



**Titre du projet :**

Le centre de services ambulatoires en tant qu'alternative au recours à l'urgence hospitalière

**Chercheurs(res) :**

N. Leduc, J. Ricard, L. Farand, D. Roberge, A. A. Gbaya

**Objectif(s) du projet :**

1. Examiner les trajectoires suivies par les patients avant leur recours à l'urgence en fonction de la nature et de la gravité de leurs problèmes de santé, de leurs habitudes de consommation et de leurs caractéristiques individuelles.
2. Identifier les services de santé considérés acceptables comme alternatives à l'urgence hospitalière selon la perspective des patients.

**Hypothèses ou questions de recherche :**

1. Quel est le processus décisionnel par lequel les patients choisissent de recourir à l'urgence hospitalière plutôt qu'à un autre type de service? Par processus décisionnel, nous entendons l'ensemble des démarches préalables à la visite à l'urgence (Info-Santé, centres locaux de services communautaires (CLSC), médecin de famille, clinique sans rendez-vous, etc.).
2. Quelles caractéristiques permettent-elles de distinguer les patients qui choisissent de se rendre directement à l'urgence hospitalière de ceux qui effectuent d'autres démarches préalablement à la visite à l'urgence?
3. Le centre de services ambulatoires représente-t-il une alternative acceptable pour les patients? Si oui, à quelles conditions?

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

Besoin accru en lits de courte durée dans le Sud de la région de Lanaudière, hausse du nombre total de visites à l'urgence du Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, dont la moitié ont pour motif une affection jugée de priorité 4 (problème subaigu) ou 5 (problème de santé jugé non urgent). Sous-région parmi les plus dépourvues de la province en effectifs médicaux. Construction d'un nouveau centre hospitalier (ouverture en avril 2004), ce qui a fourni l'opportunité de repenser l'architecture du centre hospitalier et d'y inclure un centre de services ambulatoires qui aura entre autres fonctions de désengorger l'urgence en offrant à la clientèle atteinte de problèmes subaigus l'accès rapide (en moins de 72 heures) à des services médicaux de 1<sup>ère</sup> et de 2<sup>e</sup> ligne. Également, opportunité d'améliorer les liens avec les praticiens de 1<sup>ère</sup> ligne par l'instauration d'un système d'information.

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

Approche basée sur un modèle théorique du choix d'un service de santé, élaboré à partir des modèles de demande sélective de produits et de services. Lorsque la décision de recourir à des services de santé est prise et que la question consiste à savoir quel service choisir parmi ceux disponibles, le modèle permet de documenter et de comprendre le processus par lequel les individus effectuent une sélection parmi un éventail de possibilités. D'après ce modèle, suite au besoin ressenti de soins de santé, une démarche comprenant les différentes étapes suivantes

est enclenchée : recherche d'information, évaluation des divers services de santé offerts et connus, choix du service perçu comme répondant le mieux aux attentes; consultation; enfin, évaluation post hoc de la visite, susceptible d'influencer de façon plus ou moins marquée le besoin éventuel de recourir à des services de santé ainsi que la nature même du service utilisé.

**Description des aspects particuliers de l'organisation des services de première ligne sur lesquels porte 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 de services au plan fonctionnel

**Ressources**

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

Complémentarité des ressources médicales par l'accès accru, par les praticiens de 1<sup>ère</sup> ligne, aux services spécialisés auparavant inaccessibles dans un délai considéré raisonnable par les praticiens de 1<sup>ère</sup> ligne, sauf par le biais de l'urgence hospitalière. De plus, retour des patients vers la 1<sup>ère</sup> ligne après la consultation spécialisée, le praticien demeurant ainsi le principal intervenant au lieu de remettre le patient au spécialiste.

2. Niveau (*quantité, répartition*)

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

**Pratiques**

1. Multidisciplinarité/interdisciplinarité

2. Processus de collaboration interprofessionnelle, interorganisationnelle

Collaboration interorganisationnelle

3. Services offerts (*étendue, gamme*)

Plateau technique spécialisé au centre ambulatoire.

