

Université de Montréal

Description des profils des hauts consommateurs d'un département d'urgence et mise en à  
l'essai d'une intervention infirmière pour optimiser la trajectoire de soins

Par

Catherine Bolduc

Faculté des sciences infirmières

Rapport de stage présenté à la Faculté des sciences infirmières en vue de l'obtention du  
grade de

Maître ès sciences (M. Sc.) infirmières, option expertise-conseil en soins infirmiers

Octobre 2014

© Catherine Bolduc, 2014

Université de Montréal

Faculté des études supérieures et postdoctorales

Ce stage intitulé :

Description des profils des hauts consommateurs d'un département d'urgence et mise à l'essai d'une intervention infirmière pour optimiser la trajectoire de soins

Présenté par :

Catherine Bolduc

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Mme Sylvie Cossette, directrice de stage

Mme Valérie Beaulieu, membre du jury

## Sommaire

**Introduction.** Les patients qui visitent fréquemment les départements d'urgence (DU) affectent négativement l'efficacité des services de santé. Afin d'optimiser la trajectoire de soins des hauts consommateurs (HC), nous avons décrit leurs profils d'utilisation des services et nous avons mis à l'essai une intervention adaptée aux profils identifiés.

**Méthodologie.** Les caractéristiques pour décrire les profils d'utilisation des services des HC, soit les patients qui ont visité le DU du centre hospitalier ultraspécialisé en cardiologie sept fois ou plus durant l'année 2012-2013, ont été choisies à partir du cadre théorique d'Andersen (2008). Les données, qui étaient disponibles dans les dossiers hospitaliers, ont été collectées à l'aide des bases de données électroniques de l'hôpital puis analysées. L'intervention, qui visait à mieux comprendre les profils d'utilisation des services et les besoins, a été développée à partir des dimensions du cadre théorique de Wagner (1998). Des patients qui avaient fait au moins cinq visites au DU en 2013-2014 ont été identifiés alors qu'ils étaient au DU. **Conclusion.** Lors de l'examen des profils, nous avons sélectionné 31 HC qui ont totalisé 272 visites au DU. Nous avons observé que les HC de l'année étudiée n'étaient pas ceux de l'année suivante puisque seulement deux (13%) d'entre eux ont visité le DU sept fois ou plus l'année suivante. Par ailleurs, la fréquence d'utilisation et l'accessibilité à des soins ambulatoires ont démontré que plusieurs HC étaient atteints de maladies chroniques ou de comorbidités sévères. Lors de l'intervention, nous avons sélectionné et rencontré cinq patients. Ils ont généralement affirmé ressentir de l'inquiétude par rapport aux conséquences que leurs problèmes de santé pouvaient engendrer, mais très peu se sont dits prêts à modifier leurs habitudes de vie pour favoriser leur santé. Dans le but d'améliorer les soins pour cette clientèle, des recommandations d'interventions individuelles et organisationnelles ont été identifiées.

**Mots-clés :** Haut consommateur, département d'urgence, cardiologie

## Abstract

**Introduction.** Patients who frequently use the emergency department (ED) negatively impact ED efficiency. In order to optimize the care trajectory of these frequent users (FU), we have looked for patterns in their use of health care and implemented an intervention adapted to the patterns found. **Methodology.** The characteristics that describe the patterns of FU health care use, where FU are patients that have visited the ED of the ultra-specialized cardiology hospital seven times or more during a one year period from 2012 to 2013, were chosen based on the theoretical framework of Andersen (2008). The data available in the medical records was collected from the hospital's electronic databases and analyzed. The intervention, which aims at better understanding the pattern of health care use and patient needs, was developed based on the theoretical framework of Wagner (1998). Suitable patients, who visited the ED at least five times in 2013-2014, were identified for the intervention during one of their visits to the ED. **Conclusion.** To determine patterns of health care use, we found 31 FU, amassing a total of 272 ED visits. We have observed that the FU of the one year period studied were no longer FU the following year, as only two of them (13%) visited the ED seven times or more during the year after. Those FU who visited outpatient clinics, visited the ED less often than those who did not. Furthermore, the frequency of use and the accessibility of ambulatory care show that multiple FU suffered from chronic illness or severe comorbidity. For the intervention, we have selected and met with five patients. Most of them said they were worried about the consequences that their medical problems could have. However, very few of these patients declared themselves to be ready to change their daily habits in favor of better health. In order to improve care for these patients, individual and organizational interventions were recommended.

**Keywords:** Frequent users, emergency department, cardiology

## Table des matières

Sommaire .....	iii
Liste des figures .....	vii
Liste des abréviations.....	viii
Remerciements .....	ix
Problématique .....	1
Contexte du milieu.....	1
But du stage .....	2
Objectifs de stage.....	2
Objectifs d'apprentissage .....	2
Recension des écrits .....	3
Définition des termes : à la recherche de consensus.....	3
Cadre de référence .....	5
Behavioral Model of Health Services Use (BM).....	5
Chronic Care Model (CCM) ou modèle de Wagner.....	6
Déroulement du stage .....	8
Ressources .....	8
Première phase: Description des profils d'utilisation des services des HC.....	8
Méthodologie .....	8
Résultats.....	10
Deuxième phase: Le développement et la mise à l'essai d'une intervention.....	18
Méthodologie .....	18
Résultats.....	19
Interventions réalisées.....	22
Discussion .....	23
Déroulement du stage .....	23
Pertinence et retombées du projet .....	24
Recommandations pour les interventions individuelles et organisationnelles .....	26
Conclusion.....	27
Références .....	28

Appendice A .....	31
Appendice B .....	33
Appendice C .....	35
Appendice D .....	37
Appendice E .....	39
Appendice F .....	51

## Liste des figures

Figure 1. Résumé des caractéristiques démographiques et organisationnelles des HC .....	17
Figure 2. Résumé des caractéristiques des besoins des HC .....	17

## Liste des abréviations

BM : Behavioral Model of Health Services Use

CCM : Chronic Care Model

CE : Clinique externe

CH : Centre hospitalier

CSSS : Centre de santé et de services sociaux

DSI : Directrice des soins infirmiers

DSQ : Dossier Santé Québec

DU : Département d'urgence

ÉTG : Échelle canadienne de triage et de gravité

HC : Haut consommateur

IC : Insuffisance cardiaque

IPSC : Infirmière praticienne spécialisée en cardiologie

ISAR : Identification of Seniors At Risk

MDF : Médecin de famille



## Remerciements

Je souhaite adresser mes remerciements les plus sincères aux personnes qui m'ont soutenue et qui ont contribué à la réalisation de ce stage.

En premier lieu, je remercie Dre Sylvie Cossette, professeure à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal et chercheure à l'Institut de cardiologie de Montréal. En tant que directrice de stage, elle a grandement contribué à l'avancement de mon travail par sa disponibilité, son soutien, son écoute et sa rigueur. Ses judicieux conseils ont été enrichissants et m'ont aidée à trouver des solutions pour avancer.

Mes remerciements s'adressent également à Mme Valérie Beaulieu, infirmière gestionnaire de cas de l'Institut de cardiologie de Montréal, qui a agi à titre de personne-ressource clinique et membre du jury. Elle m'a intégrée dans l'équipe, avec professionnalisme et enthousiasme. Elle m'a aussi accordé son précieux temps pour partager ses connaissances du milieu et pour me guider dans mes démarches.

J'exprime ma gratitude à tous les collaborateurs du projet qui ont accepté de s'impliquer, soit Dr Patrick Garceau, cardiologue, Mme Marie Pagé, infirmière praticienne spécialisée en cardiologie, Mme Christiane Mailhot, infirmière de liaison de l'urgence, M. Marc-André Massé, coordonnateur de l'urgence, à toute l'équipe de soins du département d'urgence ainsi qu'au département des archives qui m'ont accueillie chaleureusement. Plus particulièrement, je tiens à souligner l'appui et la collaboration de Mme Marie-Hélène Carbonneau, directrice des soins infirmiers, sans laquelle ce projet n'aurait pas eu lieu.

Enfin, je remercie ma famille et mes amis qui m'ont constamment encouragée, de même que mon conjoint qui a démontré beaucoup de compréhension et de patience.

## **Problématique**

L'engorgement des départements d'urgence (DU) est un phénomène répandu au Canada. La demande de services qui excède la capacité à prodiguer des soins dans un délai de temps raisonnable affecte l'efficacité des services et la qualité des soins. Ce délai engendre également des répercussions sur l'environnement de travail, notamment le niveau de stress, la satisfaction et la rétention du personnel (Rowe et al., 2006). Les facteurs expliquant l'engorgement des DU sont complexes et peu compris, mais les hauts consommateurs d'urgence (HC), soit les patients qui font des visites fréquentes, sont souvent considérés comme un des facteurs contribuant à ce phénomène (Hunt, Weber, Showstack, Colby, & Callahan, 2006; Vinton, Capp, Rooks, Abbott, & Ginde, 2014). Le présent stage clinique s'est donc penché sur la problématique des HC afin de dégager des pistes d'interventions.

## **Contexte du milieu**

Le centre hospitalier (CH) est un centre de soins tertiaires ultra-spécialisé en cardiologie pour une clientèle adulte. La vocation de son DU est d'offrir des services médicaux continus de première ligne aux personnes se présentant avec un problème cardiologique urgent et de référer aux spécialistes au besoin. Cependant, les patients qui ont un problème cardiaque connu consultent également pour des raisons autres que cardiaques. Plusieurs cliniques externes (CE), gérées par une infirmière, une infirmière praticienne spécialisée en cardiologie (IPSC) ou une équipe multidisciplinaire (exemples : clinique de relance, clinique d'insuffisance cardiaque (IC), clinique de fibrillation auriculaire, clinique du diabète, etc.), ont été créées afin d'assurer le suivi d'une clientèle qui présente des besoins spécifiques. On constate, malgré cela, que certains patients reviennent fréquemment au DU. Cette préoccupation a amené la direction des soins infirmiers (DSI) à nous proposer d'examiner cette problématique afin de soutenir l'amélioration de la qualité des soins.

## **But du stage**

Le but du stage est de mieux comprendre la problématique des HC, de décrire leurs profils d'utilisation des services et de mettre à l'essai une intervention afin d'optimiser la trajectoire de soins de ces patients.

## **Objectifs de stage**

1. Décrire certains profils d'utilisation des services des HC afin d'envisager les interventions possibles
2. Identifier, avec le milieu, et mettre à l'essai, en collaboration avec l'équipe de l'urgence, une intervention adaptée aux profils des patients identifiés.

## **Objectifs d'apprentissage**

Par ailleurs, nous avons établi des objectifs d'apprentissage à atteindre durant le projet clinique. Les objectifs d'apprentissage sont en lien avec des compétences à développer en pratique infirmière avancée (Faculté des sciences infirmières, 2014; Hamric, Spross, & Hanson, 2009).

1. Développer mes capacités à analyser des données cliniques afin d'exercer une pratique infirmière en lien avec les problématiques du milieu et ainsi contribuer à l'amélioration de la santé (pratique clinique).
2. Établir des partenariats avec les experts-cliniques du milieu (collaboration).
3. Développer mes capacités à faire des recommandations basées sur l'évaluation des besoins et des résultats probants (consultante).
4. Développer mes habiletés à exercer un leadership infirmier par la mise à l'essai d'une intervention infirmière novatrice (leadership).

## Recension des écrits

### Définition des termes : à la recherche de consensus

Lorsque l'on tente de mieux saisir la problématique des HC, on constate d'abord qu'il n'y a pas de consensus concernant le nombre de visites pour les classer. Néanmoins, le seuil de visites le plus couramment utilisé dans les études pour définir un HC est de quatre et plus au DU au cours d'une année. Ce point marquant de quatre visites ou plus reflète un petit nombre de patients qui effectuent un grand nombre de visites (Hansagi, Olsson, Sjöberg, Tomson, & Göransson, 2001; Hunt et al., 2006; Locker, Daston, Mason, & Nicholl, 2007). Plusieurs études ont ensuite systématiquement repris ce seuil pour identifier les HC afin de rendre les résultats comparables. Or, une étude récente de Doupe et al. (2012) établit le seuil des HC « fréquents » entre sept et 17 visites par année et le seuil des HC « très fréquents » à 18 visites et plus par année, en raison des caractéristiques différentes entre les profils d'utilisation des services plutôt qu'en raison du nombre de visites.

Au Canada, en 2003-2004, plus de la moitié (57%) des visites à un DU étaient faites pour des conditions de santé « moins urgentes » ou « non urgentes » selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (ÉTG) de Beveridge et al. (1998) (Canadian Institute for Health Information, 2005). À cet effet, certains auteurs se sont également intéressés aux visites qui sont dites « évitables » ou « inévitables ». McCusker et al. (2007) ont, quant à eux, suggéré que les visites répétées sans hospitalisation peuvent être évitables si l'accès à des services ambulatoires dans la communauté est disponible, alors que les visites nécessitant des hospitalisations, qui reflètent des problèmes de santé plus sérieux, sont considérées comme inévitables. Les raisons hors du contrôle des services hospitaliers, les complications de maladies chroniques ou récurrentes et les nouvelles raisons de visite sont également des raisons de visites inévitables selon le système de classification pour évaluer les réadmissions de Clarke (1990).

Différents indicateurs de qualité permettent de renseigner sur le système de santé au Canada. Selon l'Institut canadien d'information sur la santé (2013), la durée totale (nombre d'heures) à un DU est une norme pour évaluer l'efficacité et les résultats des soins aux patients alors que le risque de retour urgent à l'hôpital dans les 30 jours après une hospitalisation initiale est une norme pour évaluer la qualité et la coordination des soins d'un établissement. À cet effet, il existe un consensus au Canada à l'effet que deux indicateurs de qualité de soins à un DU sont prioritaires pour assurer la sécurité des patients : la durée des séjours et le pourcentage des visites de retour imprévues qui mènent à une hospitalisation dans les 48 heures (ou 72 heures) (Schull et al., 2010).

