

SOINS INTENSIFIÉS À DOMICILE

UNE RECENSION EXPLORATOIRE

Le présent ouvrage rapporte les résultats d’une exploration des écrits sur des pratiques au moins prometteuses d’intensification de services à domicile de même que sur les avis d’experts pertinents à ce propos. Il permettra au lecteur de se faire une idée sur les tendances en matière d’organisation de services (clientèle visée, gravité des problèmes, durée du service, rôles, équipe dédiée, ...). L’adoption de ces tendances nécessiterait toutefois un tour de roue supplémentaire pour décrire de manière plus opérationnelle ces pratiques ou pour étendre le champ couvert de connaissances.

Il comporte deux principaux chapitres : des expériences d’intensification à domicile ; et des recommandations sur les composantes les plus efficaces d’organisation des services. Ce second chapitre doit être considéré comme des assises nécessaires à la réussite d’un projet de changement en soins primaires pour des usagers vulnérables ayant des besoins complexes.

Le lecteur retrouvera en introduction une liste de « Messages clés », soit un résumé intégratif des publications consultées. Il retrouvera également juste en-dessous ce qui est entendu ici par « intensification de services ». Après avoir lu différentes publications, les courtiers de connaissances ont pu établir une définition sous forme de critères. Ces critères, listés dans le tableau qui suit, ont ensuite servi à la sélection des écrits résumés dans les pages suivantes.

Tableau : Critères de sélection des publications intégrant les balises définissant le concept de « intensification de services au domicile »

TITRE [source] <i>Type de publication</i>	OBJECTIF DE LA PRATIQUE ¹	CLIENTÈLE VISÉE	SERVICES OFFERTS				FONCTIONNEMENT ²	EFFETS
			SAD	ET	INTENSIFICATION	MD DE FAMILLE		
<input type="checkbox"/> Publication québécoise <input type="checkbox"/> Publication canadienne <input type="checkbox"/> Publication provenant d’un pays comparable <input type="checkbox"/> Tous les niveaux de preuve vu l’importance du contexte <input type="checkbox"/> Publication récente (2013-2018)	<input type="checkbox"/> Réduire la DMS <input type="checkbox"/> Éviter l’hospitalisation ou les visites à l’urgence	USAGER <input type="checkbox"/> Condition chronique avancée <input type="checkbox"/> Condition terminale <input type="checkbox"/> État de santé instable <input type="checkbox"/> Visites fréquentes à l’urgence <input type="checkbox"/> Lourde perte d’autonomie <input type="checkbox"/> Risque d’hospitalisation PROCHE AIDANT	<input type="checkbox"/> Services habituels du soutien à domicile (soins infirmiers, services de réadaptation, assistance à domicile, ...)	<input type="checkbox"/> Mesure supplémentaire aux services habituels du SAD en termes de temps ou de service en soi <input type="checkbox"/> Équipe dédiée <input type="checkbox"/> Équipe non dédiée <input type="checkbox"/> Équipe gériatrique	<input type="checkbox"/> Rôle de premier plan ou non dans l’intensification de services <input type="checkbox"/> Rôles partagés entre médecin et autres professionnels	<input type="checkbox"/> Réseau intégré de services <input type="checkbox"/> Révision des rôles cliniques et approche collaborative <input type="checkbox"/> Trajectoire établie (incluant les transitions) <input type="checkbox"/> Formation et guide de pratiques <input type="checkbox"/> Modèle de gestion du personnel d’encadrement <input type="checkbox"/> Autres (télésanté, ...)	<input type="checkbox"/> Résultats concernant l’usager ou ses proches aidants <input type="checkbox"/> Résultats concernant l’efficacité du réseau	

¹ L’objectif repose sur trois intentions : le maintien dans le milieu de vie ; le service le mieux adapté aux besoins et aux objectifs de l’usager ; et l’optimisation des ressources.

² Le fonctionnement rapporte la présence des composantes jugées les plus efficaces en organisation de services selon les auteurs consultés.

MESSAGES CLÉS

1. Les tendances observées lors du Forum tenu par le MSSS en 2017 (25 et 26 mai) s'attachent à préconiser l'utilisation du programme d'intensification pour des clientèles ayant une condition chronique ou une condition terminale et présentant d'importantes limitations fonctionnelles.
2. L'intensification vise surtout à réduire la durée du séjour à l'hôpital, de même qu'à éviter l'hospitalisation ou les visites à l'urgence.
3. Le programme tend à combiner, d'une part, des mesures particulières d'intensification à, d'autre part, des services de SAD.
4. Bien que le programme d'intensification puisse s'inscrire dans une équipe de gériatrie qui couvre tout le continuum, puisque les effets ne sont pas documentés dans les écrits consultés, l'essentiel demeure que la trajectoire soit clairement établie et intégrée, que les rôles comme les corridors de services soient définis.
5. Bien que les pratiques et les écrits scientifiques consultés observent des résultats positifs, voire supérieurs d'un programme d'intensification, les effets sont dépendants du contexte.
6. La formule préconisée pour les personnes requérant des soins aigus et qui montrent une importante perte de mobilité de même que pour les personnes requérant le suivi d'une grave condition chronique apparaît la même.
7. Pour un épisode de soins aigus, une visite au domicile dans les 24h, une garde assurée minimalement la semaine de jour et en soirée ainsi que certains outils accessibles aux infirmières présentent des résultats bénéfiques.
8. Le programme est découpé par territoire selon deux options : soit par RLS, soit en fonction d'un découpage qui tient compte à la fois de la gamme existante de services, à la fois des distances.
9. L'intensification requiert généralement la participation d'une équipe multidisciplinaire, selon une approche collaborative, où l'usager et ses proches aidants sont partie prenante de l'équipe.
10. L'équipe de base comprend toujours une infirmière et un médecin, auxquels se joignent les autres professionnels selon les besoins.
11. Une garde en soins infirmiers doit être assurée 24h/7j, en partie par une infirmière dédiée pour le jour, en partie par le service 24/7 de soir et de nuit.
12. Au sujet de l'infirmière
 - a. Dans les pratiques prometteuses, l'infirmière bachelière est habituellement dédiée au programme d'intensification, provient du SAD et représente le point central de l'équipe.
 - b. Pour les soins de fin de vie, les pratiques mettent l'accent sur le fait qu'elle soit volontaire pour y assurer les soins et qu'elle y soit tout particulièrement dédiée.
 - c. L'infirmière réalise l'évaluation complète, dispose des ordonnances collectives requises, d'outils tels un téléphone cellulaire et l'accès au DME.
 - d. Les rôles sont clairement établis entre l'infirmière bachelière, l'infirmière praticienne et l'infirmière auxiliaire en s'assurant d'optimiser les rôles de chacune.
 - e. Pour un épisode de soins aigus, l'infirmière contacte au besoin le médecin de garde selon ses prérogatives.
13. Au sujet du médecin
 - a. La « tournée hospitalière » semble plutôt prendre la forme de consultations téléphoniques pour les patients instables, en préconisant que les visites au domicile soient faites par l'infirmière sauf en cas de besoins particuliers où le médecin se rendra au domicile.
 - b. Les médecins proviennent du GMF et bien que certains soient rattachés plus étroitement au programme d'intensification, le volume doit être suffisant pour pouvoir assurer minimalement une garde de jour et de début de soirée, les jours de semaine.
14. Au sujet des autres membres de l'équipe interdisciplinaire, les intervenants déjà au dossier accroissent la fréquence de leurs visites.
15. Concernant le rôle du médecin de famille, la tendance serait qu'il poursuive le suivi de son patient avec le soutien de l'équipe d'intensification.
16. La révision des services en soins primaires pour les clientèles vulnérables repose sur l'adoption des meilleures pratiques organisationnelles pour accroître l'efficacité, tout spécialement :

