

LA COLLABORATION ENTRE LES SECTEURS DANS LES SOINS À DOMICILE

MESSAGE CLÉ

L'ÉTUDE SUR LA SÉCURITÉ À DOMICILE A RÉVÉLÉ UN TAUX D'ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES DE 10 À 13 %, SUR UNE PÉRIODE D'UN AN, CHEZ LES PATIENTS RECEVANT DES SOINS À DOMICILE AU CANADA. PLUS DE LA MOITIÉ DE CES ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES AURAIENT PU ÊTRE ÉVITÉS. VOICI LES CAUSES DES ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES CERNÉES PAR L'ÉTUDE : INCOHÉRENCE ENTRE LA FAÇON DONT LES SOINS SONT PLANIFIÉS PUIS PRODIGUÉS, MANQUE D'INTÉGRATION DE L'ÉQUIPE DE SOINS À DOMICILE ET ENTRE LES SECTEURS ET MANQUE DE NORMALISATION DES PROCESSUS, DES EMBALLAGES DE MÉDICAMENTS ET DE L'ÉQUIPEMENT.

IL FAUT ÉLABORER DES MODÈLES DE FINANCEMENT ET DE PRESTATION DES SERVICES QUI FAVORISERONT LA COLLABORATION ENTRE LES PRESTATAIRES DE SOINS À DOMICILE, LES PRESTATAIRES DE SOINS EN ÉTABLISSEMENTS ET LEURS CLIENTS.

CONTEXTE

Les soins en établissements peuvent donner une image faussée sur le rôle et les capacités des soins à domicile; des promesses irréalistes peuvent être faites aux clients.

En même temps, malgré des améliorations dans certains territoires de compétence, la volonté des médecins de satisfaire les besoins uniques des patients des soins à domicile décline (consultations à domicile ou consultations ou communications hors des heures d'ouverture).¹

Selon un sondage récent mené aux États-Unis, 42 % des aînés ayant reçu leur congé de l'hôpital ont par la suite subi un « problème », par exemple ils ont dû être réexaminés, ont eu des difficultés à se faire traiter ou à être suivis.²

Selon une récente étude canadienne, 12,6 % des clients avaient subi une nouvelle hospitalisation dans les 30 jours suivant leur congé, tandis que 20,9 % avaient dû être hospitalisés de nouveau dans les 90 jours. La durée du séjour des clients admis de nouveau était plus longue comparativement à ceux qui en étaient à leur première hospitalisation, et parmi ceux qui avaient été hospitalisés de nouveau, 14 % sont décédés.³ Selon une autre étude récente menée au Canada, 16 % des hospitalisations urgentes suivant un congé étaient évitables.⁴

DONNÉES

L'étude sur la sécurité à domicile a permis de discerner plusieurs faiblesses systémiques principales qui contribuent aux événements indésirables dans les soins à domicile.

Le fait que les prestataires de service ne sont souvent pas les mêmes, ainsi qu'une mauvaise documentation des processus au domicile du client ont nui à la communication, la rendant inexacte et incohérente, ce qui a provoqué des préjudices pour les clients.

Même si des prestataires de soins payés avaient la responsabilité de divers aspects précis des soins au client, il était fréquent qu'aucune personne n'ait une vue d'ensemble de l'état du patient. Il arrivait souvent qu'on ne sache pas avec certitude quel travailleur de la santé avait la responsabilité et l'autorité d'agir.

La documentation inadéquate concernant l'état d'un client aidant, l'intervention indiquée était moins souvent prodiguée et l'éventualité des préjudices pour le client augmentait.

En l'absence d'une communication fiable entre les points de transition, souvent entre les soins de courte durée, les soins à domicile, les soins primaires et les pharmacies communautaires, de l'information requise pour soigner de façon cohérente est perdue et l'éventualité de préjudices augmente pour le client.

RECOMMANDATIONS POUR CRÉER DES MOYENS DE FAVORISER LA COLLABORATION ENTRE LES SECTEURS

- 1 *Affecter aux clients des soins à domicile un seul gestionnaire de cas désigné possédant l'autorité et la responsabilité d'assurer la planification et la prestation de soins d'une qualité constante.*

On doit déterminer de manière précoce si un client a besoin d'un gestionnaire de cas qui a l'autorité et la responsabilité de tous les secteurs. Cette décision doit être prise conformément à des critères normalisés et basés sur des faits. Ce type de gestionnaire de cas doit être extrêmement visible et ses responsabilités doivent comprendre la coordination des services cliniques. De plus, ses fonctions doivent être clairement définies et normalisées.

