



**Titre du projet :**

Continuité des soins de première ligne et visites de retour à l'urgence : étude basée sur les données administratives

**Chercheurs(res) :**

R. Ionescu-Iltu, J. McCusker, N. Dendukuri

**Objectif(s) du projet :**

Examiner le lien entre la continuité relationnelle des soins avec le fournisseur de première ligne et les visites de retour à l'urgence

**Hypothèses ou questions de recherche :**

Les médecins qui voient leurs patients âgés sur une base régulière acquièrent une meilleure connaissance de ceux-ci, qui leur permet de déceler les signes et symptômes précoces, d'intervenir rapidement et de leur fournir de meilleurs soins. Ceci permet d'éviter les visites à l'urgence pour ces patients, et les visites de retour pour les patients qui utilisent l'urgence.

**Contexte sociopolitique, population à l'étude, territoire géographique :**

Personnes âgées de 65 ans et plus, vivant au Québec, qui ont effectué une visite initiale à l'une des urgences admissibles (urgence dans un hôpital de soins aigus desservant une clientèle adulte générale)

**Perspective théorique, cadre conceptuel, logique d'intervention etc. sur lesquels se fondent votre recherche :**

Basée sur le modèle d'Andersen (1995) d'utilisation des services de santé, selon lequel l'utilisation des services de santé peut être prédite par les facteurs de besoins, les caractéristiques prédisposantes du patient et les ressources facilitantes.

**Description des aspects particuliers de l'organisation des services de première ligne sur lesquels portent votre projet :**

**Vision ou culture organisationnelle** (*responsabilité envers la population ou clientèle, finalité de services versus santé etc.*)

**Structure organisationnelle**

1. Gouverne (*professionnelle vs communautaire, relations entre acteurs découlant de règles ou lois, incitatifs comme mode de rémunération etc.*)
2. Intégration/coordination (*organisationnelle/ fonctionnelle, clinique, stratégique, systémique, externe, interne etc.*)
3. Autre :

### Ressources

1. Type (*humaines, financières, physiques, technologiques etc.*)
2. Niveau (*quantité, répartition*)
3. Substitution (*est-ce que les services de première ligne se substituent à des services spécialisés?*)
4. Autre

### Pratiques

1. Multidisciplinarité/interdisciplinarité
2. Processus de collaboration interprofessionnelle, interorganisationnelle
3. Services offerts (*étendue, gamme*)
4. Mécanismes pour assurer la continuité, l'accessibilité, la globalité
5. Autre

### Effets

1. Profil d'utilisation
2. Continuité, globalité, accessibilité, réactivité
3. Santé
4. Autre

### Stratégie de recherche:

### Variables à l'étude

Devis de cohorte rétrospective

Parmi les personnes âgées ayant visité une urgence au cours de l'année 2001, nous comparons les sujets ayant eu une faible continuité de soins (mesurée par le *Usual Provider Continuity Index*) au cours de l'année précédant la visite initiale à l'urgence, à des sujets ayant bénéficié d'une continuité de soins élevée au cours de l'année précédant la visite initiale à l'urgence.

Variable dépendante : visite de retour à l'urgence dans les 14 jours suivant la visite initiale (binaire).

Variable indépendante (exposition principale) : continuité relationnelle des soins mesurée avec le *Usual Provider Continuity Index* (UPCI).

Covariants (selon le modèle d'Andersen) : facteurs de besoins individuels (comorbidités globale et spécifique, jours d'hospitalisation, diagnostic au moment de la visite à l'urgence), caractéristiques prédisposantes (âge, sexe), ressources facilitantes (statut socioéconomique, lieu de résidence (urbain/rural), et ressources facilitantes dans l'hôpital ou la communauté).

Nous avons défini le médecin de première ligne comme étant le médecin omnipraticien ou le spécialiste que le patient avait visité le plus souvent dans un établissement de soins de première ligne (cabinet privé, clinique externe ou CLSC). Nous avons exclu les spécialistes qui n'étaient pas susceptibles d'avoir un suivi à long terme avec le patient. Parmi les trois premiers fournisseurs possibles de soins de première ligne ayant dispensé le plus de soins au patient, nous avons donné la priorité au médecin omnipraticien. Nous avons ainsi obtenu quatre catégories de médecins de première ligne : un seul médecin omnipraticien, plus d'un médecin omnipraticien, un seul spécialiste, plus d'un spécialiste.