- a. Réseau intégré de services
 - Coordination des services.
 - Concertation dans le but de mobiliser tous les acteurs du RLS.
 - Mécanisme d'accès unique qui arrime tous les partenaires sur la base de normes claires.
 - Système partagé de communication.
 - Utilisation de OÉMC.
 - Recours aux PI-PII-PSI où le patient est intégré comme partenaire.
 - Gestion de cas.
- b. Révision des rôles cliniques et approche collaborative
 - Optimisation de l'utilisation des compétences de chaque professionnel (ex. : infirmière bachelière par rapport à auxiliaire).
 - Intégration des IPS.
 - Implication active de l'utilisateur et de ses proches aidants en systématisant la pratique.
- c. Trajectoire établie (incluant les transitions)
 - Personnel SAD présent dans les hôpitaux pour assurer les transitions.
 - Rencontres régulières pour partager la vision de l'épisode en hôpital entre les gens du SAD, les intervenants de l'hôpital et les usagers, leurs proches aidants.
 - Planification précoce du congé.
 - Visite à domicile dans les 3 jours post-congé.
 - Coordination des soins, idéalement assurée par une infirmière.
 - Communication présente entre hôpital et les prestataires de soins primaires.
 - Corridors établis entre les prestataires de services.
 - Repérage systématique de la vulnérabilité chez les aînés de 75 ans et plus.
 - Déploiement accru du modèle de gestion des maladies chroniques.
- d. Formation et guide de pratiques
 - Formation interprofessionnelle par le biais des UFCI avantageuse.
- e. Modèle de gestion du personnel d'encadrement
 - Révision possiblement avantageuse du travail en cellule interprofessionnelle.
 - Révision possiblement avantageuse de l'adoption d'un modèle de gestion qui rendre les équipes plus autonomes.

A. PRATIQUES PROMETTEUSES ET EXEMPLAIRES D'INTENSIFICATION DE SERVICES AU DOMICILE

TITRE [source] <i>Type de publication</i>	OBJECTIF DE LA PRATIQUE ³	CLIENTÈLE VISÉE	SERVICES OFFERTS		FONCTIONNEMENT ⁴	EFFETS
			SAD	ET INTENSIFICATION		
<p>Soins « intensifs » infirmiers et médicaux à domicile au sein de l'équipe interprofessionnelle SAD du CLSC [1]</p> <p><i>Pratique prometteuse Montréal</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Éviter les visites à l'urgence ▪ Réduire le nombre et la durée des hospitalisations ▪ Réduire le nombre de NSA (niveaux de soins alternatifs) pour ceux qui ne requièrent plus le plateau technique de l'hôpital ▪ Offrir traitement sécuritaire lors de décompensations aiguës ▪ Maintenir dans le milieu les gens en fin de vie selon désir ▪ Retarder recours à l'hébergement 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patients souffrant de conditions chroniques avancées et terminales ▪ Conditions médicales sévères instables ▪ Personnes généralement âgées ▪ Fréquentes visites à l'urgence ou à l'hôpital ▪ Clientèle généralement non ambulante ▪ Lourde perte d'autonomie ▪ Clientèle à domicile (privé, RPA, RI) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inf : au centre de l'équipe pour les cas de soins « intensifs » ▪ MD en pratique intensive à domicile intégré aux équipes SAD ▪ Suivi conjoint inf SAD et MD SAD ▪ Prise en charge également possible par l'IPS avec MD partenaire ▪ Garde infirmière et médicale 24h/7j ▪ Soins de fin de vie : inf dédiées et volontaires ; charge de cas réduite 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Non précisé 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ % temps MD SAD : 40% conditions chroniques ; 50% fin de vie ; 10% visite urgence court terme ▪ MD disponibles au moins 5 jours/semaine (pratique de groupe et garde médicale) ▪ 10 MD = 1,5 ETP à domicile, pour une population de 153 344 résidents) ▪ Suivi médical environ 500 patients à domicile ▪ Tournée hospitalière devient une consultation téléphonique des patients instables, l'inf se rendant à domicile ▪ Évaluation initiale menée par l'inf bachelière ▪ Infirmière pivot dans chaque dossier ▪ Rôles établis entre IPS, bachelière et auxiliaire ▪ Téléphone cellulaire fourni ▪ DME pour les inf ▪ Constats de décès par les inf dans régions sans médecin sur la route 24h/24 (ex. : Pratique exemplaire en Chaudière-Appalaches) ▪ Dossier au domicile pour la communication patient-proche aidant-intervenant ▪ Livret sur la fin de vie 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ↘ progressive des coûts hospitaliers

³ L'objectif repose sur trois intentions : le maintien dans le milieu de vie ; le service le mieux adapté aux besoins et aux objectifs de l'utilisateur ; et l'optimisation des ressources.

⁴ Le fonctionnement rapporte la présence des composantes jugées les plus efficaces en organisation de services selon les auteurs consultés.

