



Department of Clinical Epidemiology and
Community Studies

Département d'épidémiologie clinique et d'études communautaires

Rapport sommaire

UTILISATION DES SOINS DE PREMIÈRE LIGNE ET DE L'URGENCE PARMIS LES ADULTES DU QUÉBEC : RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE SUR LA SANTÉ DANS LES COLLECTIVITÉS CANADIENNES

J. McCusker,^{1,2} D. Roberge,³ J-F. Levesque,^{4,6,7} A. Ciampi,^{1,2} A. Vadeboncoeur,⁵
D. Larouche,⁶ S. Sanche.¹

¹Centre hospitalier de St-Mary, ²Université McGill; ³Université de Sherbrooke,

⁴Institut national de santé publique du Québec, ⁵Institut de Cardiologie de Montréal, ⁶Université de Montréal, ⁷Centre de
recherche du CHUM

Fonds de la recherche
en santé

Québec



Department of Clinical Epidemiology and Community Studies/
St. Mary's Hospital Center

3830 Avenue Lacombe, Montréal (Québec), H3T 1M5, Canada

Département d'épidémiologie clinique et d'études communautaires

Centre hospitalier de St-Mary

3830, avenue Lacombe, Montréal (Québec), H3T 1M5, Canada

1er décembre 2010

UTILISATION DES SOINS DE PREMIÈRE LIGNE ET DE L'URGENCE PARMI LES ADULTES DU QUÉBEC : RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE SUR LA SANTÉ DANS LES COLLECTIVITÉS CANADIENNES

Date du rapport : 1^{er} décembre 2010

Organisme subventionnaire : Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ)
1^{er} mai 2007 – 30 avril 2011

Chercheuse principale : Jane McCusker, M.D., Dr.PH
Département d'épidémiologie clinique et d'études communautaires
Centre hospitalier de St-Mary
3830, avenue Lacombe
Montréal (Québec), H3T 1M5
Tél. : (514) 345-3511 poste 5060
Téléc. : (514) 734-2652
jane.mccusker@mcgill.ca

Cochercheurs : A. Vadeboncoeur, M.D.
D. Roberge, PhD
D. Larouche, MSc
A. Ciampi, PhD
P. Tousignant, M.D.

Remerciements : Notre équipe aimerait souligner le travail de l'équipe du centre interuniversitaire québécois de statistiques sociales, particulièrement Danielle Forest, pour l'aide apportée concernant plusieurs questions statistiques. Notre équipe aimerait également souligner l'apport de judicieux conseils de la part de Roxane Borgès Da Silva, Bruce Brown, Jacques Morin, Raynald Pineault, Alyson Turner et Josée Verdon. Bien que la recherche et les analyses soient fondées sur des données de Statistique Canada, les opinions exprimées ne représentent pas celles de Statistique Canada.

UTILISATION DES SOINS DE PREMIÈRE LIGNE ET DE L'URGENCE PARMIS LES ADULTES DU QUÉBEC : RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE SUR LA SANTÉ DANS LES COLLECTIVITÉS CANADIENNES

J. McCusker,^{1,2} D. Roberge,³ J-F. Levesque,^{4,6,7} A. Ciampi,^{1,2} A. Vadeboncoeur,⁵
D. Larouche,⁶ S. Sanche.¹

¹Centre hospitalier de St-Mary, ²Université McGill; ³Université de Sherbrooke,

⁴Institut national de santé publique du Québec, ⁵Institut de Cardiologie de Montréal, ⁶Université de Montréal, ⁷Centre de recherche du CHUM

RÉSUMÉ

Introduction : Les consultations à l'urgence des hôpitaux pourraient être un marqueur de l'inadéquation des services médicaux de première ligne, particulièrement chez les personnes qui présentent des conditions chroniques sensibles aux soins ambulatoires (CCSSA). Des études comparatives internationales ont montré que la proportion de Québécois ayant un médecin de famille est relativement faible, qu'un grand nombre de visites à l'urgence suppléent aux consultations en soins de première ligne et que les délais d'attente à l'urgence y sont parmi les plus longs.

