

LES SOINS À DOMICILE AIGUS : UNE ALTERNATIVE À L'HOSPITALISATION

Un projet innovateur pour le CIUSSS Centre-Sud, secteur Sud-Ouest Verdun SOV.

Basé sur le dynamique de l'équipe interprofessionnelle du CLSC de Verdun.

Inspiré du projet SMA3D, au CSSS La Pommeraie.

Texte rédigé par Dr Evelyne Gaillardetz et Dr Mireille Aylwin SIAD Verdun

DE QUOI S'AGIT-IL ? IL S'AGIT D'UN SERVICE DE SOINS À DOMICILE EN ACCÈS OUVERT POUR LES PATIENTS QUI ONT DES PROBLÈMES AIGUS ET CHEZ QUI ON CROIT QU'UN TRANSFERT EN AMBULANCE VERS L'HÔPITAL PEUT ÊTRE ÉVITÉ. IL S'AGIT D'UN « SAD AIGU », GÉRÉ PAR UNE ÉQUIPE SOLIDE D'INFIRMIÈRES ET DE MÉDECINS.

MISES EN SITUATION

- 1- Madame D. vit dans une résidence privée. Elle est en bonne santé. Un jour elle fait une chute accidentelle. Elle affirme aux aides-soignants de sa résidence qu'elle va bien, qu'elle ne veut pas aller à l'urgence. Le personnel de la résidence privée insiste pour faire le 9-1-1 pour qu'elle soit évaluée. Toutefois, on pense à contacter le SAD aigu et une infirmière vient rapidement évaluer la patiente. L'infirmière constate que la patiente est tombée sur les fesses après s'être enfargée dans ses lacets. Elle ne s'est pas cognée la tête. Elle n'a pas de douleur cervicale. Elle est orientée, non intoxiquée et n'a aucune douleur qui pourrait la distraire. La patiente ne présente aucune ecchymose au visage. Ses signes vitaux sont normaux. L'infirmière contacte le médecin de garde et lui rapporte tous les détails de son évaluation. Le médecin l'autorise à mettre la patiente sur pied et à l'évaluer à la marche. La patiente se porte bien. Le médecin avise le personnel de la résidence qu'il n'apparaît pas nécessaire d'envoyer cette patiente en ambulance à l'urgence pour le moment, mais de l'aviser directement si son état changeait.
- 2- Madame H. a 81 ans et est suivie par son médecin de famille en cabinet pour une masse pulmonaire stable pour laquelle aucune investigation ne fut faite. Elle manque son R-V de suivi chez son médecin qui s'inquiète et l'appelle. Il constate alors qu'elle ne pouvait pas se déplacer en raison d'un essoufflement progressif. Le médecin hésite à l'envoyer à l'urgence car elle n'apparaît pas si mal en point au bout du fil. Il contacte alors l'équipe du SAD aigu et demande une évaluation rapide de sa patiente à domicile. Le médecin de garde constate avec l'infirmière que la patiente est en bronchospasme léger en plus d'avoir probablement une pneumonie. Un traitement est initié à domicile et la patiente s'améliore en

quelques jours. La patiente demande à être suivie dorénavant à domicile puisqu'elle marche avec une marchette et habite au deuxième étage. Une prise en charge à long terme est faite par l'équipe des médecins à domicile avec l'infirmière de SAD du secteur.

