

Évaluation provinciale des

services Info-Santé CLSC

RAPPORT FINAL • 1994-1999



Québec 

Ministère de
la Santé et des
Services sociaux

Évaluation provinciale des

services Info-Santé CLSC

RAPPORT FINAL • 1994-1999

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Direction de l'évaluation, de la recherche
et de l'innovation

Octobre 1999

Québec 
Ministère de
la Santé et des
Services sociaux

Édition produite par

le ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications.

Des frais d'administration sont exigés pour obtenir d'autres exemplaires de ce document :

- **commande par télécopieur au : (418) 644-4574**
- **pour information additionnelle : (418) 643-5573**

Le présent document est disponible sur le site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux dont l'adresse est : www.msss.gouv.qc.ca, à la section documentation.

Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Québec, 1999

Bibliothèque nationale du Canada, 1999

ISBN 2-550-35105-3

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition d'en mentionner la source.

Ce document a été préparé par :

Lise Dunnigan
Service de l'évaluation
Ministère de la Santé et des Services sociaux

en collaboration avec les membres du comité de suivi de l'évaluation :

Aline Émond
Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation
Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie

Judith Leprohon
Direction de la qualité de l'exercice
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

Carole Roy
Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation
Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie

Gyslaine Samson-Saulnier
Direction générale
CLSC – CHSLD de Rosemont

Traitement et analyse complémentaire des données :
Harold Côté

Mise en pages et traitement de texte :
Lise Lapointe

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	1
1. CADRE DE RÉFÉRENCE : LE SERVICE PLANIFIÉ EN 1994	3
2. CADRE D'ÉVALUATION.....	5
3. BILAN D'IMPLANTATION	9
3.1 PORTRAIT DES SERVICES MIS EN PLACE	9
3.2 VOLUMES D'APPELS, DURÉE ET NATURE DES INTERVENTIONS.....	14
3.3 COÛTS.....	16
3.4 NOTORIÉTÉ ET PÉNÉTRATION	17
4. SYNTHÈSE DES RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION.....	21
4.1 ACCESSIBILITÉ	21
4.1.1 Demande pour le service et capacité de réponse.....	21
4.1.2 Durée d'attente des appels traités.....	23
4.2 QUALITÉ.....	24
4.2.1 Évaluation de la qualité de l'exercice infirmier	25
4.2.2 Perception de la clientèle	25
4.3 RÉSULTATS DES INTERVENTIONS D'INFO-SANTÉ CLSC.....	26
4.3.1 Comportements à la suite de l'appel et conformité aux recommandations	26
4.3.2 Résultats du point de vue de la clientèle	27
4.3.3 Résultats du point de vue du réseau.....	30
4.4 EFFICIENCE.....	36
CONCLUSION ET PERSPECTIVES.....	39
BIBLIOGRAPHIE	45
ANNEXE 1	47
ANNEXE 2	51

LISTE DES FIGURES

FIGURE 1 CONTRIBUTION DES DIFFÉRENTS VOLETS DU PROGRAMME D'ÉVALUATION AU REGARD DES QUESTIONS D'ÉVALUATION.....	8
FIGURE 2 RECOMMANDATIONS D'INFO-SANTÉ CLSC	16
FIGURE 3 PROGRESSION DE LA NOTORIÉTÉ ET DE LA PÉNÉTRATION D'INFO-SANTÉ CLSC	18
FIGURE 4 COMPOSANTES DE LA DEMANDE TOTALE POUR INFO-SANTÉ CLSC	22
FIGURE 5 CONFORMITÉ AUX RECOMMANDATIONS DE L'INFIRMIÈRE.....	27
FIGURE 6 RÉSULTATS DU POINT DE VUE DE LA CLIENTÈLE	28
FIGURE 7 ORIENTATION VERS LE MÉDECIN OU L'URGENCE.....	29
FIGURE 8 COÛTS ÉVITÉS POUR LA CLIENTÈLE	30
FIGURE 9 RESSOURCE ENVISAGÉE EN CAS DE BESOIN	32
FIGURE 10 COMPARAISON ENTRE LA RECOMMANDATION D'INFO-SANTÉ CLSC ET L'INTENTION DE L'USAGER	33
FIGURE 11 RECOURS ÉVITÉS SUR L'ENSEMBLE DES APPELS TRAITÉS (COMPARAISON ENTRE LES INTENTIONS DES USAGERS ET LES CONSULTATIONS FAITES À LA SUITE DE L'APPEL).....	34
FIGURE 12 INTENTIONS INITIALES DES USAGERS, RECOMMANDATIONS DES INFIRMIÈRES ET COMPORTEMENTS DÉCLARÉS À LA SUITE DE L'APPEL À INFO-SANTÉ CLSC	35

INTRODUCTION

Les services téléphoniques Info-Santé CLSC ont été mis en place dans l'ensemble des régions du Québec au cours de l'année 1995 à la suite de l'adoption d'un cadre de référence ministériel et de l'octroi de budgets de développement pour une période initiale de cinq ans (1994-1999).

Ce service donne accès à des infirmières qui fournissent de l'information, des conseils et des références sur tout problème de santé ou de nature sociale, 24 heures par jour, 7 jours par semaine. Les objectifs d'Info-Santé CLSC sont de renforcer l'autonomie des individus et de leurs proches dans la prise en charge de leur santé et de leur bien-être, de les orienter au besoin vers la ressource la plus appropriée ainsi que de favoriser une utilisation judicieuse des ressources sociosanitaires, notamment les urgences hospitalières.

Depuis la mise en place du service, sa notoriété et son utilisation ont progressé au-delà des prévisions initiales. Un peu plus de 2,4 millions d'appels ont été traités en 1997-1998, soit 323 appels pour 1 000 personnes, au coût de 27,9 millions de dollars.

L'évaluation des services Info-Santé CLSC a été prescrite au moment de l'approbation des budgets de développement, afin d'éclairer les décisions du ministère de la Santé et des Services sociaux concernant l'avenir et le financement du service au-delà des cinq premières années. Cette évaluation a été planifiée et réalisée en collaboration avec les principaux partenaires engagés dans la mise en œuvre du service, soit les régies régionales et les CLSC, ainsi que l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ).

Le présent rapport fait état des questions d'évaluation qui portaient sur l'accessibilité du service, sur la qualité de la réponse, sur les résultats observés du point de vue de la clientèle et du réseau ainsi que sur son efficience. Il résume ensuite les principaux éléments de réponse apportés par les travaux réalisés au cours de cette évaluation, lesquels comprennent un bilan d'implantation, des études de notoriété, une évaluation des résultats auprès de la clientèle et une analyse d'efficience. Il se termine par une conclusion où sont dégagées les principales pistes d'amélioration et de développement pour Info-Santé CLSC dans le futur.

Le contenu de ce document a été finalisé et accepté par les membres du comité de suivi en juillet 1999. Les résultats détaillés des études réalisées dans le cadre de cette évaluation sont disponibles sous forme de publications distinctes qui sont mentionnées dans la bibliographie.

1. CADRE DE RÉFÉRENCE : LE SERVICE PLANIFIÉ EN 1994

Des services téléphoniques d'information, de conseil et de référence accessibles 24 heures par jour et 7 jours par semaine ont vu le jour dans quelques régions du Québec entre 1984 et 1992. Ces services étaient alors offerts à 58 % de la population du Québec.

À la lumière de ces expériences, un cadre de référence a été adopté (MSSS, 1994) pour concrétiser une mesure annoncée au moment de la réforme du système sociosanitaire, qui a fait suite à la Commission Rochon (MSSS, 1990, p. 19). La mesure consistait à mettre en place, dans chaque région, un service d'information téléphonique accessible 24 heures par jour, 7 jours par semaine, afin de fournir à la population des conseils sur les soins de premier recours et des renseignements sur les ressources disponibles.

Cette mesure découlait de la nécessité d'améliorer l'accès aux services et de faciliter l'orientation des citoyens et des citoyennes dans un univers de services de plus en plus complexe. Les *objectifs* du service étaient définis comme suit :

Du point de vue de la clientèle

- ✓ Assurer l'accès à une réponse professionnelle adéquate 24 heures par jour, 7 jours par semaine à toute personne qui le requiert ;
- ✓ rendre l'information utile rapidement disponible ;
- ✓ assurer le recours aux ressources les plus aptes à répondre aux besoins de la clientèle.

Du point de vue du réseau

- ✓ Diminuer le recours inapproprié aux salles d'urgence et à l'urgence sociale ;
- ✓ assurer le lien avec les services infirmiers pour les personnes inscrites au service de maintien à domicile ;
- ✓ assurer une surveillance préalerte en santé publique.

Les *principes directeurs* spécifiaient qu'en plus d'être accessible rapidement et de façon continue, la réponse devait être juste et uniforme, efficace et efficiente. Le service devait être confidentiel, personnalisé et axé sur les usagers. Il devait être offert selon une approche globale intégrant les dimensions biologique, psychologique et sociale, et être axé sur le maintien et le renforcement de l'autonomie des personnes. Le service devait également

être accessible aux personnes présentant des limitations, et être adapté aux caractéristiques linguistiques et culturelles de la clientèle.

Le service devait être accessible à toute la population, mais le cadre de référence mentionnait trois *groupes cibles* de façon plus particulière, soit les jeunes, les personnes âgées et la clientèle périnatale.

La mission d'Info-Santé CLSC était donc en résumé de renforcer la capacité des individus de prendre en charge leur santé et leur bien-être ou ceux de leurs proches, de les orienter au besoin vers les services sociosanitaires les plus appropriés, et de contribuer à une utilisation plus judicieuse des ressources.

Les facteurs signalés comme *conditions de réussite* dans la mise en place de ces services étaient les suivants :

- ✓ l'expertise et la compétence du personnel ;
- ✓ les outils et instruments de travail : documents de référence, protocoles d'intervention, fiches d'appel, etc. ;
- ✓ les mécanismes de coordination et de concertation avec les partenaires ;
- ✓ un plan de communication permettant, tant à la population qu'aux partenaires du réseau, d'acquérir une bonne connaissance du service et de son rôle.

Quant à l'*organisation* du service, elle devait s'intégrer au réseau des CLSC, se situer en complémentarité et en continuité avec le réseau des services socio-sanitaires et être adaptée aux réalités régionales. Le document mentionnait deux modèles organisationnels possibles :

- 1) un service centralisé sur une base régionale 24/7, ou
- 2) un modèle décentralisé dans lequel une réponse locale est assurée durant les heures d'ouverture des CLSC et où les appels sont transférés à un centre d'appels régional durant les autres périodes.

Le Ministère privilégiait *a priori* le modèle décentralisé mais laissait à chaque région le choix du modèle le plus adapté compte tenu des particularités socio-géographiques du territoire.

2. CADRE D'ÉVALUATION

Objet de l'évaluation

Le cadre de référence de 1994 prévoyait que l'évaluation devait porter sur l'efficacité et l'efficience des services téléphoniques créés et sur les services déjà en place, et être réalisée par le Ministère en collaboration avec les régies régionales.

Finalité de l'évaluation

L'objectif de l'évaluation, tel qu'il est formulé dans le cadre de référence, était d'éclairer le Ministère sur le maintien du financement accordé au moment de la mise en place du service. Un groupe de travail fut constitué pour planifier cette évaluation en collaboration avec les partenaires concernés.

La proposition déposée par ce groupe de travail en 1996 comportait un réalignement de l'objectif. Considérant que l'utilisation d'Info-Santé progressait déjà rapidement dans la population, il fut convenu que l'évaluation devait plutôt se situer dans un processus d'accompagnement et de support au développement du service.

L'objectif de cette évaluation est donc de contribuer à améliorer l'efficacité et l'efficience d'Info-Santé CLSC et d'en orienter l'évolution future au terme des cinq premières années d'implantation.

Partenaires

Le groupe de travail mis sur pied pour proposer un cadre d'évaluation était composé de personnes désignées par le Ministère, la Conférence des régies régionales, l'Association des CLSC et CHSLD¹ et l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Le cadre d'évaluation adopté par le Ministère (MSSS, 1996) retient les questions auxquelles ce groupe de travail a donné priorité et les stratégies d'évaluation qu'il a proposées.

Depuis cette date, un comité réunissant les mêmes partenaires a assuré le suivi des travaux d'évaluation. Les membres du comité se sont réunies en moyenne 12 à 15 fois par année et ont supervisé de près la réalisation des études et la préparation des différents rapports.

Questions d'évaluation

Les questions d'évaluation auxquelles le groupe de travail a donné priorité portent sur l'accessibilité du service, sur la qualité de la réponse, sur les résultats des interventions et sur l'efficacité du service.

Q1 Accessibilité : Le service Info-Santé CLSC est-il accessible de façon continue et rapide à toute la population ?

Q2 Qualité : Le service Info-Santé CLSC offre-t-il une réponse professionnelle adaptée aux besoins de la population dans son ensemble ? de la population d'expression anglaise ? des membres des communautés culturelles ?

Q3 Résultats du point de vue de la clientèle : La réponse Info-Santé CLSC est-elle utile aux usagers sur les plans suivants :

- ✓ *l'effet de sécurisation,*
- ✓ *la capacité de prise en charge du problème,*
- ✓ *l'éducation,*
- ✓ *l'orientation vers les ressources appropriées,*
- ✓ *les avantages perçus (démarches évitées, économies, etc.) ?*

Q4 Résultats du point de vue du réseau : Le service Info-Santé CLSC favorise-t-il une utilisation appropriée des ressources sociosanitaires ? Quel est le rôle joué par Info-Santé CLSC dans l'atteinte des objectifs de la transformation du réseau (virage promotion-prévention, virage ambulatoire, réponse dans le milieu de vie, modifications structurelles) ?

Q5 Efficacité : Comment se comparent la productivité et l'efficacité des services Info-Santé CLSC ? Quels sont les facteurs qui semblent permettre d'atteindre les meilleurs résultats ou d'offrir le meilleur service au moindre coût ?

Stratégie d'évaluation

Le cadre d'évaluation prévoyait la réalisation de différentes études en vue de produire un bilan de l'implantation du service et de répondre aux questions d'évaluation énoncées ci-dessus. Les données utilisées ont été tirées des rapports financiers des établissements et du système d'information qui allait être mis en place au cours de la même année afin de soutenir les interventions des infirmières. Des collectes de données ont également été effectuées auprès des CLSC offrant le service, auprès de la clientèle et dans la population.

