

# 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

30 mai 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).

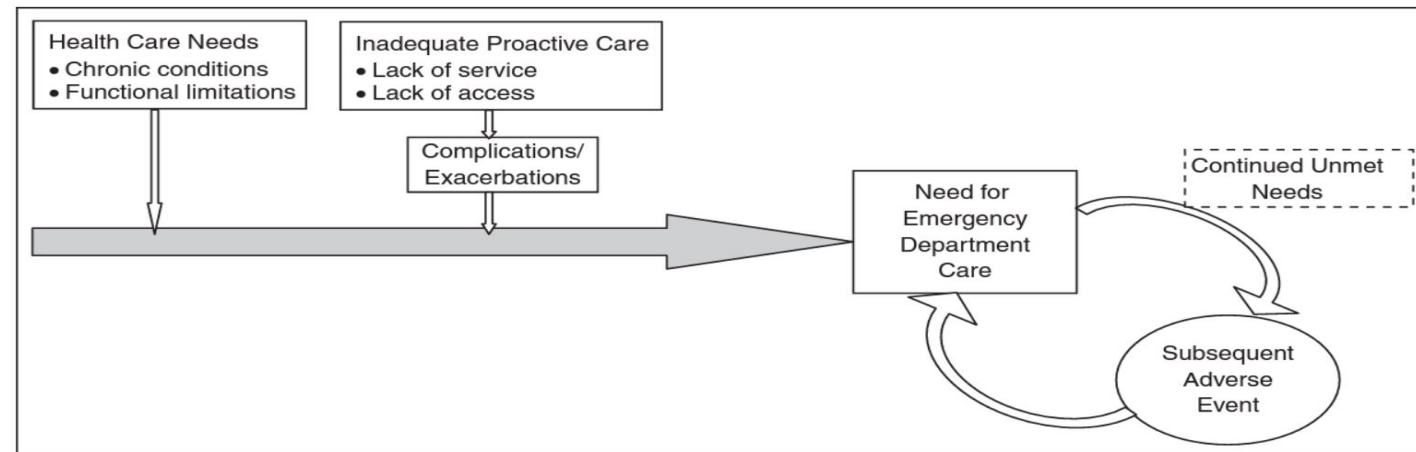
# Plan de la présentation

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 (MSSS, 2019)

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)

13 à 20% des réadmissions des personnes âgées vivant avec une maladie chronique sont évitables (Hirschman et al., 2015)

# Problématique

## 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);

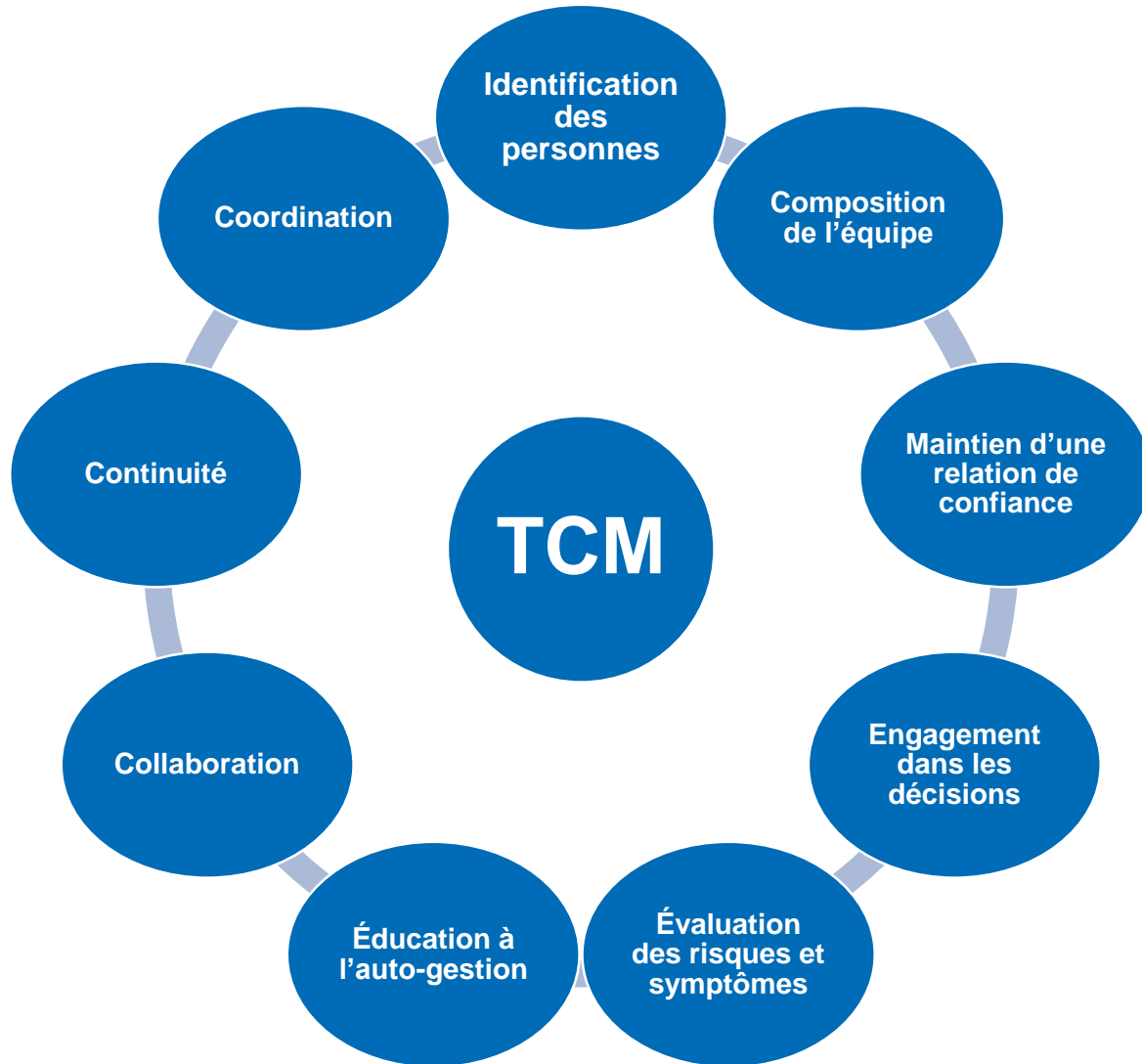
Le manque de communication et de coordination entre les services d'urgences et la première ligne conduit à une inefficience des soins et augmente de risque d'erreurs médicales (Flowers et Shade, 2019);

