

La transition des Personnes entre les urgences et la première ligne des soins: étude exploratoire

Marlène Karam, inf., Ph.D

Pre adjointe – Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal

Équipe de recherche (Université de Montréal):

Pre Maud-Christine Chouinard, inf., Ph.D

Loïc Vermeulen, inf., MS (c)

Pr Arnaud Duhoux., inf., Ph.D

23 mars 2023

Université 
de Montréal et du monde.

Déclaration de conflit d'intérêts

Les chercheur.e.s n'ont aucun conflit d'intérêts à déclarer pour cette présentation.

Le projet a bénéficié d'une subvention institutionnelle_Subvention d'exploration (CRSH).

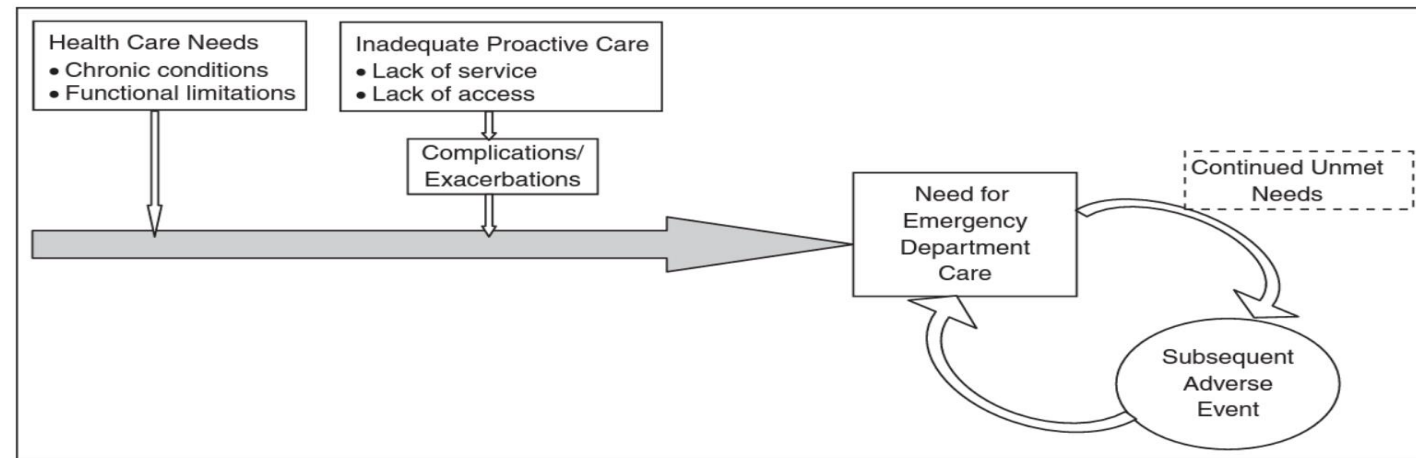
Plan de la présentation

1. Problématique
2. Objectif de l'étude
3. Méthodologie
4. Résultats
 - Expériences et phénomènes d'arrimage actuels
 - Pistes d'amélioration
5. Discussion
6. Questions.

Problématique

- L'utilisation des services d'urgence est croissante:
 - 124 salles d'urgence et 2.8 millions de visites annuellement (CSBE, 2017);
 - Les patients se présentant aux urgences sont sensiblement plus âgés et ayant des besoins complexes (Chiu et al., 2020);
 - Au Québec, **16% des patients ont fait trois visites ou plus dans la même urgence au cours de l'année** (entre 2014 et 2017) (CSBE, 2017);
- 61% qui se présentent aux urgences pourraient être traités en première ligne plutôt qu'à l'urgence (CSBE, 2016);
- Ces visites ne sont pas toutes évitables !

Modèle conceptuel illustrant les facteurs qui influencent l'utilisation des services d'urgence par les personnes âgées (Gruneir et al, 2011)



Problématique

Les services d'urgence ne sont pas les milieux optimaux pour le suivi des patients ayant des besoins complexes surtout les personnes âgées.

Rediriger les gens vers les professionnels appropriés pour répondre à leurs besoins = priorité ministérielle.

