



GRUPE DIAGNOSTIC POUR PERSONNES AGÉES EN PERTE D'AUTONOMIE (GD.PAPA) – ÉTUDE DE FAISABILITÉ

Gnahoua Zoabli, ing., M.ing., PhD, EMBA
Ingénieur biomédical clinique

RÉSUMÉ

Une analyse sommaire du flux de travail des services diagnostics a permis de constater qu'un grand nombre d'examen concernant des personnes de plus de 65 ans est possible de façon sécuritaire dans le milieu de vie du patient. Sachant que la mobilisation des patients âgés en perte d'autonomie représente un défi, au niveau de la logistique que sur le système de santé lui-même, nous avons proposé certaines modalités diagnostiques dans des pôles gériatriques qui peuvent être organisés en CHSLD ou dans la communauté. Nous sommes d'avis que les CHSLD pourraient être associés à un groupe diagnostique pour personnes âgées en perte d'autonomie (GD.PAPA) afin de capter ce profil de patients et ainsi réduire l'achalandage dans les hôpitaux. Cette première approche est principalement philosophique. Par la suite, avec la collaboration d'établissements de santé intéressés, nous colligerons des données probantes des cinq dernières années afin de mieux quantifier les besoins humains, financiers et de réorganisation. Cette réflexion renforce la nécessité de développer le soutien à domicile et en CHSLD pour les soins médicaux ne nécessitant pas un suivi médical intensif ou critique.

Mots clés: Personnes âgées, analyses diagnostiques, optimisation des ressources, flux de travail, désengorgement des urgences, pertinence clinique, soins en milieu de vie.

INTRODUCTION

Un récent projet du ministère de la Santé et des services sociaux (MSSS) du Québec vise l'utilisation de rayonnement ionisant en centre hospitalier de soins de longue durée (CHSLD) pour offrir des services diagnostics dentaires aux patients qui y sont hébergés. Cette approche nous mène à réfléchir sur la possibilité d'y ajouter d'autres modalités diagnostiques populaires chez les personnes âgées et dont le temps de préparation est peu complexe. Nous consacrerons notre réflexion au cas particulier des personnes âgées en perte d'autonomie. C'est un profil de patient nécessitant de l'accompagnement et dont les soins sont souvent prolongés en centre hospitalier. Compte tenu des maladies chroniques qui arrivent à leur âge, certains examens de routine les mènent régulièrement à l'hôpital pour des suivis médicaux en plus des admissions aux urgences lorsque leur condition s'aggrave. Un séjour de 24 heures à l'urgence peut rendre une personne âgée confuse et elle peut perdre jusqu'à 10 % de ses capacités à faire ses tâches usuelles[1].

Le Canada compte 19% de personnes de 65 ans et plus [2].

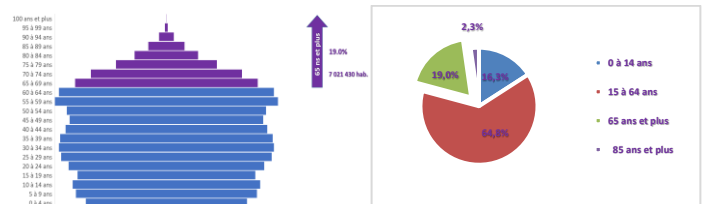


Figure 1: Les personnes de 65 ans et plus représentent 19% de la population canadienne selon le recensement de 2021

Les personnes âgées mettent de la pression sur le système de santé canadien. Elles occupent de façon prolongée des civières à l'urgence qui sont ainsi débordées, faute d'hébergement [3].

Le système de santé semble au bord du gouffre. Il est temps d'envisager, en dehors de l'hôpital [4] [5], une offre de service pour les soins non critiques aux personnes âgées.

Au lieu de maintenir les personnes âgées à l'hôpital, pourquoi ne pas poursuivre la médicalisation des CHSLD afin que les soins se rendent au patient, dans sa chambre dédiée, plutôt que ce soit au patient de se déplacer vers ses soins médicaux courants!

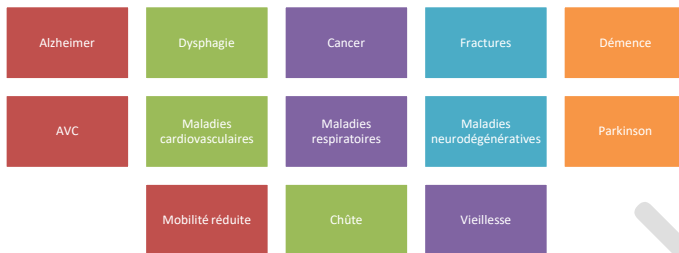
L'objectif de cette étude est d'aboutir à une amélioration de la prise en charge des patients gériatriques pour soulager le réseau de la santé du Canada.