- 3- Monsieur P., âgé de 79 ans, est connu du SAD pour des soins de stomie à domicile. Il est suivi par un médecin de famille qui pratique en cabinet. Il se rend à l'urgence pour la 3^e fois en quelques mois pour une exacerbation MPOC. Cette fois-ci, l'urgentologue hésite entre une hospitalisation courte et un retour à domicile. Toutefois, l'infirmière de liaison de l'urgence fait une demande au SAD aigu et le patient pourrait être vu à domicile par l'infirmière et le médecin de garde pour un suivi rapproché de sa condition. L'urgentologue donne donc son congé et l'équipe du SAD aigu prend rapidement le relais. L'infirmière de SAD aigu s'assure que le patient prenne bien sa cortisone et les antibiotiques prescrits, pendant que le médecin de garde rediscute du niveau de soins avec le patient tout en faisant la commande d'un compresseur de nébules auprès du SAD. Le lendemain, l'infirmière de secteur peut prendre le relais pour ce patient qu'elle connaît bien. Le médecin de garde fait un suivi téléphonique avec l'infirmière pendant quelques jours puis retourne le patient à son médecin de famille en cabinet, tout en lui assurant être disponible pour une visite à domicile d'urgence en cas de besoin.
- 4- Madame T. vit en ressource intermédiaire. Elle présente de la confusion et de la température depuis 24h. L'infirmière de la RI a tenté de rejoindre le médecin de famille mais ce dernier n'est pas rejoignable et il ne fait habituellement pas de visites à domicile. L'infirmière de la RI communique alors avec le guichet PPA et fait une demande de SAD aigu. L'infirmière du SAD aigu fait la visite la même journée conjointement avec le médecin de garde, et ensemble ils conviennent d'un plan d'investigation et de traitement pour cette patiente, le tout dans son milieu de vie. Le médecin de garde propose au médecin traitant de suivre cette patiente à long terme puisqu'elle est peu ambulante et que son état de santé s'est détérioré dans les derniers mois. Il s'agit d'une pyélonéphrite aigüe traitée sur place.
- 5- Monsieur B. âgé de 86 ans souffre d'une démence mais il est habituellement très stable. Il est connu du SAD par un travailleur social et a un médecin de famille en cabinet. Un jour, il devient très agité et refuse de manger. Un membre de la famille rejoint le T.S du CLSC qui demande de l'aide de son infirmière de secteur. Cette dernière est débordée et ne peut faire la visite aujourd'hui. Le médecin de famille pratique hors du quartier et ne fait pas de VAD. Le T.S. fait alors une demande au

SAD aigu qui intervient le jour même. Finalement, on constate que le patient a beaucoup maigri dans les 3 derniers mois, sa famille trouve que la démence a progressé au point où Monsieur B ne reconnaît plus ses enfants, et il est convenu que des soins de confort seraient plus appropriés. Le patient est alors pris en charge par une infirmière pivot en soins palliatifs et le médecin à domicile avise le médecin traitant qu'il assurera les soins de fin de vie à domicile pour ce patient.

PRÉMISSES

- ❖ Le territoire du CIUSSS secteur sud-ouest est densément peuplé (compte environ 140 000 personnes), et cette population est vieillissante et davantage touchée par la maladie comparativement à d'autres quartiers de Montréal.
- ❖ Les infirmières du SAD ont souvent des horaires de visites à domicile préétablis et elles n'ont pas toujours la possibilité de faire une visite urgente pour un cas non prévu. De plus, elles ne sont pas toutes formées pour être capable d'évaluer un cas gériatrique déstabilisé.
- ❖ Un service infirmier et médical dédié aux visites urgentes pourrait couvrir les demandes de visites qui n'entrent pas dans l'horaire de l'infirmière de secteur pour offrir des soins rapides aux patients ayant une décompensation aiguë de leur état de santé si celle-ci peut être traitée à domicile.
- ❖ Actuellement, les médecins à domicile du CLSC de Verdun offrent une garde pour leurs patients inscrits et connus des services à domicile. On croit que l'on pourrait étendre la mission de cette garde aux patients qui sont également inconnus de l'équipe médicale à domicile pour une intervention ponctuelle.
- ❖ En évitant une hospitalisation à une personne âgée, vulnérable ou en perte d'autonomie, nous diminuons le risque qu'elle
 - Subisse une escalade d'investigations et de consultations en spécialités qui ne sont pas toujours requises;
 - Développe un déconditionnement et un délirium;
 - Attrape une infection nosocomiale.