TITRE [source] <i>Type de publication</i>	OBJECTIF DE LA PRATIQUE ³	CLIENTÈLE VISÉE	SERVICES OFFERTS		FONCTIONNEMENT ⁴	EFFETS
			SAD	ET INTENSIFICATION		
					<ul style="list-style-type: none"> Plan d'action personnalisé rédigé avec patient et proches Formation dans le cadre des activités des Unités cliniques de formation interprofessionnelle (UFCI) 	
Service de SAD aigu [2] <i>Pratique prometteuse Montréal</i>	<ul style="list-style-type: none"> Éviter visite à l'urgence Éviter hospitalisation Réduire coûts ambulanciers Réduire investigations non requises Réduire risque déconditionnement, délirium, infection 	<ul style="list-style-type: none"> Besoin de soins aigus avec perte importante de mobilité Principaux motifs de consultation : <ul style="list-style-type: none"> Problème pulmonaire Infection Problème cardiaque 	<ul style="list-style-type: none"> Évaluation et suivi à domicile pour un épisode de soins aigus Accès 8h-20h, en semaine Délai prise en charge < 24h Deux infirmières du SAD dédiée au SAD aigu, ayant cellulaire, trousse médicaments, matériel évaluation, ordonnances collectives Couverture médicale par équipe médicale à domicile : couverture 24h/7j ; visites à domicile au besoin dans 40% des cas Nb moyen de visites de l'inf au domicile par usager : 2,2 Nb moyen de visites médicales par usager : 0,44 	<ul style="list-style-type: none"> Retour au MD traitant une fois l'usager stabilisé, avec un résumé du dossier (ajustements médication ; référence au SAD régulier) 	<ul style="list-style-type: none"> Gestion des demandes par guichet accès SAD et ASI Corridor de service établi d'imagerie médicale (radio simple et doppler membres inférieurs) Trajectoire : <ul style="list-style-type: none"> Demande faite au guichet par : intervenants SAD, inf en RI ou inf du GMF Analyse demande par le guichet d'accès Prise en charge par inf SAD aigu : visite le même jour selon évaluation téléphonique sommaire Contact au besoin avec MD de garde Visites quotidiennes de l'inf les jours suivants jusqu'à stabilisation Visite conjointe inf + MD Soutien clérical et clinique 	<ul style="list-style-type: none"> 63% de visites évitées à l'urgence ou hospitalisation Réduction estimée des coûts <ul style="list-style-type: none"> Économie de 77,75\$ par visite évitée à l'urgence Économie de 132\$ par transport ambulancier évité Économie liée aux hospitalisations évitées Effet plus marqué sur la ↘ visites à l'urgence chez les <75 ans Effet plus marqué sur la ↘ hospitalisations chez les ≥ 75 ans Satisfaction des utilisateurs
Le soutien à domicile, des services en constante adaptation en réponse aux besoins et réalités en évolution des personnes âgées [3]	<ul style="list-style-type: none"> Maintien de l'autonomie Restauration de l'autonomie 	Personnes âgées	Service d'évaluation et de réadaptation gériatrique (SERG) <ul style="list-style-type: none"> Équipe dédiée qui couvre tout le continuum SERG 1 : dans la communauté SERG 2 : au CH 	<ul style="list-style-type: none"> Lien formalisé avec le SERG 	<ul style="list-style-type: none"> Repérage <ul style="list-style-type: none"> PRISMA 7 partout ZARIT fardeau du proche aidant Maltraitance Une porte d'accès par RLS pour les personnes âgées 	<ul style="list-style-type: none"> SERG 2 et GMF en cours d'implantation Projet pilote en cours

TITRE [source] <i>Type de publication</i>	OBJECTIF DE LA PRATIQUE ³	CLIENTÈLE VISÉE	SERVICES OFFERTS		FONCTIONNEMENT ⁴	EFFETS	
			SAD	ET INTENSIFICATION			MD DE FAMILLE
<i>Pratique prometteuse Bas-Saint-Laurent</i>			<ul style="list-style-type: none"> SERG GMF : lien entre GMF et SERG pour évaluation et suivi SCPD Activités en centre de jour Offertes par des groupes communautaires Épisode coordonné par intervenant pivot 		<ul style="list-style-type: none"> Critères clairs et harmonisés entre RLS Comité d'organisation des services par RLS Travaux en cours pour une seule porte d'entrée pour le RTS Évaluation et planification <ul style="list-style-type: none"> Référence à une équipe d'évaluateurs pour usagers profil long terme Intervenant pivot Planification en équipe (PI-PII-PSI) Clientèles vulnérables inscrites au 811 Pratiques de monitoring Structure d'encadrement : <ul style="list-style-type: none"> Chef SAD Chef RPA-RI Chef SERG 		
<p>Un parcours de soins et de services fluide : des transitions efficaces [4]</p> <p><i>Pratique prometteuse Mauricie-Centre-du-Québec</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> Réduire la durée de séjour en hôpital Éviter les réadmissions Diminuer les déclarations d'hébergement depuis l'hôpital Augmenter le repérage des usagers vulnérables dont le retour au domicile est compromis 	Usagers vulnérables	<p>Intervenants SAD dédiés à l'hôpital (psychosociaux et inf) : équipe de liaison gériatrique</p> <ul style="list-style-type: none"> 7/7j, jour et soir à l'urgence 7/7j, de jour, sur les unités 	<p>Mesures spécifiques d'intensification</p> <ul style="list-style-type: none"> Surveillance 24/7 Recours aux aides techniques Implication des partenaires (EESAD, RPA, ...) Présence plus soutenue des intervenants au dossier Suivi de la récupération à domicile ... Poursuite de l'évaluation hors de l'hôpital (OÉMC) 	<ul style="list-style-type: none"> Non précisé 	<ul style="list-style-type: none"> Comité de coordination des transitions Lien étroit entre SAD et équipe de l'hôpital Rencontre de type caucus (QUATUOR) <ul style="list-style-type: none"> Avec intervenants et usager, pour harmoniser la vision de l'épisode de soins LU et ME, de 10h30 à 11h Même équipe pour un MD donné Cheminement de l'utilisateur précisé Implication de l'utilisateur et de ses proches aidants 	<ul style="list-style-type: none"> Avantages reconnus aux rencontres de type caucus pour le patient, pour l'efficacité de l'épisode et pour les membres de l'équipe Satisfaction ↗ des acteurs ↗ réponse aux besoins ↗ efficacité réseau

