



Titre du projet :

Intervention rapide en deux étapes, à l'urgence, pour les patients âgés : impact sur la continuité des soins.

Chercheurs(res) :

Jane McCusker, Josée Verdon, Pierre Tousignant, Louise Poulin de Courval, Nandini Dendukuri, Philip Jacobs, Eric Latimer

Objectif(s) du projet :

Examiner les effets sur le processus et les résultats des soins d'une intervention rapide en deux étapes effectuée par l'infirmière de liaison, à l'urgence, pour les personnes âgées fragiles.

Hypothèses ou questions de recherche :

L'intervention comprenait les étapes suivantes : dépistage des personnes âgées fragiles à l'aide d'un questionnaire auto-administré (ISAR) de six questions, brève évaluation normalisée faite par l'infirmière, consultation appropriée et référence au médecin de famille du patient et, si nécessaire, référence au CLSC et aux services communautaires. La population-cible était composée des patients de l'urgence âgés de 65 ans et plus, qui retourneraient à la maison après leur congé. Une étude randomisée nous a permis de démontrer que cette intervention avait un effet bénéfique sur le déclin fonctionnel subséquent, sans pour autant augmenter les coûts sociétaux. Notre étude du processus de soins lors de la visite à l'urgence et au cours du mois suivant avait pour but 1) de mieux comprendre les processus ayant pu contribuer à la rentabilité de l'intervention et 2) de cerner les faiblesses et processus pouvant être améliorés.

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

Les patients âgés qui se présentent aux urgences des hôpitaux et retournent à la maison après leur congé.

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

Les deux processus de soins particulièrement ciblés par notre intervention étaient les références de patients au médecin de première ligne et les références au CLSC. Dans cette étude, la mesure de l'utilisation des services avait pour objectif de documenter l'observance des références faites à l'urgence. Nous avons pour hypothèse qu'une intervention précoce (au cours du mois suivant la visite à l'urgence), par le diagnostic et le traitement des problèmes décelés à l'urgence, entraînerait une amélioration du pronostic fonctionnel des patients et de leur état de santé à long terme.

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.*)

Utilisation et coûts des services

2. Niveau (*quantité, répartition*)

3. Substitution (*est-ce que les services de première ligne se substituent à des services spécialisés?*)

La référence précoce aux fournisseurs de soins de première ligne et à d'autres services communautaires entraîne-t-elle une diminution subséquente de l'utilisation des services spécialisés et hospitaliers ?

4. Autre

Pratiques

1. Multidisciplinarité/interdisciplinarité

2. Processus de collaboration interprofessionnelle, interorganisationnelle

Collaboration entre l'urgence et les organismes communautaires

3. Services offerts (*étendue, gamme*)

Infirmière de liaison ou autre professionnel de la santé spécialisé en gériatrie à l'urgence de l'hôpital

4. Mécanismes pour assurer la continuité, l'accessibilité, la globalité

Le projet portait sur la continuité des soins pour les personnes âgées fragiles aux urgences des hôpitaux. Il visait à améliorer le transfert d'information de l'urgence vers le médecin de première ligne et le CLSC pour les patients ayant déjà eu des contacts avec ces fournisseurs de soins communautaires. Lorsqu'un patient n'avait pas de médecin de famille, l'infirmière essayait de lui en trouver un et le lui référerait. Dans le cas des patients ne fréquentant pas le CLSC mais qui en avaient besoin, l'infirmière essayait de faciliter la référence et l'évaluation précoce.

5. Autre

Effets

1. Profil d'utilisation

Utilisation des services un mois après la visite à l'urgence

2. Continuité, globalité, accessibilité, réactivité

3. Santé

Déclin fonctionnel au cours des quatre mois suivant la visite à l'urgence

4. Autre

Rentabilité (perspective sociétale)

Stratégie de recherche:

Étude cas-témoin randomisée dans quatre hôpitaux de Montréal, comparant les patients bénéficiant d'une intervention aux patients recevant les soins habituellement dispensés à l'urgence

Variables à l'étude :

Variables dépendantes : les résultats principaux, mesurés quatre mois après la visite à l'urgence, comprenaient le déclin fonctionnel et les coûts sociétaux. Les résultats secondaires (processus de soins), mesurés un mois après la visite à l'urgence, comprenaient la référence et les visites au médecin de famille et au CLSC. Les covariants pour les résultats secondaires comprenaient des mesures indiquant si les patients avaient visité leur médecin de famille ou leur CLSC au cours du mois précédant leur visite à l'urgence.

