

## Le domicile des patients est transformé en clinique virtuelle

Posted By [Fabrice Baro](#) On October 5, 2016 @ 9:29 am In [Octobre 2016, Pleins feux](#) | [No Comments](#)

### Soins à domicile améliorés pour les patients plus âgés ayant quittés l'hôpital récemment

Bienvenue à la clinique de l'HGJ de Serena Gottlieb : devant nous, une grande table, couverte d'une belle nappe blanche en lin et entourée d'une demi-douzaine de chaises bien rembourrées. À droite, une mini jungle de fleurs et de plantes vertes enchevêtrées, baignées par les rayons de soleil diffusés par la fenêtre du plancher au plafond. Et, sur chaque mur, les portraits de membres de la famille et d'amis dans des cadres dorés.

Oui, nous sommes bien à la clinique de Serena Gottlieb, oh, mais c'est aussi la salle à manger de son petit appartement coquet!

C'est l'ampleur des soins prodigués à madame Gottlieb, semblables à ceux qu'elle recevrait si elle occupait encore un lit à l'Hôpital général juif, qui transforme cet appartement en clinique, ou plus précisément en clinique virtuelle. La seule différence étant que son état de santé et son bien-être font l'objet d'un suivi dans le confort et la sécurité de son foyer.

Quand un intervenant de l'HGJ frappe à la porte, il s'agit de beaucoup plus que d'une simple visite à domicile. En effet, la clinique virtuelle, probablement le premier programme du genre au Québec, a été soigneusement conçue pour répondre aux besoins d'un petit groupe de patients ayant quitté l'Hôpital depuis peu, mais qui doivent encore composer avec une multitude de problèmes médicaux, souvent compliqués par leur âge avancé et leur fragilité.

Leur état s'est suffisamment amélioré pour qu'ils puissent quitter l'Hôpital. Mais comme ils présentent encore un risque élevé de devoir être réadmis ou de se rendre au Service des urgences, des précautions considérables sont mises en place par une équipe multidisciplinaire pour appuyer leur rétablissement continu, à proximité de l'Hôpital.

Évidemment, ce type de soins personnalisés peut être exigeant en main-d'œuvre et en temps. Toutefois, les commanditaires du programme au Centre de médecine familiale Goldman Herzl de l'HGJ sont certains qu'en bout de ligne cette démarche réduira le nombre de réadmissions, la durée des séjours à l'Hôpital des patients réadmis, les risques de contracter une infection secondaire et les déplacements des patients fragiles, tout en améliorant l'ensemble de l'expérience des patients.

D'où la transformation *de facto* du domicile de madame Gottlieb en clinique!

C'est l'endroit où elle rencontre un médecin ou une infirmière qui peuvent élargir le champ des soins prodigués en demandant la visite d'un pharmacien, d'une travailleuse sociale ou d'un autre professionnel de la santé de l'HGJ ou du CLSC de la région.

« Venez, venez », dit madame Gottlieb en souriant au Dr Bernardo Kremer, chef du programme de clinique virtuelle. En ce bel après-midi de février, le médecin est accompagné de deux pharmaciens, venus vérifier les médicaments prescrits à madame Gottlieb, tout en documentant la manière dont elle les utilise et les conserve. Un peu plus tard, Francine Aguilar, l'infirmière clinicienne de la clinique virtuelle, se joindra à eux dans cette modeste maison quadrifamiliale située à quelques pâtés de maison à l'est



[1]

Au Centre de médecine familiale Goldman Herzl, les soins à prodiguer aux patients participant au Programme clinique virtuelle sont régulièrement abordés par les membres de l'équipe (de gauche à droite) Rebecca Puterman, travailleuse sociale, Jacquie Bocking, infirmière praticienne, Silvia Duong, pharmacienne, Dr Bernardo Kremer, médecin membre du personnel du Centre Herzl, Francine Aguilar, infirmière praticienne et Dre Georgia Vrinotis, médecin membre du personnel du Centre Herzl.

du chemin de la Côte-des-neiges, près de l'HGJ.

