

modèle de soins à domicile

# AXÉ SUR LA SÉCURITÉ

concevoir un hôpital sans murs



LA FÉDÉRATION  
CANADIENNE  
DES SYNDICATS  
D'INFIRMIÈRES  
ET INFIRMIERS

Octobre 2017

## INTRODUCTION

Plus de 1,8 millions de personnes au Canada reçoivent des services de soins à domicile financés par l'État; la majorité de ces personnes sont des aînés (70 %). Au Canada, la population de personnes âgées affiche une croissance exponentielle et, pour la toute première fois, la proportion d'aînés dépasse celle des enfants. On s'attend à ce que la cohorte d'aînés continue d'augmenter. Or, les soins à domicile ne représentent qu'un maigre 5 % des dépenses publiques totales de santé.

En 2013, les résultats d'une étude pancanadienne sur la sécurité des soins à domicile ont été publiés. Cette étude comprenait cinq autres études menées simultanément, y compris une sur l'expérience de bénéficiaires et de fournisseurs de soins à domicile en Colombie-Britannique, au Manitoba et au Nouveau-Brunswick. Les résultats relatifs à la C.-B., au Manitoba et au N.-B. mettent en relief plusieurs éléments communs aux provinces. Par exemple, chaque personne interviewée souligne l'importance des soins à domicile et exprime le désir de demeurer à la maison. Parmi ces trois provinces, les clients de la C.-B. et du Manitoba mentionnent un manque de confiance envers l'engagement des fournisseurs de soins à leur offrir le soutien dont ils ont besoin pour demeurer dans leur domicile aussi longtemps que possible, ainsi que leur insatisfaction par rapport au manque de continuité quant à ces fournisseurs. Sans fournisseur principal leur étant affecté, qui donc pourrait connaître leurs besoins réels, leur état de santé et le contexte dans lequel ils évoluent? Avec une nouvelle personne arrivant à chaque jour, connaissant très peu leurs antécédents médicaux, les clients de la C.-B. et du Manitoba mentionnent leur hésitation à révéler leurs besoins véritables car ils ont peur d'avoir à quitter leur domicile. Par ailleurs, le modèle de soins à domicile adopté au Nouveau-Brunswick comprend une équipe multidisciplinaire intégrée de professionnels, et se démarque parce que les patients et les familles mentionnent, à répétition, qu'un fournisseur « principal » de soins leur est affecté (généralement une infirmière), et cette personne travaille avec eux pour assurer la coordination de tous les soins. Selon eux, l'objectif des soins à domicile était de leur permettre de demeurer à la maison. Étant donné le succès de ce modèle, il est important de déterminer quels sont les éléments qui contribuent à tous ces commentaires positifs. Toutes les provinces essaient de déterminer la meilleure façon de progresser par rapport aux soins à domicile. C'est pourquoi il est important de tenir compte des pratiques exemplaires en matière de soins à domicile au Canada et ailleurs, et de financer des modèles de soins à domicile qui génèrent les meilleurs résultats sur le plan économique et de la santé.



# SÉCURITÉ À DOMICILE : UNE ÉTUDE PANCANADIENNE SUR LA SÉCURITÉ DES SOINS À DOMICILE, 2013

**Objectif** Déterminer la **nature et l'incidence des événements indésirables** et des **problèmes de sécurité** dans un contexte de soins à domicile

**Méthodologie** comprenait cinq études menées simultanément, y compris un examen systématique de la littérature, une étude des bases de données sur la santé, un examen des dossiers médicaux, une analyse des événements sentinelles, et des interviews avec les clients, les familles et les fournisseurs de soins

## Description des événements indésirables

- Principaux types - chutes, incidents liés aux médicaments et infections
- Principales victimes des incidents - les clients les plus vulnérables souffrant de plusieurs maladies débilantes et ayant un niveau élevé de dépendance
- Lien direct avec une augmentation des probabilités de décès - Delirium, septicémie et incidents liés aux médicaments

## Évaluation des services de soins à domicile

- Manque de régularité dans la planification et la prestation des soins
- Absence d'équipes intégrées de soins à domicile, manque de coordination entre les secteurs, et échecs de communication

## RÉSULTATS

### Événements indésirables - en chiffres

- Taux d'incidence - 10 %
- Évitable - 56 %
- Recours accru aux ressources en santé - 91,4 %
- Menant à l'incapacité - 68,8 %
- Ayant entraîné la mort - 7,5 %