Objectifs : Examiner, chez les adultes du Québec, le lien entre les caractéristiques autorapportées des soins de santé et le lieu de la dernière consultation auprès d'un omnipraticien (département d'urgence versus ailleurs). Examiner si cette relation diffère entre les individus présentant des maladies chroniques et ceux qui n'en présentent pas.

Méthodes : Nous avons mené une étude transversale de la population adulte du Québec en utilisant un échantillon combiné, tiré de deux cycles de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC, 2003 et 2005). L'échantillon de l'étude se composait de résidents du Québec âgés de 18 ans ou plus ayant rapporté au moins une consultation auprès d'un omnipraticien au cours des 12 mois précédents l'entrevue et n'ayant pas été hospitalisés pendant cette période (n = 33 491). La variable dépendante de l'étude était le lieu de la dernière consultation auprès d'un omnipraticien (département d'urgence versus ailleurs). Cette mesure est un indicateur de la proportion de consultations effectuées à l'urgence auprès des omnipraticiens. Les mesures des caractéristiques des services de première ligne incluaient ce qui suit : le fait d'avoir un médecin de famille, l'insatisfaction à l'égard des besoins en soins de santé, de leur disponibilité géographique et enfin, le nombre de consultations auprès de médecins et d'infirmières. Les participants ont également été amenés à fournir des informations sur les maladies chroniques diagnostiquées par des médecins. En raison de la complexité de l'échantillonnage, des poids ont été assignés aux observations afin d'obtenir l'estimation de mesures populationnelles.

Résultats : En ce qui concerne la population du Québec non hospitalisée âgée de 18 ans ou plus, 69,4 % de celle-ci a rapporté une consultation auprès d'un omnipraticien au cours des 12 mois précédant l'entrevue, dont 4,4 % dans un service d'urgence. Nous avons retrouvé deux mesures associées avec les consultations d'omnipraticiens dans un service d'urgence : le fait de déclarer ne pas avoir de médecin de famille ainsi que d'avoir déclaré être insatisfait à l'égard des besoins en soins de santé. L'association persiste même après ajustement pour les caractéristiques sociodémographiques, l'état de santé des sujets et les caractéristiques de services de première ligne. Le fait de ne pas avoir de médecin de famille est le principal facteur lié à l'expérience de soins associé avec les consultations auprès d'un omnipraticien à l'urgence : les participants n'ayant pas de médecin de famille étaient plus

de 4 fois plus susceptibles d'avoir consulté un omnipraticien à l'urgence. La déclaration de besoins non comblés à l'égard des soins était plus faiblement associée aux consultations d'omnipraticiens à l'urgence, alors qu'aucune association n'a été trouvée entre la disponibilité géographique des soins et cette dernière.

Conclusions : Parmi les adultes affectés ou non d'une maladie chronique, l'absence de médecin de famille est fortement corrélée avec les consultations auprès d'un omnipraticien à l'urgence. La déclaration de besoins non comblés à l'égard des soins (indicateur du manque d'accessibilité des soins) contribue également à expliquer le lieu d'intervention de la consultation auprès du médecin, contrairement à la perception de la disponibilité géographique. La réforme des services de soins de première ligne au Québec devrait s'attacher à promouvoir l'affiliation de la population à des médecins de famille.

RÉSUMÉ D'ORIENTATION

INTRODUCTION

Les départements d'urgence (DU) des hôpitaux sont des structures de soins utilisées pour les urgences médicales, chirurgicales et traumatiques, mais représentent aussi une source alternative de soins médicaux de première ligne¹. Les indicateurs de l'inadéquation des services de première ligne (p. ex. absence d'un médecin régulier, besoins non comblés, continuité insuffisante des services, absence perçue d'un accès rapide aux soins) sont associés à une probabilité accrue de visites à l'urgence²⁻⁷.

