

Encombrement des urgences: c'est le temps d'innover!

Par Dr Alain Larouche le 8 mai 2017

La situation de nos urgences est le résultat de la conjonction de deux phénomènes: une offre de services morcelée, compartimentée, très mal coordonnée et difficilement accessible, et une demande de soins qui s'est complexifiée.

On a beaucoup parlé de l'offre de services en amont de la salle d'urgence – une première ligne mal organisée – et en aval – une capacité d'accueil insuffisante pour les patients en perte d'autonomie –, que ce soit en CHSLD ou en soins à domicile, de telle sorte que les lits d'hôpitaux sont engorgés.

Plusieurs établissements ont ciblé les patients qui avaient été hospitalisés à plusieurs reprises afin de mieux agir sur leur parcours de soins. Cependant, on a très peu considéré l'organisation optimale de la médecine familiale comme solution, tant en amont qu'en aval du goulet d'étranglement que sont devenues les urgences.

Si le ministre de la Santé souhaite maintenant miser sur l'innovation, il y a des solutions prêtes à implanter, pour suivre ce type de patient qui nécessite l'utilisation de la moitié de nos lits de soins de courte durée. Les prochains investissements auraient alors plus de chances de donner des résultats sur le fonctionnement des urgences.

Les grands utilisateurs

Grosso modo, sur une période d'observation de trois ans, un lit sur deux est occupé en tout temps à tour de rôle par 3 % de la population. Qui sont ces personnes, pourquoi sont-elles hospitalisées à répétition? Dans la littérature, on parle des *grands utilisateurs*¹. Pour cette démonstration², un grand utilisateur est une personne qui, au cours des trois dernières années, a été hospitalisée à trois reprises ou plus et qui, par conséquent, a séjourné sur civière à l'urgence étant donné qu'il est de pratique courante que les patients passent par l'urgence pour être hospitalisés.

Les études sur le sujet mentionnent que la très grande majorité (80 – 90 % et plus) de ces patients sont atteints de maladies chroniques et sont hospitalisées en raison de celles-ci ou de complications dues à celles-ci. Au cours des dernières années, j'ai eu l'occasion à plusieurs reprises d'étudier ce phénomène et à chaque fois, le constat³ est le même et constant dans le temps, que ce soit en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, Chaudière-Appalaches, la Capitale-nationale, les Laurentides, l'Abitibi-Témiscamingue, etc. Le portrait à l'échelle du Québec est identique avec de très faibles variations d'une région à l'autre.

Les cinq diagnostics les plus fréquents qui apparaissent sur la feuille sommaire d'hospitalisation⁴ pour ces patients sont: l'insuffisance cardiaque, la MPOC, la dépression, les MCAS et les problèmes du système digestif. Curieusement, le diabète apparaît dans les diagnostics concomitants alors que l'on sait toutes les complications rattachées à cette maladie. Ces patients sont hospitalisés en raison d'une décompensation de leur état de santé ou d'une complication qui nécessite des soins en milieu hospitalier.

Agir sur les hospitalisations évitables

Il est clairement démontré qu'un suivi adéquat, bien coordonné et standardisé en première ligne permet d'éviter 70 % à 80 % de ces admissions ou réadmissions. Voyons quelques chiffres. Il y a environ 15 000 lits pour les soins de courte durée au Québec, donc 7 500 pour les grands utilisateurs⁵. Si on considère les coûts directs bruts quotidiens seulement, soit 300 \$ en 2010 indexé de 2 % par année, cela représente un montant d'environ 123 K\$ par lit par année en 2016 pour un total d'environ 925 M\$. Si on considère un *per diem* en 2010 de 650 \$ indexé de la même manière, on parle respectivement de 267 K\$ et de 2 MM\$. Toujours pour ces 7 500 lits et en tenant compte des ratios patients/infirmières, les quarts de travail, les fins de semaine, les congés fériés et les vacances, c'est environ 5 000 infirmières ETP qui sont mobilisées pour les soins à ces patients.

Où faut-il investir?

Pour vous aider à voir le portrait, imaginons une population de 10 000 personnes qui a un profil semblable à celui observé à la grandeur du Québec. On parle ici d'environ 289 personnes qui nécessiteraient 9,1 lits en permanence; donc d'un gain d'efficacité d'environ 578 K\$ à 1,25 M\$ (50 % des gains potentiels) si on dotait la première ligne desservant ces 10 000 personnes d'infirmières et autres professionnels formés et outillés pour un suivi continu et interdisciplinaire des patients chroniques, notamment les grands utilisateurs. La moitié seulement de ces gains d'efficacité représente environ le salaire de 5 à 10,5 ETP professionnels de la santé en GMF ! On peut rêver. Alors investissons le quart des gains d'efficacité et le résultat est encore très intéressant. Comme les hospitalisations évitées ont aussi un impact en séjours sur civière à l'urgence évités, ajoutez environ 45 % de gains d'efficacité⁶ pour chaque hospitalisation évitée.

Des médecins de famille sont prêts

J'ai pris le pari d'aller rencontrer les médecins des GMF de toute une région pour leur exposer un tel projet. L'accueil des médecins et des infirmières, a été très chaleureux, voire enthousiaste. Ils sont intéressés non seulement à avoir accès à plus de professionnels de la santé, mais aussi à être dotés d'outils d'*intelligence clinique* pour personnaliser l'offre de soins et coordonner les activités des membres de l'équipe interdisciplinaire.

À ce jour, deux GMF ont demandé de rencontrer le PDG de leur CISSS/CIUSSS pour lui proposer un partenariat: «Aidez-nous à implanter une approche et des outils robustes de prise en charge et de coordination des soins des patients chroniques et à risque de complications – les grands utilisateurs – et nous serons en mesure non seulement de diminuer le nombre de lits de courte durée du territoire, mais aussi de réduire la pression sur les urgences.»

Le PDG est intéressé, mais la décision, dans le contexte actuel, est malgré tout incertaine.

-
1. Il s'agit d'un concept pour désigner un patient qui consomme beaucoup plus de services que la moyenne pour diverses raisons mais principalement en raison de sa situation de vulnérabilité.
 2. Dans nos travaux, nous utilisons aussi une définition supplémentaire soit une personne qui, à 5 reprises ou plus, a été alitée sur une civière ou hospitalisée durant les 3 années précédentes.
 3. Source: fichier APR-DRG.
 4. Formulaire AH-109 DT9044

5. Le nombre total de journées d'hospitalisation par année divisé par 365 jours corrobore ces chiffres.

6. Calcul basé sur un *per diem* de 500\$ en 2010 indexé de 2 % par année.