



# MPOC au Canada

**1<sup>ère</sup>**

cause de  
l'hospitalisation parmi  
les maladies  
chroniques

**4<sup>e</sup>**

cause de décès



En Ontario,

**12 %**

de la population,

**24 %**

des admissions à  
l'hôpital



1 sur 4  
> 35 ans



**750 000 000 \$**

en soins de santé par an

# De nombreux patients atteints d'une MPOC avancée :

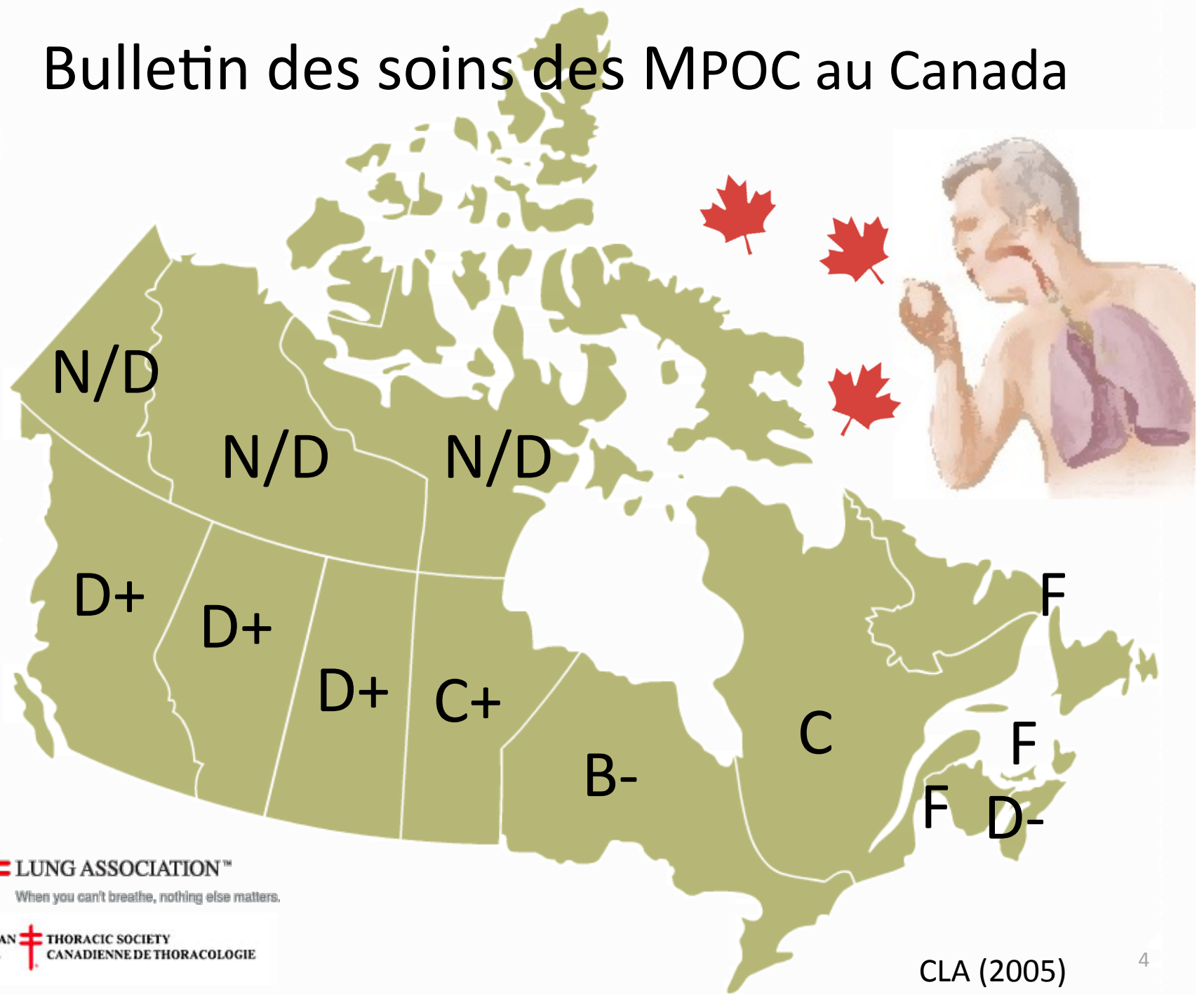


- souffrent de dyspnée réfractaire (jusqu'à 50 %)
- considèrent le soulagement de la dyspnée comme étant une priorité ; plan de soins à la sortie<sup>1</sup>
- ont des symptômes semblables ou pires que les patients avec un cancer du poumon de stade avancé<sup>2</sup>

1. Rucker GM, Dodek PE, Heyland DK. *Can Respir J* 2008;15:249-54

2. Gore et al., *Thorax* 2000

# Bulletin des soins des MPOC au Canada



THE  LUNG ASSOCIATION™  
When you can't breathe, nothing else matters.

