

SERVICE DE SOUTIEN À DOMICILE CIUSSS CENTRE-SUD-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL

Présenté à l'équipe du MSSS

16 Septembre 2016

PLUS FORT
AVEC VOUS

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

Québec 

Notre modèle : une fierté



- Modèle **unique** et **novateur** développé sur le territoire de l'ancienne composante du Sud-Ouest–Verdun
- Un modèle rendu possible grâce à la **mobilisation concertée** de plusieurs acteurs issus du milieu médical et du milieu professionnel
- Volonté du C.A. de prioriser l'offre de services en soutien à domicile et d'allouer les ressources nécessaires à son succès
- Le client et sa famille sont placés au centre de toutes les décisions
- Le développement de notre offre de services s'appuie d'abord et avant tout sur **l'action en interdisciplinarité.**

Portrait de la population du CCSMTL

- Plus du quart de la population (**28 %**) du CIUSSS vit sous la mesure du faible revenu, comparativement à **24 %** pour la population de Montréal
- La proportion de personnes âgées de 65 ans et plus est moins élevée que pour l'ensemble du territoire montréalais (**12,8 %** comparativement à **16 %** pour Montréal)
- La proportion d'aînés vivant seuls est la plus élevée de toute la RSS
- Plus d'un aîné sur deux vit seul sur le territoire Jeanne-Mance (**54,3 %** contre **35,8 %** à Montréal)
- L'espérance de vie y est moins élevée que la moyenne montréalaise
- L'incidence du cancer est plus prononcée que dans le reste de la région montréalaise.
- **25 %** de la population est fumeuse

Portrait de la population (suite)

- Le tiers de la population du CIUSSS est touché par les maladies chroniques, dont **70 %** sont des personnes âgées de 65 ans et plus
- À Montréal, la plus forte prévalence des maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC) se trouve dans notre CIUSSS
- Taux d'hospitalisation pour les maladies de l'appareil circulatoire et de l'appareil respiratoire supérieurs à ce qui est observé à Montréal
- L'accès à un médecin de famille représente un défi majeur pour notre CIUSSS. Nous avons développé un plan d'action basé sur une approche personnalisée auprès des médecins de notre territoire.
- Taux d'hospitalisation globalement plus élevé sur le territoire du CIUSSS qu'ailleurs à Montréal et au Québec, notamment en médecine (**45,5 %** contre **38,7 %** pour Montréal) et en psychiatrie (**5,9 %** contre **4,3 %** pour Montréal).

Leçons apprises



- **L'interdisciplinarité « en action »** est gagnante pour le client
- Ce travail **interdisciplinaire « en action »** permet d'optimiser l'utilisation des compétences des intervenants et médecins
- La présence médicale avec une garde médicale à l'intérieur des équipes du SAD permettent une intervention médicale au moment opportun
- L'appartenance des travailleurs sociaux de l'hôpital à la direction SAPA est gagnante
- La spécificité de la lourdeur des cas de soins palliatifs est reconnue par la direction.

Leçons apprises (suite)



En deux mots

- Il coûte moins cher d'investir en SAD que de garder un patient à l'hôpital lorsqu'il pourrait être soigné à domicile (risques de complications et de déconditionnement pour la personne âgée).
- Les patients désirent être soignés dans leur milieu de vie
- Ceci ne peut sans faire sans une ouverture et une grande souplesse par rapport au suivi financier et à l'évaluation de la performance.

Le SAD secteur SOV en quelques chiffres



Pour l'année 2015-2016

- **1955** usagers desservis en SAD longue durée
- **402** usagers desservis en soins palliatifs à domicile avec une intensité moyenne de **36,2** interventions par usager
- Répartition de la clientèle par profils Isosmaf :
 - **38 %** profils 1-2-3
 - **37,9 %** profils 4-6-9
 - **20,3 %** profils 5-7-8-10
 - **4,1 %** profils 11-12-13-14

Budget SAD : heures travaillées

Budget annuel des heures travaillées

	2016-2017	2015-2016	2014-2015
Heures travaillées			
CSSS Jeanne-Mance	337 453	325 433	319 274
CSSS Sud-Ouest-Verdun	368 807	356 381	339 584
Total	706 260	681 814	658 858
Chèque emploi service (Allocations directes)			
CSSS Jeanne-Mance	108 734	110 101	110 432
CSSS Sud-Ouest-Verdun	81 614	81 612	71 152
Total	190 348	191 713	181 584
Heures travaillées incluant le chèque emploi service			
CSSS Jeanne-Mance	446 187	435 534	429 706
CSSS Sud-Ouest-Verdun	450 421	437 993	410 736
Total	896 608	873 527	840 442

Objectifs

des soins à domicile pour la clientèle de longue durée et de soins palliatifs

Offrir une gamme complète de soins et de services à la clientèle habitant sur notre territoire afin de leur éviter une hospitalisation, de retarder son hébergement en les accompagnant jusqu'à la fin de leur vie.

