

L'URGENCE HOSPITALIÈRE : UN SUBSTITUT À LA PREMIÈRE LIGNE?

RÉSULTATS D'UNE ENQUÊTE AUPRÈS DE LA POPULATION DE MONTRÉAL ET DE LA MONTRÉGIE

**D. Roberge, D. Larouche, R. Pineault,
J.-F. Levesque, M. Hamel, B. Simard**

Les urgences des hôpitaux jouent un rôle central dans le système de santé. Elles servent notamment de porte principale d'entrée aux patients hospitalisés et de ressource privilégiée lorsque des services de 1^{re} ligne ne sont pas disponibles. Il en résulte que l'utilisation des urgences est un bon baromètre du fonctionnement du système de santé. Or, le portrait dominant de l'utilisation des urgences dont on dispose est construit à partir de données administratives ou cliniques de leur clientèle. Plus rares sont les études qui permettent de documenter l'utilisation des services d'urgence à l'aide de données d'enquêtes. Pourtant, ces dernières sont des sources d'information uniques sur la morbidité ressentie et sur les comportements d'utilisation des individus dans la population.

Les données présentées dans ce cahier thématique sont issues d'une enquête sur l'expérience de soins en 1^{re} ligne menée auprès des populations de Montréal et de la Montérégie. Cette enquête s'inscrit dans une vaste étude qui vise à mieux comprendre les modèles d'organisation des services de 1^{re} ligne au Québec et leur influence sur l'accessibilité et la continuité des soins. Le but de ce cahier thématique est de fournir des informations récentes sur l'utilisation des urgences des hôpitaux selon la perspective de la population. Les questions suivantes sont examinées : Quelle est l'importance de l'utilisation des urgences dans la population et quels facteurs influencent ce phénomène? Pourquoi les individus choisissent-ils d'aller à l'urgence lorsqu'ils ont un problème de santé?

PREMIÈRE PARTIE

IMPORTANCE ET FACTEURS D'UTILISATION DES URGENCES

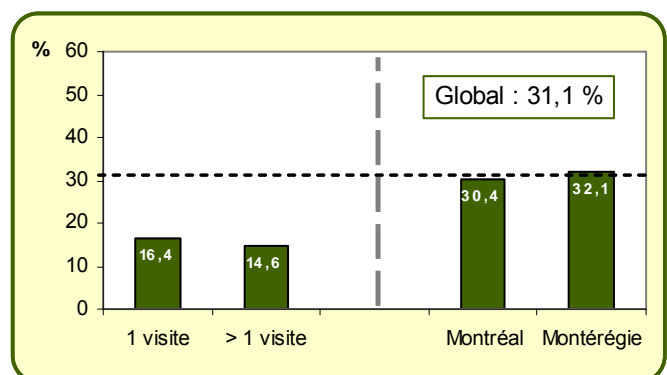
Dans le cadre de l'enquête sur l'expérience de soins en 1^{re} ligne menée à Montréal et en Montérégie, des questions ont été posées aux participants pour documenter s'ils étaient allés à l'urgence au cours des deux dernières années ainsi que le nombre de fois qu'ils s'y étaient présentés. Ces données d'utilisation ont été croisées avec les informations fournies par les personnes au sujet de leur affiliation à une source habituelle de soins en 1^{re} ligne, avec leur perception de l'accès aux services de 1^{re} ligne et avec leurs caractéristiques individuelles. Cette première partie du cahier thématique présente ces résultats.

**Les données contenues dans ce rapport
proviennent d'une enquête effectuée en
2005 auprès de 9 206 adultes
(4 789 de Montréal et 4 417 de la
Montérégie) vivant dans la communauté**

L'utilisation de l'urgence dans la population

Près du tiers (31 %) 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). L'utilisation de l'urgence est relativement semblable en Montérégie (32 %) et à Montréal (30 %).

Figure 1 : Taux d'utilisation de l'urgence au cours des deux ans précédant l'enquête



Comme on le voit au tableau 1, les taux d'utilisation observés dans cette enquête sont similaires à ceux issus d'études canadiennes et québécoises récentes.

Toutefois, ces comparaisons doivent être examinées avec prudence, compte tenu des différences dans les périodes de référence et les populations étudiées.