- Des fonctions de coordination ont été mises en place entre les deux lignes de soins. Peu d'études ont analysé la coordination (et ces nouvelles fonctions).

# 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.





« Nurse-led, team based model of care »;

Population cible: personnes âgées à risque de résultats défavorables lors de leur transition entre deux contextes cliniques;

Ses composantes sont identifiées à partir des facteurs qui ont été associés à un déclin fonctionnel et une mauvaise expérience des soins;

Met l'emphase sur une collaboration interprofessionnelle et un partenariat avec le patient et ses proches;

Développé, testé et précisé par une équipe interdisciplinaire (cliniciens et chercheurs de l'Université de Pennsylvanie);

Résultat avéré: diminution des réadmissions (Naylor et al., 2004; Naylor et al., 2014; Hirschman et al., 2015).



# Méthodologie:

**Devis:** recherche qualitative (entretiens semi-directifs)

**Milieu:** service d'urgence et première ligne des soins (CLSC – GMFU) du CISSSL

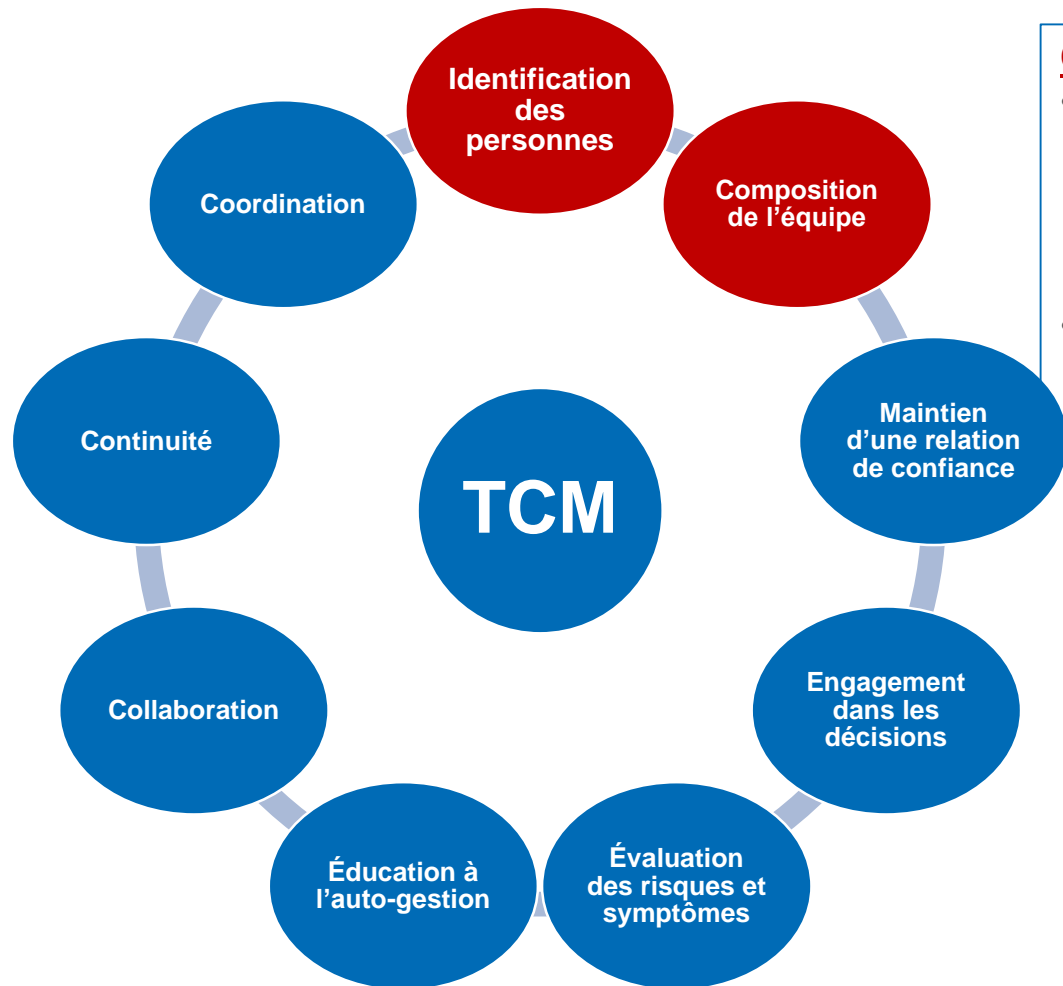
**Participants:** 15 intervenants de différentes disciplines:  
infirmières pivots, infirmières de liaison, infirmières cliniciennes, gestionnaire de cas,  
Intervenantes réseau,  
travailleuses sociales,  
médecins de famille,  
gestionnaires.

**Collecte des données:** les entretiens ont eu lieu entre juin 2022 et janvier 2023 en présentiel ou virtuel;  
Durée: 45 min à 1h.

**Analyse:** thématique mixte (QDA miner)

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):  
Personnes en « déséquilibre » malgré le suivi du SAD

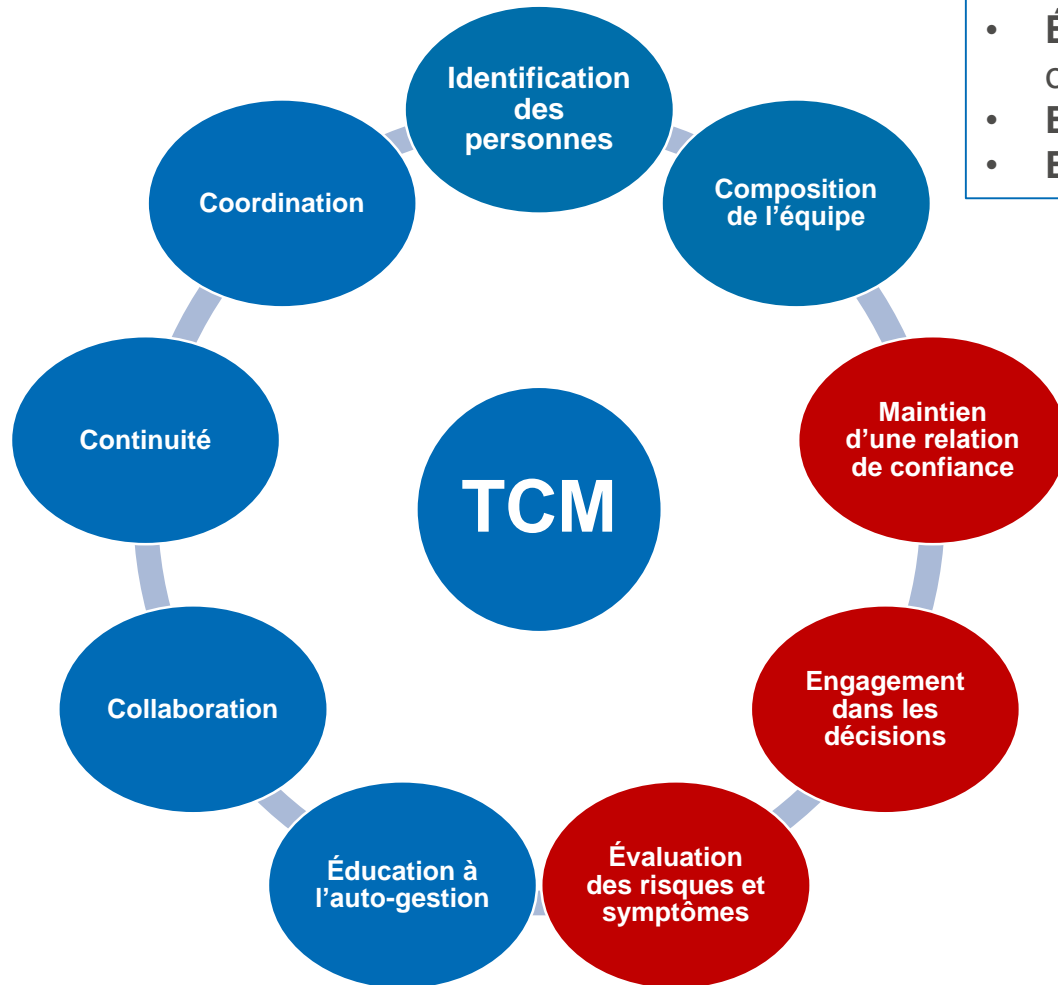
## Urgences:

