



**Titre du projet :**

Une infirmière coordonnatrice des congés à l'urgence pour les patients âgés : Cela fait-il une différence ?

**Chercheurs(res) :**

Alex Guttman, Marc Afilalo, Rivka Guttman, Antoinette Colacone, Chantal Robitaille, Eddy Lang, Stephen Rosenthal

**Objectif(s) du projet :**

Évaluer l'impact de l'infirmière coordonnatrice des congés à l'urgence (ICCU) auprès des personnes âgées recevant leur congé.

**Hypothèses ou questions de recherche :**

- 1- Quel est l'impact d'une ICCU sur les visites retour non prévues dans les 14 jours suivant le congé?
- 2- Quel est l'impact d'une ICCU sur l'hospitalisation suivant une visite de retour?
- 3- Quel est l'impact d'une ICCU sur la satisfaction envers les recommandations faites au moment du congé?
- 4- Quel est l'impact d'une ICCU sur le respect des instructions données au moment du congé?
- 5- Quel est l'impact d'une ICCU sur la perception du bien-être des patients?

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

Des patients âgés de 75 ans et plus, vivant dans une habitation privée ou en appartement avec services (résidence) et ayant reçu leur congé de l'urgence de Hôpital général juif – Sir Mortimer B. Davis (HGJ-SMBD) (Montréal) ont été recrutés pour participer à une étude pré- post-intervention.

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

Au cours de la dernière décennie, l'utilisation de l'urgence a augmenté chez les personnes âgées, une population qui représente 21 % de toutes les visites à l'urgence. Lors de ces visites, les patients âgés utilisent plus de ressources, sont plus souvent hospitalisés, ont des durées de séjour (DS) plus longues, et nécessitent des plans de congé plus complexes que les patients plus jeunes. Ces cas sont hautement complexes vu le pourcentage significatif d'entre eux présentant, à la base, de nombreux problèmes de santé chroniques, une autonomie fonctionnelle diminuée et des problèmes sociaux compliqués. De plus, leur congé de l'urgence s'accompagne souvent de plans de soins compliqués, nécessitant des services de soins à domiciles nouveaux ou additionnels. Malgré cette complexité, la plupart des patients âgés retournent à la maison après leur congé de l'urgence et affirment avoir des besoins non comblés, dont celui d'être mieux informés. Par conséquent, il ne faut pas s'étonner qu'ils représentent un risque élevé de visite de retour à l'urgence. Les personnes âgées constituent donc un groupe à haut risque pour les visites retour et les séjours prolongés à l'urgence. Par conséquent, il serait avantageux d'élaborer pour cette clientèle une stratégie visant à réduire le nombre de retours non planifiés à l'urgence et d'hospitalisations tout en améliorant leur perception de bien-être, leur satisfaction et leur conformité aux ordonnances médicales et aux

recommandations faites au moment du congé.

Un devis d'étude pré- post a été choisi pour évaluer les interventions hypothétiquement susceptibles de réduire le nombre de visites de retour non planifiées des patients âgés de 75 ans ou plus qui se présentent à l'urgence.

Dans le groupe préintervention, les patients recevaient les soins usuels au moment du congé. Les congés sans complication étaient gérés par l'urgentologue et l'infirmière de l'urgence, tandis que les congés plus complexes impliquaient la travailleuse sociale, l'infirmière en gériatrie ou la coordonnatrice des congés de l'hôpital, selon les besoins.

Les patients post-intervention bénéficiaient de l'intervention de l'ICCU. L'intervention regroupait la coordination des rendez-vous (hôpital, soins de première ligne), l'enseignement au patient, le suivi téléphonique et l'accès à l'ICCU comme personne-ressource jusqu'à sept jours suivant le congé de l'urgence.

**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.*)

Coordination et intégration au réseau de soins de première ligne pour les patients âgés recevant leur congé de l'urgence

3. Autre :

Éducation, soutien

**Ressources**

1. Type (*humaines, financières, physiques, technologiques etc.*)

Infirmière coordonnatrice des congés de l'urgence

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

Collaboration interprofessionnelle (réseau de soins de première ligne)

3. Services offerts (*étendue, gamme*)

Coordination, enseignement, information, personne-ressource, soutien

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

Coordination des soins lorsque le patient reçoit son congé de l'urgence.

