



LES GRANDS CONSOMMATEURS DE SOINS

Mieux les connaître pour mieux les traiter.

Afin d'améliorer la qualité et la fin de vie des patients souffrant de maladies chroniques, le CSSS des Sommets a réalisé le projet DÉFI SANTÉ.

Lors de sa conférence intitulée « De chroniquement malade à chroniquement bien : une place de choix pour les infirmières », France Laframboise a démontré l'importance de voir et de faire

France Laframboise, adjointe à la Direction des services cliniques à MédiaMed Technologies.



les choses différemment auprès des grands consommateurs de soins. La pierre angulaire est sans contredit la contribution de l'infirmière au suivi et à la gestion des cas complexes.

« Les patients extrêmement complexes se retrouvent souvent à l'urgence ou hospitalisés, souligne M^{me} Laframboise. Environ 12 % des patients que l'on retrouve sur les civières à l'urgence ont été hospitalisés la semaine précédente. Il faut se poser de sérieuses questions. »

Mal connus, les grands consommateurs de soins à l'urgence et dans les centres hospitaliers (CH) ne sont pas tous suivis par un médecin de famille. « Ils sont peu nombreux à être inscrits à Info-Santé ou suivis par un CLSC, précise M^{me} Laframboise. La majorité n'est pas inscrite en GMF. Bon nombre d'entre eux meurent à l'hôpital. Par conséquent, les grands consommateurs ne font pas nécessairement partie de la vraie première ligne au Québec.

5 ÉLÉMENTS CLÉS de la gestion des maladies chroniques :

- une collaboration entre la communauté et le système de santé
- un soutien à l'autogestion
- une organisation clinique transformée
- des outils d'aide à la décision clinique
- des systèmes d'information clinique

SUIVI SYSTÉMATIQUE

Au cours d'une étude réalisée auprès de 200 grands consommateurs de soins, des rencontres d'information ont eu lieu auprès d'équipes internes et externes du CSSS. Une infirmière gestionnaire de cas a été nommée selon le modèle britannique du National Health Service appelé *Community Matron*, traduit ici par infirmière de proximité. Puis, une stratification nominative de ces 200 patients a été établie. Un plan d'intervention, un carnet DÉFI SANTÉ, une carte embossée et un portrait de consommation informatisé et personnalisé ont été créés.

Ainsi, les motifs d'une consommation répétée ont été identifiés et chaque médecin de famille impliqué auprès de ces patients a été contacté. Une collaboration avec les pharmaciens a aussi été établie. Dès l'inscription du patient au CH, une carte d'alerte informatisée indiquait son arrivée et l'information était transmise à l'infirmière gestionnaire. « Il faut se donner la chance de savoir qui sont ces gens, dit M^{me} Laframboise. Il faut se demander : Est-ce que j'ai vraiment vu les bons patients ?

Méritaient-ils de voir une infirmière ? Était-ce justifié par des enjeux pharmacologiques ? »

« Environ 12 % des patients que l'on retrouve sur les civières des urgences ont été hospitalisés la semaine précédente. »

Les résultats de cette étude de 2005 à 2008 démontrent un impact positif. Par exemple, le nombre de visites à l'urgence de ces 200 patients est passé de 1 054 en 2005-2006 à 254 en 2007-2008. Le nombre de personnes couchées sur des civières est passé de 892 à 170 pour la même période alors que le nombre d'admissions a chuté de 728 à 119. Ainsi, le total des jours de présence en CH a chuté de 6 274 en 2005-2006 à 1 776 en 2007-2008. Quarante-six décès sont survenus pendant l'étude.

« L'hospitalisation doit être une mesure d'exception, fait remarquer M^{me} Laframboise. Nous sommes très hospitalocentriques dans notre approche. Mais il faut anticiper les besoins au lieu de réagir, soutenir le médecin de famille dans les cas complexes, s'allier davantage à la communauté et prévenir les visites à l'urgence pouvant être évitées. »

Le talent de l'infirmière doit être davantage mis à contribution auprès des grands consommateurs de soins à l'urgence et à l'hôpital. « C'est notre choix de voir et de faire différemment », précise la conférencière.

Pour ce faire, M^{me} Laframboise propose de s'inspirer du *Chronic Care Model* qui prône un travail à partir de population cible. Les personnes souffrant de maladies chroniques ne nécessitent pas une approche identique mais personnalisée. ■ F.F.