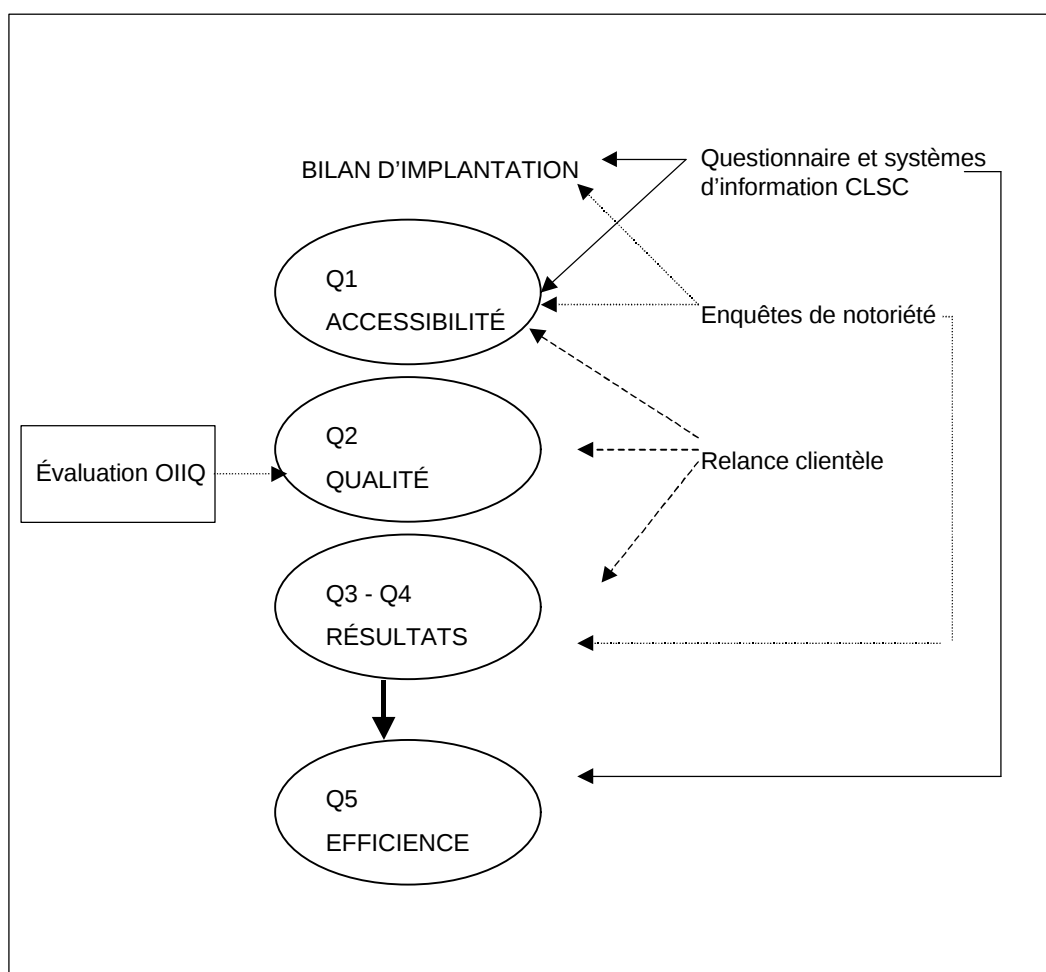
La stratégie d'évaluation comprenait les volets suivants :

- A. Un *bilan d'implantation* basé sur deux collectes de données effectuées au moyen d'un questionnaire auprès des responsables des services Info-Santé CLSC dans tous les CLSC offrant le service : la première au printemps 1997 et la seconde au printemps 1998.
- B. Un *suivi des volumes d'appels et des coûts* du service à l'aide des données inscrites aux rapports financiers des établissements sous les centres d'activités Info-Santé CLSC.
- C. Différents *sondages auprès de la population* portant sur la notoriété et l'utilisation du service :
 - ✓ deux sondages réalisés en décembre 1996 et en mai 1997, soit avant et après la campagne de communication nationale sur Info-Santé CLSC ;
 - ✓ un troisième sondage sur la notoriété et l'utilisation du service dans l'ensemble de la population et dans différents sous-groupes, incluant un sous-échantillon de personnes d'expression anglaise, réalisé en janvier 1998 ;
 - ✓ cinq questions tirées des sondages mentionnés précédemment ont été incluses dans l'Enquête sociale et de santé 1998 (résultats à paraître en mai 2000) et dans l'Enquête auprès des communautés culturelles (en cours).
- D. Une *enquête auprès de la clientèle* réalisée à l'automne 1997 et portant sur :
 - ✓ la perception de l'accessibilité et de la qualité du service ;
 - ✓ les résultats et les suites de l'intervention ;
 - ✓ les démarches évitées et les autres avantages perçus découlant du recours à Info-Santé CLSC ;
- E. Une *étude d'efficience* comportant :
 - ✓ l'étude et la validation des coûts du service dans les 59 CLSC échantillonnés lors de l'enquête auprès de la clientèle ;
 - ✓ la mise au point d'une mesure d'efficience à partir des résultats mesurés lors de cette même enquête ;
 - ✓ une comparaison de l'efficacité et de l'efficience du service Info-Santé CLSC selon les variables organisationnelles caractérisant la structure et les processus de chacun des 59 CLSC.

Évaluation de la qualité de l'exercice infirmier

Parallèlement à la démarche d'évaluation ministérielle, l'OIIQ a planifié un projet de vérification de l'exercice infirmier à Info-Santé CLSC qui s'est déroulé au cours du printemps 1997 dans 28 CLSC, incluant 13 centrales régionales. Ce projet a permis d'évaluer la qualité des interventions d'un point de vue clinique. Les conclusions de cette évaluation ont alimenté les discussions du comité de suivi dans la préparation du présent rapport. Le projet a également permis de préciser les conditions nécessaires à la prestation d'un service efficace et de qualité et a donné lieu à la publication de lignes directrices (OIIQ, 1998).

FIGURE 1
CONTRIBUTION DES DIFFÉRENTS VOILETS DU PROGRAMME D'ÉVALUATION
AU REGARD DES QUESTIONS D'ÉVALUATION



3. BILAN D'IMPLANTATION

La première année d'implantation (1994-1995) a permis la restructuration des services déjà en place et la planification du service dans les régions qui n'étaient pas couvertes. Les activités du nouveau service Info-Santé CLSC ont débuté dans la plupart des régions au cours du printemps et de l'été 1995. Le service est décrit dans la section ci-après selon les différents éléments structurels prévus au cadre de référence. Les sections suivantes décrivent les activités, les ressources humaines et les coûts du service, et font état des nouvelles ressources budgétaires accordées à Info-Santé CLSC en juin 1998.

3.1 Portrait des services mis en place

Modèle d'organisation

Les quinze régions² où l'implantation devait avoir lieu, y compris celles où un service comparable existait déjà, ont choisi de mettre en place un service décentralisé, ainsi que le préconise le cadre de référence. Dans ce modèle d'organisation, chaque CLSC assure la réponse Info-Santé CLSC pour son territoire, du lundi au vendredi durant les heures d'ouverture³ ; en dehors de ces heures, soit le soir, la nuit, les fins de semaine et congés fériés, les appels sont automatiquement transférés à une centrale téléphonique régionale rattachée à un CLSC désigné pour répondre aux appels de toute la région⁴ ou d'une sous-région. Il y a présentement un total de 18 centrales téléphoniques qui assurent la réponse Info-Santé régionale⁵, et 129 CLSC qui assurent la réponse Info-Santé locale.

Disponibilité 24/7

Le service Info-Santé CLSC est disponible de façon continue 24 heures par jour, 7 jours par semaine sur tout le territoire des quinze régions concernées. Cela signifie qu'on peut en tout temps obtenir la communication téléphonique avec le service Info-Santé CLSC dans ces quinze régions, quel que soit l'endroit où l'on se trouve.

Toutefois, dans certains CLSC qui ne peuvent affecter plus d'une infirmière à cette tâche, la réponse professionnelle Info-Santé CLSC peut être interrompue durant les heures de dîner ou au moment de la pause ; la réceptionniste prend alors les messages, à moins d'un appel qui nécessite une réponse immédiate selon le protocole adopté par le CLSC.

Modalités d'accès

Durant les jours de semaine, la réceptionniste du CLSC reçoit les appels destinés à Info-Santé CLSC et les transfère à l'infirmière affectée à cette tâche ou encore, si l'infirmière n'est pas disponible⁶, prend en note le numéro de téléphone où l'infirmière pourra rappeler la personne qui fait la demande. En dehors des heures régulières d'ouverture, dans la plupart des centrales, les appels parviennent directement à une infirmière, ou sont mis en attente si toutes les infirmières sont déjà en ligne. Les boîtes vocales et les répondeurs peuvent aussi être utilisés pour enregistrer les coordonnées des usagers dans un certain nombre de services Info-Santé CLSC locaux et dans deux centrales régionales⁷.

Service Info-Santé CLSC en langue anglaise

Le service prévu au cadre de référence devait être en mesure de répondre aux personnes d'expression anglaise, en conformité avec la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

La réponse Info-Santé en langue anglaise est disponible partout. Lorsque les infirmières qui reçoivent l'appel ne peuvent donner elles-mêmes le service, l'appel est transféré à une infirmière qualifiée dans le même CLSC ou dans un autre établissement selon des ententes régionales ou interrégionales. Les protocoles infirmiers ont été traduits en langue anglaise et sont disponibles en version informatisée depuis le printemps 1998. Les répertoires des ressources doivent indiquer si les services offerts sont disponibles en anglais.

Accès au service par télécriteur pour les personnes sourdes et malentendantes

Le service prévu au cadre de référence devait favoriser des modes de communication adaptés aux limitations fonctionnelles des personnes, et spécifiait qu'un télécriteur devait être accessible au personnel pour les communications avec les personnes sourdes et malentendantes.

La population sourde et malentendante peut avoir accès au service Info-Santé CLSC au moyen d'un télécriteur (appareil ATS). Cet appareil permet de communiquer par écrit avec ces personnes par la lecture d'un écran. Environ 10 % des CLSC, incluant un peu moins de la moitié des centrales, sont équipés d'un tel appareil. Ces CLSC peuvent centraliser la réponse aux appels provenant de plusieurs territoires.

Bien qu'une publicité particulière ait été adressée aux organisations engagées auprès des personnes sourdes et malentendantes, sa diffusion n'a pas fait l'objet d'une activité soutenue. Certaines observations indiquent que l'appareil télécriteur est peu utilisé en regard du nombre de ces personnes. Une partie des appels provenant de cette clientèle est probablement acheminée par l'entremise des téléphonistes du Service de Relais Bell⁸. Compte tenu des difficultés de communication écrite qu'éprouvent plusieurs de

ces personnes, il est possible que leurs demandes soient transmises par une autre personne de l'entourage. Il se peut également que ces personnes aient une moins bonne connaissance du service.

Fonctions

Le cadre d'évaluation indique que le service prévu comportera les fonctions d'accueil / évaluation, d'information / conseil et d'orientation / référence.

Les infirmières d'Info-Santé CLSC accueillent les demandes, évaluent la situation, fournissent l'information et les conseils requis selon les problèmes signalés, et orientent la personne vers la ressource appropriée lorsque cela est nécessaire. Quand la situation l'exige, l'infirmière communique elle-même avec cette ressource pour assurer la prise en charge de l'usager ou de l'usagère, par exemple dans certaines situations d'urgence ou lorsqu'une visite infirmière à domicile est nécessaire.

L'information et l'orientation et la référence couvrent toutes les ressources du domaine sociosanitaire disponibles dans le milieu, qu'elles soient publiques, privées ou communautaires, y compris les autres services téléphoniques plus spécialisés.

Instruments de travail

Au moment de la mise en place des tout premiers services téléphoniques 24/7 dans les années quatre-vingt, les infirmières ont mis au point des instruments de travail pour soutenir l'intervention téléphonique ; ces instruments comportent une fiche d'appel, des protocoles infirmiers, un répertoire des ressources et une fiche d'inscription. Ces instruments de travail figurent parmi les facteurs de réussite signalés dans le cadre de référence. Ils doivent contribuer à assurer l'uniformité de la réponse.

Depuis 1997, ces instruments sont intégrés dans une application informatisée, le système Info-Santé CLSC, dont les droits appartiennent à la société SOGIQUE mandatée par le MSSS pour assurer la gestion et l'évolution des systèmes d'information du réseau sociosanitaire. La presque totalité des services Info-Santé CLSC sont dotés de l'application informatisée et de postes de travail informatisés pour les infirmières affectées à cette fonction. Il arrive cependant qu'une partie plus ou moins importante des appels soient traités avec une fiche papier⁹, soit parce que l'infirmière n'a pas reçu la formation nécessaire, soit parce que le nombre de postes de travail est insuffisant au moment de certaines pointes d'achalandage.

La *fiche d'appel* permet d'enregistrer divers renseignements sur la personne qui fait l'objet de l'appel, sa situation, les interventions faites par l'infirmière et, s'il y a lieu, la ressource vers laquelle la personne est orientée ainsi que les démarches faites à cet égard par l'infirmière. Une partie des données de la fiche d'appel est saisie au moyen de codes afin de faciliter la production de rapports statistiques.

Les *protocoles infirmiers*, actuellement au nombre d'environ 400, favorisent la qualité et l'uniformité de l'information transmise. Ils ne s'agit pas d'algorithmes décisionnels mais plutôt d'outils servant d'appui au jugement clinique de l'infirmière dans le choix des interventions appropriées. Leur contenu clinique est validé et mis à jour par le Forum scientifique et professionnel sur le nursing téléphonique, un comité composé d'experts en soins infirmiers provenant du milieu universitaire et du réseau de la santé publique, de l'OIIQ et de représentants des services Info-Santé CLSC désignés par l'Association. L'OIIQ proposera sous peu des fiches de référence pour soutenir également les infirmières dans la fonction d'évaluation des situations de santé.

Le *répertoire des ressources* rassemble des renseignements détaillés sur tous les services sociaux et de santé disponibles aux niveaux local, régional et provincial, tant dans les établissements du réseau que dans les organismes communautaires ou les services privés.

L'inspection faite par l'OIIQ a montré que les infirmières des centres visités ont toutes accès, à leur poste de travail, aux protocoles infirmiers en version papier ou en version informatisée. Les répertoires des ressources sont à jour et à la disposition des infirmières dans la majorité des centres.

Dès 1994, l'Association des CLSC et CHSLD a mis sur pied un comité clinique provincial ayant pour mandat de favoriser la qualité du service à Info-Santé CLSC, notamment en assurant la standardisation de ces instruments et en établissant les priorités de développement et de révision des contenus. Ce comité voit également, avec le soutien de SOGIQUE, à ce que les conditions de mise à jour du répertoire des ressources soient en place.

Confidentialité de l'information échangée avec la clientèle

La confidentialité de la réponse est un autre principe directeur formulé dans le cadre de référence. L'évaluation de l'OIIQ indique que, dans la majorité des centres visités, l'aménagement de l'environnement des postes de travail favorise le traitement confidentiel de l'information échangée avec la clientèle.

Expertise du personnel

Le cadre de référence souligne que la qualité du service repose principalement sur la compétence et l'expertise du personnel et qu'il s'agit de l'une des conditions de réussite du service. Les lignes directrices de l'OIIQ spécifient qu'un minimum de trois années d'expérience clinique diversifiée doit être exigé comme condition d'affectation à la fonction Info-Santé.

Au moment de l'inspection professionnelle effectuée en 1997 par l'OIIQ, un faible pourcentage d'infirmières avaient moins de trois années d'expérience dans les établissements visités ; 75 % d'entre elles avaient onze années ou plus d'expérience. On constatait déjà cependant que le recrutement d'infirmières expérimentées était très difficile pour couvrir certaines plages horaires (soir, nuit, fin de semaine) et cette situation s'est vraisemblablement accentuée au cours de cette même année en raison de nombreux départs à la retraite.

