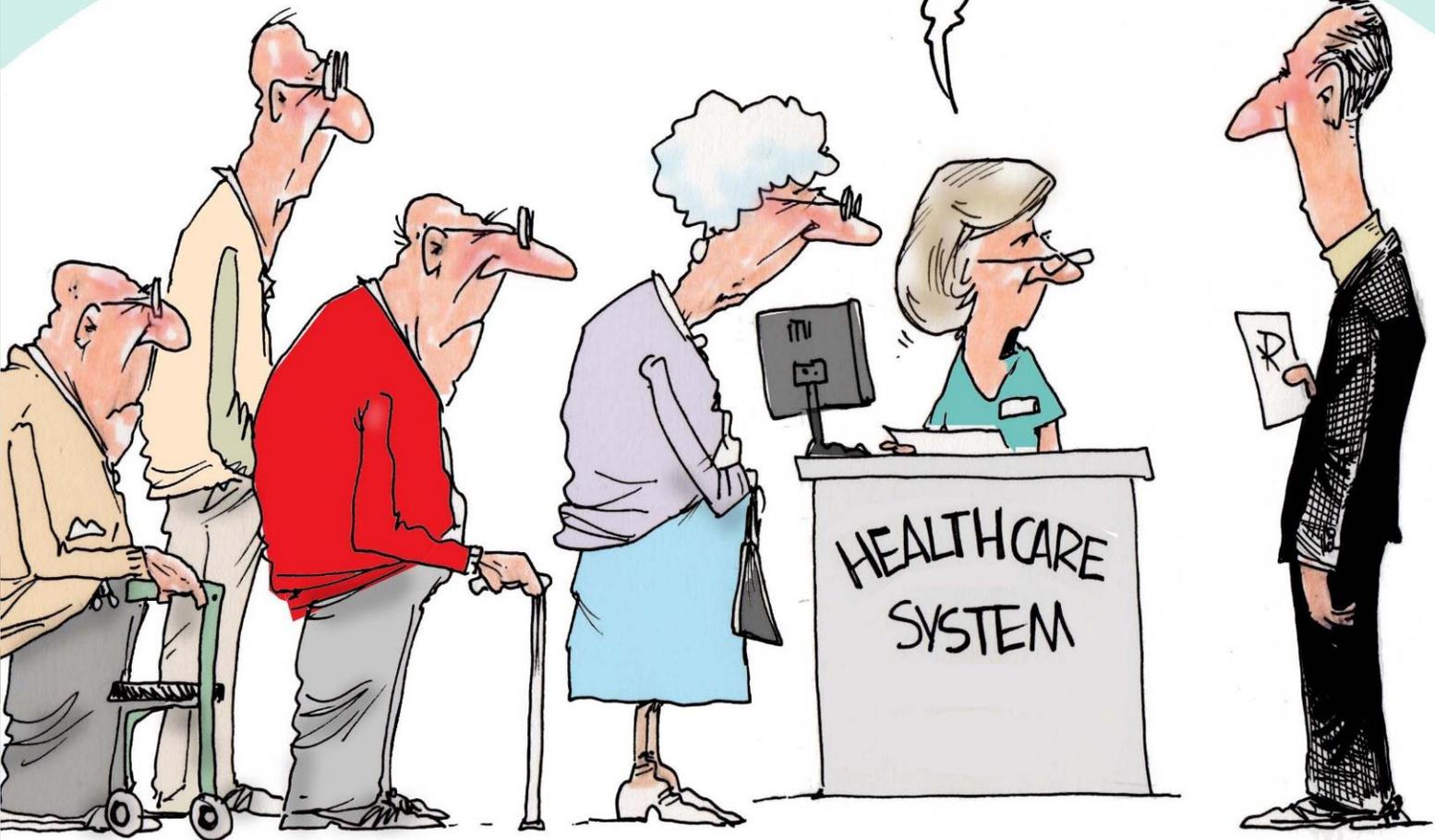
- En 2013, une visite sur quatre (26,5%) était faite par une personne de 75 ans et plus.



- ... «alourdissement » de la clientèle à l'urgence...

© 2010 - CFHI

... I'M SORRY,  
WE'RE BOMBARDED  
WITH AGING BOOMERS  
...COME BACK IN  
ABOUT 20 YEARS



DOLIGHAN  
dolighan.com

# Vieillissement de la population = Plus de malades

- La présence d'au moins un problème de santé chronique touche environ 87% des personnes âgées de 75 ans et plus.
- 62% des aînés de 75 ans et plus ont  $\geq 2$  problèmes de santé chroniques



# Pourquoi vous parler de soins à domicile ?



# Pourquoi vous parler de soins à domicile ?

- Pour éviter l'hôpital



*Méga hôpitaux avec des équipements médicaux de pointe, des centres de recherche, des soins tertiaires, de haute voltige...*



Alors que la plupart des personnes âgées malades souffrent de conditions chroniques qui sont bien connues, communes, dont le traitement requiert rarement le plateau technique de l'hôpital...

Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
du Centre-Sud-  
de-l'île-de-Montréal

Québec 

# Pourquoi chercher à éviter l'hôpital ?

DIAGNOSIS: UNPREPARED

## Elderly Hospital Patients Arrive Sick, Often Leave Disabled

By Anna Gorman | Photos by Heidi de Marco | August 9, 2016



Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
du Centre-Sud-  
de-l'île-de-Montréal

Québec 

# Pourquoi chercher à éviter l'hôpital ?

- 30 % des gens âgés à l'hôpital se retrouvent avec un syndrome d'immobilisation ou un délirium
- Une seule journée d'alitement se traduira en moyenne par 3 jours d'hospitalisation supplémentaires chez une personne de > 75 ans (déconditionnement, réadapt)



# Les risques pour le patient âgé de se retrouver à l'urgence



# Éviter l'hôpital pour épargner les pauvres docteurs...

- 26 % des patients âgés à l'urgence présenteraient troubles cognitifs



**Depuis combien de temps vous avez votre douleur ??  
Quel est le niveau de soins ?**

# LE COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE NOUS DIT :

*Des réorganisations sont requises afin que les personnes aient **d'autres choix que celui de se présenter aux urgences**, d'autant plus que les conditions risquent de se complexifier et de s'alourdir: la pression sur le reste du système s'accroîtra par le fait même.*



TIENS, J'AI  
UNE IDÉE!