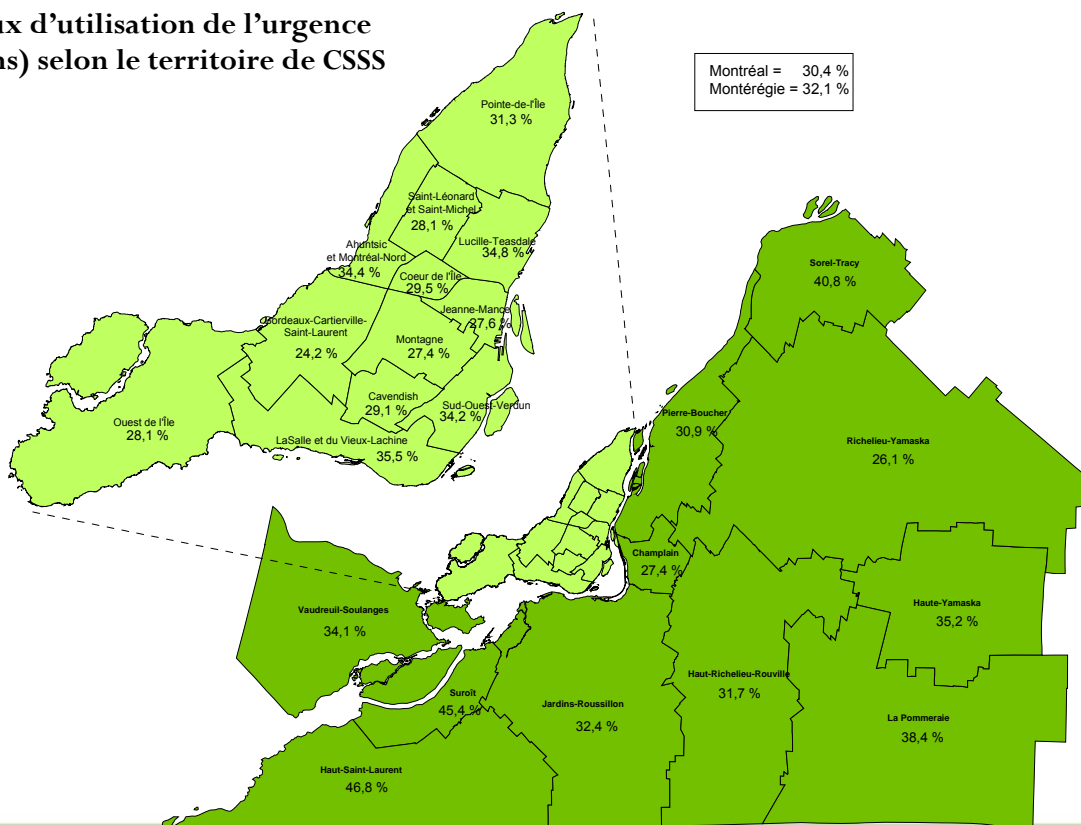
Tableau 1 : Taux d'utilisation de l'urgence selon des études récentes

Source	Période de référence (années)	Population	Taux d'utilisation de l'urgence (%)
Notre enquête, 2005 ¹	2	Montréal – Montérégie ≥ 18 ans	31
Commonwealth Fund, 2004 ²	2	Canada ≥ 18 ans	38
Santé des collectivités, 2003 ³	1	Canada ≥ 15 ans	13
	1	Québec ≥ 15 ans	14
Facturation des médecins à la RAMQ, 2004-2005 ⁴	1	Montérégie ≥ 20 ans	18

Il importe de souligner que dans notre enquête, plus de la moitié des utilisateurs de l'urgence n'y a eu recours qu'une seule fois au cours des deux dernières années (figure 1). Toutefois, un sous-groupe de la population déclare avoir fait quatre visites ou plus à l'urgence au cours de cette période (12 %) et près de 3 % identifie l'urgence comme source habituelle de soins (données non présentées). Le lecteur pourra consulter le tableau 2 en annexe qui compare les caractéristiques individuelles des utilisateurs de l'urgence à celles de la population.

Nos résultats montrent des variations intrarégionales importantes selon les territoires de centres de santé et de services sociaux (CSSS). Les taux varient de 26 % à 47 % en Montérégie et de 24 % à 36 % à Montréal (carte 1). Même si les différences n'atteignent pas le seuil de signification statistique à cause des petites tailles d'échantillon, certains territoires se démarquent. On remarque que les taux les plus élevés tendent à se concentrer en Montérégie, dans des territoires de CSSS en partie ou en totalité ruraux.

Carte 1 : Taux d'utilisation de l'urgence (sur deux ans) selon le territoire de CSSS



L'utilisation plus importante des urgences en milieu rural a été observée dans d'autres études québécoises et canadiennes^{5,6}. Des études empiriques attribuent ce phénomène à une organisation différente des services de 1^{re} ligne en milieu rural^{7,8,9}. Notamment, les médecins en milieu rural ont de multiples affiliations et tendent à pratiquer à la fois en clinique, à l'urgence et à l'hôpital^{8,9,10}. La probabilité que les patients soient vus à l'urgence serait plus grande lorsque leur médecin de 1^{re} ligne pratique aussi à l'hôpital¹¹. Des observations à l'effet que les utilisateurs des urgences en milieu rural sont des malades moins lourds qu'en milieu urbain suggèrent aussi cette relation étroite entre l'organisation des services de 1^{re} ligne et l'utilisation de l'urgence dans les territoires ruraux^{6,12}.

Les facteurs influençant l'utilisation de l'urgence

Plusieurs facteurs peuvent expliquer l'utilisation de l'urgence. L'examen de chacun d'eux permet un premier éclairage sur les facteurs associés à ce phénomène (voir tableau 3 en annexe). Une appréciation approfondie de leur rôle spécifique exige notamment la prise en compte de leurs interrelations, ce qui dépasse l'objectif de ce rapport.