Formation initiale et continue

La formation initiale offerte lors de l'affectation à Info-Santé CLSC et la formation continue proposée par la suite aux infirmières figurent également parmi les facteurs de réussite signalés dans le cadre de référence. Ces activités de formation doivent assurer une bonne connaissance des instruments de travail et favoriser la justesse et l'uniformité de l'information fournie par les infirmières ; elles doivent aussi leur permettre de bien connaître les ressources du réseau, tant dans le domaine de la santé que dans le domaine social, et de se tenir à jour dans divers champs d'intervention (nouveaux médicaments, chirurgies, etc.).

Les lignes directrices de l'OIIQ spécifient que le programme de formation initiale doit comporter un minimum de cinq jours de formation clinique¹⁰ et en précisent les principaux contenus ; ce programme doit également comporter une période de supervision clinique et des mécanismes d'évaluation pendant la période de probation.

Au moment de l'inspection professionnelle en 1997, la formation initiale à la fonction Info-Santé était de trois jours ou moins dans un bon nombre de CLSC. Par ailleurs, tous les centres visités avaient offert des activités de formation continue aux infirmières d'Info-Santé ; dans la moitié des centres, cette formation était accessible quel que soit le statut d'emploi. Enfin, les infirmières pouvaient recevoir un soutien clinique formel ou informel dans la majorité des CLSC et la moitié des centres visités avaient mis en place un mécanisme d'évaluation de la qualité des soins à Info-Santé CLSC.

Mécanismes de coordination et de concertation

Le cadre de référence prévoit qu'Info-Santé CLSC doit mettre au point des mécanismes formels et informels de collaboration afin d'assurer la complémentarité et la continuité des interventions avec ses différents partenaires. Il spécifie que des ententes formelles doivent être établies avec les Centres de protection de l'enfance et de la jeunesse (maintenant appelés Centres jeunesse) ainsi qu'avec les Directions de santé publique, pour préciser le rôle et les niveaux de responsabilité de chacun des partenaires, la formation, le perfectionnement et les mécanismes d'échange d'information réciproques.

Le cadre de référence mentionne également que des liens téléphoniques prioritaires doivent être établis entre le service Info-Santé CLSC et certains services d'urgence, notamment l'urgence sociale, les services préhospitaliers d'urgence, les services de police et d'incendie.

Les données recueillies en vue du bilan d'implantation ne comportent pas de renseignements particuliers sur ces aspects du service. Il semble toutefois que plusieurs CLSC ont établi des liens formels avec les autres partenaires du réseau.

Liaison avec les services de maintien à domicile

Info-Santé CLSC doit permettre la continuité d'accès à certains services du CLSC en dehors des heures d'ouverture, tels les services de maintien à domicile. Toutes les centrales téléphoniques assurent le relais avec les infirmières de garde des services de maintien à domicile lorsque la situation le requiert. La plupart des centrales (quatorze sur dix-huit) disposent à cet effet d'une liste des usagers du Service de maintien à domicile (MAD) ou d'autres programmes susceptibles de requérir une visite infirmière à domicile ; ces usagers sont inscrits à la centrale par les CLSC de leur territoire¹¹.

Ressources humaines

En décembre 1997, les CLSC affectaient l'équivalent de 354 postes d'infirmières à temps complet (ETC) à la fonction Info-Santé, soit 180,6 ETC pour la réponse de jour durant la semaine, et 173,6 ETC pour la réponse en soirée, la nuit, les fins de semaine et les jours fériés. Le nombre de postes ETC est habituellement inférieur à cinq dans les services locaux ; il peut varier entre un et vingt-cinq dans les centrales régionales.

Les budgets de l'ensemble des services Info-Santé CLSC ayant été augmentés au cours de 1998, on peut estimer que les ressources humaines atteignent maintenant 400 ETC.

3.2 Volumes d'appels, durée et nature des interventions

Lors de l'adoption du cadre de référence, le MSSS avait prévu un taux d'utilisation de 260 pour 1000 après cinq ans d'implantation. Ces prévisions ont rapidement été dépassées. En 1996-1997, les services Info-Santé CLSC ont traité 2,2 millions d'appels, soit 307 appels pour 1 000 personnes. L'année suivante, ce nombre a dépassé 2,4 millions d'appels, soit 323 appels pour 1 000¹². Environ 45 % des appels sont traités dans les services locaux et les autres sont dirigés vers les centrales régionales.

Durée des appels

La durée des appels à Info-Santé CLSC peut varier selon les caractéristiques de la clientèle et selon la nature des problèmes soumis à l'infirmière. En 1994, le MSSS avait estimé la durée des appels à dix minutes en moyenne pour les demandes concernant un problème de santé, et à vingt minutes en moyenne pour les demandes concernant un problème social ; on prévoyait que cette seconde catégorie d'appels représenterait un peu moins du quart de l'achalandage total¹³.

Un appel à Info-Santé CLSC dure effectivement en moyenne dix minutes¹⁴. Cependant, cette durée moyenne varie beaucoup d'un CLSC à l'autre. Elle se situe entre deux et trente minutes dans les services locaux, et entre deux et quinze minutes dans les centrales. Les durées d'intervention très courtes peuvent parfois témoigner d'une intervention dont la composante « évaluation et enseignement » est moins accentuée ; les durées plus longues peuvent être associées soit aux caractéristiques de la clientèle, soit à l'ajout d'une intervention de soutien et d'écoute dans le traitement de l'appel, soit à une méthode de traitement des appels moins efficace.

Nature des interventions de l'infirmière

Les appels traités par Info-Santé CLSC donnent généralement lieu à des interventions éducatives et préventives (fonction conseil) auxquelles s'ajoute au besoin une orientation vers la ressource sociosanitaire appropriée (fonction orientation).

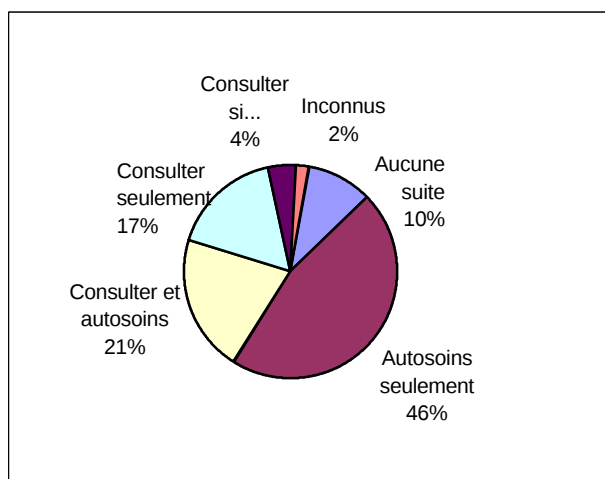
D'après les données tirées des fiches d'appel échantillonnées à l'occasion de la relance, la fonction conseil prédomine dans les interventions des infirmières : 94 % des appels comportent des conseils reliés à la santé physique et 4 % comportent des conseils reliés à une problématique psychosociale. Ce constat reflète peut-être l'image du service qui se dégage de son appellation, ou encore la publicité diffusée au cours des premières étapes d'implantation du service, laquelle mettait surtout l'accent sur le volet santé.

Ces conseils peuvent comporter des recommandations de soins à faire soi-même à la maison (autosoin), des éléments de surveillance des signes et symptômes, et au besoin une indication de la ressource à consulter si la situation se détériore ou ne s'améliore pas à l'intérieur d'un certain délai (orientation conditionnelle)¹⁵.

Par ailleurs, la fonction d'orientation vers les différentes ressources sociosanitaires occupe aussi une place importante dans les activités du service : en 1997, Info-Santé CLSC a orienté 36 % des usagers et usagères vers une ressource, et ce, autant dans les centrales¹⁶ que dans les services locaux¹⁷. Par ailleurs, ce pourcentage (ou taux d'orientation/référence) fluctue lui aussi de manière importante d'un CLSC à l'autre¹⁸.

Lors de la relance auprès des usagers, la majorité d'entre eux ont déclaré avoir reçu une recommandation de l'infirmière quant aux moyens à prendre pour résoudre le problème soumis, et 38 % des recommandations comportaient une orientation formelle vers une autre ressource¹⁹. Les appels se distribuaient comme suit :

FIGURE 2
RECOMMANDATIONS D'INFO-SANTÉ CLSC



3.3 Coûts

Lors de l'allocation des budgets de développement en 1994, le Ministère avait utilisé des barèmes de financement qui correspondaient à un coût moyen de 5,50 \$ par appel.

Le coût total des 2,4 millions d'appels traités par Info-Santé CLSC au cours de l'année 1997-1998 s'élève à 27,5 millions de dollars d'après les rapports financiers des établissements. Ces données indiquent un coût unitaire brut de 11,48 \$ par appel. Les coûts de gestion et de soutien des services Info-Santé locaux ne sont pas rapportés dans le centre d'activités propre à Info-Santé ; ceux des centrales sont de 1,5 millions de dollars, soit 1,12 \$ par appel.

Une analyse plus détaillée des coûts rapportés par les 59 CLSC échantillonnés dans le cadre de l'enquête auprès de la clientèle indique que le coût unitaire est de 12,66 \$ en moyenne, en tenant compte des coûts de gestion et de soutien administratif. Encore une fois, il s'agit d'une donnée qui varie de façon importante d'un CLSC à l'autre (écart type de 5,66 \$). Un facteur explicatif évident est la durée moyenne des appels qui varie, elle aussi, d'un CLSC à l'autre et qui influence directement le coût. Cependant, une première

analyse indique qu'une partie de ces écarts peut être attribuée à des différences dans les méthodes d'imputation des coûts à Info-Santé CLSC. On a aussi observé des problèmes de validité quant au nombre d'appels traités. Ce premier examen montre que des efforts doivent être faits pour améliorer la validité des données avant de statuer sur les écarts de coûts d'Info-Santé CLSC entre établissements.

Décisions budgétaires de juin 1998 et indicateurs de suivi des résultats

En juin 1998, après plusieurs années de compressions budgétaires dans l'ensemble des services de santé, une injection de 110 millions de dollars récurrents sur trois ans était accordée par le Conseil du trésor. Une part de cette enveloppe nationale devait être consacrée aux services Info-Santé CLSC. Toutes les régions à l'exception de la Montérégie ont alloué des budgets supplémentaires totalisant 4,2 millions dollars (annualisés) pour les services Info-Santé CLSC. Ces investissements représentent pour 1998-1999 un accroissement de 11 %²⁰ par rapport aux dépenses rapportées par l'ensemble des CLSC au centre d'activités Info-Santé CLSC au cours de l'année précédente.

L'objectif poursuivi était d'améliorer l'accessibilité au service tout en maintenant la qualité de la réponse professionnelle. Une démarche de reddition de comptes a été mise en place en vue de mesurer l'atteinte de cet objectif. Les indicateurs de résultat retenus sont le nombre d'appels traités, le pourcentage d'appels perdus et les durées d'attente. Cette démarche constitue la première ébauche d'un suivi de gestion national et régional axé sur la performance du service Info-Santé CLSC. Elle devrait se prolonger par la mise au point d'autres indicateurs communs pour mieux refléter l'accessibilité et la qualité de la réponse, ainsi que son efficacité.

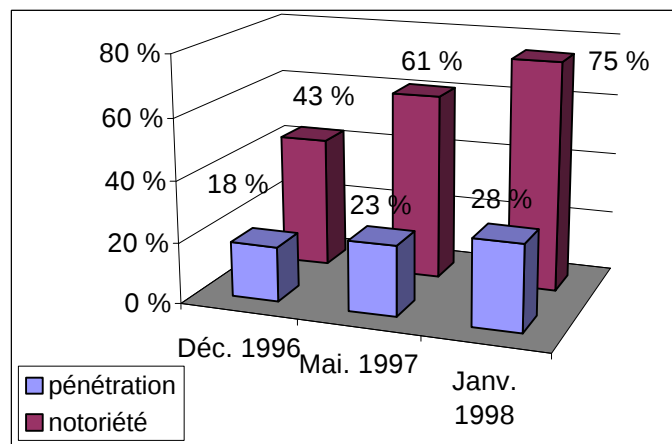
3.4 Notoriété et pénétration²¹

Les taux de notoriété spontanée²² et de pénétration²³ ont été mesurés à trois occasions, soit avant et après la première campagne nationale de communication sur Info-Santé CLSC qui a eu lieu de février à avril 1997, et au début de 1998.

Notoriété

Ces résultats montrent une forte progression de la notoriété, celle-ci passant de 43 % à 75 % en seulement treize mois. D'autre part, les personnes qui ont déjà entendu parler d'Info-Santé CLSC ne connaissent pas nécessairement la disponibilité ou la nature du service offert : ainsi, 60 % d'entre elles savent qu'un tel service existe dans leur région, 57 % savent qu'il s'agit d'un service offrant des conseils et des références pour les problèmes de santé et très peu savent qu'on peut aussi s'y adresser pour des problèmes personnels (3 %). Les autres personnes, soit plus du tiers, en ont une connaissance plus vague et sont sans doute moins susceptibles d'y recourir en cas de besoin.

FIGURE 3
PROGRESSION DE LA NOTORIÉTÉ ET DE LA PÉNÉTRATION
D'INFO-SANTÉ CLSC



On note par ailleurs des variations importantes entre différents sous-groupes. Le taux de notoriété le moins élevé est observé chez les personnes âgées de 65 ans et plus (55 %). Il est également plus faible chez les personnes de langue maternelle anglaise (62 %) que chez les autres Québécois ; on sait aussi que les trois quarts des personnes de langue anglaise qui ont entendu parler de ce service savent que la réponse est disponible en anglais. Ces deux groupes figurent parmi les populations ciblées dans le cadre de référence.

On note aussi un taux de notoriété légèrement plus faible chez les personnes à faible revenu (66 %) ou moins scolarisées (70 %)²⁴. Ces groupes étant de manière générale moins bien informés sur les services de santé, ce résultat peut être considéré comme relativement bon, voire encourageant, mais il demeure important de chercher à l'améliorer.

Pénétration et utilisation

Dans l'ensemble de la population, le pourcentage de personnes qui ont déjà utilisé le service est de 28 %. Il est plus élevé chez les femmes que chez les hommes (34 % vs 21 %) et atteint son plus haut niveau chez les personnes vivant avec un enfant de moins de 5 ans (60 %). Ce résultat est intéressant si l'on considère que la clientèle périnatale figure parmi les groupes ciblés au départ.

La pénétration d'Info-Santé CLSC est cependant moins forte parmi deux groupes mentionnés plus haut, soit les personnes de 65 ans et plus (13 %) et les personnes de langue maternelle anglaise (17 %). Cet écart découle en partie d'une moins bonne connaissance du service dans ces deux groupes, mais on peut aussi penser qu'ils

choisissent de s'adresser à d'autres services, ou invoquer des facteurs explicatifs d'ordre culturel et social qu'il serait intéressant de documenter²⁵.

Les deux principales raisons invoquées par les personnes qui n'ont pas utilisé Info-Santé CLSC au cours des douze derniers mois sont qu'ils n'ont pas été malades ou n'en ont pas eu besoin (75 % des non-utilisateurs), et qu'ils ignoraient l'existence du service (20 %). Les autres raisons ont chacune été invoquées par moins de 3 % des personnes interrogées²⁶, mais certains de ces motifs pourraient être modifiés par des activités de communication. Des progrès sont donc possibles pour rejoindre de nouveaux utilisateurs.