Madame Gottlieb semble tout d'abord un peu dépassée par le nombre de visiteurs, mais elle retrouve rapidement sa contenance et s'assure qu'ils sont confortablement installés autour de la table de sa salle à manger. Soigneusement vêtue d'une robe rayée bleue et rouge, d'un tricot gris et d'un foulard blanc, elle prend place à côté du Dr Kremer, qui lui parle d'un ton doux mais inquisiteur.

Sa préoccupation principale n'est pas l'état de santé de madame Gottlieb, mais plutôt son mode de vie. D'une part, il se demande s'il est sage qu'elle vive seule à l'âge de 94 ans, et d'autre part, il ne peut s'empêcher d'admirer la volonté et la détermination de cette veuve, survivante de l'Holocauste, de rester indépendante malgré ses difficultés physiques et émotives.

Bien que le Dr Kremer sache qu'une aide ménagère vient nettoyer l'appartement et cuisiner, il demande à madame Gottlieb si elle ne devrait pas accepter d'emménager chez l'une de ses filles, à Toronto, ou chez son autre fille, à Winnipeg.

La réponse fuse « Non. Je ne peux plus voyager, et je ne veux pas les importuner ». Elle continue en expliquant que ses filles sont déjà bien occupées avec leurs propres familles. De plus, elle est effrayée par la perspective d'un voyage pénible de cinq ou six heures en voiture pour aller à Toronto, et encore plus par l'éventualité d'aller à Winnipeg.

Pour s'assurer de bien comprendre, le Dr Kremer lui demande encore « Alors, vous voulez continuer à vivre seule ici? »

Cette fois, elle marque un temps d'arrêt et c'est en soupirant qu'elle répond « la solitude ne me gêne pas », et après une pause elle ajoute « j'y suis habituée ». Elle se met à pleurer doucement « je suis seule avec Dieu, il prend soin de moi ».

Malgré ses efforts d'autosuffisance, madame Gottlieb admet qu'elle est profondément bouleversée par son isolement presque total. « Mes amis sont tous aussi âgés que moi » dit-elle à travers ses larmes, « et ils meurent l'un après l'autre. Je les perds peu à peu. J'ai bien une voisine, mais elle ne parle plus très bien. Nous avions l'habitude de nous visiter l'une l'autre, mais maintenant ce n'est plus possible. Je lui téléphone le matin, et le soir c'est elle qui m'appelle. »

Et elle ajoute à voix basse « ce n'est pas un âge d'or pour moi. Ce n'est pas agréable d'être seule. Je fais des cauchemars terribles tous les soirs. Je rêve à des morts. »

Toutefois, au cours des mois suivants, la santé physique et émotionnelle de madame Gottlieb s'améliore considérablement. Lors d'une rencontre avec la famille, au printemps, le Dr Kremer et les filles de madame Gottlieb conviennent qu'avec une surveillance et un appui soutenus, elle pouvait encore rester autonome. Et, à la fin de l'été, madame Gottlieb va très bien.

« Quand je l'ai suivie dans la cuisine et les autres pièces, j'ai vu comment elle ouvrait le réfrigérateur, comment elle répondait au téléphone, comment elle absorbait l'information. Ces choses sont vraiment très évidentes quand une personne est chez elle. »

Même pendant la visite du médecin en février, son humeur sombre disparaît aussi vite qu'elle est apparue. Elle continue de répondre aux questions du médecin à propos de sa respiration, de douleurs possibles à la poitrine et d'engourdissements dans une main.

Elle se plaint qu'une trop grande quantité de sang a été prélevée lors d'une visite de l'infirmière du CLSC, et se demande si ses médicaments devraient être modifiés. Quand le Dr Kremer lui propose d'aller dans sa chambre pour un examen physique, elle accepte immédiatement.

La plupart du temps, elle est plutôt optimiste. Au moment où les intervenants se lèvent pour partir, madame Gottlieb se souvient soudainement d'une visite précédente où le Dr Kremer avait amené ses deux petites filles avec lui pour lui remonter le moral.

