

DÉBORDEMENT DES URGENCES MAJEURES : LES ÉQUIPES MÉDICALES INTENSIVES EN CLSC SONT UNE SOLUTION

Auteure :

Geneviève Dechêne, médecin de famille

Chargée d'enseignement clinique, DMFMU, Faculté de médecine, Université de Montréal

Médecin de famille au GMF Sud-Ouest Verdun

Responsable de l'UFCI-U en SAD (équipe de SAD du CLSC Verdun) pour le CUMF (GMF-U de Verdun), CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Directrice scientifique de Palli-Science

2017

DÉBORDEMENT DES URGENCES MAJEURES : LES ÉQUIPES MÉDICALES INTENSIVES EN CLSC SONT UNE SOLUTION

De nombreux facteurs sont en jeu, certains structurels en milieu hospitalier mais aussi ceux en lien avec la 1^{re} ligne médicale : un hôpital ne pourra jamais « régler » son problème d'urgence sans une 1^{re} ligne médicale forte.

Les patients vus aux urgences mineures, ambulants, diffèrent considérablement de ceux vus aux urgences majeures. Les solutions de désengorgement de ces deux types d'urgence diffèrent donc.

1) URGENCE MINEURE

- Offrir un médecin de famille à tout Québécois qui en fait la demande.
- Améliorer l'assiduité en 1^{re} ligne de groupe mais surtout individuelle pour réduire au maximum le nombre de patients incapables de voir leur médecin lorsque malades.
- Offrir au sein de chaque GMF, en priorisant les patients du GMF, un service 7 jours de SRV.
- Offrir en GMF-R, un service de SRV étendu (PM et soirs de fin de semaine) 7 jours pour les patients de la région, dédié majoritairement aux patients non GMF.

2) URGENCE MAJEURE

Une proportion significative des patients reçus aux urgences majeures arrivent de leur domicile et souffrent de conditions chroniques sévères, avancées ou terminales déjà diagnostiquées, en évolution (vers la fin de vie et la mort) sur plusieurs années (maladie cancéreuse ou non cancéreuse), donc en progressive perte d'autonomie.

L'évolution de ces patients survient typiquement en *montagnes russes*, avec de nombreux épisodes de détérioration traitables (abcès douloureux, dyspnée, vomissements, etc.) sur une période de 4-8 ans, avec une accélération des épisodes de détérioration dans la dernière année de vie. Sauf au Québec, ces épisodes de détérioration sont traités rapidement à domicile par les médecins à domicile : les « *plans d'action* » médicaux de médecins de 1^{re} ligne expérimentés en soins à domicile couplés à leur disponibilité rapide à domicile sur 7 jours (le jour même au besoin), permet d'éviter une aggravation de la situation du patient et donc de réduire les retours aux urgences et les hospitalisations.

LES URGENCES MAJEURES QUÉBÉCOISES DÉBORDENT DE PATIENTS NON SUIVIS À DOMICILE

Solutions proposées :

- Aucun patient en lourde perte d'autonomie à domicile (suivi par son service à domicile du CLSC) ne doit être dépourvu d'un suivi médical (possiblement une IPS si situation médicale stable) à domicile, idéalement en équipe médicale couvrant un groupe de patients, 7 jours, avec un système de garde téléphonique 24 heures.
- Encourager la mise en place d'équipes médicales intensives à même les locaux du CLSC (travail interprofessionnel essentiel à cette lourde clientèle, comme en milieu hospitalier) pour s'assurer que les patients les plus instables soient suivis prioritairement (pression des infirmières du SAD aux prises avec ces patients).
- Avec l'aide des CIUSSS, mettre en place des équipes médicales dans tous les SAD des CLSC (possibilité de regrouper plusieurs CLSC pour une équipe médicale si les distances ne sont pas importantes), hormis les régions éloignées où la distance forcera peut-être à créer des mini-équipes en GMF.
- Reconnaître la lourdeur de la pratique : un patient en lourde perte d'autonomie inscrit aux services de soins à domicile du CLSC, donc incapable de se déplacer = 12 patients inscrits au cabinet.