4. SYNTHÈSE DES RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION

4.1 Accessibilité

Depuis la première année d'implantation, le nombre de CLSC qui se sont dotés de la technologie nécessaire pour mesurer l'accessibilité à Info-Santé CLSC a progressé, du moins pour ce qui est des centrales, mais nous disposons encore pour le moment de données incomplètes sur cet aspect du service. La situation devrait s'améliorer au fur et à mesure que les ressources budgétaires permettront l'acquisition de ces outils.

Les données présentées ci-après proviennent des 12 centrales régionales qui possèdent un système de gestion des appels et des 29 CLSC de la région de Montréal-Centre qui ont fait l'objet, à quelques reprises, d'une étude par simulation d'appels. Ces données sont complétées par l'information recueillie au cours de l'étude de notoriété et de l'enquête auprès de la clientèle.

4.1.1 Demande pour le service et capacité de réponse

La demande totale pour le service Info-Santé CLSC correspond à l'ensemble des personnes qui tentent de rejoindre le service. Ces tentatives pour rejoindre Info-Santé CLSC peuvent mener à deux résultats :

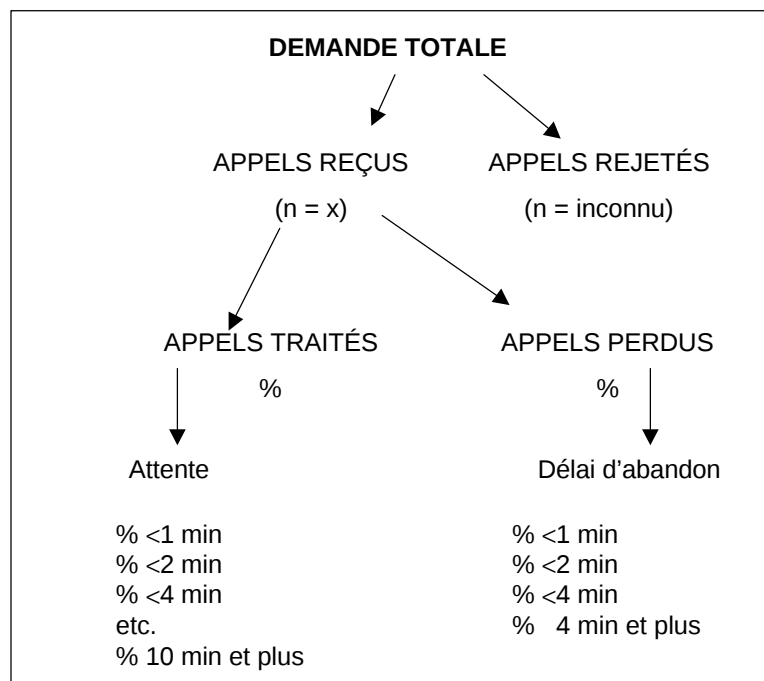
- 1) la communication téléphonique est établie et il s'agit alors d'un *appel reçu* ;
- 2) la communication téléphonique ne peut pas être établie (la personne obtient un signal indiquant que la ligne est occupée) et il s'agit alors d'un *appel rejeté*. Dans ce dernier cas, la même personne fera peut-être une ou plusieurs autres tentatives pour rejoindre le service.

Les *appels rejetés* ne peuvent être comptabilisés qu'au moyen d'études d'achalandage effectuées de façon ponctuelle par la compagnie qui fournit le service téléphonique au CLSC. Ces études sont parfois réalisées en vue de résoudre un problème important d'achalandage à certaines heures.

Les *appels reçus* sont en général la seule partie observable de la demande pour le service Info-Santé CLSC. Cette demande peut à son tour être décrite selon les deux composantes suivantes :

- ✓ les appels traités (la personne obtient la communication avec l'infirmière) ;
- ✓ les appels non traités ou perdus (la personne est placée en attente mais n'obtient pas la communication avec l'infirmière)²⁷.

FIGURE 4
COMPOSANTES DE LA DEMANDE TOTALE POUR INFO-SANTÉ CLSC



Taux d'abandon

Une première mesure permettant de décrire la capacité de réponse du service Info-Santé CLSC est le *taux d'abandon*, c'est-à-dire la proportion des appels où la personne n'obtient pas la communication avec l'infirmière parce qu'elle a choisi de raccrocher plutôt que d'attendre davantage.

$$\frac{\text{appels perdus}}{\text{appels reçus}} = \text{taux d'abandon}$$

Les caractéristiques actuelles des systèmes téléphoniques de la plupart des CLSC empêchent les services de réponse locale Info-Santé CLSC d'effectuer un suivi systématique du taux d'abandon. Les seuls établissements qui font un tel suivi sont les douze centrales téléphoniques qui ont un système de gestion des appels.

Les taux d'abandon fournis par les centrales régionales pour les années 1996 à 1998 indiquent une perte d'appels relativement élevée :

1996 ²⁸	entre 20 % et 40 % des appels ;
1997 ²⁹	entre 13 % et 38 % des appels ;
1998 ³⁰	entre 18 % et 45 % des appels

Bien que la situation semble aller en s'améliorant dans certaines centrales, le portrait d'ensemble ne montre pas de tendance générale vers une diminution des appels non traités, et ce, parfois en dépit des efforts déployés pour augmenter la capacité de réponse³¹.

Le nombre d'appels non traités n'indique pas précisément le nombre de personnes qui tentent de rejoindre Info-Santé CLSC, puisque certains font plus d'une tentative pour obtenir la communication avec l'infirmière. L'enquête auprès de la clientèle nous apprend que 15 % des personnes interrogées ont dû composer plus d'une fois avant d'obtenir la communication téléphonique. Mais d'autres personnes n'obtiennent pas le service malgré plusieurs tentatives : l'enquête de notoriété indique que 7 % des utilisateurs³² n'ont pas pu parler à l'infirmière la dernière fois qu'ils ont essayé d'appeler Info-Santé CLSC.

Délai d'abandon

Le délai d'abandon, c'est-à-dire la durée d'attente au terme de laquelle une usagère ou un usager raccroche, sans avoir obtenu la communication avec l'infirmière, est un autre aspect intéressant de la gestion des appels. La majorité des appels sont abandonnés à l'intérieur d'un délai d'une ou deux minutes³³. Il s'agit de personnes qui ne sont pas prêtes à attendre et qui prennent d'autres dispositions ou qui appelleront de nouveau un peu plus tard. À moins de tendre à offrir une réponse immédiate en tout temps (ce qui pourrait être l'objectif d'un service d'urgence), on doit s'attendre à ce qu'un certain pourcentage d'appels n'obtiennent pas de réponse. Ce sont surtout les appels perdus après plus d'une ou deux minutes d'attente qu'on doit s'efforcer de récupérer.

4.1.2 Durée d'attente des appels traités

Attente mesurée par les établissements

Dans les douze centrales disposant d'un système de gestion des appels, la *durée moyenne d'attente* se situe en général autour de quatre ou cinq minutes. Les meilleures performances à la fin de 1998 étaient de moins de deux minutes.

Montréal-Centre est la seule région où une étude a permis de mesurer les durées d'attente des services Info-Santé locaux ; en octobre 1998, l'attente moyenne dans les 29 CLSC de cette région était de cinq minutes et cinq secondes.

La *distribution des appels selon la durée d'attente* a pu être recueillie dans sept centrales pour la première moitié de l'année 1998-1999. Le pourcentage des appels traités en moins de quatre minutes variait de 3 % à 83 %.

Durée d'attente perçue par la clientèle

Parmi les données disponibles à ce jour, celles qui peuvent donner un aperçu des durées d'attente de l'ensemble des appels traités par Info-Santé CLSC sont les durées d'attente perçues rapportées par les personnes qui ont participé à nos deux enquêtes (SOM, 1998 ; Hagan, Morin et Lépine, 1998).

Pour l'ensemble des appels, en incluant les retours d'appel, la durée d'attente perçue est de huit minutes³⁴ d'après la relance auprès de la clientèle.

Accès direct	89 %	(attente moyenne de 6 minutes)
Retour d'appel	11 %	(attente moyenne de 24 minutes)
Total	100 %	(attente moyenne de 8 minutes)

Parmi les 89 % de gens qui obtiennent une réponse immédiate ou après avoir attendu en ligne, l'attente est estimée à six minutes en moyenne ; 40 % d'entre eux estiment avoir attendu plus de cinq ou six minutes, et 15 % disent avoir attendu douze minutes ou plus.

Les données de la relance indiquent que 11 % des gens doivent laisser leur numéro de téléphone et attendre que l'infirmière les rappelle. Ce pourcentage comprend cependant les données d'une région où plus de la moitié des personnes interrogées ont connu cette situation. Les retours d'appel représentent en réalité entre 3 % et 5 % des appels dans la majorité des régions. L'attente perçue pour ces appels est de 24 minutes en moyenne.

Attente jugée acceptable par la clientèle

Selon les réponses recueillies dans le cadre de la relance, le temps d'attente jugé acceptable par la clientèle se situe le plus souvent autour de cinq ou six minutes³⁵. La grande majorité des personnes qui jugent peu acceptable ou pas du tout acceptable l'attente qu'elles ont subie estiment avoir attendu cinq minutes ou plus. Par ailleurs, le taux de satisfaction le plus élevé se retrouve chez les personnes qui estiment avoir attendu moins de deux minutes. Comme on l'a vu plus haut, la majorité des personnes mises en attente qui décident de raccrocher le font aussi dans un délai de deux minutes ou moins.

4.2 Qualité

Bien qu'on ne le réalise pas facilement à première vue, l'exercice infirmier en Info-Santé (*telenursing*) comporte un haut niveau de difficulté et de complexité. Cette fonction exige des infirmières chevronnées, possédant une expérience diversifiée et un excellent jugement clinique.

4.2.1 Évaluation de la qualité de l'exercice infirmier

Étant donné la responsabilité dévolue à l'OIIQ en ce qui a trait à la qualité de la pratique professionnelle de ses membres, l'Ordre a entrepris un projet d'évaluation de la qualité de l'exercice infirmier en Info-Santé parallèlement à la démarche d'évaluation provinciale supervisée par le comité de suivi. Ce projet réalisé au cours de l'année 1997 a porté sur 28 CLSC de différentes régions du Québec incluant 13 centrales. Les centres visités ont traité environ un million et quart d'appels au cours de l'année, soit un peu plus de la moitié des appels traités dans tout le Québec.

Cette évaluation a permis de constater que la pratique infirmière dans les sites visités était satisfaisante. Elle a également permis de préciser un ensemble de conditions importantes pour le maintien ou l'amélioration de la qualité de la pratique et cette démarche a amené l'OIIQ à adopter des lignes directrices concernant l'exercice infirmier à Info-Santé (OIIQ, 1998). Plusieurs des conditions définies dans ce document étaient présentes dans la plupart des établissements visités en 1997. Par ailleurs, certaines de ces conditions étaient à mettre en place, en cours d'implantation ou à consolider dans près de la moitié des établissements ; depuis, la situation semble évoluer et des améliorations ont été constatées à certains endroits.

Par ailleurs, bien que les résultats de cette évaluation aient été favorables, il faut aussi se rappeler qu'au cours de 1997 et de 1998 plusieurs changements sont survenus dans les effectifs d'Info-Santé CLSC (notamment le départ d'un bon nombre d'infirmières expérimentées) de même que dans l'environnement et l'organisation du travail. Info-Santé CLSC a aussi connu depuis sa mise en place une expansion relativement rapide et connaîtra encore des développements importants dans les prochaines années. La qualité du service peut facilement être influencée par de tels changements, notamment pour ce qui est des critères d'embauche et d'affectation, de la formation initiale à la fonction Info-Santé, de la mise à jour et de l'organisation du travail.

Il est donc important que les conditions nécessaires pour assurer une pratique professionnelle de qualité soient en place dans tous les services Info-Santé CLSC, ce facteur étant déterminant non seulement pour protéger la santé de la population mais également pour maintenir l'efficacité du service quant à l'utilisation judicieuse des services sociosanitaires.

4.2.2 Perception de la clientèle

L'appréciation de la clientèle d'Info-Santé CLSC à l'égard de la qualité de la réponse obtenue s'est avérée très favorable. Elle se situe à plus de 94 % pour toutes les dimensions ayant trait à la qualité de la communication et au caractère adapté des conseils fournis par l'infirmière (Hagan, Morin et Lépine, 1998).

- ✓ 99 % déclarent que le langage de l'infirmière était clair ;
- ✓ 99 % ont trouvé ses conseils faciles à comprendre ;
- ✓ 99 % ont trouvé l'infirmière courtoise ;
- ✓ 98 % estiment qu'elle a bien compris leur problème ;
- ✓ 96 % disent qu'elle leur a proposé des solutions convenables ;
- ✓ 94 % considèrent que l'infirmière les a aidés dans le choix des solutions.

Peu de variations ont été observées en fonction des caractéristiques de la clientèle (groupe d'âge, langue, etc.) ou de l'appel (degré d'urgence, heure de l'appel, etc.). Ce haut niveau de satisfaction se retrouve également dans chacune des sept régions pour lesquelles un échantillon représentatif a été constitué³⁶.

4.3 Résultats des interventions d'Info-Santé CLSC

Des effets de plusieurs ordres peuvent être associés à une intervention éducative telle que celle d'Info-Santé CLSC, qu'il s'agisse des effets immédiats sur la façon de prendre en charge le problème qui justifie l'appel, ou d'effets à moyen ou à long terme sur les connaissances, sur les habiletés d'auto-gestion de la santé, sur les attitudes par rapport à la santé et à l'utilisation des services, sur les comportements préventifs, etc. Aux fins de la présente évaluation, le comité de suivi a convenu de centrer l'analyse sur les effets immédiats observables dans les 48 à 72 heures après l'appel. Quatre types de résultats ont été mesurés auprès des usagères et des usagers au cours d'entrevues téléphoniques (Hagan, Morin et Lépine, 1998) :

- 1) la prise en charge efficace du problème par la mise en application des conseils de l'infirmière³⁷ ;
- 2) l'orientation vers une ressource appropriée ;
- 3) la diminution de l'inquiétude (sécurisation) ;
- 4) l'acquisition de connaissances (éducation).