Notre offre de soins palliatifs à domicile

- Présence d'une équipe dédiée sur le territoire du Sud-Ouest-Verdun
- Rôle important de **l'infirmière pivot dédiée**/expérimentée pour les soins palliatifs et la coordination des services
- Grande implication médicale de l'équipe du SAD de Verdun en soins palliatifs à domicile, avec les infirmières pivot en soins palliatifs
- Garde médicale et infirmière 24/24h/7jours
- Partenariat exceptionnel avec la **Fondation Jacques Bouchard** (compléter l'offre de service des CLSC de la province) et l'organisme **NOVA Montréal** qui permet un ajout de services à l'offre du SAD (complémentarité).

Notre offre de soins palliatifs à domicile : une approche intégrée

- Véritable travail interdisciplinaire « **en action** » à **domicile**, avec le patient et ses proches (ex-visites conjointes)
- Présence d'une équipe médicale sur place au soutien à domicile, qui effectue les visites à domicile rapidement, le jour même au besoin
- Processus accélérés d'obtention des équipements et services (pas de « liste d'attente » en soins palliatifs)
- Lien important avec l'Hôpital de Verdun (éventuellement avec l'Hôpital Notre-Dame) pour accélérer les congés vers le domicile, obtenir un traitement ou une consultation sans passer par l'urgence.
- Travail en partenariat avec les autres directions, les GMF, cliniques médicales, les fondations, les organismes communautaires, etc.

Statistiques : décès à domicile par cancer SOV (2000-2013) augmente chaque année

- Le **taux global de décès à domicile** (tumeurs) au Sud-Ouest Verdun est passé de **10,7 %** en 2000 à **22 %** en 2013: le travail de notre équipe paraît sur les statistiques globales de décès du territoire .

2000 – 2002 : 10 % de décès à domicile

2003 – 2005 : 11 % de décès à domicile

2006 – 2009 : 14,5 % de décès à domicile

2010 – 2013 : 22 % de décès à domicile

Coût unitaire d'une intervention infirmière à domicile (2015)



Cas gériatrique (profil 710):

- Coûts unitaire par intervention (soins infirmiers et aide à domicile combinés) = **46,36 \$**

Soins palliatifs à domicile (profil 121): cas plus instables médicalement = couts supérieurs (mais moins élevés qu'en milieu hospitalier)

- Coûts unitaire par intervention (soins infirmiers et aide à domicile combinés) = **65,46 \$**

Collaboration avec l'Hôpital de Verdun: le retour en milieu de vie est priorisé

- L'équipe des travailleurs sociaux de l'hôpital relève de la direction SAPA: **objectif commun** de retour en milieu de vie si possible
- Diffusion d'un tableau des taux d'occupation de l'urgence, des lits d'hospitalisation et du nombre d'usagers en NSA à la DSI, DSP et direction SAPA 3 fois par jour
- Gestion hebdomadaire des suivis des NSA en collaboration avec DSI et direction SAPA
- Suivi hebdomadaire des NSA avec le SAD
- Discussions de cas au besoin en plus de cette rencontre
- Diffusion quotidienne d'un tableau sur l'occupation des lits en soins post-aigus et longue durée.

SAD aigu : projet pilote pour les « urgences » à domicile



- Débuté en janvier 2016

Deux infirmières sont présentes 5 jours par semaine pour répondre dans un délai de moins de 24h à une première visite d'évaluation et mettre en place très rapidement un traitement.

Le suivi aigu se veut de courte durée (moins de 3 semaines).

Objectifs du projet SAD aigu

- Offrir un **service rapide** (le jour même) de soins infirmiers et médicaux aigus à domicile pour la clientèle en perte d'autonomie ou avec un profil gériatrique, orpheline ou qui ne parvient pas à voir son médecin de famille rapidement
- **Diminuer les visites à l'urgence et les hospitalisations** et diminuer le nombre de transports ambulanciers
- Diminuer le nombre d'usagers en NSA à l'hôpital de Verdun
- Agir en complémentarité des soins à domicile existants
- Raccourcir les hospitalisations inévitables en permettant un retour précoce à domicile avec un suivi infirmier et médical plus intensif à domicile.

SAD aigu : un modèle novateur



- Évaluation réalisée par des infirmières expérimentées formées (anciennes infirmières de salle d'urgence) avec **équipement rehaussé**
- Appel et/ou visite du médecin à domicile, si nécessaire
- Garde infirmière/médicale 24/24h
- Ordonnances collectives spécifiques aux infirmières
- Trousse de médicaments oraux et intraveineux dans la trousse des infirmières pour donner les traitements prescrits par le médecin
- Accès au dossier médical électronique (DMÉ).