OBJECTIFS DU PROJET

- ❖ Offrir un service rapide de soins infirmiers et médicaux **aigus** à domicile pour la clientèle en perte d'autonomie ou ayant un profil gériatrique, orpheline ou qui ne parvient pas à voir son médecin de famille rapidement.
- ❖ Soutenir les médecins de famille du territoire qui suivent cette lourde clientèle.
- ❖ *Minimiser les visites à l'urgence et les hospitalisations pour cette clientèle.*
- ❖ Agir en complémentarité des soins à domicile déjà existants, mais en offrant une **garantie d'accès ouvert**, i.e. de visites à domicile *rapides* pour des cas *urgents* connus ou non du service.
- ❖ Éviter une hospitalisation pour les cas limites se retrouvant à l'urgence et pouvant être retournés à la maison avec un **suivi infirmier et médical rapproché à domicile**.
- ❖ Raccourcir les hospitalisations inévitables en permettant un retour précoce à la maison avec **suivi infirmier et médical rapproché à domicile**.
- ❖ Générer des économies pour le CIUSS en minimisant le fardeau financier des malades avec affections chroniques fréquemment hospitalisés.
- ❖ Évaluer le rendement du programme dans le but de juger de la pertinence de rendre permanente le service de SAD aigue et de déterminer les ressources nécessaires à son implantation officielle et/ou à son expansion.

CLIENTÈLE CIBLE ET CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ AU SERVICE

- ❖ Personne de plus de 18 ans.
- ❖ Sur le territoire du CIUSSS Centre-Est secteur Sud-Ouest, personne résidant à son domicile, dans une résidence privée pour personnes âgées ou dans une ressource intermédiaire.
- ❖ Personne présentant une ou plusieurs maladies chroniques (diabète, insuffisance cardiaque, insuffisance rénale, maladie cardiaque, maladie dégénérative du système nerveux, maladie pulmonaire obstructive chronique, etc.)
- ❖ Personne en perte d'autonomie ou ayant un profil gériatrique présentant un problème de santé aigu avec perte de mobilité la rendant incapable de se déplacer pour chercher des soins ambulatoires (cabinet, CLSC, cliniques externes).
- ❖ Personne présentant une plainte aiguë correspondant à la capacité de l'offre de service du SAD aiguë.
- ❖ **Aucune visite de courtoisie : il doit s'agir d'un épisode aigu avec perte de mobilité;**

LE FONCTIONNEMENT DU SERVICE

- ❖ Composition et rôles de l'équipe du SAD aigu
 - 2 Infirmières dédiées au SAD aigu formées et travaillant en étroite collaboration avec des médecins à domicile (mentorat)
 - Assurent une garde pour le service de 8-20h, 5 jours semaines
 - Effectuent la visite à domicile en moins de 24 heures.
 - Évaluent les problèmes, font l'examen physique ciblé, émettent une hypothèse diagnostique et initient un traitement lorsque cela s'applique.
 - Communiquent avec le médecin de garde au besoin.
 - Peuvent référer au 9-1-1 au besoin si la stabilisation à domicile est impossible.
 - Font la promotion du programme de SAD aigu auprès des intervenants de la région.
 - Médecin de garde, disponibilité 24/24, au sein de l'équipe existante de VAD du CLSC de Verdun
 - Répond aux appels de l'infirmière de SAD aigu
 - Visite à domicile si nécessaire
 - Infirmières régulières de garde de soir du CLSC et équipe du GIMA en disponibilité de nuit
 - Impliquées au besoin pour la continuité des soins déterminés par l'infirmière et le médecin du SAD aigu.

- ❖ Origine des demandes
 - Du médecin de famille qui ne peut faire la visite à domicile pour un de ses patients qui présente une détérioration aiguë;
 - Du médecin urgentologue qui aimerait congédier plus rapidement un patient de l'urgence avec un relais rapide de prise en charge à domicile pour poursuivre les soins aigus en cours;
 - D'une infirmière de secteur en soins à domicile qui ne peut visiter un de ses patient qui présente une décompensation aiguë de son état de santé et qui nécessite une évaluation urgente (les infirmières de secteur du SAD ont habituellement des journées remplies qui laissent peu de place aux urgences non planifiées);
 - Du médecin hospitalier qui accepterait de donner congé au patient à condition qu'il puisse être vu le lendemain par l'équipe du SAD aigu;