Un tel gestionnaire de cas devrait avoir l'autorité d'agir en tant que « quart-arrière » au sein du système. Ainsi, les gestionnaires de cas entre les secteurs doivent être responsables de faire la liaison entre les intervenants de différentes disciplines et de différents secteurs, ainsi que d'assurer que toute nouvelle information concernant les soins soit communiquée aux décideurs appropriés participant aux soins des clients.

Ils doivent être également responsables de veiller à la continuité des soins et d'établir des canaux de communication fiables, dont un accès élargi à un gestionnaire de cas en tout lieu et en tout temps. Ils pourraient également faciliter des discussions franches et ouvertes entre les clients, leur famille et leurs prestataires de soins de différents secteurs pour déterminer et clarifier les attentes à l'égard des soins.

2 *Les aidants et les familles doivent recevoir un appui de tous les secteurs dans leur rôle de soignants.*

Ce soutien doit comprendre une formation continue pour leur permettre de comprendre les nouveaux équipements et traitements et favoriser leur littératie en matière de santé. Les aidants doivent pouvoir bénéficier de services de counseling psychosocial, ainsi que d'évaluations et de réévaluations régulières de leurs besoins.

3 *Financer des projets pilotes et créer des mesures pour favoriser la collaboration entre les soins à domicile et les soins en établissement (par exemple, Partnering for Patients, Virtual Ward, National Partnership Project et PRISMA).⁵ Créer des équipes de soins de santé intégrées et interdisciplinaires dont doivent faire partie intégrante les clients et leurs aidants.*

Les décideurs doivent examiner l'objectif de prestation de soins sûrs et de grande qualité d'un point de vue systémique et non organisationnel. Les événements indésirables causés par des faiblesses du système, comme des procédures

de mise en congé inadéquates ou des ressources de soins à domicile inadéquates doivent être réglés par des politiques.

Des centres médicaux régionaux ou locaux pourraient permettre de jeter des ponts officiels entre les services de soins à domicile et les soins de courte durée.

4 *Mettre en œuvre un dossier électronique commun ou des systèmes de communication intégrés auxquels tous les soignants de tous les secteurs peuvent accéder afin de normaliser la communication entre les disciplines et secteurs et augmenter l'utilisation du dépistage, des rapports et des outils de communication électroniques.*

Les dossiers électroniques et les processus de communication circulaires doivent être rapidement augmentés dans les soins à domicile. En ce moment, le système se fie trop souvent sur les clients et leur famille pour transmettre et partager des renseignements cruciaux sur la santé aux prestataires de soins.

Les plateformes électroniques et technologies intelligentes pourraient servir à déclencher des requêtes pour l'exécution de diverses évaluations de risques (par exemple, des listes de vérification lors de transitions) et des interventions en fonction d'exigences locales. Le fait d'avoir un dossier électronique commun et auquel tous les prestataires de soins peuvent accéder dans tous les contextes améliorerait la communication de l'information importante et favoriserait la transmission de l'information.

RÉFÉRENCES

- 1 Schneider, C. (2010). Chronic disease: Access to health care and barriers to self-management. Summary version of a report to the community advisory councils. Office régional de la santé de Winnipeg. Document consulté en ligne à l'adresse http://www.wrha.mb.ca/about/chac/files/CHAC_Summary_Jan10.pdf
- 2 Arora, V. M., Prochaska, M. L., Farnan, J. M., D'Arcy, M. J., Schwanz, K. J., Johnson, J. K. (2010). Problems after discharge and understanding of communication with their primary care physicians among hospitalized seniors: A mixed methods study. *Journal of Hospital Medicine*, 5(7), 385-391. doi 10.1002/jhm.668
- 3 Gruneir, A., Dhalla, I. A., van Walraven, C., Fischer, H. D., Camacho, X., Anderson, G. M. (2011). Unplanned readmissions after hospital discharge among patients identified as being at high risk for readmission using a validated predictive algorithm. *Open Medicine*, 5(2), E104-E108.
- 4 Van Walraven, C., Jennings, A., Taljaard, M., Dhalla, I., English, S., Forster, A. J. (2011). Incidence of potentially avoidable urgent readmissions and their relation to all-cause urgent readmissions. *Canadian Medical Association Journal*, 183(14), E1067-E1072.
- 5 Conseil canadien de la santé, 2012. Aînés dans le besoin, soignants en détresse : Quelles sont les priorités de soins à domicile pour les aînés au Canada? Toronto, Conseil canadien de la santé, 2012. Document consulté en ligne à l'adresse http://www.healthcouncilcanada.ca/rpt_det_gen.php?id=348

