



**Titre du projet :**

Caractéristiques des patients non urgents se présentant à l'urgence et barrières aux soins de première ligne

**Chercheurs(res) :**

J. Afilalo, A. Marinovich, M. Afilalo, A. Colacone, R. Léger, B. Unger

**Objectif(s) du projet :**

1-Comparer l'utilisation de l'urgence par les patients non urgents (NU) à celle des clientèles urgente et semi-urgente (USU) selon le modèle adapté d'Anderson.  
2-Décrire les raisons pour lesquelles les patients NU n'ont pas consulté un fournisseur de soins de première ligne avant de se présenter à l'urgence.  
3-Comparer l'impact de la clientèle NU à celui la clientèle USU sur l'utilisation des ressources à l'urgence.

**Hypothèses ou questions de recherche :**

Le groupe de patients NU se présentant à l'urgence est-il différent du groupe USU en ce qui a trait aux besoins et aux facteurs prédisposant et facilitant?  
Quelles sont les raisons pour lesquelles les patients NU se présentent à l'urgence sans avoir consulté préalablement un fournisseur de soins de première ligne ?  
Quel est l'impact de la clientèle NU sur les ressources de l'urgence ?

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

Les patients visitant les urgences de cinq hôpitaux de soins tertiaires au Québec; Montréal (2), Lanaudière, Québec, et Sherbrooke

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

La question de l'utilisation de l'urgence par la clientèle NU est très significative, comme en témoignent les nombreux projets de recherche publiés dans la littérature médicale et l'importance de la couverture médiatique lui étant consacrée. Malgré toute l'attention accordée à la clientèle NU, il existe encore bien des incertitudes et controverses entourant la composition de ce groupe et son véritable impact sur le système de santé. Étant donné que la question sur la redirection des patients NU de l'urgence n'a pas encore été résolue, il est pertinent de définir et de structurer les raisons pour lesquelles les patients NU se sont adressés à l'urgence de même que de définir les barrières à l'accessibilité des soins de première ligne. La ligne de conduite à prendre au regard de cette population demeure encore controversée. Notre mauvaise compréhension de la composition de ce groupe et des raisons pour lesquelles elle se présente à l'urgence nous empêche de résoudre ce problème important.

**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:**

De manière à pouvoir comparer l'utilisation de l'urgence par les patients NU et par les patients USU, nous avons déterminé la gravité de la raison de visite en utilisant l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG). Les codes 2-3-4 de l'ETG ont été classifiés USU, tandis que les codes 5 ont été classifiés NU. Nous avons limité le groupe NU aux patients de code 5, vu la définition du code 5 de l'ETG et de la mise en garde à l'effet que ces patients pourraient potentiellement se voir référer à des centres de soins de première ligne pour y être traités.

### **Adaptation du modèle d'Anderson pour l'utilisation des soins de santé**

Le modèle comportemental d'Anderson a été utilisé pour caractériser l'influence des comportements sur l'utilisation du système de santé. Les facteurs déterminants ont été regroupés en trois catégories : les facteurs prédisposants, les facteurs facilitants et les besoins. Le terme «prédisposant» reflète une tendance à l'utilisation présente avant le début de la maladie. Dans cette étude, les facteurs prédisposants réfèrent aux données sociodémographiques des patients. Le terme «facilitant» reflète un état de santé permettant à un individu d'agir selon une valeur ou pour satisfaire un besoin. La dernière catégorie; besoin, est à la fois le niveau réel de gravité de la maladie de même que sa perception par le patient.

Facteurs facilitants : visite à l'urgence pendant la fin de semaine, visite en dehors des heures d'achalandage, transport par ambulance, avoir un fournisseur de soins de première ligne, être suivi par un spécialiste.

Facteurs de besoin : perception de la gravité de la maladie ou de l'état général de santé, activités de la vie quotidiennes, nombre de maladies, nombre d'hospitalisations au cours des trois dernières années.

Facteurs prédisposants : âge, sexe, éducation, revenu, conditions de vie, statut d'immigration.

### **Classification des raisons motivant les patients NU à se présenter à l'urgence**

Nous avons demandé à tous les patients ayant un médecin de famille pourquoi ils ne l'avaient pas consulté avant de se présenter à l'urgence. Les raisons invoquées par ces patients ont ensuite été classées en six catégories comprenant l'accessibilité, la référence et le suivi, la familiarité, le besoin, la confiance, et aucune raison donnée.