« Pourquoi n'avez-vous pas amené vos filles aujourd'hui? » demande-t-elle?

En riant, le Dr Kremer répond « la prochaine fois que je ferai une visite à domicile un dimanche, j'amènerai mes enfants. Elles se souviennent encore de vos bonbons! »

« Oui, venez, venez », l'encourage-t-elle. « J'adore les enfants, amenez-les. »

Sur le pas de la porte, madame Gottlieb leur dit « je vous souhaite de la chance, à tous. Nous avons besoin de chance. »

Sur le chemin du retour vers l'Hôpital, qui se trouve à une quinzaine de minutes de marche, le Dr Kremer explique combien il a appris en voyant madame Gottlieb dans son propre environnement. « Je suis maintenant en mesure d'évaluer beaucoup mieux comment elle fonctionne, comment elle marche et comment elle passe les portes. »

« Quand je l'ai suivie dans la cuisine et les autres pièces, j'ai vu comment elle ouvrait le réfrigérateur, comment elle répondait au téléphone, comment elle absorbait l'information, si elle comprenait réellement comment prendre ses médicaments. Ces choses sont vraiment très évidentes quand une personne est chez elle. »

C'est aussi ce qui démarque la clinique virtuelle depuis son lancement, au milieu de l'année 2014, sous les auspices du Centre de médecine familiale Goldman Herzl. À la fin de l'été 2016, le programme avait suivi et aidé un peu plus de 100 patients en collaborant avec jusqu'à 20 intervenants à la fois.

Bien que l'âge moyen se situe autour de 85 ans, les patients ont entre 65 et 102 ans, et plusieurs souffrent de deux maladies ou plus : insuffisance cardiaque, bronchopneumopathie chronique obstructive, saignement gastro-intestinal, démence, diabète, cellulite et bronchite chronique, pour n'en nommer que quelques-unes.

En raison de cette orientation sur les besoins des personnes âgées souffrant de maladies chroniques, la clinique virtuelle s'inscrit parfaitement dans le cadre des objectifs du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, le réseau de soins de santé auquel appartient l'HGJ. Selon Barbra Gold, directrice du Programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées, « nous sommes sur la bonne voie avec la clinique virtuelle », qui offre des soins de tout premier ordre tout en permettant aux personnes âgées de rester indépendants le plus possible.

« C'est l'avenir. La prévention devient un élément de plus en plus crucial des soins de santé, qu'il s'agisse de prévenir une maladie ou de prévenir une hospitalisation. »

Madame Gold ajoute que la possibilité de prodiguer de tels soins deviendra de plus en plus essentiel, en raison du vieillissement croissant de la population. « Soigner les personnes âgées à l'extérieur de l'Hôpital, dans la mesure du possible, est préférable non seulement pour les patients, mais aussi pour l'hôpital puisque cela libère des lits et réduit la charge du Service des urgences. »

« C'est l'avenir » confirme Christine Touchette, qui est chargée des soins à domicile à titre de directrice adjointe du Programme soutien à l'autonomie des personnes âgées. « La prévention devient un élément de plus en plus crucial des soins de santé, qu'il s'agisse de prévenir une maladie ou de prévenir une hospitalisation. »

Pour déterminer qui peut devenir un patient de la clinique virtuelle, l'infirmière clinicienne de l'équipe, Francine Aguilar, consulte d'abord la liste des patients de l'HGJ sur le point de recevoir leur congé. Ensuite, elle détermine leur cote LACE, soit la gravité de leur état, fondé sur les critères suivants :

- **L** (*length of stay* – durée du séjour à l'Hôpital);
- **A** (*acuity of admission* – gravité de l'état lors de l'admission, c'est-à-dire si l'admission découle d'une situation d'urgence);
- **C** (*co-morbidities* – quels sont les problèmes médicaux du patient);
- **E** (*emergency visits* – combien de fois le patient est-il venu au Service des urgences au cours des six mois précédant son admission).