#### Type de devis

Cohorte rétrospective constituée à partir des banques de données administratives du Québec (RAMQ et Med-Echo)

#### Échantillon (*type d'échantillon, taille des effectifs*)

Taille de l'échantillon :

70 286 sujets

Critères d'admissibilité :

- Résidant du Québec
- Âgé de 66 ans et plus au moment de la visite initiale à l'urgence
- Ayant visité une urgence au cours de l'année 2001 (visite initiale) et n'ayant pas visité l'urgence au cours des 30 jours précédents
- Pas d'hospitalisation à long terme au cours de l'année précédant la visite à l'urgence
- Vivant à l'arrivée à l'urgence et au cours de la période de risque de 14 jours suivant cette visite
- Non hospitalisé après la visite initiale à l'urgence
- Pas d'hospitalisation non urgente au cours de la période de risque
- Au moins trois visites à un cabinet privé ou à une clinique externe au cours de l'année précédant la visite initiale à l'urgence
- Comme nous avons pris pour acquis que les sujets étaient inclus dans une classification croisée d'un hôpital et d'une région sociosanitaire, nous n'avons inclus que les sujets faisant partie d'une classification croisée comptant un minimum de cinq sujets.

#### Instruments de mesure, outils de collecte et sources de données

Banque de données de la RAMQ, données d'hospitalisation au Québec de Med-Echo, données de recensement, statistiques du MSSS sur les régions sociosanitaires et les hôpitaux.

#### Type d'analyse (*quantitative, qualitative, triangulation*) :

Quantitative. Le lien entre la continuité relationnelle et la probabilité de visite de retour à l'urgence a été ajusté pour d'autres covariants à l'aide d'un modèle de régression logistique hiérarchique. Ce modèle relie les caractéristiques du patient, de l'hôpital et de la communauté à la probabilité de visites de retour à l'urgence. Nous avons pris pour acquis que chaque patient était inclus dans une classification croisée d'un hôpital et d'une région sociosanitaire. Le modèle hiérarchique nous a permis d'ajuster pour la dépendance entre les patients à l'intérieur d'une même unité de classification croisée. Ce modèle a été évalué en utilisant l'approche GEE (*generalized estimated equation approach*). Dans cette étude, l'unité d'analyse est l'individu. Les variables mesurées à l'hôpital et à l'échelle de la région sociosanitaire sont liées à l'hôpital où a eu lieu la visite à l'urgence ou à la région sociosanitaire où le patient réside, et sont incluses dans le modèle en tant que variables au niveau individuel.

#### Période de temps sur laquelle porte l'étude :

2000-2001

## Résultats, aspects de la démarche particulièrement pertinents pour les décideurs :

Notre étude a démontré que pour les patients âgés de 66 ans et plus, la continuité relationnelle des soins mesurée par l'UPCI ne constitue pas un facteur de protection significatif contre une visite de retour à l'urgence après la visite initiale. Le fait d'avoir un seul médecin omnipraticien comme médecin de première ligne n'était pas un facteur de protection cliniquement ou statistiquement significatif pour les visites de retour à l'urgence. En nous basant sur le taux d'utilisation, nous avons identifié un seul médecin omnipraticien en tant que médecin de première ligne pour 89,7 % des patients.

Les effets de la continuité des soins ou l'accès à un médecin de première ligne sont semblables dans les analyses bi- ou multivariées (après ajustement pour l'effet d'autres facteurs de besoin, caractéristiques prédisposantes, et ressources facilitantes).

Comme on peut s'y attendre dans une clientèle d'usagers âgés de l'urgence, la gravité de la maladie (mesurée par le décès au cours des 30 jours suivant la visite initiale et par une visite initiale de trois jours) était le prédicteur principal des visites de retour à l'urgence dans les 14 jours suivant une visite initiale. D'autres prédicteurs cliniquement et statistiquement significatifs de visites de retour à l'urgence révélés par les analyses multivariées étaient le diagnostic de maladie de peau le dernier jour de la visite initiale à l'urgence et les données manquantes sur la région sociosanitaire.

À cause de l'importance de la taille de notre échantillon, un grand nombre de variables ont atteint le niveau de signification statistique sans être cliniquement significatives.

Dans l'analyse multivariée, les facteurs de risque statistiquement significatifs pour les visites de retour à l'urgence étaient : l'hospitalisation au cours des 70 jours précédant la visite, une comorbidité globale plus élevée, un diagnostic de psychose, de névrose ou de maladie digestive au cours de l'année précédant la visite initiale, un diagnostic de cancer ou de blessure le dernier jour de la visite initiale à l'urgence, un âge avancé, être de sexe masculin, avoir un statut socioéconomique plus bas, vivre à l'extérieur des centres urbains, vivre dans une région sociosanitaire ayant plus d'un médecin omnipraticien et plus d'un spécialiste par 1 000 habitants, et avoir reçu son congé de l'urgence pendant la fin de semaine.