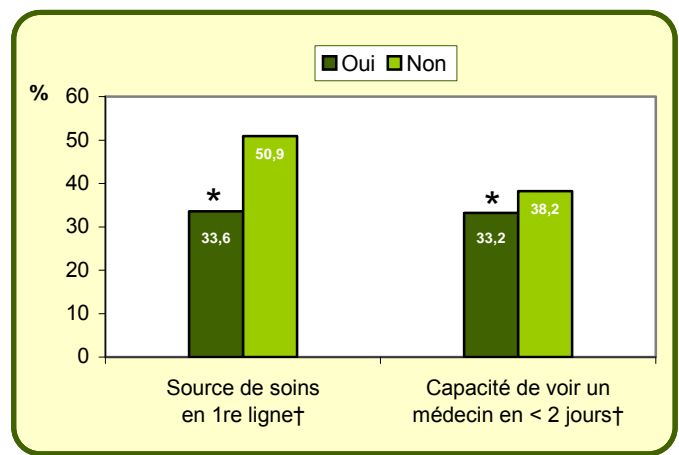
Des facteurs du système de santé

L'affiliation à une source habituelle de soins en 1^{re} ligne et l'accès perçu sont les facteurs du système de santé examinés dans cette section.

Dans notre enquête, près de 85 % des individus déclarent avoir une source habituelle de soins en 1^{re} ligne (tableau 2 en annexe). Comme le montre la figure 2, le recours à l'urgence tend à être plus faible chez les personnes qui ont une source habituelle de soins en 1^{re} ligne (CLSC, clinique ou bureau de médecin, groupe de médecine de famille, unité de médecine familiale). En fait, avoir une source habituelle de soins en 1^{re} ligne est considéré comme une condition préalable à la continuité des soins. Nos résultats appuient en ce sens des travaux antérieurs, à l'effet que le manque de continuité des soins contribue au recours à l'urgence^{2,13,14,15,16}. Par ailleurs, cet effet protecteur de la source habituelle de soins peut

refléter, du moins en partie, la possibilité pour les individus d'avoir un accès rapide à des services de 1^{re} ligne pour des besoins immédiats de soins. En effet, dans notre enquête et dans d'autres études, la perception qu'ont les individus de pouvoir voir un médecin rapidement (en moins de deux jours) diminue sensiblement leur recours à l'urgence (figure 2)^{11,17}.

Figure 2 : Taux d'utilisation de l'urgence (sur deux ans) selon l'affiliation et l'accès à la 1^{re} ligne



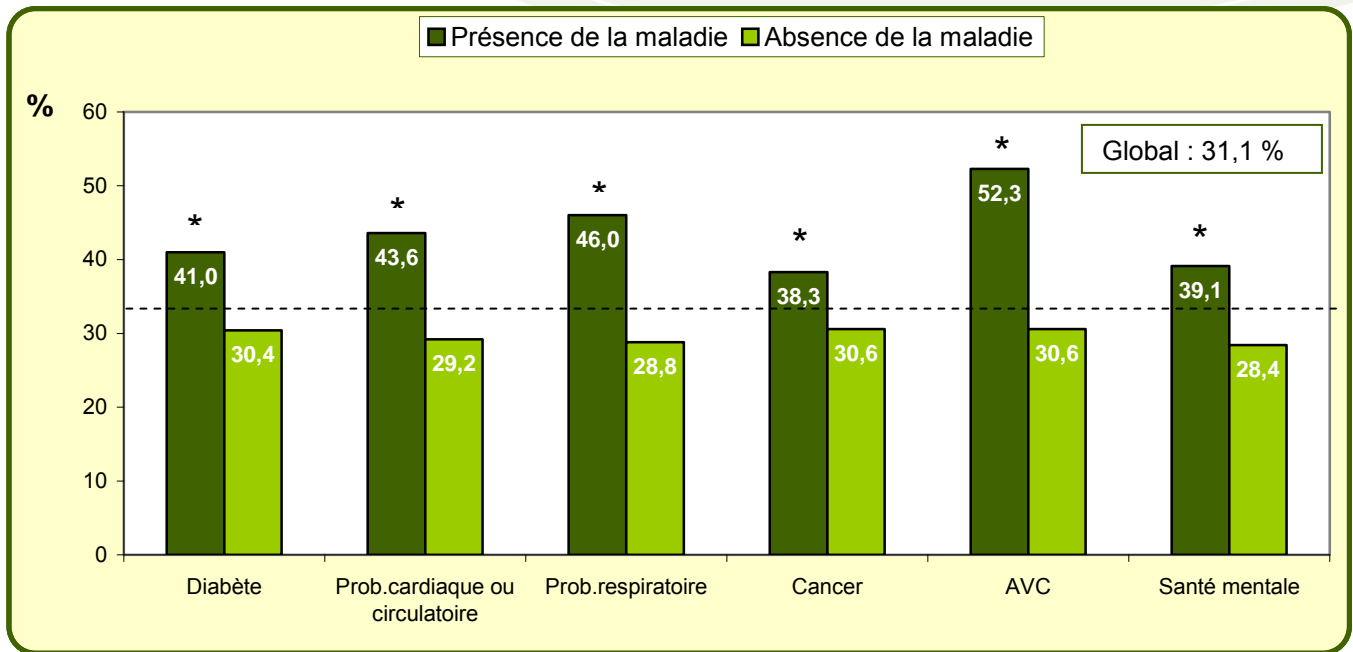
* Valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence « Non » ($p < 0,05$)