Pour contribuer à diminuer ce problème, plusieurs chercheurs ont évalué l'efficacité d'interventions qui visent à réduire les visites de retour à un DU; la plupart des interventions étant réalisées par des infirmières. Selon Althaus et al. (2011) et Morgan, Chang, Alqatari, et Pines (2013), la gestion des cas est le type d'intervention le plus utilisé dans les études. D'abord, au Canada, quatre études randomisées ont évalué l'effet d'interventions auprès de différentes clientèles, dont trois visaient à identifier et répondre aux besoins des patients par un suivi infirmier après le congé du DU. Plus précisément, ces interventions ont consisté à faire une évaluation initiale au DU et un suivi téléphonique post-congé chez des patients cardiaques (Cossette et al., 2013), une brève évaluation infirmière afin d'identifier les problèmes non résolus chez les personnes âgées, suivie par la référence à un service de santé approprié (McCusker, Cardin, Bellavance, & Belzile, 2000) et à assurer la gestion de cas par une infirmière chez les personnes âgées, consistant à coordonner et à favoriser la prestation des services de santé par les infirmières, à la fois dans et hors du CH (Gagnon, Schein, McVey, & Bergman, 1999). La quatrième étude visait à favoriser la transmission d'informations par l'acheminement électronique d'un rapport détaillé de la visite au MDF (Lang et al., 2006). Or, toutes ces interventions n'ont pas donné les résultats escomptés puisqu'aucune n'a obtenu d'effet significatif sur la réduction du nombre de visites après les interventions. Ceci pourrait être expliqué, selon les auteurs, par des aspects

méthodologiques des études, mais aussi par (1) une intervention trop similaire aux soins usuels, ne pouvant résoudre les problèmes complexes sans un retour à un DU, (2) les caractéristiques organisationnelles favorisant un plan de suivi à un DU plutôt qu'un suivi hors hospitalier ou, (3) un effet collatéral du suivi étroit qui peut avoir amené les patients à consulter davantage. Ensuite, les études prospectives qui visaient à faire une intervention de gestion de cas auprès d'une clientèle âgée (Guttman et al., 2004) et auprès de patients atteints problèmes de santé chroniques ou complexes ayant des problèmes liés à l'abus de substance ou de violence (Pope, Fernandes, Bouthillette, & Etherington, 2000) ont eu des résultats satisfaisants en démontrant une réduction du nombre de visites au DU. Ces clientèles sont donc possiblement plus sensibles à des interventions qui favorisent la diminution des retours aux DU.

Néanmoins, selon tous les groupes de spécialistes, la mise à l'essai d'une intervention appropriée dépend d'abord de la structure du système de santé, des objectifs du CH, de la disponibilité des ressources et des caractéristiques de la clientèle visée.

## **Cadre de référence**

Afin de permettre d'identifier les différentes composantes qui peuvent expliquer les visites à un DU, le cadre de référence inclut deux modèles théoriques complémentaires. Le premier, le *Behavioral Model of Health Services Use* (BM) (Andersen, 1995, 2008), propose des liens entre la structure des services de santé et les profils des patients. Le deuxième, le *Chronic Care Model* (CCM), aussi appelé modèle de Wagner, (Wagner, 1998) met l'accent sur l'amélioration de la performance des soins chez les patients souffrants de maladies chroniques.

### **Behavioral Model of Health Services Use (BM)**

Le BM (voir Appendice A) est un modèle à niveaux multiples dans lequel on vise à comprendre l'utilisation des services de santé. L'influence possible des déterminants

individuels et contextuels est intégrée selon une perspective systémique qui place ces déterminants comme prédicteurs d'utilisation des services de santé. Les trois catégories de déterminants incluent (1) les facteurs prédisposant démographiques et contextuels (caractéristiques biologiques ou sociales) déterminant l'état d'une personne dans la société et influençant l'environnement physique sain ou malsain pour la santé; (2) les facteurs facilitants financiers et organisationnels (disponibilité des ressources communautaires et personnelles) favorisant la santé et ; (3) les facteurs de besoins (perçus par les patients et évalués par les fournisseur de soins) qui agissent comme des raisons immédiates de l'utilisation des services de santé. Globalement, il faut également tenir compte des pratiques qui influencent des comportements de santé, soit les pratiques de soins de santé, mais aussi les croyances d'utilisation des services de santé (attitudes, valeurs et connaissances). De plus, la pratique relationnelle, aussi nommée processus de soins médicaux, est introduite. Cette dimension est définie comme l'interaction (communication) entre les prestataires de soins et les patients concernant les soins administrés.

### **Chronic Care Model (CCM) ou modèle de Wagner**

Le CCM (1988) ou modèle de Wagner (voir Appendice B) est un modèle qui vise à expliquer comment prévenir les exacerbations et l'hébergement à long terme des patients atteints de maladies chroniques. Ce modèle est basé sur le fait que ces patients ont des besoins complexes ou présentent des détériorations de leurs maladies, ce qui les amène à consulter les services de santé, dont les DU. Cet auteur affirme que (1) la réduction des coûts liés aux maladies chroniques doit être associée à l'amélioration de la santé; (2) la réduction des coûts doit se concentrer sur les patients pour lesquels les coûts sont les plus élevés; (3) les soins primaires, fournis à ce moment (1988), ne permettaient pas de combler les besoins multiples des patients atteints de maladies chroniques; (4) les patients seraient mieux soignés si la gestion de leurs maladies était déléguée à un gestionnaire de cas. Dans ce modèle, les ressources et les politiques sont présentées comme un ensemble dans lequel s'insèrent le système de santé et l'organisation des soins (soutien à l'autogestion, soutien à

la décision, la conception du système de soins et les systèmes d'information cliniques). Wagner (1998) affirme que l'état de santé des patients change fréquemment et que les HC d'aujourd'hui ne sont peut-être pas les mêmes que ceux de l'année suivante. Dans ce sens, il suggère de cibler les interventions vers un grand nombre de patients atteints de maladies chroniques qui consomment le plus de services de santé. Ainsi, selon ce modèle, les interventions qui visent à améliorer la gestion de la maladie sont susceptibles d'être plus bénéfiques. La qualité de l'interaction entre le patient et une équipe de soins est, dans ce contexte, un exemple qui peut contribuer à améliorer la santé de la population.

Ces deux modèles théoriques sont complémentaires : le modèle BM met en lumière les déterminants qui sont susceptibles d'influencer l'utilisation des services alors que dans le modèle CCM on propose une approche centrée sur le patient qui vise à améliorer la santé des patients atteints de maladies chroniques. Leur complémentarité réside dans les diverses caractéristiques retenues, qui engendrent des hypothèses de nature différente. Selon le BM, les caractéristiques prédisposantes et facilitantes influencent les besoins de santé (perçus et évalués) et entraînent l'utilisation des services. Alors que dans le modèle CCM, une relation de cause à effet est proposée entre la gestion de la maladie, l'amélioration de la santé et conséquemment, l'utilisation des services. Toutefois, dans les deux modèles, on retrouve l'importance de la dimension communicationnelle entre les patients et les professionnels de la santé. Ces différentes visions ont guidé différentes pistes de réflexion afin d'établir des relations qui peuvent expliquer les visites répétées au DU faites par un petit nombre de patients et ont soutenu la réflexion sur les pistes d'interventions possibles.



## Déroulement du stage

### Ressources

Le projet de stage a été développé en collaboration avec la DSI et l'infirmière gestionnaire de cas du CH, dont une de ses fonctions est la gestion de cas pour les HC. Par ailleurs, différents professionnels de la santé du DU (infirmier-chef, infirmière praticienne spécialisée en cardiologie (IPSC), cardiologue, coordonnateur, infirmière de liaison) ont également été intégrés au processus. Ils ont été sollicités en raison de leurs connaissances du milieu, de leur expertise et de leurs aptitudes décisionnelles. Le projet a été réalisé en deux phases afin de répondre aux deux objectifs fixés.

### Première phase: Description des profils d'utilisation des services des HC

#### Méthodologie

Basé sur les écrits examinés et les discussions avec les acteurs impliqués, l'examen de dossiers des HC de l'année 2012-2013 a été entrepris afin d'en dégager leurs profils. Pour ce faire, les patients correspondant au critère choisi ont été sélectionnés et les indicateurs pertinents à examiner ont été déterminés. Finalement, les données ont été collectées puis analysées.

**Sélection des patients.** Afin de cibler les patients qui ont visité le plus souvent le DU, tous les patients ayant fait sept visites ou plus, de façon non planifiée, entre le 1<sup>er</sup> avril 2012 et le 31 mars 2013 ont été ciblés. Ainsi, les visites de suivi planifiées ou demandées par un médecin du DU n'ont pas été considérées comme des visites de retour. À l'aide de la base de données de MediaMed Technologies © MAGIC-Chronique, une liste de 31 patients correspondants à ce critère a été émise par le département des archives.

**Choix des indicateurs.** La revue des écrits effectuée et le cadre théorique d'Andersen (2008) ont permis de cibler des caractéristiques à examiner chez cette clientèle (voir Appendice C). Les informations devaient être disponibles dans les dossiers hospitaliers. Ainsi, les indicateurs relatifs aux patients, soit les caractéristiques démographiques (âge, sexe et proximité entre le domicile et le DU) et organisationnelles (nombre de visites en CE, accès à un médecin de famille (MDF)), de même que les indicateurs relatifs aux visites, soit les besoins perçus (mode de transport à l'arrivée, raison de visite rapportée par les patients) et évalués (cotes de triage et diagnostic médical au congé) ont été collectés.

**Collecte des données.** À partir des bases de données Telus © Oacis et MediaMed Technologies © Med-Urge, la collecte des données des indicateurs choisis a été faite dans les dossiers électroniques pour tous les HC sélectionnés. La saisie des données a ensuite été faite sur une grille construite pour le présent stage, laquelle a été validée par les collaborateurs du projet (voir Appendice D).

**Analyse des données.** Afin de pouvoir qualifier l'utilisation des services de santé, pour chaque HC, les mesures agrégées concernant leur nombre de visites au DU, l'intervalle moyen<sup>1</sup> de leurs visites au DU et l'étendue<sup>2</sup> de leurs visites au DU ont été calculés. Les mesures agrégées, calculées selon la moyenne et l'écart-type qui représente la dispersion des valeurs autour de la moyenne, ont ensuite été croisées avec les caractéristiques individuelles prédisposantes (âge, sexe, proximité du domicile au DU) et facilitantes (nombre de visites en CE, accès à un MDF). Pour évaluer la sous- ou sur- représentation des HC, quelques mesures agrégées de la population totale ayant visités le DU durant cette même période ont été comparées avec ceux des HC.

---

<sup>1</sup> Différence moyenne entre deux visites consécutives par HC

<sup>2</sup> Différence entre la dernière visite et la première visite durant l'année pour un même HC

## Résultats

Les tableaux 1 à 22 illustrant les résultats présentés ci-dessous se trouvent à l'Appendice E. Ils ont été présentés aux collaborateurs lors d'une rencontre visant à diffuser les résultats, mais aussi à les impliquer dans le processus. Un rapport exécutif leur a aussi été acheminé par courriel.

**Les caractéristiques des HC et de la population totale du DU.** Les HC (n=31) ont fait un total de 272 visites au DU soit, entre 7 et 17 visites (moyenne de 9 avec un écart type  $\pm 2$ ), avec un intervalle moyen de 2 à 55 jours entre les visites (moyenne  $29 \pm 14$ ) sur une étendue de temps entre 13 et 329 jours (moyenne  $217 \pm 86$ ) (tableau 1, Appendice E). L'ensemble des patients ayant visité le DU durant cette même période (n=12 208) a fait un total de 17 325 visites et 21 767 diagnostics leur ont été donnés. Puisque plus d'un diagnostic pouvait être donné pour une même visite, le nombre de diagnostics est supérieur au nombre de visites. Alors que pour les HC, seuls les 31 diagnostics principaux ont été répertoriés.

**Caractéristiques démographiques et organisationnelles.** Chez les HC (n=31), on comptait autant d'hommes que de femmes. Ils étaient âgés entre 32 et 88 ans avec une moyenne de 70 ans et la moitié avait 75 ans et plus. On constate que les HC étaient plus vieux que l'ensemble des patients ayant consulté le DU durant la même année (n=12 208), puisque ces derniers étaient âgés en moyenne de 62 ans (variant entre 12 et 101 ans) et que la moitié des patients était âgée de 65 ans et moins. Afin de déterminer si les HC habitaient près ou loin du CH, les CSSS (Centre de santé et de services sociaux) d'appartenance des patients ont été identifiés. La majorité habitait dans un rayon d'environ 5 à 10 km, et environ un cinquième habitait plus loin. Les HC sont donc plus âgés que l'ensemble des patients et habitent près du CH (tableaux 2-3, Appendice E).

Le croisement des données entre les caractéristiques démographiques individuelles et les mesures agrégées des visites a permis de constater que les HC plus jeunes, soit de 55 ans et moins, sont venus plus souvent durant l'année que les HC de 85 ans et plus. Leurs visites étaient plus concentrées dans le temps puisque les intervalles entre chaque visite de même que l'étendue de leurs visites durant l'année étaient plus courts. Les HC plus jeunes ont donc fait des visites de façon plus intensives, possiblement pour un problème de santé aigu, alors que les HC plus âgés ont fait des visites moins rapprochées dans le temps et qui ont été échelonnées tout au long de l'année, reflétant possiblement une plus grande chronicité des problèmes. On ne remarque pas de différence notable dans les mesures des visites selon le sexe et selon la proximité entre le domicile et le DU (tableau 4).

Vingt-neuf des 31 HC (94%) ont fait un total de 171 consultations en CE, en plus de leurs visites à un DU durant l'année étudiée. Seuls deux HC n'ont pas eu de suivi en CE. Les autres ont consulté au moins une fois un médecin spécialiste (cardiologue) et le nombre de consultations en CE allait jusqu'à 19 fois. Les cliniques qui ont été consultées, au moins une fois par les HC, incluent celles de : cardiologie (n=23; 74%), pacemaker-défibrillateur (n=10; 32%), IC (n=8; 26%), fibrillation auriculaire (n=4; 12%), médecine interne (n=4; 12%), psychosomatique (n=4; 12%), diabète (n=3; 10%) et arythmie (n=2; 6%)<sup>3</sup>. Nous avons pu constater que ceux qui ont fait le plus de consultations en CE ont eu tendance à venir moins intensivement au DU puisque l'intervalle moyen entre les visites et l'étendue des visites durant l'année étaient plus grands (tableaux 5-6, Appendice E).