**Soins à domicile !!**

# Les soins à domicile : l'endroit idéal pour adopter une véritable *approche gériatrique*



Contact privilégié avec le patient et sa famille.

Plus facile de comprendre quelle est la qualité de vie du patient.

Le calme et l'intimité favorisent les échanges et permettent de mieux cerner les objectifs du patient et d'établir un niveau de soins.

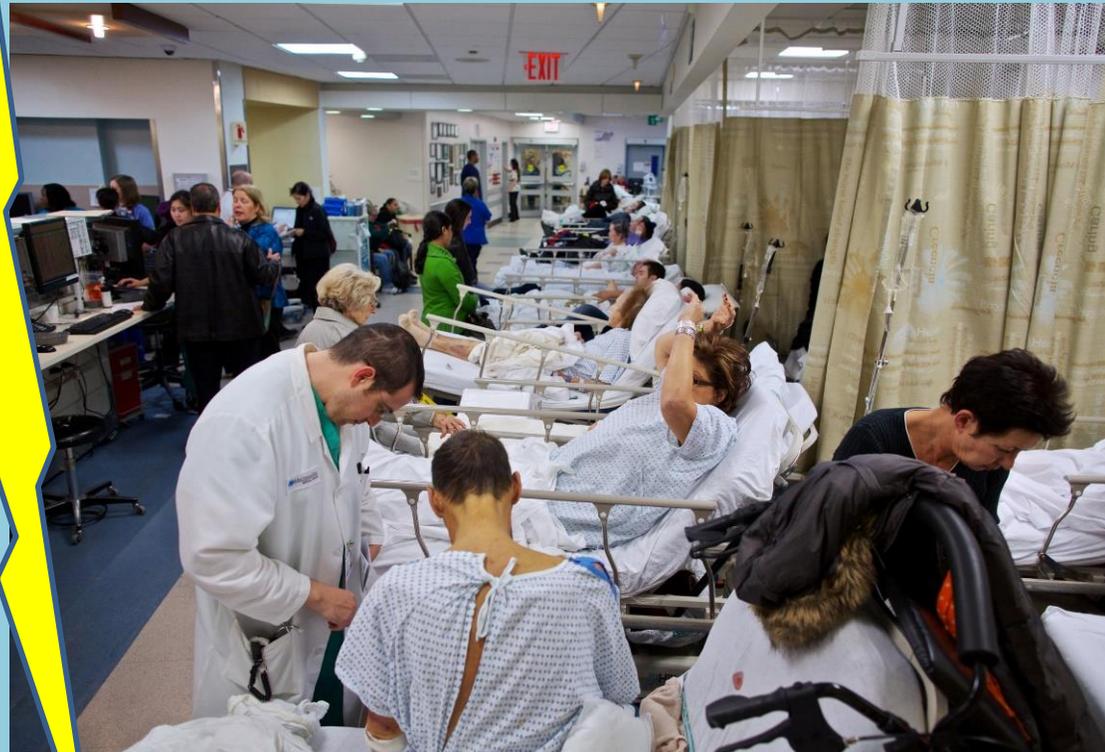


# APPROCHE gériatrique adaptée - c'est aussi savoir jusqu'où investiguer...

- Définir le problème actif
- Le niveau de soins
- Les attentes du patient et des aidants
- Les objectifs de soins
- Les moyens à envisager par rapport aux investigations et aux traitements
  
- **limiter les examens à ce qui est conforme aux objectifs et au niveau de soins**

# APPROCHE gériatrique adaptée

- Plus facile à faire à domicile qu'à l'urgence !!!



# L'hôpital à la maison : c'est souvent ce que les pts veulent

ON EST MIEUX  
CHEZ SOI QU'À  
L'HÔPITAL



... sauf exception



J'hésite entre  
la vie éternelle  
et la réincarnation

C'est toi  
qui vois  
mon chéri



© HEFFE

C'est ben beau les soins à domicile,  
mais les patients vont quand même se retrouver aux urgences  
la journée où ça n'ira pas bien...



J'essaie de rejoindre  
mon infirmière pivot à  
domicile mais personne  
ne me répond !!

Je ne me sens pas assez  
en forme pour aller au  
SRV ...

Ça sent l'ambulance...



Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
du Centre-Sud-  
de-l'île-de-Montréal

Québec 



**SAD AIGU !!**

Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
du Centre-Sud-  
de-l'île-de-Montréal

Québec 

# Définition SAD aigus

- Prise en charge **infirmière** et **médicale rapide** à domicile pour la clientèle en perte d'autonomie ou avec profil gériatrique qui présente un problème de santé **aigu** et ne parvient pas à voir son MD de famille.



# C'est quoi la différence entre le SAD aigu et le SAD "ordinaire" ?

## ■ Infirmière pivot "régulière"



J'ai 10 patients sur ma route aujourd'hui...

- Un suivi MPOC
- Un changement de sonde urinaire
- Un changement de pansement
- Une prise de sang
- Une évaluation de l'autonomie
- Un congé de l'hôpital pour prothèse de hanche
- ....



Case-load = 50-60 pts  
en moyenne

# C'est quoi la différence entre le SAD aigu et le SAD "ordinaire" ?

- Infirmière du SAD aigu :



Case-load  
de patients  
= zéro



Oui bonjour SAD aigu ?  
Parfait, je termine cette  
visite et j'y vais !