† Parmi les personnes qui ont utilisé des services de santé au cours des deux dernières années

Des facteurs liés à l'état de santé

L'état de santé est communément rapporté comme étant un facteur influençant le recours à l'urgence^{3,13}. Notre enquête révèle des proportions d'utilisation de l'urgence nettement plus élevées parmi les personnes qui se perçoivent en moins bonne santé (tableau 3 en annexe) et chez celles qui déclarent souffrir d'une maladie chronique ou qui ont déjà eu un problème de santé important (figure 3). Bien entendu, les personnes en moins bonne santé sont plus susceptibles d'avoir recours à l'urgence. Il est toutefois possible que des facteurs du système de santé contribuent aux résultats observés. Une analyse plus approfondie de l'influence de ces facteurs sur l'utilisation de l'urgence par ces personnes est nécessaire.

Figure 3 : Taux d'utilisation de l'urgence (sur deux ans) selon la présence de maladies déclarées actuelles ou antérieures



* Valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence « Absence de la maladie » ($p < 0,05$)

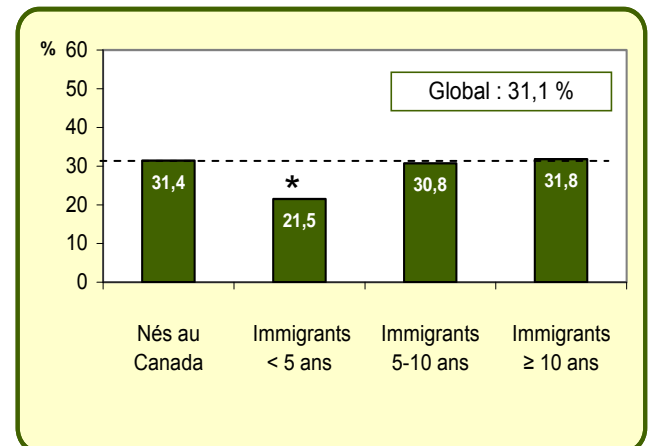
Des facteurs démographiques et socioéconomiques

Le recours à l'urgence au cours des deux années précédant l'enquête est semblable chez les hommes et les femmes. Toutefois, l'utilisation de l'urgence est plus fréquente chez les jeunes adultes, chez les personnes moins scolarisées et chez celles ne détenant pas d'emploi ou ayant un faible revenu (tableau 3 en annexe). Ces résultats vont dans le sens de travaux antérieurs qui ont étudié l'influence de facteurs démographiques sur l'utilisation de l'urgence^{2,3,18}.

Les personnes ayant immigré au Canada depuis moins de cinq ans consultent nettement moins à l'urgence que la population dans son ensemble. Les immigrants adoptent par la suite des comportements de recours à l'urgence similaires aux personnes nées au Canada (figure 4). Nos résultats révèlent aussi que les immigrants récents sont en meilleure santé et nettement plus jeunes que l'ensemble de la population, ce qui pourrait expliquer ces résultats (données non présentées). Il est aussi possible qu'ils soient sous-représentés dans l'enquête, notamment à cause de barrières linguistiques. Des enquêtes auprès de populations immigrantes ont cependant souligné

des difficultés d'accès à des soins immédiats en 1^{re} ligne chez les immigrants récents, notamment à cause de barrières linguistiques et de leur méconnaissance des services de santé disponibles^{19,20}. Il n'en demeure pas moins que les personnes ayant immigré récemment au Canada rapportent davantage de besoins non comblés de services de santé²¹. L'utilisation de l'urgence par les immigrants récents est un phénomène complexe qui mérite d'être exploré.

Figure 4 : Taux d'utilisation de l'urgence (sur deux ans) selon le statut d'immigrant



* Valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence « Nés au Canada » ($p < 0,05$)

En résumé

Une proportion non négligeable de la population utilise l'urgence des hôpitaux. Les résultats de notre enquête vont dans le sens de ce qui a été observé dans d'autres études, soit qu'en plus des caractéristiques individuelles, des facteurs liés au système de santé influencent l'utilisation de l'urgence par la population. On observe en effet que le fait de bénéficier d'une source régulière de soins en 1^{re} ligne et la perception d'avoir accès rapidement à un médecin en 1^{re} ligne réduisent le recours à l'urgence.