Lors de la visite au DU, les médecins ont demandé une seule consultation par la clinique de relance cardiaque (clinique de suivi et d'évaluation assurée par des IPSC), alors qu'ils ont demandé 78 consultations par un cardiologue. Pour presque la moitié de ces 78 consultations, les raisons de visites étaient pour des symptômes liés à l'IC et environ le tiers

---

<sup>3</sup> Puisque les patients peuvent être suivi par plusieurs cliniques, le total n'égal pas 31

pour des palpitations ou des douleurs thoraciques. Lors de leur évaluation, les médecins ont souvent mentionné dans leurs notes médicales que les HC présentaient de l'anxiété. Cependant, comme l'anxiété était considérée, dans les notes médicales, comme une cause potentielle des symptômes plutôt qu'un diagnostic, cette donnée n'a pu être collectée de façon systématique dans le présent projet. Il demeure tout de même que la situation psychologique a souvent été envisagée comme étant possiblement reliée aux raisons de visites (tableau 8, Appendice E).

Selon la feuille d'admission et les notes médicales, près de la moitié des HC (n=13/31; 42%) n'ont pas rapporté avoir accès à un MDF, lesquels ont fait en moyenne huit visites au DU durant l'année et en moyenne quatre consultations en CE. Alors que ceux qui ont rapporté avoir accès à un MDF ont fait en moyenne dix visites au DU et six consultations en CE. Ces derniers ont donc davantage consommé les services de santé du CH. On peut donc penser qu'ils souffrent de problèmes de nature plus chronique que ceux qui n'ont pas accès à un MDF et qu'ils nécessitent des soins spécialisés (tableau 7, Appendice E).

On constate aussi que les HC qui étaient âgés de 75 ans et plus ont tous été rencontrés, au moins une fois, par l'infirmière de liaison du DU qui les a évalué à l'aide du questionnaire Identification of Seniors At Risk (ISAR) (McCusker et al., 2000). Ils ont fait moins de dix visites au DU au cours de l'année. Le questionnaire ISAR ne vise pas à cibler les HC, mais permet de constater que les HC plus âgés, qui ont eu une évaluation de leurs besoins par l'infirmière de liaison du DU, ne sont pas les HC qui font le plus grand nombre de visites au DU (tableau 9, Appendice E).

**Caractéristiques des visites au DU et des besoins.** Pour la majorité de ces 272 visites, les HC sont arrivés sur pied (n=200/272; 74%), tandis que le quart sont arrivés en ambulance (n=68/272; 25%) et trois visites provenaient d'un autre CH. Afin de définir les raisons des visites, des catégories ont été regroupées selon les symptômes observés par

l'infirmière du triage. Ainsi, les palpitations comme raison principale de visite, avec ou sans douleurs thoraciques associées (n=78/272; 29%), les douleurs thoraciques comme raison principale de visite, avec ou sans dyspnée (n=73/272; 27%) et les symptômes liés à l'insuffisance cardiaque (n=30/272; 11%) ont été les trois catégories de symptômes de type cardiaque les plus rencontrées. Toutes les autres raisons ont fait l'objet d'un regroupement nommé « autres » (n=91/272; 33%) qui incluent autant des symptômes de nature cardiaques qu'autre que cardiaques. Il faut noter que cette distinction n'était pas spécifiée dans le dossier mais a été faite dans le cadre du présent projet (tableaux 9-10, Appendice E).

Les raisons de visites les plus fréquentes ont donc été pour des douleurs thoraciques (n=73/272; 27%) ou des palpitations (n=77/272; 29%). Or, 58 de ces 150 visites (39%) ont entraîné un diagnostic non cardiaque. En conséquence, les diagnostics de type cardiaque les plus fréquents ont été les arythmies auriculaires ou sinusales (n=47/272; 17%), suivies par l'IC (n=30/272; 11%), les problèmes post-procédures ou post-opératoires (n=20/272; 7%), les arythmies ventriculaires (n=18/272; 7%), les problèmes pulmonaires (n=17/272; 6%) et l'angine (n=16/272; 6%). Notons également que pour l'ensemble des diagnostics (n=21 767) donnés aux patients ayant visité le DU en 2012-2013, le diagnostic de douleurs thoraciques atypiques était aussi le plus important (n=2 808/21 767; 13%). Cependant, les diagnostics d'arythmies auriculaires (n=1 833/21 767; 8%), d'IC (n=1 230/21 767; 6%), sont sur-représentés chez les HC, en comparaison avec la population totale des urgences. Seul le diagnostic d'arythmies ventriculaires a été sous-représenté (n=1 788/21 767; 8%). En résumé, les diagnostics donnés aux HC ressemblent à la majorité des diagnostics donnés à l'ensemble de la population du DU. Les diagnostics d'arythmies auriculaires et d'IC, tandis que les diagnostics d'arythmies ventriculaires sont moins fréquents (tableaux 11 à 14, Appendice E).

Le degré de priorisation des soins (cotes de triage) du DU est fait à la suite d'une évaluation infirmière afin de déterminer le délai souhaitable avant l'évaluation médicale et

d'orienter, si nécessaire, le patient vers les aires de traitements appropriées (Ministère de la santé et des services sociaux, 2006). La classification des cotes de triage a été basée sur l'ÉTG de Beveridge et al. (1998). Généralement, les visites faites par les HC ont été cotées 3 (n=107/272; 39%) (niveau urgent) ou 4 (n=129/272; 47%) (niveau moins urgent). Peu de visites ont été cotées 2 (n=17/272; 6%) (niveau très urgent) ou 5 (n=17/272; 6%) (niveau non urgent) et aucune n'a été cotée 1 (réanimation).

L'évolution des cotes de triage pour les visites faites par les HC qui ont fait au moins une visite pour une condition très urgente (cote 2) ou non urgente (cote 5) au cours de l'année a été comparée. En raison des critères énoncés, l'évolution des visites de 14 patients a été retenue pour cette description. On constate donc que les visites présentant une condition très urgente (cote 2) sont survenues à différents moments de l'épisode de soins. Ces visites très urgentes étaient généralement pour des diagnostics d'arythmies aiguës (ex : tachycardie supraventriculaire, tachycardie auriculaire paroxystique), qui se sont répétées ou non et des douleurs thoraciques (ex : infarctus, angor ou douleurs thoraciques atypiques) qui ont été résolues ou non. On constate également que les HC qui ont fait des visites pour une condition non urgente (cote 5) sont aussi survenues à différents moments de l'épisode de soins, mais que ces derniers ont rarement fait des visites pour une condition urgente ou très urgente (cotes 3 ou moins). Les HC qui ont, au cours de l'année, fait des visites pour des conditions très urgentes (cote 2) et non urgentes (cote 5), ont d'abord vécu un épisode de soins aigu (ex : décompensation cardiaque, infarctus) et ont ensuite eu des complications post-opératoires (ex : infections de plaies, douleurs thoraciques atypiques) (tableaux 15-16, Appendice E).

Pour chaque visite (n=272), l'orientation des HC a été faite suite à une décision médicale. Ainsi, trois types de séjours étaient possibles : ambulatoire, unité d'observation ou hospitalisation. La majorité des visites ont nécessité un séjour à l'unité d'observation, soit une surveillance (avec moniteur cardiaque ou non) sur une civière, sans nécessiter une

hospitalisation (n=118/272; 43%), un peu plus du tiers des visites ont reçu des soins ambulatoires (n=101/272; 37%) et environ le cinquième des visites a entraîné une hospitalisation (n=53/272; 19%) (tableau 17, Appendice E).

Le croisement des données des types de séjours avec différentes variables, soit les cotes de triage, les principales raisons des visites et les diagnostics, démontre certaines associations qui reflètent bien la réalité du DU. On constate que ceux qui ont reçu le plus souvent des soins ambulatoires, sont ceux qui ont le plus souvent été cotés 4 (condition de santé moins urgente) et dont la principale raison de visite était pour « autres » raisons que les trois catégories cardiaques majeures identifiées (symptômes liés à l'IC, palpitations, douleurs thoraciques). Ceux qui ont été le plus souvent gardés à l'unité d'observation sans être hospitalisés, sont ceux dont la principale raison de visite était des palpitations ou des douleurs thoraciques. Ces derniers ont le plus souvent été cotés 3 (condition de santé urgente) et ils ont souvent eu des diagnostics d'arythmies auriculaires ou de douleurs thoraciques atypiques. Finalement, ceux qui ont été le plus souvent hospitalisés ont plus souvent été cotés 3 (urgent) et ils ont plus souvent eu un diagnostic d'IC (tableaux 18 à 21, Appendice E).

Chez les 31 HC qui ont fait 272 visites au DU en 2012-2013, on note que l'année suivante, soit en 2013-2014, la fréquence des visites chez ces mêmes patients était nettement moindre, totalisant 76 visites au DU. Seulement deux patients (13%) ont fait sept visites ou plus. Il semble donc que, pour la plupart des HC, leurs problèmes de santé nécessitaient un suivi aigu en 2012-2013, mais que leur besoin de visiter le DU ait grandement diminué par la suite (tableau 22, Appendice E).

En résumé, nous avons observé que les profils des HC étaient hétérogènes. Les HC ont eu des besoins complexes et multifactoriels qui ont rendu uniques les raisons de se rendre au DU de façon intensive, sur une période circonscrite dans le temps. Les



caractéristiques les plus constantes des HC sont illustrées dans les figures ci-dessous, notamment les caractéristiques qui définissent la population, telles que l'âge moyen et le sexe. La proximité du domicile avec le CH, la fréquence du suivi en CE, les cotes de triage données, les principales raisons de visites et les principaux diagnostics, sont également des caractéristiques détaillées.

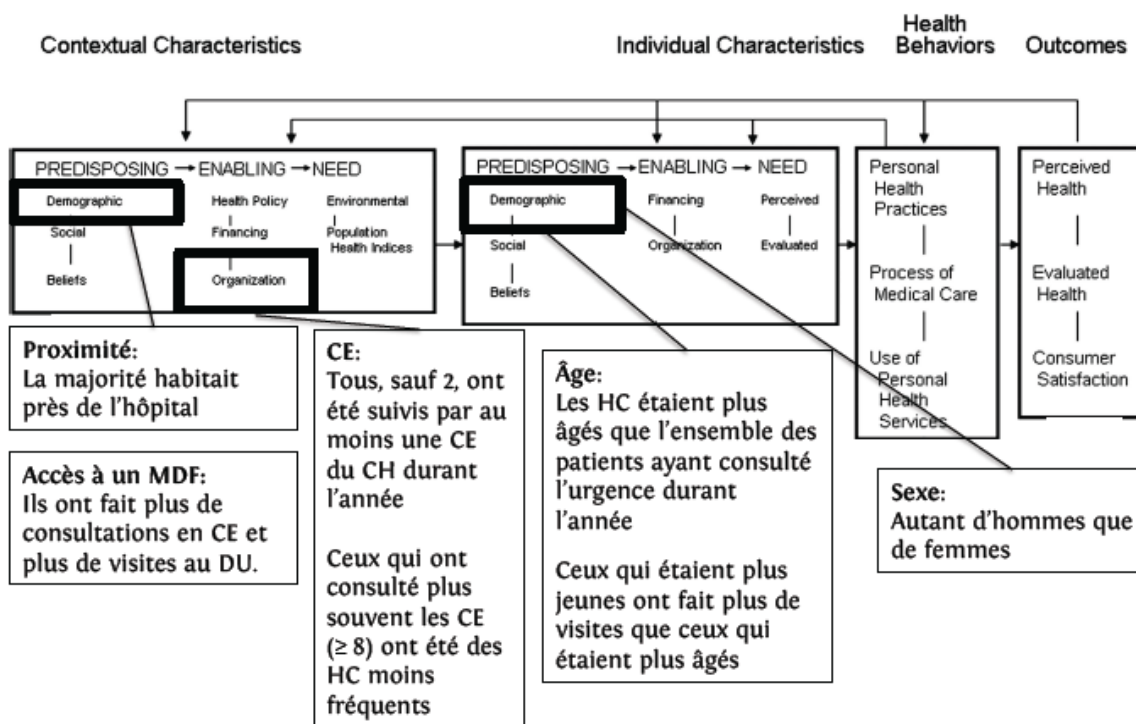


Figure 1. Résumé des caractéristiques démographiques et organisationnelles des HC