# Pourquoi SAD aigu ?

## Pour forcer l'implication des docteurs !!

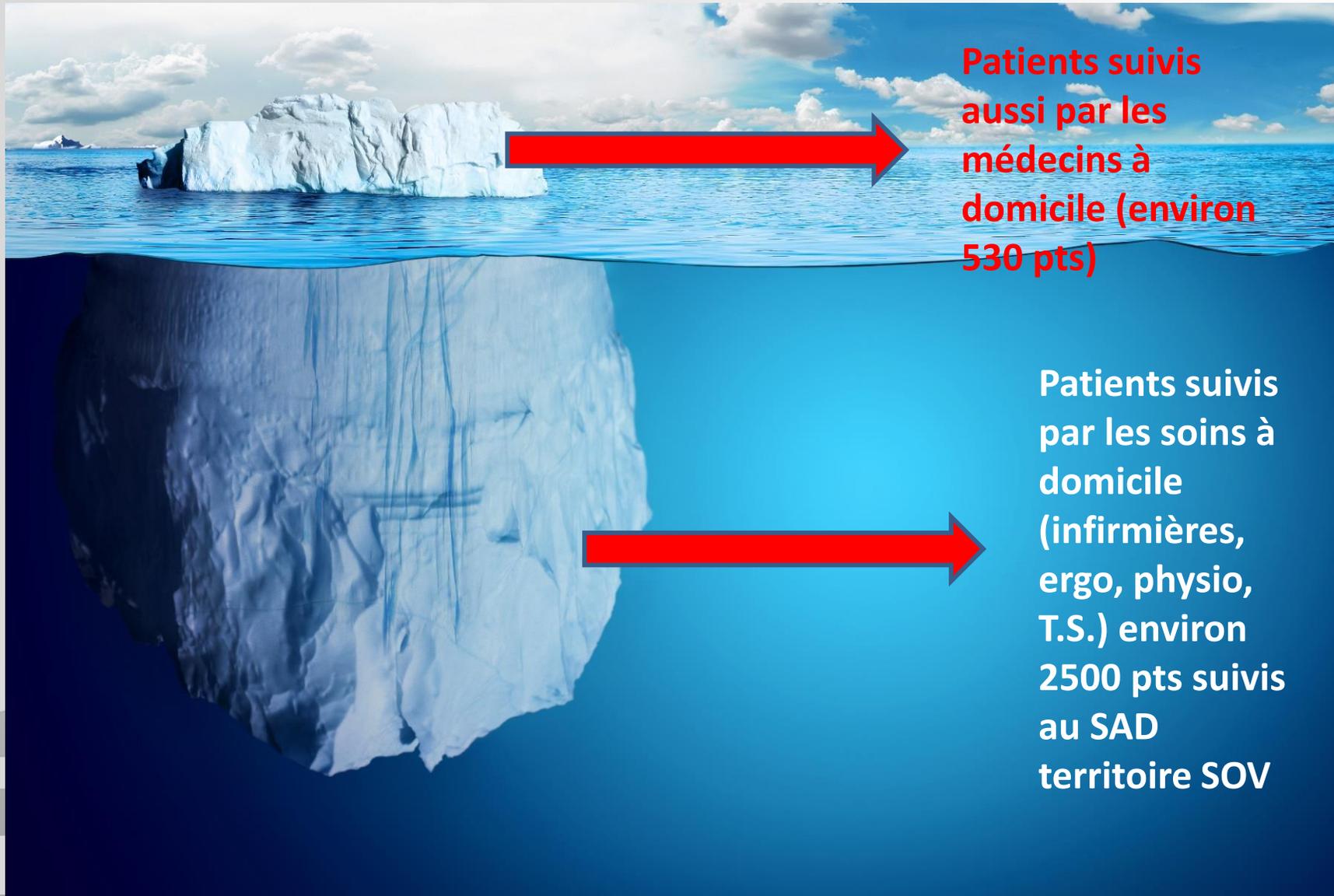
- **Fonctionnement traditionnel :**
  - Pt référé par GAMF
  - Prise en charge par équipe médicale
    - Délais moins d'une semaine pour cas plus actifs
    - Délais plusieurs mois pour les patients en attente (P2)

... Beaucoup de retour aux urgences en attendant prise en charge !

Population vulnérable ++



# Les médecins ne s'occupent que de la pointe de l'iceberg = pts les plus malades et instable



# Pour que les soins “intensifs” à domicile fonctionnent....

- .... ça prend un médecin – *disponible* !
- Sinon les infirmières appellent le 9-1-1 ...
- Ça prend une garde médicale !



# Revenons à vous....



- Petite journée tranquille au bureau ?



# Patient MPOC

- Visite de suivi au bureau
- A eu 3 hospit dans la dernière année pour EAMPOC.
- Pt refuse B-pap et IET prn, il est “tanné des hôpitaux”, il craint qu’il ne refasse une autre crise et doive répéter ce cycle...
- **Que peut-on faire ?**



# Patiente avec DEG

- F 86 ans, appelle votre secrétaire pour dire qu'elle se sent plus faible que d'habitude et aimerait consulter... sauf que pas assez en forme pour venir au bureau...

- **Que peut-on faire ?**



# Patient insuffisant cardiaque

- H 82 ans, vous le voyez au bureau.
- Présente des OMI avec une dyspnée légèrement accrue, et des jugulaires turgescentes...
- Pas besoin d'O<sub>2</sub>, signes vitaux stables...
- Vous hésitez : référer pt à l'urgence ? Pt voudrait rester à la maison auprès de sa conjointe...
- **Que peut-on faire ?**



# Référez-nous vos patients ! Le Sad aigu c'est...

- 2 infirmières avec expérience en pratique d'urgence et formation en évaluation clinique
- Lundi au vendredi 9h-18h
- Visite infirmière rapide (< 24h)
- Supervision médicale 24/7 par téléphone puis avec visite du patient selon le cas clinique.