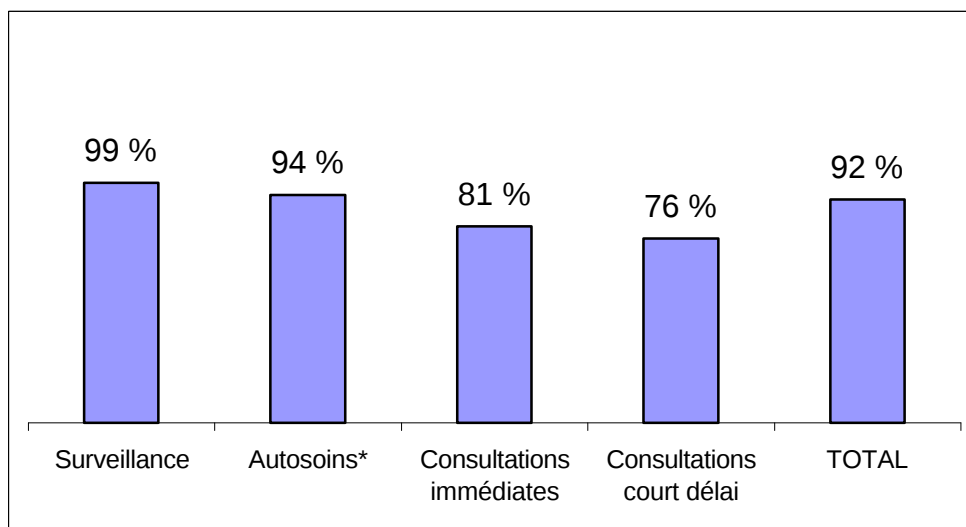
Afin de mieux comprendre les résultats qui seront présentés plus loin, il faut d'abord dresser un profil des comportements de la clientèle à la suite de l'appel.

4.3.1 Comportements à la suite de l'appel et conformité aux recommandations

On se rappellera tout d'abord que 89 % des appels traités donnent lieu à des recommandations quant aux moyens à prendre pour résoudre le problème soumis. La moitié de ces appels comportent uniquement des conseils quant aux soins à faire à la maison, sans recommandation formelle³⁸ de consulter ; l'autre moitié comporte une recommandation de consulter une autre ressource immédiatement ou dans un court délai³⁹ (avec ou sans conseils quant aux actions de soins ou de surveillance à faire chez soi).

Dans l'ensemble, 92 % des usagers déclarent s'être conformés aux recommandations de l'infirmière. Comme on le voit au diagramme ci-après, les recommandations qui consistent en des actions à faire soi-même sont mises en application dans la presque totalité des cas, et celles qui consistent à consulter une ressource immédiatement ou dans un court délai le sont dans la majorité des cas.

FIGURE 5
CONFORMITÉ AUX RECOMMANDATIONS DE L'INFIRMIÈRE



* Soins à faire soi-même à la maison

4.3.2 Résultats du point de vue de la clientèle

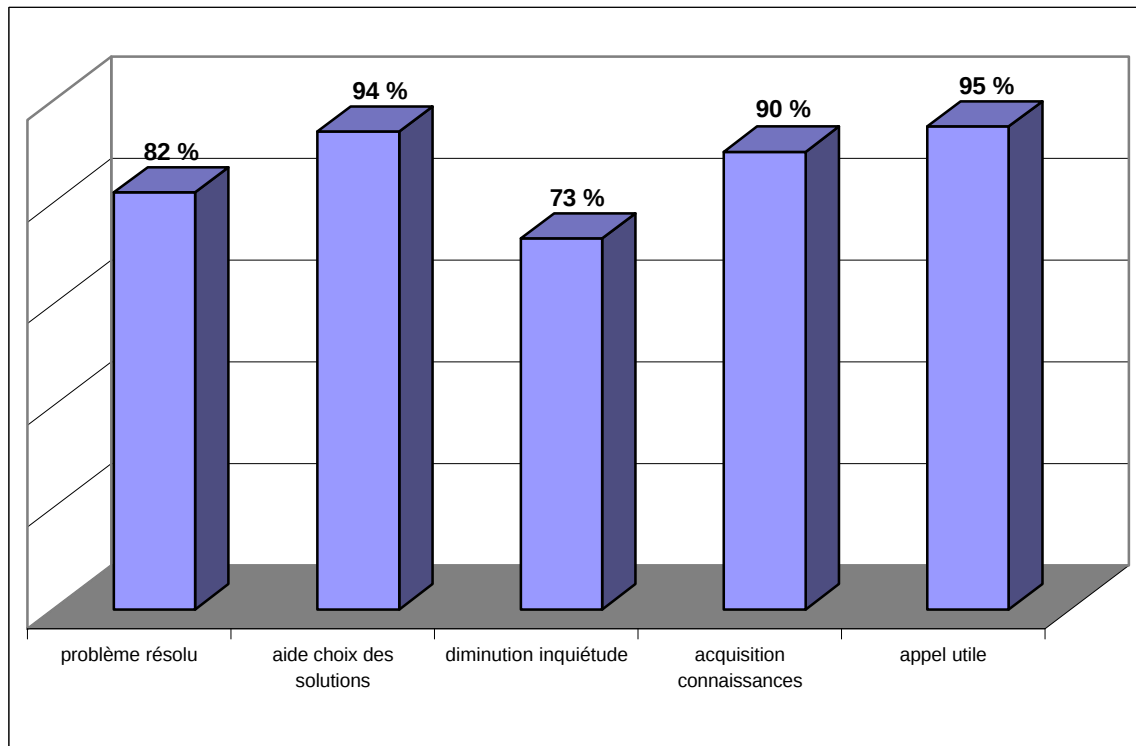
Les entrevues réalisées dans le cadre de l'enquête auprès de la clientèle comportaient plusieurs questions sur les résultats observés à la suite de l'appel, selon les quatre dimensions ciblées.

Efficacité des actions suggérées pour résoudre le problème

Dans l'ensemble, 82 % des personnes qui ont mis en application les recommandations de l'infirmière déclarent avoir ainsi résolu efficacement le problème soumis (figure 6). Ce pourcentage est de 84 % chez les personnes qui ont mis en application les actions de surveillance ou de soins recommandées par l'infirmière⁴⁰ ; parmi celles qui ont fait appel à une ressource suggérée par l'infirmière, 77 % estiment que l'intervention de cette ressource a été efficace⁴¹.

Par ailleurs, 95 % des personnes interrogées estiment que le fait d'avoir téléphoné à Info-Santé CLSC a été utile pour trouver une solution à leur problème, qu'ils aient eu ou non à consulter une autre ressource. Ceci montre que l'intervention d'Info-Santé CLSC facilite la prise en charge de la situation même lorsqu'elle implique la consultation d'une autre ressource.

FIGURE 6
RÉSULTATS DU POINT DE VUE DE LA CLIENTÈLE
 (pourcentage de l'ensemble des personnes interrogées)*



* À l'exception du premier pourcentage (82 %) qui est calculé sur le nombre de personnes qui ont mis en application les conseils de l'infirmière

Orientation vers une ressource appropriée

La fonction d'orientation qu'assume l'infirmière d'Info-Santé CLSC comporte deux aspects :

- 1) conseiller la personne dans la décision de consulter ou non en fonction du problème soumis ;
- 2) le cas échéant, conseiller la personne sur le choix de la ressource à consulter en tenant compte du problème, du délai approprié et des ressources disponibles à l'intérieur de ce délai.

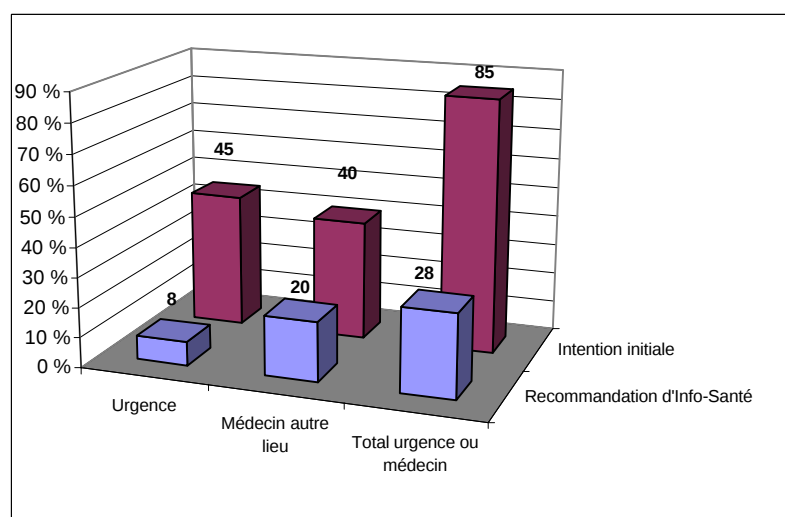
Du point de vue de la clientèle, l'orientation peut être considérée comme appropriée si la personne choisit de se conformer à la recommandation de l'infirmière et si elle estime par la suite que l'infirmière l'a aidée dans le choix de la meilleure solution. Dans l'ensemble, 94 % des personnes interrogées estiment que l'infirmière les a aidées dans le choix de la meilleure solution pour résoudre le problème ; parmi les personnes qui ont reçu une recommandation formelle de consulter et qui s'y sont conformées, 95 % ont répondu dans le même sens.

Orientation différente à la suite de l'appel

En comparant les réponses des personnes interrogées quant à leurs intentions initiales et quant aux recommandations formulées par l'infirmière, on observe que beaucoup reçoivent une recommandation qui diffère de leur intention initiale (figure 7). Neuf personnes sur dix déclarent qu'en l'absence d'Info-Santé CLSC, elles auraient certainement ou probablement fait appel à une autre ressource⁴² ; les deux principales ressources envisagées sont l'urgence hospitalière (45 % de l'ensemble des appels⁴³) et le médecin en cabinet ou en CLSC (40 %)⁴⁴.

Or, après l'évaluation de la situation, dans 60 % des cas, la recommandation de l'infirmière diffère de l'intention de l'utilisateur quant à la pertinence de consulter ou non une ressource⁴⁵. À ce nombre, s'ajoute un autre 4 % des cas où les recommandations confirment la personne dans son intention de consulter mais l'orientent vers un type de ressource différent de celui qu'elle avait envisagé (ex : le médecin en cabinet plutôt que l'urgence). Sur ce point, voir le tableau 2 en annexe.

FIGURE 7
ORIENTATION VERS LE MÉDECIN OU L'URGENCE



Diminution de l'inquiétude et acquisition de connaissances

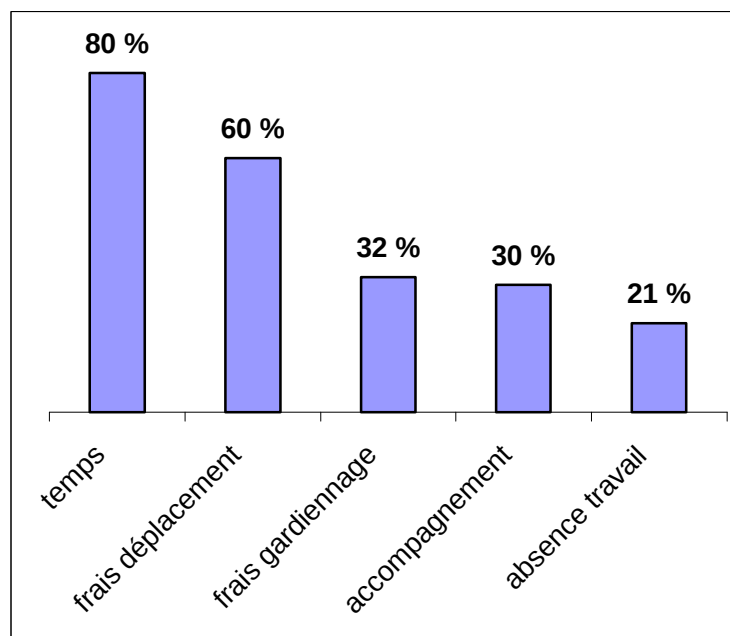
Au moment de faire appel à Info-Santé CLSC, 92 % des personnes interrogées déclarent avoir ressenti de l'inquiétude ; or, 77 % d'entre elles (soit 73 % de l'ensemble) rapportent une diminution de leur inquiétude après l'appel⁴⁶.

Dans 90 % des cas, les personnes interrogées estiment que l'appel à Info-Santé CLSC leur a permis d'acquérir ou de valider des connaissances qui leur permettraient de résoudre un problème semblable s'il se présentait à nouveau.

Autres avantages perçus du recours à Info-Santé CLSC

En plus de l'efficacité des moyens proposés pour résoudre le problème soumis, et de l'aide apportée dans la décision de consulter et dans le choix de la ressource appropriée, d'autres bénéfices immédiats ont été décrits par la clientèle en ce qui a trait à l'économie de temps et d'argent et aux démarches évitées (figure 8). Ainsi, 80 % disent avoir sauvé du temps (en moyenne cinq heures) et 60 % déclarent avoir évité des frais de déplacement (distance moyenne de douze kilomètres). Près du tiers ont évité de payer des frais de gardiennage ou d'avoir à se faire accompagner pour consulter, et une personne sur cinq a évité une absence au travail. Ces avantages perçus sont un facteur déterminant dans l'utilisation du service. Un indice plus global des avantages perçus du recours à Info-Santé CLSC se lit dans l'intention exprimée d'utiliser de nouveau ce service en cas de besoin : à peu près toutes les personnes interrogées (99 %) ont répondu par l'affirmative.

FIGURE 8
COÛTS ÉVITÉS POUR LA CLIENTÈLE
(pourcentage de l'ensemble des personnes interrogées)



4.3.3 Résultats du point de vue du réseau

Les informations recueillies dans le cadre de la présente évaluation sont interprétées ci-après en fonction des effets des interventions d'Info-Santé CLSC sur la santé de la population, sur les attitudes de la clientèle face à l'utilisation des services et sur les comportements de recours aux services à la suite de l'appel.

Santé de la population

Les résultats présentés dans la section précédente indiquent que les interventions des infirmières permettent dans bien des cas aux usagers et aux usagères de faire de meilleurs choix face au problème qui a justifié l'appel, soit en posant eux-mêmes les gestes nécessaires pour le résoudre, soit en s'orientant vers la ressource appropriée au moment opportun. Les conseils mis en application sont le plus souvent efficaces en ce sens.

Info-Santé CLSC aide également les parents de jeunes enfants et les proches qui assurent les soins à un membre de leur entourage, le plus souvent des femmes, en leur apportant les conseils dont ils ont besoin dans l'exercice de leur rôle.

Comme on l'a vu plus haut, Info-Santé CLSC incite aussi un certain nombre de personnes à consulter une ressource alors qu'elles ne l'avaient pas encore envisagé, ce qui peut favoriser une intervention plus précoce ou éviter la détérioration du problème. Dans les cas où l'infirmière oriente la personne vers l'urgence hospitalière, les conseils fournis au moment de l'appel peuvent aussi aider cette personne ou son entourage à stabiliser le problème et à agir de façon plus appropriée dans la situation.

Par ailleurs, d'après les déclarations des usagers, les conseils et les renseignements obtenus en téléphonant à Info-Santé CLSC seront utiles non seulement au moment de l'appel, mais éventuellement à d'autres occasions si le même problème survenait de nouveau. Les apprentissages réalisés dans un contexte où la personne ressent un besoin immédiat sont plus durables que ceux réalisés en dehors d'une situation de besoin. Les conditions d'une intervention éducative sont ici particulièrement favorables.

L'infirmière peut aussi saisir l'occasion, en fonction de la personne qui s'adresse à elle, pour renforcer des messages préventifs et de promotion et pour dépister des situations à risque. Elle est en position d'encourager les personnes hésitantes à faire une démarche auprès des services préventifs ou auprès des services d'aide dont elles ont besoin.

