

## LE RECOURS À L'URGENCE HOSPITALIÈRE À MONTRÉAL ET EN MONTÉRÉGIE, 2010

Sylvie Provost, Camille Turgeon-Provost, Raynald Pineault, Odette Lemoine, Brigitte Simard, Audrey Couture, Alexandre Prud'homme, Jean-Frédéric Levesque, Pierre Tousignant, Roxane Borgès Da Silva, Marie-Jo Ouimet

En 2005, l'équipe Santé des populations et services de santé (ESPSS), équipe conjointe de la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et de l'Institut national de santé publique du Québec, a mené une étude dans les deux régions les plus peuplées du Québec (Montréal et Montérégie) pour évaluer l'association entre les modèles organisationnels de 1<sup>re</sup> ligne prévalant à cette époque et l'expérience de soins de la population. Une deuxième étude a été entreprise en 2010 pour comprendre l'évolution des modèles organisationnels de 1<sup>re</sup> ligne et de leur performance à travers le processus de réforme et pour évaluer les facteurs aux niveaux organisationnel et contextuel qui sont associés à cette évolution.

Cette étude consiste en trois enquêtes interreliées :

- une enquête populationnelle menée auprès d'adultes sélectionnés aléatoirement parmi la population des deux régions pour évaluer l'affiliation des patients aux organisations de 1<sup>re</sup> ligne, leur niveau d'utilisation des services, divers attributs de leur expérience de soins, les services préventifs reçus ainsi que la perception des besoins non comblés;
- une enquête auprès des organisations de 1<sup>re</sup> ligne pour évaluer les aspects liés à leur vision, leur structure organisationnelle, leur niveau de ressources et leurs caractéristiques de pratique clinique ainsi qu'à la réorganisation des services de santé de 1<sup>re</sup> ligne;
- une troisième enquête auprès d'informateurs clés dans les CSSS pour apprécier le contexte organisationnel à l'intérieur duquel les différents modèles d'organisation de 1<sup>re</sup> ligne évoluent.

Le présent cahier thématique s'inscrit en continuité avec le « Rapport descriptif global de l'enquête populationnelle sur l'expérience de soins à Montréal et en Montérégie »<sup>1</sup> publié dans le cadre du projet décrit ci-haut. Les données présentées proviennent principalement des enquêtes populationnelle et organisationnelle effectuées en 2010. La première section de ce cahier décrit le recours à l'urgence hospitalière dans la population générale et les caractéristiques sociodémographiques des utilisateurs de l'urgence en comparaison à celles de l'ensemble de la population enquêtée. Les analyses présentées dans la section suivante portent plus spécifiquement sur les facteurs pouvant influencer le recours à l'urgence chez les utilisateurs de services de santé. Les résultats qui suivent traitent de l'association entre l'expérience de soins des personnes auprès de leur source habituelle de soins de 1<sup>re</sup> ligne et le recours à l'urgence. La dernière section porte sur les liens entre les caractéristiques organisationnelles de la source habituelle de soins de 1<sup>re</sup> ligne et le recours à l'urgence.

### UTILISATION DE L'URGENCE DANS LA POPULATION

En 2010, plus du tiers (34,9 %) de la population adulte de Montréal et de la Montérégie déclare avoir consulté l'urgence au moins une fois au cours des deux années précédant l'enquête (figure 1). La proportion des personnes ayant utilisé l'urgence s'avère légèrement plus élevée en 2010 (34,9 %) qu'en 2005 (31,0 %). Le recours à l'urgence est similaire entre Montréal et la Montérégie tant en 2005 qu'en 2010 (pas de différence statistiquement significative entre les deux régions).

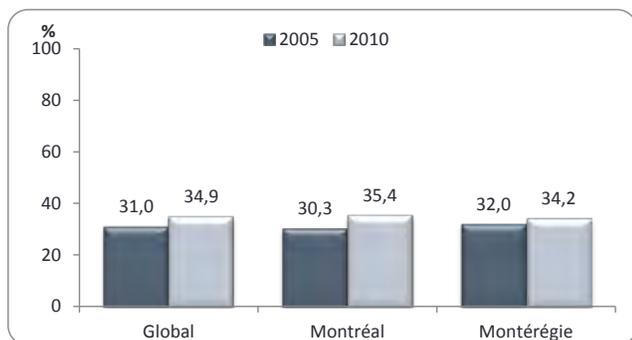


Figure 1 : Utilisation de l'urgence (%) au cours des deux années précédant l'enquête, 2005 et 2010

En 2010 ainsi qu'en 2005, plus de la moitié des utilisateurs de l'urgence se sont présentés seulement une fois à l'urgence au cours des deux années précédant l'enquête (tableau 1). Toutefois, plus d'un utilisateur de l'urgence sur cinq a déclaré s'y être présenté trois fois ou plus.

Tableau 1 : Proportion des utilisateurs de l'urgence selon le nombre de visites à l'urgence au cours des deux années précédant l'enquête, Montréal et Montérégie, 2005 et 2010

