



Titre du projet :

Étude du recours à l'urgence pédiatrique en tant que substitut aux services de 1^{ère} ligne.

Chercheurs(res) :

N. Leduc, F. Champagne, S. Bergeron, M. Lafrance, G. Ste-Marie

Objectif(s) du projet :

- 1) Décrire le processus décisionnel par lequel les parents choisissent de recourir aux services de l'urgence pédiatrique plutôt qu'à un autre type de service :
 - Connaître les sources d'informations auxquelles se réfèrent les parents lors du choix de l'urgence et déterminer leur importance relative (Info-Santé - centres locaux de services communautaires (CLSC), service téléphonique de l'urgence Ste-Justine, médecin habituel, habitudes d'utilisation. motif principal du choix)
 - Évaluer la connaissance que les parents ont des services alternatifs à l'urgence pédiatrique
 - Identifier les principaux attributs que les parents recherchent dans un service d'urgence pour leur enfant
- 2) Connaître le degré de gravité du problème de santé à l'origine de la visite tel que perçu par les parents.

Hypothèses ou questions de recherche :

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

L'hôpital Ste-Justine offre des services pédiatriques ultra-spécialisés (3^e et 4^e ligne) à l'ensemble de la population québécoise, ainsi que des services de 1^{ère} et de 2^e ligne que l'établissement souhaiterait limiter à sa population environnante par la mise en place d'un ensemble de mesures. L'urgence est l'un des services ciblés par ces mesures. Ainsi, elle reçoit annuellement entre 70 000 et 80 000 visites, dont environ 30% seulement sont effectuées par une clientèle habitant sur le territoire même de Ste-Justine. En outre, 30 à 35% de l'ensemble des visites sont considérées au triage comme non urgentes, c'est-à-dire qu'elles auraient pu être effectuées dans une clinique médicale (nature non spécialisée des ressources requises) et que l'intervention médicale aurait pu être faite dans les 24 heures (nature non urgente de l'intervention). La proportion élevée de visites non urgentes, couplée à celle de patients provenant d'autres territoires, résulte en un encombrement de l'urgence pédiatrique. Dans ce type d'urgence, l'encombrement est la plupart du temps dû aux patients ambulants, contrairement aux urgences générales où l'on observe plutôt une surcharge de patients sur civière.

Plusieurs interventions ont eu lieu dont principalement la concertation avec l'autre CHU mère-enfant de la région de Montréal pour réorganiser les soins pédiatriques non urgents ou semi-urgents. Ensuite, une démarche visant à faire l'inventaire des services alternatifs disponibles à la population a été réalisée. Enfin, cette étude a été réalisée et constitue en quelque sorte une analyse stratégique des consultations à l'urgence.

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.*)

Perspective territoriale pour les services de 1^{ère} et de 2^e ligne

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 souhaitée de services de 1^{ère} et de 2^e lignes au plan supra-régional par 1) des ententes formelles entre le CHU-mère enfant et six hôpitaux régionaux partenaires, des CLSC et des cabinets privés 2) de la formation afin de parfaire les compétences professionnelles régionales et sous-régionales 3) la certification de la qualité des services régionaux.

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?*)

Objectif d'éviter la substitution par l'implantation d'un réseau supra-régional mère-enfant

4. Autre

Objectif de complémentarité des ressources existantes

Pratiques

1. Multidisciplinarité/interdisciplinarité

2. Processus de collaboration interprofessionnelle, interorganisationnelle

Collaboration interorganisationnelle

3. Services offerts (*étendue, gamme*)

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

Effets

1. Profil d'utilisation

2. Continuité, globalité, accessibilité, réactivité

3. Santé

Stratégie de recherche:

Description des paramètres.

Variables à l'étude :

Étude descriptive.

Variables étudiées : raison principale du recours à l'urgence, sources d'information, satisfaction, problème de santé de l'enfant (durée, nouveauté, service utilisé pour le même problème dans le passé, gravité perçue, douleur, limitations) attitudes et croyances à l'égard des divers types de services d'urgence, source régulière de soins, habitudes d'utilisation, connaissance de services d'urgence, renseignements socio-démographiques.

Type de devis

Enquête.

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

Échantillon de 135 parents 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 de l'hôpital Ste-Justine et ont reçu le code 5 attribué par une infirmière du triage. Un total de 160 parents se sont présentés pour des problèmes non urgents chez leur enfant au cours de la période d'observation et ont été sollicités pour participer à l'étude; 18,1% ont refusé.

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

Questionnaire auto-administré, complété par le parent durant l'attente à l'urgence, après le triage. Lorsque certains parents nécessitaient une aide particulière (clientèle multiethnique d'immigration récente, parent seul avec un jeune enfant), un agent de recherche administrait le questionnaire par entrevue dans un local attenant à la salle d'urgence.

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

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

Période de temps sur laquelle porte l'étude :

Trois semaines consécutives en mars 2000.

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

1) Processus décisionnel.

Principales sources d'information : 36,4% des parents ont téléphoné à Info-Santé CLSC ou à l'urgence de Sainte-Justine avant de s'y rendre. Parmi ceux-ci, 46,7% disent avoir reçu la recommandation d'aller à l'urgence. Lorsque le médecin de famille n'est pas disponible en tout temps, la probabilité de téléphoner à l'un ou l'autre endroit est 9,67 fois plus élevée. 30,6% ont parlé à leur médecin habituel avant d'aller à l'urgence; 40,9% se sont fait recommander d'aller à l'urgence.