CANADIAN  THORACIC SOCIETY  
SOCIÉTÉ  CANADIENNE DE THORACOLOGIE

CLA (2005)

# Écouter les patients

MPOC avancée : éléments les plus importants de soins de fin de vie

Patients n=118	%
Ne pas être maintenu en vie sur un ventilateur quand il n'y a pas d'espoir significative de récupération	55 %
Soulagement des symptômes physiques	47 %
Un plan adéquat de soins de santé après la sortie	40 %

# Écouter les patients

Les soins de la MPOC avancée : 3 améliorations prioritaires

Aidants n=37

Savoir qui est le médecin en charge des soins de mon proche

Les symptômes physiques de mon proche sont soulagés

Un plan adéquat de soins et de services à domicile suite à sa sortie de l'hôpital

À réparer

Patients n=37

Que je n'impose pas un fardeau physique ou émotionnel sur mes proches

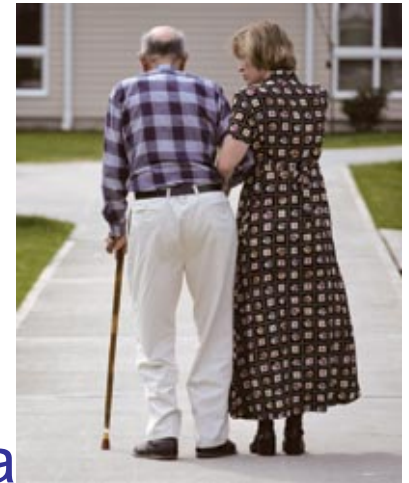
Un plan adéquat de soins et de services à domicile suite à ma sortie de l'hôpital

Confiance dans les médecins qui s'occupe de moi

# MPOC : Les aidants naturels

## La perte — un thème central

Isolement social, ennui, tension dans la relation, fatigue, ressentiment, restriction de la liberté personnelle, colère, impuissance, culpabilité, dépression, difficulté à dormir, deuil par anticipation, perte d'identité, panique.

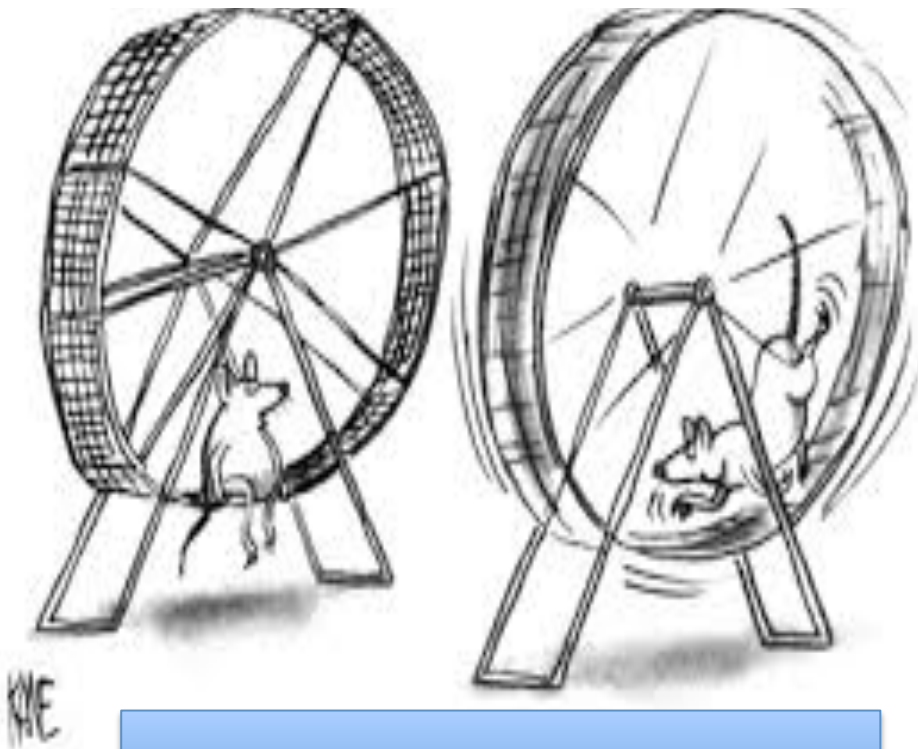


*Simpson AC, Rucker GM  
Advanced COPD: Impact on informal caregivers. J Palliat Care, Mar 2008*

