

**VERS UN RÉSEAU DE SERVICES INTÉGRÉS
DESTINÉS AUX PERSONNES ATTEINTES
DE MALADIES PULMONAIRES
OBSTRUCTIVES CHRONIQUES (MPOC)**

Éléments essentiels de la mise en oeuvre

Le 27 mai 2002

Document révisé en novembre 2006

Document mis à jour en novembre 2006 par :
Louise Labissonnière, conseillère aux établissements,
Lucie Labarre, coordonnatrice des territoires 1-2-3-4
Traitement de texte : Anne Dorval
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Document mis à jour en novembre 2006 par :

**Louise Labissonnière, conseillère aux établissements,
Lucie Labarre, coordonnatrice des territoires 1-2-3-4-
Traitement de texte : Anne Dorval**

**Ce document peut être reproduit ou téléchargé pour une utilisation
personnelle ou publique à des fins non commerciales, à la condition
d'en mentionner la source.**

© Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2008.

ISBN 978-2-89510-506-0 (version imprimée)

ISBN 978-2-89510-507-7 (PDF)

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2008

Ce document est disponible :

au centre de documentation de l'Agence : 514 286-5604

à la section «Documentation» du site Internet de l'Agence : www.santemontreal.qc.ca

TABLE DES MATIÈRES

	PAGE
I Contexte.....	3
II Partenaires d'un réseau intégré.....	4
III Priorisation des investissements	6
IV Formation.....	7
V Implantation.....	7
VI Évaluation du projet.....	7
VII Conclusion	8
Annexes.....	9 à 24
I Mesures proposées.....	9
II Cheminement de la clientèle MPOC	11
III Guide pour la référence de la clientèle MPOC hospitalisée, vue à l'urgence ou aux services ambulatoires de l'hôpital.....	13
IV Guide pour la référence SRSAD/CLSC pour les soins infirmiers respiratoires clientèle MPOC	15
V Description de poste de l'intervenant(e) pivot-réseau MPOC.....	21

I. Contexte

Pour faire suite au Forum sur les urgences, tenu au printemps 2000, madame Pauline Marois, ministre de la Santé et des Services sociaux, annonçait que la région de Montréal-Centre disposerait d'un budget récurrent de l'ordre de 2 011 060 \$ afin de développer ou de consolider la mise en réseau des différents dispensateurs de soins et de services. Le projet devait nécessairement concourir à la consolidation ou à l'émergence d'une approche intégrée de soins et de services de première ligne comme l'indiquait la lettre de madame Pauline Marois en octobre 2000.

Compte tenu de l'importance de la problématique et afin d'obtenir des résultats significatifs sur l'engorgement des salles d'urgence, la Régie régionale de Montréal-Centre a choisi de concentrer ses efforts à l'amélioration de l'offre de services destinés aux personnes atteintes de maladies pulmonaires obstructives chroniques, mieux connue sous le nom de MPOC.

L'objectif poursuivi, dans le cadre du projet, étant d'éviter ou de retarder l'hospitalisation ou la fréquentation des salles d'urgence, les personnes desservies, au point de départ, seront celles qui sont connues des centres hospitaliers, puisqu'elles auront déjà été hospitalisées pour des troubles respiratoires.

L'estimation des personnes atteintes de maladies pulmonaires obstructives chroniques pour la région de Montréal-Centre en l'an 2000 était de 24 106 personnes, ceci selon le taux de prévalence canadienne diffusé par la Santé publique.

Les données d'hospitalisation nous indiquent qu'en 2000-2001, 2446 personnes âgées de 55 ans et plus ont été hospitalisées à cause de cette maladie.

En décembre 2001, un relevé en provenance des CLSC nous révèle que 3 102 personnes atteintes de MPOC avaient un dossier actif en Soutien à domicile.

Tous ces éléments ont amené la Régie régionale à formuler le présent projet.

II. Partenaires d'un réseau intégré

Afin de permettre un suivi intégré pour les personnes atteintes de MPOC, un ensemble de partenaires sont impliqués dans les diverses phases de l'évolution de la maladie : les CSSS, missions CLSC, CH, CHSLD; les médecins; les CHSGS et le SRSAD.

Mission CLSC :

- Mise en place de services spécifiques destinés aux personnes atteintes de MPOC soit : détection, immunisation, cessation de fumer, évaluation globale des besoins, suivi structuré, enseignement à l'autogestion de sa maladie, suivi infirmier téléphonique, suivi de la réadaptation respiratoire, intervention psychosociale, support aux proches, formation et animation de groupes d'enseignement ou d'entraide et services de fin de vie; les services sont dispensés au CLSC ou à domicile.
- Clientèle cible : personnes ayant un diagnostic de MPOC dont la sévérité peut être légère, modérée ou sévère et dont l'état est stable (voir annexes III et IV – Guide pour la référence de la clientèle). Les services sont dispensés au CLSC ou à domicile selon l'évaluation des besoins de la personne atteinte de MPOC. La personne peut avoir un équipement respiratoire, elle sera alors également suivie par un inhalothérapeute du SRSAD.
- Désignation d'une infirmière dite « infirmière désignée » chargée du programme MPOC dans chacun des CLSC. Celle-ci a pour fonctions : la formation, l'aide conseil auprès des intervenants, la prise en charge clinique des personnes atteintes exigeant une connaissance plus approfondie de la maladie.
- Nomination d'un gestionnaire de cas pour chaque personne atteinte.
- Élaboration du plan de services individualisé en collaboration avec les partenaires.
- Délais d'intervention recommandé : l'intervention se fera le plus rapidement possible suite à la référence des CH, du SRSAD, du médecin traitant. La pré-évaluation d'accueil à l'aide du formulaire « Prise de contact multientèle » de l'OEMC qui implique une communication avec l'utilisateur et ou ses proches, sera faite dès la réception de la référence. Selon la priorité établie lors de la pré-évaluation, l'évaluation et les interventions requises seront entreprises sans délai lorsqu'il s'agit d'une priorité 1 ou dans un délai maximum de deux semaines suivant la demande de service lorsqu'il s'agit d'une priorité 4. Ce processus est établi et indiqué dans le formulaire « Prise de contact » de l'Outil d'évaluation multientèle (OEMC). Les délais d'évaluation et d'intervention sont aussi précisés dans le document du MSSS intitulé : « Chez soi : Le premier choix . Précisions pour favoriser l'implantation de la politique de soutien à domicile » (2004).
- Organisation des services favorisant le maintien de l'expertise MPOC et la continuité relationnelle avec l'utilisateur.