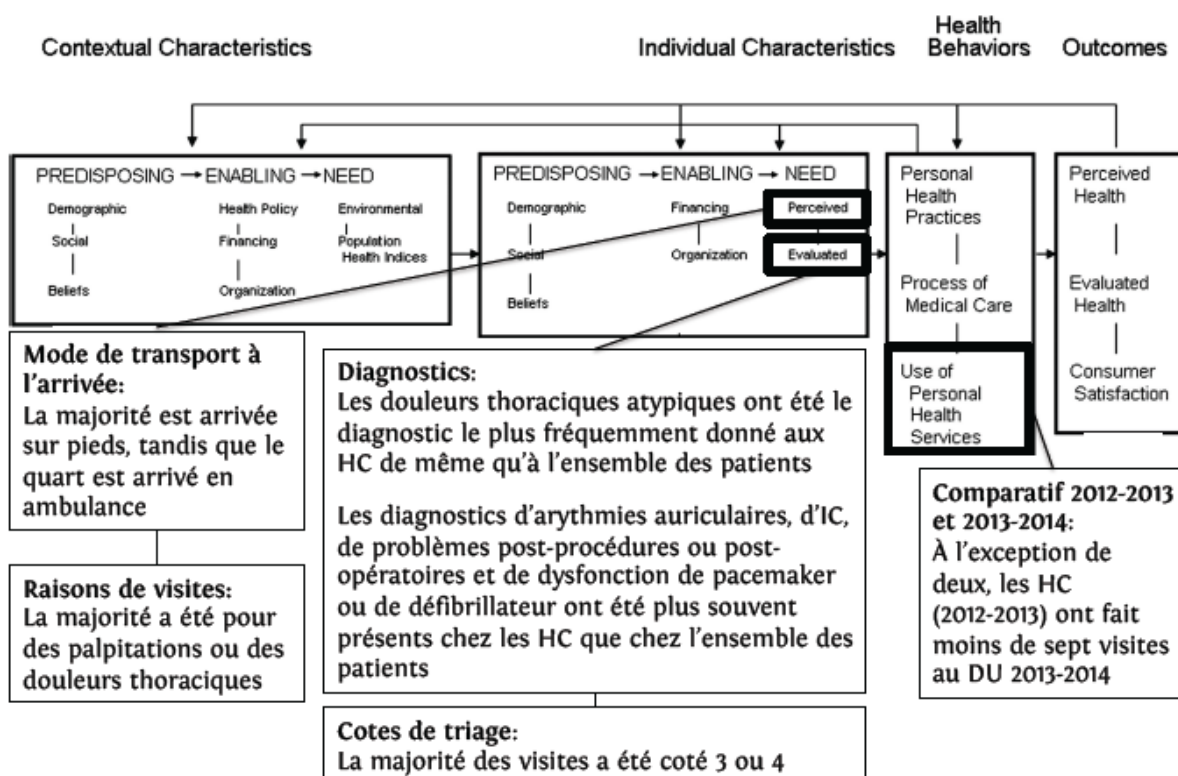


Figure 2. Résumé des caractéristiques des besoins des HC

## Deuxième phase: Le développement et la mise à l'essai d'une intervention

### Méthodologie

À la lumière des profils d'utilisation des services de santé par les HC observés lors de la première phase du stage, un guide d'évaluation-intervention basé sur les dimensions de l'organisation des soins de santé susceptibles d'influencer l'état de santé selon Wagner (1998) a été développé (voir Appendice G). Afin de mieux comprendre les caractéristiques des HC, ce guide visait à (1) connaître l'environnement du patient et ses relations avec son réseau naturel, (2) évaluer ses connaissances de ses problèmes de santé et des services de santé (ressources disponibles et comment les mobiliser) et (3) à permettre au patient d'exprimer ses besoins spécifiques, ses perceptions et ses désirs. Ce guide d'évaluation-intervention a été développé à partir d'outils existants, soit deux formulaires nommés *Prise de contact* et *Évaluation de l'autonomie clientèle de soins court terme* de l'Outil d'Évaluation Multiclientèle (OEMC) du Ministère de la Santé et des Services Sociaux (2003), la grille d'évaluation des consommations multiples créée par la gestionnaire de cas du CH et le questionnaire d'intervention de l'étude de Cossette et al. (2013).

Le type des questions a été choisi en cohérence avec trois objectifs du guide d'évaluation-intervention. Ainsi, les questions 1 à 6 visaient à répondre au premier objectif de recueillir plus d'informations sur le milieu de vie, la situation de vie, le soutien social et l'occupation de même que les événements marquants de l'état de santé du patient. Les questions 7 à 13 visaient à répondre au deuxième objectif ainsi qu'à explorer les croyances et les valeurs concernant la situation de santé afin de marquer les moyens d'adaptation déployés. Pour ce faire, les connaissances et le niveau de compréhension concernant la santé physique, les habitudes de vie particulières relatives à l'état de santé, la médication à prendre, les soins particuliers, la santé psychologique ainsi que l'utilisation des services de santé et des services communautaires (fréquence et capacité à les contacter) ont été

évalués. Enfin, les questions 14 à 17 visaient à répondre au troisième objectif en faisant ressortir les besoins spécifiques, les perceptions et les désirs des patients pour être en mesure de faire une intervention centrée sur le patient. Le guide d'évaluation-intervention avait donc pour but de favoriser une interaction productive, tel que le soutien le modèle théorique de Wagner (1998) entre le patient (et sa famille) et l'infirmière, qui représente l'équipe de soins.

Les patients qui avaient déjà fait au moins cinq visites au DU durant l'année précédente ont été repérés en temps réel alors qu'ils étaient au DU. Ce seuil de cinq visites a été choisi afin de pouvoir rencontrer des patients qui étaient à risque de devenir des HC et ainsi pouvoir possiblement agir en amont afin de prévenir certaines visites. Lors du premier contact au DU, des explications concernant le motif de la rencontre, soit de mieux connaître leurs besoins en ce qui concerne les services de soins puisqu'ils consultaient régulièrement le DU, ont été données. Cette rencontre était complémentaire et additionnelle à tous les soins habituellement donnés par le personnel régulier du DU. Les patients (et leur famille) pouvaient refuser cette rencontre, mais les cinq patients approchés ont accepté d'être rencontrés.

## **Résultats**

Les patients ont spontanément parlé de leur état de santé physique et de leur utilisation des services de santé, sans que des questions ne leur soient nécessairement posées. L'ensemble des informations à recueillir a été couvert durant les entretiens, mais les questions n'ont pas nécessairement été posées dans l'ordre du questionnaire. Le fil des discussions a donc été adapté selon les besoins des patients. Un résumé des histoires de cas des patients rencontré a été acheminé par courriel à la gestionnaire de cas et à la DSI puis une rencontre avec ces dernières a permis de discuter et d'entrevoir les interventions possibles.

**Caractéristiques sociodémographiques et cliniques<sup>4</sup>.** L'âge des trois hommes et des deux femmes rencontrés variait entre 34 et 85 ans. Tous les patients habitaient près du CH, dans un milieu de vie autonome avec un conjoint ou avec un membre de leur famille et aucun n'a rapporté de problème financier important. Leurs diagnostics médicaux lors des visites de la dernière année ont été: IC de novo ou décompensée, déplacement des sondes de défibrillateur, hématome post-coronarographie, arrêt cardiaque sur arythmie ventriculaire, infarctus, embolie pulmonaire, angine, douleurs thoraciques atypiques ou absence d'arythmie. Les patients rencontrés présentaient des problèmes de santé aigus complexes, des antécédents et des comorbidités sévères. Notons que quatre patients ont été hospitalisés entre une et trois fois et orientés à l'unité d'observation à plusieurs reprises. Un seul n'a toujours reçu que des soins ambulatoires. La fréquence du suivi en CE a été assez important en plus des visites à un DU, puisque les cinq patients ont été suivis quatre fois par année en moyenne (entre deux et sept) par au moins une CE du CH. Outre les CE, des services psychologiques ont été offerts à deux patients et un patient a rencontré la diététicienne.

Les cinq patients ont affirmé avoir fréquenté au moins un autre CH au cours de l'année. Les raisons évoquées ont été : un transfert inter-établissement prévu par le DU, avoir un second avis médical, assurer un suivi par d'autres médecins spécialistes (pneumologue, physiatre, endocrinologue) ou pour recevoir des soins à un DU. Chez les deux patients qui avaient accès à un MDF, la fréquence du suivi était variable d'une visite annuellement à une visite mensuellement. De ceux qui n'avaient pas accès à un MDF, deux ont affirmé être inscrits sur une liste d'attente et un patient ne souhaitait pas en avoir, car il croit que ce n'est pas nécessaire. Aucun patient ne recevait de soins à domicile ou ne bénéficiait de services communautaires. Ce sont donc des patients qui ont consommé fréquemment les milieux de soins aigus et spécialisés, mais peu de soins de santé primaires.

---

<sup>4</sup> Selon les données rapportées par les patients rencontrés ou extraites des dossiers médicaux

**Besoins, perceptions et désirs des patients.**<sup>5</sup> Certains patients connaissaient peu leurs problèmes de santé alors que d'autres très bien. Quatre patients ont attesté peu connaître leurs signes et symptômes, mais être capable de reconnaître une détérioration de leur état de santé, ce qui les amenait à consulter un DU. Tous les patients rencontrés étaient conscients des conséquences possibles de leur état de santé, incluant le risque de mourir. Le respect des habitudes de vie recommandées était variable : trois patients ont affirmé ne respecter ni la diète ni le niveau d'activité physique (en faire trop ou pas assez). Tous les patients se sont dits adhérents à leur médication. Il semble donc qu'ils étaient conscients de leur maladie, faisaient peu pour la gérer (habitudes de vie), mais reconnaissaient les risques possibles. Concernant l'utilisation des services de santé, deux patients ont mentionné que les soins fournis par une CE pourraient être une alternative possible pour éviter de consulter un DU, mais les deux ont déploré que l'accessibilité ne soit pas assez rapide pour leurs besoins. Alors que deux autres croient que les interventions possibles des intervenants de soins primaires sont insuffisantes pour les aider avec leurs problèmes de santé complexe cardiaque.

Quatre patients ont affirmé être anxieux, dont un a dit aussi être triste et en colère (le patient qui présentait une IC de novo). Le cinquième patient a seulement exprimé de la tristesse, conséquemment à un évènement personnel passé. Quatre patients ont affirmé que leur principale préoccupation était l'impact de leur santé sur leur vie (travail, famille) ou sur leur autonomie (permis de conduire, entretien ménager), alors qu'un seul s'inquiétait du déroulement de la procédure médicale à venir puisqu'il avait déjà vécu une complication post-coronarographie. Il semble donc qu'ils présentaient tous une forme de difficulté d'adaptation et que la source était généralement reliée aux conséquences de leur maladie sur leur vie personnelle plutôt qu'à leur situation de santé.

---

<sup>5</sup> Selon les données rapportées par les patients rencontrés

## **Interventions réalisées**

Pendant les rencontres qui permettaient d'évaluer et d'intervenir directement, des informations, l'encouragement et le soutien dans les démarches des patients pour recourir à leurs ressources ont été offerts. Les professionnels de la santé impliqués dans la prise en charge des patients ont participé aux discussions et ont partagé leurs connaissances des patients. La coordination des services de santé possibles pour faciliter la trajectoire de soins des patients a été discutée lors de rencontres avec les collaborateurs du stage (infirmière gestionnaire de cas et DSI), l'infirmière au chevet, parfois avec les médecins traitants et l'infirmière de liaison du DU. Pour deux patients, il a été possible d'organiser des services adaptés à leurs besoins exprimés, soit de devancer un rendez-vous avec un psychiatre, de prévoir un suivi plus étroit avec une CE et de réactiver les services d'une clinique de prévention post événements coronariens. Malgré la mise en place de services, un d'eux a consulté à plusieurs reprises au cours des semaines suivant l'intervention. Pour les trois autres, les interventions de coordination des services n'ont pas été mises en œuvre, car (1) le problème de santé était aigu et nécessitait la visite au DU (embolie pulmonaire), (2) les services offerts étaient en place, mais malgré cela, le patient a préféré consulter au DU et (3) l'accessibilité aux services offerts par le CH n'était pas possible en raison des critères d'admissibilité de certaines CE.

On constate donc que l'environnement des patients et leurs relations avec leur réseau naturel ne semblaient pas provoquer de stress important. Cependant, puisque ce sont des patients atteints de maladies chroniques et de comorbidités sévères, c'est généralement l'inquiétude quant aux impacts de leur problème de santé sur leur environnement immédiat qui a provoqué la difficulté d'adaptation. En ce qui a trait à la gestion de leur maladie, bien qu'ils ne connaissent pas tous leurs signes et symptômes, ils ont confirmé être en mesure de reconnaître une détérioration de leur état de santé. Ils considéraient tous qu'ils posaient les actions appropriées en consultant un DU et en prenant assidûment leur médication. Or, très peu d'entre eux se sont dits prêts à modifier leurs

habitudes de vie ou à faire des choix de vie sains pour favoriser leur santé, bien qu'ils aient confirmé avoir reçu l'information à cet effet. La prise en charge des patients pourrait donc inclure cet aspect de prévention secondaire qui pourrait aussi améliorer leur état clinique. Fait à noter, plusieurs considèrent que c'est aux professionnels de la santé d'offrir des traitements pour les guérir plutôt que de considérer qu'ils peuvent eux-mêmes avoir un certain contrôle sur les symptômes et la gestion de leur problème de santé. Augmenter leur sentiment d'auto-efficacité pour gérer les symptômes et les manifestations en collaboration avec les professionnels de la santé est une autre avenue d'intervention qui pourrait être explorée.

## **Discussion**

### **Déroulement du stage**

Le processus du stage, réalisé en deux phases, a permis d'examiner les éléments de la problématique selon une démarche scientifique et clinique. L'examen des profils d'utilisation des services a été soutenu par un cadre théorique, l'analyse des connaissances scientifiques pertinentes et par les discussions avec les experts-cliniques qui ont partagé leurs connaissances du milieu. Le développement du guide évaluation-intervention a été créé selon un cadre théorique, des outils d'évaluation existants et les profils des HC identifiés. La mise à l'essai a engagé différents professionnels de la santé.

Par la mobilisation des collaborateurs avec des expertises complémentaires, le projet a été centré sur les besoins du milieu. Une vision commune a été consolidée par des séances d'animation afin de partager les réflexions et une diffusion des résultats. L'intervention a également été fondée sur une conception de partenariat avec les personnes, les familles et les professionnels de la santé. Finalement, la proposition d'interventions individuelles et organisationnelles pouvant contribuer au développement de la pratique



infirmière en soutenant l'amélioration de la qualité des soins a été possible grâce à l'analyse des besoins, la planification de la mise à l'essai de l'intervention et l'engagement des collaborateurs suscité vers l'innovation et le changement.

Le projet a été très bien accueilli et il a suscité beaucoup d'intérêt de la part des professionnels de la santé au sein du DU. Leurs opinions quant aux possibilités d'intervenir et de prévenir les visites répétées au DU chez certains patients étaient cependant partagées : certains se sont montrés pessimistes alors que d'autres se sont montrés optimistes. Ils ont cependant unanimement exprimé l'importance de s'intéresser à la situation des HC, car il s'agit d'une source de préoccupations ou d'insatisfaction face aux soins qu'ils peuvent fournir dans leur travail. Ils ont rapporté avoir l'impression d'avoir peu de ressources pour aider les HC puisque souvent, plusieurs tentatives pour répondre aux besoins des patients ont été essayées, mais en vain.