DEUXIÈME PARTIE

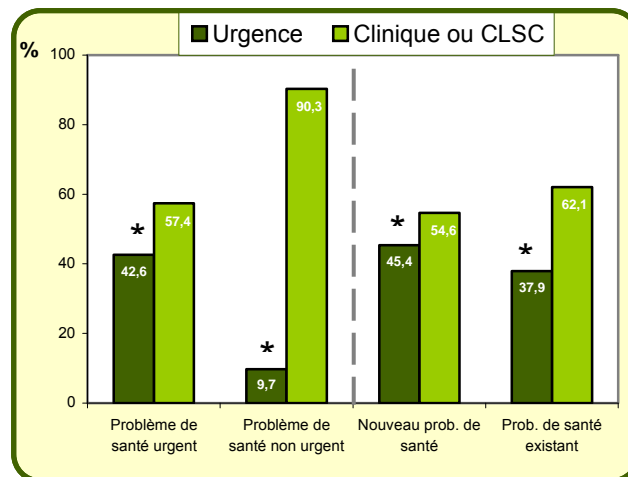
CHOIX DE L'URGENCE POUR UN PROBLÈME DE SANTÉ

Dans le cadre de cette enquête, il a été demandé aux participants de décrire leur expérience de soins au cours des **six derniers mois**. Plus spécifiquement, ils étaient invités à décrire la nature et la gravité du problème de santé le plus important pour lequel ils avaient consulté durant cette période. Les individus devaient également identifier l'endroit principal de consultation pour ce problème de santé et les raisons du choix de ce lieu.

Lieu principal de consultation et nature du problème de santé

Parmi les personnes ayant déclaré avoir eu un problème de santé au cours des six derniers mois, une sur trois rapporte que l'urgence a été le lieu principal de consultation pour leur problème de santé le plus important. Cette proportion apparemment élevée est attribuable au fait que l'expérience récente de soins documentée dans le cadre de l'enquête porte sur le problème de santé jugé le plus important par les participants et non sur l'ensemble des problèmes qui ont pu survenir durant la période. Néanmoins, la description de ces expériences de soins fournit des informations uniques sur les comportements d'utilisation des urgences. La figure 5 présente la répartition des participants selon leur lieu principal de consultation au cours des six derniers mois (urgence, clinique médicale ou CLSC) et la nature du problème de santé.

Figure 5 : Lieu principal de consultation au cours des six mois précédant l'enquête selon la perception de la nature du problème de santé

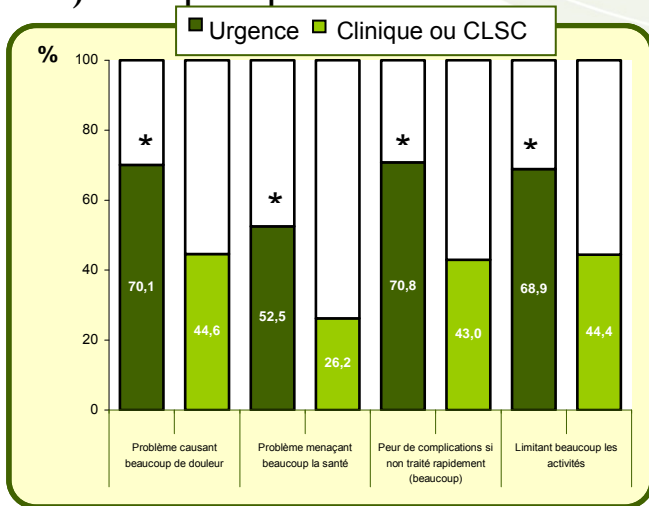


* Valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence valeur « Clinique ou CLSC » ($p < 0,05$)

Ces résultats montrent que les cliniques médicales et les CLSC constituent le principal lieu de consultation, quelle que soit l'urgence ou la nouveauté du problème de santé. Cette différence est particulièrement marquée chez les personnes ayant jugé leur problème de santé non urgent. Parmi ces dernières, seulement une personne sur dix a déclaré être allée à l'urgence (figure 5).

Les données apparaissant à la figure 5 montrent que les personnes ayant déclaré leur problème de santé urgent sont allées à l'urgence dans une plus grande proportion que celles estimant leur problème de santé non urgent. De plus, les participants rapportant que leur problème de santé était nouveau ont eu tendance à choisir proportionnellement plus souvent l'urgence que ceux déclarant avoir déjà eu ce type de problème de santé. Enfin, comme l'illustre la figure 6, la perception de la sévérité du problème de santé et l'inquiétude que le problème génère semblent des facteurs importants dans le choix de l'urgence comme lieu de consultation. En effet, comparativement aux utilisateurs de cliniques médicales ou de CLSC, ceux de l'urgence ont rapporté dans une plus grande proportion avoir consulté pour un problème de santé causant de la douleur, menaçant leur santé, limitant leurs activités et risquant d'entraîner des complications. Des résultats similaires ont été obtenus dans d'autres travaux de recherche^{22,23,24,25}.

Figure 6 : Sévérité du problème de santé (six mois) et lieu principal de consultation



* Valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence « Clinique ou CLSC » ($p < 0,05$)

Raisons amenant les individus à aller à l'urgence

Au moment de l'entrevue, il a été demandé aux participants s'ils avaient consulté des professionnels de la santé avant d'aller à l'urgence et quelles avaient été les recommandations de ces derniers.

Plus du quart (27 %) des personnes a déclaré avoir consulté un médecin ou Info-Santé avant de se présenter à l'urgence (données non présentées). Ces résultats sont semblables à ceux observés dans des études récentes^{25,26,27}, dont deux québécoises^{22,28}. La très grande majorité des personnes (88 %) qui ont initié de telles démarches se sont fait recommander d'aller à l'urgence. Il en ressort que, globalement, près d'une personne sur quatre qui choisit d'aller à l'urgence pour son problème de santé le plus important, s'y rend suite à une recommandation d'un professionnel.