*Simpson AC, Rucker GM  
Advanced COPD: Rethinking models of care. QJMed 2008*

*Bailey PH. The Dyspnea-Anxiety-Dyspnea Cycle Qual Health Res 2004;14:760*

# L'épiphanie



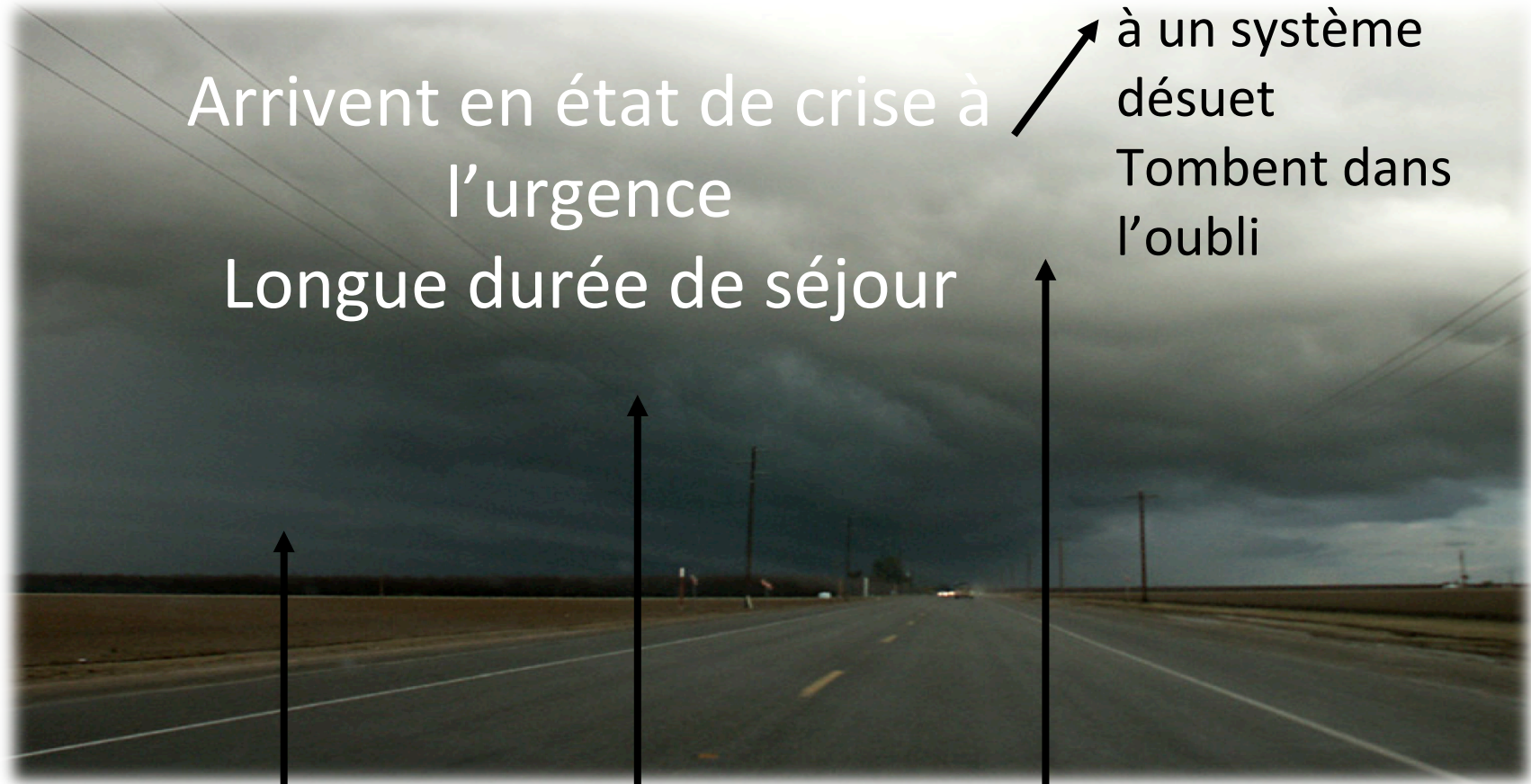
J'ai eu une révélation

« Je ne sais pas si je  
peux écouter encore  
plus de détresse, ou  
bien écrire encore  
plus de papiers, sans  
savoir qu'on fait  
quelque chose de  
significatif pour  
améliorer la  
situation. »