- Patients ayant déjà utilisé le programme de SAD aigu présentant un nouvel épisode éligible (demande via PPA).
- ❖ Contenu des demandes
 - Identification du patient
 - Médecin référant +/- le médecin traitant avec coordonnées
 - L'identification du problème aigu sous forme « d'hypothèse diagnostic » et/ou de symptômes nouveaux ou aggravés
 - La nature de l'intervention demandée : évaluation initiale (patients référés par un médecin famille qui ne peut pas évaluer son patient rapidement) vs suivi d'un traitement déjà initié à l'urgence ou à l'hospitalisation.
 - Description du traitement en cours si cela s'applique
 - Liste des antécédents médicaux pertinents
 - Liste de la médication à jour
 - ❖ Traitement des demandes
 - Les demandes de SAD aigu passent par le guichet PPA (Personne en Perte d'Autonomie).
 - L'infirmière du guichet PPA détermine si la demande remplit les critères de SAD aigu et l'achemine à l'infirmière de garde pour le SAD aigu.
 - L'infirmière du SAD aigu fait une première visite en dedans de 24h en semaine et tente d'abord de rejoindre le médecin traitant du patient.
 - En cas de non disponibilité du médecin traitant ou de son impossibilité de faire une VAD rapide, le plan de traitement et de suivi est établi en conjonction avec le médecin de garde des SAD.
 - ❖ Gestion du dossier patient
 - Les notes médicales sont rédigées dans le DME *Kin Logix* par le médecin et l'infirmière SAD aigue (dossier interprofessionnel essentiel pour ces cas instables) : une copie de ces notes est envoyée à l'infirmière de secteur et au médecin de famille traitant au besoin.
 - L'information fournie au moment de la demande peut être complétée via le DSQ, celui-ci étant accessible par les médecins et secrétaires des soins à domicile.
 - ❖ Durée des interventions

- La fréquence des visites infirmières et médicales sera établie au cas par cas selon le besoin.
 - Le suivi infirmier et médical se veut de courte durée (\leq deux semaines).
- ❖ Orientation finale du patient
- Suivant l'épisode aigu, le patient autonome reprend son suivi avec son médecin de famille régulier.
 - Inscription du patient au GACO si le patient n'a pas de médecin de famille (patient référé de l'hôpital ou de l'urgence).
 - Ajustement des services offerts par le CLSC selon les besoins nouveaux ou non préalablement identifiés (ex. : aide au bain, surveillance de la médication et de l'état du patient, etc.).
 - Advenant le cas où le patient remplit les critères d'une prise en charge longitudinale par l'équipe de SAD et que le patient et le médecin traitant désirent un transfert à nos services, une prise en charge par l'équipe médicale à domicile pourra être initiée.

ÉVALUATION DU PROJET

- ❖ Évaluer la capacité du guichet PPA à absorber les demandes.
- ❖ Questionnaire de satisfaction du patient (données subjectives, pas de comparatif).
- ❖ Formulaire de données objectives des cas de SAD aiguë (cf. annexe 1) qui permettra d'établir des statistiques relatives aux profils épidémiologiques des utilisateurs du service, à leurs pathologies aiguës (diagnostic et traitement) et à leur orientation en fin de suivi.
- ❖ Certaines données objectives (utilisation d'O₂, antibiotiques IV...) et subjectives (opinion du patient, de l'infirmière et du médecin) nous permettront d'estimer le nombre de visites à l'urgence et d'hospitalisation évitée.
- ❖ Nous pourrions estimer les économies générées par le programme de SAD aigu en multipliant la durée moyenne d'hospitalisation selon le diagnostic principal et l'âge (Statistique Canada) par le coût quotidien d'hospitalisation dans les établissements du CIUSSS secteur sud-ouest. Nous soustrairons de ce chiffre le coût des opérations du SAD aigu.