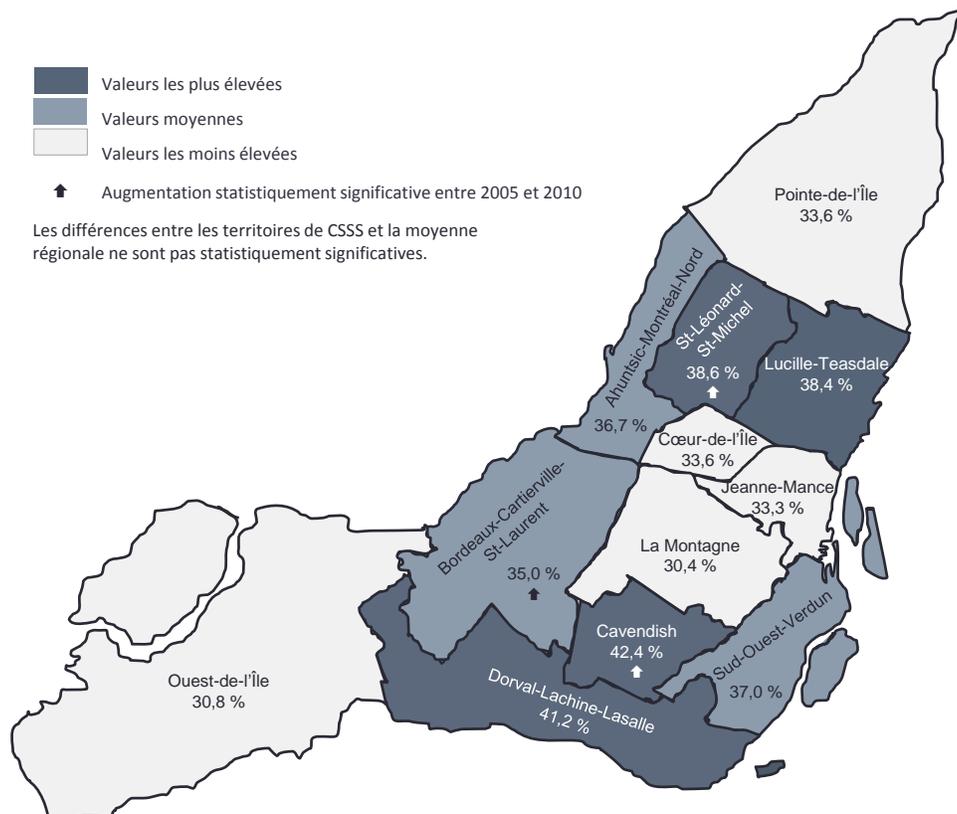
	2005 (%)	2010 (%)
1 visite	52,9	51,7
2 visites	25,2	26,0
3 visites	9,7	10,4
4 visites	4,3	4,3
5 visites ou +	8,0	7,6

Les différences entre 2005 et 2010 ne sont pas statistiquement significatives.

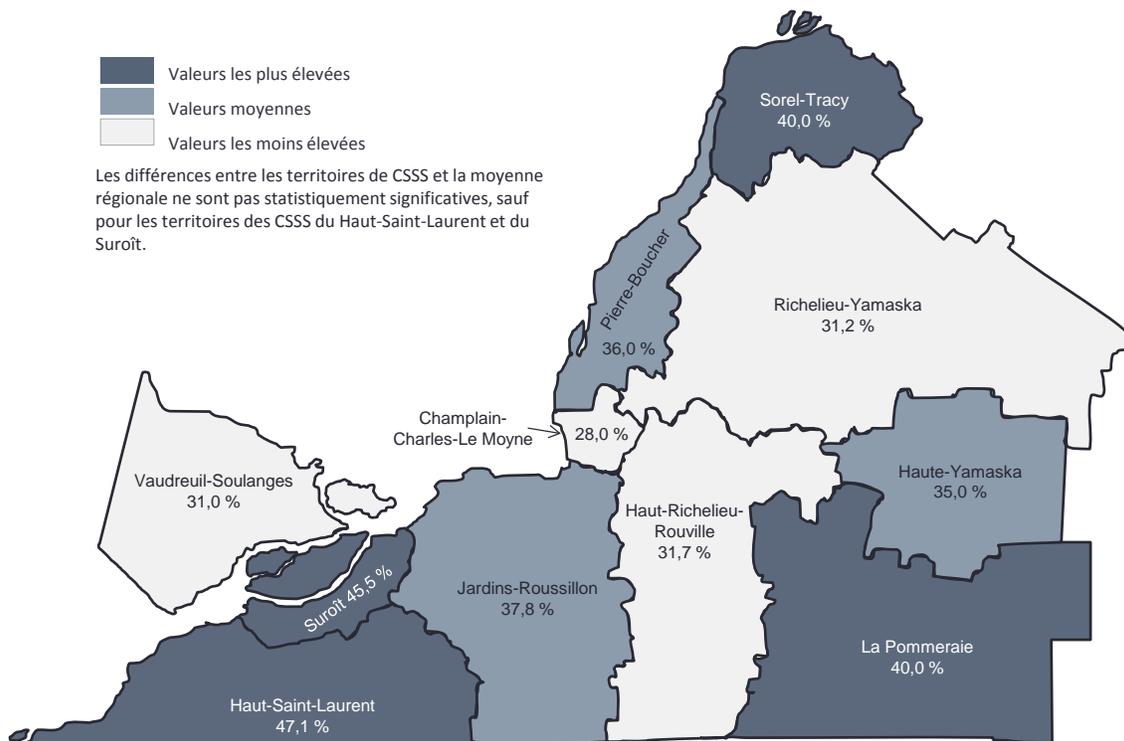
<sup>1</sup> Lemoine O, Simard B, Provost S, Levesque J-F, Pineault R, Tousignant P. « Rapport descriptif global de l'enquête populationnelle sur l'expérience de soins à Montréal et en Montérégie ». Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, INSPQ, 2011.

On note des variations importantes dans les proportions de personnes ayant utilisé l'urgence entre les territoires de CSSS. Ainsi, en 2010, les proportions varient de 30,4 % à 42,4 % à Montréal (carte 1) et de 28,0 % à 47,1 % en Montérégie (carte 2). Par ailleurs, on constate dans les cartes 1 et 2 que l'utilisation de l'urgence est

demeurée stable de 2005 à 2010 dans tous les territoires de CSSS, sauf dans ceux de Bordeaux-Cartierville-St-Laurent, Cavendish et St-Léonard-St-Michel, où l'on remarque une augmentation significative depuis 2005.



Carte 1 : Utilisation de l'urgence (%) au cours des deux dernières années et évolution par rapport à 2005 selon le territoire de CSSS, Montréal, 2010



Carte 2 : Utilisation de l'urgence (%) au cours des deux dernières années et évolution par rapport à 2005 selon le territoire de CSSS, Montérégie, 2010

Les informations qui suivent ne concernent que 2010.