Médecin habituel : 70,5% des enfants ont un médecin régulier (ou habituel). Pour 79,3% d'entre eux, il s'agit d'un pédiatre, les autres étant suivis par un médecin de famille. Moins du quart (22,7%) des parents affirment pouvoir rejoindre par téléphone le médecin de leur enfant en tout temps et 47,7% à certains moments seulement. Pour ce qui est de le rencontrer sans avoir de rendez-vous, 15,7% disent pouvoir le faire en tout temps et 42,7% à certains moments seulement. Donc, environ 30% des parents ne peuvent parler au médecin de leur enfant et 41% ne peuvent le voir s'ils n'ont pas de rendez-vous. Il n'y a aucune différence dans l'accessibilité selon que le médecin traitant est omnipraticien ou pédiatre.

Habitudes d'utilisation : Services de santé habituellement utilisés lorsque les parents considèrent qu'ils doivent consulter rapidement un médecin pour leur enfant : urgence d'un

hôpital pour enfant (42,7%), clinique sans rendez-vous (29,0%), médecin habituel (16,1%), clinique sans rendez-vous du CLSC (8,1%), urgence d'un hôpital (4,0%).

Motif principal du choix : L'hôpital Ste-Justine est l'endroit spécialisé dans les soins aux enfants (pédiatres et autres spécialistes pour enfants) (48,7%) ; J'ai aimé les soins que mon enfant a reçus dans le passé à Ste-Justine (11,1%); en proportions égales (environ 7%) : à cause de la gravité du problème, médecin non disponible, pas aimé les soins reçus ailleurs, proximité du domicile.

Connaissances de services alternatifs : 71,2% des parents disent très bien connaître les cliniques médicales situées près de chez eux en termes d'heures d'ouverture en soirée et les fins de semaine et des ressources qui y sont disponibles.

Attributs recherchés : Nette préférence des parents pour le médecin habituel de leur enfant si celui-ci était disponible en l'absence de rendez-vous. Le temps d'attente semble n'avoir aucune importance, de même que le lieu de la consultation (clinique médicale, centre hospitalier (CH) général, CH spécialisé pour enfant) et sa proximité du domicile. Ce qui semble compter le plus, c'est une consultation auprès de médecins compétents et de pédiatres, que ceux-ci soient en clinique médicale, en CH général ou en CH spécialisé.

2) Gravité du problème de santé de l'enfant : 78,0% des parents considèrent que le problème de santé de leur enfant est urgent. 72,1% se disent beaucoup ou extrêmement inquiets, bien que 61,4% croient que le problème n'est que pas du tout, un peu ou moyennement menaçant pour la santé de leur enfant. La moitié (49,3%) pensent toutefois que des complications peuvent survenir si le problème n'est pas traité rapidement. 72,1% croient aussi que l'enfant ressent une douleur moyenne ou forte et 60,0% rapportent que leur enfant est modérément ou beaucoup limité dans le genre ou le nombre de ses activités. Le problème de santé pour lequel la consultation est effectuée est apparu depuis moins de 24 heures chez 40,1% des enfants; par contre, il est présent depuis 5-10 jours chez 12,4% et plus de 10 jours chez 23,4%. Augmentation du niveau d'inquiétude en fonction de la durée du problème de santé. Nouveauté du problème chez 51,9%.

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			X	<input type="checkbox"/>
• La taille de l'échantillon (<i>puissance statistique</i>)		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"/>	X
• L'analyse de l'implantation (<i>synergie, antagonisme avec éléments du contexte</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X	
• Autre :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" 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"/>		X	<input type="checkbox"/>
• L'inférence statistique (<i>inférence de l'échantillon à la population échantillonnée</i>)		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"/>
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"/>		X	<input type="checkbox"/>
Décrivez les éléments contraignants : seule la taille d'échantillon relativement réduite peut restreindre la généralisation des résultats. Sinon, leur applicabilité semble élevée à d'autres contextes semblables.				
Décrivez les éléments facilitants : La variété des opinions recueillies semble aller de paire avec les perceptions des praticiens.				

*S. O. : Sans objet

Sources de financement :

Fonds pour l'adaptation des services de santé (FASS).

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

Projet fortement supporté par la responsable de l'urgence (Dr S. Bergeron), dans lequel elle a été impliquée activement dès le début. Présentation des résultats au CA.

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)	La connaissance des attributs recherchés par les parents dans un service d'urgence et de leurs comportements d'utilisation permet la mise au point d'alternatives acceptables pour eux et pour les professionnels en termes de complémentarité des services de 1 ^{ère} ligne avec les services spécialisés et ultra-spécialisés et de leur justesse d'utilisation.
Gestionnaires des organisations (CH, CLSC, GMF, CMA, etc.)	Idem.
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 ?

Impact sur le recours à l'urgence pédiatrique d'une mise en réseau véritable des expertises en pédiatrie impliquant la 1^{ère} ligne.

Principaux mots-clés :

Urgence hospitalière, services de 1^{ère} ligne, accessibilité, urgence pédiatrique