Cette étude a été menée dans la province de Québec, au Canada. Des études comparatives internationales ont montré que la proportion de Québécois ayant un médecin de famille est relativement faible, qu'un grand nombre de consultations à l'urgence suppléent aux consultations en première ligne et que les délais d'attente à l'urgence y sont parmi les plus longs⁸. Dans cette étude, nous nous sommes intéressés aux visites ambulatoires à l'urgence (sans hospitalisation) en partant de l'hypothèse que ces visites étaient plus susceptibles de se substituer aux consultations en première ligne.

OBJECTIFS

Parmi les adultes du Québec ayant rapporté au moins une consultation auprès d'un omnipraticien au cours des 12 mois précédents :

1. Examiner le lien entre certaines mesures autorapportées relatives aux soins de santé (affiliation à un médecin de famille, insatisfaction à l'égard des besoins en soins de santé et disponibilité géographique des soins de santé) et la proportion de consultations auprès d'un omnipraticien à l'urgence.
2. Comparer ces liens entre les populations rurales et urbaines et entre les sujets présentant ou non une maladie chronique.

MÉTHODES

Les données ont été tirées des cycles 2.1 et 3.1 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), menés respectivement en 2003 et 2005⁹. L'échantillon combiné se composait d'adultes du Québec âgés de 18 ans ou plus (53 456) dont 10,5 % ont été exclus en raison d'une hospitalisation au cours des 12 mois précédents l'entrevue (afin que seules les visites ambulatoires à l'urgence puissent être analysées). Une proportion de 30,0 % de sujets a ensuite été exclue soit parce que ceux-ci n'avaient rapporté aucune consultation auprès d'un omnipraticien ou ne connaissaient pas le lieu de leur dernière consultation auprès d'un omnipraticien. L'échantillon final comptait 33 491 sujets.

Le critère d'évaluation principal était le lieu de la dernière consultation auprès d'un omnipraticien : soit à l'urgence, soit ailleurs (voir l'encadré en dessous pour plus de renseignements). Cette mesure est un indicateur de la proportion de consultations auprès d'omnipraticiens qui se déroulent à l'urgence. La comparaison de cet indicateur avec une même mesure provenant des données de facturation des médecins de la province (12,3 %) révèle un déficit de déclaration de l'utilisation probablement dû à des erreurs de rappel, mais aussi au fait que les données de l'ESCC incluent les consultations auprès d'omnipraticiens qui n'ont pas été facturées. L'importance du déficit de déclaration est plus important chez les personnes âgées (65 ans et plus) que chez les sujets plus jeunes, ce qui est probablement dû à la plus grande fréquence des consultations auprès de médecins parmi les personnes âgées et à un plus grand nombre d'erreurs de rappel. Quoiqu'il en soit, cet indicateur est fortement corrélé avec la mesure de la base de données de facturations des médecins (corrélation r de Pearson = 0.89).

Variables clés de l'ESCC

Variable dépendante:

Lieu du dernier contact avec un omnipraticien (mesurée par 2 questions):

1. “Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous vu ou consulté par téléphone pour des troubles physiques, émotifs ou mentaux un médecin de famille, pédiatre ou un omnipraticien?”
2. Et si au moins un tel contact a eu lieu : “Où a eu lieu la plus récente consultation? (salle d'urgence d'un hôpital versus ailleurs: bureau du médecin, clinique externe d'un hôpital (p. ex., chirurgie d'un jour, cancer), clinique - sans rendez-vous, clinique avec rendez-vous, CLSC / Centre de santé communautaire, au travail, à l'école, à la maison, consultation téléphonique uniquement, autre)”.

Mesures des services de soins de santé:

- 1) Affiliation à un médecin de famille: “Avez-vous un médecin de famille?” * **Oui/Non**
- 2) Besoins de soins non comblés: “Au cours des 12 derniers mois, y a-t-il eu un moment où vous avez cru que vous aviez besoin de soins de santé mais vous ne les avez pas obtenus?” **Oui/Non**
- 3) Accessibilité géographique: “Dans l'ensemble, comment évalueriez-vous la disponibilité aux services de soins de santé dans votre communauté?” **Faible** versus Passable, bonne ou excellente.