Le tableau 2 présente les caractéristiques sociodémographiques des utilisateurs de l'urgence et celles de l'ensemble de la population enquêtée. Le tableau 3 présente la proportion de personnes ayant utilisé l'urgence en fonction de certaines

caractéristiques sociodémographiques. Ces résultats révèlent une utilisation plus grande de l'urgence chez : les femmes, les personnes de 18 à 29 ans, les personnes ayant un plus faible niveau de scolarité, les personnes dont le niveau de revenu est plus faible et les personnes sans emploi.

**Tableau 2 : Répartition (%) des utilisateurs de l'urgence et de la population étudiée selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Montréal et Montérégie, 2010**

		Utilisateurs de l'urgence (N=3 205)	Population (N=9 180)
		% [IC 95 %]	% [IC 95 %]
<b>Sexe</b>	Hommes	47,0 [45,3 – 48,7]	48,7 [47,7 – 49,7]
	Femmes	53,0 [51,3 – 54,7]	51,3 [50,3 – 52,3]
<b>Groupe d'âge</b>	18-29 ans	23,5 [22,0 – 25,0]	19,7 [18,9 – 20,5]
	30-44 ans	27,3 [25,8 – 28,8]	27,2 [26,3 – 28,1]
	45-64 ans	30,9 [29,3 – 32,5]	34,6 [33,6 – 35,6]
	65 ans et plus	18,3 [17,0 – 19,6]	18,5 [17,7 – 19,3]
	<i>Moyenne d'âge</i>	45,6 [45,0 – 46,3]	47,1 [46,7 – 47,4]
<b>Statut d'immigration</b>	Nés au Canada	79,6 [78,2 – 81,0]	79,5 [78,7 – 80,3]
	Immigrés depuis moins de 10 ans	5,9 [5,1 – 6,7]	6,6 [6,1 – 7,1]
	Immigrés depuis 10 ans ou plus	14,5 [13,3 – 15,7]	13,9 [13,2 – 14,6]
<b>Niveau de scolarité</b>	Sans diplôme	14,2 [13,0 – 15,4]	12,5 [11,8 – 13,2]
	Diplôme d'études secondaires	31,3 [29,7 – 32,9]	30,1 [29,2 – 31,0]
	Diplôme collégial	21,2 [19,8 – 22,6]	20,8 [20,0 – 21,6]
	Diplôme universitaire	33,2 [31,6 – 34,8]	36,7 [35,7 – 37,7]
<b>Revenu ajusté pour la taille du ménage</b>	Quartile 1 (faible)	31,5 [29,9 – 33,1]	27,8 [26,9 – 28,7]
	Quartile 2	26,5 [25,0 – 28,0]	25,2 [24,3 – 26,1]
	Quartile 3	21,7 [20,3 – 23,1]	24,5 [23,6 – 25,4]
	Quartile 4 (élevé)	20,3 [18,9 – 21,7]	22,5 [21,6 – 23,4]
<b>Occupation au cours des 6 derniers mois</b>	Au travail	57,5 [55,8 – 59,2]	60,1 [59,1 – 61,1]
	Aux études	9,9 [8,9 – 10,9]	8,9 [8,3 – 9,5]
	À la retraite	19,4 [18,0 – 20,8]	20,9 [20,1 – 21,7]
	Sans emploi	13,1 [11,9 – 14,3]	10,2 [9,6 – 10,8]

IC = intervalle de confiance

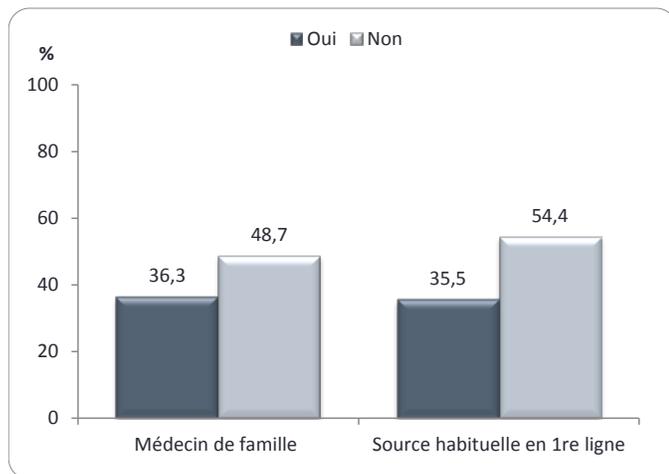
**Tableau 3 : Utilisation de l'urgence (%) selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Montréal et Montérégie, 2010**

		Proportion d'utilisation de l'urgence (%)	Valeur de p
<b>Sexe</b>	Hommes	33,6	0,013
	Femmes	36,1	
<b>Groupe d'âge</b>	18-29 ans	41,7	0,000
	30-44 ans	35,1	
	45-64 ans	31,2	
	65 ans ou +	34,4	
<b>Statut d'immigration</b>	Nés au Canada	34,9	0,105
	Immigrés depuis moins de 10 ans	31,4	
	Immigrés depuis 10 ans ou plus	36,4	
<b>Niveau de scolarité</b>	Sans diplôme	39,7	0,000
	Diplôme d'études secondaires	36,4	
	Diplôme collégial	35,7	
	Diplôme universitaire	31,6	
<b>Revenu ajusté pour la taille du ménage</b>	Quartile 1 (faible)	39,5	0,000
	Quartile 2	36,7	
	Quartile 3	30,9	
	Quartile 4 (élevé)	31,6	
<b>Occupation au cours des 6 derniers mois</b>	Au travail	33,5	0,000
	Aux études	39,1	
	À la retraite	32,4	
	Sans emploi	45,1	

## FACTEURS INFLUENÇANT LE RECOURS À L'URGENCE CHEZ LES UTILISATEURS DE SERVICES DE SANTÉ

Cette section concerne toutes les personnes ayant utilisé des services de santé (consultations médicales, hospitalisations ou visites à l'urgence) au cours des deux années précédant l'enquête. En 2010, ces personnes représentent 90,1 % de l'échantillon de l'étude, soit 8 271 personnes. À moins d'indication contraire, tous les résultats présentés sont statistiquement significatifs.

