

PROFIL D'UN PROJET D'INNOVATION

PRENDRE SOIN DES PERSONNES ÂGÉES EN COMMUNAUTÉ ET À DOMICILE (COACH)

SANTÉ Î.-P.-É.



Santé Î.-P.-É.
Un système de santé unique

PROJET COLLABORATIF D'AMÉLIORATION DES SOINS AUX PERSONNES FRAGILES EN MILIEU COMMUNAUTAIRE

FAIRE PROGRESSER LES SOINS AUX PERSONNES ÂGÉES FRAGILES ET SOUTENIR LEURS PROCHES AIDANTS

Projet collaboratif d'amélioration de la qualité de 23 mois

Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé
Canadian Foundation for Healthcare Improvement



Canadian
Frailty
Network

Réseau canadien
des soins aux
personnes fragilisées

Ce document a été créé par la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé, qui a fusionné avec l'Institut canadien pour la sécurité des patients sous le nom d'Excellence en santé Canada. Il peut encore contenir des références aux anciens organismes ainsi que leurs logos et leurs identités visuelles.

À propos de la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé

La Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (FCASS) soutient ses partenaires pour accélérer l'identification, la diffusion et la mise à l'échelle d'innovations qui ont fait leurs preuves dans le domaine des services de santé. Nous travaillons main dans la main avec vous pour façonner de meilleurs services de santé pour toutes et tous au Canada. La FCASS est un organisme sans but lucratif financé par Santé Canada.

À propos du Réseau canadien des soins aux personnes fragilisées

Le Réseau canadien des soins aux personnes fragilisées (RCSPF) a pour but d'améliorer les soins prodigués aux personnes âgées fragiles et de soutenir leur famille et leurs proches aidants. Pour ce faire, il améliore la détection et l'évaluation de la fragilité, enrichit la masse de données probantes favorisant la prise de décisions, fait la promotion des changements fondés sur les données probantes en matière de soins, forme la prochaine génération de prestataires de soins et tisse des liens avec la population adulte et les proches aidants.

Les opinions exprimées dans cette publication ne reflètent pas nécessairement celles de Santé Canada.

APERÇU

[Prendre soin des personnes âgées en communauté et à domicile \(COACH\)](#) est un programme provincial de l'Île-du-Prince-Édouard visant à améliorer l'accès et la qualité des soins aux personnes âgées fragiles, ainsi qu'à leurs familles et leurs aidants naturels. Le programme COACH résulte d'un partenariat entre les services de [soins à domicile](#), [les soins de santé primaires](#) et [les programmes gériatriques](#) de Santé Î.-P.-É. qui viennent en aide aux personnes âgées pour leur permettre de rester chez elles plus longtemps ou de quitter l'hôpital plus rapidement.

Au cœur du programme COACH se trouve une équipe interdisciplinaire et spécialisée de professionnels des services de santé, dont une infirmière praticienne gériatrique, un prestataire de soins primaires (médecin ou infirmière praticienne) et un coordonnateur de soins à domicile. L'équipe de COACH fournit des soins directs au client à domicile pour prédire, prévenir ou gérer de façon proactive les urgences de santé et réduire les besoins en services d'urgence ou en hospitalisation. Pour ce faire, l'équipe favorise la planification préalable des soins et l'accès au soutien communautaire. Le programme COACH accroît la sensibilisation et l'expertise en matière de syndromes gériatriques complexes pour tous les cliniciens qui fournissent des soins aux aînés, et montrent aux aidants naturels comment continuer à prendre soin et à prendre soin des membres de leur famille à domicile et à les appuyer.

Un projet pilote du programme COACH a débuté en janvier 2015, à Montague, Î.-P.-É. Depuis lors, le programme s'est étendu à toute la province.

GROUPE CIBLE POUR L'INNOVATION

Les participants au programme COACH doivent répondre à des critères précis, bien que les personnes qui n'y satisfont pas soient évaluées individuellement. Les participants au programme doivent :

- être âgés de 65 ans ou plus et éprouver des besoins complexes, notamment des besoins physiques et psychosociaux;
- avoir subi une évaluation de la fragilité clinique qui indique un besoin de soutien (résultat de six ou plus à l'échelle de fragilité clinique de Rockwood);
- être essentiellement confinés à la maison à cause de limitations fonctionnelles ou cognitives;
- éprouver au moins un syndrome gériatrique;
- avoir le soutien de leur prestataire de soins primaires (médecin ou infirmière praticienne) pour recevoir des soins de l'équipe du programme COACH et le prestataire de soins doit être disposé à collaborer;
- être en mesure de bénéficier du soutien d'un coordonnateur ou d'une coordinatrice de soins de façon continue;
- accepter de recevoir des soins de l'équipe du programme COACH;
- demeurer à la maison ou dans un établissement de soins communautaires (les bénéficiaires de soins de longue durée ne sont pas admissibles).