# LE MODÈLE DU NOUVEAU- BRUNSWICK :

## OPTIMISER LES SOINS INFIRMIERS, OPTIMISER L'INTÉGRATION DES SOINS

### Éléments

- Équipe interprofessionnelle – infirmières, inhalothérapeutes, physiothérapeutes, ergothérapeutes, diététiciennes, travailleurs sociaux;
- Infirmière désignée en tant que principal fournisseur de soins pour la plupart des nouveaux clients et des familles, et dispensant des services, sur demande, 24 heures par jour, 7 jours semaine; d'autres professionnels peuvent être le principal fournisseur de soins selon l'évaluation des besoins;
- Personne-ressource disponible 24 heures, en sus du principal fournisseur, et à qui l'on peut s'adresser pour toute question ou préoccupation
- Objectif du service : aider les clients à demeurer à la maison

**« Je reçois la visite d'une personne régulière, et la personne change tous les six mois, mais je connais les nouvelles parce qu'elles sont venues lorsque mon fournisseur régulier de soins personnels était en vacances ou en congé. Ils ont tout par écrit. Ils savent exactement quels médicaments je consomme, quand j'ai commencé et quand j'ai arrêté, et quand j'ai pris le premier antibiotique. Ils ont toute mon histoire. Et ils se parlent entre eux. »**

## CONCLUSION

Profession infirmière et soins à domicile sont synonymes. La profession infirmière a 120 ans d'histoire de prestations de soins à domicile au Canada. L'an dernier, 10 716 infirmières et infirmiers, soit 3,0 % de la main-d'œuvre infirmière réglementée dispensant des soins directs, travaillaient dans le secteur des soins à domicile. Ces soins sont liés aux activités instrumentales de la vie quotidienne, notamment faire sa toilette, s'habiller, se déplacer, faire le ménage. Il y a aussi huit (8) millions de personnes au Canada, soit plus du quart de la population (28 %), qui dispensent des services non rémunérés de soins à domicile, et dont le coût est estimé à plus de 25 milliards \$ par année.

La demande en soins à domicile dispensés par le système de soins de santé augmente à chaque année, et il s'agit maintenant de clients présentant des maladies chroniques de plus en plus débilantes, consommant de nombreux médicaments, et dont l'évaluation des besoins, ainsi que la coordination et la prestation des soins, requièrent une personne qualifiée. Il est fondamental d'intégrer et de coordonner les services afin de les dispenser avec efficacité et efficience. De plus, les millions de soignants naturels non rémunérés au Canada sont une ressource importante qui a besoin de soutien et d'éducation de la part de professionnels qualifiés. Le personnel infirmier, en qualité de principal

fournisseur de soins, est le mieux placé pour offrir formation et soutien aux soignants naturels. De plus, le rôle de plus en plus essentiel d'assurer la gestion, la planification, l'intégration, et la coordination, ainsi que de faire appel au jugement clinique requis pour les soins à domicile directs, peut seulement être joué par des infirmières et des infirmiers ayant le niveau de scolarité, les compétences et l'expertise pour répondre aux besoins de plus en plus complexes en matière de soins à domicile. Nous devons maximiser le rôle de la profession infirmière dans le secteur des soins à domicile et non pas ajouter d'autre personnel auxiliaire.

Les données indiquent clairement que, dans le contexte hospitalier, une augmentation de la dotation en personnel infirmier (IA et IAA) entraîne de meilleurs résultats des patients, diminue les événements indésirables ainsi que la durée du séjour à l'hôpital, et sans augmentation des coûts liés aux soins des patients. Les clients du secteur des soins à domicile pourraient invoquer le même argument. Malgré l'absence d'études ayant examiné le ratio optimal infirmière-clients dans le secteur des soins à domicile, il est fort probable que des parallèles peuvent être établis avec les études menées en milieu hospitalier. Augmenter le ratio infirmière-clients dans le secteur des soins à domicile – fournissant ainsi une évaluation pertinente des besoins des clients – diminuerait les événements indésirables, y compris delirium, septicémie et incidents liés aux médicaments, événements qui contribuent directement aux décès des patients.

Selon les études, la continuité des soins diminue le risque d'événements indésirables, contribue à la sécurité des soins dispensés à domicile, et augmente le confort et la confiance chez les personnes recevant des soins à domicile. Pour assurer la continuité des soins à domicile, les clients devraient avoir une infirmière qui leur est affectée – comme le modèle du Nouveau-Brunswick – et qui agit comme gestionnaire de cas pour tous les secteurs, et qui a l'autorité et la responsabilité d'assurer la planification, la prestation de soins de qualité, ainsi que leur régularité. De plus, tel que mentionné pour le Nouveau-Brunswick, des équipes interdisciplinaires, mettant à contribution les clients et les soignants naturels, assurent un accès fluide aux services de soins de santé requis par les clients. La communication entre les secteurs, et entre les disciplines, est prioritaire pour bien comprendre les besoins médicaux du client et agir en collaboration.