SRSAD (Service régional de soins à domicile pour malades pulmonaires) :

- Clientèle cible : services respiratoires à domicile pour les personnes atteintes ayant besoin d'équipement respiratoire, personnes sans équipement respiratoire dont l'état est instable ce, jusqu'à la stabilisation de l'état, la personne sera alors référée au CLSC pour la poursuite du suivi infirmier respiratoire (voir annexes III et IV – Guide pour la référence de la clientèle).

- Participation au plan de services individualisé avec les partenaires.
- Consolidation des services d'inhalothérapie.
- Garde régionale en inhalothérapie, vingt-quatre (24) heures par jour, sept (7) jours par semaine, incluant les congés fériés.
- Gestion du parc d'équipements respiratoires à l'échelle régionale.
- Support individuel et de groupe aux intervenants des équipes locales.
- Collaboration au plan de formation, à l'élaboration et l'implantation d'outils communs de suivi.
- Délais d'intervention recommandé : le besoin d'équipement respiratoire ne doit pas retarder le congé de l'hôpital, aussi ces services sont mis en place à vingt-quatre (24) heures d'avis du congé. Le suivi infirmier débutera dans un délai maximum de trois jours et le CLSC sera informé de la situation de l'utilisateur dans un délai maximum d'une semaine suivant la visite.

CHSGS (Centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés) :

- Soins et services spécialisés et généraux pour les clientèles atteintes en phase aiguë.
- Planification du congé de l'hôpital de la clientèle atteinte d'une MPOC, hospitalisée ou vue à l'urgence. Effectue la référence et la liaison au CLSC et au SRSAD selon les critères établis et en utilisant la DSIE, incluant la page complémentaire MPOC (voir annexe III – Guide pour la référence de la clientèle et voir le document « aide-mémoire » planification du congé de l'hôpital de la clientèle MPOC Montréal, mars 2004).
- Réadaptation pulmonaire : collaboration à la mise en place de processus de réadaptation pulmonaire.
- Désignation d'un intervenant pivot-réseau MPOC dans les six (6) hôpitaux suivants : CUSM, CHUM, Hôpital Maisonneuve-Rosemont, Hôpital du Sacré-Cœur, Hôpital de Verdun, Hôpital Lakeshore. Cet intervenant exerce un rôle clinico-administratif pour sa sous-région et est rattaché à un service de l'hôpital ayant une programmation MPOC. Il (elle) fait en sorte que les centres hospitaliers de sa sous-région possèdent un processus de cheminement et de suivi de la clientèle MPOC. De plus, il (elle) travaille en concertation avec tous les partenaires de sa sous-région à la mise en place des conditions nécessaires à la prise en charge de la personne atteinte et à la continuité des services. (voir annexe V - Description de poste de l'intervenant(e) pivot-réseau MPOC).

Médecin traitant :

- Assure la prise en charge médicale de son patient en collaboration avec le CLSC, le SRSAD, le CHSGS et les autres partenaires dans le cadre du plan de service individualisé.

Service de garde médicale, en soins infirmiers et en inhalothérapie :

Les personnes ayant une atteinte modérée ou sévère vivant à domicile pourront compter sur une garde médicale, en soins infirmiers et en inhalothérapie, vingt-quatre (24) heures par jour, sept (7) jours par semaine, incluant les congés fériés.

- Une garde médicale et infirmière a été mise en place selon un modèle régional pour les clientèles vulnérables.
- La garde en inhalothérapie est assumée par le SRSAD.

Mission CHSLD :

- Mise en place du suivi infirmier MPOC incluant l'enseignement à l'autogestion de la maladie.
- Organisation des soins favorisant le maintien de l'expertise MPOC et la continuité relationnelle avec l'utilisateur.

Éléments complémentaires

Suite au Forum sur les urgences, un groupe de pneumologues québécois et un patient ont proposé un ensemble de recommandations publiées dans un rapport en avril 2000 (annexe I) «Vers une approche intégrée des soins et services aux personnes atteintes de MPOC au Québec». C'est donc à partir de ces mesures que l'offre de services et les rôles et responsabilités ont été déterminés.

De plus, une étude québécoise en santé respiratoire a démontré que les interventions structurées amenant les personnes atteintes à acquérir de nouvelles compétences (auto-gestion de leur maladie) et habitudes de vie ont eu un impact significatif soit une diminution de 40 % des visites à l'urgence et des hospitalisations et de 60 % des visites imprévues chez le médecin. Cette étude réalisée sous la supervision du Dr. Jean Bourbeau, pneumologue et chercheur à l'Institut thoracique de Montréal, a été publiée dans « Arch Intern Med / vol 163, Mar 10, 2003 ».