# Offre de service du SAD aigu

- Administration en urgence d'antibiotiques IV, de diurétiques IV
- Bilans sanguins et urinaires
- Hydratation IV
- Pose de sonde urinaire
- Corridor service RXP et doppler MI



é  
de santé  
et de services sociaux  
du Centre-Sud-  
de-l'île-de-Montréal

Québec



# À qui s'adresse le SAD aigu ?

- Personne en *perte d'autonomie* ou ayant un **profil gériatrique** qui présente un problème de *santé aigu* avec perte de mobilité qui la rend incapable de se déplacer facilement pour chercher des soins ambulatoires;
- Habite le territoire Sud-Ouest du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (H3E, H4E, H4G ou H4H) et qui réside à son domicile, dans une résidence privée pour personnes âgées ou dans une ressource intermédiaire (RI);

# Profil gériatrique... de kessé ??

## Concept de l'âge corrigé

- Tous les pts de 80 ans ne sont pas pareils... et parfois nos pts âgés de 50 ans sont pas mal plus vieux que leur âge...
  - Traiter la personne âgée selon son « âge corrigé »; selon sa fragilité...
  - Quelques indices pour déterminer l'âge corrigé :
    - Co-morbidités et ATCD médicaux
    - Liste des médicaments
    - Mobilité, aide à la marche, facilité du patient à s'asseoir seul et à faire transferts lors examen physique
    - Facilité du questionnaire et suspicion de troubles cognitifs
    - Poids, maigreur, signes de dénutrition



# Objectifs du SAD aigu

- Soutenir les médecins du territoire qui ne font pas de visites à domicile ; soutenir les infirmières pivot qui sont incapables de répondre rapidement aux urgences pour leurs patients à domicile.
- Éviter des visites à l'urgence
- Éviter des hospitalisations ou raccourcir des hospitalisations et ainsi éviter :
  - Déconditionnement
  - Délirium
  - Infections nosocomiales
  - Investigations superflues
- Générer des économies financières
- Augmenter la satisfaction des patients.



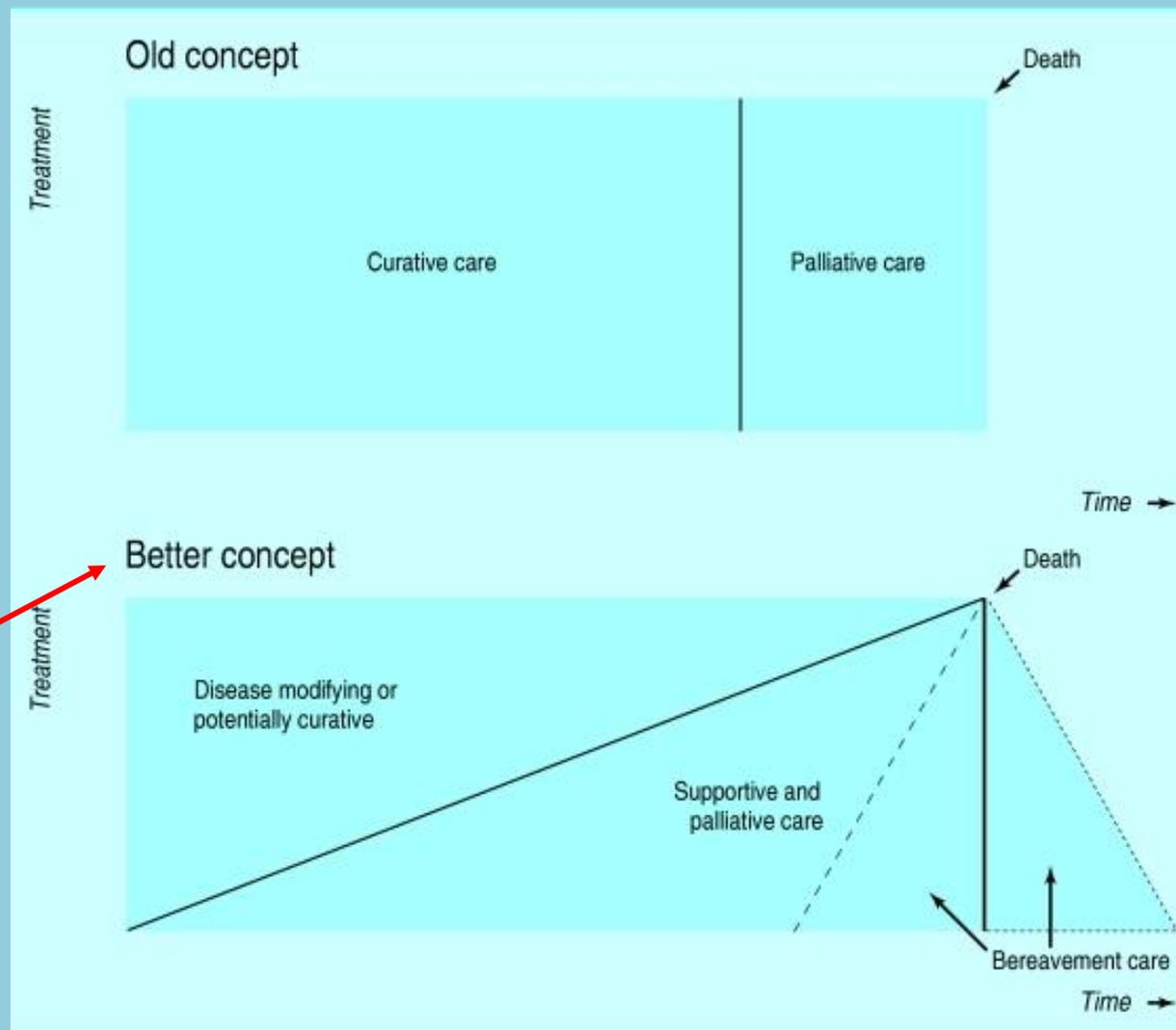
# Soins domicile $\approx$ hôpital ..!