### **Impact des patients NU sur l'urgence**

Nous avons comparé l'impact sur les urgences en utilisant les variables suivantes : utilisation d'une civière, taux d'admission à l'hôpital, délai à l'examen médical, et durée du séjour à l'urgence.

### **Variables à l'étude :**

Étude prospective d'observation

Premier objectif :

Variables dépendantes = NU/USU

Variables indépendantes= facteurs prédisposants, facteurs facilitants et besoins

Deuxième objectif :

Raisons pour lesquelles les patients NU n'ont pas consulté un médecin de première ligne

Troisième objectif

Variables dépendantes = ressources utilisées à l'urgence

Variables indépendantes = NU/USU

### **Type de devis**

Analyse secondaire de données recueillies à partir d'une étude prospective d'observation utilisant un échantillon de convenance de cinq hôpitaux du Québec.

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

Les patients âgés de 18 ans et plus se présentant dans une urgence participante pendant la période de l'étude étaient admissibles à l'étude. Le modèle d'échantillon impliquait qu'une infirmière assistante de recherche (IAR) administrait le questionnaire au patient le plus récemment enregistré, après avoir terminé l'entrevue avec le patient précédent. À chaque centre, le recrutement devait refléter la distribution de la clientèle de l'année précédente en termes d'arrivée le jour, le soir, ou la nuit. Chaque centre recrutait des patients pendant une période de 3 à 4 mois. Selon les critères du comité d'éthique institutionnel, les patients dont l'état de santé était instable ou qui échouaient ( $\geq 5$  erreurs) au *Short Portable Mental Status*

**Questionnaire** (SPMSQ, Pfeiffer 1975) devaient avoir un représentant légal qui participerait à l'étude en leur nom. Les critères d'exclusion étaient les suivants : avoir participé à l'étude lors d'une visite à l'urgence antérieure, avoir échoué au SPMSQ et ne pas être accompagné d'un représentant légal, avoir un état de santé instable ou une barrière linguistique, et ne pas avoir accès à un aidant. Un total de 2 348 patients ont été approchés dans l'étude primaire dont 1 804 (76,8 %) ont accepté l'entrevue. De cet échantillon, les patients ayant reçu le code de triage 1 (n = 21) ont été exclus de l'analyse. L'échantillon de patients NU se composait donc de 454 patients (25 %) ayant le code de triage 5 selon l'ETG tandis que l'échantillon de patients USU se constituait de 1 329 patients (75 %) ayant les codes 2-3-4.

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

Les patients complétaient le questionnaire, avec l'IAR, immédiatement après avoir été évalué par l'infirmière de triage. Le questionnaire standardisé passait en revue : les antécédents médicaux, le soutien social, la connaissance et l'utilisation des services de santé, les visites et consultations à l'urgence, les activités de la vie quotidienne (AVQ) et les données sociodémographiques. L'IAR consultait également les dossiers médicaux des patients participants pour en extraire les données concernant la raison de visite, le code de triage (1 à 5 basée sur l'ETG), le type de patient (ambulatoire ou nécessitant une civière à l'urgence), la disposition finale, les hospitalisations antérieures et la durée de séjour (c.-à-d. l'intervalle de temps entre l'arrivée au triage et le départ de l'urgence).

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

Analyse quantitative : Les données ont été résumées en utilisant des moyennes ou des proportions avec des intervalles de confiance de 95 % sur les différences. Une transformation logarithmique (Ln) a été utilisée pour dériver les durées de séjour moyennes de manière à pouvoir détecter les différences significatives. L'effet de groupe (sites hospitaliers) sur les estimations de variance a été corrigé en utilisant une approche de séries de Taylor pour tester les différences significatives entre les moyennes et les proportions.

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

Du 19 octobre 1999 au 26 mai 2000

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

Notre étude démontre que la prévalence des patients NU vus à l'urgence était de 25 % de l'ensemble des patients à l'urgence.

##### **Facteurs prédisposants à l'utilisation de l'urgence**

Par rapport au groupe USU, les patients NU étaient significativement plus jeunes et moins susceptibles d'habiter seul.

##### **Facteurs facilitants l'utilisation de l'urgence**

Les patients NU :

Étaient moins susceptibles de se présenter entre 16h00 et 8h00;

Étaient moins susceptibles d'arriver en ambulance;

Avaient moins de contacts réguliers avec une clinique externe, des médecins de famille ou des spécialistes.