III. Priorisation des investissements

Nous avons, avec les sommes récurrentes disponibles, opté pour les mesures qui ont un impact direct sur la fréquentation des urgences. L'emphase est mise sur le développement de services spécialisés de première ligne à domicile, la garde infirmière et médicale et le développement dans quelques CHSGS d'un rôle d'intervenant pivot et dont le rôle de support clinique s'étendra à la sous-région.

La répartition budgétaire a été faite comme suit :

▪ SRSAD (consolidation)	300 000 \$
Ajout de cinq (5) inhalothérapeutes à temps complet	
▪ Garde infirmière et médicale	120 000 \$
▪ CLSC (développement des services)	1 231 060 \$
▪ CHSGS (ajout de six intervenants « pivot », un par sous-région)	360 000 \$
	<hr/>
	2 011 060 \$

Répartition pour les CHSGS

Les centres hospitaliers visés sont : l'hôpital Maisonneuve-Rosemont (sous-région Est), l'hôpital du Sacré-Cœur de Montréal (sous-région Nord), le CHUM (sous-région Centre-Est), l'hôpital général du Lakeshore (sous-région Ouest), le CUSM (Institut thoracique) (sous-région Centre-Ouest) et l'hôpital Verdun (sous-région Sud-Ouest).

Répartition pour les projets

De plus, une somme de 400 000 \$ (somme non récurrente) a permis de soutenir deux (2) projets expérimentaux visant à documenter et à formaliser les approches intégrées et à évaluer les résultats. L'hôpital du Sacré-Cœur et l'Institut thoracique de Montréal (CUSM) ont reçu chacun 200 000 \$.

IV. Formation

Afin de permettre la prise en charge de cette clientèle tant au niveau des CLSC, CHSGS, SRSAD, un programme de formation a été dispensé. Depuis septembre 2002, plus de 1000 infirmières ont participé à un atelier de formation d'une durée de 10.5 heures.

Ce programme a pour objectif que les intervenants impliqués aient les connaissances et les habiletés nécessaires pour le suivi, la prise en charge, l'enseignement à l'autogestion de la MPOC, la cessation de fumer, le support psychosocial et à la réadaptation pulmonaire.

Cette formation a été réalisée en collaboration avec le SRSAD et le ministère de la Santé et des Services sociaux qui a produit un programme et des outils de formation (mai 2003). La dernière étape du plan de formation est de former des formateurs MPOC dans les CSSS (hiver 2007).

V. Implantation

L'implantation du programme a comporté diverses étapes dont : le choix ou l'élaboration d'outils régionaux de suivi et de référence, un programme de formation adapté aux divers intervenants, le support à la mise en place des services locaux, sous-régionaux et régionaux, la détermination d'équipements pour le suivi de cette clientèle, la coordination des différentes étapes d'implantation avec les divers partenaires impliqués et la définition du projet d'évaluation.

Un comité régional a été mis en place pour suivre l'évolution de l'implantation du projet (2002-2004).

VI. Évaluation du projet

L'évaluation d'implantation du projet (entre le 1^{er} avril 2003 et 31 mars 2004) a démontré que le modèle préconisé a permis la mise en place du réseau de services intégrés MPOC. En 2003-2004, les centres hospitaliers de Montréal ont fait 4094 références aux partenaires du réseau MPOC dans les proportions suivantes : 47,8% références uniques aux CLSC, 29,6% références conjointes SRSAD-CLSC et 16,6% références uniques au SRSAD.

Un sondage téléphonique réalisé par une firme indépendante a révélé un haut niveau de satisfaction des services reçus : 86,3% des personnes contactées ont dit être totalement satisfaites des services des CLSC et du SRSAD, 78,4% totalement satisfaites de la préparation du congé au centre hospitalier, 88% totalement satisfaites de l'utilisation de jour du numéro de téléphone (ligne dédiée ou garde en inhalothérapie) et 92% totalement satisfaites de l'utilisation le soir ou la nuit du numéro de téléphone (ligne dédiée ou garde en inhalothérapie).

Par ailleurs, certains éléments doivent être pris en considération pour consolider le réseau de services intégrés MPOC :

- Le maintien des intervenants pivots réseau MPOC et des infirmières désignées (mission CLSC) dans leur rôle de personnes ressources et de coordination;
- Le maintien des infirmières de liaison des CHSGS;
- Le maintien par les établissements des ressources allouées dans le cadre du projet, ainsi que leur stabilité, afin de développer et maintenir les expertises requises à une prise en charge adéquate;
- La poursuite de l'arrimage de la 1^{ère} et la 2^e ligne de services;
- La poursuite de l'intégration des médecins de famille et des spécialistes dans le réseau;
- La continuité d'une bonne diffusion et de l'utilisation adéquate des outils cliniques (incluant informatiques);
- Le maintien des réunions cliniques et de la concertation sous-régionales, ainsi que les réunions régionales des intervenants pivots-réseau MPOC;
- Que les établissements rendent accessibles la formation et le perfectionnement MPOC.

VII. Conclusion

Le développement de nouveaux services spécialisés et de première ligne dans la communauté, la mise en place d'une garde infirmière et médicale permettant de couvrir tout le territoire de Montréal, le développement en CHSGS d'un rôle d'expertise clinique ayant une portée sous-régionale, l'utilisation d'outils d'évaluation, de suivi et d'enseignement standardisés, la clarification des rôles et responsabilités des différents partenaires, la formation des intervenants et la mobilisation des établissements autour d'un projet commun, nous semblent avoir été les actions prioritaires à réaliser pour avoir un impact, à court terme, sur la qualité de vie des personnes atteintes d'une MPOC et sur l'engorgement des salles d'urgence des hôpitaux de notre région.

Ce projet s'est inscrit à l'intérieur d'une réflexion régionale qui a été en constante évolution. Tous les intervenants du réseau de services MPOC ont été invités à orienter leur pratique vers une meilleure articulation et intégration de leurs services autour des besoins de la clientèle visée.