MATÉRIEL ET MÉTHODES

Sept (7) prémisses ont motivé cette étude:

- Caractéristiques des personnes âgées en perte d'autonomie
 - Souvent polyopathologiques[6]
 - Présentent des syndromes gériatriques spécifiques.
- Pathologies prépondérantes chez les personnes âgées[6]



- Modalités d'imagerie diagnostiques utilisées en gériatrie

Équipement médical qui peut être mobile

- Radiographie générale
- Radiographie dentaire
- Ultrasonographie
- Échographie cardiaque
- Endoscopie digestive

Équipement médical principalement fixe

- Tomodensitométrie
- Résonance magnétique
- SPECT
- TEP
- Mammographie

- Problématique des examens diagnostics nécessitant la présence des personnes âgées en perte d'autonomie (PAPA)



- Démographie canadienne

Le Canada compte un nombre significatif de

personnes âgées avec une augmentation attendue en raison de la croissance rapide du nombre de milléniaux[2].

- Actualité sur l'achalandage dans les urgences au Québec et au Canada

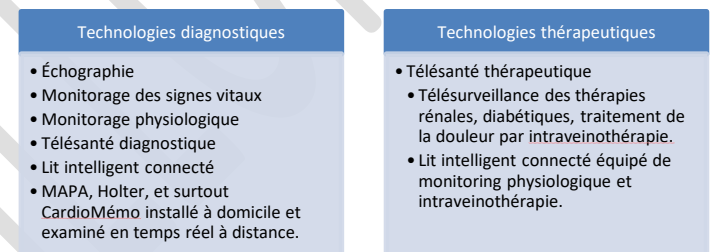
Depuis le début de l'automne, le Québec fait face à une occupation inhabituelle des urgences [1], [3], [4] et cette situation s'observe ailleurs au Canada.

- Cris du cœur du premier ministre du Québec en regard des urgences débordées

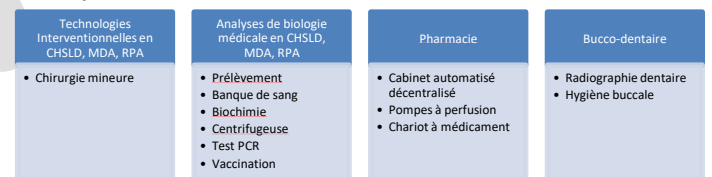
«Il faut que les problèmes mineurs soient réglés avant qu'on arrive à l'urgence»[3].

RÉSULTATS

Technologies médicales qui participent à la résolution des problèmes mineurs



Les spécialités médicales visées en CHSLD



Types de services qui se qualifient pour le CHSLD





Caractéristiques attendues d'un équipement médical à usage hors hôpital

- Fonctionnent à température ambiante
- Portabilité
- Facile à utiliser
- Connectivité avec le HIS du RSSSS et de l'hôpital affilié
- Autonomie électrique raisonnable en cas de coupure d'électricité dans le secteur de ce domicile / CHSLD / Maison des aînés

Technologies d'imagerie médicale en CHSLD

- Échographie sous-compact
- Échographe compact
- Échographie vésicale
- Radiographie dentaire portable
- Radiofluoroscopie multifonctionnelle

Technologies de laboratoires en CHSLD

- Équipements de prélèvement
 - Centrifugeuse
 - Réfrigérateur de produits pharmaceutiques
 - Congélateur
- Analyses biologiques hors laboratoire (EBMD)
 - Biochimie (type i-Stat)
 - Analyseur de Ph et gaz sanguins

Pôles gériatriques dans la communauté

- Technologies médicales des pôles diagnostiques de proximité dans la communauté

Imagerie médicale	Laboratoires d'analyses médicales	Chirurgie	Unités de Médecine
<ul style="list-style-type: none"> • Radiographie • Échographie 	<ul style="list-style-type: none"> • Prélèvement • Centrifugeuse • Test PCR 	<ul style="list-style-type: none"> • Hospitalisation à domicile de Médecine-Chirurgie (HDMC) 	<ul style="list-style-type: none"> • Soutien à domicile (SAD)

Utilisation en synergie de la salle de radiofluoroscopie en CHSLD

Le faible volume d'examen de chaque spécialité permet cette hypothèse.