BESOINS POUR L'ÉTABLISSEMENT DU PROJET PILOTE

- ❖ 2 nouveaux postes infirmiers temps pleins (8-16h et 12-20h) en semaine (lundi au vendredi) avec possibilité de cumul des tâches en cas d'absence d'une infirmière SAD aigu par l'autre infirmière.
- ❖ 2 ordinateurs portables avec licence « *Kin-Logix* » pour les infirmières, qu'elles pourront emmener à domicile comme le font les médecins du CLSC. L'équipe de médecins à domicile a déjà le matériel informatique nécessaire. Le secrétariat des infirmières SAD aigu sera celui des médecins à domicile au CLSC de Verdun.
- ❖ 2 téléphones cellulaires pour les infirmières.
- ❖ Locaux et équipement pour les infirmières.
- ❖ Budget de formation complémentaire pour les infirmières SAD aigu (gestion des crises médicales, évaluation à domicile, examen physique). Mais l'essentiel de leur formation rehaussée sera fait grâce aux visites conjointes avec les MD SAD aigu à domicile (mentorat).
- ❖ Budget pour l'achat de matériel pour les infirmières.

ORGANISATION LOGISTIQUE À DÉVELOPPER

- ❖ Algorithme décisionnel pour infirmière du guichet PPA (critères d'admissibilité au service SAD aigu).
- ❖ Détermination des actes dispensables à domicile
 - Corridor de services à établir avec le SRAD pour faciliter l'obtention d'oxygène en urgence, quelquefois de façon temporaire seulement, avec services d'inhalothérapie urgence.
 - Contact déjà en place avec CALEA pour perfusions (antibiothérapie, pompes d'opiacés ou autre médication).
 - Accès facilité au plateau technique de l'hôpital de Verdun (corridor de service entre les infirmières SAD aigu et infirmière accueil clinique de l'hôpital de Verdun).
 - Traitements d'inhalothérapie à domicile complémentaires au SRAD par les infirmières du SAD aigu
 - Etc...
- ❖ Établir le contenu de la trousse de travail de l'infirmière SAD et établir un corridor de service pour l'approvisionnement de matériel (i.e. pharmacie hôpital de Verdun).
- ❖ Mettre en place les ordonnances collectives infirmières pertinentes du CLSC (ex. : lasix, coumadin, insuline), du CHSLD (ex. : bronchodilatateurs, antiémétiques, analgésiques, hydratation, etc.) et d'autres sources (protocole de suivi d'insuffisance cardiaque de l'Institut).
- ❖ Établir une liste des médecins de famille du territoire du Sud Ouest (coordonnées lieu de pratique, cellulaires, téléavertisseurs).
- ❖ Établir un plan de promotion du service en prévision de son implantation (visite de cabinets, rencontre des hospitalistes, urgentistes, infirmières de secteurs...)

PERSPECTIVES DE D'EXPANSION

- ❖ Étendre l'horaire de service (fins de semaine et jours fériés).
- ❖ Intégrer chaque cohorte de résidents de l'UMF de Verdun dans ce modèle de soins à domicile aigus afin d'augmenter leurs habiletés cliniques et leur intérêt pour ce type de pratique.
- ❖ Permettre un accès direct aux grands consommateurs des services d'urgence (via guichet PPA).
- ❖ Étendre le service aux autres territoires du CIUSSS Centre-Est.
- ❖ Permettre l'accès au service via le 811.

ANNEXE 1 – DONNÉES STATISTIQUES DU SAD AIGU

Un formulaire sera rempli par l’infirmière suivant chaque épisode de soin et incluant les informations suivantes :