- Les soins à domicile, *C'EST l'hôpital à domicile!*
  - On s'occupe de ces patients avec les mêmes standards de soins qu'à l'hôpital.
  - Et on évite les dérapages possibles...
- ... et on intègre progressivement des soins palliatifs

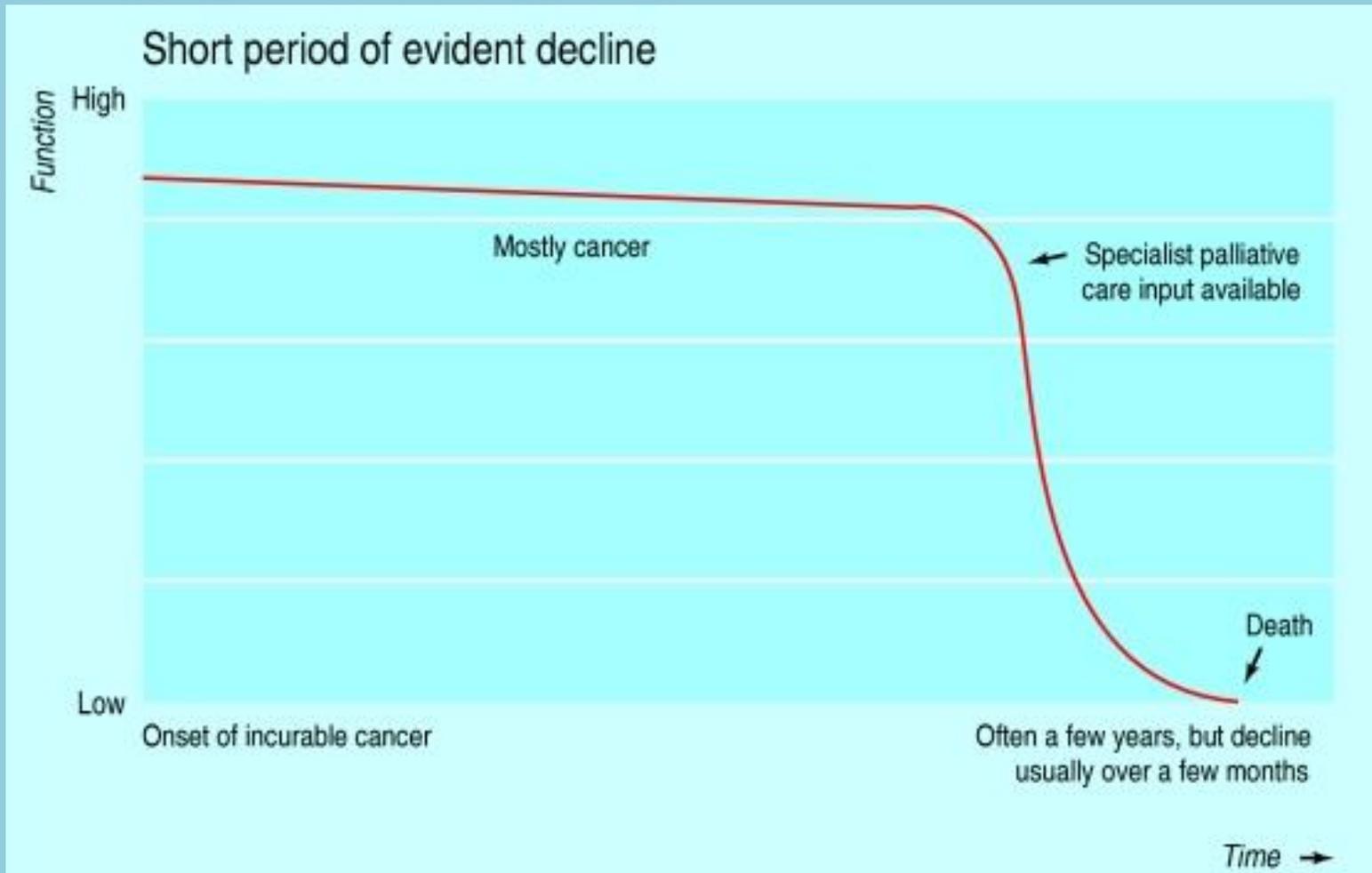


# Soins palliatifs s'intègrent tôt dans la maladie...

## Soins à domicile facilite ce processus



# Trajectoire de fin de vie : cancer

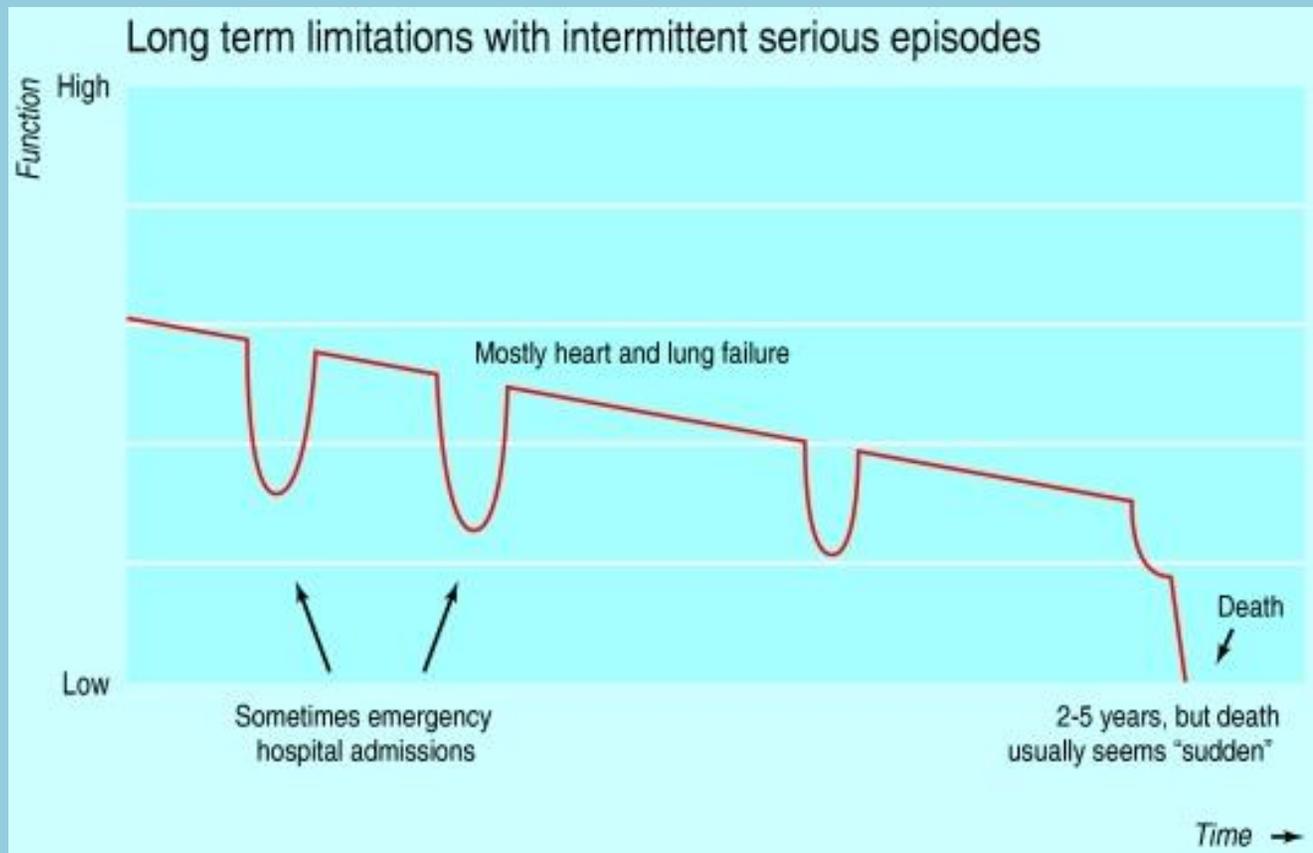


Plus prévisible,  
plus facile à gérer,  
anticiper...

Plus grande  
ouverture à parler  
de pronostic.

Ces patients  
passent peu par le  
SAD aigu, car la  
référence arrive  
habituellement de  
l'hôpital  
(oncologie) et  
référence  
immédiate aux  
équipes dédiées  
aux soins palliatifs.