Joanne Young, coordonatrice de  
recherche, avant INSPIRED



# Le chemin vers les soins aigus...



Arrivent en état de crise à  
l'urgence  
Longue durée de séjour

Congé et retour  
à un système  
désuet  
Tombent dans  
l'oubli


Piètre connaissance  
de la maladie; peu  
ou pas de soutien

Ne veulent pas  
imposer un  
fardeau sur les  
autres

Les symptômes s'empirent  
(déli, panique) et aucun plan  
en place

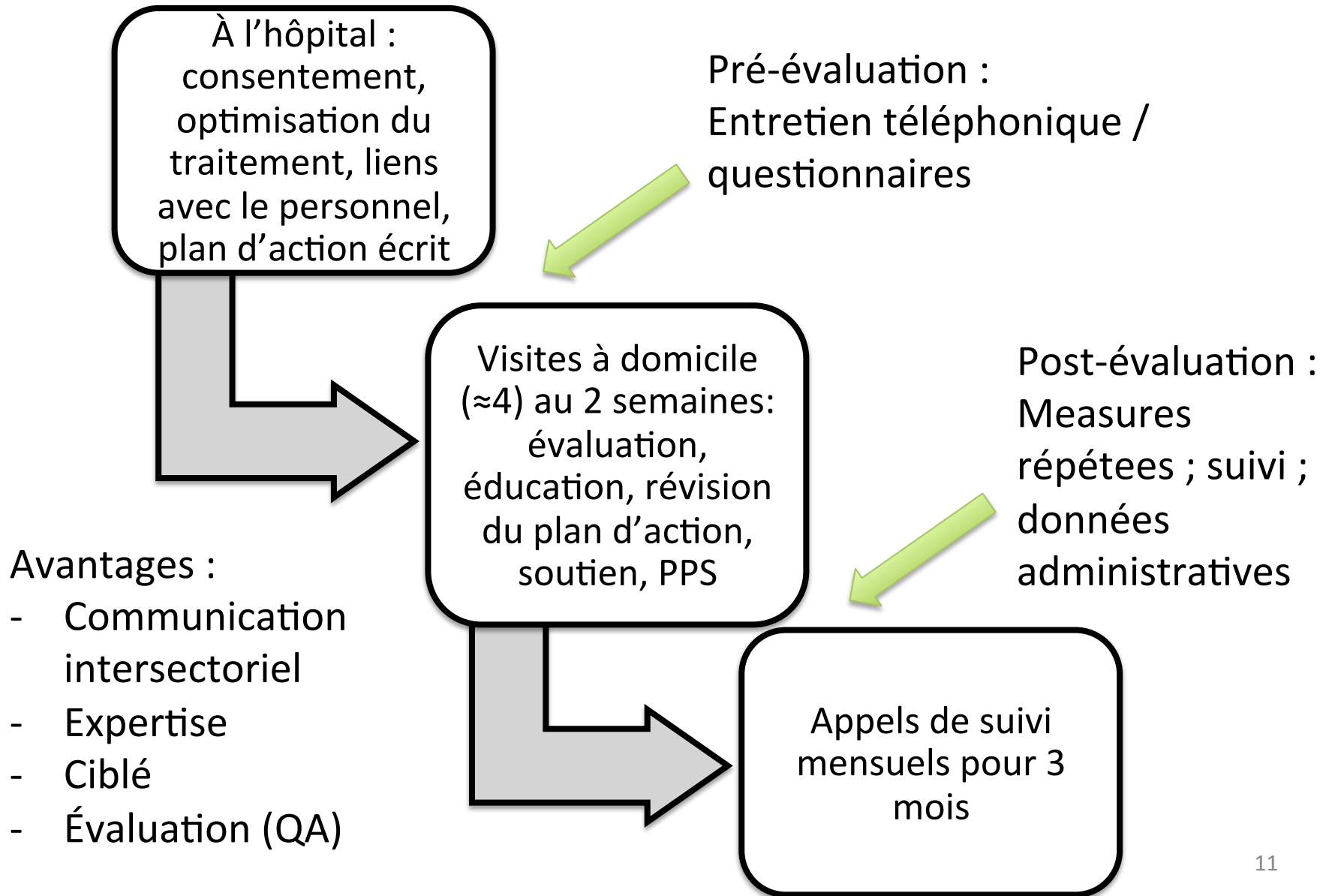
# Interventions prouvées

- ✓ Continuité des soins entre l'hôpital et le domicile, congé précoce, soutien à la transition
- ✓ Éducation à domicile fondée sur les besoins (axée sur le patient et la famille)
- ✓ Plan d'action écrit (selon la SCT\*) pour les exacerbations de la MPOC
- Plans d'action individuels pour les « crises de dyspnée » – video
- Planification préalable des soins / directives /DNR



Soutien  
Continuité  
Expertise

# Le programme (les mécanismes)



# Expérience: La PPS dans **INSPIRED**

- Élément crucial du programme
- Renforce la relation de confiance établie par l'équipe
- Communication autour des objectifs fait parti du processus INSPIRED
- Bien accueilli, soulagement, brise le silence
- Comble le manque, ou piètre qualité de la PPS