* Dans le questionnaire pour anglophones, cette question fait référence à un médecin régulier. Des analyses de sensibilité indiquent que le langage de l'entrevue n'affecte pas les résultats rapportés.

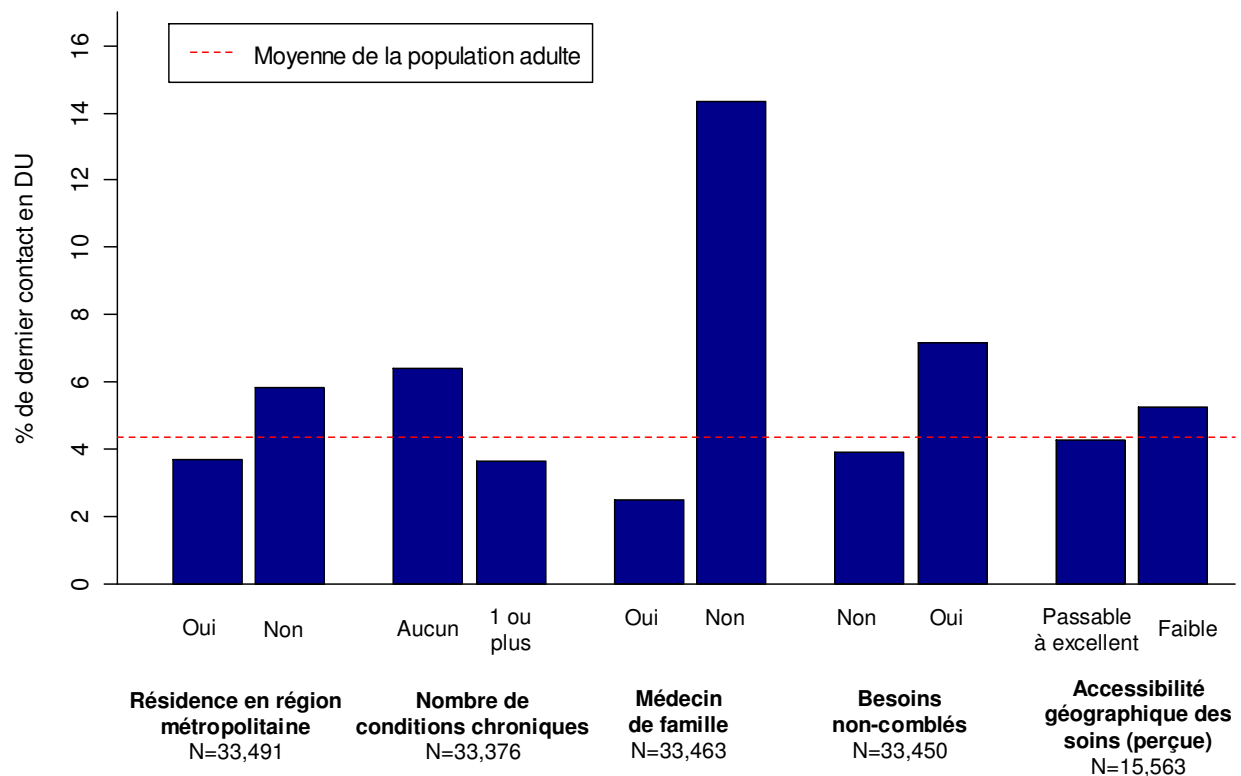
Trois ensembles de mesures ont été étudiés : *sociodémographiques* (âge, situation maritale, durée de la résidence au Canada, scolarité, revenu, zone géographique de résidence); *état de santé* (maladies chroniques, perception de l'état de santé général, changement dans l'état de santé au cours des 12 derniers mois, limites fonctionnelles, dépendance pour l'accomplissement des activités quotidiennes, détresse psychologique, consommation d'alcool); et les *services de santé* (affiliation à un médecin de famille, insatisfaction à l'égard des besoins en soins de santé, disponibilité géographique des soins de santé, accès à des services à domicile et nombre de consultations auprès d'un omnipraticien, d'un spécialiste et d'infirmières au cours des 12 derniers mois). Les méthodes statistiques utilisées sont des régressions logistiques multiples faisant usage de poids de rééchantillonnage. D'autres détails méthodologiques sont disponibles¹⁰