TITRE [source] <i>Type de publication</i>	OBJECTIF DE LA PRATIQUE ³	CLIENTÈLE VISÉE	SERVICES OFFERTS		FONCTIONNEMENT ⁴	EFFETS
			SAD	ET INTENSIFICATION		
	<ul style="list-style-type: none"> Planifier précocement le congé Diminuer les transitions inutiles 					
<p>Efficiencia des interventions intensives en soins primaires : une revue systématique [5]</p> <p><i>Revue systématique</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> Réduire la DMS Réduire les visites à l'urgence Diminuer les décès 	<ul style="list-style-type: none"> Personnes âgées Limites fonctionnelles Risque élevé d'hospitalisation ou de décès 	<ul style="list-style-type: none"> Recension couvre <ul style="list-style-type: none"> Service de soins primaires intensifs offerts au domicile Service de soins primaires intensifs en clinique externe Programmes comprennent pour les patients à risque <ul style="list-style-type: none"> Intensité élevée de soins Plus grande diversité de services 	<ul style="list-style-type: none"> Non précisé 	<ul style="list-style-type: none"> Équipe multidisciplinaire <ul style="list-style-type: none"> Médecin Infirmière Travailleur social Physiothérapeute Pharmacien Professionnel en santé mentale Cas + complexes = ajout de professionnels <ul style="list-style-type: none"> Attention : risque de discontinuité ; coordination plus complexe 	<ul style="list-style-type: none"> Association faible à modérée avec les admissions hospitalières Pas d'impact sur les visites à l'urgence ou décès Attention : ↘ hospitalisation est contexte-dépendant Hétérogénéité des études
<p>Gestion habituelle par rapport à une gestion intensifiée de l'insuffisance cardiaque pour réduire les coûts de santé : résultats d'un essai multicentrique, randomisé et contrôlé [6]</p> <p><i>Essai randomisé contrôlé – Australie</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> Réduire la DMS Réduire les coûts Améliorer l'état de santé 	<ul style="list-style-type: none"> Insuffisance cardiaque chronique Personnes âgées Fort taux de comorbidités 	<p>Intensité du programme de soins après congé hospitalier varie selon :</p> <ul style="list-style-type: none"> Assignation à un programme <ul style="list-style-type: none"> Standard ou Intensif Lieu du domicile <ul style="list-style-type: none"> Métropolitain : < 45 min de déplacement et < 30 km Éloigné : autres <p>Programme intensif représente, pour les 396 patients en région éloignée :</p> <ul style="list-style-type: none"> Ajout 72 visites à domicile 7208 contacts téléphoniques 	<ul style="list-style-type: none"> Non précisé 	<p>Programme standard</p> <p><u>Métropolitain</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Suivi des soins par infirmière spécialisée en insuffisance cardiaque Interventions à domiciles après congé (min. 1 visite dans les 7-14 premiers jours) Cardiologue Support additionnel au besoin (programmes exercices, examen du pharmacien) <p><u>Région éloignée</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Suivi téléphonique par Fondation nationale du cœur <p>Programme intensif</p>	<ul style="list-style-type: none"> À 12 mois, pas de différence entre les deux groupes <ul style="list-style-type: none"> Coûts État de santé Différence non-significative DMS Effet de seuil : toute intervention additionnelle n'apporte aucun bénéfice supplémentaire

TITRE [source] <i>Type de publication</i>	OBJECTIF DE LA PRATIQUE ³	CLIENTÈLE VISÉE	SERVICES OFFERTS			FONCTIONNEMENT ⁴	EFFETS
			SAD	ET	INTENSIFICATION		
						<ul style="list-style-type: none"> Regroupement des patients selon évaluation du risque de décès et de réadmission Statut attribué : Rouge-Orange-Vert (<i>Delineation of rlsk and need tool</i>) Mise à jour du statut, évaluation (7-14 jrs) envoyée automatiquement à l'équipe de soins <p><u>Métropolitain, pour tous les statuts</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Visite à domicile (1x/ 7-14 jrs) En plus du même suivi selon statut que région éloignée <p><u>Région éloignée</u></p> <p>Rouge</p> <ul style="list-style-type: none"> Visite à domicile (moy 270 km) + suivi téléphonique <p>Orange</p> <ul style="list-style-type: none"> Surveillance domicile + suivi téléphonique accru <p>Vert</p> <ul style="list-style-type: none"> Surveillance domicile + suivi téléphonique de routine 	
Prévention des réadmissions hospitalières chez les adultes avec des maladies chroniques par des interventions en soins de transitions [7]	<ul style="list-style-type: none"> Réduire le taux de réadmission à <ul style="list-style-type: none"> Court terme (< 30j) Moyen terme (31-180j) Long terme (181-365j) 	<ul style="list-style-type: none"> Adultes Maladies chroniques Patients à risques suite au congé hospitalier 	Programme transitoire de soins <ul style="list-style-type: none"> Visites à domicile ou suivi téléphonique Temps limité 	Programme transitoire <i>intensifié</i> de soins <ul style="list-style-type: none"> 11 mesures d'intensité de transition Se dit intensif, si la sommation des mesures est de 9 et plus Temps limité 	<ul style="list-style-type: none"> Non précisé 	<p>Programme transitoire de soins</p> <ul style="list-style-type: none"> Débuté durant l'admission en hôpital Continue après le congé par des visites à domicile ou par un suivi téléphonique minimal d'un mois <p>Programme transitoire intensifié de soins</p> <ul style="list-style-type: none"> Mesures d'intensité d'interventions,⁵ p.ex. <ul style="list-style-type: none"> Coordination par une infirmière 	<p>Programme transitoire</p> <ul style="list-style-type: none"> ↘ réadmissions à moyen et long termes ↘ réadmissions chez patients > 60 ans, admis en unité de médecine générale <p>Programme transitoire intensifié</p>

⁵ La liste complète des mesures d'intensité d'intervention n'est pas accessible dans l'article cité. Sur demande, il nous sera possible de communiquer avec l'auteur pour l'obtenir.