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

Accès téléphonique privilégié au centre ambulatoire pour les médecins de 1<sup>ère</sup> ligne. Réservation de plages horaires quotidiennes, par les diverses spécialités, pour les patients référés directement au centre ambulatoire par les médecins de 1<sup>ère</sup> ligne. Donc, accessibilité et continuité accrues.

**Effets**

1. Profil d'utilisation

2. Continuité, globalité, accessibilité, réactivité

3. Santé

**Stratégie de recherche:**

Description des trajectoires préalables au recours à l'urgence et des préférences à l'égard de diverses propositions d'alternatives au recours à l'urgence hospitalière.  
Mise en relation des caractéristiques des patients et de leurs trajectoires. Analyse des effets des caractéristiques sur le choix d'un service d'urgence.

## Variables à l'étude :

Étude corrélacionnelle.

Variables dépendantes : démarche préalable au recours à l'urgence hospitalière (i-e recours à Info-Santé-CLSC, contact téléphonique avec un médecin, visite à un médecin) versus recours direct à l'urgence hospitalière.

Variables indépendantes: âge, sexe, niveau d'activité, à qui s'adresse la consultation, état de santé perçu, durée du problème de santé, nouveauté du problème de santé à l'origine de la visite à l'urgence, degré perçu d'urgence, niveau d'inquiétude, perception de la menace que représente le problème, probabilité perçue de complications, niveau de douleur et de limitations, degré d'accessibilité à une source régulière de soins en l'absence de rendez-vous, source habituelle de soins en l'absence de rendez-vous, nombre de visites médicales au cours des 6 derniers mois au CLSC, à une clinique médicale, à l'urgence d'un hôpital et à la clinique externe d'un hôpital.

## Type de devis

Description des usagers et comparaisons de deux groupes d'usagers en fonction de leurs trajectoires.

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

Échantillon de 399 patients qui, ayant reconnu la présence d'un problème de santé qu'ils percevaient suffisamment grave pour nécessiter une attention médicale, se sont présentés à l'urgence du Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur et ont reçu le code 4 ou 5 attribué par une infirmière du triage. Exclusion des patients psychiatriques. Un total de 465 patients ont été sollicités pour participer à l'étude; 14,2% ont refusé.

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

Questionnaire auto-administré, complété pendant que le patient attendait de voir un médecin.

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

Analyses descriptives, tests d'association et régressions logistiques multiples.

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

Octobre 2002 à janvier 2003 inclusivement.

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

1) Trajectoires de soins avant le recours à l'urgence hospitalière. Près de la moitié des patients (47,9%) n'ont effectué aucune démarche avant de se rendre à l'urgence du Centre Hospitalier Pierre-Le Gardeur.

Seuls 21,8% des patients ont contacté Info-Santé-CLSC. Parmi ceux-ci, 87,4% ont reçu la recommandation de consulter un médecin. Dans 65,8% des cas, c'est l'urgence hospitalière qui a été recommandée.

Près du tiers des patients (32,4%) ont consulté un médecin avant de se rendre à l'urgence. Dans la moitié des cas, il s'agissait du médecin de famille. Parmi les patients qui ont consulté un médecin préalablement à leur visite à l'urgence, 66,4% se sont fait recommander d'aller à l'urgence hospitalière.

Globalement, seuls 31,3% de tous les patients se sont présentés à l'urgence suite à la recommandation d'un professionnel de la santé (Info-Santé-CLSC, médecin).

2) Caractéristiques permettant de distinguer les patients qui choisissent de se rendre directement à l'urgence hospitalière de ceux qui effectuent d'autres démarches préalablement à la visite à l'urgence. Les patients les plus enclins à recourir au service d'un professionnel de la santé

préalablement à la visite à l'urgence sont ceux dont le problème de santé dure depuis plus d'une journée, qui perçoivent comme possible la survenue de complications s'ils ne consultent pas rapidement un médecin et qui sont aux études ou travaillent à temps plein ou à temps partiel (plutôt qu'inactifs). Leur probabilité de démarche préalable s'accroît en fonction du volume de visites médicales en clinique ou cabinet au cours des 6 derniers mois. Par contre, ceux qui fréquentent les cliniques externes d'hôpitaux auraient davantage tendance à aller directement à l'urgence.