# Trajectoire de fin de vie : MPOC et insuffisance cardiaque

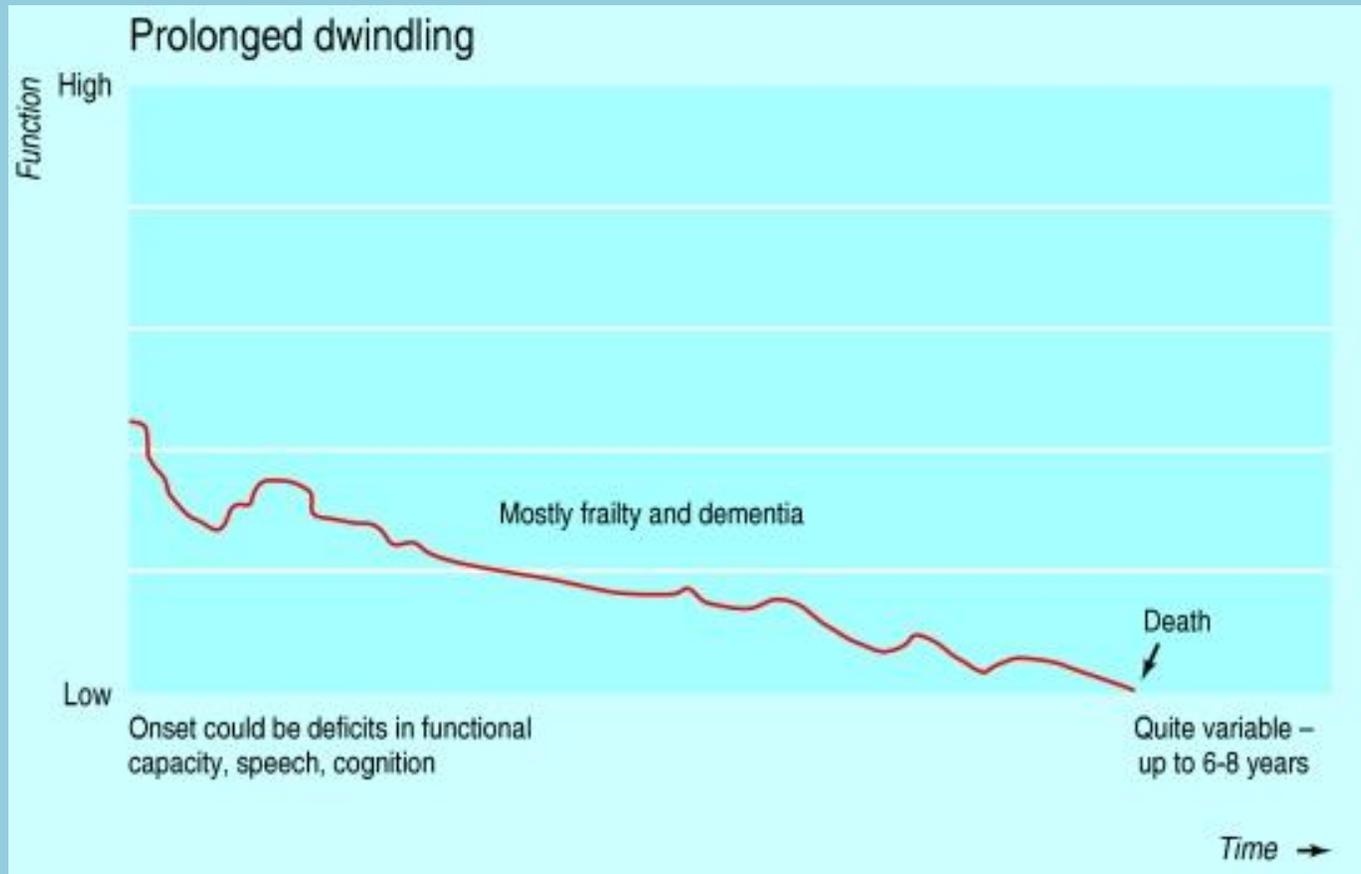


Pts en perte d'autonomie pendant plusieurs années, grands malades chroniques qui vivent plusieurs exacerbations, crises.

Chaque exacerbation peut mener à la mort... mais les patients survivent souvent, cependant avec un niveau de fonctionnement (performance) moindre.

