

Les personnes âgées à l'unité d'urgence (UU)

Jane McCusker, MD, DrPH

Head, Department of Clinical Epidemiology and Community Studies,
St. Mary's Hospital Center;
Professor, Department of Epidemiology and Biostatistics and
Occupational Health, McGill University;
Coordinator, Axe personnes âgées, GIRU.

Plan de la présentation

- Pourquoi s'intéresser à ce groupe ?
- Pourquoi les p.a. utilisent l'UU?
- Comment la qualité et la continuité des soins peuvent être améliorées?
- Les retours peuvent-ils être évités?
- Leçons et questions

Cette présentation a été effectuée le 1er décembre 2004, au cours de la journée « L'urgence dans notre système de santé : un lieu révélateur des problèmes et une occasion d'action pour la santé publique » dans le cadre des Journées annuelles de santé publique (JASP) 2004. L'ensemble des présentations est disponible sur le site Web des JASP, à l'adresse <http://www.inspq.qc.ca/jasp/archives/>.

Pourquoi s'intéresser à ce groupe ?

- Problème important et grandissant
 - Des chiffres
 - L'utilisation des ressources
- Qualité des soins
 - UU non « p.a. friendly »
 - Évaluation inadéquate
 - Faible continuité avec les services dans la communauté
- Recours approprié
 - Niveau de soins peut-être non nécessaire
 - Mais une source de soins alternative est-elle disponible?

Pourquoi les p.a. utilisent l'UU

- Déterminants
 - Besoin
 - perçu et mesuré
 - Facteurs de prédisposition
 - socio-démographique, attitudes
 - Facteurs de capacité
 - famille, ressources communautaires

Revue de 14 études d'observation

McCusker J: Acad Emerg Med, 10: 1362-1370, 2003.

- Besoin (perçu et mesuré) était le déterminant principal
- Après ajustement pour besoin, déterminants de l'utilisation de l'UU incluent:
 - Manque de disponibilité des médecins
 - Absence d'un médecin traitant ou régulier
 - Spécialiste plutôt qu'omnipraticien comme médecin traitant
 - Plus d'une source de soins
 - Absence de couverture d'assurance santé

Comment la qualité et la continuité des soins peuvent être améliorées?

- 4 ECR
 - Edinbourg (Runciman, 1996)
 - Montréal (McCusker, 2001)
 - Cleveland (Mion, 2003)
 - Sydney (Caplan, 2004)

La qualité et la continuité des soins: 4 ECR (cont)

- INTERVENTIONS

- Dépistage initial pour identifier le risque élevé de déclin fonctionnel (Montréal: questionnaire ISAR)
- Évaluation par infirmière à l'UU
- Référence et suivi par services dans la communauté (médecin traitant, services à domicile, etc.)

La qualité et la continuité des soins: 4 ECR (cont)

- RÉSULTATS

- Fonction améliorée
- Connaissance améliorée
- Plus grande satisfaction
- Efficient

Les retours peuvent-ils être évités?

- Revue de 25 études d'intervention
 - Unité d'urgence (7)
 - Hospitalisation (4)
 - Services ambulatoires (9)
 - Services à domicile (3)
 - Communautaires (2)

Revue de 25 études d'intervention Résultats

- Services ambulatoires et à domicile les plus efficaces
 - Si soutenus et intégrés à la 1^e ligne
- À l'hôpital (incl. L'UU)
 - Moins efficace

Leçons et questions

- Évaluation et prise en charge des p.a. basées à l'UU peuvent être efficaces
- Viser le risque élevé – plus efficace?
- Besoin de ressources communautaires alternatives pour suivi et prévention des retours
 - Cliniques ambulatoires à l'hôpital?
 - Hôpital de jour?
 - UU spécialisées pour p.a.?

Pour de l'information supplémentaire

Jane.mccusker@mcgill.ca