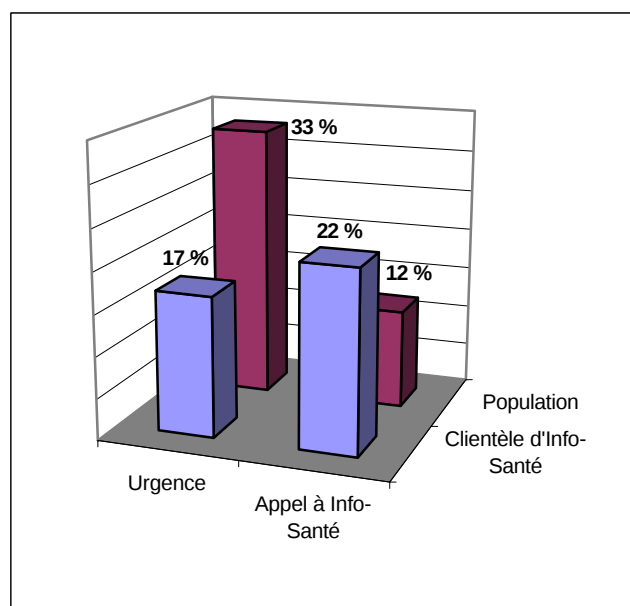
Info-Santé CLSC apporte également une contribution significative en matière de santé publique en diffusant l'information pertinente à la protection de la santé dans différentes situations, en contribuant à la surveillance préalerte et en assurant le relais entre la population ou les intervenants du réseau et les médecins de garde en santé publique.

Attitudes différentes des utilisateurs et des non-utilisateurs d'Info-Santé CLSC quant au recours aux services de santé

Une question a été introduite dans les entrevues de l'étude de notoriété afin d'évaluer les attitudes quant à l'utilisation d'Info-Santé CLSC et d'autres services de santé⁴⁷. En réponse à cette question qui plaçait les personnes interrogées devant l'hypothèse d'une situation de santé inquiétante, 12 % d'entre elles déclarent spontanément qu'elles appelleraient Info-Santé CLSC, et 22 % qu'elles se présenteraient à l'urgence. Par ailleurs, l'étude a permis d'observer un écart significatif entre les utilisateurs et les non-

utilisateurs : ainsi, parmi les gens qui ont déjà utilisé ce service, les choix sont inversés et Info-Santé CLSC occupe le premier rang des ressources envisagées (33 %) tandis que la clinique médicale vient au deuxième rang (18 %) et l'urgence au troisième rang (17 %).

FIGURE 9
RESSOURCE ENVISAGÉE EN CAS DE BESOIN
(clientèle d'Info-Santé vs population)



En fin d'entrevue, après qu'on leur ait décrit le service, 70 % des personnes interrogées pour l'étude de notoriété ont déclaré qu'elles utiliseraient probablement Info-Santé CLSC si un jour le besoin se présentait ; ce pourcentage monte à 86 % pour celles qui l'ont déjà utilisé au moins une fois. D'après les résultats de la relance, 99 % des personnes qui ont fait appel au service quelques jours plus tôt l'utiliseraient de nouveau.

Un groupe cible particulièrement intéressant est celui des personnes qui s'adressent aux salles d'urgence pour des raisons non urgentes. L'enquête de notoriété indique que 12 % des personnes ayant participé à l'enquête ont téléphoné à l'urgence au cours de la dernière année⁴⁸ et que 41 % s'y sont rendues à au moins une reprise, soit pour elles-mêmes ou comme accompagnateurs⁴⁹.

Des études indiquent qu'un pourcentage assez important des visites aux urgences hospitalières s'avèrent des cas non urgents⁵⁰. Parmi les personnes ayant participé à l'étude de notoriété et qui se sont rendues à l'urgence, 9 % ont déclaré que leur problème n'était pas urgent (peu ou pas du tout), ce qui est sans doute une sous-estimation. Mais une proportion deux fois plus grande de personnes (18 %) affirment

qu'elles auraient utilisé Info-Santé CLSC à cette occasion si elles avaient connu ce service⁵¹.

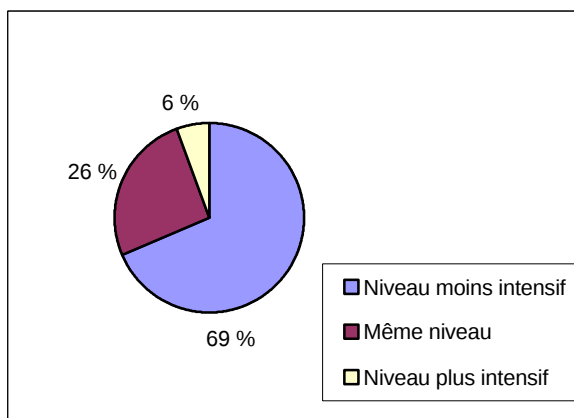
Il y a donc dans les salles d'urgence, près d'une personne sur cinq qui pourrait éventuellement être réorientée vers Info-Santé CLSC.

Comportements quant à l'utilisation des services à la suite de l'appel

a. Recours à des ressources plus appropriées

D'après les recommandations formulées par les infirmières et les intentions exprimées par les usagers, on observe qu'Info-Santé CLSC oriente une grande partie de ces derniers vers des solutions différentes de celles envisagées en l'absence du service, la plupart du temps vers une solution impliquant une utilisation moins intensive⁵² des ressources sociosanitaires.

FIGURE 10
COMPARAISON ENTRE LA RECOMMANDATION D'INFO-SANTÉ CLSC
ET L'INTENTION DE L'USAGER



Ces orientations peuvent être considérées comme générant une utilisation plus appropriée des ressources lorsque la clientèle choisit de s'y conformer.

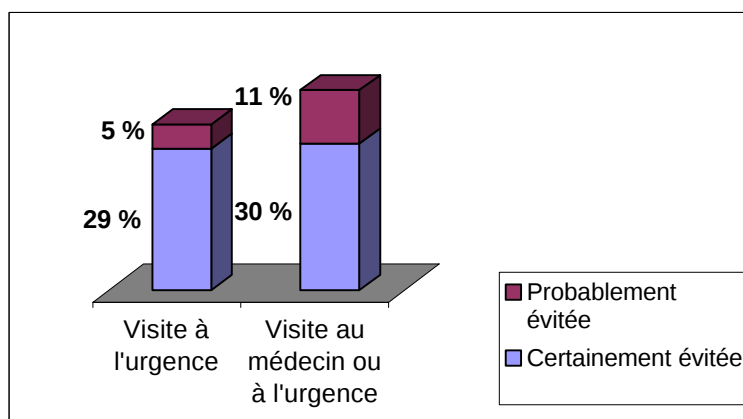
b. Recours évités

L'analyse des recours évités grâce aux interventions d'Info-Santé CLSC a été abordée de façon très sommaire. On peut toutefois avancer certaines hypothèses d'après les intentions et les comportements de recours déclarés à l'occasion de la relance.

D'après les comportements déclarés par les personnes interrogées, ces dernières ont effectivement modifié leur intention de consulter à la suite de l'intervention de l'infirmière : 43 % d'entre elles avaient l'intention de consulter et ne l'ont finalement pas fait, du moins dans les 48 à 72 heures après l'appel⁵³.

Les recours évités à l'urgence représentent entre 29 et 34 appels sur 100 appels traités⁵⁴. Une partie de ces visites à l'urgence ont été remplacées par une consultation médicale dans un autre lieu (ex. : clinique sans rendez-vous) mais dans plus de la moitié des cas⁵⁵ les personnes interrogées déclarent ne pas avoir consulté le médecin à la suite de l'appel. Selon le même calcul, les recours évités à une ressource médicale ou à l'urgence (les deux considérés ensemble) représentent entre 30 et 41 appels sur 100 appels traités⁵⁶.

FIGURE 11
RECOURS ÉVITÉS SUR L'ENSEMBLE DES APPELS TRAITÉS
(COMPARAISON ENTRE LES INTENTIONS DES USAGERS ET
LES CONSULTATIONS FAITES À LA SUITE DE L'APPEL)



c. Recours induits

Les recours induits sont les consultations qui n'auraient pas eu lieu en l'absence d'Info-Santé CLSC. Un certain pourcentage d'appels traités peut en effet donner lieu à des consultations non prévues par les usagers au moment de l'appel. Ces consultations sont recommandées par l'infirmière soit parce que son évaluation indique la nécessité d'une intervention alors que l'utilisateur n'en sentait pas le besoin, ou que l'infirmière se trouve devant une situation difficile à évaluer par téléphone et qu'un retard à consulter risquerait d'avoir des conséquences néfastes.

D'après les résultats de la relance, ces consultations non prévues faites sur la recommandation de l'infirmière sont peu nombreuses (3,8 %) et l'on peut penser que parmi celles-ci, les consultations inappropriées le sont encore moins. Dans les cas où cette consultation s'avère effectivement pertinente, l'intervention de l'infirmière a pu permettre d'agir avant que la situation se soit davantage détériorée.

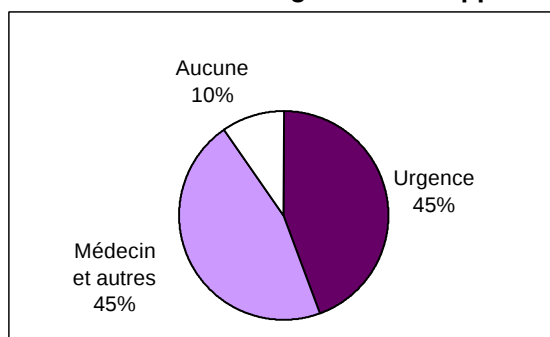
Effet net des interventions sur l'utilisation des ressources

Le recours à Info-Santé CLSC comporte moins d'obstacles pour les usagers que le recours à d'autres ressources sociosanitaires de première ligne, tant sur le plan financier que sur celui des déplacements ou de l'attente. Il facilite donc le contact entre la population et le système de soins et services en augmentant l'accessibilité. La figure 12 permet de voir les écarts importants entre les intentions initiales de la clientèle et les consultations rapportées à la suite de l'appel.

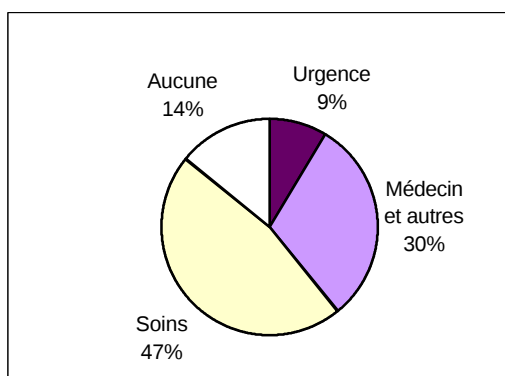
Les comportements des usagers sont le plus souvent conformes aux orientations suggérées par les infirmières et se traduisent par une utilisation moins intensive et plus judicieuse des ressources, soit en évitant le recours inapproprié à des ressources médicales ou aux services d'urgence, soit en orientant la personne vers une ressource plus appropriée de même niveau, soit en permettant de résoudre le problème sans recourir à aucune autre ressource.

FIGURE 12
INTENTIONS INITIALES DES USAGERS, RECOMMANDATIONS DES INFIRMIÈRES ET
COMPORTEMENTS DÉCLARÉS À LA SUITE DE L'APPEL À INFO-SANTÉ CLSC

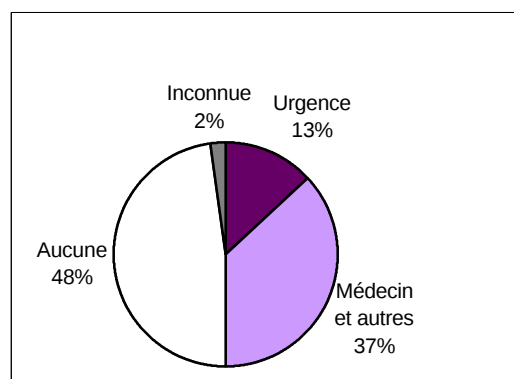
Intentions des usagers avant l'appel



Recommandations de l'infirmière



Consultations faites à la suite de l'appel



Effets sur les coûts

Les économies générées par les recours évités à la suite des interventions d'Info-Santé CLSC n'ont pas été quantifiées pour diverses raisons, notamment à cause de la difficulté d'établir le coût moyen d'une visite à la salle d'urgence pour des cas non urgents. D'autres effets reliés au renforcement de l'autonomie des usagers, au soutien à la réponse dans le milieu de vie, à la promotion, à la prévention et au dépistage ne peuvent pas être quantifiés compte tenu des données disponibles.

On peut croire par ailleurs que l'autonomie accrue des usagers apporte des bénéfices à moyen et à long terme dans la mesure où d'autres recours inappropriés pourront être évités ultérieurement lorsque ces personnes éprouveront de nouveau un problème semblable.

Il est aussi probable que les effets rapportés en ce qui concerne les connaissances, les attitudes et les habiletés se répercuteront aussi sur la santé et l'utilisation des services dans l'entourage immédiat de ces personnes, un bon nombre d'entre elles étant des femmes qui assument le plus souvent les responsabilités rattachées à la santé des autres membres du ménage et les soins aux personnes dépendantes ou malades.

Les études réalisées au sujet d'autres services téléphoniques comparables à Info-Santé CLSC ailleurs en Amérique du Nord font état en général d'économies de l'ordre de 2 \$ à 4 \$ par dollar investi⁵⁷.

4.4 Efficience

Des analyses ont été tentées à partir des différentes données disponibles pour comparer l'efficience des 59 services Info-Santé CLSC dont les résultats ont été mesurés lors de la relance auprès de la clientèle. Les comparaisons devaient être faites en fonction de variables organisationnelles pouvant caractériser la structure du service ou le processus de traitement des appels dans chacun de ces CLSC.

Un *indice d'efficacité* a été conçu en vue de mesurer l'efficacité des actions posées par les usagers et des interventions de la ressource consultée à la suggestion de l'infirmière, telle qu'elle a été rapportée à l'occasion de la relance auprès de la clientèle. Toutefois, cette mesure s'est avérée peu précise si l'on considère que deux valeurs caractérisaient la grande majorité des CLSC (les actions suscitées par Info-Santé CLSC étaient jugées dans la plupart des cas « très efficaces » ou « assez efficaces », et un faible pourcentage étaient jugées « peu efficaces » ou « inefficaces »).

La *mesure de coût* utilisée pour cette analyse était le coût unitaire des appels Info-Santé CLSC, établi selon les données apparaissant au rapport financier des CLSC pour l'année 1997-1998, année au cours de laquelle eut lieu la relance.

Ces données firent l'objet de certains ajustements et d'une première étape de validation qui s'est cependant avérée insuffisante ; plusieurs CLSC offrant la réponse Info-Santé locale éprouvaient des difficultés à estimer les coûts précis reliés à cette fonction, ou encore à distinguer parmi les appels reçus au CLSC ceux qui relèvent de la fonction d'accueil et ceux qui relèvent de la fonction Info-Santé.

La *mesure d'efficience* attribuée à chaque CLSC était un coefficient mettant en rapport l'efficacité des appels échantillonnés dans ce CLSC à l'occasion de la relance, et le coût unitaire des appels dans ce CLSC.