ANNEXE I

Mesures proposées tirées du document «*Vers une approche intégrée de soins et de services*» aux personnes atteintes de maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC) au Québec.

Initiative d'un groupe de pneumologues québécois, avril 2000

Tableau récapitulatif des objectifs / mesures potentielles

OBJECTIFS ET MESURES	ÉTAPES *				
	A	B	C	D	E
*Étapes de la maladies et périodes critiques d'organisation des services					
A (avant) ; B (émergence de la MPOC) C (relative autonomie) D (perte sévère d'autonomie) E (fin de vie)					
MESURES PRÉVENTIVES (primaires et secondaires)					
➤ Consolider les stratégies visant l'abstinence des personnes face au tabac et la mise en place de programmes de cessation tabagique	x	x	x	x	
➤ Réaliser le dépistage précoce des personnes susceptibles de faire une MPOC et une référence appropriée le cas échéant		x			
➤ Immunisation des personnes âgées et des personnes atteintes de MPOC contre les infections respiratoires	x	x	x	x	
➤ S'assurer que les personnes atteintes évitent les polluants de l'air dans leur environnement (maison, travail, extérieur)		x	x	x	
MESURES PHARMACOLOGIQUES					
➤ S'assurer que la médication adéquate soit prescrite et rendue disponible au bon moment aux personnes atteintes, particulièrement lors d'exacerbations aiguës			x	x	x
➤ S'assurer de la disponibilité des services d'oxygénothérapie à domicile			x	x	x
➤ Rendre disponible l'oxygène de déambulation				x	
MESURES NON PHARMACOLOGIQUES					
➤ Mettre en place des programmes systématiques d'éducation des patients			x	x	
➤ Rendre disponibles des programmes interdisciplinaires intégrés de réadaptation/adaptation/autogestion			x	x	
➤ S'assurer du dépistage et du traitement précoce des conditions psychologiques aiguës (dépression)			x	x	
➤ Demeurer en lien constant avec la personne atteinte et ses proches pour détecter rapidement l'émergence de situations avant qu'elles ne mènent à un recours à l'urgence ou à l'hospitalisation			x	x	
➤ En cas d'hospitalisation, s'assurer qu'un suivi systématique est réalisé			x	x	
➤ Susciter et soutenir l'émergence de groupes de soutien			x	x	
➤ S'assurer de la mise en place et du suivi de plans de services individualisés			x	x	x
➤ Assurer un soutien aux patients et à leurs proches dans les dédales administratifs liés à leur condition			x	x	x
➤ S'assurer que les services d'urgence sont efficaces lorsqu'ils reçoivent des patients atteints de MPOC	x	x	x	x	x
➤ Adapter l'environnement physique des personnes atteintes à leur condition			x	x	x
➤ Assurer des mesures d'aide à domicile aux personnes atteintes et de soutien/répit aux proches			x	x	x
➤ Mettre en place des équipes spécialisées de maintien à domicile pour les «cas lourds»				x	x
➤ S'assurer, lorsque requis, que la préoccupation des mesures de fin de vie soit prise en compte					x

Tiré du document « ... Vers une approche intégrée des soins et services aux personnes atteintes de maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC) au Québec »

Orientations et premier plan d'action

ANNEXE II

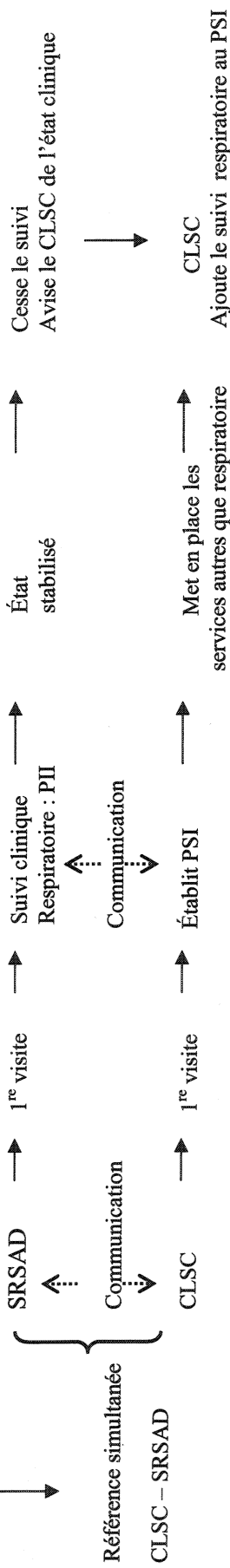
Cheminement de la clientèle MPOC

CHEMINEMENT DE LA CLIENTÈLE MPOC

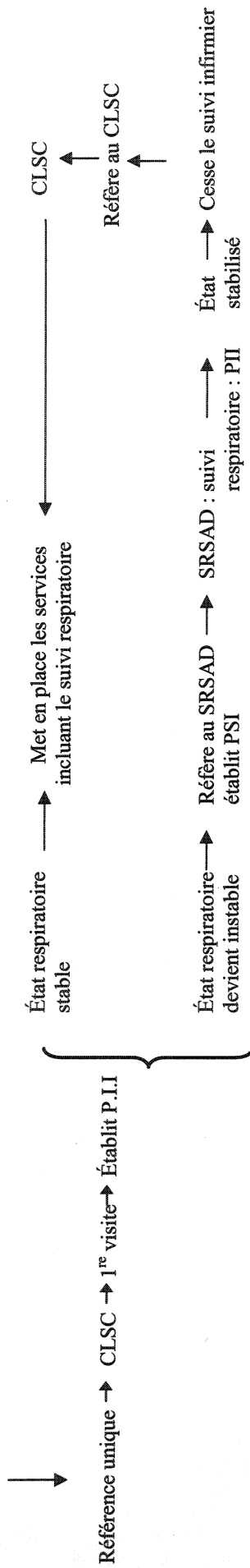
Vue à l'urgence, aux services ambulatoires ou hospitalisée.