RÉSULTATS

Dans la population du Québec âgée de 18 ans et plus ayant déclaré avoir consulté un omnipraticien au cours des 12 derniers mois, 4,4 % des consultations ont eu lieu dans un département d'urgence. La figure 1 illustre la proportion de consultations à l'urgence, en fonction des principales mesures de l'étude. Les populations non urbaines et celles ne présentant pas de maladies chroniques étaient plus susceptibles de rapporter une consultation auprès d'un omnipraticien à l'urgence. Le fait de ne pas voir de médecin de famille est fortement corrélée à cette dernière : les personnes qui n'ont pas de médecin de famille étaient plus de 4 fois plus susceptibles de consulter un omnipraticien à l'urgence. Il en va de même pour les personnes qui déclarent des besoins de soins non comblés, bien que ce lien soit moins marqué. Toutefois, les proportions de

consultation auprès d'omnipraticiens à l'urgence étaient comparables selon que les personnes interrogées avaient une perception négative ou favorable de l'accessibilité géographique des soins de santé. Ces relations ont persisté même après ajustement statistique pour d'autres caractéristiques de la population étudiée (données sociodémographiques, état de santé, nombre de consultations auprès de médecins, etc.).

Figure 1. Estimations populationnelles des proportions de derniers contacts à l'urgence



Le lien entre l'affiliation à un médecin de famille et les consultations d'omnipraticiens à l'urgence est très marqué chez les sujets de l'étude, qu'ils soient ou non atteints de maladies chroniques, dans les zones métropolitaines et urbaines. Dans les populations rurales éloignées, ce lien n'est plus significatif. Le lien entre les besoins non comblés et les consultations d'omnipraticiens à l'urgence ne diffère pas entre les zones urbaines et rurales mais se limite toutefois aux personnes présentant des maladies chroniques.

DISCUSSION

Dans cette étude transversale d'un échantillon représentatif d'adultes du Québec, la proportion de consultations auprès d'omnipraticiens à l'urgence est fortement corrélée à l'absence d'affiliation à un médecin traitant et moins fortement corrélée à l'occurrence de besoins de soins de santé non comblés. Bien que de multiples facteurs contribuent à l'occurrence de besoins de soins de santé non comblés au Québec, cette mesure reflète essentiellement l'opinion que les participants se font de l'accessibilité des soins de santé (p. ex. longs délais d'attente)¹¹. Également, la perception de la disponibilité géographique des soins de santé semble moins importante que le fait d'avoir ou non un médecin de famille ou que d'autres aspects de l'accessibilité des soins afin de déterminer si les sujets ont recours ou non aux services d'urgence pour se faire soigner.

Les consultations d'omnipraticiens à l'urgence sont plus fréquentes dans les régions rurales que dans les régions urbaines de la province. Dans les régions rurales, le département d'urgence fait plus souvent office de services de soins de première ligne.⁷ Toutefois, le fait d'avoir un médecin de famille n'a pas pu être expliqué par les caractéristiques démographiques de la population ou par les facteurs de santé ou encore par la fréquence des consultations auprès de médecins. Cette association est également marquée chez les personnes de toutes les régions, à l'exception des régions rurales éloignées, et chez les personnes présentant ou non une maladie chronique.

Il convient de signaler que cette étude comporte plusieurs limites importantes. Premièrement, il s'agit d'une étude transversale, si bien qu'il n'est pas possible de tirer des conclusions sur les relations causales entre les différentes variables de l'étude. Par exemple, nous ne pouvons pas déterminer si le fait de consulter à l'urgence augmente les besoins non comblés ou si les personnes présentant des besoins non satisfaits sont plus susceptibles de chercher à se faire soigner à l'urgence. Deuxièmement, notre critère d'évaluation principal (consultations à l'urgence) était limité aux personnes ayant rapporté une consultation auprès d'un omnipraticien, soit 62,7 % de la population de l'enquête. Troisièmement, les participants à cette enquête ont probablement sous-rapporté les consultations auprès d'omnipraticiens à l'urgence. Il est en effet possible qu'ils n'aient pas eu connaissance de la spécialité du médecin consulté à l'urgence. Malgré ce déficit de signalement, la validation croisée avec les données administratives laisse penser que cette mesure est un indicateur valide de la proportion de consultation d'omnipraticiens à l'urgence.