Un patient accepté à la clinique virtuelle reçoit un téléphone de la personne chargée de son dossier dans les trois jours qui suivent son congé de l'HGJ. Ensemble ils s'assurent qu'aucun autre problème n'est survenu et que le patient est confortable et respecte les directives données par son médecin.

Une semaine après le départ de l'Hôpital, ce téléphone est suivi d'une visite en personne et d'un examen physique d'une durée de 45 à 60 minutes, puis d'un autre examen physique trois semaines plus tard. Les visites sont aussi fréquentes que les membres de l'équipe des soins de santé pensent qu'elles sont nécessaires.

Les examens ont généralement lieu à domicile. Toutefois, les patients qui sont en mesure de se rendre à l'Hôpital sont reçus au Centre Herzl. Quel que soit le lieu, le niveau de soins et le temps consacrés à chaque patient restent les mêmes.

De six à douze semaines après le début du suivi par la clinique virtuelle, le dossier du patient peut habituellement être transféré à son médecin de famille. L'équipe des soins de santé révisé soigneusement les progrès réalisés par le patient et en discute avec le médecin de famille, au Centre Herzl.

Le médecin de famille reçoit également un rapport détaillé sur les soins prodigués par la clinique virtuelle et sur les médicaments que le patient doit continuer à prendre; le rapport indique aussi si le patient devrait consulter un médecin spécialiste et tout autre renseignement pertinent.

Le Dr Michael Malus, chef de la Médecine familiale et directeur du Centre de médecine familiale à l'HGJ, a lancé le programme à la fin des années 2000, après à une longue réflexion suscitée par un cours en gestion, suivi à Montréal.

Dans le cadre de ce cours, le Dr Malus a effectué un voyage à Londres, en Angleterre, pour étudier un programme du *National Health Service* (Service national de santé), comparable à celui de la clinique virtuelle. Peu après, il a appris qu'une initiative semblable avait été mise sur pied à Toronto, où six hôpitaux universitaires mettaient en commun leurs ressources pour fournir un niveau de soins très élevé aux patients non hospitalisés ayant de graves problèmes de santé.

« Ce qui démarque notre clinique virtuelle, c'est que nous restons en contact avec le médecin de famille pendant que nous soignons le patient. Ensuite, quand les soins de ce patient sont transférés au médecin de famille, ce dernier sait exactement ce que qui a été fait. »

Toutefois, quand le Dr Malus a analysé l'étude du rendement des programmes de Londres et de Toronto, il a découvert que malgré certains avantages considérables pour les patients, les résultats à long termes étaient décevants. Selon lui, « cet état de chose provenait de l'absence de liens solides avec le médecin de famille. L'équipe de soins de santé faisait un excellent suivi du patient, mais leur travail prenait fin quand le patient recevait son congé. »

Il ajoute que « ce qui démarque notre clinique virtuelle, c'est que nous restons en contact avec le médecin de famille pendant que nous soignons le patient. Ensuite, quand les soins de ce patient sont transférés au médecin de famille, ce dernier sait exactement ce que qui a été fait. Puisque les médecins de famille des patients de la clinique virtuelle sont des membres du personnel du Centre Herzl, ce processus est particulièrement idéal. »

Dr. Malus dit qu'il est également très fier de la portée multidisciplinaire de l'équipe de la clinique virtuelle qui permet d'évaluer tous les aspects des soins à prodiguer aux patients. Une fois par semaine l'équipe se rencontre pour discuter de chaque cas en détail, et il peut arriver que le dossier d'un seul patient soit évalué pendant 10 à 15 minutes.

Pendant ces visites hebdomadaires, le Dr Kremer et Francine Aguilar sont accompagnés de Rebecca Puterman, travailleuse sociale, de Jackie Bocking, infirmière praticienne, de Silvia Duong, pharmacienne, de la Dre Georgia Vriniotis, médecin membre du personnel du Centre Herzl, de Mina Ladores, infirmière chef du Centre Herzl et de Geneviève Gray, coordinatrice.