Pronostication = très difficile !! Se fier au patient, à ses objectifs, à ses valeurs, à sa qualité de vie...

# Trajectoire de fin de vie : démence



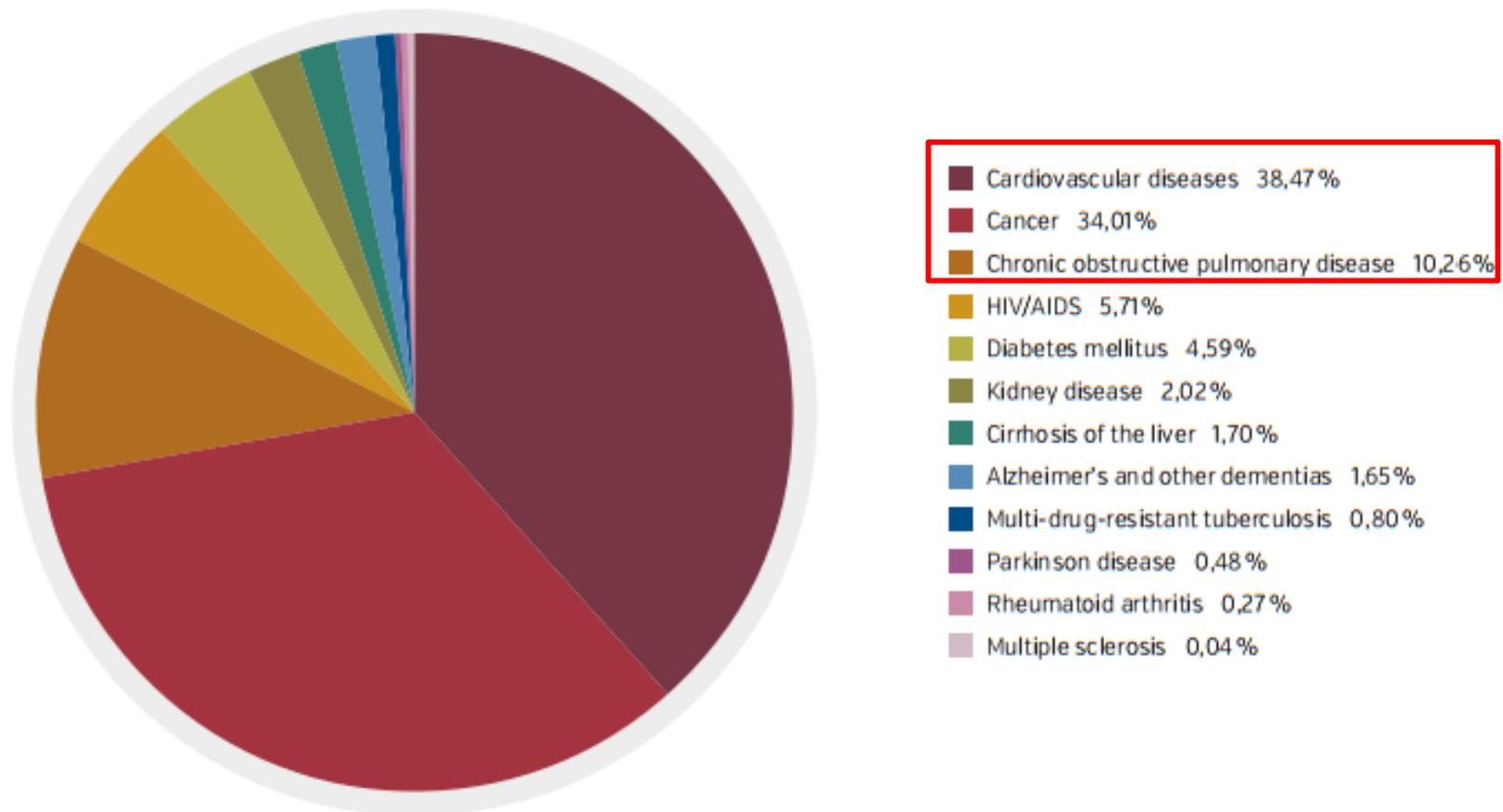
“Brain failure”, patients frêles avec insuffisance multiorganique... Pts souvent plus âgés.

Grande perte d'autonomie, beaucoup de relocalisation en CHSLD.

Des événements mineurs peuvent être fatals.