Les *variables organisationnelles* étudiées étaient choisies parmi les informations recueillies auprès des CLSC et qui étaient susceptibles d'influer sur l'efficience du service : le mode de réponse (mission locale ou régionale), le volume annuel d'appels, la durée moyenne des interventions sur l'ensemble des appels, le taux d'orientation/référence sur l'ensemble des appels⁵⁸. Le petit nombre de CLSC qui composaient nos groupes de comparaison entraînait cependant des limitations importantes sur le plan statistique.

En raison de la faible dispersion des résultats selon la mesure d'efficacité retenue, et du manque de précision et de comparabilité des données financières, les résultats de nos analyses n'ont pas permis d'associer les caractéristiques organisationnelles des CLSC à des degrés variables d'efficience.

Certains des écarts observés étaient surtout attribuables à la mesure de coût, laquelle était insuffisamment validée. D'autre part, les variables organisationnelles ne pouvaient expliquer qu'une faible partie des écarts observés entre les CLSC. Il est possible que l'efficacité et l'efficience du service soient reliées non seulement aux caractéristiques organisationnelles du service mais aussi aux caractéristiques de l'appel lui-même (type de clientèle, nature ou complexité du problème, degré d'urgence, etc.) et aux caractéristiques individuelles de l'infirmière qui traite l'appel.

Le comité de suivi a estimé que ces résultats ne permettaient de tirer aucune conclusion utile concernant les liens entre les variables organisationnelles et l'efficience des services Info-Santé CLSC.

CONCLUSION ET PERSPECTIVES

À la lumière de ce qui précède, le comité mandaté pour assurer le suivi de cette évaluation estime qu'Info-Santé CLSC remplit efficacement sa mission.

En fournissant rapidement une information juste et des conseils adéquats au moment précis où les individus en ont besoin, Info-Santé CLSC renforce leur capacité de prendre en charge leur santé et leur bien-être ou ceux de leurs proches, et les oriente s'il y a lieu vers les services les plus appropriés ; il contribue à une utilisation plus judicieuse des ressources sociosanitaires et permet une meilleure gestion de la demande de services. Le comité s'appuie, entre autres, sur les faits suivants :

1- L'utilité d'Info-Santé CLSC du point de vue de la clientèle

- ✓ 95 % des appels faits à Info-Santé CLSC sont jugés utiles pour résoudre le problème soumis à l'infirmière ;
- ✓ 90 % des appels permettent à l'utilisateur d'acquérir des connaissances suffisantes pour résoudre le même problème s'il se présentait de nouveau ;
- ✓ 73 % des appels permettent de diminuer l'inquiétude de l'utilisateur ;
- ✓ plus de 94 % des conseils mis en application et 77 % des consultations faites à la suggestion de l'infirmière s'avèrent efficaces pour résoudre le problème soumis ;
- ✓ 99 % des usagers utiliseraient le service de nouveau si le besoin se présentait.

2- Les effets d'Info-Santé CLSC sur l'utilisation des ressources

- ✓ Dans 69 % des cas, l'infirmière conseille les individus dans le sens d'une utilisation moins intensive que prévu des ressources sociosanitaires ;
- ✓ 89 % des usagers se seraient adressés à une autre ressource en l'absence d'Info-Santé CLSC et seulement 50 % consultent effectivement à la suite de l'appel ;
- ✓ entre 29 % et 34 %⁵⁹ des appels traités permettent d'éviter un recours à la salle d'urgence ;
- ✓ entre 30 % et 41 %⁶⁰ des appels traités permettent d'éviter une consultation médicale, que ce soit à l'urgence ou ailleurs.

Par ailleurs, nous constatons que des gains sont possibles en ce qui concerne la notoriété du service, son accessibilité, la qualité de la réponse professionnelle ainsi que l'efficacité et l'efficience du service.

LES GAINS À RÉALISER

- ***Accessibilité***

L'accessibilité du service Info-Santé CLSC constitue l'une des assises de son efficacité. On constate qu'une proportion importante d'appels ne rejoignent pas l'infirmière (25 % à 30 %) et qu'une partie des appels qui obtiennent réponse subissent des délais d'attente inacceptables du point de vue de la clientèle (17 %). Les efforts déployés en 1998 pour augmenter la capacité d'Info-Santé CLSC de répondre à la demande doivent être poursuivis. Des objectifs nationaux devraient être établis relativement à la perte d'appels et aux délais d'attente ; ces objectifs devraient orienter l'élaboration d'objectifs régionaux et locaux.

- ***Qualité***

La qualité de la réponse professionnelle constitue l'autre facteur déterminant de l'efficacité d'Info-Santé CLSC, autant dans la perception qu'en ont les usagers (facteur de conformité aux recommandations de l'infirmière) que d'un point de vue clinique (justesse des évaluations et des orientations). Les données disponibles indiquent que la pratique infirmière en Info-Santé est adéquate du point de vue professionnel et que la clientèle exprime un haut niveau de satisfaction à cet égard.

Il a été établi par ailleurs que les CLSC devront intensifier leurs efforts pour actualiser l'ensemble des conditions établies dans les lignes directrices de l'OIIQ⁶¹ en vue d'assurer le maintien de la qualité de la réponse. De plus, des solutions devront être envisagées à court ou à moyen terme pour attirer davantage les infirmières qualifiées vers la fonction Info-Santé et les maintenir en poste dans les centrales régionales.

Dans l'ensemble, le maintien et l'amélioration de la qualité des interventions d'Info-Santé CLSC exigeront des mesures structurées et soutenues, surtout dans le contexte de forte expansion que connaît ce service depuis son implantation. La qualité de la réponse doit constituer l'un des axes de développement du service et des indicateurs appropriés devraient être mis au point pour en assurer le suivi.

- ***Efficacité et efficience***

Les résultats obtenus lors de la relance auprès de la clientèle indiquent un haut niveau d'efficacité des interventions d'Info-Santé CLSC. Ces résultats doivent être maintenus. L'actualisation des lignes directrices de l'OIIQ devrait y contribuer de façon importante. Il sera utile par ailleurs de poursuivre l'analyse des durées moyennes d'intervention et des taux de référence qui s'écartent de façon importante des moyennes régionales. Les supports technologiques ont aussi un impact sur la qualité, l'efficacité et l'efficience du service, qu'il s'agisse de la téléphonie, de l'informatique ou d'autres instruments de travail. Ces

aspects devront être pris en considération dans l'allocation des ressources en vue d'améliorer la performance du service.

- ***Notoriété et utilisation***

La notoriété d'Info-Santé CLSC a connu une progression rapide depuis son implantation en 1995, passant de 43 % à 75 %. L'utilisation du service a elle aussi rapidement atteint un taux plus élevé que prévu dans l'ensemble de la population (323 appels pour 1 000 en 1998 vs taux prévu de 260 pour 1 000).

Info-Santé CLSC atteint largement les ménages où vivent de jeunes enfants. On aura toutefois avantage à mieux rejoindre les autres groupes ciblés dans le cadre de référence (personnes âgées, personnes de langue maternelle anglaise, personnes sourdes et malentendantes). Par ailleurs, l'étude de notoriété a permis de constater des progrès possibles sur le plan de la connaissance et de l'utilisation du service dans la population en général, et notamment chez les usagers des salles d'urgence. Des efforts pour réaliser ces gains potentiels sont donc indiqués.

LES MOYENS D'Y ARRIVER

- ***Financement***

Si l'on se donne pour objectif de répondre adéquatement à la demande actuelle sans compromettre la qualité de la réponse, et à plus forte raison si l'on espère accroître la pénétration d'Info-Santé CLSC, le comité de suivi estime que les efforts de rehaussement budgétaire amorcés en 1998-1999 devront être poursuivis durant quelques années encore.

Le comité est d'avis qu'il faudra procéder par étapes dans le développement du service, notamment en raison des difficultés actuelles de recrutement d'infirmières expérimentées et du temps qui sera nécessaire pour mettre en place des conditions favorables au recrutement et à la stabilité du personnel qualifié.

- ***Évaluation continue de la performance***

Des efforts importants ont été déployés depuis 1995 dans le cadre de l'évaluation provinciale des services Info-Santé CLSC. Les différentes études et collectes d'information ont exigé la participation de nombreuses personnes, tant les responsables des services à tous les niveaux des différentes organisations que les infirmières sur le terrain. Les résultats n'indiquent pas la nécessité de pousser davantage la recherche évaluative au sujet d'Info-Santé CLSC mais montrent plutôt le besoin d'un système de suivi et d'évaluation continue de la performance aux niveaux local, régional et national.

Bien que certains éléments d'un tel système soient déjà disponibles, il reste plusieurs étapes à franchir pour y arriver, notamment par la mise en place des moyens techniques requis dans un certain nombre d'établissements.

PASSAGE DE LA PHASE D'IMPLANTATION À UNE SECONDE PHASE DE DÉVELOPPEMENT

- ***Mise à jour et évolution du cadre de référence***

Le comité de suivi est d'avis que la mission d'Info-Santé CLSC telle qu'elle est définie dans le cadre de référence initial demeure pertinente. Certains éléments de ce cadre de référence méritent néanmoins d'être clarifiés ou davantage soulignés, notamment le caractère ponctuel, d'ordre général et non urgent de la réponse Info-Santé, l'importance de la fonction de conseil, d'enseignement et de soutien à l'autosoin qu'assument les infirmières, et la position du service comme interface entre la population et l'ensemble des ressources socio-sanitaires.

- ***Développement de la réponse sociale de première ligne***

Le volet social de la réponse Info-santé prévue dans le cadre de référence devra également être précisé. En effet, au fil des années, plusieurs régions ont mis en place de nouvelles modalités de réponse s'appliquant à divers secteurs d'intervention, notamment dans le domaine social. Il faudra déterminer les meilleures stratégies à envisager pour répondre aux besoins décelés dans ce secteur et pour agir dans un cadre harmonisé à l'échelle du Québec tout en permettant l'adaptation aux particularités régionales. Il faudra également s'assurer de tirer profit de l'expérience d'implantation du service Info-Santé CLSC dans sa forme actuelle et voir à en préserver la qualité et l'accessibilité.

- ***Planification des développements futurs***

Info-Santé CLSC est probablement appelé à connaître une croissance aussi importante dans l'avenir qu'au cours de la période d'implantation. Avec la forte adhésion de la population, une demande déjà plus importante que ce qui était prévu, de nouveaux groupes cibles à rejoindre et une évolution constante des possibilités technologiques, il est essentiel de bien planifier ces développements afin d'atteindre les objectifs fixés sans compromettre les progrès réalisés jusqu'à maintenant. Un financement adéquat et des mécanismes de suivi devront aussi accompagner ces développements. Le comité estime également qu'il y aurait lieu de rendre le service accessible dans les régions nordiques actuellement non couvertes, en particulier la région du Nord-du-Québec.

Par ailleurs, d'autres systèmes de santé en Amérique du Nord et en Europe ont récemment mis en place des services infirmiers téléphoniques (*telenursing*) semblables à Info-Santé CLSC, et plusieurs planifient ou évaluent présentement des projets du même type. Il sera intéressant d'observer les résultats de ces différents projets et d'en tirer les enseignements utiles pour orienter l'évolution future du service.

Info-Santé CLSC est un service de première ligne efficace, relativement peu coûteux, apprécié et de plus en plus utilisé par la population. Il joue un rôle stratégique dans le développement de la réponse aux besoins des personnes dans leur milieu de vie et contribue au succès de la transformation en cours dans notre réseau.

Une démarche concertée et des liens soutenus entre les différents partenaires du réseau sociosanitaire fourniront les meilleures conditions pour actualiser le potentiel de développement d'Info-Santé CLSC au bénéfice de la population et de l'ensemble du réseau. À cet effet, le comité de suivi de l'évaluation soumettra ses recommandations au Ministère et aux autres instances concernées.

BIBLIOGRAPHIE

Accessibilité continue 24/7 - Service téléphonique, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 1994, 35 pages.

Une réforme axée sur le citoyen, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 1990, 91 pages.

Évaluation provinciale d'Info-Santé CLSC - Phase I, Service de l'évaluation des politiques et des programmes, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 1996, 18 pages.

L'exercice infirmier à Info-Santé - Lignes directrices, Direction de la qualité de l'exercice, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Montréal, 1998, 22 pages.

Hagan, Louise, Diane Morin et Rachel Lépine, *Évaluation provinciale des services Info-Santé CLSC - Perception des utilisateurs*, Faculté des sciences infirmières, Centre de recherche sur les services communautaires, Université Laval, Québec, 1998, 163 pages.

SOM inc., *Étude de la notoriété et de l'utilisation du service Info-Santé CLSC*, Québec, 1998, 44 pages.

ANNEXE 1

TABLEAU 1
NATURE DES RECOMMANDATIONS DE L'INFIRMIÈRE

Pourcentage des appels	
21,5	autosoins et orientation formelle*
16,7	orientation formelle seulement
24,4	autosoins et orientation conditionnelle**
21,4	autosoins seulement
3,8	orientation conditionnelle seulement
10,2	aucune suite à donner
2,0	inconnu
100,0	

* Recommandation de consulter immédiatement ou dans un court délai.

** Recommandation de consulter seulement si la situation se détériore ou ne s'améliore pas à l'intérieur d'un certain délai.

Source : Fichier de l'enquête auprès des utilisateurs (Hagan, Morin et Lépine, 1998)

TABLEAU 2
DISTRIBUTION DES USAGERS SELON LEUR INTENTION
COMPARÉE AUX RECOMMANDATIONS DE L'INFIRMIÈRE
(POURCENTAGE DE L'ENSEMBLE DES PERSONNES INTERROGÉES)

Usagers qui avaient l'intention de consulter	
33,9	recommandation de consulter maintenant (orientation formelle)
25,8	recommandation de consulter selon l'évolution du problème (orientation conditionnelle)
27,5	pas de recommandation de consulter
88,6 %	Sous-total
Usagers qui n'avaient pas l'intention de consulter	
3,8	recommandation de consulter maintenant (orientation formelle)
2,6	recommandation de consulter selon l'évolution du problème (orientation conditionnelle)
3,1	pas de recommandation de consulter
9,5 %	Sous-total
2 %	Inconnus
100,0 %	Total

Source : Fichier de l'enquête auprès des utilisateurs (Hagan, Morin et Lépine, 1998).

ANNEXE 2

SEUILS DE TOLÉRANCE À L'ATTENTE

Attente			
Perçue*	Mesurée	Tolérable	Souhaitable
6 à 9,5 minutes en moyenne	4 à 5 minutes en moyenne	5 minutes	2 minutes

* Les valeurs utilisées ici pour l'attente perçue et mesurée sont calculées en excluant les personnes qui ont attendu un retour d'appel.

Sources : Enquête de notoriété (SOM, 1998) et enquête auprès de la clientèle (Hagan, Morin et Lépine, 1998)

D'après les statistiques enregistrées à la centrale de l'Estrie pour l'année 1998-1999, 51 % des appels perdus sont le fait de personnes qui raccrochent après moins d'une minute d'attente. Ce segment des usagers est peu motivé à attendre et une partie de ces personnes vont plutôt faire d'autres tentatives pour rejoindre le service ; il n'est pas utile de chercher à récupérer cette portion des appels perdus. L'examen de l'autre moitié des appels perdus indique deux seuils d'attente critiques :

1^{er} seuil : deux minutes

- ✓ 25 % des appels sont abandonnés après une ou deux minutes d'attente (soit la moitié des appels perdus « récupérables ») ;
- ✓ une attente d'une ou deux minutes est jugée acceptable par 99 % de la clientèle ;
- ✓ on note la satisfaction la plus élevée chez les personnes qui estiment avoir attendu deux minutes.