Clientèle avec équipement respiratoire*

Clientèle sans équipement respiratoire dont l'état est instable **



Clientèle sans équipement respiratoire dont l'état a été stabilisé **



* Pour la clientèle avec équipement respiratoire : référence simultanée SRSAD et CLSC peu importe l'agent payeur ou la provenance de l'équipement.

PSI : Plan de service individualisé

PII : Plan d'intervention individualisée

SRSAD : Service régional soins à domicile pour malades pulmonaires chroniques

** Voir annexes III et IV : Guide pour la référence de la clientèle MPOC.

ANNEXE III

Guide pour la référence de la clientèle MPOC

La référence de la clientèle MPOC hospitalisée, vue à l'urgence ou aux services ambulatoires de l'hôpital s'effectue en utilisant la demande de services interétablissements informatisée (DSIE) incluant la page complémentaire MPOC. Le Guide pour la référence de la clientèle MPOC se retrouve dans la DSIE. Ce guide précise les critères de référence et spécifie certains éléments du processus (référence conjointe, documents requis etc.)

GUIDE POUR LA RÉFÉRENCE DE LA CLIENTÈLE MPOC

Ce guide vise à préciser les critères de référence de la clientèle MPOC vue à l'hôpital. Les organismes dispensateurs des soins dans la communauté sont le Service régional de soins à domicile pour malades pulmonaires chroniques (SRSAD) et les CLSC.

Préambule : Le patient aura reçu un diagnostic médical de MPOC. Ce diagnostic se base, sur la mesure du VEMS post-bronchodilatateur inférieure à 80% de la valeur prédite et sur le rapport VEMS/CVF inférieur à 0.7 (70%). Ces deux conditions sont nécessaires pour poser un diagnostic de MPOC. ⁽¹⁾ Le nom du client et le motif de la référence doivent être inscrits sur la page 1 du formulaire de référence interétablissements.

RÉFÉRENCE AU SRSAD

Clientèle visée :

- () Clientèle vue à l'urgence, aux services ambulatoires ou hospitalisée, dont la raison d'admission est une MPOC ou ayant présenté une décompensation d'une MPOC en cours d'hospitalisation.
- () Toute clientèle MPOC étant au stade 5 de l'échelle de dyspnée, peu importe la raison d'admission à l'hôpital.

Directives :

1. Joindre le résultat du VEMS le plus récent.
2. Si besoin d'oxygène, joindre le résultat du gaz artériel à l'air ambiant au congé ainsi que la prescription d'oxygène.
3. **Adresser une référence simultanée au CLSC pour l'évaluation des autres besoins biopsychosociaux.**

TABLEAU I : ADRESSER LA RÉFÉRENCE AU SRSAD SI AU MOINS UN DES CRITÈRES S'APPLIQUE

Clientèle avec équipement respiratoire		
Comorbidité respiratoire	• Patient MPOC avec cœur pulmonaire en état instable;	OUI
	• Patient MPOC avec asthme en état instable;	OUI
	• Patient qui présente de l'hypercapnie;	OUI
	• Patient MPOC atteint d'un syndrome d'apnée/hypopnée.	OUI
Dyspnée stade 5 ^(1,2) (au congé)	• Trop essoufflé pour quitter la maison ou essoufflé après s'être habillé.	OUI
Indices d'instabilité	• 4 exacerbations ou plus depuis un an;	OUI
	Ou • 3 hospitalisations ou plus depuis un an ou visites à l'urgence pour des problèmes respiratoires, (autres que des visites dues à l'anxiété lors de problèmes légers);	OUI
	Ou Saturation fluctue fréquemment < 90% au congé.	OUI

ADRESSER LA RÉFÉRENCE AU CLSC POUR PRISE EN CHARGE DES SOINS INFIRMIERS RESPIRATOIRES

Clientèle visée :

- () Clientèle vue à l'urgence, aux services ambulatoires ou hospitalisée, ayant un diagnostic de MPOC dont la sévérité ne correspond pas au tableau I. (ci-haut)

Directives :

1. Joindre le résultat du VEMS le plus récent.

AIDE-MÉMOIRE

ÉCHELLE DE DYSPNÉE ⁽²⁾

Dyspnée stade 5	• Trop essoufflé pour quitter la maison ou essoufflé après s'être habillé.	Dyspnée stade 3	• Marche plus lentement que les personnes du même âge sur terrain plat ou s'arrête pour prendre son souffle après quelques minutes de marche à son rythme sur terrain plat.
Dyspnée stade 4	• S'arrête pour prendre son souffle après avoir marché 100 mètres (300 pieds) sur terrain plat.	Dyspnée stade 2	• Essoufflement léger lorsqu'on se hâte sur terrain plat ou lorsqu'on monte une légère pente.