Les personnes âgées courent un risque élevé d'évènements indésirables lors de leurs transitions: la réadmission, la perte de capacité fonctionnelle, et le décès (Liebzeit et al., 2021)

Au Québec:

- Les liens formels et informels entre les équipes des deux lignes sont peu développés (CSBE, 2016, p. 11), et la communication est sous-optimale. A titre d'exemple, seulement 9% des médecins de famille du Québec reçoivent systématiquement un avis lorsqu'un de leurs patients a été vu à l'urgence (CSBE, 2016, p11);

Le manque de communication et de coordination entre les services d'urgences et la première ligne conduit à une inefficience des soins et augmente de risque d'erreurs médicales (Flowers et Shade, 2019);

- Des fonctions de coordination et d'autres initiatives récentes existent entre les deux lignes de soins.

Objectifs de l'étude:

- Explorer la coordination entre les équipes de soins et des services sociaux de la première ligne de soins et celles des urgences;
- Décrire les phénomènes d'arrimage actuels entre ces deux lignes;
- Explorer les expériences des équipes en lien avec la coordination actuelle et leurs propositions d'amélioration.

Cadre conceptuel

The Transitional Care model (TCM) (Naylor et al., 2010)



Méthodologie:

- Étude qualitative → entretiens qualitatifs avec des intervenants de différentes disciplines des équipes:

urgences

première ligne des soins (CLSC – GMFU) du CISSSL.

15 intervenants:

infirmières pivots, infirmières de liaison, infirmières cliniciennes, gestionnaire de cas,

Intervenantes réseau,

travailleuses sociales,

médecins de famille,

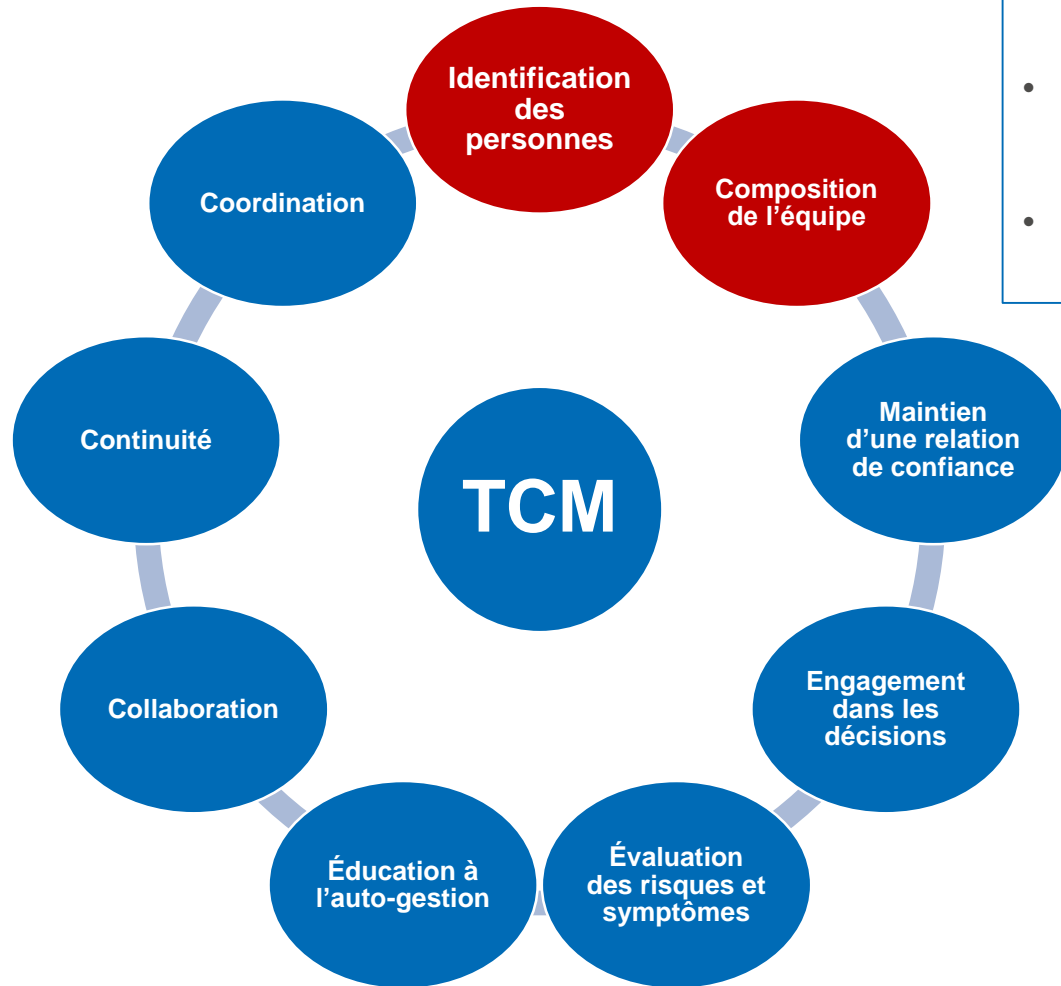
gestionnaires.