SAD aigu : résultats préliminaires (au 29 août 2016)

- **236** clients vus
- **74 %** des clients étaient connus des services du SAD
- Provenance des références :
 - 53 % des intervenants du SAD
 - 17 % des RI
 - 13 % des médecins et infirmières en cabinets, en GMF ou UMF
 - 5 % des médecins du SAD
 - 3 % des médecins de l'urgence
 - 3 % des infirmières des RPA
 - 2 % de l'hôpital (médecins à l'hospitalisation ou infirmières de liaison).

SAD aigu : résultats préliminaires (suite)

- Moyenne de **40 patients/mois** pris en charge
- **61 %** des clients vus ont évité une visite à l'urgence ou en hospitalisation
- Orientation au congé du SAD aigu :
 - 66 % retour au médecin de famille
 - 30 % au SAD régulier
 - 11 % sommaire SAD aigu envoyé au médecin traitant
 - 8 % référence à l'urgence
 - 6 % référence au GACO ou GAMF
 - 2 % soins palliatifs
 - 3 % ajout de services au SAD
 - 2 % prise en charge par le MD du SAD.

SAD aigu : Évaluation en cours

Évaluation du programme en cours pour connaître l'impact sur:

- Nb visites à l'urgence des plus de 65 ans et plus de 75 ans
- Nb de visites à l'urgence dans les 30 jours suivants l'épisode de soins en SAD aigu et profil de consommation des services hospitaliers de cette cohorte l'année précédent l'implantation du programme
- Évaluation de la satisfaction de la clientèle
- Évaluation de la satisfaction des intervenants et des médecins.

SAD régulier

Projets de développement À court terme

- Implantation d'un rehaussement de services en RPA dans les 2 territoires de RLS
- Implantation d'un projet novateur dans le but de mieux répondre aux besoins de notre population dans les 2 territoires de RLS
- Poursuite du rehaussement des services en SAD.

SAD régulier

Projets de développement à moyen terme

- Poursuivre le repérage de la clientèle à risque sur le territoire
- Intégration d'IPS en ressources intermédiaires
- Transformation des lits de longue durée en ressources intermédiaires (permettra d'atteindre les cibles fixées).

Plan Alzheimer

- Développement des connaissances et des compétences des infirmières en GMF, des médecins et des autres professionnels pour la détection, le diagnostic et le suivi des personnes avec maladie d'Alzheimer et autres troubles neurocognitifs.
- Calendrier de déploiement élaboré pour l'ensemble des **10** GMF du CCSMTL.
- Modèle de soins partagés avec les médecins en GMF et les gérontopsychiatres de l'IUGM pour le suivi des SCPD.
- Formation des infirmières en soutien à domicile.

Plan Alzheimer : actions à venir

- Création d'une équipe ambulatoire de psychogériatrie pour soutenir les équipes de première ligne (à domicile et dans les ressources informationnelles notamment)
- Améliorer la hiérarchisation des services auprès de cette clientèle (utilisation des ressources de première, deuxième et troisième ligne).

Le « modèle Verdun du CIUSSS du Centre-Sud » : une approche efficace et efficiente

- Modèle qui s'appuie sur les **besoins spécifiques** de la clientèle en fin de vie et de celle avec une décompensation aiguë
- Diminution des envois aux urgences et des hospitalisations : **coûts diminués pour le CIUSSS** car le coût par jour (per diem) en hôpital est plus élevé qu'à domicile, même en fin de vie.
- **Augmentation du nombre total de visites à domicile** lorsque ces patients ne sont pas envoyés dans les hôpitaux (ajout d'une infirmière SAD aiguë).
- Une partie des visites d'infirmières dédiées aux soins palliatifs **ne coûte rien** : modification des case-load infirmiers pour concentrer ces cas sur une infirmière
- = ajout net d'infirmières au SAD inévitable pour réduire les hospitalisations évitables.

Coût pour un CLSC de la pratique médicale à domicile



- Une **secrétaire médicale** à temps plein (2 si plus de 250 patients suivis ou si *Unité d'enseignement à domicile*) : 51 653\$/an. Toutes les communications passent par elle. Il faut voir la secrétaire du service médical à domicile comme une secrétaire d'un service hospitalier actif : essentielle.
- Une autre secrétaire médicale pour la remplacer si absente
- Des ordinateurs portables avec dossier médical électronique (DME) pour chacun des médecins à domicile avec licence du DME
- Licence DME pour la secrétaire avec un numérisateur pour toutes les notes et documents à intégrer au DME.