# Résultats

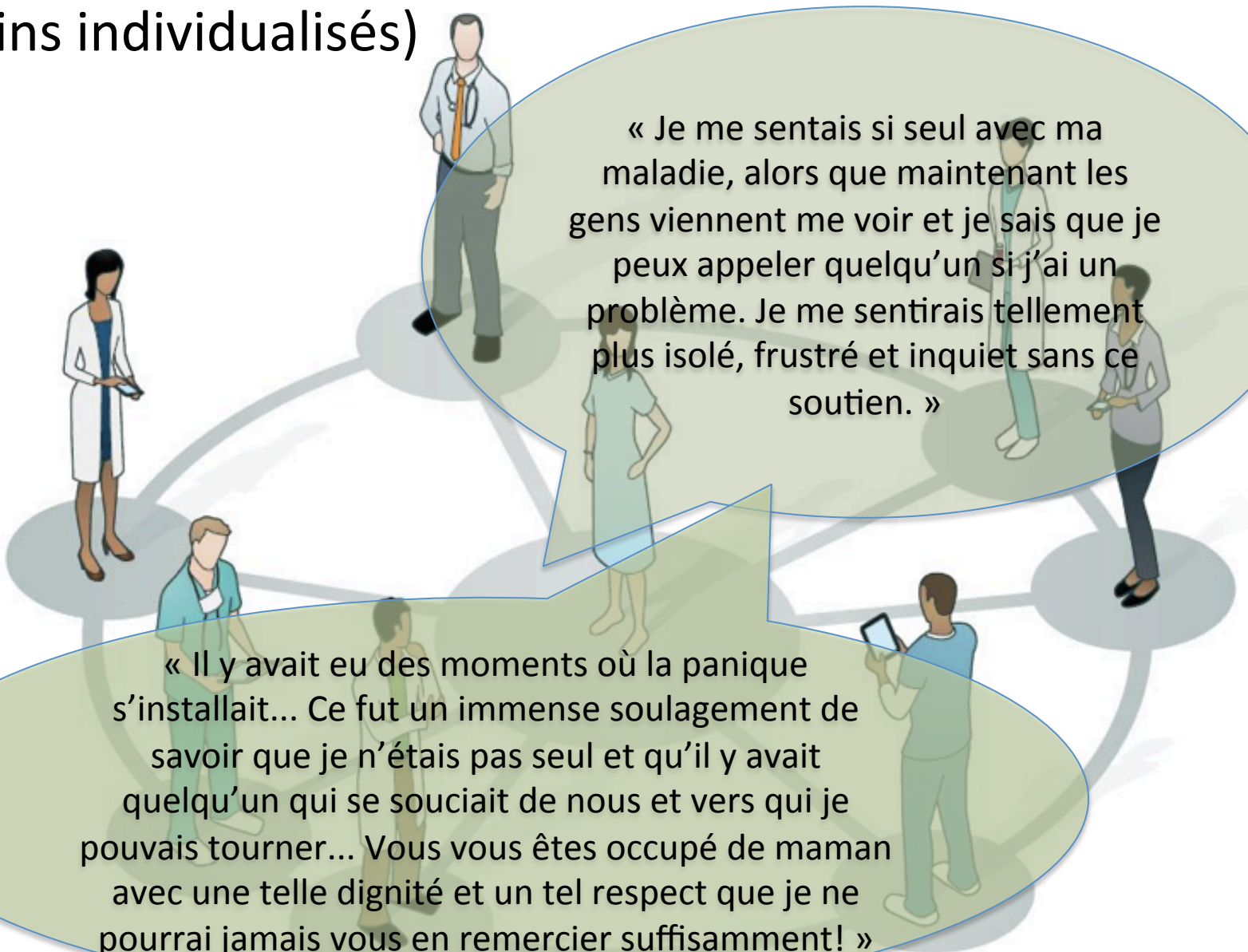
Interviews qualitatifs suggèrent que les participants se sont senti :

- Plus confiants dans la gestion des symptômes
- Moins anxieux/ stressés
- Prêts à discuter les objectifs du traitement, y inclu ceux en lien avec la fin de vie

Quantitative: Qualité de vie liée à la santé,  
Hospital Anxiety and Depression Scale, Herth Hope Index  
Care Transition Measure



## Le second « I » dans *INSPIRED* se réfère à l'*INDIVIDU* (soins individualisés)

An illustration showing a network of healthcare professionals connected by a grey path. The professionals include a male doctor in a white coat and tie, a female doctor in a white coat, a male nurse in blue scrubs, a female patient in a green dress, a male patient in blue scrubs, and a female patient in a grey top. Two speech bubbles are overlaid on the scene, containing testimonial text.