Les entretiens ont eu lieu entre juin 2022 et janvier 2023.

Durée: 45 min à 1h.

Approbation du Comité scientifique et d'éthique de la recherche du CISSSL

Résultats



CLSC - SAD

- Infirmière pivot ou TS pivot:
 - 75 ans et plus
 - 74 ans et moins avec des troubles cognitifs
 - Résident sur le territoire de Laval
- Gestionnaire de cas (infirmière ou TS):
 - Patients en « déséquilibre » malgré le suivi du SAD
- Médecin de famille

Urgences:

- Intervenante réseau (infirmière ou TS):
 - Connus du CLSC
- Infirmière de liaison:
 - Tout patient, tout âge: congé, hospitalisation, référence,...

GMFU:

- Infirmière, TS, médecin de famille et gestionnaire:
 - Patients inscrits

Résultats

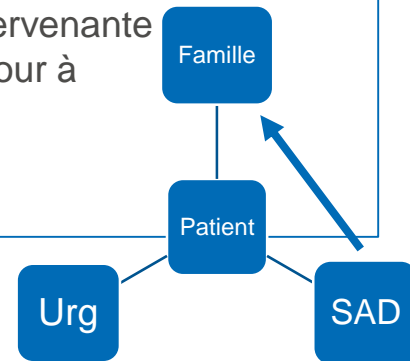


Dans les trois milieux cliniques:

- **Évaluation** (et suivi) des besoins prioritaires du patient, de ses objectifs, des risques: outils standardisés, validés (protocoles nationaux).
- **Implication** d'un membre de la famille dans l'**évaluation**
- **Implication** du patient et de ses aidants proches dans **les décisions**

Triangulation entre famille – infirmière pivot (CLSC) – intervenante réseau (urgence) pour une prise de décision quant au retour à domicile

Lien de confiance plus fort avec l'infirmière pivot



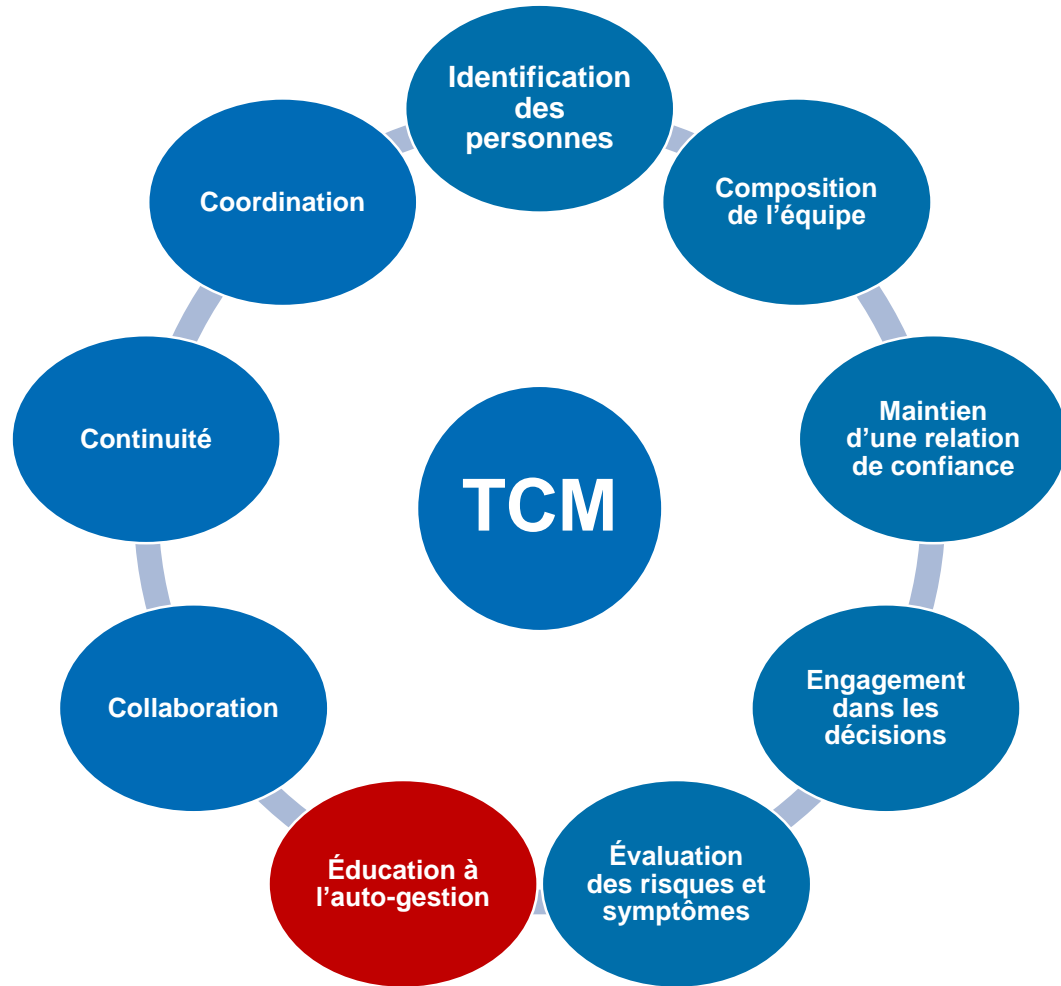
Lien de confiance plus fort avec le MF « parfois le patient m'appelle des urgences, il comprend pas ce que le médecin lui a dit, ou alors le médecin m'a dit ça, je ne veux pas ça, pourquoi il m'a dit ça » (MF – GMFU)