La justification, sur le plan économique, des modèles de soins communautaires gérés par le personnel infirmier dans le secteur des soins à domicile trouve appui dans un examen systématique de la littérature portant sur les interventions par des infirmières. Selon cet examen, les modèles de soins gérés par les infirmières sont plus efficaces et s'accompagnent d'un coût égal, ou moindre, à celui des modèles habituels gérés par les médecins. Les auteurs soulignent le besoin d'avoir des soins « gérés par les infirmières », proactifs, complets, dispensés par des équipes, et fondés sur un modèle complémentaire de gestion de la continuité des soins, et dans le cadre duquel l'infirmière met à contribution tous les services sociaux et de santé permettant d'améliorer la santé du client. Ce modèle géré par des infirmières fournirait les critères pour la mise en place d'un système de soins primaires de grande qualité : accessibilité, continuité, coordination, intégralité, promotion de la santé, prévention des maladies secondaires, et gestion des maladies chroniques, tout en ayant un plus grand impact sur les patients et permettant de contrôler les coûts au sein du système.

Les études sur les soins à domicile, et l'expérience du Nouveau-Brunswick, établissent le bien-fondé d'investir dans des modèles de soins communautaires et à domicile gérés par des infirmières, et produisant les meilleurs résultats sur le plan économique, social et de la santé, tout en assurant la sécurité des patients.

## SOURCES

1. Association canadienne de soins et services à domicile. (2016, 24 mars). *Budget 2016 – Une première étape pour accroître et améliorer les services de soins à domicile pour tous les Canadiens* (communiqué de presse). Tiré de <http://www.cdnhomecare.ca/content.php?doc=36>
2. Association canadienne de soins et services à domicile. (2013). *Portraits des soins à domicile au Canada*. Mississauga: Auteur.
3. Association canadienne de soins et services à domicile. (2016, 24 mars). *Budget 2016 – Une première étape pour accroître et améliorer les services de soins à domicile pour tous les Canadiens* (communiqué de presse). Tiré de <http://www.cdnhomecare.ca/content.php?doc=36>
4. Doran, D., Blais, R. (2013). *Sécurité à domicile : Une étude pancanadienne sur la sécurité des soins à domicile*. Ottawa: Institut canadien pour la sécurité des patients.
5. Idem.
6. Institut canadien d'information sur la santé. (2016). Health workforce database, 2016. Tiré de <https://www.cihi.ca/fr/spending-and-health-workforce/health-workforce>
7. Turcotte, M. (2013). *Family Caregiving: What are the consequences*. Statistique Canada. Tiré de <http://www.statcan.gc.ca/pub/75-006-x/2013001/article/11858-eng.pdf> (en anglais seulement)
8. Hollander, M.J., Liu, G., Chappell, N.L. (2009). Who Cares and How Much? The Imputed Economic Contribution to the Canadian Health Care System of Middle-Aged and Older Unpaid Caregivers Providing Care to the Elderly. *Healthcare Quarterly*. 2009; 12(2): 42-49.
9. Association canadienne des soins et services à domicile. <http://www.cdnhomecare.ca/>
10. Martsolf, G.R., Auerbach, D., Benevent, R., Stocks, C., Jiang, J., Pearson, M., Ehrlich, E., Gibson, T. (2014). Examining the value of inpatient nurse staffing: an assessment of quality and patient care costs. *Medical Care*, 52, 982-988.
11. Blais, R. et al. (2013). Assessing adverse events among home care clients in three Canadian provinces using chart review. *BMC Quality and Safety*, 0, 1-9. doi: 10.1136/bmjqs-2013-002039
12. Doran, D. et al. (2013). Adverse events among Ontario home care clients associated with emergency room visit or hospitalization: A retrospective cohort study. *BMC Health Services*, 13, 227. doi: 10.1186/1472-6963-13-227
13. Edes, T. et al. (2014). Better access, quality, and cost for clinically complex veterans with home-based primary care. *Journal American Geriatric Society*, 62(10), 1954-1961. doi: 10.1111/jgs.13030
14. Macdonald, M., Lang, A., Storch, J., Stevenson, L., Donaldson, S., Lacroix, H., Barber, T., Iaboni, K. (2013). Home care safety markers: A scoping review. *Home Health Care Services Quarterly*, 32(2), 126-148.
15. Veras, R. P., Caldas, C. P., da Motta, L. B., de Lima, K. C., Siqueira, R. C., Rodrigues, R. T., Santos, L. M., Guerra, A. C. (2014). Integration and continuity of care in health care network models for frail older adults. *Review Saude Publica*, 48(2), 357-365.
16. Browne, G., Birch, S., & Thabane, L. (2012). *Better Care: An Analysis of Nursing and Healthcare System Outcomes*. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation. P. 27.
17. Idem, p. 25.