Type de devis

Étude cas-témoin randomisée multi-sites

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

La population-cible se composait de patients âgés de 65 ans prêts à recevoir leur congé de l'urgence sans autre intervention. Les participants ont été recrutés aux urgences de quatre hôpitaux universitaires de Montréal entre le 14 septembre 1998 et le 1^{er} avril 1999. Le recrutement a été effectué à chacune des urgences par une assistante de recherche, surtout pendant la semaine, au cours du quart de jour. Les patients étaient exclus s'ils avaient été transférés d'une résidence ou d'un centre de soins prolongés, si l'équipe de l'urgence prévoyait qu'ils seraient hospitalisés, s'ils étaient incapables de communiquer en français ou en anglais, ou n'étaient pas résidents de Montréal. Ils étaient également exclus si leur état de santé était instable ou s'ils souffraient d'un déficit cognitif (une erreur ou plus, à trois questions d'orientation dans le temps et l'espace) et n'étaient pas accompagnés d'un membre de leur famille pouvant agir à titre de représentant. Finalement, les patients étaient exclus si, au moment du recrutement, ils avaient déjà reçu une consultation d'un membre de l'équipe de gériatrie de l'hôpital (médecin spécialiste en gériatrie, infirmière en gériatrie, physiothérapeute, ergothérapeute, ou travailleur social), car leur inclusion aurait pu diluer l'effet de l'intervention expérimentale. Cependant, les patients ayant reçu une telle consultation après leur recrutement dans l'étude n'ont pas été exclus, car le devis reposait sur l'intention de traiter. Même si, au moment du recrutement, l'équipe de l'urgence s'attendait à ce que tous les patients reçoivent leur congé, certains d'entre eux furent hospitalisés. Ceux-ci ont été inclus dans l'analyse originale avec intention de traiter, mais furent exclus de l'étude parce que : 1) la période où ils étaient «à risque» d'effectuer une visite au médecin de première ligne et au CLSC était plus courte, et 2) les interventions de planification des congés dont ils avaient fait l'objet à l'hôpital auraient dilué l'effet des références faites à l'urgence. La taille de l'échantillon de l'étude pour l'analyse des résultats primaires était de 178 patients randomisés pour l'intervention et de 210 patients recevant les soins habituellement dispensés à l'urgence. La taille de l'échantillon pour les résultats secondaires était de 166 patients pour le groupe d'intervention et de 179 patients pour le groupe témoin.

Instruments de mesure, outils de collecte et sources de données

L'aspect économique a été examiné sous l'angle sociétal, tant pour les patients et les fournisseurs de soins, que pour le système de soins de santé lui-même (subventionné par le gouvernement). Les résultats, mesurés du début de l'étude randomisée jusqu'à quatre mois après celle-ci, comprenaient : (1) le déclin fonctionnel (mesuré à l'aide d'un instrument évaluant les activités quotidiennes) ou le décès; et (2) les changements observés dans les symptômes de dépression. Ces résultats étaient mesurés par le biais d'entrevues avec les patients. Les coûts comprenaient les soins post-urgence (incluant l'hospitalisation, les services fournis par les médecins, les soins dispensés par les organismes communautaires et les médicaments donnés

aux patients externes), ainsi que les coûts aux patients et aux fournisseurs de soins. Les dépenses diverses ont été mesurées à partir de données provenant de banques de données administratives et de questionnaires auto-administrés.