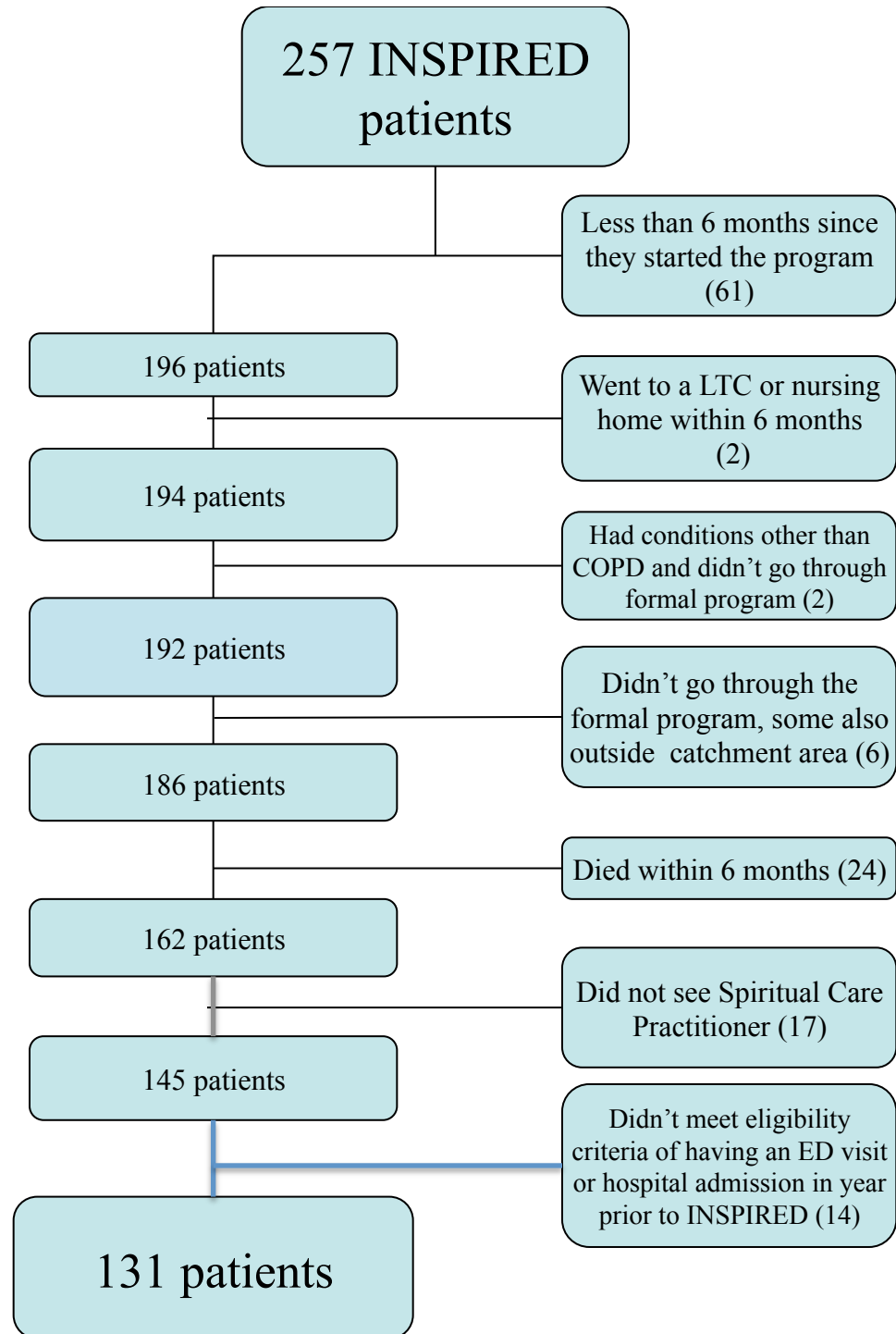
« Je me sentais si seul avec ma maladie, alors que maintenant les gens viennent me voir et je sais que je peux appeler quelqu'un si j'ai un problème. Je me sentirais tellement plus isolé, frustré et inquiet sans ce soutien. »

« Il y avait eu des moments où la panique s'installait... Ce fut un immense soulagement de savoir que je n'étais pas seul et qu'il y avait quelqu'un qui se souciait de nous et vers qui je pouvais tourner... Vous vous êtes occupé de maman avec une telle dignité et un tel respect que je ne pourrai jamais vous en remercier suffisamment! »

# Interviews INSPIRED (n=18)

Top 5 raisons pour lesquels INSPIRED réussit à aider (en ordre de fréquence) :