**LES PATIENTS DE
65 ANS OU PLUS**

FORMATION REQUISE POUR APPUYER LE PROGRAMME

Le projet pilote du programme COACH de Santé Î.-P.-É. a contribué à sensibiliser et à former davantage le personnel de première ligne en matière de syndromes gériatriques. L'accent a été mis sur la sensibilisation du personnel à ce qui est approprié en matière de vieillissement, et sur la gestion des maladies chroniques en fonction de l'âge. La confiance et la responsabilité ont été fondées sur l'encadrement du personnel relativement à l'apprentissage de nouvelles pratiques, et sur les soins prodigués à chaque client.

Les tournées hebdomadaires du programme COACH ont été également considérées comme une occasion d'apprentissage pour tous les membres de l'équipe. En formant le personnel de soins à domicile, le projet pilote du programme COACH a accru son potentiel et appuyé son rôle de prestataire de soins au patient.

Pour former le personnel, l'équipe gériatrique a offert des séances d'apprentissage en cours d'emploi sur les syndromes gériatriques, les médications, et autres sujets. Ces séances ont été considérées comme particulièrement utiles, et l'apprentissage a été transféré à d'autres clients de soins à domicile. Les prestataires de soins primaires ont noté des résultats d'apprentissage positifs telle la formation liée à la vérification et à l'ajustement des médicaments, à savoir distinguer la démence du délire, et à l'évaluation des situations à domicile.

Le programme COACH continue d'identifier les besoins du personnel en matière de formation. Par exemple, une évaluation des besoins a été complétée au printemps 2019, et des projets sont en cour pour fournir des séances de formation du personnel de la province en réponse aux résultats du sondage de 2019.

LES APPROCHES À L'ÉGARD DES INTERVENTIONS

Intervention	Approches
1. Identification de la fragilité	<p>Tous les participants affichant un résultat de six ou plus à l'échelle de fragilité clinique de Rockwood sont identifiés avant d'être acceptés au programme COACH.</p> <p>Les participants doivent être appuyés par leur prestataire de soins primaires (médecin ou infirmière praticienne) pour recevoir le programme COACH. Les recommandations peuvent provenir du prestataire de soins primaires, du gériatre, de l'infirmière praticienne du programme gériatrique ou du coordonnateur de soins à domicile du patient.</p>
2. Évaluation gériatrique	<p>Une fois le patient aiguillé vers le programme COACH, une infirmière praticienne gériatrique du programme COACH effectue une évaluation gériatrique standardisée (EGS) au domicile du participant.</p> <p>Le programme de soins à domicile de Santé Î.-P.-E. utilise également les outils d'évaluation suivants, selon les besoins des participants :</p> <ul style="list-style-type: none">• l'outil de dépistage et d'évaluation des personnes âgées (SAST), lequel est un outil d'évaluation holistique similaire à l'outil d'évaluation interRAI;• le bilan comparatif des médicaments;• le dépistage et l'évaluation du risque de chute;

<p>2. Évaluation gériatrique</p>	<ul style="list-style-type: none"> • l'évaluation de la sécurité à domicile; • et les évaluations propres à une discipline, selon le besoin, par les ergothérapeutes, les physiothérapeutes, les travailleurs sociaux et les infirmières. <p> Durée :</p> <ul style="list-style-type: none"> • EGS : deux à trois heures • SAST : quatre heures • Bilan comparatif des médicaments : 60 minutes • Dépistage et évaluation du risque de chute (si nécessaire) : 10 à 60 minutes • Évaluation de la sécurité à domicile : 30 minutes <p>Méthode de documentation : Les outils sont remplis sur papier et transférés dans la carte électronique.</p> <p>Ressources nécessaires : Présentement, aucune ressource n'est nécessaire pour livrer le programme COACH. À l'avenir, un dossier médical électronique et des outils électroniques (interRAI-soins à domicile) pourraient accroître l'efficacité et la collaboration dans l'ensemble du système.</p> <p>Autorisation :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'EGS est accessible au public en anglais. Les autres outils sont des formulaires de soins à domicile de Santé Î.-P.-É. • Le SAST est l'outil d'évaluation utilisé par le personnel des soins à domicile. Cet outil est validé par la province. • L'outil d'évaluation des risques de chute et de sécurité à domicile a été développé à l'échelle provinciale par l'entremise du Comité provincial des opérations et de la qualité des soins à domicile. <p>Prestataires de soins participants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infirmière praticienne gériatrique • Infirmière coordonnatrice de soins à domicile • Disciplines individuelles, si elles font partie des soins du participant
<p>3. Intervention personnalisée</p>	<p>Selon les évaluations effectuées, l'infirmière praticienne, le coordonnateur de soins et les autres membres de l'équipe du programme COACH identifient les soutiens potentiels qui permettront au patient de demeurer à la maison. Par une discussion collaborative, l'équipe de base exerce un suivi avec le personnel des soins à domicile pour apporter les changements, de façon progressive, en collaboration avec les patients et les aidants naturels participant aux prises de décisions.</p>