Fluoroscopie	Radiographie	Endoscopie	Chirurgie
<ul style="list-style-type: none"> • Lavements barytés • Repas barytés • Gorgées barytées • Infiltrations 	<ul style="list-style-type: none"> • Radiographie générale • Radiographie dentaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Cholangiopancreatographie rétrograde endoscopique (CPRE) • Gastroscope • Coloscopie • Capsule endoscopique • Bronchoscopie • Urologie • Manométrie 	<ul style="list-style-type: none"> • Chirurgie mineure

Soins critiques possibles en CHSLD

Monitoring physiologique	Électrophysiologie cardiaque	Monitoring de signes vitaux	Chirurgie
<ul style="list-style-type: none"> • Télémétrie 	<ul style="list-style-type: none"> • Cardio Mémo • MAPA 	<ul style="list-style-type: none"> • Saturation d'oxygène (SpO2) 	<ul style="list-style-type: none"> • Chirurgie mineure (en salle de radiofluoroscopie)

Encadrement médical des soins critiques en pôle CHSLD

De manière à préserver le cadre de vie traditionnel des CHSLD, les voulant préserver le milieu de vie, tout le volet surveillance des patients critiques gagnerait à se réaliser à l'extérieur du CHSLD; dans un «War Room» dédié à la grappe des CHSLD du CISSS ou CIUSSS.

Un lien permanent sera maintenu avec le poste infirmier local pour communiquer les alarmes permettant d'identifier la chambre où intervenir immédiatement.

Par conséquent, la formation du personnel infirmier local devra être adaptée à ce nouveau profil professionnel.

Si les lits médicaux sont connectés au système d'information hospitalier, la veilleuse sous le lit pourrait servir d'indicateur général de l'état de santé du patient;

- Vert: tout va bien
- Orange: préoccupant
- Rouge: intervention immédiate requise

«War Room» de surveillance des signes vitaux critiques des CHSLD

Il s'agit bien installer les capteurs diagnostiques et surveiller à distance les signes vitaux critiques [7] et de communiquer les alarmes au poste infirmier du CHSLD concerné.



Figure 2 : Poste central de monitoring de SpO2 / Saturométrie à domicile



Figure 3: Poste central de monitoring cardiaque

DISCUSSIONS

Quelques pistes de réflexion

- Les patients déjà admis en CHSLD ne sont transférés à l'hôpital que pour des soins spécialisés qui ne sont pas offerts en CHSLD médicalisé;
- Les patients bénéficiant déjà d'un programme de soutien à domicile recevront le maximum de soins chez eux et n'iront à l'hôpital que pour les soins spécialisés nécessitant des équipements médicaux fixes non adaptés pour le domicile;
- Un programme d'aïdant non-naturel (d'agences privées en santé ou de CLSC) devra être mis sur pieds pour médicaliser le domicile des personnes en attente de place en CHSLD, si leur lieu d'habitation le permet;
- Mettre sur pieds des unités mobiles d'assistance médicale qui serviront d'hôpitaux ambulants pour offrir des soins préhospitaliers d'urgence, avec laboratoire et unité de chirurgie mineure intégrée;
- Réserver les soins d'urgence aux patients dont la vie est imminemment à risque;
- Le plus possible, maintenir le patient à domicile ou en CHSLD avec une escouade mobile mixte composée de médecin, infirmière, inhalothérapeute et technologue en radiologie, selon la mission.

Services de proximité dans la communauté pour les patients en attente d'hébergement en CHSLD

À travers la province du Québec, en décembre 2022, 4500 personnes sont en attente du place en CHSLD, soit 16,5 % de plus qu'il y a un an. 60 %

des personnes en attente sont à domicile [8]. Une possible solution serait un établissement dans la Communauté pour capter ces patients et leur offrir les services cités plus haut dans une formule semblable à la médecine de jour. Ils retournent chez eux après les soins qui ne peuvent pas être donnés à domicile. Des espaces locatifs dans des centres commerciaux pourraient être mieux accommodants puisque mitoyens aux domiciles citoyens de la cette ville.

Ainsi, une amélioration de la prise en charge des patients gériatriques peut se réaliser sans que cela ne se déroule sur le théâtre des opérations de l'Hôpital. Avec le changement de cap que nous proposons, il est possible de retenir un plus grand nombre de patient en CHSLD ou à domicile. Cela nécessitera un aménagement technologique majeur ainsi qu'un transfert de compétence vers le milieu de vie du patient. On réduit ainsi l'engorgement de l'hôpital, faisant place à une clientèle plus jeune, susceptible d'avoir des séjours hospitaliers plus courts et une mobilité plus accrue, accélérant du même coup les étapes de l'épisode de soins.

Une analyse plus scientifique est à venir avec des données probantes et des indicateurs confirmant ou infirmant cette hypothèse. Nous ne savons pas encore si une telle approche exacerbe ou non la pénurie de main-d'œuvre.