Lors d'une réunion typique, à la mi-février, l'équipe de la clinique virtuelle a révisé les progrès réalisés par une femme de 86 ans, souffrant de névralgie, qui avait été hospitalisée en raison d'une vive douleur à un genou; les membres de l'équipe ont convenu que le bon médicament avait été prescrit avant le congé de la patiente. Ils ont aussi été soulagés de savoir qu'une personne était chargée des soins 24 heures sur 24 et que la patiente recevait aussi un appui de son mari et de sa fille.

Toutefois, les membres de l'équipe se sont inquiétés en apprenant que trois personnes donnaient les médicaments à la patiente, sans vraiment se consulter, ce qui présentait un risque réel d'administrer une double dose de médicaments. Pour résoudre ce problème, l'une des infirmières de l'équipe a demandé à la famille de désigner une personne chargée d'administrer les médicaments et de consigner dans un registre les médicaments fournis.

Dans le cadre de l'évolution de ce programme, le Dr Kremer est également encouragé par l'arrivée de la télémédecine, dont l'introduction a eu lieu en février dernier, avec l'appui de l'université McGill. Depuis, chaque patient reçoit maintenant un iPad, ou une tablette, comportant un programme permettant de transmettre de l'information à la coordinatrice de la clinique virtuelle. Au moins une fois par jour, le poids et les signes vitaux du patient sont envoyés (habituellement par la personne soignante) et ces données sont ajoutées au dossier du patient.

Le Dr Kremer explique « qu'il s'agit de patients pour lesquels il est essentiel de connaître ces données quotidiennes. En raison de leur état de santé, recevoir ces signes vitaux une fois par semaine par télécopieur du CLSC ne suffirait pas. Dans un service hospitalier nous consignons le poids et les signes vitaux des patients tous les jours, il en va de même pour les patients de la clinique virtuelle soignés à domicile.

En ce qui a trait à l'avenir, le Dr Kremer espère continuer à consolider le programme en y incorporant d'autres technologies numériques. Il aimerait aussi améliorer l'interaction entre l'équipe et le CLSC et, idéalement, accroître l'appui administratif et de soins infirmiers.

« Dans l'ensemble je suis ravi des progrès réalisés. Tout indique que les personnes âgées ne veulent pas aller à l'hôpital, même quand elles le devraient. Nous avons beaucoup de mal à les faire venir à l'hôpital parce qu'elles refusent simplement d'y aller. Par conséquent la question est de savoir si nous pouvons faire mieux à domicile. Et

la réponse est définitivement oui! »

## Politique monétaire – On ne peut étirer l'élastique éternellement



Au cours des sept dernières années, les banques centrales ont pris de l'importance au point de prétendre influencer les marchés d'une main et nourrir les investisseurs de l'autre avec des doses de plus en plus fortes d'« assouplissement monétaire », sous la forme d'une politique de taux d'intérêt nuls. En fouillant nos poussiéreux manuels d'économie, on apprend que cette politique monétaire non conventionnelle, dont l'apparition n'a probablement pas fait grand bruit à l'époque en raison de sa nature singulière, était à l'origine une mesure radicale consistant à adopter des taux quasi nuls afin de combattre les pressions déflationnistes, stimuler la croissance économique et ainsi éviter la récession. Revenons à la situation actuelle : même si la croissance mondiale fait du surplace, la politique de taux d'intérêt nuls a fait place à un agent encore plus puissant, la politique de taux d'intérêt négatifs; symptôme classique de tolérance, où l'utilisateur doit augmenter les doses pour espérer ressentir les mêmes effets. Pour prendre conscience de l'ampleur de la situation, il suffit de constater que 25 % des obligations d'État du monde entier (totalisant environ 7 milliards de dollars américains) ont déjà un rendement négatif et que dans certains pays, comme l'Allemagne, il en coûte aux investisseurs pour épargner à la banque. Toutefois, avant de prendre des mesures pour modérer les ardeurs, il faut comprendre que l'effet souhaité est comme un élastique : on ne peut l'étirer que jusqu'à un certain point, après quoi il se brise et ne maintient plus rien en place.