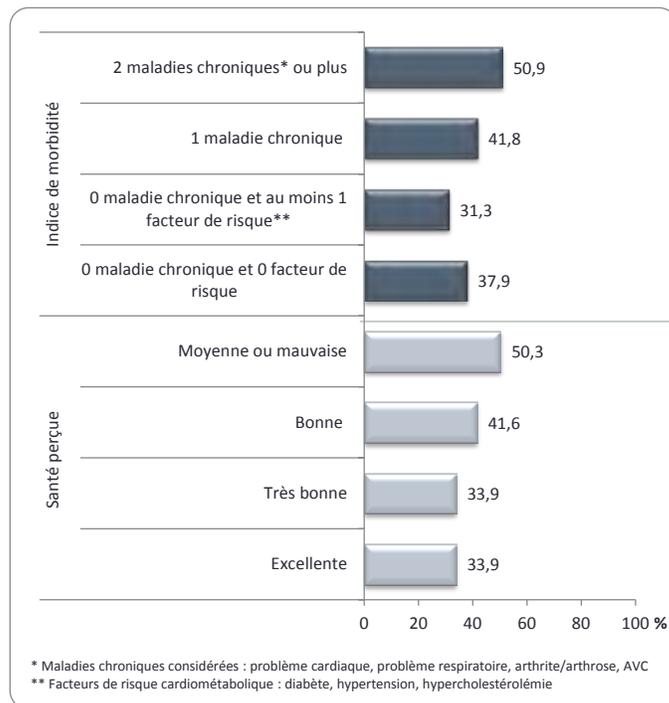
Parmi les utilisateurs de services de santé, 38,8 % ont eu recours à l'urgence au moins une fois au cours des deux années précédant l'enquête. Tel qu'illustré à la figure 2, la proportion de personnes ayant utilisé l'urgence s'avère plus élevée chez les utilisateurs qui n'ont pas de médecin de famille, ainsi que chez ceux qui n'ont pas de source habituelle de soins médicaux de 1<sup>re</sup> ligne (CLSC, clinique ou bureau de médecin, groupe de médecine de famille, clinique-réseau, unité de médecine familiale).



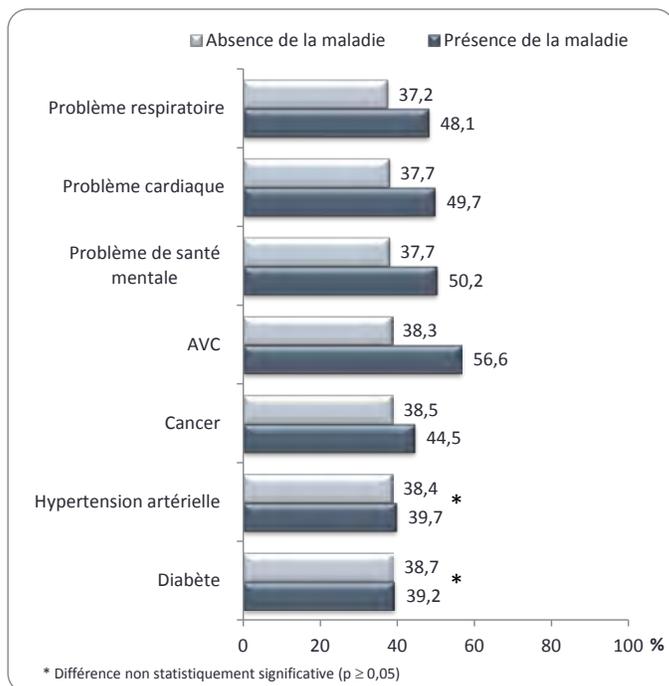
**Figure 2 : Utilisation de l'urgence (%) selon l'affiliation à un médecin de famille ou à une source de soins de 1<sup>re</sup> ligne parmi les utilisateurs de services de santé, Montréal et Montérégie, 2010**

Une personne ayant perçu le besoin de recevoir des services médicaux mais n'ayant pas obtenu ces services présente un besoin non comblé (BNC) de services de santé<sup>1</sup>. En 2010, 18,3 % des utilisateurs de services de santé ont déclaré avoir eu un BNC au cours des 6 mois précédant l'enquête. On note que les utilisateurs de services ayant rapporté des BNC sont proportionnellement plus nombreux à avoir eu recours à l'urgence (50,8 %) que les utilisateurs de services sans BNC (36,0 %) (données non présentées graphiquement).

Chez les personnes qui ont utilisé des services de santé au cours des deux dernières années, l'utilisation de l'urgence s'avère associée à l'état de santé. Ainsi, on note une utilisation de l'urgence nettement plus importante chez les personnes qui perçoivent leur santé comme étant moyenne ou mauvaise et chez celles qui souffrent de deux maladies chroniques ou plus (figure 3). La figure 4 indique que les personnes présentant certains problèmes de santé (ex. : problèmes cardiaques, problèmes respiratoires, problèmes de santé mentale) ont davantage recours à l'urgence que celles ne présentant pas ces conditions.