- Plan d'action/prescriptions et prednisone en main ou en commande
- Éducation accessible /information/ressources – livret patient, inspiromètre,
- Résultats pertinents pour le patient et la famille, i.e.,  
essoufflement, endurance, reconnaissance et gestion des exacerbations de la MPOC,  
utilisation de médicaments
- Quelqu'un à appeler /Soutien/ne plus se sentir seul
- Sentiment d'être pris en charge/personnel fiable, bien informé





# Urgences, admissions, durée du séjour


6 mois, données pré/post

	Pré-INSPIRED n=131	Post-INSPIRED n=131		
	6 /12	6/12	 6 /12 (n, % reduction)	Épargnes
Visites à l'Urgence	282	113	-169 (60 %)	-84,500 \$ @\$500/visite
Admissions	154	57	-97 (63 %)	
Jours d'hospitalisations	1573	596	-997 (62 %)	997,000\$ @\$1000/jour

Épargnes à 6 mois ≈ 3x le coût annuel du programme

# Mesure de la transition des soins (CTM)

15 questions, score 1-4, en pourcentage, score max 100 %

	Mediane	Min.	Max.	N
Pre INSPIRED CTM	71.00	25.00	96.00	27
Post INSPIRED CTM	83.00	69.00	100.00	27
	12.00	-3.00	75.00	27

Pas de changement sur le CRQ, HADS, Herth Hope index

$p < 0.0001$

TABLE 2. Six- and 12-months results pre/post-INSPIRED for ED visits, hospital admissions and length of stay (LOS) (n=93)\*

	Pre-INSPIRED			I N S P I R E D	Post-INSPIRED				
	12 months total	6-12 months	0-6 months		0-6 months	6-12 months	0-12 months total	% change 6 months	% change 12 months
ED visits	266	71	195		54	73	127	-72%	-52%
Admissions	136	21	115		24	37	61	-79%	-55%
LOS (days)	1333	202	1131		235	284	519	-79%	-61%

\*To provide a homogeneous group for this analysis we excluded patients who did not see the spiritual care practitioner, did not have an ED visit or admission in the year prior to INSPIRED, those who died, or went to a nursing home or long-term care facility within 6-months of starting INSPIRED, and those who live outside the catchment.

*Rocker and Verma. INSPIRED COPD Outreach Program: Doing The Right Things Right. Clin Invest Med 2014 (in press)*

# Durée du séjour des patients décédés

	INSPIRED	non-INSPIRED
<b>Decedents</b>	n=20 <sup>1</sup>	n=96
<b>LOS median (interquartile range)</b>	#2.5 (0-6)	7.0 (4-15)
<b>ICU/IMCU use n (%)</b>	4 (20%)	20 (21%)
<b>ICU/IMCU LOS (mean)</b>	3	8.9
<b>Available PDs n (%)</b>	11 (55%)*	10 (10%)
<b>Palliative care involved n (%)</b>	13 (65%)	38 (40%)

1. INSPIRED patients who died at home = 6/20 (30%)

# p= 0.001 (Mann Whitney U test)

\*p<0.0001 (Fishers exact test)

# Relations



Canadian Foundation for  
**Healthcare  
Improvement**

Fondation canadienne pour  
**l'amélioration des  
services de santé**

[cfhi-fcass.ca](http://cfhi-fcass.ca)