## **Pertinence et retombées du projet**

Nous avons remarqué qu'un grand nombre de HC n'a pas rapporté avoir accès à un MDF. Cependant, ceux qui ont rapporté avoir accès à un MDF ont utilisés davantage les services de santé du CH (consultations en CE et visites au DU). Il semble donc que ces derniers ont eu des besoins de santé plus importants. Certains patients rencontrés lors de l'intervention ont mentionné le manque d'accessibilité à un MDF alors que d'autres croyaient que seuls les médecins spécialistes avaient l'expertise nécessaire pour répondre à leurs besoins de santé complexes et spécifiques. En effet, puisque les dossiers médicaux ne sont pas universels, mais appartiennent à chaque milieu de soins, les professionnels de la santé ne peuvent pas savoir ce qui s'est passé ailleurs et doivent ainsi répéter des investigations médicales. Tous les patients rencontrés lors de l'intervention ont affirmé, par ailleurs, avoir consulté plusieurs CH. Renforcer le partage d'informations concernant les indications des traitements recommandés pourrait permettre d'atténuer cette croyance puisque tous les médecins partageraient une même ligne de conduite.

Tel que mentionné par Hansagi et al. (2001) : « L'utilisation fréquente du département d'urgence indique également l'utilisation élevée d'autres services de soins de santé [...] il est raisonnable de supposer que cela reflète des besoins de soins en raison de graves problèmes de santé» (p. 567). Hunt et al. (2006) affirment dans le même sens que les HC peuvent faire des visites pour des raisons appropriées ou pour pallier à des types de soins qui ne sont pas disponibles. En effet, nous avons également constaté que ceux qui ont consulté plus souvent les CE, donc qui ont été suivis plus étroitement pour leurs problèmes de santé, ont été des HC moins fréquents. Il semble donc que les visites fréquentes au DU peuvent être nécessaires et qu'il est important de trouver des moyens de répondre aux besoins spécifiques des patients par des soins complémentaires ou des services de soutien suffisants afin qu'ils apprennent à mieux gérer leurs problèmes de santé.

De plus, l'anxiété a souvent été mentionnée lors des évaluations médicales des HC. La présence d'inquiétude et d'anxiété a été également rapportée par les patients rencontrés lors de l'intervention. Il s'avère que les diagnostics d'arythmies auriculaires et d'IC, de même que les diagnostics reliés à des problèmes suite aux interventions ou aux chirurgies et à des dysfonctions de l'appareillage médical (ex : pacemaker, défibrillateur) ont été les diagnostics plus fréquemment donnés au HC comparativement à l'ensemble des diagnostics donnés pour toutes les visites durant cette même période. Ces diagnostics reflètent des maladies chroniques et des complications qui peuvent perturber la qualité de vie et engendrer de l'anxiété importante. Ces diagnostics sont d'ailleurs des raisons de réadmissions inévitables selon le système de classification de Clarke (1990). Bien que plusieurs ressources de soins complémentaires ou communautaires soient disponibles, leur accessibilité en temps opportun, soit lorsque les personnes en ressentent le besoin, reste un défi de taille.

Par ailleurs, tel que constaté, les HC de 2012-2013 ne l'étaient plus en 2013-2014. Ce ne sont donc pas les mêmes patients qui sont des HC d'une année à l'autre. Il importe donc de cibler les patients qui pourraient bénéficier d'interventions supplémentaires que

celles prodiguées à l'urgence pour répondre directement aux problèmes causant la visite. Par exemple, Pope et al. (2000) ont pu intervenir efficacement avec un groupe de HC qui présentaient des problèmes de consommation ou de type psychosociaux, ce qui a réduit largement les retours au DU.

### **Recommandations pour les interventions individuelles et organisationnelles**

- Explorer les motivations du patient à prendre en charge son problème de santé (axer sur les forces) (Gottlieb, 2013)
- Avoir une vision globale du patient et adapter un plan de soins individualisé flexible
- Priorisation des HC aux guichets d'accès aux clientèles sans MDF (Breton, Ricard, & Walter, 2012)
- Encourager la communication des informations entre les MDF et les médecins spécialistes, de même qu'entre médecins spécialistes (Dubé-Linteau, Lecours, Lévesque, Pineault, & Tremblay, 2013)
- Assouplir les critères d'admissibilités aux programmes de soins complémentaires et aux CE afin d'offrir les services au moment où ils sont prêts à prendre en charge la gestion de leur maladie
- Continuer à promouvoir la mise sur pied du Dossier Santé Québec (DSQ)
- Explorer les technologies qui pourraient favoriser l'accès et le suivi de problèmes de santé complexes (ex : moniteurs de fréquence cardiaque à domicile)
- Favoriser l'accès à des programmes de gestion de l'anxiété

## Conclusion

Les HC représentent une clientèle restreinte qui utilise un grand nombre de soins et de services. Les modèles de soins (Andersen, 2008; Wagner, 1998) suggèrent de soutenir cette clientèle, de façon intensive, lorsqu'ils en ont besoin. Il semble évident, dans les écrits et selon les observations du stage, qu'il faille déployer un arsenal de stratégies ciblées et intensives, mais surtout en fonction des problèmes particuliers de cette clientèle. Imaginer des moyens concrets de le faire et en mesurer les impacts dans la pratique quotidienne nécessite un investissement de chacun. Ces approches requièrent cependant que les acteurs soient sensibilisés aux approches de soins contemporaines et accueillent les initiatives d'amélioration de façon positive.

Note : *"La folie, c'est de faire toujours la même chose et de s'attendre à un résultat différent." Albert Einstein.*

## Références

- Althaus, F., Paroz, S., Hugli, O., Ghali, W. A., Daeppen, J.-B., Peytremann-Bridevaux, I., & Bodenmann, P. (2011). Effectiveness of interventions targeting frequent users of emergency departments: a systematic review. *Annals of Emergency Medicine*, 58(1), 41-51. doi: 10.1016/j.annemergmed.2011.03.007
- Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 1-10.
- Andersen, R. M. (2008). National health surveys and the behavioral model of health services use. *Medical Care*, 46(7), 647-653.
- Beveridge, R., Clarke, B., Janes, L., Savage, N., Thompson, J., Dodd, G., . . . Vadeboncoeur, A. (1998). L'échelle canadienne de triage et de gravité pour les départements d'urgence: Guide d'implantation (p. 1-20). Sainte-Foy, Québec: Association des médecins d'urgence du Québec
- Breton, M., Ricard, J., & Walter, N. (2012). Les guichets d'accès aux clientèles sans médecin de famille: Des mécanismes d'orientation fort divergents au Québec. *Le Médecin de famille canadien*, 58, 923-924.
- Canadian Institute for Health Information (2005). *Understanding Emergency Department Wait Times: Who is using emergency departments and how long are they waiting?* (n° 978-1-55465-158-0). Ottawa, Ontario. Repéré à <http://www.ihe.ca/publications/health-db/geo/338/>
- Clarke, A. (1990). Are readmissions avoidable? *British Medical Journal*, 301, 1136-1138.
- Cossette, S., Vadeboncoeur, A., Frasure-Smith, N., McCusker, J., Perreault, D., & Guertin, M.-C. (2013). Randomized controlled trial of a nursing intervention to reduce emergency department revisits. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 13129(1), 1-8. doi: 10.2310/8000.2013.131291
- Doupe, M. B., Palatnick, W., Day, S., Chateau, D., Soodeen, R. A., Burchill, C., & Derksen, S. (2012). Frequent users of emergency departments: Developing standard definitions and defining prominent risk factors. *Annals of Emergency Medicine*, 60(1), 24-32. doi: 10.1016/j.annemergmed.2011.11.036
- Dubé-Linteau, A., Lecours, C., Lévesque, J.-F., Pineault, R., & Tremblay, M.-E. (2013). *Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011. La consultation d'un médecin spécialiste : Regard sur l'expérience vécue par les Québécois.* (n° ISBN 978-2-550-67939-4 ). Québec, Québec: Institut de la statistique du Québec. Repéré à <http://www.stat.gouv.qc.ca>
- Faculté des sciences infirmières. (2014). Référentiel de compétences à la maîtrise (p. 1-8). Montréal: Université de Montréal.

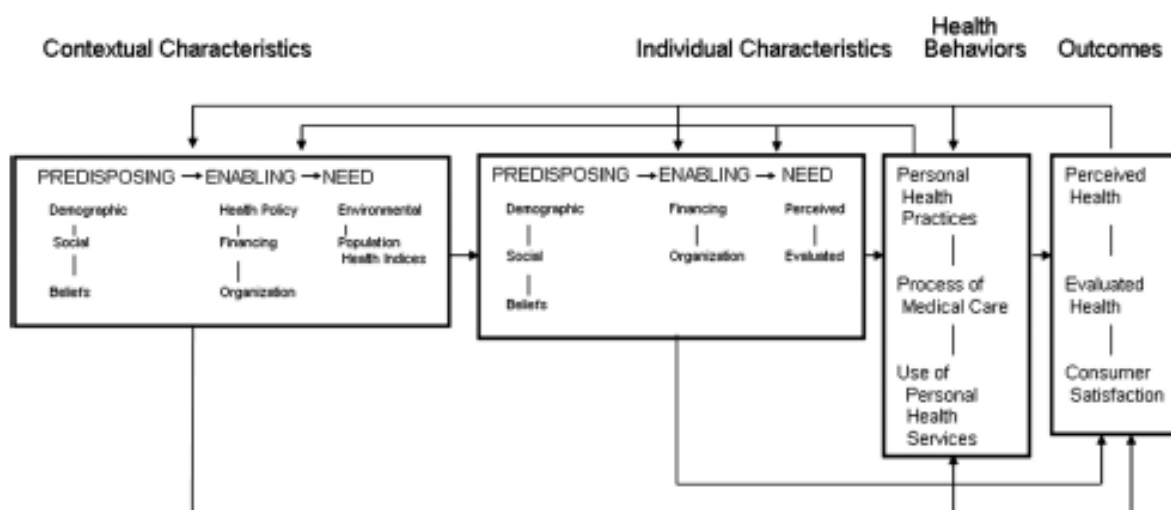
- Gagnon, A. J., Schein, C., McVey, L. N., & Bergman, H. (1999). Randomized controlled trial of nurse case management of frail older people. *Journal of the American Geriatrics Society*, 47, 1118-1124.
- Gottlieb, L. N. (2013). *Soins infirmiers fondés sur les forces: La santé et la guérison de la personne et de la famille*. Saint-Laurent, Québec: Éditions du renouveau pédagogique.
- Guttman, A., Afilalo, M., Guttman, R., Colacone, A., Robitaille, C., Lang, E., & Rosenthal, S. (2004). An emergency department-based nurse discharge coordinator for elder patients: does it make a difference? *Academic Emergency Medicine*, 11(12), 1318-1327. doi: 10.1197/j.aem.2004.07.006
- Hamric, A. B., Spross, J. A., & Hanson, C. M. (2009). *Advanced practice nursing : an integrative approach*. (4th<sup>e</sup> éd.). St. Louis, Mo.: Saunders/Elsevier.
- Hansagi, H., Olsson, M., Sjöberg, S., Tomson, Y., & Göransson, S. (2001). Frequent use of the hospital emergency department is indicative of high use of other health care services. *Annals of Emergency Medicine*, 37(6), 561-567.
- Hunt, K. A., Weber, E. J., Showstack, J. A., Colby, D. C., & Callahan, M. L. (2006). Characteristics of frequent users of emergency departments. *Annals of Emergency Medicine*, 48(1), 1-8. doi: 10.1016/j.annemergmed.2005.12.030
- Institut canadien d'information sur la santé (2013). *Indicateurs de santé 2013* (n° 978-1-77109-186-2). Ottawa, Ontario. Repéré à <https://secure.cihi.ca/estore/productFamily.htm?locale=fr&pf=PFC2195&lang=en>
- Lang, E., Afilalo, M., Vandal, A. C., Boivin, J., Xue, X., Colacone, A., . . . Rosenthal, S. (2006). Impact of an electronic link between the emergency department and family physicians: A randomized controlled trial. *Canadian Medical Association Journal*, 174(3), 313-318.
- Locker, T. E., Daston, S., Mason, S. M., & Nicholl, J. (2007). Defining frequent use of an urban emergency department. *Emergency Medicine Journal*, 24, 398-401.
- McCusker, J., Ionescu-Iltu, R., Ciampi, A., Vadeboncoeur, A., Roberge, D., Larouche, D., . . . Pineault, R. (2007). Hospital characteristics and emergency department care of older patients are associated with return visits. *Academic Emergency Medicine*, 14(5), 426-433. doi: 10.1197/j.aem.2006.11.020
- McCusker, J. M. C., Cardin, S., Bellavance, F., & Belzile, É. (2000). Return to the emergency department among elders: patterns and predictors. *Academic Emergency Medicine*, 7(3), 249-259.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux (2003). *Guide sommaire d'utilisation de l'Outil Évaluation Multiclientèle*. Gouvernement du Québec. Repéré à <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/0/7ae1cde4e2e89e9185256dac0056a8ac?OpenDocument>
- Ministère de la santé et des services sociaux (2006). *Guide de gestion de l'urgence* (n° ISBN 978-2-550-48068-6).
- Morgan, S. R., Chang, A. M., Alqatari, M., & Pines, J. M. (2013). Non-emergency department interventions to reduce ED utilization: A systematic review. *Academic Emergency Medicine*, 20, 969-985. doi: 10.1111/acem.12219

- Pope, D., Fernandes, C. M. B., Bouthillette, F., & Etherington, J. (2000). Frequent users of the emergency department: a program to improve care and reduce visits. *Canadian Medical Association Journal*, 162(7), 1017-1020.
- Rowe, B., Bond, K., Ospina, M., Blitz, S., Afilalo, M., Campbell, S., & Scull, M. (2006). *Frequency, determinants, and impact of overcrowding in emergency departments in Canada: A national survey of emergency department directors*. Ottawa, Ontario: Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé. Repéré à <http://www.cadth.ca/en/products/health-technology-assessment/publication/621>
- Schull, M. J., Hatcher, C. M., Guttman, A., Leaver, C. A., Vermulen, M., Rowe, B. H., . . . Zwarenstein, M. (2010). *Development of a consensus on evidence-based quality of care indicators for canadian emergency departments*. Toronto, Ontario: Institute for Clinical Evaluative Sciences (ICES). Repéré à <http://www.ices.on.ca/Publications/Atlases-and-Reports/2010/Development-of-a-consensus>
- Vinton, D. T., Capp, R., Rooks, S. P., Abbott, J. T., & Ginde, A. A. (2014). Frequent users of US emergency departments: Characteristics and opportunities for intervention. *Emergency Medicine Journal*, 0, 1-7. doi: doi:10.1136/emmermed-2013-202407
- Wagner, E. H. (1998). Chronic disease management: What will it take to improve care for chronic illness? *Effective Clinical Practice*, 1(1), 2-4.