<p>4. Soins centrés sur le patient et sur la famille</p>	<p>Les patients et leurs aidants naturels participent à la discussion concernant les résultats des évaluations de l'EGS et des soins à domicile. Le plan de soins est discuté et examiné avec eux. Une formation et un soutien sont offerts, selon le besoin. Deux outils - le manuel de planification préalable des soins et le document sur les objectifs des soins - sont utilisés pour générer des objectifs de soins personnalisés et faciliter la formation pour la planification des soins actuels et à venir.</p> <p> Durée :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le manuel de planification préalable des soins : 30 à 60 minutes • Le document sur les objectifs des soins : 30 à 60 minutes <p>Méthode de documentation : Tous les outils sont sur papier.</p> <p>Ressources nécessaires : Une carte électronique serait très utile pour ce travail, car elle permettrait à tous les membres de l'équipe de bien voir le plan des soins et les documents de planification préalable des soins.</p> <p>Autorisation : Tous les outils sont disponibles en anglais.</p> <p>Prestataires de soins participants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infirmière praticienne gériatrique; • Coordonnateur de soins à domicile; • Prestataire de soins primaires/infirmière praticienne.
<p>5. Soins collaboratifs</p>	<p>L'équipe du programme COACH comprend l'infirmière praticienne du programme gériatrique, le prestataire de soins primaires/infirmière praticienne et le coordonnateur de soins à domicile. Les autres membres de l'équipe, comme les autres prestataires de soins à domicile et de soins de santé primaires et le gériatre, sont déterminés selon les besoins.</p> <p>Le personnel supplémentaire de soins à domicile comprend les prestataires de soutien à domicile, de soins infirmiers, d'aide sociale, de soutien en ergothérapie et en physiothérapie à domicile, selon le besoin.</p> <p>L'infirmière praticienne du programme gériatrique et le coordonnateur de soins à domicile jouent un rôle clé dans l'équipe, car ils servent de lien entre les différents volets du système de soins de santé.</p> <p>Le regroupement des membres de l'équipe est perçu comme bénéfique, surtout en l'absence d'un dossier médical électronique.</p>
<p>6. Soutiens communautaires</p>	<p>Selon les besoins propres au patient, à la famille et aux aidants naturels, des liens sont établis avec le soutien communautaire - notamment les programmes de jour, la thérapie musicale, les repas à domicile, l'autoassistance et le soutien aux personnes atteintes de démence.</p>

Principe directeur	Approches
7. Amélioration de la qualité, gestion des changements, mesure et évaluation, et changements dans les systèmes	<p>Mesure</p> <p>Les indicateurs clés sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'hospitalisation, les visites aux services d'urgence et les rendez-vous aux soins de santé primaires; • la planification préalable des soins, la mesure des directives médicales et les objectifs d'achèvement des soins; • la durée de séjour des clients du programme COACH transférés aux SLD par rapport à la durée de séjour moyenne des individus de 65 ans et plus aux SLD. <p>Les données sont collectées manuellement par les cliniciens. Le programme COACH examine actuellement les meilleures façons d'évaluer et de mesurer le fardeau et le stress de l'aidant naturel.</p>

RÉSULTATS

Le système d'utilisation des données lié au projet pilote (janvier à octobre 2015) du programme COACH obtient les conclusions suivantes :

<p>✓ L'hospitalisation des patients a diminué de 66%.</p>	<p>✓ Les visites aux services d'urgence ont diminué de 33%.</p>
<p>✓ Les visites aux soins de santé primaires (moyenne de rendez-vous par mois) ont diminué de 50%.</p>	<p>✓ Les avantages du système ont permis des économies de 1,14 million de dollars pour 13 clients et familles.</p>
<p>✓ Pour les clients du programme COACH qui ont reçu des SLD (13 clients) et qui sont décédés, la durée de séjour moyenne aux SLD était de 0,65 an, tandis que la durée de séjour moyenne aux SLD à l'Île-du-Prince-Édouard était de 2,6 ans.</p>	<p>✓ La satisfaction accrue du personnel a été un résultat important. Les clients du programme COACH sont mieux aptes à s'autogérer et à prendre des décisions informées qui ont un impact positif sur leur qualité de vie à la maison et, le cas échéant, ils supportent plus facilement les transitions pour se rendre aux soins de courte durée et aux SLD.</p>

CE QU'ON A APPRIS

Le partenariat de collaboration solide et efficace entre les soins à domicile, les soins de santé primaires et les programmes gériatriques de Santé Î.-P.-É. a été un élément essentiel du succès de la planification et de la mise en œuvre du programme COACH.

La mise en œuvre et la diffusion du programme exigent des ressources adéquates, comme des infirmières praticiennes gériatriques et des coordonnateurs de soins, ainsi qu'un soutien de soins à domicile supplémentaire, des soins infirmiers, de l'aide sociale, et du soutien en ergothérapie et en physiothérapie à domicile. Les coûts des soins sont moindres et les bénéfices sont plus avantageux en comparaison de l'utilisation des pratiques et des ressources actuelles.

Il est à noter que la documentation et la communication seraient mieux soutenues par un dossier médical électronique, lequel permettrait la communication entre les systèmes.

RESSOURCES, ARTICLES ET RECHERCHE SUR L'INNOVATION :

- [Site Web](#) du programme COACH de l'Î.-P.-É.
- [Prix du RCSPF](#) et [résumé](#) du programme COACH de l'Î.-P.-É.