**R** *relationships*: fostered between patient, family, providers

**E** *mphasis* on wellbeing

**L** *ocations* are convenient

**A** *ccess* is optimized

**T** *ogether*: patient/family active partners

**I** *ntentional* redesign of system

**O** *utcome/process* measures evaluated continuously

**N** *ot complicated*, simple

**S** *ervices*: financially sustainable

**H** *ub* of system is the family

**I** *nterests* of patient drives what we do and how

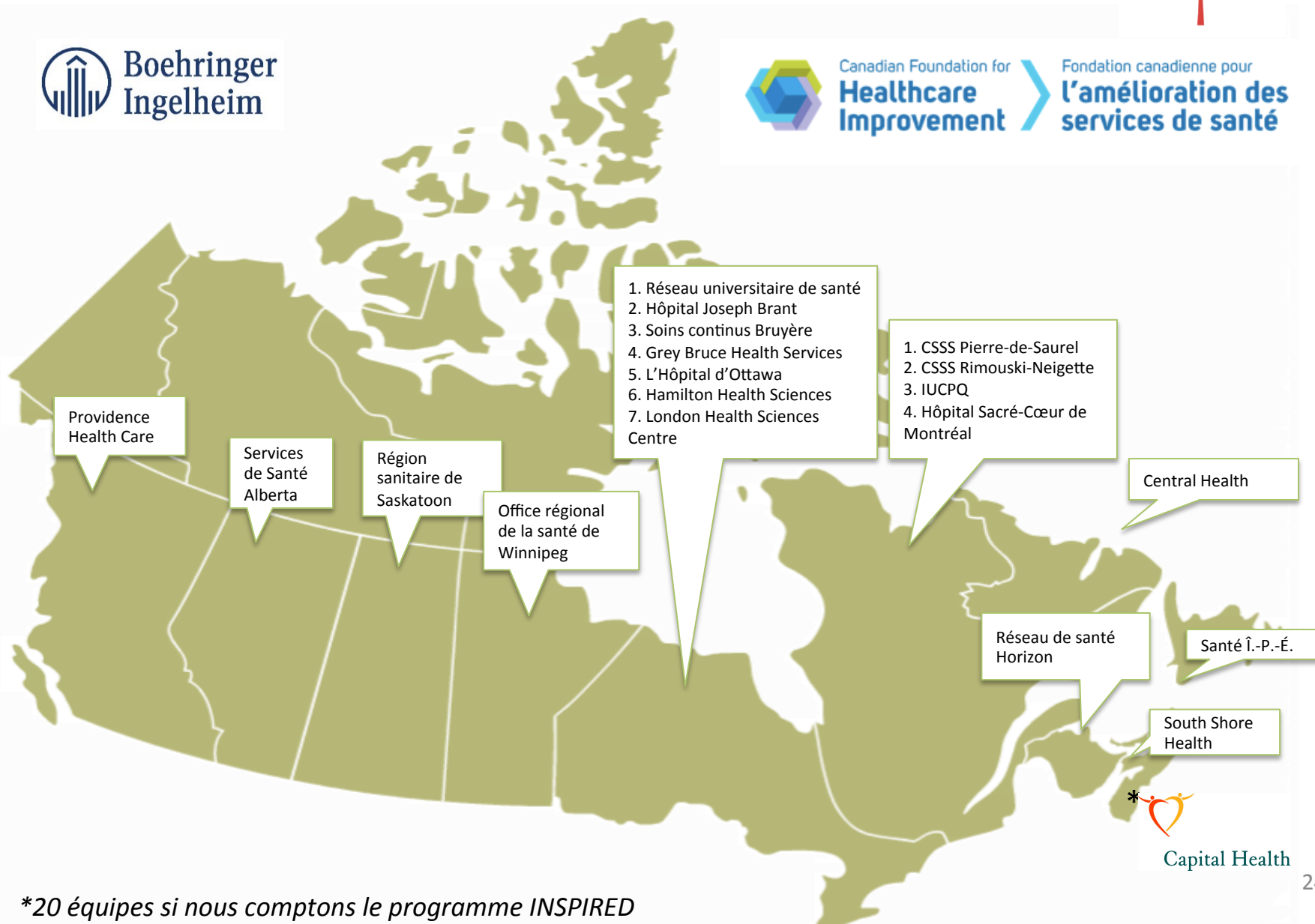
**P** *opulation-based* system and services [cfhi-fcass.ca](http://cfhi-fcass.ca)



# INSPIRED: Financement et jalons importants

2007-2010 Pre INSPIRED	2010 INSPIRED Pilot	2012	2013	2014
Bourses de recherche	Financement hybrid pour phase pilote	CDHA core program	CDHA core program  FCASS appointment for GR as CIA	Fondation QEII, bourse TRIC (evaluation du déménagement vers l'Urgence) <b>Pratique exemplaire (Agrément Canada)</b>
<p>CIHR MRFNB NELS at DAL</p> <p>Various community based studies to understand burden of COPD in Rural NB and NS</p>	<p>ACCP Award (to GR) \$10,000 QEII Foundation \$10,000 Rocker \$10,000 CDHA Innovation \$25,000 GSK, \$60,000</p>	<p>GSK Soutien continu (expansion au DGH)</p>	<p>CDHA approves 0.5 FTE RRTs x 2 (expansion to the ED)</p> <p>Soutien continu De GSK</p>	<p>March 2014 RTs x2 appointed for ED expansion</p> <p><b>FCASS–B CL 19 équipes pan- Canadiennes INSPIRED</b></p>

# 19 équipes dans 10 provinces



\*20 équipes si nous comptons le programme INSPIRED



Lien vidéo crise de dyspnée  
manuscrit et vidéo

[http://  
share.kaiserpermanente.org/  
article/helping-patients-with-  
advanced-disease-breathe-  
easier-expert-panel-issues-  
recommendations-for-dyspnea-  
crisis/](http://share.kaiserpermanente.org/article/helping-patients-with-advanced-disease-breathe-easier-expert-panel-issues-recommendations-for-dyspnea-crisis/)