

Statistiques de décès a domicile SOV 2000-2016 : le modèle fait ses preuves

Le modèle urbain (grand nombre de patients dans un territoire moins étendu) **le plus efficace = infirmières SAD dédiées** (volontaires) **pour les cas de soins de fin de vie à domicile avec une équipe médicale à domicile regroupant plusieurs CLSC**. Ces infirmières sont en contacts rapides et incessants avec les médecins des patients en fin de vie pour *un suivi médical « à distance »* (textos, cellulaires, télé-chasseurs, nouvelles quotidiennes de l'état changeant du patient). Elles ont aussi rapidement accès aux services SAD requis (équipements de base sans passer par ergo, physio, ergo, travailleur social) : aucun délai, on priorise ces cas.

2000 – 2005: que **10-11% de décès à domicile pour la région SOV (toutes causes) = moyenne québécoise**

2006 –2009: **14,5 % de décès à domicile (toutes causes)**

2015 : **22 % des décès par cancer** pour tout le territoire SOV

2000-2005 : Un seul médecin à domicile dans chaque CLSC SOV, sans infirmière dédiée en soins palliatifs a domicile: les visites de soins palliatifs étaient « imposées » à toutes les infirmières SAD, sans réduction de leur case-load ni de mécanisme de délégation de visites de leurs autres patients plus stables lors des crises palliatives. = hospitalisations fréquentes

2005-2016 : Mise en place progressive d'une équipe médicale (8 à 10 jours de visites par semaine en 2016) en CLSC desservant progressivement 3 CLSC, 5/5 jours sur la route pour les urgences (garde téléphonique 7 jours) : travail conjoint avec des **infirmières SAD des CLSC dédiées aux cas de soins palliatifs, expertes** car elles ne voient que des cas de fin de vie instables ou potentiellement instables (case-load réduit à un maximum de 15-20 patients vs 60-80 infirmière SAD). Elles ont le droit de déléguer à la dernière minute des visites de leurs autres patients plus stables pour prendre en charge des crises palliatives : toute l'équipe infirmière SAD participe ainsi à l'objectif du maintien à domicile des patients en fin de vie.

Le taux de décès à domicile est un indice reconnu de la qualité des soins palliatifs à domicile en Occident, directement proportionnel à la mise en place d'une *équipe « complète » de soins palliatifs à domicile* incluant les services d'urgences:

- AFS tant que nécessaire (avec l'aide de la *Fondation Jacques Bouchard et Nova à domicile*) +
- médecins à domicile 5 jours sur 5 pour les visites urgentes, expérimentés en soins palliatifs à domicile +
- infirmières pivot dédiées et expérimentées en soins palliatifs 7 jours/7jours
- garde infirmière 24 heure expérimentée avec déplacements au besoin 24 h
- infirmières autorisées à mettre en place l'équipement requis le jour même,
- une direction qui priorise les cas de fin de vie

Infirmières dédiées : ce ne sont pas des ajouts de postes, plutôt une **réorganisation des case-loads infirmiers SAD** où l'infirmière dédiée prend les cas en fin de vie des autres infirmières SAD. Mais on doit ajouter, pour chaque infirmière dédiée en soins palliatifs, 30% de temps supplémentaire (un tiers de temps plein) pour le personnel de jour (le temps infirmier requis pour des cas qui seraient sinon en hôpital), et compter les visites supplémentaires le soir et les fins de semaine pour les cas instables. **Moins d'hospitalisations = plus de visites infirmières à domicile.**