3) Centre de services ambulatoires comme alternative acceptable pour les patients. Lorsqu'on considère l'ensemble des résultats relatifs aux préférences des patients, on constate que :

▀ Le médecin de famille serait le service de santé auquel ils recourraient volontiers plutôt qu'à l'urgence hospitalière, si le temps d'attente y était beaucoup plus court, s'il offrait la possibilité de consultations spécialisées dans un court délai et qu'on y avait accès sans rendez-vous le jour, le soir et la fin de semaine.

▀ Le temps d'attente demeure un attribut important pour le choix d'un service de santé : à temps d'attente équivalent, l'urgence demeure en effet le service de choix pour une proportion importante de patients. Les médecins de famille et les cliniques sans rendez-vous ou les CLSC sont des alternatives acceptables à l'urgence à la condition, entre autres, que le temps d'attente y soit moindre.

▀ L'accès rapide à des services spécialisés est un attribut fortement recherché, ce qui explique que les patients recourent à l'urgence à temps d'attente équivalent à celui des autres services.

▀ La possibilité de suivi par le même médecin est aussi un attribut recherché, mais par une proportion moindre de patients.

▀ La proximité n'est pas un attribut important.

▀ Info-Santé-CLSC semble peu populaire auprès des usagers de l'urgence.

On peut donc penser que la mise en place d'un centre ambulatoire, branché sur le réseau de 1<sup>ère</sup> ligne et offrant des services spécialisés aurait une probabilité élevée de succès pour désencombrer l'urgence et accroître l'accessibilité à des services de santé dans la sous-région.

**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			X	<input type="checkbox"/>
• La taille de l'échantillon ( <i>puissance statistique</i> )		<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
• L'analyse de l'implantation ( <i>synergie, antagonisme avec éléments du contexte</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
• Autre :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" 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"/>		X	<input type="checkbox"/>
• L'inférence statistique ( <i>inférence de l'échantillon à la population échantillonnée</i> )		<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"/>	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"/>	X	<input type="checkbox"/>	
• Autre :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Décrivez les éléments contraignants : contexte d'un territoire parmi les moins pourvus en effectifs médicaux, qui fait en sorte que les médecins de 1 <sup>ère</sup> ligne et Info-Santé-CLSC ont davantage tendance à référer les patients à l'urgence pour qu'ils reçoivent une consultation spécialisée dans un délai acceptable. Construction d'un nouveau centre hospitalier, qui fournit un momentum particulier à l'instauration de nouvelles façons de faire.				
Décrivez les éléments facilitants : Cohérence de l'ensemble des résultats obtenus avec la littérature scientifique (à l'exception de la remarque ci-dessus)				

\*S. O. : Sans objet

**Sources de financement :**

Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur.

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

Projet initié par le directeur des services professionnels du CH, qui était membre du comité d'implantation du nouvel hôpital. Diffusion des résultats auprès du CA et du personnel du CH. Les résultats ont en outre été discutés avec les médecins du territoire et une enquête a été conduite auprès de ces derniers afin de compléter la perspective des patients (étude rapportée ici) par celle des praticiens. Les résultats obtenus confirment l'acceptabilité et la pertinence du centre ambulatoire, cette fois-ci par les médecins de 1<sup>ère</sup> ligne.

**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)	Complémentarité des services entre la 1 <sup>ère</sup> et la 2 <sup>e</sup> ligne; utilisation diversifiée des ressources hospitalières dans le cas où les ressources ambulatoires extra-hospitalières s'avèrent plus rares.
Gestionnaires des organisations (CH, CLSC, Groupes de médecine de famille (GMF), CMA, etc.)	Sensibilisation des CH, des cliniques médicales et des CLSC à la possibilité d'utiliser différemment les ressources disponibles sur leur territoire
Associations / ordres professionnels	S/O
Groupes communautaires	S/O

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

Modification des pratiques professionnelles suite à l'implantation d'un centre ambulatoire visant à favoriser le recours optimal aux services de 1<sup>ère</sup> ligne.  
Impact sur le recours à l'urgence pour des problèmes de nature subaiguë ou non urgente.

**Principaux mots-clés :**

Urgence hospitalière, services de 1<sup>ère</sup> ligne, accessibilité, centre ambulatoire