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

Quantitative

Période de temps sur laquelle porte l'étude :

De septembre 1998 à août 1999

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

L'intervention a été associée avec une diminution du taux de déclin fonctionnel (incluant la mort) après quatre mois et n'a pas eu d'effet significatif sur l'ensemble des coûts sociétaux. Nous avons cependant observé une réduction de ces coûts chez les patients ayant utilisé l'urgence avant l'étude. Pour ce qui est du processus de soins, les patients du groupe d'intervention avaient une probabilité significativement plus élevée d'avoir une référence documentée par un dossier à leur CLSC et au médecin de première ligne, et d'avoir reçu des soins à domicile un mois après leur visite à l'urgence. Plus de patients du groupe d'intervention que du groupe témoin ont rapporté avoir été référés à leur médecin de famille lors de leur visite à l'urgence, et avoir communiqué avec lui ou l'avoir visité. Toutefois, des analyses utilisant des données administratives ont indiqué que, pour les patients du groupe d'intervention, la probabilité de visiter leur médecin de famille au cours du mois suivant la visite à l'urgence n'était que légèrement plus élevée.

Les analyses exploratoires ont suggéré que 1) l'effet de l'intervention semblait se limiter aux patients ayant visité leur médecin de famille au cours du mois précédant la visite à l'urgence; et que 2) parmi les patients n'ayant pas vu leur médecin avant la visite initiale à l'urgence, le taux de visites de retour à l'urgence était plus élevé dans le groupe d'intervention. Cependant, les résultats de ces analyses exploratoires devraient être interprétés avec prudence, car ils reposent sur des échantillons réduits et ne sont pas statistiquement significatifs.

Les analyses ajustées ont révélé que les patients du groupe d'intervention avaient une probabilité significativement plus élevée que les patients du groupe témoin de recevoir des soins à domicile au cours du mois suivant la visite à l'urgence.

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

	Peu	Moyennement	Énormément	S.O.*
Validité interne : jusqu'à quel point êtes-vous sûr de la force de la relation entre vos variables en vous fondant notamment sur :				
• Le devis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• La taille de l'échantillon (<i>puissance statistique</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• L'analyse de l'intervention (<i>logique/théorie de l'intervention</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• L'analyse de l'implantation (<i>synergie, antagonisme avec éléments du contexte</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Autre :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Validité externe : jusqu'à quel point vos résultats sont-ils généralisables à d'autres contextes en vous fondant notamment sur :				
• 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"/>	x	<input type="checkbox"/>
• 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"/>	x	<input type="checkbox"/>
• Autre :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Décrivez les éléments contraignants : Le manque de personnel pour l'implantation et le manque de médecins de première ligne ont constitué une contrainte majeure à Montréal				
Décrivez les éléments facilitants :				

*S. O. : Sans objet

Sources de financement :

Le Fonds pour l'adaptation des services de santé, Santé Canada

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

Les résultats ont été publiés dans des revues scientifiques (voir ci-dessous).

McCusker J, Verdon J, Tousignant P, Poulin de Courval L, Dendukuri N, Belzile E. Rapid emergency department intervention for elders reduces risk of functional decline : Results of a multi-centre randomized trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49(10): 1272-1281, 2001.

McCusker J, Jacobs P, Dendukuri N, Latimer E, Tousignant P, Verdon J. Cost-effectiveness of a brief 2-stage emergency department intervention for high-risk elders: Results of a quasi-randomized controlled trial. *Annals of Emergency Medicine*, 41(1): 45-56, 2003.

McCusker J, Dendukuri N, Tousignant P, Verdon J, Poulin de Courval L, Belzile E. Rapid two-stage emergency department intervention for seniors : Impact on continuity of care. *Academic Emergency Medicine*, 10(3): 233-243, 2003.

Les résultats ont également été communiqués à tous les hôpitaux et CLSC du Québec.

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

DÉCIDEURS CIBLÉS (administratifs, cliniques)	RETOMBÉES
Gestionnaires des politiques et programmes (MSSS, Agences régionales)	Valeur du dépistage et de l'équipe de liaison
Gestionnaires des organisations (CH, CLSC, GMF, CMA, etc.)	Idem
Associations / ordres professionnels	Idem
Groupes communautaires	Idem
Autre:	

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

Notre groupe poursuit ses recherches sur les méthodes d'implantation de ces résultats par les hôpitaux du Québec et par certains hôpitaux, ailleurs au Canada et dans le monde. Il est nécessaire d'adapter l'intervention pour les différents sites et patients; par exemple, pour les patients qui n'ont pas de médecin de famille.

Principaux mots-clés :

gériatrie, urgence, intervention de liaison, continuité des soins, continuité de l'information