## **Appendice A**

*Behavioral Model of Health Services Use (BM)*

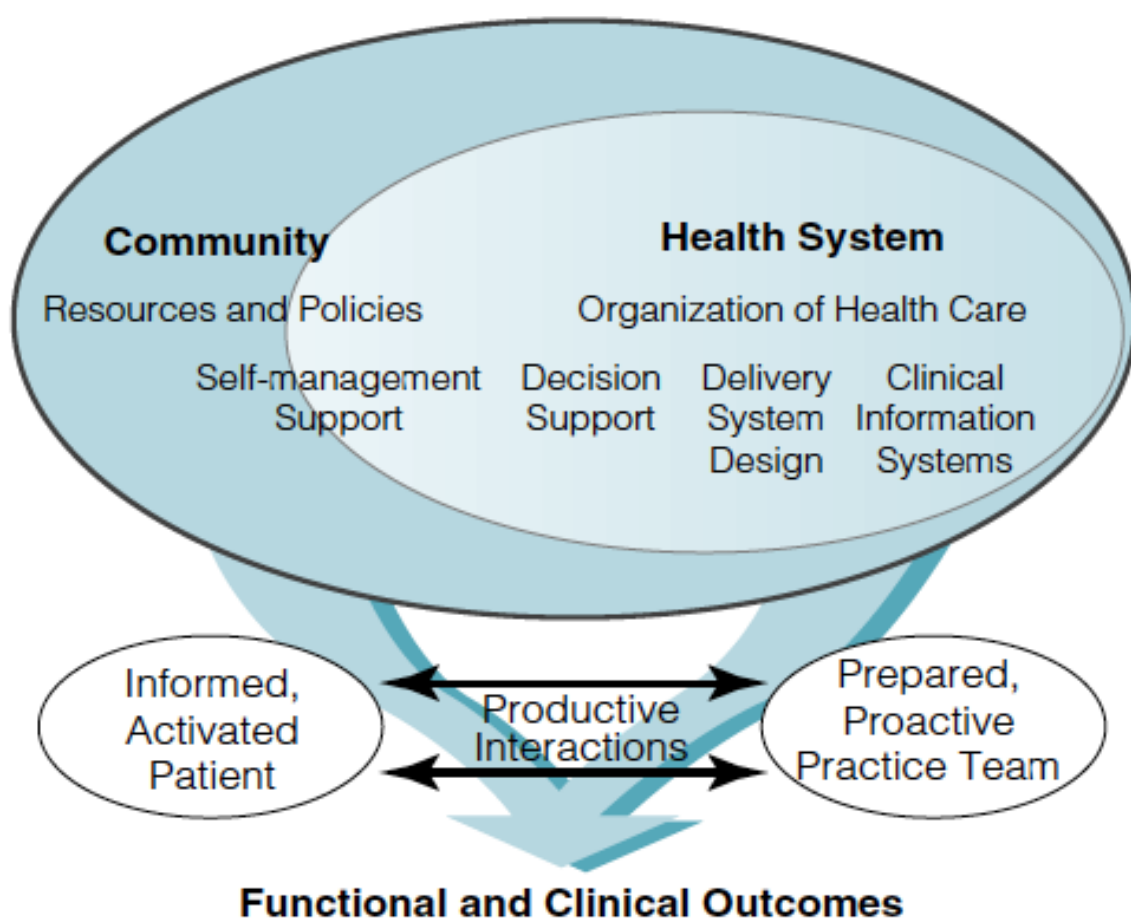




(Andersen, 2008)

## **Appendice B**

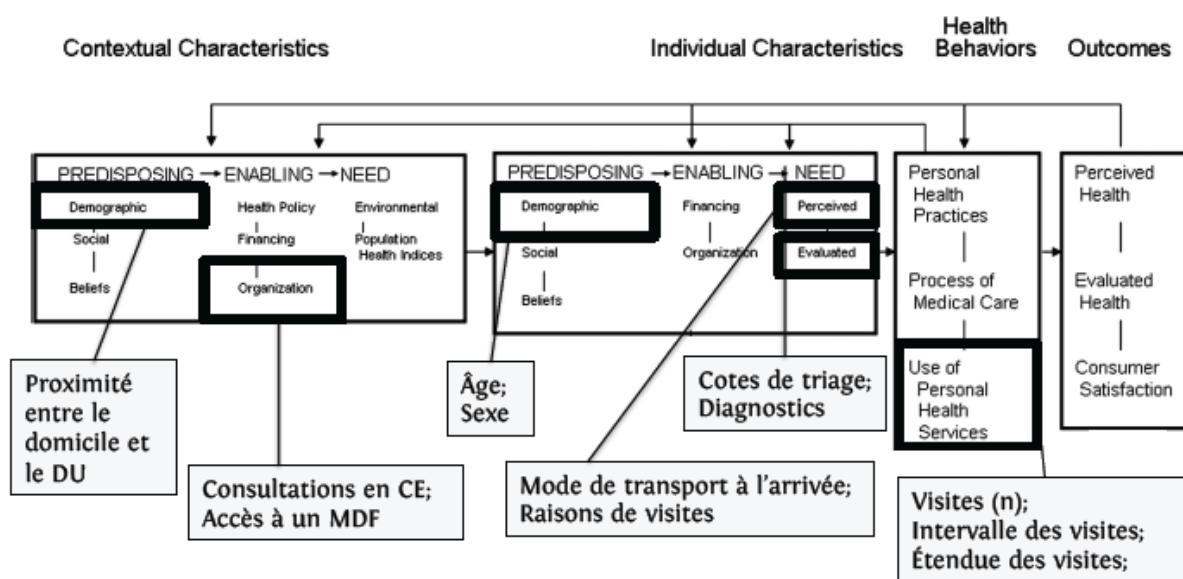
*Chronic Care Model (CCM)*



(Wagner, 1998)

## **Appendice C**

*Modèle théorique et variables examinées*



Adapté du modèle BM de Andersen (2008)

## **Appendice D**

*Grille d'analyse*



## **Appendice E**

*Tableaux 1 à 22*



Tableau 1

### Mesures des visites faites par les HC Comment mesurer les visites?

Nombre de visites  
par HC

Min	7
Max	17
Moyenne	9
Écart-type	2

Intervalle moyen<sup>a</sup> des visites  
par HC (jours)

Min	2
Max	55
Moyenne	29
Écart-type	14

Étendue<sup>b</sup> des visites par HC  
(jours)

Min	13
Max	329
Moyenne	217
Écart-type	86

<sup>a</sup> Intervalle moyen:  
différence moyenne entre  
deux visites consécutives par  
HC

<sup>b</sup> Étendue : différence entre  
la dernière visite et la  
première visite durant  
l'année pour un même HC

Tableau 2

### Facteurs démographiques individuels prédisposant Est-ce l'âge des HC (n=31) est comparable à celui de tous les patients (n=12 208) ? Quel sexe ont les HC (n=31) ?

		Âge	
		HC	Tous les patients
Min		32	12
Max		88	101
Moyenne		70	62
Écart-type		13	17

		HC
		n (%)
Sexe des HC	Femmes	15 (48)
	Hommes	16 (52)

		HC	Tous les patients
		n (%)	n (%)
Catégories d'âge	< 55 ans	4 (13)	3761 (31)
	55-65 ans	2 (6)	2329 (19)
	65-75 ans	10 (32)	2768 (23)
	75-85 ans	12 (39)	2504 (21)
	≥ 85 ans	3 (10)	846 (7)

Tableau 3

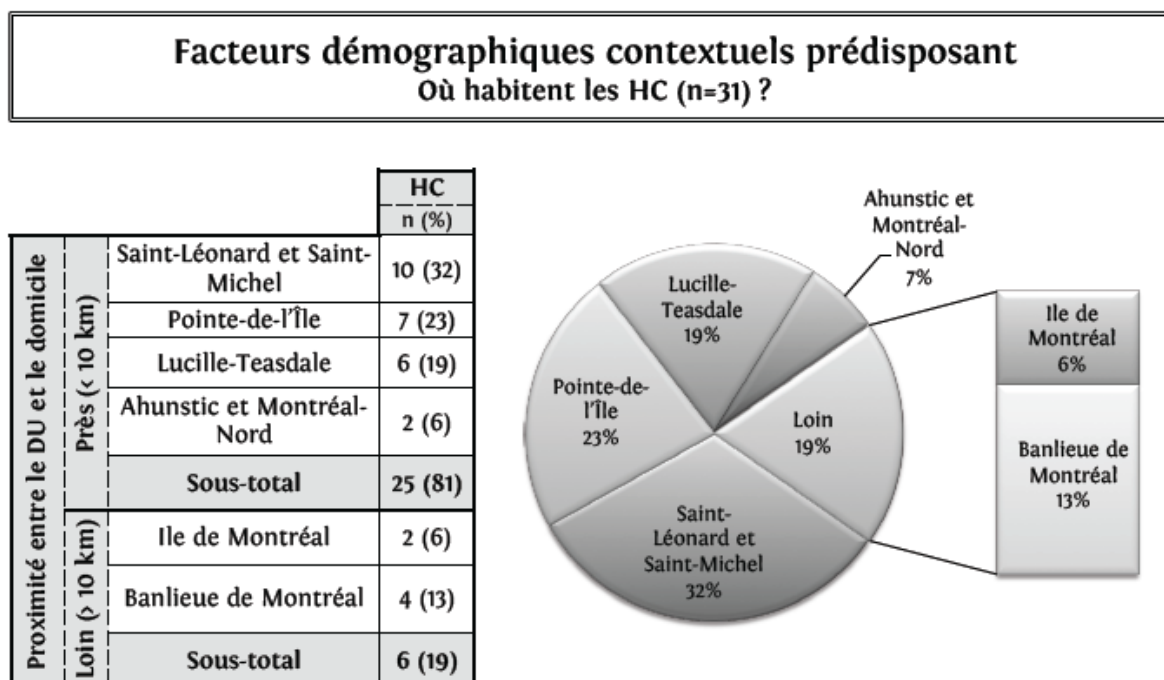


Tableau 4

**Croisement des données des HC**  
Comment les données démographiques des HC ont-elles influencé  
les mesures des visites?

		Mesures des visites			
		Nombre de visites	Intervalle moyen des visites	Étendue des visites	
		Moyenne ± écart-type			
Données démographiques	Catégories d'âge	< 55 ans	10 ± 3	19 ± 14	172 ± 116
		≥ 55; < 65 ans	9 ± 1	29 ± 21	189 ± 105
		≥ 65; < 75 ans	9 ± 3	37 ± 13	261 ± 71
		≥ 75; < 85 ans	9 ± 2	24 ± 11	179 ± 73
		> 85 ans	8 ± 1	42 ± 12	300 ± 28
	Sexe	Hommes	8 ± 1	32 ± 16	222 ± 97
		Femmes	9 ± 3	27 ± 12	212 ± 76
	Proximité	Près (<10 km)	9 ± 2	29 ± 14	214 ± 80
		Loin (>10km)	8 ± 1	33 ± 18	227 ± 117

Tableau 5

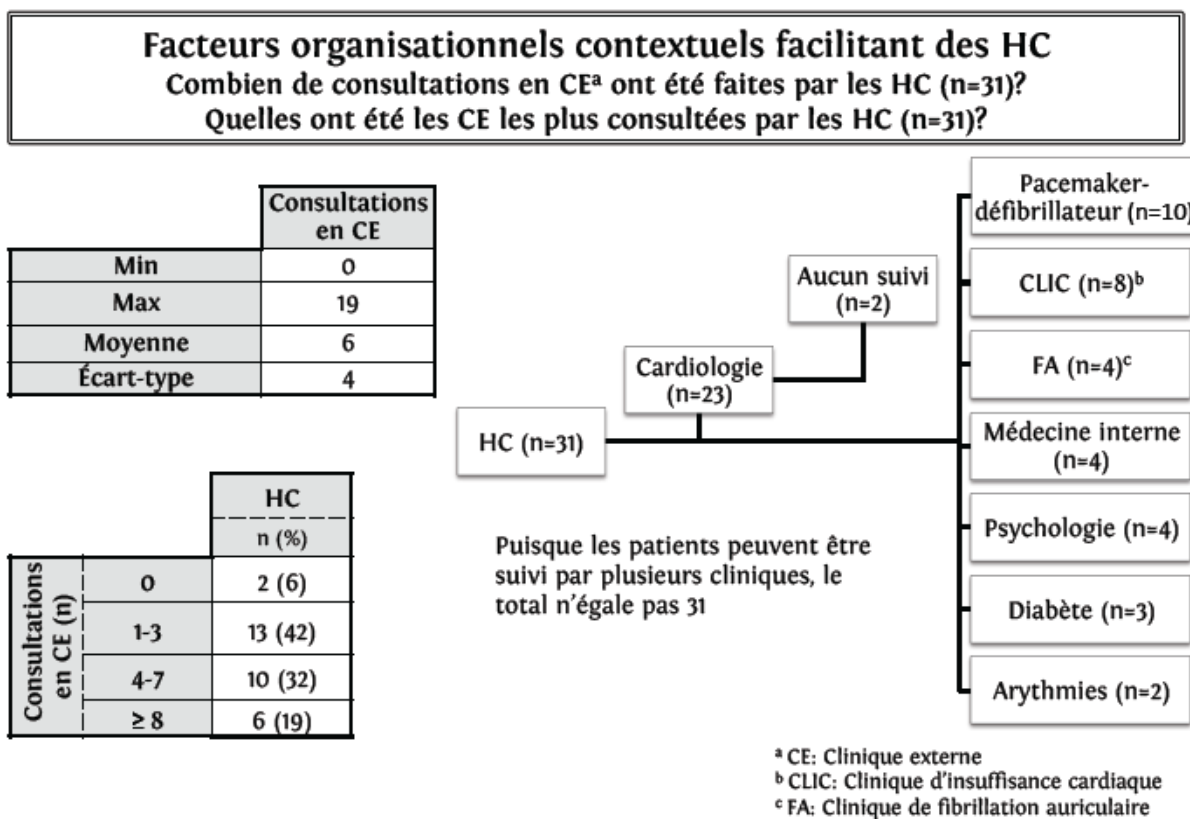


Tableau 6

**Croisement des données des HC**  
Comment le nombre de consultations en CE (n=171) a-t-il influencé les mesures des visites?