La principale donnée manquante pour renforcer notre étude est la statistique d'occupation des civières d'urgence par les personnes de plus de 65 ans. Une telle information permettrait de mieux mesurer l'ampleur du besoin et ajuster les solutions selon les régions.

CONCLUSIONS

Cette réflexion sommaire mérite d'être approfondie. Un tel exercice nécessitera une collaboration multidisciplinaire dans les domaines suivants :

- Ressources humaines pour analyser l'impact de la pénurie de personnel sur l'approche technologique que nous proposons;
- Gouvernance organisationnelle pour analyser sa faisabilité administrative et son impact sur la gouvernance actuelle;
- Collecte de données statistiques d'occupation des civières et lits d'hôpitaux par les personnes âgées;



- Industrie médicale parce que des ajustements technologiques seront nécessaires sur les équipements actuels pour les rendre connectés en permanence au système d'information hospitalier (HIS) de l'établissement de santé partenaire;
- Enseignement et recherche pour améliorer les connaissances et susciter des formations universitaires adaptées à la nouvelle gouvernance des soins à domicile, CHSLD, MDA, RI, dans la communauté;
- Génie biomédical clinique pour des choix technologiques appropriés;
- Physique médicale pour adapter les processus de radioprotection et de dosimétrie en soins de santé décentralisés dans le milieu de vie de la personne âgée en perte d'autonomie.

Nous sollicitons la collaboration d'hôpitaux faisant face actuellement au défi de suroccupation des urgences pour obtenir des données probantes et renforcer le concept.

Nous souhaitons que la solution de décentralisation technologique que nous proposons fasse des hôpitaux un environnement réservé aux soins intensifs, tertiaires et d'urgence. L'hospitalisation à l'hôpital deviendrait ainsi brève, le temps des soins critiques; les soins généraux pouvant se poursuivre à domicile ou en CHSLD. La surveillance permanente en «War Room» contribuera à assurer la sécurité de la surveillance critique décentralisée.

ABRÉVIATIONS

CHSLD:	Centre hospitalier de soins de longue durée
CISSS:	Centre intégré de santé et services sociaux
CIUSSS:	Centre intégré universitaire de santé et services sociaux
CLSC:	Centre local de services communautaires
EBMD:	Examens de biologie médicale délocalisée
GD.PAPA:	Groupe diagnostic pour personnes âgées en perte d'autonomie
HIS:	Système d'information hospitalier
MDA :	Maison des aînés
PAPA:	Personne âgée en perte d'autonomie

RPA : Résidence pour personnes âgées

RÉFÉRENCES

- [1] H. Archambault, « Trois fois plus de patients attendent des jours sur une civière à l'urgence », *Le Journal de Montréal*. <https://www.journaldemontreal.com/2022/03/21/encore-plus-long-avant-davoir-un-lit> (consulté le 27 décembre 2022).
- [2] S. C. Gouvernement du Canada, « Portrait générationnel de la population vieillissante du Canada selon le Recensement de 2021 », 27 avril 2022. <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2021/as-sa/98-200-X/2021003/98-200-X2021003-fra.cfm> (consulté le 26 décembre 2022).
- [3] Z. P.- ICI.Radio-Canada.ca, « Les urgences du Québec engorgées faute d'hébergement pour les aînés », *Radio-Canada.ca*. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1928518/lits-hopitaux-desengorger-urgences> (consulté le 10 décembre 2022).
- [4] G. Ouimet, « Le système de santé au bord du gouffre: les soins à domicile sont-ils l'avenir? », *24 heures*, 21 janvier 2022. <https://www.24heures.ca/2022/01/21/le-systeme-de-sante-au-bord-du-gouffre-les-soins-a-domicile-sont-ils-lavenir> (consulté le 10 décembre 2022).
- [5] Deloitte, « L'hospitalisation à domicile. Un modèle d'avenir ». 2022. Consulté le: 10 décembre 2022. [En ligne]. Disponible sur: <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/ch/Documents/public-sector/deloitte-ch-fr-hospital-at-home-new.pdf>
- [6] S. C. Gouvernement du Canada, « Indicateurs de vieillissement en santé », 27 juillet 2010. <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1310046601> (consulté le 26 décembre 2022).
- [7] [santeestrie.qc.ca](https://www.santeestrie.qc.ca), « Saturométrie nocturne à domicile ». octobre 2020. Consulté le: 1 janvier 2023. [En ligne]. Disponible sur: https://www.santeestrie.qc.ca/clients/SanteEstrie/soins-services/Specialises/Examens-tests/Sommeil/Feuillet_Saturometrie_VF_FR_08oct2020.pdf
- [8] « Liste des demandes en attente pour un CHSLD (par région) ». <https://bonjourresidences.com/blogue/attentechsld/> (consulté le 6 janvier 2023).