Information: « ... dire à la conjointe: demandez la TS, acceptez pas qu'ils retournent votre conjoint chez vous tout de suite, c'est important qu'ils sachent que vous êtes épuisée » (MF – GMFU).

Le manque de confiance comme conséquence du manque de communication entre les professionnels

« Ben une perte de confiance envers le professionnel mais aussi envers le réseau... » (inf clinicienne, GMFU).

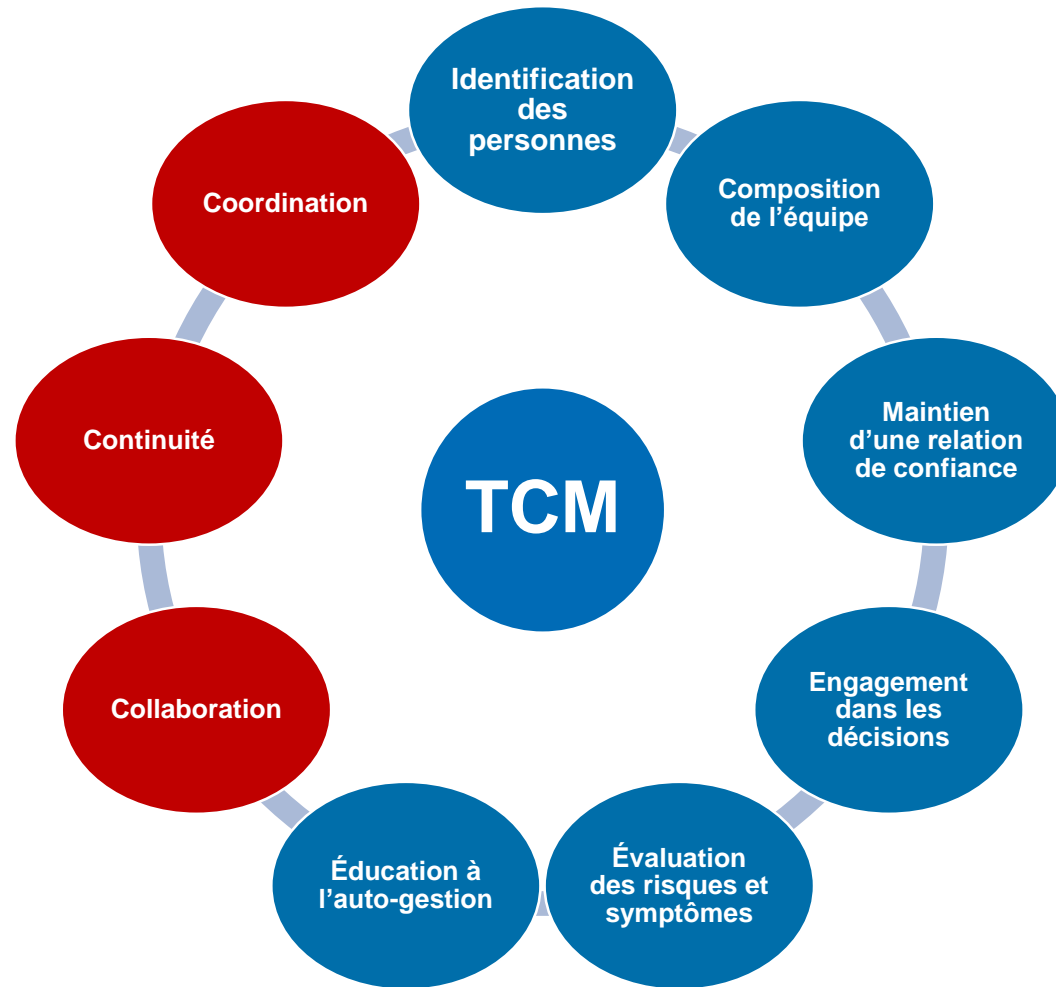
Résultats



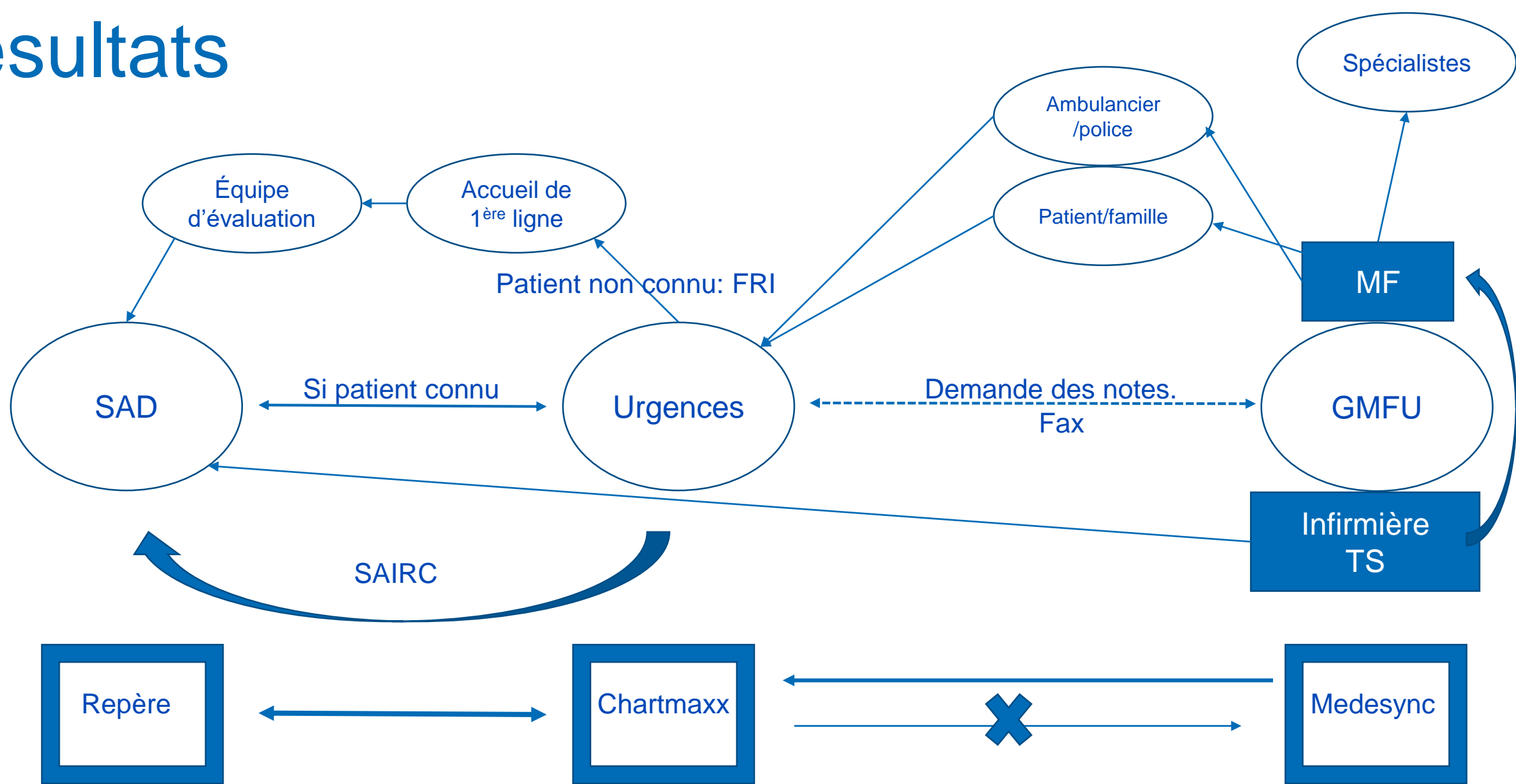
Initiée aux urgences (au patient et/ou un membre de sa famille) et poursuivie en première ligne ou initiée en première ligne;
Implication de différentes disciplines: médecin, infirmière, physio, ergo, ...