2^e seuil: quatre minutes

- ✓ 20 % des appels sont abandonnés après quatre minutes d'attente ;
- ✓ une attente de trois ou quatre minutes est jugée acceptable par 81 % de la clientèle.

NOTES

1. Cette association portait alors le nom de Fédération des CLSC, qui a été modifié en 1998 en raison du regroupement avec l'Association des CHSLD du Québec.
2. Trois régions administratives sur dix-huit n'ont pas été appelées à mettre en place un service Info-Santé en tant que tel : les Terres-Cries-de-la-Baie-James, le Nunavik et le Nord-du-Québec ; en 1997, ces régions représentaient 0,5 % de la population du Québec.
3. Selon les régions, la réponse locale se termine à 16 heures ou se prolonge en soirée jusqu'à 21 heures.
4. Un petit nombre de CLSC à faible volume d'appels ont opté pour une entente de service avec leur centrale régionale pour que cette dernière réponde aussi à leurs appels de jour. Par ailleurs, la région de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine a d'abord mis en place un service décentralisé puis est revenue à un modèle centralisé en décembre 1997. La région du Bas-Saint-Laurent a aussi décidé en 1998 de centraliser les appels de quatre des huit MRC de la région après avoir expérimenté cette formule sous forme de projet pilote.
5. Quatre centrales sous-régionales à Montréal-Centre et une centrale régionale dans chacune des quatorze autres régions.
6. La région des Laurentides est la seule où les appels aux services locaux ne sont jamais transférés directement à l'infirmière ; tous les appels reçus doivent attendre un retour d'appel de l'infirmière.
7. À la centrale de la région des Laurentides, une réceptionniste prend les messages lorsque les infirmières ne sont pas disponibles entre 20 heures et 23 heures. Dans la région de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, on utilise une boîte vocale plutôt que la mise en attente lorsque les infirmières sont déjà occupées. En 1997, un peu plus du quart des CLSC utilisaient, à l'occasion, le répondeur ou la boîte vocale pour les appels à Info-Santé.
8. Ces téléphonistes reçoivent les messages de la personne malentendante par téléscripteur, composent le numéro demandé et font le relais de la communication.
9. En décembre 1997, c'était le cas de huit centrales et de 51 services Info-Santé locaux. Le pourcentage d'appels traités sur fiche papier variait de moins de 5 % à plus de 50 % en réponse locale ; il variait entre 20 % et 50 % dans les cinq centrales de Montréal-Centre et de la Montérégie qui doivent faire appel à des infirmières provenant d'agences pour couvrir les fins de semaine, et de 5 % à 10 % dans les trois autres centrales.
10. Ceci exclut la formation nécessaire pour l'apprentissage de l'application informatique, laquelle requiert en général trois jours suivis d'une période d'environ un mois pour arriver à une aisance suffisante dans le traitement des appels.
11. Le nombre d'utilisateurs inscrits au 31 décembre 1997 était de 9 516 pour tout le Québec.
12. En 1998-1999, on peut s'attendre à un taux d'utilisation de l'ordre de 360/1000, en raison d'un accroissement global de 11 % des budgets pour l'ensemble des régions (voir section 3.3).
13. Le Ministère prévoyait un taux d'utilisation de 260 appels par année pour mille personnes, soit 200 appels concernant des problèmes de santé et 60 appels concernant des problèmes sociaux.
14. La durée moyenne en décembre 1997 était de 9,96 minutes dans les centrales et de 9,51 minutes dans les 78 services locaux dont les données étaient disponibles. Cette moyenne correspond de près à celle qui caractérise d'autres services téléphoniques en

- activité depuis quelques années (NHS Direct en Angleterre, Télésoins au Nouveau-Brunswick).
15. Ces orientations conditionnelles sont rapportées dans 29 % des appels d'après les entrevues auprès de la clientèle (Hagan, Morin et Lépine, 1998, p.59-60).
 16. D'après les données fournies par quinze centrales comptant pour 93 % des appels traités en réponse régionale.
 17. D'après les données fournies par 69 CLSC comptant pour 66 % du volume d'appels traités en réponse locale.
 18. Le taux de référence varie de 3 % à 55 % dans les centrales, et de 1 % à 85 % dans les services Info-Santé locaux.
 19. Ce pourcentage de 38 %, obtenu d'après les réponses des usagers, se rapproche sensiblement de celui qu'on peut relever d'après les fiches d'appel remplies par les infirmières, soit 42 %.
 20. Si l'on exclut la Montérégie, c'est en fait un accroissement de 13 % des dépenses pour les quatorze autres régions.
 21. Sauf indication contraire, toutes les données mentionnées dans cette section sont tirées du rapport intitulé *Étude de la notoriété et de l'utilisation du service Info-Santé CLSC*, SOM inc., Québec, mars 1998, 45 pages.
 22. Proportion de la population qui dit avoir déjà entendu parler du service Info-Santé CLSC sans qu'on leur décrive le service.
 23. Proportion de la population qui a déjà utilisé le service au moins une fois au cours de la vie.
 24. Personnes ayant moins de 15 000 \$ de revenu familial (66 %) ; personnes ayant une scolarité primaire ou secondaire (70 %).
 25. Parmi les personnes âgées de 65 ans et plus qui connaissent l'existence d'Info-Santé CLSC, 25 % en sont des utilisateurs comparativement à 37 % dans l'ensemble de la population. Un écart semblable est également observé parmi les personnes de langue maternelle anglaise. Des particularités d'ordre « culturel » pourraient expliquer ces différences, par exemple le fait que les personnes âgées préfèrent un contact en personne plutôt que par téléphone, ou qu'elles préfèrent s'adresser à une personne connue, ou encore parler à un médecin plutôt qu'à une infirmière.
 26. Certains disent qu'ils préfèrent s'adresser à un médecin (2,7 %), qu'ils n'y ont pas pensé (2,3 %), qu'ils sont habitués autrement (2,2 %) ou qu'ils ne connaissaient pas le numéro de téléphone d'Info-Santé CLSC (2,0 %). Les personnes interrogées pouvaient mentionner jusqu'à deux raisons.
 27. Cette définition des appels non traités ou perdus s'applique aux services Info-Santé CLSC qui disposent d'un système de gestion des appels, la plupart étant des centrales régionales où les appels peuvent être placés en file d'attente. On pourrait cependant l'appliquer aux services de réponse Info-Santé locale en la reformulant comme suit : les appels reçus lorsque l'infirmière n'est pas disponible et où la personne ne laisse pas ses coordonnées pour qu'on la rappelle ou ne peut être rejointe lorsque l'infirmière tente de la rappeler.
 28. Données portant sur la période de janvier à décembre 1996, recueillies par questionnaire en vue du bilan d'implantation, fournies par dix centrales comptant pour 65 % des appels traités en réponse régionale.
 29. Données portant sur la période de janvier à décembre 1997, recueillies par questionnaire en vue du bilan d'implantation, fournies par onze centrales comptant pour 73 % des appels traités en réponse régionale.
 30. Données portant sur la période d'avril à septembre 1998, recueillies par questionnaire dans le cadre du suivi des investissements faits au début de cette même année, fournies par neuf centrales comptant pour 56 % des appels traités en réponse régionale.

31. Lorsque beaucoup d'appels sont rejetés, il arrive par exemple que l'ajout d'infirmières permette d'augmenter le nombre d'appels traités, mais que les durées d'attente et le taux d'abandon ne diminuent pas d'autant ; ceci montre que la demande réelle est souvent supérieure à celle qu'indiquent les appels non traités.
32. Le nombre des utilisateurs interrogés est de 341.
33. À titre d'exemple, à la centrale de l'Estrie, en 1998-1999, 51 % des appels abandonnés ont été perdus après une attente de moins d'une minute, 25 % après une ou deux minutes d'attente ; à partir du seuil de deux minutes, chaque minute d'attente supplémentaire amène une perte moins importante, de 3 % ou 4 % des appels.
34. Cette information est comparable à celle recueillie à l'occasion du sondage sur la notoriété, où l'attente moyenne a été estimée à 9,5 minutes par les utilisateurs interrogés.
35. C'est la durée d'attente mentionnée par le plus grand nombre de personnes interrogées (35 %). Une attente de cinq ou six minutes est satisfaisante pour 77 % de l'ensemble des usagers, en incluant ceux qui accepteraient une attente plus longue ; une attente de trois ou quatre minutes est satisfaisante pour 81 % d'entre eux (soit 4 % de plus) et une attente d'une ou deux minutes satisferait 99 % d'entre eux.
36. Saguenay-Lac-Saint-Jean, Québec, Estrie, Chaudière-Appalaches, Laval, Lanaudière et Laurentides.
37. Cette définition de résultat tient compte à la fois de l'intervention de l'infirmière et de l'action de l'utilisateur ou de l'usagère, et éventuellement de celle des autres ressources vers lesquelles le service oriente une partie des usagers. Elle mesure donc l'impact combiné d'Info-Santé CLSC en interaction avec l'utilisateur et son environnement, ce qui entraîne des limites quant à l'interprétation des résultats. Cet inconvénient n'a pu être contourné étant donné qu'il était nécessaire dans le cadre du mandat d'évaluation, d'aller au-delà de la satisfaction des usagers et de la conformité aux recommandations de l'infirmière pour connaître les suites à l'intervention et avoir une idée de l'impact du service.
38. On se rappellera que dans le cadre de cette étude, les recommandations dites formelles consistaient à orienter la personne vers une ressource soit immédiatement, soit dans un court délai, et que les recommandations dites conditionnelles consistaient à suggérer une ressource à consulter seulement lorsque la situation se détériore ou ne s'améliore pas à l'intérieur d'un certain délai.
39. Les cas où l'infirmière a formulé une orientation conditionnelle, à savoir une suggestion quant à la ressource à consulter dans le cas où la situation ne s'améliorerait pas après un certain temps, ne sont pas traités ici. Dans ces cas, la conformité à la recommandation doit être jugée d'après l'évolution du problème : si la situation se détériore ou ne s'améliore pas, le fait de consulter sera conforme à la recommandation mais si, au contraire, la situation s'améliore, c'est plutôt le fait de ne pas consulter qui sera conforme. Nous pouvons dire que les deux tiers de ces personnes n'ont finalement pas consulté la ressource suggérée, mais le contenu des entrevues ne permet pas toujours de déterminer si ce comportement était conforme à la recommandation.
40. Très efficaces : 43,3 % ; assez efficaces : 40,4 %.
41. Très efficace : 50% ; assez efficace 27 %.
42. Un total de 89 %, dont 66 % « certainement » et 23 % « probablement ». La question était la suivante : « Si Info-Santé n'avait pas existé, diriez-vous que vous auriez fait appel à un autre type de ressources (certainement, probablement, probablement pas, certainement pas) ? »
43. 34 % « certainement » et 10 % « probablement ».
44. 29 % « certainement » et 11 % « probablement ».

45. Ce 60 % se répartit comme suit : consultation prévue par l'utilisateur et non recommandée par l'infirmière : 28 % des appels ; consultation prévue par l'utilisateur et recommandée seulement si la situation se détériore ou ne s'améliore pas dans un certain délai : 26 % des appels ; consultation non prévue par l'utilisateur et recommandation conditionnelle ou formelle de consulter : 6 % des appels (voir le tableau 2 en annexe).
46. 73 % de l'ensemble des personnes interrogées rapportent une diminution, 23 % ne rapportent aucun changement, et 3 % rapportent une augmentation de leur niveau d'inquiétude.
47. La question posée était la suivante : « Supposons que vous-même ou une autre personne habitant avec vous soit atteinte de fièvre importante depuis 24 à 48 heures et que vous ne réussissiez pas à faire baisser la fièvre. Si vous deveniez très inquiet(e) devant cette situation, que feriez-vous ou qui consulteriez-vous ? » Cette question était posée au tout début des entrevues, avant que le service Info-Santé CLSC ait été mentionné.
48. Près des deux tiers de ces personnes (65 %) ont appelé plus d'une fois depuis douze mois.
49. Ce pourcentage, appliqué à la population admissible au régime d'assurance maladie du Québec, correspondrait à 2,9 millions de personnes. Les données de la RAMQ indiquent qu'environ 1,7 millions de bénéficiaires ont consulté à l'urgence au cours de l'année civile 1997. En supposant qu'une partie de ces personnes s'y rendent en compagnie d'un proche, on peut penser que plus de 2 millions de personnes se sont réellement rendues à l'urgence au moins une fois au cours de cette année.
50. On doit garder à l'esprit qu'un certain nombre de visites non urgentes aux salles d'urgence sont inévitables, notamment lorsqu'une évaluation médicale est nécessaire dans un court délai et qu'aucune autre ressource n'est accessible (ex : nuit, fin de semaine).
51. Les autres personnes interrogées n'auraient pas appelé Info-Santé CLSC (77 %) ou sont indécises (5 %). Les raisons des personnes qui n'auraient pas appelé Info-Santé CLSC, même si elles avaient connu le service ou le connaissaient déjà, tiennent surtout à la gravité du problème, mais une proportion de 7 % environ invoquent plutôt l'habitude ou la proximité du service d'urgence.
52. Trois niveaux d'intensité ont été définis, soit, par ordre décroissant, 1) recours à l'urgence ; 2) recours au médecin ou à une autre ressource sociosanitaire ; 3) aucune utilisation des ressources sociosanitaires.
53. Les entrevues furent toutes réalisées dans ces délais, de façon à laisser suffisamment de temps s'écouler pour permettre aux personnes interrogées de consulter et de voir l'évolution de la situation.
54. On obtient 29 appels si l'on se base uniquement sur les usagers qui auraient « certainement » consulté et 34 si l'on inclut ceux qui auraient « probablement » consulté l'urgence.
55. Sur 100 appels traités, on compte 16 appels qui ne sont suivis d'aucune consultation médicale parmi les 29 cas où une visite à l'urgence a été certainement évitée ; on compte 22 appels sans consultation médicale parmi les 31 cas où une visite à l'urgence a été probablement ou certainement évitée.
56. Soit 30 appels si l'on ne retient que les « certainement » et 41 appels si l'on inclut les « probablement ».
57. Source : données rassemblées par le Ministère de la santé de Colombie-Britannique.
58. Les autres variables étudiées étaient le cumul ou non de différentes tâches durant les heures où les infirmières sont affectées à la fonction Info-Santé et le nombre total d'heures d'activité du service dans une semaine.

59. On obtient 29 % des appels si l'on se base uniquement sur les usagers qui auraient « certainement » consulté et 34 % si l'on inclut ceux qui auraient « probablement » consulté l'urgence.
- 60 Soit 30 % des appels si l'on ne retient que les « certainement » et 41 % si l'on inclut les « probablement ».
61. *L'exercice infirmier à Info-Santé – Lignes directrices*, OIIQ, 1998.