- Intervenante réseau (infirmière ou TS):  
Connues du CLSC
- Infirmière de liaison:  
Toute Personne, tout âge: congé, référence, (hospitalisation)...

## GMFU:

- Infirmière, TS, médecin de famille et gestionnaire:  
Personnes inscrites

# Résultats



Dans les trois milieux cliniques:

- **Évaluation** (et suivi) des besoins prioritaires du patient et des risques: échelles et outils standardisés, validés (protocoles nationaux).
- **Engagement** d'un membre de la famille dans **l'évaluation**
- **Engagement** 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

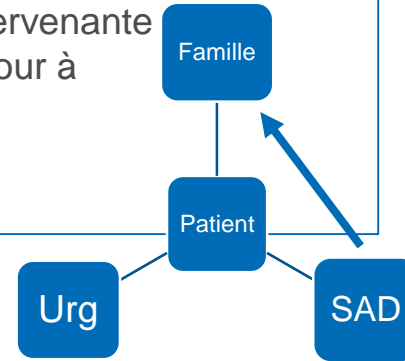
**Lien de confiance** plus fort avec l'infirmière pivot

**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)

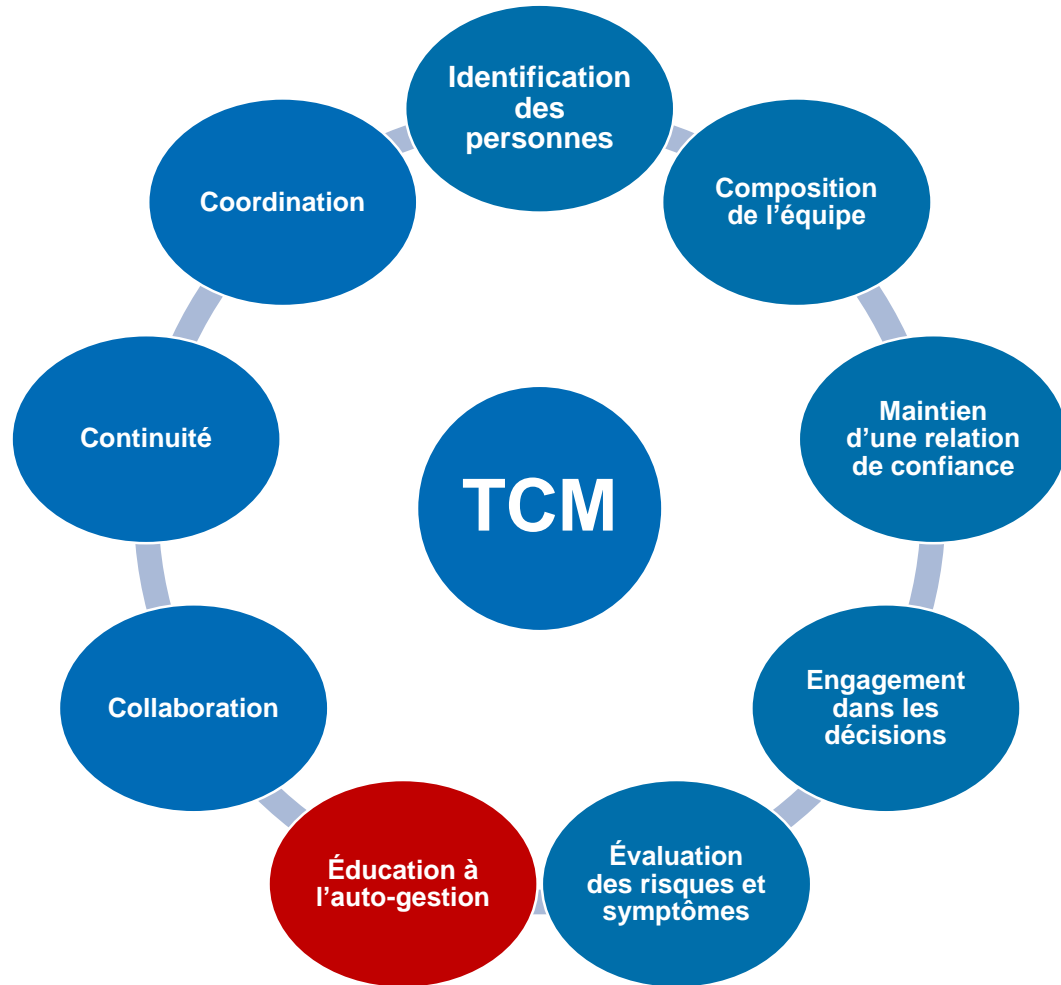
**Information:** « ... dire à la conjointe: demandez la TS, acceptez pas qu'ils retournent votre conjoint chez vous tout de suite, c'est important qu'ils sachent que vous êtes épuisée » (MF – GMFU).