Souvent renforcement de l'enseignement fait aux urgences par les intervenants de la 1^{ère} ligne: « *les patients n'ont pas tout retenu, sont nerveux aux urgences, ils reviennent nous voir puis faut qu'on reprenne certaines choses* » (MF – GMFU).

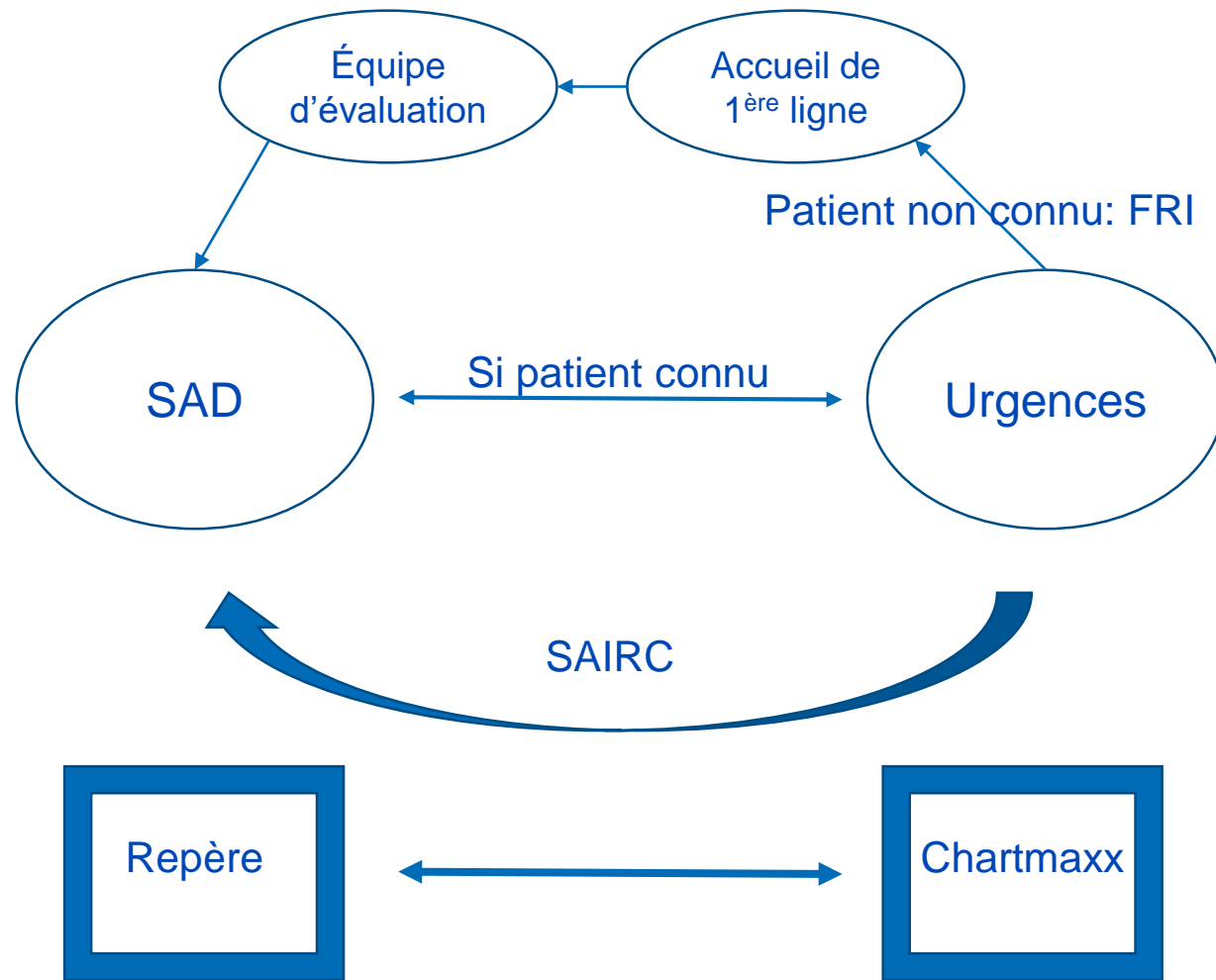
Résultats



Résultats



Résultats



Collaboration et coordination dans les deux sens,

Prise de décision partagée,

Négociation conjointe auprès de la famille,

Renforcées par les dossiers électroniques partagés et les outils informatiques,

« *Moi je trouve que la collaboration est excellente parce que nous, on est là pour les aider, en les appelant en leur disant qu'est ce qui se passe. Parce que eux autres, des fois, ils ont beaucoup de charge de cas, beaucoup de patients... c'est une belle collaboration* » (intervenante réseau_Urg).