⁽¹⁾ Recommandations de la *Société canadienne de thoracologie* relativement au traitement de la MPOC-2003

⁽²⁾ Échelle de dyspnée du Conseil de recherche médical (CRM) – Régie régionale de Montréal-Centre – 1^{er} décembre 2003 et révisé 2006

ANNEXE IV

Guide pour la référence SRSAD/CLSC - Soins infirmiers respiratoires - Clientèle MPOC

**Réseau de services intégrés pour les personnes atteintes
de maladies pulmonaires obstructives chroniques**

**GUIDE POUR LA RÉFÉRENCE SRSAD/CLSC
SOINS INFIRMIERS RESPIRATOIRES
CLIENTÈLE MPOC**

Novembre 2002 (révisé avril 2004 et septembre 2006)

SOINS INFIRMIERS RESPIRATOIRES – CLIENTÈLE MPOC

CRITÈRES DE RÉFÉRENCE DU SRSAD AU CLSC	CRITÈRES DE RÉFÉRENCE DU CLSC AU SRSAD
<p>La clientèle présentant les indices de <u>stabilité</u> suivants devrait être référée au CLSC :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 3 exacerbations et moins par année ou 2 hospitalisations et moins par année ou visites à l'urgence pour des problèmes respiratoires (autres que visites dues à l'anxiété lors de problèmes légers). ▪ La saturation se maintient à $\geq 90\%$. ▪ Fluctuation transitoire sans signe clinique : <ul style="list-style-type: none"> ▪ si la saturation est plus basse que 90, refaire une deuxième saturation 5 jours plus tard. Référer si saturation $\geq 90\%$. ▪ Fluctuation transitoire accompagnée de signes cliniques : <ul style="list-style-type: none"> ▪ si la saturation est plus basse que 90 et que l'utilisateur reçoit des antibiotiques, attendre 5 jours après la fin des antibiotiques et refaire une saturation en état stable et au repos. Référer si saturation $\geq 90\%$. ▪ Patient MPOC avec cœur pulmonaire en état stable. ▪ Patient MPOC avec asthme (composante labile) si stable. 	<p>La clientèle avec ou sans équipement respiratoire présentant les indices d'<u>instabilité</u> suivants devrait être référée au SRSAD :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 4 exacerbations par année ou 3 hospitalisations dans l'année ou visites à l'urgence pour des problèmes respiratoires, autres que des visites dues à l'anxiété lors de problèmes légers. ▪ Saturation fluctue fréquemment $\leq 90\%$, avec ou sans signes cliniques. ▪ Fluctuation transitoire sans signe clinique : <ul style="list-style-type: none"> ▪ si la saturation est $< 90\%$ refaire une deuxième saturation 5 jours plus tard. Référer si la saturation $< 90\%$ est maintenue. ▪ Fluctuation transitoire accompagnée de signes cliniques : <ul style="list-style-type: none"> ▪ si la saturation est plus basse que 90 et que l'utilisateur reçoit des antibiotiques, attendre 5 jours après la fin des antibiotiques et refaire une saturation en état stable et au repos et à l'air libre. Référer si saturation $< 90\%$. ▪ Patient MPOC avec cœur pulmonaire en état instable. ▪ Patient MPOC avec asthme (composante labile) en état instable. ▪ Patient MPOC qui présente des signes et symptômes d'hypercapnie (clientèle vulnérable avec stabilité précaire). ▪ Patient MPOC avec un syndrome apnée/hypopnée, car c'est souvent un patient hypercapnique. <p>La clientèle avec équipement respiratoire :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aviser et consulter l'inhalothérapeute du SRSAD si l'utilisateur est sous O_2 et a une mesure de saturation $< 90\%$.

<p>Facteurs influençant la stabilité clinique et pouvant conduire à une référence du SRSAD au CLSC :</p>	<p>Facteurs influençant l'instabilité clinique et pouvant conduire à une référence du CLSC au SRSAD :</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Maintien des capacités dans les AVQ et les AVD. ▪ Capable de s'auto-évaluer et de reconnaître ses signes et ses symptômes lors d'infection. ▪ Capable de s'occuper de son équipement. ▪ Capable de gérer son plan d'action. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Changements significatifs dans les AVD et les AVQ. ▪ Difficultés à s'auto-évaluer et à reconnaître ses signes et ses symptômes lors d'infection. ▪ Difficultés à s'occuper de son équipement, et à appeler pour de l'aide ou si problème. ▪ Difficultés à gérer son plan d'action.

<p><u>Clientèle ne pouvant pas être référée au CLSC pour un suivi respiratoire :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si saturation fluctue fréquemment ≤ 90 %, avec ou sans signes cliniques. ▪ Patient MPOC insuffisant respiratoire hypercapnique compensé car clientèle vulnérable avec stabilité précaire. ▪ Patient MPOC avec un syndrome apnée/hypopnée, car c'est souvent un patient hypercapnique. ▪ Quel que soit la pathologie si le patient est hypercapnique l'infirmière du SRSAD doit assurer le suivi avec l'inhalothérapeute.

Clientèles cibles des CLSC et du SRSAD

Soins infirmiers respiratoires pour les personnes atteintes d'une MPOC

Clientèles cibles MPOC des CLSC

- Clientèle MPOC ayant une atteinte légère, modérée ou sévère dont l'état présente les indices de stabilité suivants :
 - 3 exacerbations et moins depuis un an ou 2 hospitalisations et moins depuis un an, ou 2 visites à l'urgence et moins, depuis 1 an pour des problèmes respiratoires (autres que visites dues à l'anxiété lors de problèmes légers);
 - La saturation se maintenant à $\geq 90\%$
 - Clientèle MPOC avec équipement respiratoire et dont l'état a été stabilisé par le SRSAD;
- Clientèle MPOC sévèrement atteinte, ayant un stade de dyspnée de niveau 5 et dont l'état a été stabilisé par le SRSAD;
- Clientèle MPOC ayant besoin de soins infirmiers pour des problèmes de santé autres que respiratoires, EX : soins de plaies; soins de sonde vésicale; colostomie (complémentarité sur la base du principe du meilleur intérêt de l'utilisateur, par la concertation et le respect du PSI);
- Clientèle MPOC en perte d'autonomie (AVQ, AVD);
- Clientèle MPOC avec cœur pulmonaire en état stable;
- Clientèle MPOC avec asthme en état stable;
- Clientèle MPOC en fin de vie, en complémentarité avec le SRSAD, sur la base du principe du meilleur intérêt de l'utilisateur, par la concertation et le respect d'un PSI.