**Figure 3 : Utilisation de l'urgence (%) selon l'état de santé parmi les utilisateurs de services de santé, Montréal et Montérégie, 2010**



**Figure 4 : Utilisation de l'urgence (%) selon la présence de certains problèmes de santé chez les utilisateurs de services de santé, Montréal et Montérégie, 2010**

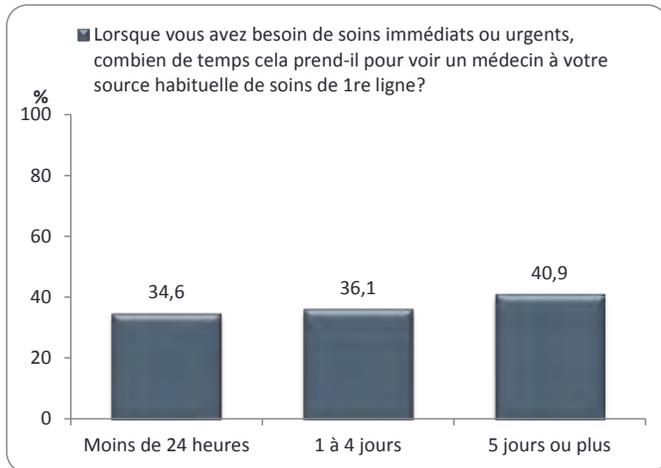
<sup>1</sup> Levesque J-F, Pineault R, Robert L, Hamel M, Roberge D, Kapetanakis C, Simard B, Laugraud A. « Les besoins non comblés de services médicaux : un reflet de l'accessibilité des services de première ligne? » Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux, INSPQ, 2007.

## EXPÉRIENCE DE SOINS EN 1<sup>RE</sup> LIGNE ET RECOURS À L'URGENCE

Les résultats en lien avec l'expérience de soins ne concernent que les utilisateurs de services de santé ayant une source habituelle de soins de 1<sup>re</sup> ligne située à Montréal ou en Montérégie, soit 74,4 % de l'échantillon de l'étude en 2010 (N=6 827).

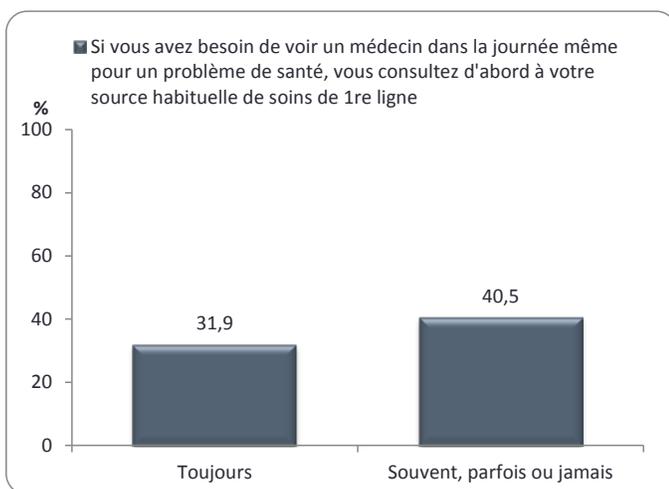
L'enquête indique que diverses facettes de l'accessibilité de la source habituelle de soins de 1<sup>re</sup> ligne s'avèrent associées à l'utilisation de l'urgence hospitalière.

On note d'abord que plus le délai nécessaire pour voir un médecin dans une clinique de 1<sup>re</sup> ligne pour une situation urgente est long, plus la proportion de personnes ayant utilisé l'urgence est élevée (figure 5).



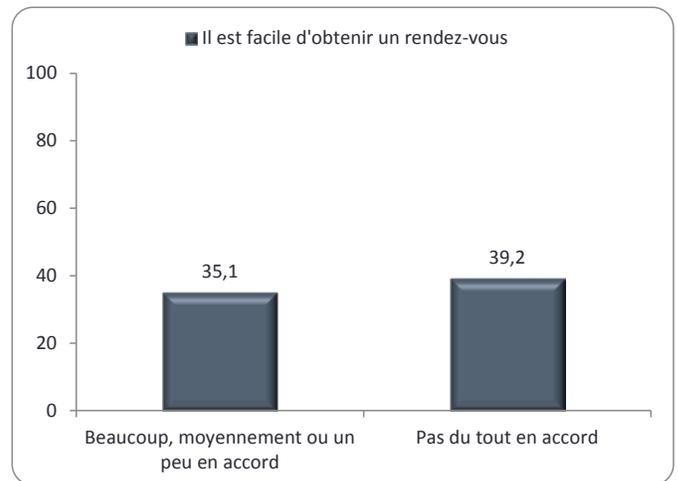
**Figure 5 : Utilisation de l'urgence (%) selon le délai pour voir un médecin à la source habituelle de soins de 1<sup>re</sup> ligne en cas de besoin de soins immédiats ou urgents, Montréal et Montérégie, 2010**

Les résultats indiquent aussi que la proportion de personnes ayant utilisé l'urgence est moins élevée chez les patients dont le premier lieu de consultation pour un problème urgent est toujours la source habituelle de soins de 1<sup>re</sup> ligne (figure 6).

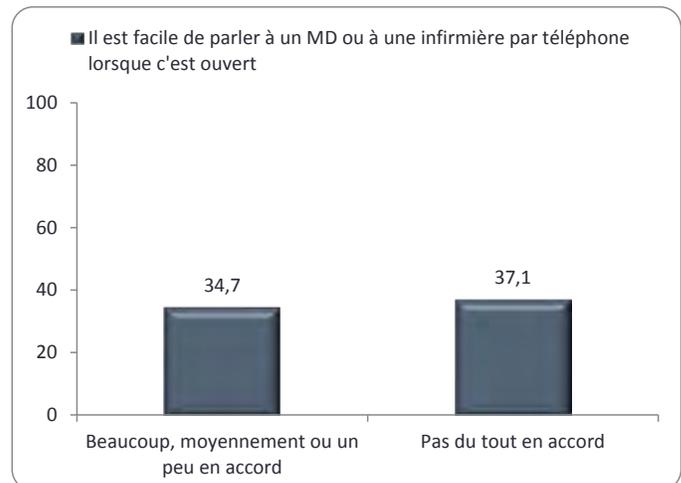


**Figure 6 : Utilisation de l'urgence (%) selon la fréquence du recours à la source habituelle de soins de 1<sup>re</sup> ligne comme premier lieu de consultation pour un problème urgent, Montréal et Montérégie, 2010**

Par ailleurs, les patients qui considèrent qu'il n'est pas facile d'obtenir un rendez-vous à leur source habituelle de soins ou de parler à un médecin ou à une infirmière par téléphone lorsque la clinique est ouverte consultent davantage à l'urgence de l'hôpital (figures 7 et 8).