Charge moyenne de patients pris en charge à domicile par un médecin CLSC/milieu urbain

- Un médecin à domicile suit environ **20 à 50 patients/jour/semaine** de visites à domicile

Ex) 8-9 jours médecins/semaine au CLSC Verdun = **440** patients suivis en 2016.

- **Un patient en fin de vie = 10 patients gériatriques SAD** en termes de temps et d'intensité (appels, visites fréquentes). Pour l'infirmière et pour le médecin.
- Regrouper au besoin les médecins de **2 à 3** services SAD de CLSC dans un seul CLSC pour que l'équipe médicale soit assez importante (au moins **4** médecins) pour ne pas s'épuiser, couvrir les 5 jours de la semaine, se soutenir et éviter les bris de services.

Décès à domicile des patients en fin de vie suivis par le CLSC Verdun

10-14 % : moyenne au Québec de décès à domicile, selon la région

- Diagnostic de fin de vie (de toutes conditions, pas seulement le cancer) sans refus de patients ni d'exigence minimale d'espérance de vie : **Pas de liste d'attente. Les besoins du patient déterminent les services**
- **125 à 150 cas** de fin de vie par année suivis par l'équipe médicale couvrant SOV Verdun et Saint-Henri et Pointe-Saint-Charles.
- **60 %** de décès à domicile de nos patients en fin de vie contre **10 %** quand le patient n'est pas suivi par un médecin à domicile intégré au SAD du CLSC.

Une prise en charge efficace des cas médicalement instables

- Identifier les patients médicalement instables inscrits au SAD du CLSC: récente hospitalisation ou séjour aux urgences, fin de vie
- Mettre en place un tandem infirmière pivot/MD pour ces patients
- Concentrer les cas de soins palliatifs: infirmières pivot expérimentées
- Médecins à domicile pour tous ces patients : équipe médicale intégrée, sur place au CLSC, garde 7 jours 24 h
- Souplesse de l'organisation de travail du tandem infirmière/MD
- Organisation du travail médical pour une efficacité accrue (= prendre plus de patients en charge): « suivi à distance » téléphonique, quotidienne au besoin, avec l'infirmière à domicile

Équipe médicale à domicile = pagette, cellulaires et DME = véritable prise en charge

- **Réponse pendant la semaine** pour les appels concernant ses patients.
- Garde téléphonique 24 h/365 jours par l'équipe médicale grâce au dossier médicale électronique (DME).
- **Dossier médical électronique avec tablettes à domicile et routeur sans fil : une absolue nécessité.** Le médecin peut ainsi communiquer avec la secrétaire en temps réel pendant sa visite à domicile pour les demandes de service.
- Une **secrétaire médicale** (toujours remplacée lorsqu'absente, comme en hôpital) prend rapidement les appels des patients et des infirmières et fait le relai entre les médecins et le personnel du SAD pour obtenir les équipements et services requis.

Unités académiques d'enseignement à domicile : former la relève partout au Québec

- ***L'Université de Montréal*** (Département de médecine familiale - Dr Paule Lebel) met en place depuis 2014 des ***Unités académiques d'enseignement à domicile interprofessionnelles*** dans ses 14 UMF : en rapide cours d'implantation.
- Le MSSS (directions universitaire /PA) a entériné ce programme *d'Unités académiques* et supporte son implantation dans les 3 autres départements de médecine familiale.
- **Toutes les UMF de la province devront développer une *Unité d'enseignement à domicile* dans leur CLSC local.**

Constats



- Le CIUSSS CSMTL doit poursuivre son développement de stratégies d'intervention pour la prise en charge des personnes âgées du territoire en amont et en aval de l'hôpital
- Obligation d'agir et d'innover

Conclusion



- L'analyse des besoins de notre population doit mener à des actions concrètes
- Avoir une vision financière globale et non par programme, nécessite parfois une réallocation des ressources
- Nous avons une responsabilité comme CIUSSS d'adapter et de transformer nos services pour mieux répondre aux besoins
- Continuer d'innover en SAD, faire preuve de créativité et oser sortir des sentiers battus
- Travailler en interdisciplinarité en action
- Intégrer une équipe médicale dans l'équipe de SAD
- Travailler en partenariat avec les organismes de territoire
- Offrir une gamme de services qui soient complémentaires et basés sur les meilleures pratiques.

Conclusion



- **L'accès** à des services de première ligne comme ceux offerts dans le cadre du SAD est une **voie à privilégier**.
- **Investir** dans le développement d'un modèle efficace et efficient diminue le recours aux services hospitaliers.
- Le SAD permet également des **gains importants** dans l'atteinte de notre objectif visant à offrir le bon service au bon patient au bon moment et à moindre coût.

MERCI!

PLUS FORT
AVEC VOUS

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

Québec 



**PLUS F●RT
AVEC V●US**



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

Québec 