Les participants ont aussi été interrogés sur les raisons les ayant conduits à consulter l'urgence d'un hôpital plutôt que leur source habituelle de soins en 1^{re} ligne. Les raisons rapportées sont principalement liées à la perception qu'ils avaient de l'accessibilité des services de 1^{re} ligne. L'inadéquation des heures d'ouverture pour voir un médecin et l'impossibilité de voir ce professionnel rapidement ont été respectivement rapportées par 22 % et 19 % des individus (figure 7). Une importante proportion (29 %) d'entre eux jugeait

toutefois que les services dont ils avaient besoin n'étaient pas disponibles à leur source habituelle de soins. Ces résultats se confirment par l'importante proportion des personnes disant être allées à l'urgence pour avoir accès à tous les services, à des tests diagnostiques ou à un médecin spécialiste (figure 8). On trouve dans la littérature plusieurs conclusions similaires quant à l'importance de barrières à l'accès dans la décision de consulter à l'urgence^{22,28,29,30,31}. Dans notre enquête, la proximité de l'urgence semble cependant avoir peu d'importance dans la décision du lieu de consultation, contrairement à ce que concluent plusieurs auteurs^{22,28,30,32}.

Figure 7 : Raisons du choix de l'urgence plutôt que la source habituelle de soins en 1^{re} ligne comme lieu principal de consultation (six mois)

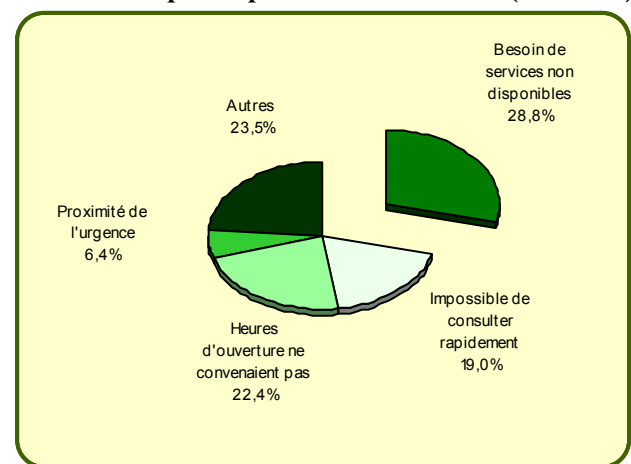
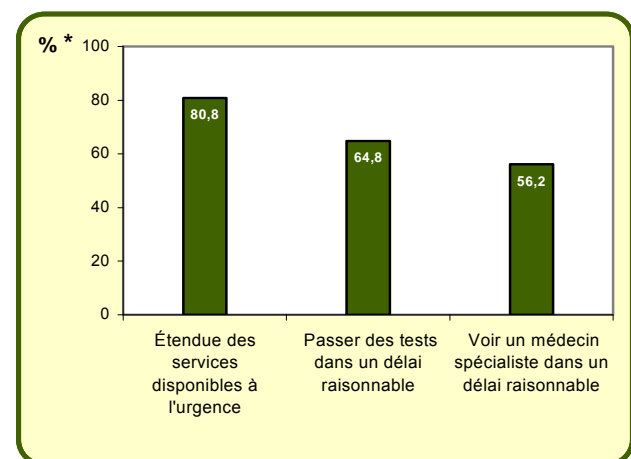


Figure 8 : Disponibilité des ressources contribuant au choix de l'urgence comme lieu principal de consultation (six mois)



* Pourcentage des individus se déclarant très en accord avec l'énoncé

En résumé

L'analyse de l'expérience récente de soins montre que les utilisateurs de l'urgence se comportent en consommateurs avertis. Plusieurs éléments interviennent dans leur décision d'aller à l'urgence lorsque survient un problème de santé. La perception du degré d'urgence et de la sévérité du problème de santé ainsi que les recommandations des professionnels consultés sont des facteurs importants. Il est clair que le choix des individus d'aller à l'urgence est influencé par la perception d'un accès limité aux services de 1^{re} ligne. Recourir à l'urgence semble aussi un moyen d'accéder plus rapidement à des services spécialisés et à des ressources perçues comme pouvant répondre à l'ensemble des besoins.

PRINCIPAUX MESSAGES

Les urgences des hôpitaux constituent, dans le contexte actuel, un important filet de sécurité pour répondre aux besoins de soins immédiats des personnes n'ayant pas de source habituelle de soins ou ne pouvant avoir accès rapidement à des services de 1^{re} ligne.

Toute intervention visant à décourager les personnes de recourir à l'urgence ne peut, comme c'est souvent le cas, être développée sans la prise en compte de la perspective des utilisateurs et des éléments qui interviennent dans leur choix d'un lieu de consultation. Autrement, et plusieurs expériences l'ont montré, les mesures correctrices ne produisent pas les effets escomptés.

Les jeunes adultes, les personnes moins scolarisées, celles ayant un faible revenu et les individus souffrant de maladies chroniques utilisent plus fréquemment les urgences. Les politiques visant à améliorer l'offre de services de 1^{re} ligne tout en réduisant le recours à l'urgence devraient être orientées vers ces sous-groupes de population.