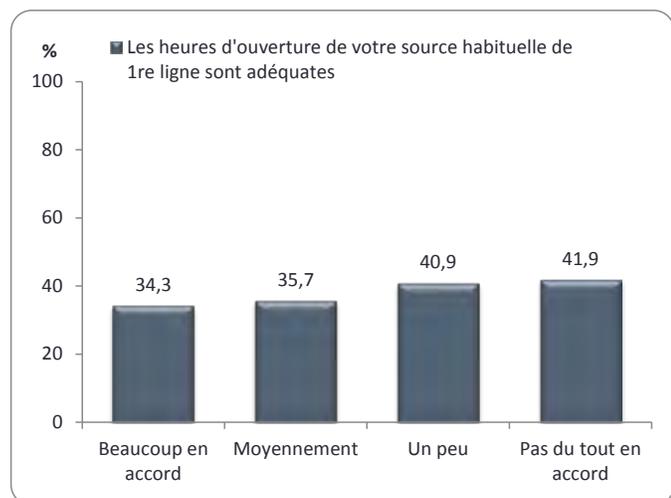


**Figure 7 : Utilisation de l'urgence (%) selon la facilité à obtenir un rendez-vous à la source habituelle de soins, Montréal et Montérégie, 2010**



**Figure 8 : Utilisation de l'urgence (%) selon la facilité à rejoindre un professionnel à la source habituelle de soins, Montréal et Montérégie, 2010**

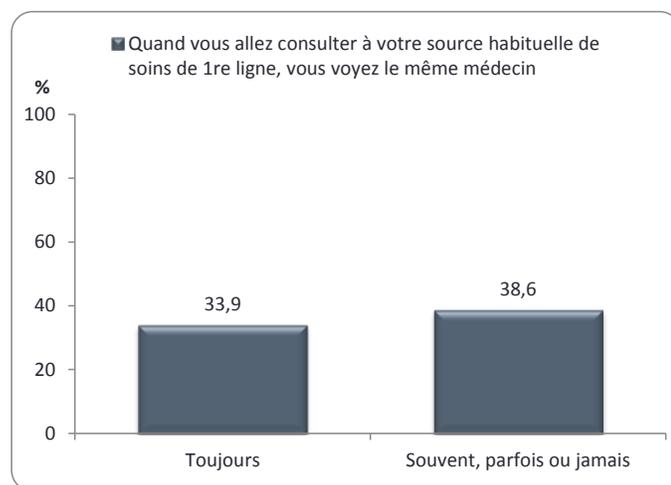
Les patients qui ont une appréciation plus favorable des heures d'ouverture de leur source habituelle de soins de 1<sup>re</sup> ligne consultent moins l'urgence (figure 9).



**Figure 9 : Utilisation de l'urgence (%) selon l'appréciation des heures d'ouverture de la source habituelle de soins de 1<sup>re</sup> ligne, Montréal et Montérégie, 2010**

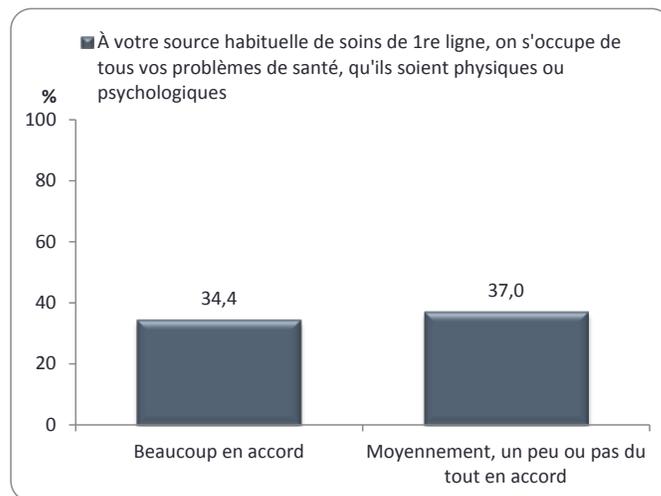
En plus des associations notées entre l'accessibilité de la source habituelle de soins de 1<sup>re</sup> ligne et le recours à l'urgence, les résultats suggèrent que certains éléments liés à la continuité et à la globalité des soins constituent des composantes de l'expérience de soins des patients en 1<sup>re</sup> ligne associées au recours à l'urgence.

Ainsi, les résultats indiquent une proportion plus faible de personnes ayant utilisé l'urgence chez les patients qui rapportent voir toujours le même médecin à leur source habituelle de soins (figure 10).



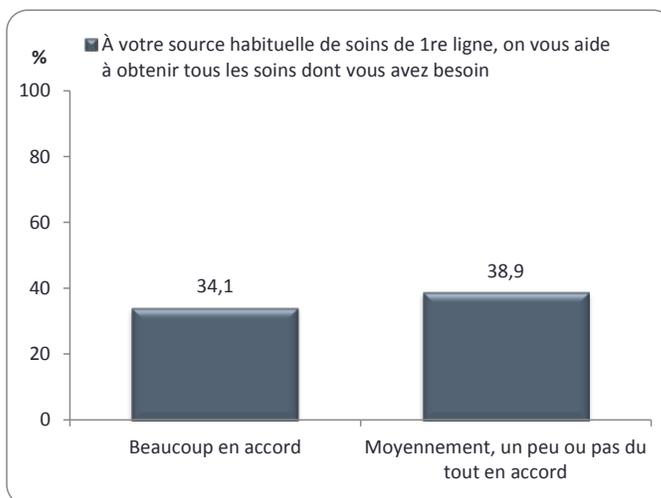
**Figure 10 : Utilisation de l'urgence (%) selon le fait de voir le même médecin lors des visites à la source habituelle de soins, Montréal et Montérégie, 2010**

On remarque aussi que l'utilisation de l'urgence s'avère moins fréquente chez les patients qui considèrent qu'à leur source habituelle de soins de 1<sup>re</sup> ligne, on s'occupe de tous leurs problèmes de santé physiques ou psychologiques (figure 11).