Nous avons défini les facteurs de protection suivants, qui diminuaient de façon statistiquement significative les risques de retour à l'urgence après une visite initiale : un diagnostic de maladie mentale le dernier jour de la visite initiale à l'urgence, une visite initiale de deux jours, une visite initiale à l'urgence d'un hôpital ayant une unité gériatrique de courte durée, une visite initiale à l'urgence d'un hôpital ayant à la fois une infirmière de liaison et un travailleur social ou seulement un travailleur social, et une visite initiale à l'urgence d'un établissement de soins secondaires ou tertiaires.

**Votre opinion concernant le caractère probant de vos résultats pour les décideurs :**

	Peu	Moyennement	Énormément	S.O.*
<b>Validité interne : jusqu'à quel point êtes-vous sûr de la force de la relation entre vos variables en vous fondant notamment sur :</b>				
• Le devis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>
• La taille de l'échantillon ( <i>puissance statistique</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>
• L'analyse de l'intervention ( <i>logique/théorie de l'intervention</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	x
• L'analyse de l'implantation ( <i>synergie, antagonisme avec éléments du contexte</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	x
• Autre :	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Validité externe : jusqu'à quel point vos résultats sont-ils généralisables à d'autres contextes en vous fondant notamment sur :</b>				
• La taille de la population de référence, diversité des cas étudiés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>
• L'inférence statistique ( <i>inférence de l'échantillon à la population échantillonnée</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>
• L'analyse d'implantation ( <i>jusqu'à quel point les conditions d'implantation peuvent se retrouver dans un autre contexte/ répliquabilité</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	x
• L'analyse de l'intervention ( <i>inférence théorique découlant du fait que l'intervention étudiée est basée sur une théorie de l'intervention explicite qui peut s'appliquer dans un autre contexte</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	x
• Autre :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	x
<b>Applicabilité : jusqu'à quel point vos résultats peuvent-ils être utilisés par les décideurs compte tenu de ce que vous savez des contraintes ou barrières ou des éléments facilitant leur application:</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Décrivez les éléments contraignants :				
Décrivez les éléments facilitants :				

\*S. O. : Sans objet

**Sources de financement :**

Groupe interuniversitaire de recherche sur les urgences (GIRU), subvention des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) No IAP 62346

**Stratégies d'échange des connaissances privilégiées dans le déroulement de votre projet:**

Présentations lors de conférences, communication des résultats aux membres du GIRU et à d'autres groupes de recherche

**Retombées anticipées ou utilité pour la planification ou la prise de décision :**

<b>DÉCIDEURS CIBLÉS (administratifs, cliniques)</b>	<b>RETOMBÉES</b>
Gestionnaires des politiques et programmes (MSSS, Agences régionales)	MSSS
Gestionnaires des organisations (CH, CLSC, GMF, CMA, etc.)	CH, GMF, CLSC, CMA
Associations / ordres professionnels	Médecins de famille, médecins urgentistes, spécialistes en gériatrie, spécialistes en gérontologie, infirmières, ergothérapeutes
Groupes communautaires	Association des médecins d'urgence du Québec, Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), Association canadienne des soins de santé
Autre:	

**Quelles avenues prometteuses de recherche découlent de votre projet concernant la même problématique ou une nouvelle problématique ?**

L'impact sur la continuité des soins pourrait être diminué dans cet échantillon formé de sujets ayant eu une visite à l'urgence (facteurs de besoin prévalant dans ce groupe). Il faut s'attendre à un effet cliniquement plus significatif sur l'utilisation globale des urgences.

De nombreux facteurs n'ayant pas atteint le niveau cliniquement significatif ouvrent cependant d'autres avenues de recherche pouvant s'avérer intéressantes. Même si la mesure portant sur la région métropolitaine/non métropolitaine manquait de précision (basée sur les trois premiers caractères du code postal), elle suggère que les patients ne résidant pas en région métropolitaine étaient plus susceptibles de retourner à l'urgence que ceux des régions métropolitaines. Notre mesure du statut socioéconomique était une mesure composite indirecte basée sur les données du recensement de 1996, qui montraient un effet dose-réponse (le statut socioéconomique le plus bas correspondant à la probabilité la plus élevée d'effectuer des visites de retour à l'urgence). Une mesure directe pourrait améliorer les estimations. Finalement, notre étude ouvre un nouveau domaine de recherche sur les caractéristiques de l'hôpital et de la communauté en tant que prédicteurs des visites de retour à l'urgence.

**Principaux mots-clés :**

continuité des soins, urgence, visites de retour, médecin de première ligne