# Annexe 11

Distribution des adultes (15 ans et plus) ayant un besoin de soins palliatifs en fin de vie par groupe de maladies à travers le monde



Note: N = 19,228,76

Pour une meilleure  
qualité de vie



## Soins palliatifs et de fin de vie

Plan de développement 2015-2020

Québec

# Si Gaétan le dit...



## Priorité 4

### SOUTIEN À DOMICILE

Mesures	14	S'assurer que chaque personne concernée reçoit les services de SPFV par: <ul style="list-style-type: none"><li>▪ une équipe formée et composée d'un médecin, d'une infirmière, d'un pharmacien et d'un travailleur social ou d'un psychologue;</li><li>▪ d'autres professionnels en fonction des besoins;</li><li>▪ l'accès à l'expertise d'une équipe spécialisée en SPFV.</li></ul>
	15	S'assurer de la disponibilité, en tout temps, de médecins et d'infirmières formés pour répondre aux conditions cliniques complexes de SPFV et en mesure de se déplacer à domicile.
	16	Donner accès en temps réel aux informations cliniques nécessaires aux soins d'une personne en SPFV à domicile, comme le bilan médical, le profil pharmacologique et le plan d'intervention.
	17	Convenir, entre les établissements et les pharmacies communautaires, des modalités assurant aux personnes en soins palliatifs et de fin de vie une offre de service sans rupture.
	18	Reconnaître le caractère unique et essentiel de la pratique médicale en soins palliatifs et de fin de vie dans le cadre du soutien à domicile ainsi que dans les autres milieux de pratique.

# Contexte particulier du SAD dans le sud-ouest

- Équipe médicale dynamique (11 md)
- Culture très forte de soins à domicile, gériatriques et palliatifs
- CLSC Verdun souvent cité comme un modèle pour les soins à domicile
- SAD aigu s'inscrit dans une culture de soins à domicile déjà bien implantée



# Bilan quantitatif du SAD aigu

Période du 4 janvier 2016 au 20 janvier 2017 :

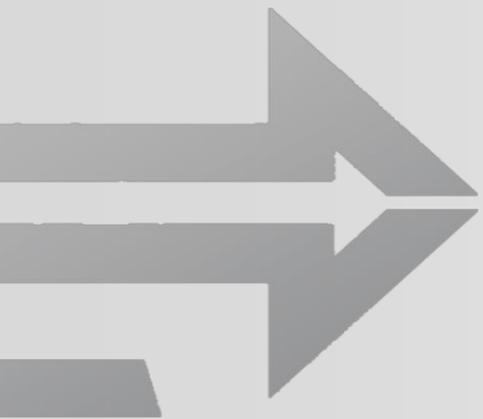
- 381 clients pris en charge et dont les traitements sont complétés.
- 92 % des clients ont 65 ans et plus.
- Les trois plus grandes sources de référence :
  - 56 % des intervenants du SAD;
  - 14 % des infirmières en RI;
  - 12 % des cliniques médicales (UMF, GMF, ...).
- Les trois catégories les plus fréquentes de diagnostics :
  - 24 % problèmes pulmonaires (EAMPOC, pneumonies);
  - 15 % infections urinaires et cellulites;
  - 14 % problèmes cardiaques (insuffisance cardiaque décompensée).
- Durée moyenne de suivi au SAD aigu : 3 jours

# Bilan quantitatif du SAD aigu

- 63 % de visites évitées à l'urgence ou hospitalisation :
  - Dont la majorité aurait utilisé un transport ambulancier;
  - Point de vue *nursing* : une visite à l'urgence coûte en moyenne 176,59 \$ versus une visite à domicile coûte 98,84 \$
  - Transport ambulancier coûte en moyenne 132 \$
  - Le durée moyenne de séjour en gériatrie est de 14 jours
  - Nous pensons avoir généré pour l'année 2016 une économie de 563 267 \$.  
*Excluant les coûts de consultations médicales, d'imagerie, de laboratoire et d'hôtellerie.*

# Bilan quantitatif (suite)

- Les 2 orientations les plus fréquentes au congé :
  - 66 % retour au médecin de famille ;
  - 42 % Retour au SAD régulier et/ou prise en charge au SAD



# Résultats sondage satisfaction de la clientèle

- **73 % des répondants assurent que, s'ils n'avaient pas utilisé le SAD aigu, ils seraient allés à l'urgence.**
- **63 % des répondants assurent que s'ils avaient dû se rendre à l'urgence ils auraient pris l'ambulance.**
- **94 % des répondants assurent être satisfaits des soins et services donnés par les infirmières et les médecins du SAD aigu.**
- **92 % des répondants nous indiquent être intéressés à réutiliser les services du SAD aigu.**
- **96 % des répondants assurent être prêts à recommander les services du SAD aigu à leur famille ou leurs amis.**

# Grands constats du SAD aigu

- Moins de visites à l'urgence, moins d'admissions
- Un niveau élevé de satisfaction générale des clients et des référents.
- Une alternative à l'approche traditionnellement hospitalocentriste des clients âgés médicalement instables.
- Un changement de la trajectoire de soins des grands malades pour qu'ils puissent demeurer plus longtemps à domicile avec une amélioration de leur qualité de vie.

**C Beau.** 

**C Bon.** 

**C Pas cher.**

**2/5\$**  **1.29\$**  **/lb**

**Fromage fondu Kraft**  
18-24 tranches, 500 g  
Valable du 25 février au 3 mars 2010

**Bœuf haché**  
1,29 \$/lb - 2,84 \$/kg

**superc.ca** **Super C**  
Beau. Bon. Pas cher.

# Comment référer

- Plusieurs façons :
- Fax au guichet PPA\* : 514-937-7052
- Appel direct sur le cellulaire du SAD aigu :

**514-246-6265**

- (\*PPA : personne perte autonomie)



# Perspectives d'avenir

- O2 à domicile pour épisodes aigus, comme une pneumonie... (SRAD ouvert à l'idée d'un projet pilote)
- Étendre l'horaire de service (fins de semaine et jours fériés).
- Étendre le service aux autres territoires du CIUSSS
- Permettre l'accès au service via le 811.

**Think  
BIG  
sti!**



**Des questions, commentaires ou suggestions ???**