**Figure 11 : Utilisation de l'urgence (%) selon l'appréciation de la couverture des problèmes de santé à la source habituelle de soins, Montréal et Montérégie, 2010**

Par ailleurs, ceux qui considèrent qu'à leur source habituelle de soins on les aide à obtenir tous les soins dont ils ont besoin sont proportionnellement moins nombreux à utiliser l'urgence (figure 12).



**Figure 12 : Utilisation de l'urgence (%) selon l'appréciation de l'aide fournie à la source habituelle de soins pour obtenir tous les soins nécessaires, Montréal et Montérégie, 2010**

## CARACTÉRISTIQUES ORGANISATIONNELLES DES CLINIQUES DE 1<sup>RE</sup> LIGNE ET RECOURS À L'URGENCE

Tout comme dans la section précédente, les informations présentées dans cette section concernent les utilisateurs de services de santé ayant une source habituelle de soins de 1<sup>re</sup> ligne située à Montréal ou en Montérégie. Mentionnons que les résultats de cette section sont issus du jumelage entre les informations tirées de l'enquête populationnelle et celles provenant de l'enquête organisationnelle réalisée auprès des cliniques de 1<sup>re</sup> ligne à Montréal et en Montérégie.

Peu importe le type de clinique auquel appartient la source habituelle de soins de 1<sup>re</sup> ligne, le recours à l'urgence s'avère relativement semblable (pas de différence statistiquement significative) (tableau 4). Cependant, certaines caractéristiques organisationnelles semblent associées à l'utilisation de l'urgence. Ainsi, les résultats indiquent que la proportion de personnes ayant utilisé l'urgence est significativement moins élevée lorsque l'étendue des services diagnostiques, thérapeutiques et préventifs offerts à la source habituelle est élevée et lorsque la clinique offre des services de suture ou de chirurgie mineure (tableau 4). Également, on remarque que les patients dont la source habituelle de soins offre des services la nuit sont proportionnellement moins nombreux à recourir à l'urgence.

**Tableau 4 : Utilisation de l'urgence (%) selon certaines caractéristiques organisationnelles de la source habituelle de soins de 1<sup>re</sup> ligne, Montréal et Montérégie, 2010**

TYPE D'ORGANISATION		Proportion d'utilisation de l'urgence (%)	Valeur de p
Type de clinique	Groupe de médecine de famille (GMF)	35,1	0,173
	Clinique-réseau (CR)	31,5	
	GMF-CR	38,5	
	Groupe (non GMF ni CR)	35,6	
	Solo	36,5	
	CLSC ou UMF (non GMF ni CR)	34,5	
<b>CARACTÉRISTIQUES ORGANISATIONNELLES</b>			
Étendue de services diagnostiques, thérapeutiques et préventifs offerts à la clinique	Élevée	33,3	0,002
	Moyenne	35,9	
	Faible ou aucun	42,2	
Offre de services de suture/ chirurgie mineure	Oui	34,6	0,010
	Non	38,0	
Disponibilité d'un plateau technique sur place	Radiologie avec ou sans prélèvements sanguins	36,6	0,317
	Prélèvements sanguins seulement	34,5	
	Pas de radiologie ou de prélèvements sanguins	35,8	
Participation à un réseau d'accessibilité médicale	Oui	33,9	0,071
	Non	36,1	
Couverture temporelle le soir et les fins de semaine	Élevée	34,0	0,235
	Moyenne	36,2	
	Aucune	36,0	
Offre de services la nuit (entre minuit et 8 h)	Oui	31,4	0,045
	Non	35,8	
Suivi téléphonique des patients atteints de maladies chroniques entre les visites à la clinique	Toujours	31,2	0,118
	Généralement, à l'occasion, rarement ou jamais	35,6	

## CONCLUSION

Le recours à l'urgence est un phénomène complexe. La condition de santé à l'origine du recours à l'urgence, non documentée dans le cadre de ce projet, constitue un facteur déterminant à prendre en compte dans l'analyse du phénomène.

Cette analyse de l'utilisation de l'urgence par la population de Montréal et de la Montérégie illustre que certaines caractéristiques des patients (caractéristiques sociodémographiques et de santé) sont associées au recours à l'urgence hospitalière.

De plus, certains facteurs liés à l'utilisation des services de 1<sup>re</sup> ligne, tels que le fait d'avoir un médecin de famille ou d'avoir une source

habituelle de soins de 1<sup>re</sup> ligne, constituent des facteurs diminuant le recours à l'urgence.

Chez les patients ayant une source habituelle de soins de 1<sup>re</sup> ligne, certains éléments de l'expérience de soins, en particulier en ce qui a trait à une plus grande accessibilité et une meilleure continuité, semblent associés à une moins grande utilisation de l'urgence.

Bien qu'on ne note pas d'association entre le type de clinique auquel appartient cette source habituelle et le recours à l'urgence, certaines caractéristiques organisationnelles, notamment celles liées à l'étendue des services offerts, semblent associées à l'utilisation de l'urgence.

## NOTES MÉTHODOLOGIQUES

Ce cahier thématique s'inscrit dans le cadre du projet « L'évolution de l'organisation et de la performance des services de première ligne (2005-2010) dans deux régions du Québec : Montréal et Montérégie ».