« *... Mais surement qu'on aurait intérêt, surtout pour nos patients qui viennent et reviennent et re reviennent et re reviennent encore* » (inf de liaison_Urg).

Résultats

Peu de contacts directs dans les deux sens,

« Peu importe la maladie chronique, lorsque notre patient se retrouve aux urgences, et sort de l'urgence, on a rarement de l'information qui vient de l'hôpital là, ou des fois ça prend 6 mois puis tu reçois une feuille de papier qui dit brièvement ce qui a été fait ». (MF_GMFU)

Le patient comme moteur de la communication

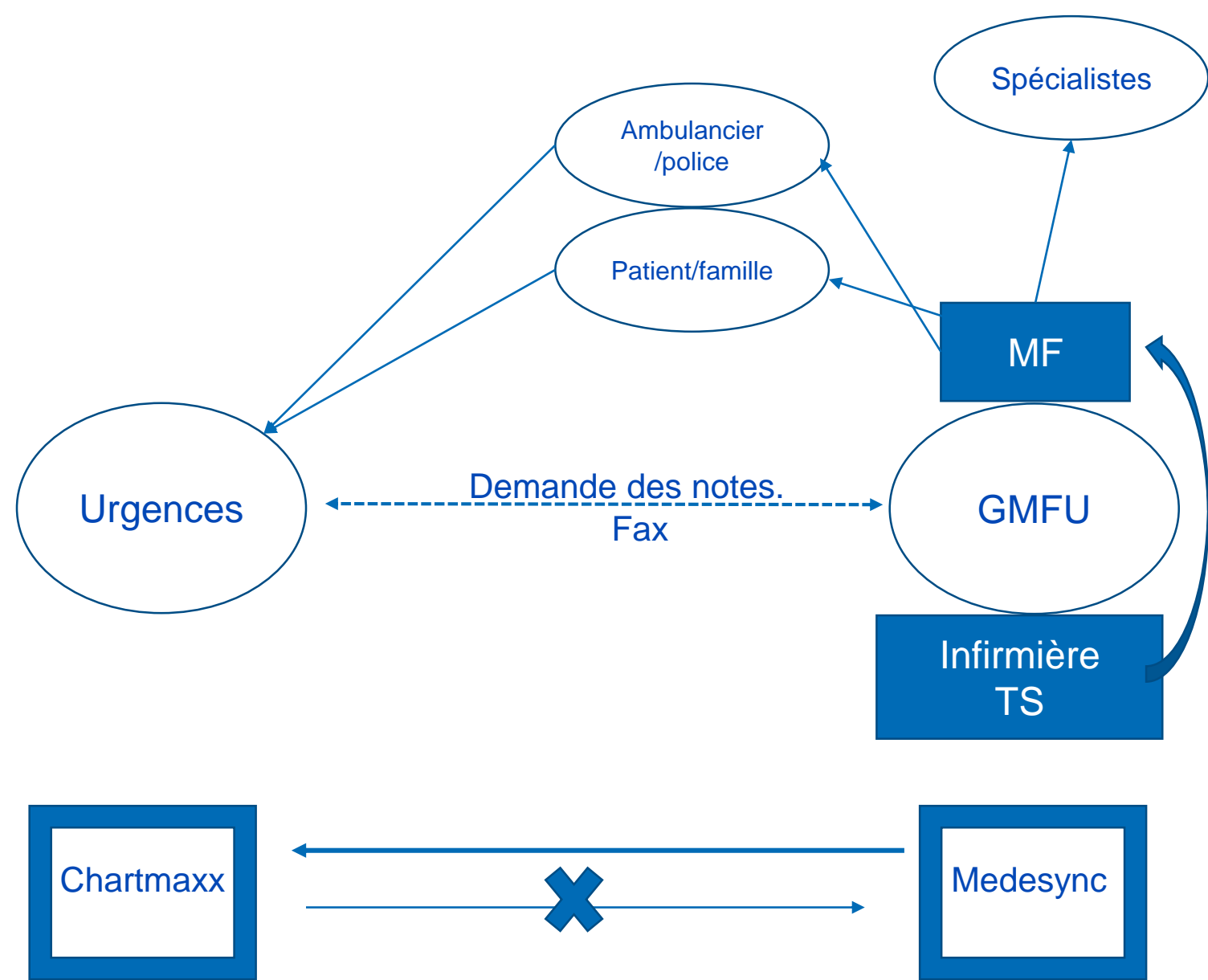
Confiance des MF en l'Hôpital de la Cité !