Consultations en CE (n)		Mesures des visites		
		Nombre de visites	Intervalle moyen des visites	Étendue des visites
		Moyenne ± écart-type		
0	9 ± 3	40 ± 17	295 ± 24	
1-3	9 ± 2	23 ± 15	181 ± 103	
4-7	9 ± 3	29 ± 10	226 ± 64	
≥ 8	8 ± 1	38 ± 14	244 ± 79	

Tableau 7

**Croisement des données des HC (n=31)**  
L'accès à un MDF a-t-il influencé la fréquence moyenne de consultations en CE et les visites au DU?

	HC	Consultations en CE	Visites au DU
	n (%)	Moyenne ± écart-type	Moyenne ± écart-type
Accès à un MDF	18 (58)	6 ± 5	10 ± 3
Pas d'accès à un MDF	13 (42)	4 ± 3	8 ± 1

Tableau 8

**Besoins évalués**  
Quelles sont les principales raisons des visites des HC (n=272) qui ont nécessité une consultation par un cardiologue à l'urgence?

		Visites	Consultations par un cardiologue
		n (%)	n (%)
Principales raisons des visites	Symptômes liés à l'IC	30 (11)	13 (17)
	Palpitations	77 (29)	22 (28)
	Douleurs thoraciques	73 (27)	26 (33)
	Autres raisons	91 (33)	17 (22)

Tableau 9

**Facteurs organisationnels contextuels facilitant**  
Combien de visites ont été faites par les HC (n=31) qui ont répondu au questionnaire ISAR ?

		HC (n=31)	ISAR complété (n=8)
		n (%)	n (%)
Visites (n)	7	10 (32)	4 (13)
	8	7 (23)	1 (3)
	9	8 (26)	3 (10)
	≥ 10	6 (19)	0

Tableau 10

**Besoins perçus**  
Par quel mode de transport les HC sont-ils arrivés pour chacune de leur visite (n=272)?

		Visites
		n (%)
Mode de transport à l'arrivée	Ambulant (sur pied)	200 (74)
	Ambulance (du domicile)	68 (25)
	Transfert (d'un CH par ambulance)	3 (1)

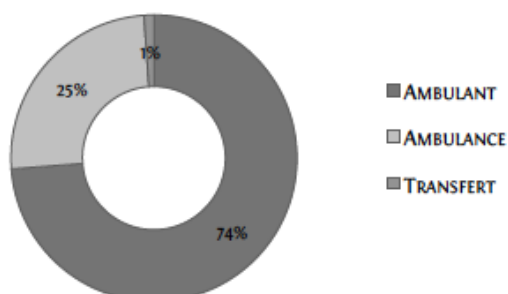
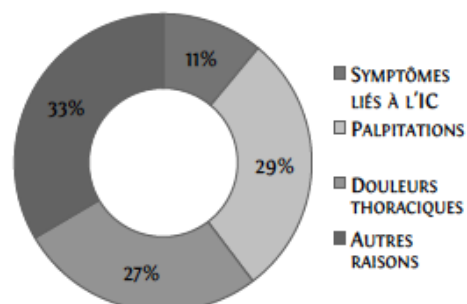


Tableau 11

**Besoins perçus**  
Quelles ont été les principales raisons de chaque visite (n=272) des HC ?

		Visites
		n (%)
Principales raisons des visites	Symptômes liés à l'IC (ex: œdème, dyspnée, anurie)	30 (11)
	Palpitations (avec ou sans douleurs thoraciques associées)	77 (29)
	Douleurs thoraciques (avec ou sans dyspnée associée)	73 (27)
	Autres raisons <sup>a</sup>	91 (33)



<sup>a</sup> Problèmes post-procédures ou post-opératoires, dyspnée (non associés à des douleurs thoraciques), symptômes neurologiques, signes infectieux, douleurs (autres que thoraciques)

Tableau 12

**Croisement des données des visites**  
**Quels ont été les diagnostics de chaque visite pour des palpitations (n=78) ?**

		Visites
		n (%)
<b>Diagnostiques</b>	<b>Arythmies auriculaires (FA, Flutter, TAP)</b>	38 (49)
	<b>Absence d'arythmie</b>	16 (21)
	<b>Arythmies ventriculaires (TV, TSV, ESV)</b>	12 (15)
	<b>Arythmies sinusales (bradycardie, tachycardie)</b>	3 (4)
	<b>Problème pacemaker ou défibrillateur</b>	2 (3)
	<b>Autres diagnostics <sup>a</sup></b>	7 (9)

<sup>a</sup> Infection virale, angine, évaluation, anxiété

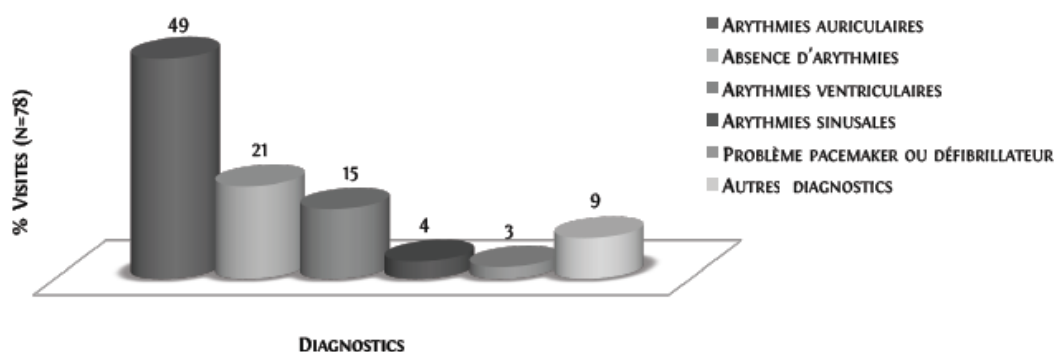


Tableau 13

**Croisement des données des visites**  
**Quels ont été les diagnostics de chaque visite pour des douleurs thoraciques (n=73) ?**

		Visites
		n (%)
<b>Diagnostiques</b>	<b>Douleurs thoraciques atypiques</b>	40 (55)
	<b>Angine</b>	15 (21)
	<b>Infarctus</b>	5 (7)
	<b>Autres*</b>	13 (18)

\* MPOC, anémie, dlr dorsale, fa, gastrite, cervicalgie, évaluation

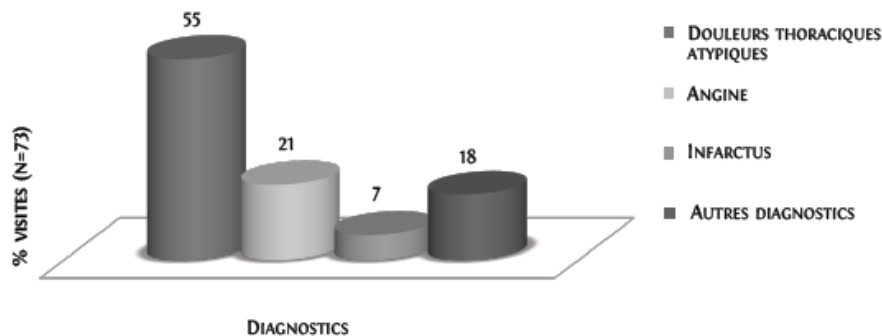


Tableau 14

**Besoins évalués**  
Quels ont été les diagnostics donnés aux HC (n=272) et à tous les patients (n=21 767)<sup>a</sup> ?

		HC	Tous
		n (%)	n (%)
Diagnostics	Douleurs thoraciques atypiques	42 (15)	2808 (13)
	Arythmies auriculaires (ex: TAP, FA, FAP)	41 (15)	1833 (8)
	Insuffisance cardiaque	30 (11)	1230 (6)
	Diagnostics reliés à des problèmes post-procédures ou post-opératoires	20 (7)	201 (1)
	Problèmes pulmonaires (ex: MPOC, bronchite, IVRS, bronchospasme, pneumonie)	17 (6)	1147 (5)
	Angine	16 (6)	820 (4)
	Absence d'arythmies	16 (6)	---
	Arythmies ventriculaires (ex: ESV, TV, TSVP, FV)	14 (5)	1788 (8)
	Évaluation (ex: examens, suivi médecin de famille...)	11 (4)	391 (2)
	Reliés à des dysfonctions d'appareillage (pacemaker ou défibrillateur)	8 (3)	137 (1)
	Problèmes neurologiques (ex: lipothymie, syncope, étourdissement, céphalée)	7 (3)	809 (4)
	Infection (ex: septicémie, infection virale, cellulite, réaction inflammatoire)	6 (2)	227 (1)
	Arythmies sinusales (ex: bradycardie, tachycardie)	6 (2)	198 (1)
	Anémie	6 (2)	253 (1)
	Infarctus	5 (2)	285 (1)
	Effet secondaire de la médication	5 (2)	179 (1)
	HTA	5 (2)	635 (3)
	Départ sans prise en charge	2 (1)	---
Autres diagnostics	15 (6)	8826 (41)	

<sup>a</sup> Puisque plus d'un diagnostic peut être donné pour une même visite, le nombre total de diagnostic (n=21 767) est supérieur au nombre total de visites (n=17325).

Tableau 15

**Besoins évalués**  
Quelles ont été les cotes de triage données pour chaque visite des HC (n=272) ?

	Visites	
		n (%)
Cote de triage	2	17 (6)
	3	107 (40)
	4	129 (48)
	5	17 (6)