Clientèles cibles MPOC du SRSAD

- Clientèle MPOC avec besoin d'équipement respiratoire quelque soit l'agent payeur de l'équipement ou la provenance de l'équipement;
- Clientèle MPOC dont l'état est instable ou qui est réfractaire aux traitements, et ce, indépendamment du niveau de sévérité de la maladie;
- Clientèle MPOC présentant les indices d'instabilité suivants :
 - 4 exacerbations ou plus depuis 1, ou 3 hospitalisations ou plus depuis 1 an, ou 3 visites à l'urgence ou plus depuis 1 an pour des problèmes respiratoires (autres que des visites dues à l'anxiété lors de problèmes légers);
 - Saturation fluctue fréquemment $\leq 90\%$
- Clientèle MPOC ayant besoin des soins infirmiers ou techniques de soins en lien avec le problème respiratoire ou la fonction respiratoire EX : surveillance de diabète secondaire à la prise de médicaments; antibiothérapie intraveineuse pour traiter les infections respiratoires (complémentarité sur la base du principe du meilleur intérêt de l'utilisateur, par la concertation et le respect du PSI);
- Clientèle MPOC avec co-morbidité respiratoire à l'état instable : cœur pulmonaire, asthme;
- Clientèle MPOC en fin de vie en complémentarité avec le CLSC sur la base du principe du meilleur intérêt de l'utilisateur, par la concertation et le respect d'un PSI.

Autres clientèles du SRSAD

Le suivi respiratoire pour la clientèle suivante est effectué uniquement par le SRSAD

- Fibrose pulmonaire;
- Fibrose kystique du pancréas;
- Toutes les atteintes restrictives : l'obésité, les cyphoscolioses, les syndromes d'apnée/hypopnée;
- Les maladies vasculaires pulmonaires : hypertension pulmonaire primaire ou secondaire;
- Une maladie pulmonaire avec toutes les conditions hypoxémiantes; ex : la fibrose pulmonaire, l'hypertension pulmonaire secondaire à des problèmes d'embolie ou le cancer métastatique aux poumons;
- Cancer du poumon (en complémentarité avec le CLSC et sur la base du principe du meilleur intérêt de l'utilisateur).

REMERCIEMENTS

Nous remercions toutes les personnes qui ont participé à la conception de ce guide pour la référence SRSAD/CLSC. Une fois de plus, celles-ci ont mis à profit leurs compétences, leur disponibilité ainsi que leur engagement auprès des personnes atteintes de MPOC. Ont participé au comité :

Monique Boucher,	infirmière conseil, CLSC Montréal-Nord
Francine Comtois,	chef des programmes Services à domicile, CLSC du Plateau Mont-Royal
Sylvie Désilets,	infirmière conseil, CLSC La Petite Patrie
Dr Richard Gauthier,	pneumologue, Service régional de soins à domicile pour malades pulmonaires chroniques de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont
Louise Laurier,	chef de l'administration des programmes, CLSC du Vieux LaChine
Francine Mitchell,	chef de service, Service régional de soins à domicile pour malades pulmonaires chroniques de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont
France Remete,	directrice Services à domicile et centre de jour, CLSC Lac St-Louis
Danielle St-Jules,	adjointe chef de service, Service régional de soins à domicile pour malades pulmonaires chroniques de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont

De la Régie régionale de Montréal-Centre ont participé à ce projet :

Lucie Labarre,	cheffe de services, Services multicientèles de première ligne
Louise Labissonnière,	chargée de projet MPOC, Services multicientèles de première ligne

Traitement de texte et collaboration à la conception graphique : Marie-Josée Roy

ANNEXE V

Description de poste des intervenants(es)-pivots réseau MPOC

DESCRIPTION DE POSTE

1. IDENTIFICATION

Titre du poste : Intervenant(e) pivot-réseau MPOC

Statut : Temps complet permanent

2. SOMMAIRE DU POSTE

Le (la) titulaire du poste est principalement responsable d'implanter et de maintenir, dans une sous-région, une approche adaptée à des personnes atteintes d'une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC). Cette approche vise l'intégration des soins et services avec divers partenaires (CH, CLSC, SRSAD¹, CHSLD, CR² et GMF³, pneumologues et médecins de famille).

Relevant administrativement d'un centre hospitalier⁴, l'intervenant(e) pivot-réseau exerce un rôle clinico-administratif pour sa sous-région. Il (elle) est rattaché(e) à un service ayant une programmation spécifique MPOC.

L'intervenant(e) pivot-réseau fait en sorte que les centres hospitaliers de sa sous-région possèdent un processus de cheminement et de suivi de la clientèle MPOC. De plus, il (elle) travaille en concertation avec tous les partenaires de sa sous-région à la mise en place des conditions nécessaires à la prise en charge de la personne atteinte d'une MPOC. Il (elle) s'assure du cheminement du client à travers tout le réseau et de la continuité de l'information le concernant.

Son rôle est complémentaire au rôle des infirmier(ère)s de liaison, des infirmier(ère)s au suivi systématique et des infirmier(ère)s des cliniques spécialisées.

Le (la) titulaire du poste travaille sous l'autorité d'un gestionnaire qui l'aide à atteindre ses objectifs et intervient, entre autres, auprès des structures hiérarchiques des divers établissements concernés par ce projet.

