

Blogue à part... : Encore et toujours les urgences – L'enjeu de l'information clinique personnalisée et mesurable

Par le Dr Alain Larouche le 17 mai 2013 pour [L'actualité médicale](#)

L'Institut de la statistique du Québec a publié le 24 avril dernier la deuxième série de résultats de son enquête québécoise sur l'expérience de soins. On y apprend, sans surprise pour quiconque je l'espère, que plus du tiers (35,9 %) de la population âgée de 15 ans ou plus ayant consulté un médecin à l'urgence d'un hôpital l'a fait pour un problème de santé non urgent. Ce pourcentage est plus élevé dans les régions à faible densité démographique et moins élevé dans les régions de Montréal, Laval et Québec.

Je pose la question : quand mettrons-nous fin à cette situation absurde ? Et surtout, quand allons-nous appliquer les solutions qui existent, qui fonctionnent et qui démontrent leur efficacité ? La mise en place des groupes de médecine de famille (GMF) et l'affectation d'une ou deux infirmières – et parfois, et à l'occasion, d'autres professionnels de la santé – est un modèle qui a commencé à faire ses preuves.

Pourtant, et malgré les consensus entourant l'importance d'une première ligne forte et intégrée autour du médecin de famille, le réseau québécois tarde à se donner les moyens d'agir. Gérée sur la base d'une seule année budgétaire et sur des budgets historiques, l'offre de soins et de services à la population ne réussit pas à répondre aux besoins de services de proximité de la population.

Bien que le financement à l'activité soit une avenue prometteuse, il est encore loin le temps où les professionnels de la santé auront concrètement les outils nécessaires à la mise en œuvre d'une prise en charge globale de la santé de la population en première ligne médicale.

Heureusement, les médecins de famille et l'équipe interdisciplinaire de première ligne ont progressivement accès à l'information critique (médicaments, laboratoires, imagerie médicale) du patient grâce à l'arrivée du DSQ dans quelques régions, dont celles de Québec, de Montréal, de Lanaudière et de l'Estrie. De plus, et grâce au déploiement progressif des dossiers médicaux électroniques (DME) dans les cliniques médicales de tout le territoire du Québec, les médecins et les infirmières de ces milieux pourront alléger leurs pratiques cliniques et administratives.

Dans la foulée, il est pourtant crucial de mettre en place, dès maintenant, les outils requis pour le suivi optimal de la condition des patients suivant l'ensemble de leur condition de santé – en priorité les grands utilisateurs de services de l'urgence et des lits d'hospitalisation ainsi que les malades chroniques. Le réseau de la santé n'a plus d'autre choix que d'intégrer des outils informatisés de gestion des soins et des services, qui lui permettront, d'une part, de répondre à la complexité des soins à offrir aux malades chroniques et aux cas complexes et à risque de complications, et d'autre part, de mesurer les processus de soins et les résultats obtenus, tant du côté des patients (habitudes de vie, autogestion des soins, résultats de santé) que des prestataires de soins (pratiques optimales pour faire face à la multipathologie, continuité et qualité des soins).

À tous ceux qui diront qu'il faut de l'argent pour faire ça, je répondrai que la solution la plus onéreuse est de ne rien faire à ce chapitre. De fait, les gains d'efficacité à eux seuls financeront amplement les coûts de ces outils, en plus de permettre d'améliorer la qualité des services et l'accessibilité à notre système de soins.