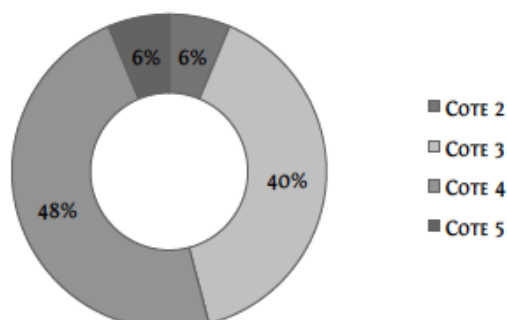


Tableau 16

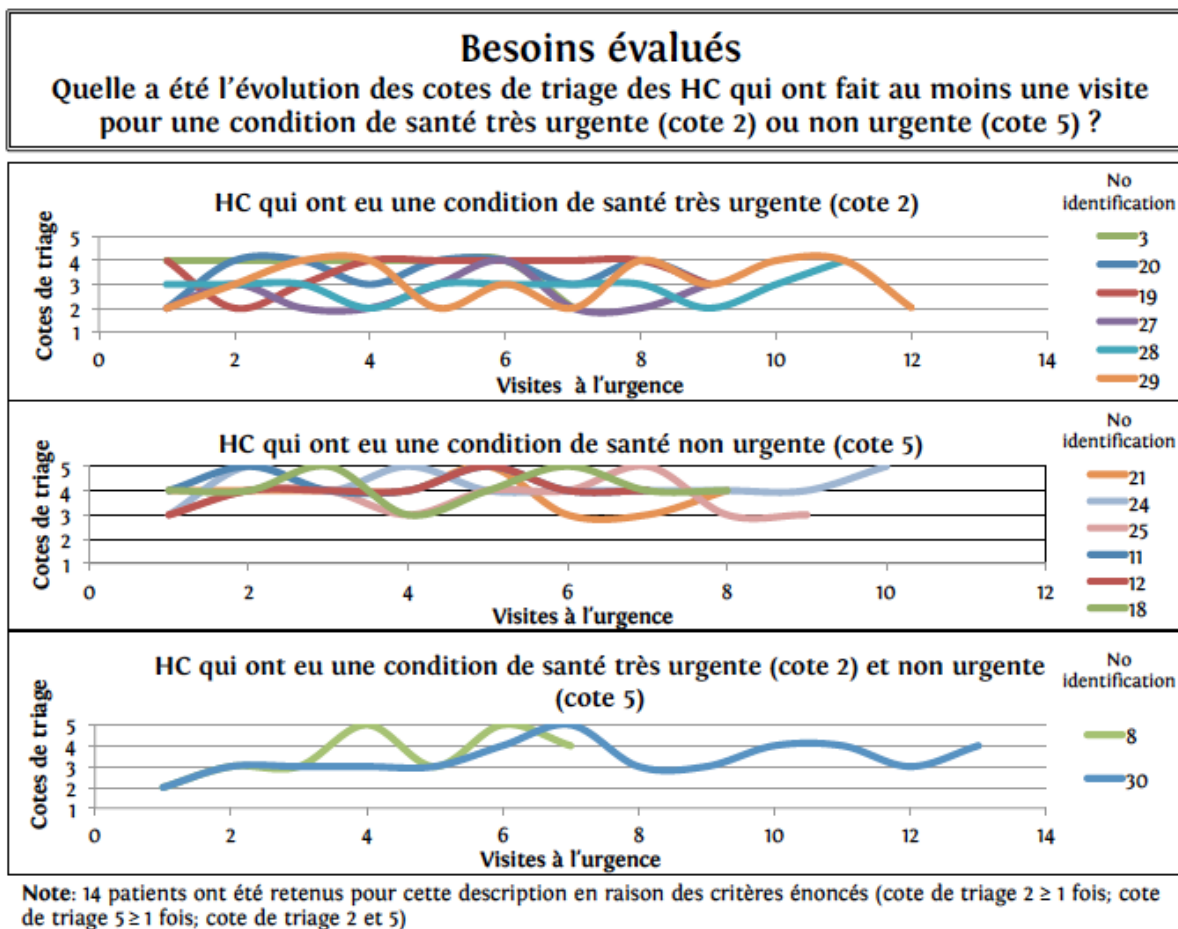


Tableau 17

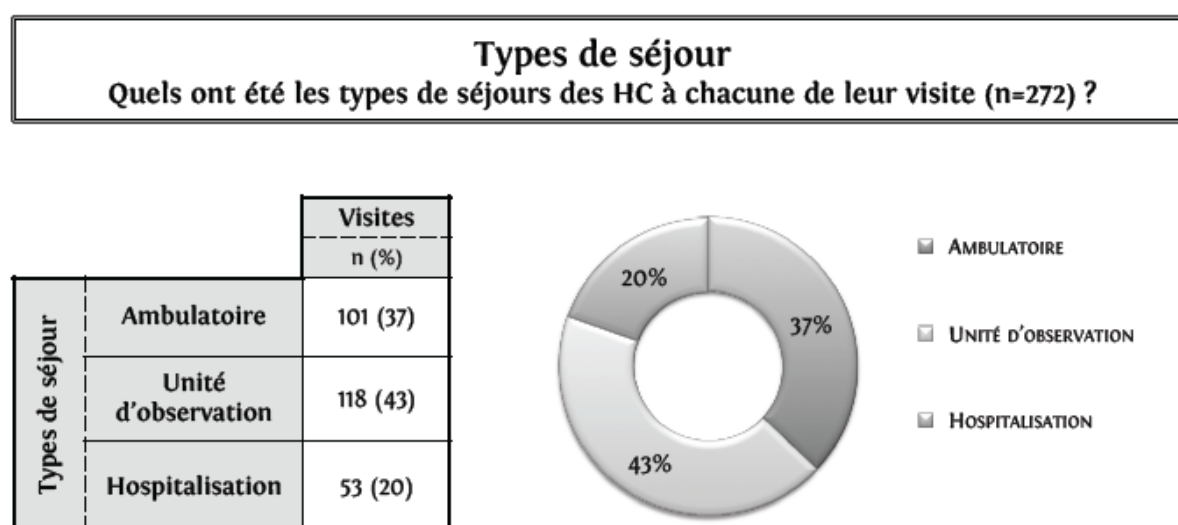




Tableau 18

**Croisement des données des visites (n=272)**  
Quels ont été les types de séjours selon les cotes de triage ?

		Types de séjour		
		Ambulatoire	Unité d'observation	Hospitalisation
		n (%)	n (%)	n (%)
Cotes de triage	2	0 (0)	11 (4)	6 (2)
	3	21 (8)	54 (20)	32 (12)
	4	67 (25)	49 (18)	13 (5)
	5	13 (5)	3 (1)	1 (0)

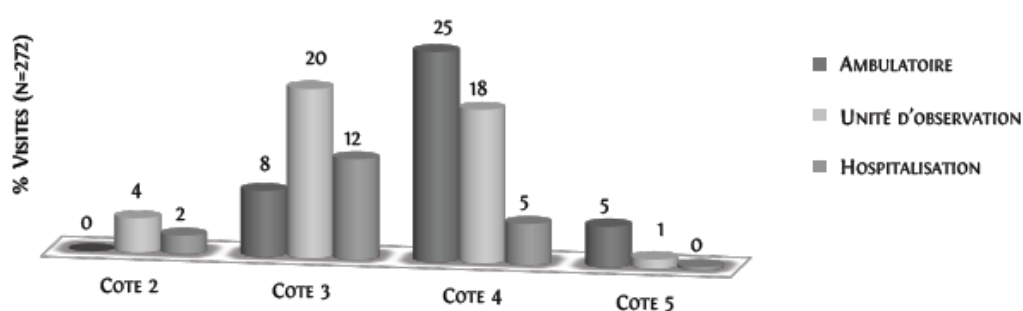


Tableau 19

**Croisement des données des visites (n=272)**  
Quels ont été les types de séjour selon les principales raisons des visites ?

		Types de séjour		
		Ambulatoire	Unité d'observation	Hospitalisation
		n (%)	n (%)	n (%)
Principales raisons des visites	Symptômes liés à l'IC	3 (1)	15 (6)	12 (4)
	Palpitations	31 (11)	37 (14)	10 (4)
	Douleurs thoraciques	18 (7)	39 (14)	16 (6)
	Autres raisons	49 (18)	27 (10)	15 (6)

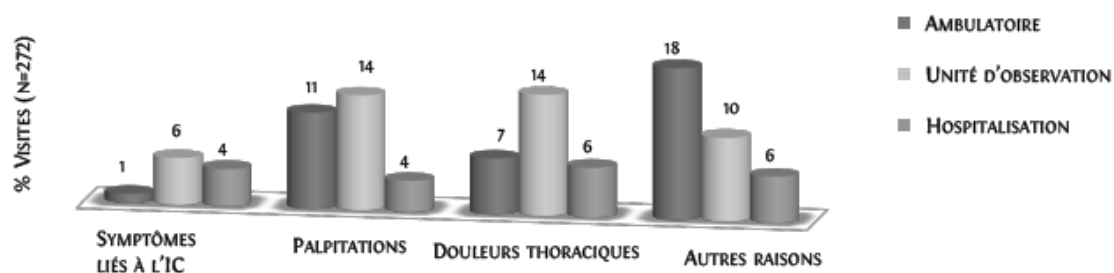


Tableau 20

<b>Croisement des données des visites (n=272)</b> Quels ont été les types de séjour selon les diagnostics ?				
		Types de séjour		
		Ambula- toire	Unité d'observation	Hospitalisa- tion
		n (%)	n (%)	n (%)
Diagnostics	Douleurs thoraciques atypiques	12 (4)	30 (11)	0 (0)
	Arythmies auriculaires	11 (4)	26 (10)	4 (1)
	Insuffisance cardiaque	3 (1)	14 (5)	13 (5)
	Problèmes post-procédures ou post-opératoires	10 (4)	5 (2)	5 (2)
	Problèmes pulmonaires	7 (3)	7 (3)	3 (1)
	Angine	0 (0)	8 (3)	8 (3)
	Absence d'arythmies <sup>a</sup>	12 (4)	4 (1)	0 (0)
	Arythmies ventriculaires	3 (1)	4 (1)	7 (3)
	Évaluation	11 (4)	0 (0)	0 (0)
	Problèmes pacemaker ou défibrillateur	2 (1)	5 (2)	1 (0)
	Problèmes neurologiques	6 (2)	1 (0)	0 (0)
	Infection	3 (1)	0 (0)	3 (1)
	Arythmies sinusales	2 (1)	4 (1)	0 (0)
	Anémie	2 (1)	2 (1)	2 (1)
	Infarctus	0 (0)	0 (0)	5 (2)
	Effets secondaires de la médication	4 (1)	1 (0)	0 (0)
	HTA	2 (1)	3 (1)	0 (0)
	Départ sans prise en charge	2 (1)	0 (0)	0 (0)
	Autres	8 (3)	1 (0)	2 (1)

<sup>a</sup> Chez les patients ayant consulté pour des palpitations ou des douleurs thoraciques

Tableau 21

<b>Croisement des données des visites</b> Quelles ont été les cotes de triage selon les raisons de visites (n=272) ?				
---	--	--	--	--

		Principales raisons de visites			
		Symptômes liés à l'IC	Palpitations	Douleurs thoraciques	Autres raisons
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Cotes de triage	2	1 (0)	7 (3)	8 (3)	1 (0)
	3	18 (7)	26 (10)	36 (13)	27 (10)
	4	10 (4)	42 (15)	24 (9)	53 (19)
	5	1 (0)	2 (1)	4 (1)	10 (4)

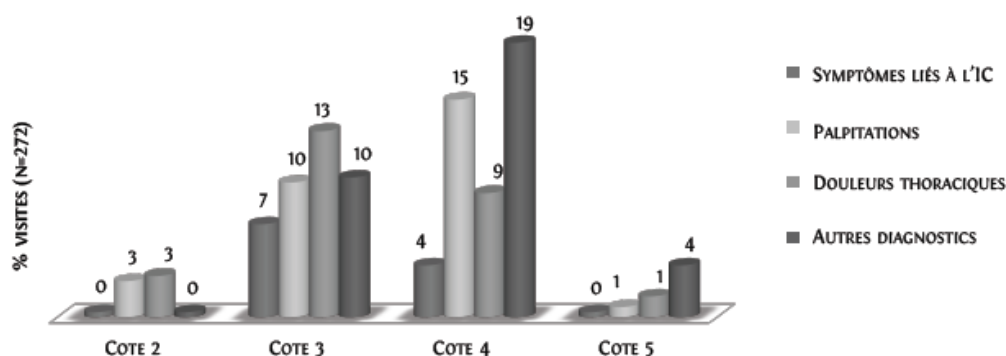
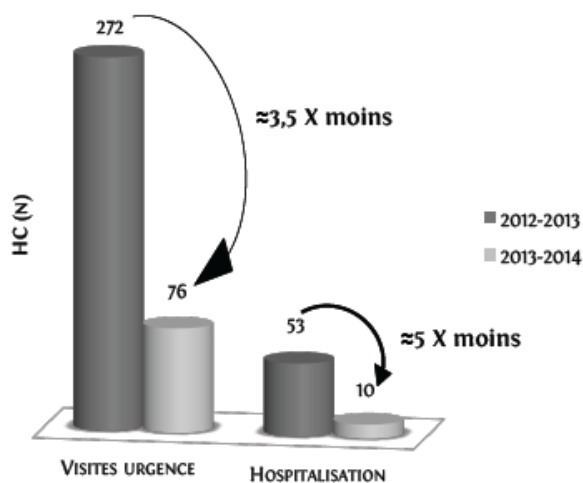


Tableau 22

**Comparatif des visites à l'urgence et des hospitalisations**  
 Est-ce que le nombre de visites et d'hospitalisations des HC s'est maintenu dans le temps?

	Visites au DU	
	2012-2013	2013-2014
<b>Total</b>	272	76
<b>Min</b>	7	0
<b>Max</b>	17	8
<b>Moyenne</b>	9	2
<b>Écart-type</b>	2	3
<b>≥ 7 visites (n)</b>	31	2

	Hospitalisation	
	2012-2013	2013-2014
<b>Total</b>	53	10
<b>Min</b>	0	0
<b>Max</b>	6	3
<b>Moyenne</b>	2	0
<b>Écart-type</b>	2	1



## **Appendice F**

*Guide d'évaluation-intervention*

**NO DU DOSSIER:****NOM DU PATIENT :****1) IDENTIFICATION**

TRANCHE D'AGE:

SEXE :

REGION:

**2) MILIEU DE VIE** MAISON PENSION RI APPARTEMENT / HLM / CONDO RESIDENCE PRIVEE AVEC SERVICES CHSLD**3) SITUATION DE VIE** SEUL : CELIBATAIRE / SEPRE / DIVORCE / VEUF (VE) ENFANT(S) EN COUPLE : MARIE / CONJOINT DE FAIT PROCHE-AIDANT**4) SOUTIEN SOCIAL** PERSONNE(S)-RESSOURCE(S) ACCOMPAGNE

LIENS ET LIEUX DE RESIDENCE :

**5) OCCUPATION** SALARIE SANS EMPLOI / ASSURANCE MALADIE RETRAITE**6) ÉTAT DE SANTE PHYSIQUE - DE LA DERNIERE ANNEE** HOSPITALISATION(S) CHIRURGIE(S) DECOMPENSATION(S) MALADIE CHRONIQUE PROBLEME(S) POST-OPERATOIRE OU POST-PROCEDURE MALADIE DE NOVO AUTRE(S) :**7) UTILISATION DES SERVICES DE SANTE - DERNIERE VISITE, FREQUENCE ET CAPACITE DE LES CONTACTER** MEDECIN DE FAMILLE MEDECINS SPECIALISTES CLSC : SERVICES INFIRMIERS OU SOUTIEN A DOMICILE, PROGRAMME CLINIQUES EXTERNES (CARDIOLOGIE, CLINIQUE DE RELANCE IPS, DIABETE, FIBRILLATION AURICULAIRE, INSUFFISANCE CARDIAQUE...) EQUIPE MULTI : PSYCHOLOGIE, PSYCHOSOMATIQUE, DIETETICIENNE, PHYSIOTHERAPIE, ERGOTHERAPIE, READAPTATION, TRAVAILLEUR SOCIAL AUTRES HOPITAUX AUTRES :**8) ÉTAT PSYCHOLOGIQUE** TRISTESSE COLERE DEPENDANCE(S) : ALCOOL / DROGUE / CIGARETTE ANXIETE DEFICIT COGNITIF IMPORTANT**9) SOINS PARTICULIERS** PANSEMENTS / SOINS DE CATHETER(S) / STOMIE... AIDE AUX AVQ DIALYSE AUTRE(S) :

SI OUI, FAITS PAR QUI ?

**10) CONNAISSANCES ET COMPREHENSION (TRES BIEN, BIEN, PEU OU PAS DU TOUT)**

CONDITION CLINIQUE

CONSEQUENCES POSSIBLE

SIGNES ET SYMPTOMES

Description des profils des hauts consommateurs d'urgence et mise en œuvre d'une intervention infirmière

pour optimiser la trajectoire de soins : questionnaire

**NO DU DOSSIER:****11) HABITUDES DE VIE PARTICULIERES** (*RESPECTE TOUJOURS, PARFOIS OU JAMAIS*) RESTRICTION HYDRIQUE ACTIVITE PHYSIQUE DIETE : HYPOSODEE / DIABETIQUE / CONSTANT EN VIT. K /  
FAIBLE EN GRAS AUTRE(S) :**12) MEDICATION** EFFETS SECONDAIRES NON-ADHERENCE ADHERENCE

LESQUELS ? \_\_\_\_\_

**13) UTILISATION DES SERVICES COMMUNAUTAIRES** BENEVOLES / ASSOCIATIONS / ORGANISMES AIDE A DOMICILE (REPAS, MENAGE ...) TRANSPORT AUTRE(S) : \_\_\_\_\_**14) PENSEZ-VOUS QU'UN AUTRE SERVICE DE SANTE QUE L'URGENCE AURAIT PU VOUS AIDER?****15) QUELLE EST VOTRE PRINCIPALE PREOCCUPATION OU INQUIETUDE ?****16) QU'AVEZ-VOUS LE PLUS BESOIN ?****17) QUELLE EST VOTRE PLUS GRANDE FORCE ?****INTERVENTION(S) OU RECOMMANDATION(S) :**

---

---

---

---

**COMPLETE LE** \_\_\_\_\_

DATE

**ENDROIT :**  SALLE DE TRIAGE UNITE D'OBSERVATION