Lorsque les taux d'intérêt nominaux sont négatifs, un investisseur qui dépose des fonds dans un compte d'épargne et se voit facturer des frais plutôt que de récolter des intérêts cherchera vraisemblablement d'autres façon d'épargner – et préférentiellement investir – ces fonds. En outre, une telle politique incite les banques commerciales à prendre davantage de risques en offrant des prêts commerciaux et

hypothécaires à taux positif, plutôt que de détenir les fonds disponibles dans une banque centrale, où un taux négatif occasionne des pertes. Ainsi, en général, augmenter le nombre de prêts fait croire l'activité économique et abaisse les pressions déflationnistes. C'est pourquoi les banques centrales prennent toutes les mesures possibles pour éviter la déflation, qui entrave les dépenses et pénalise les épargnants, dont les actifs perdent de la valeur. De plus en plus d'économistes prônent toutefois la théorie de la « surdose de politique monétaire » voulant que lorsque les taux sont presque nuls, la politique monétaire devient moins efficace pour stimuler la croissance. Lorsque les taux sont négatifs pour une longue période, leurs effets peuvent être inverses; les prêts diminuent et les consommateurs ont tendance à épargner et à conserver leurs liquidités plutôt qu'à dépenser. Une politique de taux négatifs ne devrait donc être qu'une mesure temporaire, employée avec parcimonie lorsque le risque de déflation est grand. Bien que la politique de taux d'intérêt négatifs ait récemment été adoptée par les petites banques centrales d'Europe, et même par la Banque centrale européenne en 2014, elle ne devrait pas devenir la norme. Il faut se souvenir à quel point la Réserve fédérale américaine (la Fed) a eu du mal à revenir à des taux d'intérêt dits « normaux » après une longue période de politique de taux d'intérêt nuls ayant duré sept ans. La Fed a eu l'occasion de relever son taux directeur à de nombreuses reprises, mais cette occasion est en train de lui échapper. En effet, la possibilité que des fonds internationaux à la recherche d'un meilleur rendement se rabattent sur le dollar, nuisant ainsi aux exportations américaines à un moment délicat sur le plan économique, constitue une menace de plus en plus pressante. En fin de compte, une politique monétaire temporaire, et non prolongée, est une étape clé vers la croissance à l'échelle mondiale.

**Noonoo | Pinsler | Donato**

Bureau Familial Family Office

514 842 7615 | [noonoo.pinsler.donato@td.com](mailto:noonoo.pinsler.donato@td.com) | [NoonooPinslerDonato.com](http://NoonooPinslerDonato.com)



1 Mention juridique de Bloomberg (lorsque Bloomberg est mentionnée dans un document, notamment en tant que source de données) : Bloomberg et Bloomberg.com sont des marques de commerce et des marques de service de Bloomberg Finance L.P., une société en commandite simple enregistrée au Delaware, ou de ses filiales. Tous droits réservés. Gestion de patrimoine Noonoo Pinsler Donato fait partie de Conseils de placement privés, Gestion de patrimoine TD. Gestion de patrimoine Noonoo Pinsler Donato est composée de Clifford Noonoo, conseiller en placement, de Jonathan Pinsler, conseiller en placement, et de Christopher Donato, conseiller en placement. Conseils de placement privés, Gestion de patrimoine TD est une division de TD Waterhouse Canada Inc., filiale de La Banque Toronto-Dominion. TD Waterhouse Canada Inc. – membre du Fonds canadien de protection des épargnants. MD Le logo TD et les autres marques de commerce sont la propriété de La Banque Toronto-Dominion. 16062576PC

[2]

Article printed from Nouvelles HGJ: <http://jgh.ca/jghnews/fr/>

URL to article: <http://jgh.ca/jghnews/fr/le-domicile-des-patients-est-transforme-en-clinique-virtuelle/>

URLs in this post:

[1] Image: <http://jgh.ca/jghnews/wp-content/uploads/2016/09/Rounds.jpg>

[2] Image: <http://jgh.ca/jghnews/wp-content/uploads/2016/09/French-Advertorial.jpg>