TITRE [source] <i>Type de publication</i>	OBJECTIF DE LA PRATIQUE ³	CLIENTÈLE VISÉE	SERVICES OFFERTS			FONCTIONNEMENT ⁴	EFFETS
			SAD	ET	INTENSIFICATION		
<i>Revue systématique et méta-analyse</i>						<ul style="list-style-type: none"> - Communication entre les prestataires de soins primaires et l'hôpital - Visites à domicile 3 jours suivant le congé - Évaluation complète du patient à l'admission - Enseignement de l'autogestion à l'admission 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Effets plus importants pour les mesures suivantes <ul style="list-style-type: none"> - Visite à domicile < 3 jrs - Coord. des soins par infirmière - Communication entre hôpital et prestataire de soins primaires ▪ ↘ réadmissions à court, moyen et long termes ▪ ↗ prévention des réadmissions < 30 jours
<p>Une méta-analyse sur « l'hôpital à domicile » [8]</p> <p><i>Méta-analyse</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diminuer les décès ▪ Diminuer le taux de réadmission ▪ Diminuer les coûts ▪ Augmenter la satisfaction des patients et des prestataires de soins 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patients > 16 ans 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Traitements aigus et subaigus qui requièrent habituellement une admission hospitalière ▪ Visites à la maison par des professionnels de la santé ▪ Majorité des soins donnés par infirmière ▪ Peut aussi inclure MD et autres professionnels 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Non précisé 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Services offerts variables selon les études : <ul style="list-style-type: none"> - Infirmière avec supervision par MD (pratique la plus souvent rapportée) - Équipe multidisciplinaire - Équipe partielle - Travailleur de la santé seul 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Effets significatifs statistiques et cliniques en faveur de l'hôpital à domicile ▪ ↘ mortalité (tous groupes d'âge) ▪ ↘ taux réadmissions ▪ ↘ coûts ▪ ↗ satisfaction patient + aidants (tous groupes d'âge) ▪ → charge pour les aidants (tous groupes d'âge) 	
Les soins palliatifs à domicile au Québec :	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En recourant à un guichet unique 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Personnes âgées 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Équipe <ul style="list-style-type: none"> - 2 MD 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Non précisé 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ MD de garde couvre <ul style="list-style-type: none"> - Patients hospitalisés à l'USP 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 35 prises en charge simultanées 	

TITRE [source] <i>Type de publication</i>	OBJECTIF DE LA PRATIQUE ³	CLIENTÈLE VISÉE	SERVICES OFFERTS		FONCTIONNEMENT ⁴	EFFETS
			SAD	ET INTENSIFICATION		
enjeux et perspectives – Soins palliatifs à domicile du territoire Québec-Nord du CIUSSS de la Capitale-Nationale [9] <i>Pratique prometteuse</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Prioriser les demandes - Prioriser les plans de soins avec le patient et ses proches 		<ul style="list-style-type: none"> - 3 Inf - 2 TS - 1 Erg - 1 Pht - 1 Soins spirituels - 1 Nut ▪ Service de soutien 24h/7j 		<ul style="list-style-type: none"> - Patients en SP hospitalisés sur d'autres unités - Patients admis dans un lit communautaire - Patients à domicile ▪ Maximum de 2 visites de 2h/j ▪ Partenariat avec maison de soins palliatifs sous la direction du programme SAPA 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Évaluation de l'implantation et des retombées (bénéfices pour patients et proches)
Les soins palliatifs à domicile au Québec : enjeux et perspectives – La société de soins palliatifs à domicile du Grand Montréal (SSPAD) [9] <i>Pratique prometteuse</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Consolider le continuum de soins et services 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Personnes âgées 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Équipe interdisciplinaire ▪ Infirmière <ul style="list-style-type: none"> - Évaluation initiale – plan d'intervention ▪ Préposés aux soins : <ul style="list-style-type: none"> - Service de répit jour-soir-nuit ▪ Suivi psychologique ▪ Bénévoles <ul style="list-style-type: none"> - Répit, soutien moral ou visites amicales ▪ En fin de vie, intensification des services avec une inf-aux. de nuit 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reçoit soutien de l'équipe interdisciplinaire 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Collaboration avec CLSC ▪ Continuum de soins et services assuré 24h/7j 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 7 décès à domicile de 18% à 50% en 3 ans
Les soins palliatifs à domicile au Québec : enjeux et perspectives – Programme de soins médicaux aigus aux aînés à domicile (SMA ³ D) du CISSS de la Montérégie [9] <i>Pratique prometteuse</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prévenir les visites à l'urgence ▪ Éviter l'hospitalisation 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Personnes âgées 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Équipe <ul style="list-style-type: none"> - Infirmières - MD - Professionnels en réadaptation - Inhalothérapeutes 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assure la prise en charge ▪ Reçoit soutien de l'équipe 	Infirmière clinicienne pivot <ul style="list-style-type: none"> ▪ Réalise première évaluation ▪ Assure le suivi du plan de traitement avec l'équipe jusqu'à la fin de l'épisode de soins (environ 2 sem.) ▪ Assure la continuité entre : MD traitant, MD de garde, professionnels du SAD, professionnels de l'urgence hospitalière et organisme de services d'aide à domicile 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Non précisé
Les soins palliatifs à domicile au Québec : enjeux et perspectives – Hôpital à domicile [9]	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Éviter l'hospitalisation ▪ Raccourcir le séjour en hôpital 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Non précisé 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mode de prise en charge au domicile de l'utilisateur ▪ Soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Non précisé 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Non précisé 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Non précisé

TITRE [source] <i>Type de publication</i>	OBJECTIF DE LA PRATIQUE ³	CLIENTÈLE VISÉE	SERVICES OFFERTS		FONCTIONNEMENT ⁴	EFFETS
			SAD	ET INTENSIFICATION		
<i>Pratique prometteuse France</i>			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Soins davantage complexes et fréquents que ceux habituellement dispensés à domicile ▪ Niveau de surveillance comparable à celui retrouvé à l'hôpital ▪ Période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de l'état de santé 			
Vieillir chez soi [10] <i>Pratique exemplaire selon Agrément Canada Québec</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Réduire les jours d'autres niveaux de soins (ANS) à l'hôpital ▪ Poursuivre le rétablissement à domicile ▪ Permettre aux patients et familles de planifier les soins de longue durée à domicile pour les soins de confort ▪ Éviter l'admission prématurée dans des CHSLD après l'hospitalisation 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patients en attente d'un ANS ▪ Patients qui doivent recevoir des soins complexes 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ergothérapie ▪ Physiothérapie ▪ Soins infirmiers (jusqu'à 4x/ jour) ▪ Gestion des médicaments par pharmacien ▪ Location d'équipement ▪ Gestion de cas intensive avec des gestionnaires de cas (visites à domicile fréquentes) <ul style="list-style-type: none"> - Surveille les progrès des clients - Ajuste les services selon les besoins - Veille à ce que le patient/ famille n'ait plus besoin du programme après 90 jours 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Non précisé 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jusqu'à 56 heures/semaine de services de soutien personnel ▪ Programme jusqu'à 90 jours post-congé 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Retour au domicile pour plus de 900 personnes de la région du CSSS de la Vieille-capitale à la fin de la phase de soins de courte durée ▪ Rétablissement poursuivi au domicile
Modèle d'équipe de soins communautaires intégrés (ÉSCI) [11] <i>Pratique exemplaire selon Agrément Canada Ontario</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diminuer les visites évitables aux urgences ▪ Favoriser l'intégration des soins gériatriques 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Personnes âgées avec perte d'autonomie et maladies complexes ▪ Confinées au domicile 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Équipe de soins communautaires intégrés <ul style="list-style-type: none"> - Personnel infirmier - Infirmier praticien - MD de famille ayant une formation sur le soin des personnes âgées en perte d'autonomie - Gériatres - Coordonnateurs de soins communautaires - TS 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Soutien de l'équipe au MD de famille 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Programme en 3 volets <ul style="list-style-type: none"> - Soins primaires pour les patients confinés à domicile, sans prise en charge par MD de soins primaires ou usagers orphelins - Soins partagés pour les MD de soins primaires qui ne peuvent effectuer des visites à domicile ou qui ne 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ↗ intégration des services ▪ Pratique formellement évaluée bien que les résultats ne soit pas décrits explicitement