Reconnaissance de la réalité des urgences et de la charge de travail respective

« Il y a certaines interventions quand on les a lues, je ne comprends pas ce qu'ils ont fait... puis je comprends pas pourquoi on leur ait donné congé... puis de ce que je lis dans les notes, c'est comme si on l'avait envoyé pour rien aux urgences ».

La communication verbale doit être réservée aux cas complexes mais « qu'on arrive à se parler de vive voix »

Outils informatiques « fermés »: « Et ça, ça a été nommé même par Agrément Canada comme étant une problématique... du fait que nos outils informatiques sont très fermés...euh, ça c'est un frein à la communication » (MF_GMFU)



Pistes d'améliorations souhaitées:

Meilleure communication (priorité !)

- Ouverture des dossiers: faut que ça se parle !
- « Mettre la hache dans les Fax ».
- Avoir une feuille sommaire de la visite aux urgences, systématiquement.

Bénéfices perçus:

Meilleure continuité des services pour le patient « *puis surtout avoir l'impression que tu reçois des bons soins peu importe par quelle porte tu rentres et où est ce qu'on t'envoie...que tu es toujours dans une cohérence de suivi là. »*

Éviter la redondance des examens

Meilleure clarification de rôles

- Éducation sur les rôles professionnels respectifs et formation à la collaboration interprofessionnelle
- Créer des espaces collaboratifs de définitions professionnelles
- Des journées d'orientation aux urgences et au GMFU (échanges de stagiaires)
- Mieux comprendre le rôle des urgences: n'est pas toujours la solution !
- Offre de formation « standardisée » lors de l'entrée en fonction: ressources externes et qui fait quoi, etc.

Pistes d'améliorations souhaitées:

Renforcement des ressources humaines et matérielles

- Mettre en place des corridors de service: faciliterait le suivi du patient par son MF
- Avoir accès à un médecin de garde (pour les inf du SAD): éviterait le recours évitable aux urgences
- Rétention du personnel permanent: augmentation des moyens en première ligne

Discussion

Pistes d'amélioration émises réalistes et faisables sur le moyen terme (?):

- Les outils informatiques existants (SAIRC)
- Note sommaire destinée aux MF
- Formation à la collaboration interprofessionnelle
- Formation à la coordination

Ces expériences ne sont pas généralisables mais elles sont bien spécifiques au contexte étudié.

Les variables « macro » sont cependant communes à l'ensemble de la Province.

Qu'en pensent les patients?

Je vous remercie pour votre attention !



Période de discussion et questions