Même si la majorité des patients des deux groupes affirmaient être suivis par un médecin de famille, seul un faible pourcentage d'entre eux avaient tenté de consulter leur médecin avant de se présenter à l'urgence (27 % des USU contre 22 % des NU).

##### **Facteurs de besoin dans l'utilisation de l'urgence**

Les patients NU étaient moins gravement malades, tel que démontré par le fait qu'ils percevaient leur maladie comme moins grave de même que leur état de santé générale comme meilleure et qu'ils avaient moins d'antécédents médicaux et d'hospitalisations antérieures. De plus, les patients NU attendaient plus longtemps, malgré la présence de symptômes, avant de se présenter à l'urgence (12,4 heures contre 5,4 heures).

**Barrières aux soins de première ligne pour les patients non urgents**  
 Les raisons invoquées par les patients NU pour ne pas visiter leur médecin de famille comprenaient : l'accessibilité (32 %), la référence/le suivi (20 %), la familiarité (11 %), le besoin (22 %), la confiance (7 %), et aucune raison donnée (7 %).

**Impact des patients non urgents sur l'urgence**  
 Les patients NU étaient moins susceptibles d'avoir besoin d'une civière et avaient un taux d'hospitalisation significativement plus bas.  
 Les patients NU attendaient plus longtemps avant d'être vus par un médecin et avaient une durée de séjour moins longue à l'urgence.

**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"/>	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• La taille de l'échantillon ( <i>puissance statistique</i> )	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>	x	<input type="checkbox"/>	<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"/>	x	<input type="checkbox"/>
Décrivez les éléments contraignants : aucun				
Décrivez les éléments facilitants : approche par équipe				

\*S. O. : Sans objet

**Sources de financement :**

Programme de recherche MSSS, Agence de santé, de services sociaux de Montréal, Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ)- programme de soutien à la recherche sur la problématique des urgences, bourse des IRSC aux étudiants dans le domaine de la santé (Université McGill)

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

1. Informer les co-commanditaires, gestionnaires et décideurs (MSSS, Comité de coordination sur les urgences, Agence de santé, de services sociaux de Montréal)

2. Présentation des résultats à des congrès scientifiques au Québec, au Canada et aux États-Unis
3. ACFAS
4. Départements de médecine d'urgence
5. Publication des résultats dans des revues scientifiques avec comités de révision
6. Site internet
7. Bulletin « Coup d'oeil » du MSSS

**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)	<b>MSSS, Agences régionales</b> Les décideurs pourraient tenir compte de ces résultats en élaborant des stratégies pour rediriger cette clientèle. Un algorithme de diversion applicable globalement ne fonctionnerait peut-être pas dans ce cas; nous devrions peut-être élaborer des stratégies ciblées et une approche multi-facettes à ce problème.
Gestionnaires des organisations (CH, CLSC, GMF, CMA, etc.)	<b>GMF (Groupes de médecine familiale)</b> Notre étude a révélé que plusieurs raisons pour ne pas utiliser les services de première ligne comme alternative à l'urgence varient d'un utilisateur NU à un autre. Ceci explique peut-être pourquoi les stratégies de diversion visant à rediriger le groupe NU dans son ensemble au lieu de reconnaître sa diversité inhérente ont eu peu de succès dans le passé. Les GMF pourraient peut-être voir au problème d'accessibilité.
Associations / ordres professionnels	<b>Association des médecins d'urgence du Québec (AMUQ)- Canadian association of emergency physicians (CAEP).</b> La clientèle NU se compose de jeunes patients, qui ne vivent pas seuls, ont moins de comorbidités, et se présentent à l'urgence pendant la journée pour des problèmes moins sévères n'entraînant habituellement pas de longs séjours à l'urgence ou des hospitalisations. Ce groupe ne représente pas une charge de travail excessive pour le personnel de l'urgence.
Groupes communautaires	
Autre:	

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

La recherche future devrait se concentrer sur l'évaluation de l'impact réel des patients NU sur l'urgence car s'ils ne font pas augmenter les coûts du système de santé, ne contribuent pas de façon significative à l'encombrement des urgences, et n'ont pas un pronostic moindre suite à une faible continuité de soins, la question de redirection devient moins importante.

**principaux mots-clés :**

Département d'urgence, visites non urgentes, caractéristique des patients