TITRE [source] <i>Type de publication</i>	OBJECTIF DE LA PRATIQUE ³	CLIENTÈLE VISÉE	SERVICES OFFERTS		FONCTIONNEMENT ⁴	EFFETS	
			SAD	ET INTENSIFICATION			MD DE FAMILLE
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patient orphelin ou dont le MD de famille ne peut plus faire la prise en charge ou dont le MD de famille requiert du soutien de l'équipe gériatrique 	<ul style="list-style-type: none"> - Pharmacien clinicien - Ergothérapeute - Physiothérapeute 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ MD avec formation en soins aux personnes âgées en perte d'autonomie 		<ul style="list-style-type: none"> - bénéficient pas du soutien d'une équipe interprofessionnelle - Consultation sous formes de service interprofessionnel d'évaluation gériatrique pour les usagers confinés à domicile ▪ Corridors établis avec les soins hospitaliers de courte durée et les services spécialisés 	

B. COMPOSANTES LES PLUS EFFICACES EN ORGANISATION DES SERVICES

TITRE [source] <i>Type de publication</i>	COMPOSANTES	CONTENUS RÉSUMÉS	EFFETS
Les composantes d'une organisation de services efficace : accessibilité, continuité, partenariat [12] <i>Avis d'expert</i>	<input checked="" type="checkbox"/> RÉSEAU INTÉGRÉ DE SERVICES	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Coordination importante des services ▪ Composantes nécessaires tirées du RSIPA ▪ Concertation : <ul style="list-style-type: none"> - Lieu permanent pour mobiliser tous les acteurs du RLS - À améliorer : développer et rendre plus performante la concertation avec les partenaires du RLS/RTS, dont les GMF ▪ Mécanisme d'accès unique : <ul style="list-style-type: none"> - Structurant pour tout le continuum grâce à des normes et règles stables ; simple pour l'utilisateur - À améliorer : arrimage avec tous les partenaires du RLS/RTS dont les GMF ▪ Système partagé de communication : <ul style="list-style-type: none"> - Bonne information pour la bonne personne disponible au bon moment ; sans duplications ; soutient la collaboration interprofessionnelle - À améliorer : interfaces avec autres systèmes de données, dont ceux en GMF ▪ OÉMC : <ul style="list-style-type: none"> - Approche globale plutôt que curative et fragmentée - À améliorer : formation aux gestionnaires ; développement sous forme d'Outils de cheminement clinique informatisé (OCCI) ; étendre OÉMC bonifié pour analyse des besoins des proches-aidants ▪ PI-PII-PSI : <ul style="list-style-type: none"> - Outil de communication pour les principaux acteurs - À améliorer : mieux intégrer le patient comme partenaire et améliorer la collaboration interprofessionnelle ▪ Gestion de cas : <ul style="list-style-type: none"> - Évaluer les besoins ; planifier les services et évaluer leur efficacité ; coordonner les services ; porter la parole de l'utilisateur ; soutenir la culture intégrative - À améliorer : compléter implantation selon balises ministérielles ; assurer la collaboration gestionnaire de cas et MD de famille 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bonne pratiques reconnues dans diverses publications
	<input checked="" type="checkbox"/> TRAJECTOIRE ÉTABLIE	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intégration du SAD dans le continuum de services ▪ Pistes d'action recommandées pour MD de famille et GMF : <ul style="list-style-type: none"> - Déploiement des IPS à compléter - Arrimage fonctionnel avec les équipes SAD (rôle des TS) : étagement des formes de coordination ; continuum des outils cliniques, etc. ; profils ISO-SMAF donnent la clef de cette mise en continuum - Culture de l'approche fonctionnelle et compensatrice à développer 	

TITRE [source] Type de publication	COMPOSANTES	CONTENUS RÉSUMÉS	EFFETS
		<ul style="list-style-type: none"> - Prendre appui sur le modèle de conduite du changement du Plan Alzheimer - Implanter RSIPA en GMF - Repérage avec PRISMA 7 pour tous les usagers de 75 ans et plus ▪ Pistes d'action recommandées pour hôpitaux, RPA, RI : <ul style="list-style-type: none"> - Implanter urgence gériatrique adaptée en dehors des hôpitaux pour cas instables et dont orientation vers hôpital est évitable - Désigner un référent par usager unique au continuum (soit en GMF, soit en CISSS) 	
<p>Les soins à domicile [13]</p> <p><i>Avis d'expert</i></p>	<input checked="" type="checkbox"/> RÉVISION DES RÔLES CLINIQUES ET APPROCHE COLLABORATIVE	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Optimiser l'utilisation des compétences de chacun <ul style="list-style-type: none"> - En révisant les rôles respectifs (ex. : inf bachelière se rendre à domicile pour principalement prendre la pression artérielle ; pour une injection de B12 ; pour le suivi d'une plaie non complexe ; pour glycémie de contrôle) - En optimisant le rôle de l'inf (ex. : grâce à ordonnances collectives en SAD) - En assurant une formation à jour ▪ Proposition de créer pour le service médical 24/7 du SAD des tandems IPSPL-MD 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Effets + de la surveillance clinique du personnel infirmier : ↘ hospitalisations, visites chez MD, coûts ; ↘ mortalité, dépression et anxiété
	<input checked="" type="checkbox"/> TRAJECTOIRE ÉTABLIE	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intégration du modèle de gestion des maladies chroniques <ul style="list-style-type: none"> - Normes reconnues en soins infirmiers en situation de suivi encore peu implantées - Enseignement pour l'autogestion 	
	<input checked="" type="checkbox"/> AUTRES	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Envisager la télésanté pour le suivi clinique à distance (ex. : Pratique exemplaire du CSSS du Grand Littoral) 	
<p>Un parcours de soins et de services fluide : des transitions efficaces [14]</p> <p><i>Avis d'expert</i></p>	<input checked="" type="checkbox"/> TRAJECTOIRE ÉTABLIE	<p>Effets + de pratiques isolées et de pratiques combinées, présentes avant, pendant et après le congé hospitalier</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Évaluation gériatrique à l'hôpital ▪ Communication entre intervenants et avec l'utilisateur/ses proches ▪ Planification précoce du congé ▪ Coordination de l'épisode et de la transition ▪ Fiches de transfert (rapport de congé informatisé, court et structuré ; ...) ▪ Suivi à domicile ▪ Début rapide des services 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Effets + de la gestion optimale des risques avant, pendant et après le congé sur ↘ hospitalisations, ↘ visites à l'urgence, ↘ admissions précoces en CHSLD, ↘ transitions inutiles, ↗ satisfaction ▪ Effets + de l'implantation des meilleures pratiques sur l'efficacité du RSSS, la satisfaction et la
	<input checked="" type="checkbox"/> AUTRES	<p>Évaluation et gestion des risques</p>	