5. Autre

## Effets

### 1. Profil d'utilisation

Visites de retour non planifiées à l'urgence dans les 14 jours suivant le congé

### 2. Continuité, globalité, accessibilité, réactivité

Accès à l'information

### 3. Santé

Conformité par le patient aux instructions données au moment du congé de l'urgence

### 4. Autre

Perception du bien-être par le patient, satisfaction quant aux recommandations faites lors du congé de l'urgence

## Stratégie de recherche :

### Analyse d'impact :

Cette étude a utilisé un devis prospectif pré- post pour comparer l'impact d'un programme de planification de congés à l'urgence (post-intervention) par rapport aux soins habituellement prodigués (pré-contrôle) aux patients âgés lors de leur congé de l'urgence sur différents aspects :

### Résultat primaire :

Visites de retour non planifiées à l'urgence dans les 14 jours suivant le congé

### Résultats secondaires :

Visites de retour non planifiées à l'urgence dans les 8 jours suivant le congé

Hospitalisation à la suite d'une visite de retour

Satisfaction du patient quant aux instructions faites au moment du congé

Conformité du patient aux instructions reçues au moment du congé

Perception du bien-être par le patient

Les résultats ont été mesurés au 1<sup>er</sup>, 8<sup>e</sup> et/ou 14<sup>e</sup> jour suivant le congé par un questionnaire téléphonique évaluant la satisfaction du patient quant aux recommandations faites lors du congé, à la conformité aux instructions reçues et à la perception du bien-être. Le questionnaire a été administré par une assistante de recherche (**AR**). Pour ce qui est des visites de retour à l'urgence et des hospitalisations résultant de l'une de ces visites, les données sur les dates et la disposition finale ont été recueillies à partir des bases de données administratives.

## Variables à l'étude :

Devis prospectif pré-post comparant les soins usuels dispensés au moment du congé (pré=contrôle) à un programme de planification des congés à l'urgence (post=intervention) pour les patients âgés recevant leur congé de l'urgence.

Les patients de la **phase pré-** recevaient les soins usuels prodigués lors du congé de l'urgence. La **phase post** comprenait la coordination des rendez-vous (hôpital, soins de première ligne), l'enseignement au patient, le suivi téléphonique et l'accès à l'ICCU comme personne-ressource jusqu'à sept jours suivant le congé de l'urgence.

### Variables dépendantes

1-Visites de retour non planifiées à l'urgence dans les 14 jours suivant le congé : Date de la visite de retour à l'urgence

2-Hospitalisation suivant une visite de retour : Date de l'hospitalisation résultant d'une visite de retour

3-Satisfaction du patient quand aux instructions reçues lors du congé : Clarté de l'information

4-Conformité du patient au regard des instructions données lors du congé :  
Observance de la prise de nouveaux médicaments après le congé de l'urgence  
Observance des recommandations de suivi après le congé de l'urgence

5-Perception du bien-être

Perception du bien-être par le patient

**Variables explicatives**

Phase de l'étude (pré- vs post)

**Variables de contrôle**

Âge; sexe; statut marital; auto-évaluation de l'état de santé; autonomie fonctionnelle; maladies cardiaques; diabète; problèmes de mobilité; complexité de la médication; disponibilité d'un aidant; support social selon l'échelle de **OARS** ; nombre de raisons principales de visite; perception de la gravité du problème de santé ayant conduit à la visite à l'urgence.

**Type de devis**

Devis prospectif pré- post comparant les soins usuels prodigués au moment du congé (pré-contrôle) à un programme de planification de congés (post-intervention) pour les patients âgés recevant leur congé de l'urgence.

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

L'étude comprenait les patients âgés de 75 ans ou plus, résidant dans une habitation privée ou un appartement avec services (résidence), à Montréal ou dans la région métropolitaine, ayant reçu leur congé de l'urgence de l'HGJ-SMBD pendant les heures d'étude (8h00 à 22h00, sept jours par semaine) et qui étaient disponibles pour un suivi téléphonique. Les patients devaient être bien orientés dans le temps, le lieu et l'espace. Les patients étaient exclus s'ils étaient dirigés vers une maison d'accueil ou un foyer d'accueil, ne parlaient ni l'anglais ni le français et n'avaient pas d'interprète disponible, participaient à un autre projet de recherche, ou avaient déjà participé à l'étude. L'échantillon final comprenait 908 patients dans la phase de pré-test et 819 dans la phase post-test.