Les urgences des hôpitaux ne sont pas des milieux optimaux pour la gestion de problèmes de santé courants ni pour le suivi de patients ayant de multiples causes de comorbidité. Une diminution du recours à

l'urgence passe notamment par une restructuration de la 1^{re} ligne où l'accent est mis sur des mesures qui visent non seulement à améliorer l'accès rapide, mais aussi la continuité et la coordination avec les autres niveaux de soins. En plus de la mise en place de groupes de médecine de famille et de cliniques-réseau, d'autres mesures ou d'autres ressources devront être mises à contribution pour améliorer l'offre de services de 1^{re} ligne. Il s'agit par exemple de l'instauration de plages horaires d'accès le jour même, de systèmes de garde en dehors des heures régulières ainsi que du développement de corridors d'accès aux services diagnostiques et spécialisés.

Tous conviennent que l'urgence est un bon baromètre du fonctionnement et de la performance du système. Les indicateurs d'utilisation des urgences doivent toutefois être interprétés avec prudence. Par exemple, il serait faux de conclure que les taux plus élevés d'utilisation des urgences en milieu rural sont le reflet de réseaux de services de 1^{re} ligne inefficients. L'organisation de la pratique médicale en milieu rural, qui est notamment caractérisée par les multiples affiliations des médecins et par une plus grande intégration des services, peut au contraire favoriser le recours à l'urgence mais dans une perspective de continuité des soins. Lors d'activités de monitoring de mesures pour améliorer l'offre de services de 1^{re} ligne et de leurs effets sur le recours à l'urgence, il importe donc de prendre en compte les caractéristiques des contextes dans lesquels les hôpitaux s'inscrivent.

Tableau 2 : Répartition (%) des utilisateurs de l'urgence et de la population étudiée selon des caractéristiques sociodémographiques, de santé et d'affiliation

		Utilisateurs de l'urgence (%) [Intervalle de confiance 95 %]	Population (%) [Intervalle de confiance 95 %]
Sexe	<i>Hommes</i>	49,5 [47,3 – 51,7]	48,5 [47,3 – 49,7]
	<i>Femmes</i>	50,5 [48,3 – 52,7]	51,5 [50,3 – 52,7]
Groupe d'âge	<i>18-44 ans</i>	52,7 [50,5 – 54,9]	49,0 [47,9 – 50,3]
	<i>45-64 ans</i>	30,8 [28,7 – 32,9]	33,5 [32,3 – 34,7]
	<i>≥ 65 ans</i>	16,5 [14,9 – 18,2]	17,5 [16,6 – 18,4]
	Moyenne d'âge	45,2 ans (± 17,3)	46,3 ans (± 17,4)
Niveau de scolarité	<i>Primaire ou moins</i>	16,7 [15,1 – 18,4]	15,6 [14,7 – 16,5]
	<i>Secondaire</i>	35,3 [33,2 – 37,4]	32,6 [31,4 – 33,8]
	<i>Collégial</i>	24,6 [22,7 – 26,5]	24,3 [23,2 – 25,3]
	<i>Universitaire</i>	23,4 [21,5 – 25,3]	27,5 [26,4 – 28,6]
Statut d'immigrant	<i>Nés au Canada</i>	81,3 [79,6 – 83,0]	80,5 [79,5 – 81,5]
	<i>Immigrants < 5 ans</i>	2,4 [1,7 – 3,1]	3,5 [3,1 – 4,0]
	<i>Immigrants 5 à 10 ans</i>	2,3 [1,6 – 3,0]	2,3 [1,9 – 2,7]
	<i>Immigrants > 10 ans</i>	14,0 [12,5 – 15,6]	13,7 [12,9 – 14,6]
Occupation	<i>Travail/Études</i>	61,6 [59,4 – 63,8]	62,8 [61,6 – 64,0]
	<i>Sans emploi</i>	5,4 [4,4 – 6,4]	3,9 [3,4 – 4,4]
	<i>Retraités, bénévoles</i>	24,3 [22,4 – 26,2]	25,0 [23,9 – 26,0]
	<i>Autres : Emplois précaires</i>	8,7 [7,4 – 9,9]	8,3 [7,6 – 9,0]
Revenu	<i>< 15 000 \$</i>	15,3 [13,7 – 17,0]	13,1 [12,3 – 13,9]
	<i>15 000\$-34 999 \$</i>	33,0 [30,9 – 35,1]	32,0 [30,8 – 33,2]
	<i>35 000\$-74 999 \$</i>	32,5 [30,4 – 34,6]	33,6 [32,4 – 34,8]
	<i>≥ 75 000 \$</i>	19,2 [17,4 – 20,9]	21,3 [20,3 – 22,3]
Perception de la situation économique	<i>À l'aise</i>	24,6 [22,7 – 26,5]	25,7 [24,6 – 26,8]
	<i>Revenu suffisant</i>	55,7 [53,5 – 57,9]	58,7 [57,5 – 59,9]
	<i>Pauvres ou très pauvres</i>	19,7 [17,9 – 21,5]	15,6 [14,7 – 16,5]
Santé perçue	<i>Excellente</i>	14,1 [12,5 – 15,7]	20,5 [19,5 – 21,5]
	<i>Très bonne</i>	31,7 [29,6 – 33,8]	34,7 [33,5 – 35,9]
	<i>Bonne</i>	29,4 [27,4 – 31,4]	28,4 [27,3 – 29,5]
	<i>Moyenne</i>	18,9 [17,2 – 20,6]	13,6 [12,7 – 14,5]
	<i>Mauvaise</i>	5,8 [4,8 – 6,8]	2,8 [2,4 – 3,2]
Source habituelle en 1^{re} ligne*	<i>Oui</i>	78,4 [76,6 – 80,2]	84,6 [83,6 – 85,6]
	<i>Non</i>	21,6 [19,8 – 23,4]	15,4 [14,4 – 16,4]
Capacité perçue à voir un médecin en < 2 jours*	<i>Oui</i>	35,8 [33,7 – 37,9]	39,1 [37,8 – 40,4]
	<i>Non</i>	64,2 [62,1 – 66,3]	60,9 [59,6 – 62,2]