Les résultats de cette étude sont intéressants à plusieurs titres et notamment en termes de politiques de santé. Premièrement, la proportion de consultations auprès d'omnipraticiens à l'urgence pourrait être un indicateur utile des services de soins de première ligne¹². L'utilisation de cet indicateur devrait tenir compte de la localisation géographique des populations concernées, les populations rurales étant plus susceptibles que celles des régions urbaines à chercher à se faire soigner à l'urgence. Deuxièmement, le fait d'avoir un médecin de famille semble être un déterminant majeur du lieu de la consultation auprès des omnipraticiens. Les recherches antérieures sur les personnes âgées du Québec ont montré que contrairement à la disponibilité géographique des médecins, la continuité des soins par un professionnel de santé attiré permet de prédire les consultations à l'urgence². Par conséquent, la réforme des soins de première ligne devrait viser à accroître la proportion de la population ayant accès à un médecin de famille. Les efforts visant à augmenter l'accessibilité des services de soins de première ligne devraient tenir compte de la nécessité d'assurer la continuité des soins. Cette recommandation est particulièrement importante compte tenu de la relativement faible proportion de résidents du Québec ayant un médecin de première ligne attiré.⁸

References

1. Roberge, D., Larouche, D., Pineault, R. et al. Hospital emergency departments: substitutes for primary care? Results of a survey among the population of Montréal and Montérégie. 2007. Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
2. Ionescu-Ittu, R., McCusker, J., Ciampi, A. et al.(2007) Continuity of primary care and emergency department utilization among elderly people. *Can Med Assoc J*, 177: 1362-1368.
3. Lévesque, J., Feldman, D., Dufresne, C. et al. L'implantation d'un modèle intégré de prévention et de gestion des maladies chroniques au Québec. Barrières et éléments facilitant. 2007. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal/Direction de santé publique et Institut national de santé publique. www.santepub-mtl.qc.ca/espss/production.html September 8, 2010.
4. McCusker, J., Verdon, J.(2006) Do geriatric interventions reduce emergency department visits?: A systematic review. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 61: 53-62.
5. Gill, J. M., Mainous III, A. G., Nserekro, M.(2000) The effect of continuity of care on emergency department use. *Arch Fam Med*, 9: 333-338.
6. Lowe, R. A., Localio, R. A., Schwarz, D. F. et al.(2005) Association between primary care practice characteristics and emergency department use in a medicaid managed care organization. *Med Care*, 43: 792-800.
7. Haggerty, J. L., Roberge, D., Pineault, R. et al.(2007) Features of primary healthcare clinics associated with patients' utilization of emergency rooms: urban-rural differences. *Healthcare Policy*, 3: 72-85.
8. Levesque, J. F., Benigeri, M. L'expérience de soins des personnes présentant les plus grands besoins de santé : le Québec comparé. Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2008. 2009. Le Commissaire à la santé et au bien-être.
9. The Canadian Community Health Survey. (Canadian Health Survey Website) Jan1, 2000. Available at: <http://www.statcan.gc.ca/concepts/health-sante/index-eng.htm>. Accessed Nov 15, 2009.
10. McCusker J, Roberge D, Lévesque JF et al.(2010) Emergency department visits and primary care among adults with chronic conditions. *Med Care*, Accepted.
11. Sibley, L. M., Glazier, R. H.(2009) Reasons for self-reported unmet healthcare needs in Canada: a population-based provincial comparison. *Healthcare Policy*, 5: 87-104.
12. Mustard, C. A., Kozyrskyj, A. L., Barer, M. L. et al.(1998) Emergency department use as a component of total ambulatory care: a population perspective. *Can Med Assoc J*, 158: 49-55.