- Étiquette d’identification du patient
- Diagnostic principal de la condition aiguë
- Diagnostics secondaires ou complémentaires : liste des conditions chroniques
- Intervenant à l’origine la demande (médecin en cabinet, urgence, hospitalisation ou infirmière secteur)
- Données épidémiologiques pertinentes
 - Milieu de vie (domicile, CHSLD, RI etc.)
 - Vit seul, avec conjoint, enfant ou autres aidants naturels.
 - Connu ou non des soins à domicile du CLSC.
 - Avec ou sans médecin de famille.
 - Avec ou sans médecin de famille qui fait des visites à domicile
 - Avec ou sans médecin de famille rapidement (moins de 24h en semaine) disponible
- Durée de suivi au SAD aigu
- Nombre de visites infirmières et médicales pendant tout l’épisode du SAD aigu
- Évaluation rétrospective des critères d’admissibilité :
 - Est-ce que le patient était vraiment incapable de se mobiliser?
 - Est-ce qu’il présentait vraiment une condition aiguë?
 - Est-ce que l’accès au médecin de famille était impossible rapidement ?
 - Est-ce que l’accès à l’infirmière de secteur était difficile ou impossible rapidement ?
 - Est-ce que la lourdeur du cas dépassait les capacités de l’infirmière de secteur ?
- Une description des soins techniques nécessaires
 - Prises de sang
 - Oxygénothérapie
 - Hydratation iv
 - Antibiothérapie iv
 - Traitement d’inhalothérapie (nébulisations, autres)
 - Médication orale donnée
 - Accès au plateau technique hospitalier pour des traitements ou de l’investigation
- Est-ce que l’intervention du SAD aigu a permis d’éviter une visite à l’urgence et/ou une hospitalisation selon l’opinion de l’infirmière et du médecin de SAD aigu ?
- Orientation finale du patient
 - Retour au MD de famille
 - Inscription au GACO si orphelin
 - Ajout de services CLSC (aide au bain, popote roulante, etc.)
 - Soins palliatifs à domicile (équipe dédiée à domicile du CIUSSS)
 - Inscription à l’équipe de médecins à domicile
 - Envoi (ou non) du sommaire SAD aigu au médecin traitant
- Données prospectives
 - Nombre de visites à l’urgence.

ANNEXE 2 – BIBLIOGRAPHIE

- De Jonge, E et al; **Effects of Home-based Primary Care on Medicare Cost in High-Risk Elders;** Journal of the American Geriatrics Society; JAGS 2014.
- Bindman, AB et al; **Medicare payment for chronic care delivered in a patient-centered medical home.** JAMA 2013; 310:1125-1126.
- Jencks, SF et al; **Rehospitalizations among patients in the Medicare fee-for-service program.** N Engl J Med 2009; 360:1418-1428.
- Jenq, G et al: **The journey across the health “discontinuum” for vulnerable patients: Politics, pitfalls, and possibilities.** JAMA 2012; 307; 2157-2158.
- Edes, T et al; **Financial savings of home based primary care for frail veterans with chronic disabling disease.** American Geriatrics Society Annual Scientific Meeting, 2010.
- Cornette, p; **Early evaluation of the risk of functional decline following hospitalization of older patients: development of a predictive tool.** European Journal of public health 2005, 16; 2; 203-208.
- Foundation canadienne de la recherche en santé (2002); **Evaluation of an Organization for Integrating Physician Services in the Home.** Ottawa.
- Harvey, p. **The role of the specialist nurse in an acute assessment and liaison service. Nursing older people.** 2009vol 21, No 10; 24-28.
- McCusker J, Verdin, J. 2006 ; **Do geriatric interventions reduce emergency department visits ? A systematic review.** Journal of gerontology. Col 61, No1, 53-62.
- Turner, G et al; **Best practice Guidelines for the Management of the Frailty;** a British Geriatrics Society, Age UK et Royal College of General Practitioners, Report; Age Ageing; 2014; 43(6): 744-747.
- Lee, L et al; **La fragilité, détecter les patients âgés à risque élevé d’issues défavorables;** Can Fam Physician 2015; 61; 119-124.
- Cerrato, Paul. **More pressure on PCPs to reduce Hospital readmissions.** Medscape mars 04-2015.
- White, B et al. **Reducing hospital readmissions through primary care transformation.** J Fam pract 2014; 63; 67-74.
- Nelson, Joan et al; **Transitional Care Can Reduce Hospital Readmissions.** An Nurs today, 2015, 10(4).
- Gruneir, A et al. **Unplanned readmissions after hospital discharge among patients identified as being at high risk of readmissions using a validated predictive algorithm.** Open Med, 2011. 5(2); 104-111.
- Kansagara, d et al **Risk prediction models of hospital readmission: a systematic review.** JAMA 2011; 306(15): 1688-98.