Les données populationnelles de 2005 proviennent d'une enquête téléphonique qui s'est déroulée entre les mois de février et juin 2005, auprès de 9 206 adultes de 18 ans et plus résidant à Montréal (N=4 789) et en Montérégie (N=4 417). Le taux de réponse était de 64,3 % globalement (63,0 % à Montréal et 65,9 % en Montérégie). Les données populationnelles de 2010 sont issues d'une enquête téléphonique réalisée de mars à août 2010 auprès de 9 180 adultes de 18 ans et plus résidant à Montréal (N=4 794) et en Montérégie (N=4 386). Le taux de réponse est de 55,6 % pour l'ensemble des deux régions (52,7 % à Montréal et 59,3 % en Montérégie).

Les données organisationnelles sont issues d'une enquête postale réalisée de mars à décembre 2010 auprès de l'ensemble des cliniques médicales de 1<sup>re</sup> ligne à Montréal et en Montérégie. Trois cent soixante-seize organisations ont répondu à l'enquête pour un taux de réponse de 62,0 % (59,7 % à Montréal et 66,1 % en Montérégie). Les données portant sur les types de cliniques proviennent de données administratives et d'une enquête téléphonique réalisée auprès de toutes les cliniques de 1<sup>re</sup> ligne en préparation de l'enquête postale.

Le jumelage des données des enquêtes populationnelle et organisationnelle a pu être réalisé grâce à l'identification de leur source habituelle de soins par les répondants à l'enquête populationnelle.

Les données présentées dans ce cahier sont pondérées pour tenir compte des particularités de l'échantillonnage. La proportion de personnes ayant utilisé l'urgence correspond au pourcentage de personnes déclarant avoir effectué au moins une visite à l'urgence au cours des deux années précédant l'enquête. Le niveau de signification statistique des analyses bivariées est établi à  $p < 0,05$ . Le test du chi-carré a été utilisé pour les analyses bivariées.

## LIMITES

Les résultats présentés proviennent de données d'enquêtes. La présence de certains biais, tel que le biais de non-réponse, ne peut être totalement exclue. En effet, même si le taux de réponse aux enquêtes était élevé, les données permettant de s'assurer hors de tout doute de la représentativité des répondants ne sont pas disponibles. À noter que les répondants à l'enquête populationnelle ne parlant ni le français ni l'anglais et ceux souffrant d'une incapacité les empêchant de répondre au questionnaire ont été exclus de l'échantillon. Par ailleurs, certaines données de l'enquête populationnelle (ex. : revenu, scolarité) pourraient comporter un biais de désirabilité sociale. Il est aussi possible qu'un biais de mémoire ait affecté certaines données relatives à l'expérience de soins.

Comme les données proviennent d'enquêtes transversales, on ne peut affirmer que les associations mesurées entre les diverses variables à l'étude reflètent des liens de cause à effet entre ces variables. La prudence s'impose dans l'interprétation des résultats.

Enfin, il faut noter que la mesure du recours à l'urgence utilisée dans cette étude consistait à documenter le nombre de visites à l'urgence au cours des deux années précédant l'enquête. Les raisons ayant motivé ces visites à l'urgence et l'expérience de soins directement en lien avec ces visites n'ont pas été documentées.

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur les sites Internet de la Direction de santé publique ([www.dsp.santemontreal.qc.ca/ESPSS.html](http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/ESPSS.html)) et de l'INSPQ ([www.inspq.qc.ca/publications/](http://www.inspq.qc.ca/publications/)).

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : [droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca](mailto:droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca).

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

DÉPÔT LÉGAL – 2<sup>e</sup> TRIMESTRE 2013  
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC  
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA  
ISBN : 978-2-550-68400-8 (VERSION IMPRIMÉE)  
ISBN : 978-2-550-68401-5 (PDF)  
© Gouvernement du Québec (2013)

## AUTEURS

Sylvie Provost<sup>1,2,3</sup>, Camille Turgeon-Provost<sup>1,2</sup>, Raynald Pineault<sup>1,2,3</sup>, Odette Lemoine<sup>1,2</sup>, Brigitte Simard<sup>1,2</sup>, Audrey Couture<sup>1,2</sup>, Alexandre Prud'homme<sup>1,2</sup>, Jean-Frédéric Levesque<sup>1,2,3</sup>, Pierre Tousignant<sup>1,2,3</sup>, Roxane Borgès Da Silva<sup>1,2,4</sup>, Marie-Jo Ouimet<sup>1,2,3</sup>

<sup>1</sup> Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

<sup>2</sup> Institut national de santé publique du Québec

<sup>3</sup> Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal

<sup>4</sup> Université de Montréal

## ÉQUIPE DE RECHERCHE

### Coordonnatrice de projet

Audrey Couture

### Chercheurs principaux

Jean-Frédéric Levesque, Raynald Pineault, Pierre Tousignant

### Cochercheurs et professionnels de recherche

Sylvie Provost, Roxane Borgès Da Silva, Odette Lemoine, Brigitte Simard, Marjolaine Hamel, Alexandre Prud'homme, Dominique Grimard, Michel Fournier, Danièle Roberge, Mylaine Breton, Jean-Louis Denis, Marie-Dominique Beaulieu, Debbie Feldman, Paul Lamarche, Jeannie Haggerty, Josée Côté

### Codécideurs

Denis A. Roy, Mylène Drouin, Louis Côté, François Goulet

### Soutien à la réalisation et édition

Mireille Paradis

### Organismes subventionnaires et partenaires

Cette recherche a bénéficié de subventions des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et du Fonds de recherche du Québec – Santé (FRQS) en partenariat avec le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS). Elle bénéficie également de l'appui financier des Agences de la santé et des services sociaux (ASSS) de Montréal et de la Montérégie et de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Le projet a reçu l'appui de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et du Collège des médecins du Québec.

Le projet a reçu une approbation de conformité éthique du Comité d'éthique de la recherche de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, à titre de comité principal. La nature multicentrique du projet de recherche implique une approbation de conformité éthique de tous les comités d'éthique de la recherche au sein de chacun des centres de santé et des services sociaux des territoires à l'étude.

Juin 2013



- Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
- Institut national de santé publique