3. RÔLES ET FONCTIONS SPÉCIFIQUES DE L'INTERVENANT(E) PIVOT-RÉSEAU

- Favorise l'émergence d'un réseau de services fonctionnel ainsi que son développement et son maintien avec l'ensemble des partenaires de sa sous-région, en tenant compte des réalités de chacun.
- Est une personne-ressource pour le réseau (CH, CLSC, SRSAD, CHSLD, CR et GMF, pneumologues et médecins de famille) et intervient lors de situations complexes.
- Exerce un rôle consultatif auprès de ses collègues et de l'équipe interdisciplinaire.
- Facilite l'accès aux médecins spécialistes et aux services spécialisés en collaboration avec les équipes en place.
- Suscite des discussions cliniques ou professionnelles avec ses collègues.
- Identifie les problèmes de soins dans son secteur d'activités et collabore, avec les personnes concernées, au développement et à l'enrichissement des programmes de soins et d'enseignement.
- Participe à différents comités reliés à ses fonctions, tant à l'interne qu'à l'externe.
- Propose de nouvelles solutions pour améliorer les services à la clientèle ou la coordination des activités entre les divers intervenants de son secteur d'activités et entre les divers partenaires.

Au niveau régional:

- Collabore avec les intervenant(e)s pivots-réseau des autres CHSGS désignés à la mise en place d'un fonctionnement en réseau de services intégrés.
- Contribue à la mise en commun et au développement d'outils régionaux standardisés qui permettent d'assurer une prise en charge efficace de la clientèle MPOC tels que :
 - l'identification de la clientèle et le recueil des données nécessaires à la connaissance de l'état général de chaque client;
 - la description du cheminement de la clientèle, des critères de référence et des processus;
 - les guides et outils de suivi clinique;
 - les mécanismes de communication;
 - les mécanismes d'évaluation continue du suivi et d'identification des correctifs à apporter.
- Fait connaître les expériences pouvant contribuer à la mise en place, au développement et au maintien du réseau de services intégrés.
- Partage ses connaissances et participe à la formation des intervenant(e)s.

Au niveau sous-régional :

- S'assure de la mise en place et de la coordination des activités qui permettent la prise en charge de cette clientèle, de façon continue, et dans le respect des missions de chacun.
- Établit des liens avec les partenaires locaux et sous-régionaux.
- Identifie les besoins de perfectionnement des intervenant(e)s et contribue à leur formation.
- Anime des réunions cliniques regroupant des intervenant(e)s des différents établissements.
- Supporte la mise en place de mécanismes pour que les plans de services individualisés soient élaborés.
- Aide les intervenant(e)s du réseau dans leurs démarches de solution de problèmes lors de cas complexes.
- Collabore avec les gestionnaires à l'élaboration et à la formalisation des ententes intra et interétablissements.
- Contribue à l'implantation des outils standardisés.
- Établit des mécanismes afin que les ressources disponibles soient connues.
- Établit des mécanismes pour être en lien avec les médecins de la communauté et faciliter l'accès aux médecins spécialistes.
- Participe à la collecte de données d'indicateurs permettant d'évaluer le fonctionnement du réseau de services intégrés.

4. CLIENTÈLE VISÉE

- La clientèle à risque de développer une maladie pulmonaire obstructive chronique ou qui est symptomatique.
- La clientèle qui a reçu un diagnostic de MPOC.
- La clientèle atteinte d'une MPOC qui se présente à l'urgence de l'hôpital et/ou qui est hospitalisée.
- La clientèle atteinte d'une MPOC qui reçoit des services dans la communauté (CLSC, SRSAD, cliniques externes, GMF, autres).

-
- La clientèle atteinte d'une MPOC qui est hébergée en CHSLD.
 - La clientèle qui est en convalescence active dans un CHR.
 - La clientèle MPOC qui n'a pas de médecin traitant.

5. CONNAISSANCES, APTITUDES ET EXIGENCES REQUISES

- Le (la) titulaire du poste démontre qu'il (elle) peut assumer un rôle de leader dans sa pratique de soins et peut faire face à la pression et aux attentes de ses partenaires.
- Il (elle) doit être en mesure d'interagir de façon autonome et positive avec des milieux de soins différents et souvent complexes.
- Enfin, il (elle) démontre pouvoir intervenir et contribuer significativement à la recherche de solutions dans des situations problématiques et parfois conflictuelles.
- Le (la) titulaire du poste se distingue par son intérêt particulier et son expertise en pneumologie.

Connaissances et expérience requises

- Détient un baccalauréat en sciences infirmières.
- Possède un minimum d'un (1) an d'expérience auprès de la clientèle MPOC et de trois (3) ans d'expériences acquises, au cours des cinq (5) dernières années, auprès de la clientèle de soins de courte durée.
- Démonstre des habiletés de communication écrite et verbale.
- A une bonne connaissance des ressources et services des différents milieux.
- Connaît l'informatique (Word, Excel de base et PowerPoint).

Aptitudes requises

- A une bonne capacité d'analyse, de synthèse et d'évaluation.
- Possède un bon sens de l'organisation et est autonome.
- Fait preuve de diplomatie, de discrétion et d'entregent.
- Est habile en animation de petits groupes
- Possède des habiletés d'andragogue et des aptitudes à enseigner.
- Sait établir des liens positifs avec ses partenaires.
- Prône une attitude pro-active.
- S'adapte facilement à un nouvel environnement.
- Travaille bien en équipe.
- Sait prendre des décisions, résoudre des problèmes, gérer des situations complexes et parfois conflictuelles.

1 SRSAD : service régional de soins à domicile pour malades pulmonaires chroniques.

2 CR : clinique réseau

3 GMF : groupe de médecine familiale

4 Centre hospitalier : peut faire partie d'un centre de santé et de services sociaux (CSSS)

*Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal*

Québec 