**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).



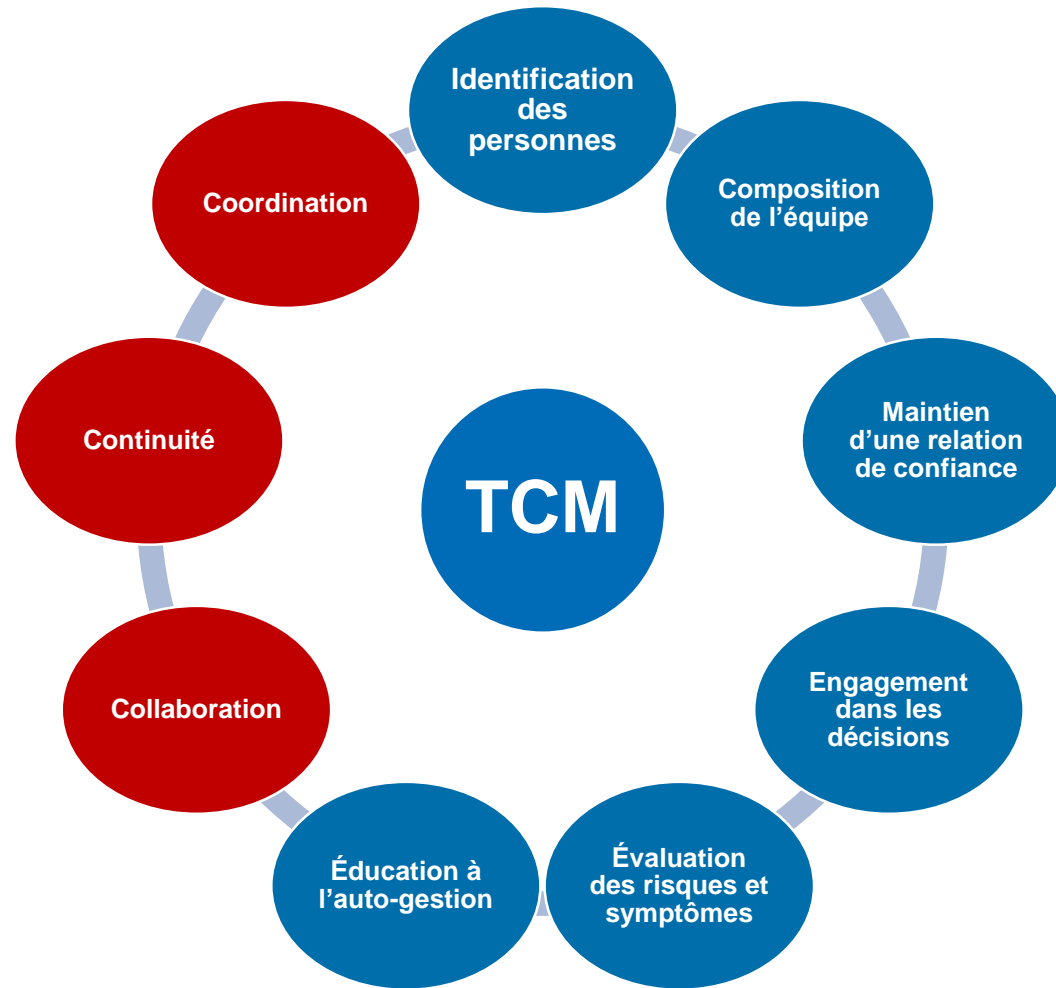
# Résultats



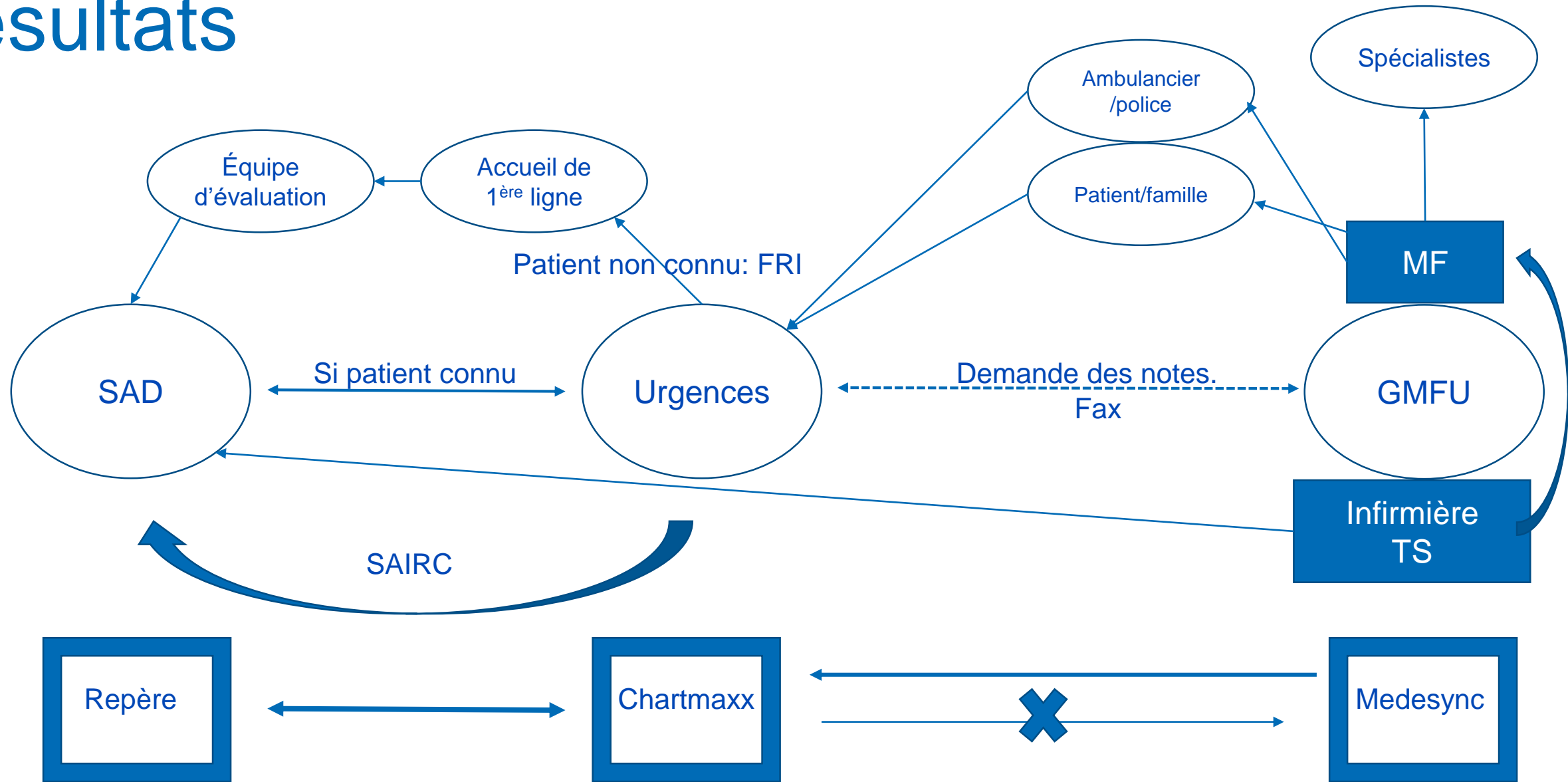
Initiée aux urgences (au patient et/ou un membre de sa famille) et poursuivie en première ligne ou initiée en première ligne;  
Implication de différentes disciplines: médecin, infirmière, physio, ergo, ...