TITRE [source] Type de publication	COMPOSANTES	CONTENUS RÉSUMÉS	EFFETS
			qualité de vie de l'utilisateur
<p>La reconnaissance du proche aidant: un incontournable [15]</p> <p><i>Avis d'expert</i></p>	<p>☒ RÉVISION DES RÔLES CLINIQUES ET APPROCHE COLLABORATIVE</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Éléments facilitant le partenariat des proches aidants avec les professionnels <ul style="list-style-type: none"> - Communication - Aide proactive - Reconnaissance de la liberté de choix du proche aidant - Reconnaissance du proche aidant comme usager (évaluer ses besoins en soutien, offrir services ou références pour répondre à ses besoins) - Connaissance des ressources disponibles - Autonomiser le proche aidant ▪ Éléments importants pour soutenir les cliniciens <ul style="list-style-type: none"> - Conceptualiser l'approche proche aidant partenaire - Systématiser la participation - Assurer la complémentarité des rôles 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Non précisé
<p>Intégration de l'approche de collaboration interprofessionnelle dans le parcours des aînés en besoin de soutien à domicile [16]</p> <p><i>Pratique prometteuse Québec</i></p>	<p>☒ RÉVISION DES RÔLES CLINIQUES ET APPROCHE COLLABORATIVE</p> <p>☒ TRAJECTOIRE ÉTABLIE</p> <p>☒ MODÈLE DE GESTION DU PERSONNEL D'ENCADREMENT</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Équipe typique en SAD (inf, TS, erg, pht, nut, ASSS) ▪ Leader de l'équipe (professionnel) <ul style="list-style-type: none"> - Analyse et priorise les demandes - Appel à l'utilisateur dans les 24 heures - Assure liaison entre les cellules - Animation des caucus et discussions cliniques ▪ Trajectoire entendue pour refléter l'organisation des cellules de travail ▪ Révision des pratiques pour <ul style="list-style-type: none"> - ↗ continuité - ↗ accessibilité - ↗ qualité - ↗ approche de proximité - ↗ collaboration interprofessionnelle - ↘ travail en silo - ↗ leadership 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Appel à l'utilisateur dans les 24h : 90% ; 48h : 100% ▪ Usager connaît son niveau de priorité ▪ Usager connaît nom de l'intervenant à qui se référer au besoin ▪ ↗ interactions interprofessionnelles, efficacité des concertations, coordination des interventions surtout en urgence, responsabilisation des intervenants,

TITRE [source] Type de publication	COMPOSANTES	CONTENUS RÉSUMÉS	EFFETS
		<ul style="list-style-type: none"> - ↘ ratio évaluation-intervention ▪ Modèle novateur de gestion préconisé - Favoriser autonomie des équipes - Organisation du travail en une chaîne de valeur - Organisation en cellules interprofessionnelles de travail - Organisation des services en fonction des territoires (arrondissements) et de la composition des organismes qui s’y rattachent, d’où redécoupage du territoire 	compréhension globale de l’usager
<p>Les Unités de formation clinique interprofessionnelles (UFCI) en soins à domicile en partenariat avec les usagers et leurs proches : pour des soins à domicile accessibles, de qualité et performants [17]</p> <p><i>Pratique prometteuse RUIS UdeM</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ☒ RÉVISION DES RÔLES CLINIQUES ET APPROCHE COLLABORATIVE ☒ FORMATION ET GUIDE DE PRATIQUES 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intégration au SAD d’une équipe médicale active provenant d’un GMF qui accepte de superviser des résidents, ce GMF s’affiliant à un GMF-U ▪ Formation interprofessionnelle pour une pratique intensive à domicile en SAD, associé à un GMF-U ▪ Choix du ou des CLSC qui regroupent le plus de personnes âgées et où les conditions sont les plus gagnantes ▪ Intégration des Unités dans les services SAD existants ▪ Facteurs de succès exposés 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Unités d’enseignement attirantes pour les jeunes médecins et autres professionnels ▪ Favorable à l’attraction et à la rétention des MD de famille ▪ Rehaussement de la pratique professionnelle ▪ Optimisation de l’inter-professionnalisme ▪ Atout en termes d’efficacité et d’économie pour les CISSS ▪ ↘ médicaments et meilleur ajustement pharmaco ▪ ↗ utilisation ordonnances collectives ▪ ↗ accès aux services médicaux ▪ ↘ recours à l’urgence et aux hospitalisations