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

Questionnaire élaboré par les chercheurs; base de données administratives de l'hôpital

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

Quantitative :

Visites de retour non planifiées à l'urgence dans les 14 jours

Satisfaction des patients quant aux recommandations faites au moment du congé

Conformité des patients aux instructions données au moment du congé

Perception du bien-être par les patients

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

La phase de contrôle (pré-) a eu lieu entre le 25 mai et le 8 décembre 1999.

La phase d'intervention (post) a eu lieu entre le 17 janvier et le 28 juillet 2000.

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

Les réformes du système de santé ont résulté en un virage des soins hospitaliers vers la communauté. Le nombre de patients âgés sollicitant les services de l'urgence ne cessant d'augmenter, ces changements touchent particulièrement la population âgée. Leur plus grande vulnérabilité, combinée à des procédures de congé accélérées, typiques à l'urgence, prédisposent la population âgée à un risque élevé de visites de retour à l'urgence à la suite de leur congé. On a également démontré que leurs durées de séjour à l'urgence étaient plus longues. Ces patients constituent donc sans doute un facteur important à l'encombrement des urgences. Notre étude a démontré que le fait d'avoir une infirmière coordonnatrice de congés à l'urgence peut être bénéfique pour les patients et leur famille, et que cela améliorerait la qualité générale des soins en :

-réduisant l'incidence de visites retour non planifiées à l'urgence dans les 8 à 14 jours suivant le congé;

-réduisant les hospitalisations non planifiées dans les 14 jours suivant le congé;

-procurant aux patients un plus haut degré de satisfaction au regard de l'enseignement donné au moment du congé.

**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"/>	x	<input type="checkbox"/>
• 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	x
<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"/>	x	<input type="checkbox"/>
• 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"/>	x	<input type="checkbox"/>
Décrivez les éléments contraignants : aucun				
Décrivez les éléments facilitants : Intégration d'une ICC à l'équipe médicale/infirmière de l'urgence, présentation toutes les deux semaines à l'équipe de l'urgence de cas intéressants, visites et rencontres avec diverses agences communautaires avant le début du recrutement des patients, bureau loin de l'agitation réservé aux entrevues avec les patients et leur famille. L'usage d'un téléphone et d'un ordinateur dédiés au projet, permettant d'accéder à de l'information sur les patients et de transmettre les références se sont avérés indispensables.				

\*S. O. : Sans objet

**Sources de financement :**

Le fonds pour l'adaptation des services de santé, Santé Canada (N° QC 429), le Brownstein Emergency Department Research Endowment Fund

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

- 1-Congrès 2001, Society of Academic Emergency Medicine, Atlanta, Georgia.
- 2-Congrès de l'Association canadienne des médecins d'urgence, mars 2001, Calgary, Alberta.
- 3-Health Transition Fund, Sharing and learning, Montréal, avril 2001
- 4-Congrès de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), Québec, octobre 2001.
- 5-Congrès de l'Association des médecins d'urgence du Québec, octobre 2001.
- 6-Carrefour de l'innovation, Montréal, novembre 2001

**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)	Cette étude a défini de nouveaux standards pour la création d'un poste d'infirmière coordonnatrice des congés à l'urgence pouvant conduire à l'élaboration de politiques et protocoles intégrés de soins de santé visant à assurer la coordination, la continuité et la qualité des soins pour les patients âgés de 75 ans et plus.
Gestionnaires des organisations (CH, CLSC, GMF, CMA, etc.)	Idem
Associations / ordres professionnels	Idem
Groupes communautaires	
Autre:	

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

Cette étude visait tous les patients de 75 ans et plus, mais l'échantillon choisi a peut-être constitué une limite, du fait que de nombreux patients recrutés n'étaient pas considérés comme fragiles.  
 Nous suggérons que les études futures utilisent un outil pouvant détecter les patients dits fragiles ou à risque.  
 Des études futures sont nécessaires pour aborder les questions de rentabilité liées à l'implantation d'un programme de planification des congés à l'urgence.

**Principaux mots-clés :**

Département d'urgence, planification de congés, visite de retour, satisfaction