Souvent renforcement de l'enseignement fait aux urgences par les intervenants de la 1<sup>ère</sup> 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).

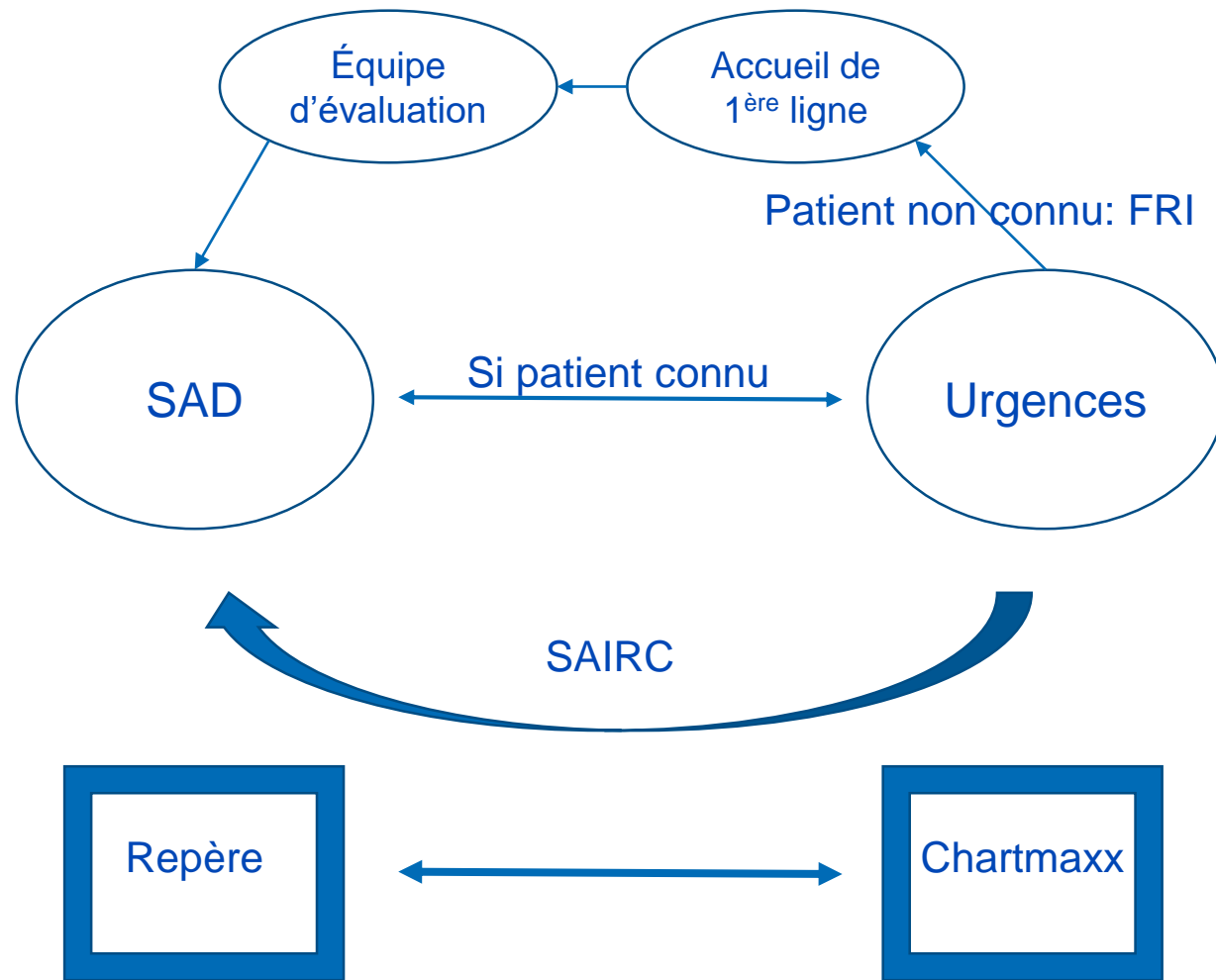
# Résultats



# 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 sûrement 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;

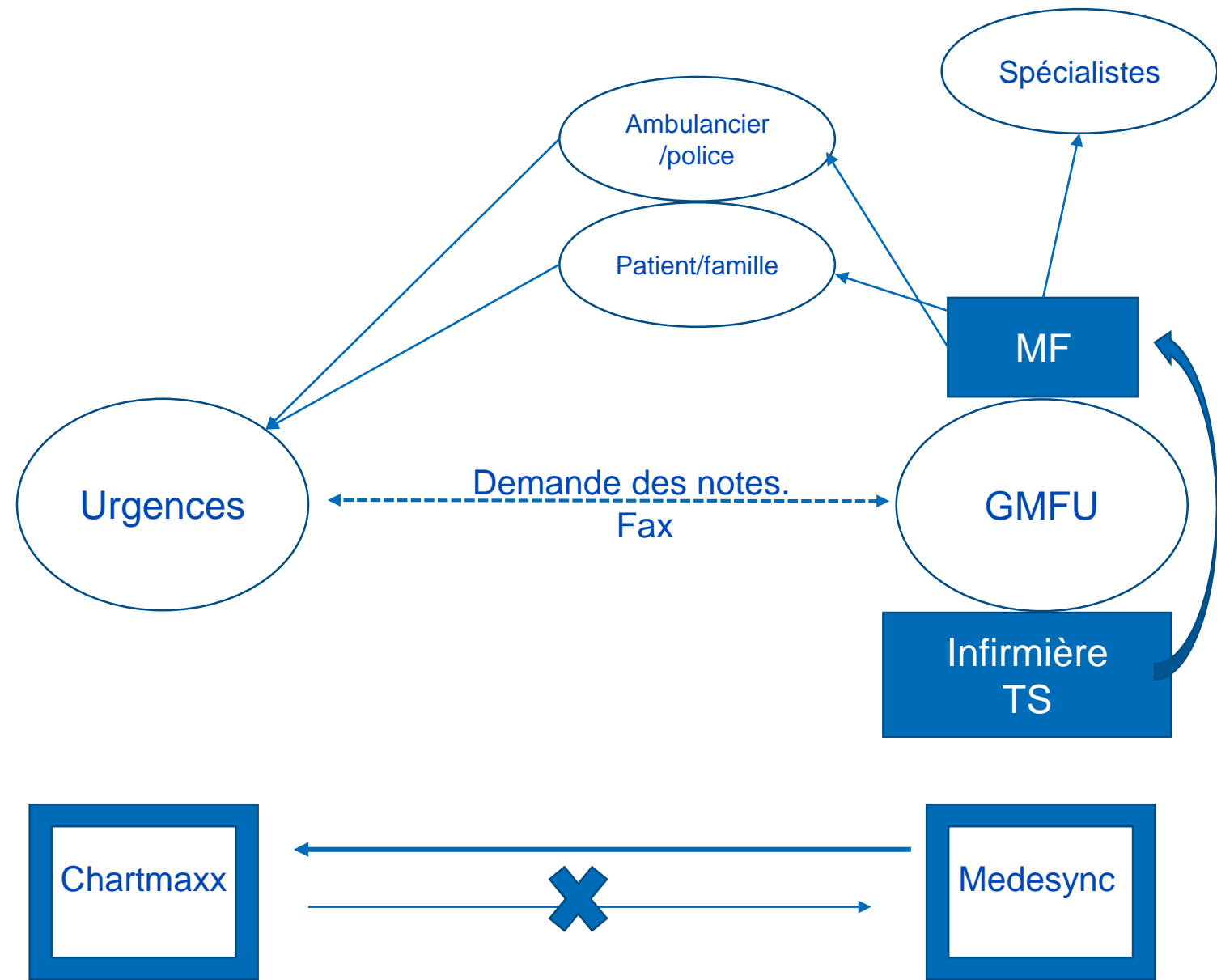
Confiance des MF en l'Hôpital de la Cité;

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 » (MF\_GMFU)

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;
- Des journées d'orientation aux urgences et au GMFU (échanges de stagiaires);
- Offre de formation « standardisée » lors de l'entrée en fonction: ressources externes et qui fait quoi, etc.
- Mieux comprendre le rôle des urgences: n'est pas toujours la solution !

# 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 et conclusion

Il existe plusieurs leviers pour soutenir les pistes d'amélioration émises:

- Dossier santé numérique (DSN) ?
- Les outils informatiques existants (SAIRC)
- Note sommaire destinée aux MF
  
- Formation à la collaboration interprofessionnelle
- Formation à la coordination
  
- Certaines pistes proposées représentent des plus gros défis pour être mises en place et nécessitent une réorganisation des services; un meilleur accès; des meilleures conditions de travail.
- 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?
- Perspectives de recherches futures.

Je vous remercie pour votre attention !



# Période de discussion et questions

---