TITRE [source] Type de publication	COMPOSANTES	CONTENUS RÉSUMÉS	EFFETS
<p>Guide des standards de pratique de première ligne au soutien à domicile [18]</p> <p><i>Consensus d'experts</i></p>	<input checked="" type="checkbox"/> RÉVISION DES RÔLES CLINIQUES ET APPROCHE COLLABORATIVE	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Définition de l'offre de services par titre d'emploi, par priorité de services, incluant l'intensification de services ▪ Proche aidant également considéré 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Consensus entre les acteurs importants ▪ Effet non précisé
<input checked="" type="checkbox"/> TRAJECTOIRE ÉTABLIE	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Règles cliniques établies pour déterminer le service à offrir, son intensité, sa durée et ses délais ▪ Niveau de complexité qualifié en 5 niveaux à l'aide de 9 critères ▪ 5 niveaux de complexité des dossiers <ul style="list-style-type: none"> - Maintien/administration - Routine - Mobilisant - Complexe - Problématique ▪ 9 critères (Évaluation, Plan d'intervention, Intensité et fréquence des interventions, urgence, ...) ▪ Offre de service également précisée par problématique ou condition de santé (soins palliatifs, mesures de contrôle, ...) 		
<p>Manuel des offres de services – PALV, Soutien à domicile [19]</p> <p><i>Consensus d'experts (document de travail)</i></p>	<input checked="" type="checkbox"/> RÉVISION DES RÔLES CLINIQUES ET APPROCHE COLLABORATIVE	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Définition de l'offre de services par titre d'emploi, produite pour refléter les services de base en SAD pour les personnes âgées 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Consensus entre les acteurs importants ▪ Effet non précisé
<input checked="" type="checkbox"/> TRAJECTOIRE ÉTABLIE	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Règles cliniques établies pour déterminer le service à offrir, son intensité, sa durée et ses délais 		
<p>Les soins palliatifs à domicile au Québec : enjeux et perspectives - Infirmières consultantes en SP du CISSS de la Montérégie [9]</p> <p><i>Pratique prometteuse</i></p>	<input checked="" type="checkbox"/> RÉVISION DES RÔLES CLINIQUES ET APPROCHE COLLABORATIVE	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inf. cliniciennes expérimentées/ certification en soins palliatifs (AIC) ▪ Service de consultation téléphonique 24h/ 7jrs en soutien aux inf et MD <ul style="list-style-type: none"> - Collaboration étroite et interprofessionnelle ▪ Contribuent à la fluidité des trajectoires de soins entre domicile – hôpital - maisons de SP ▪ Contribuent au rehaussement des compétences, connaissances ▪ Soutiennent le développement des compétences des proches ▪ Restent alertes à l'épuisement des proches 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Non précisé

TITRE [source] Type de publication	COMPOSANTES	CONTENUS RÉSUMÉS	EFFETS
Les soins palliatifs à domicile au Québec : enjeux et perspectives – Les équipes mobiles en SP [9] <i>Pratique prometteuse France</i>	☒ RÉVISION DES RÔLES CLINIQUES ET APPROCHE COLLABORATIVE	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Équipe interdisciplinaire <ul style="list-style-type: none"> - Intervient à l’hôpital - À domicile - À la demande des professionnels des établissements de santé ▪ Rôle de conseil et de soutien auprès des équipes soignantes ▪ Aide à la formation et à la coordination des différents acteurs, principalement au domicile ▪ Implication clinique demeure complémentaire ▪ Ne se substitue pas au travail du MD traitant ou de l’inf. du domicile 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Non précisé

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Dechêne, G., *Soins "intensifs" infirmiers et médicaux à domicile au sein de l'équipe interprofessionnelle SAD du CLSC in Forum sur les meilleures pratiques en soutien à domicile*. 25 et 26 mai 2017, MSSS: Montréal. p. 34.
2. Foy, A. and E. Gaillardetz, *Service de SAD aigu, in Forum sur les meilleures pratiques en soutien à domicile*. 25 et 26 mai 2017, MSSS: Montréal. p. 21.
3. Bérubé, C., *Le soutien à domicile, des services en constante adaptation en réponse aux besoins et réalités en évolution des personnes âgées, in Forum sur les meilleures pratiques en soutien à domicile*. 25 et 26 mai 2017, MSSS: Montréal. p. 18.
4. Pagé, E. and J. Bernier, *Un parcours de soins et de services fluide : des transitions efficace in Forum sur les meilleures pratiques en soutien à domicile*. 25 et 26 mai 2017, MSSS: Montréal. p. 17.
5. Edwards, S.T., K. Peterson, and M. Helfand, *Regarding "Effectiveness of Intensive Primary Care Interventions: A Systematic Review"*. Journal of general internal medicine, 2017: p. 1-1.
6. Scuffham, P.A., et al., *Standard vs. intensified management of heart failure to reduce healthcare costs: results of a multicentre, randomized controlled trial*. European heart journal, 2017. **38**(30): p. 2340-2348.
7. Verhaegh, K.J., et al., *Transitional care interventions prevent hospital readmissions for adults with chronic illnesses*. Health affairs, 2014. **33**(9): p. 1531-1539.
8. Caplan, G.A., et al., *A meta-analysis of "hospital in the home"*. The Medical Journal of Australia, 2012. **197**(9): p. 512-519.
9. Dumont, S. *Les soins palliatifs à domicile au Québec: enjeux et perspectives*. 2017; Available from: https://www.aqsp.org/wp-content/uploads/securepdfs/2017/05/DUMONT-Serge_plénière-21.pdf.
10. Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale, *Vieillir chez soi*. 2012.
11. Baycrest Health Sciences, *Modèle d'équipe de soins communautaires intégrés (ÉSCI)*. 2015.
12. Couturier, Y., *Les composantes d'une organisation de services efficace: accessibilité, continuité, partenariat, in Forum sur les meilleures pratiques en soutien à domicile*. 25 et 26 mai 2017, MSSS: Montréal. p. 21.
13. Voyer, P., *Les soins à domicile, in Forum sur les meilleures pratiques en soutien à domicile*. 25 et 26 mai 2017, MSSS: Montréal. p. 55.
14. Provencher, V., *Un parcours de soins et de services fluide : des transitions efficaces in Forum sur les meilleures pratiques en soutien à domicile*. 25 et 26 mai 2017, MSSS: Montréal. p. 34.
15. Landry, M., *La reconnaissance du proche aidant: un incontournable, in Forum sur les meilleures pratiques en soutien à domicile*. 25 et 26 mai 2017, MSSS: Montréal. p. 25.
16. CIUSSS de la Capitale-Nationale, *Intégration de l'approche de collaboration interprofessionnelle dans le parcours des aînés en besoin de soutien à domicile, in Forum sur les meilleures pratiques en soutien à domicile*. 25 et 26 mai 2017, MSSS: Montréal. p. 30.
17. Lebel, P., *Les Unités de formation clinique interprofessionnelles (UFCI) en soins à domicile en partenariat avec les usagers et leurs proches : pour des soins à domicile accessibles, de qualité et performants, in Forum sur les meilleures pratiques en soutien à domicile*. 25 et 26 mai 2017, MSSS: Montréal. p. 35.
18. CSSS de la Vieille-Capitale, *Guide des standards de pratique de première ligne au soutien à domicile - Ergothérapie, nutrition, physiothérapie, soins infirmiers et travail social*, Direction du soutien à domicile et de l'hébergement and D.d.s.i.e.d.p. professionnelles, Editors. Décembre 2014: Québec. p. 111.
19. Fleury, F.C., *Manuel des offres de services – PALV, Soutien à domicile* 28 février 2008, CSSS Champlain. p. 39.