* Parmi les personnes qui ont utilisé des services de santé au cours des deux dernières années

Tableau 3 : Utilisation de l'urgence (%) selon des caractéristiques sociodémographiques, de santé et d'affiliation

		Taux d'utilisation (%)	χ^2 (p)
Sexe	<i>Hommes</i>	31,7	1,1 (0,304)
	<i>Femmes</i>	30,5	
Groupe d'âge	<i>18-44 ans</i>	33,4	15,3 (< 0,001)
	<i>45-64 ans</i>	28,6	
	<i>≥ 65 ans</i>	29,4	
Niveau de scolarité	<i>Primaire ou moins</i>	33,3	26,1 (< 0,001)
	<i>Secondaire</i>	33,7	
	<i>Collégial</i>	31,5	
	<i>Universitaire</i>	26,5	
Statut d'immigrant	<i>Nés au Canada</i>	31,4	9,9 (0,019)
	<i>Immigrants <5 ans</i>	21,5	
	<i>Immigrants 5 à 10 ans</i>	30,8	
	<i>Immigrants >10 ans</i>	31,8	
Occupation	<i>Travail/Études</i>	30,5	19,1 (< 0,001)
	<i>Sans emploi</i>	43,6	
	<i>Retraités, bénévoles</i>	30,3	
	<i>Autres : Emplois précaires</i>	32,4	
Revenu	<i><15 000 \$</i>	37,4	21,0 (< 0,001)
	<i>15 000\$-34 999 \$</i>	32,7	
	<i>35 000\$-74 999 \$</i>	29,9	
	<i>≥75 000 \$</i>	28,3	
Perception de la situation économique	<i>À l'aise</i>	29,7	36,6 (< 0,001)
	<i>Revenu suffisant</i>	29,5	
	<i>Pauvres ou très pauvres</i>	39,4	
Santé perçue	<i>Excellente</i>	21,3	220,3 (<0,001)
	<i>Très bonne</i>	28,4	
	<i>Bonne</i>	32,2	
	<i>Moyenne</i>	43,3	
	<i>Mauvaise</i>	65,7	
Source habituelle en 1^{re} ligne*	<i>Oui</i>	33,6	90,0 (< 0,001)
	<i>Non</i>	50,9	
Capacité perçue à voir un médecin en < 2 jours*	<i>Oui</i>	33,2	13,9 (< 0,001)
	<i>Non</i>	38,2	

* Parmi les personnes qui ont utilisé des services de santé au cours des deux dernières années

NOTES MÉTHODOLOGIQUES

Ce cahier thématique s'inscrit dans le cadre du projet « Accessibilité et continuité des services de santé - Une étude sur la 1^{re} ligne au Québec ». Cette étude vise à déterminer l'influence des modèles d'organisation des services de 1^{re} ligne sur l'expérience de soins de la population dans différents contextes (www.santepub-mtl.qc.ca/ESPSS/activites.html#2).

Les données présentées dans ce cahier proviennent d'une enquête téléphonique qui s'est déroulée entre les mois de février et juin 2005, auprès d'un échantillon de la population âgée de 18 ans ou plus vivant dans la communauté, dans les régions de Montréal et de la Montérégie. Pour participer, les répondants devaient pouvoir s'exprimer en français ou en anglais. Le taux de réponse est de 64,3 % globalement, de 63,0 % à Montréal et de 65,9 % en Montérégie. L'échantillon total est de 9 206 répondants (4 789 à Montréal et 4 417 en Montérégie).

Le questionnaire documente l'utilisation des services de santé au cours des deux années précédant l'enquête, les caractéristiques, l'utilisation, l'appréciation et les résultats des services de la source habituelle de soins ainsi que l'expérience de soins et les besoins non comblés de services au cours des six mois précédents.

Les données sont pondérées pour corriger la distribution d'âge et de sexe et pour tenir compte du plan d'échantillonnage complexe de l'enquête (échantillon non proportionnel stratifié par territoire de CSSS et sélection aléatoire d'un individu par ménage).

Le taux d'utilisation est défini par le pourcentage de personnes dans la population déclarant au moins une visite à l'urgence au cours des deux années précédant l'enquête. Les tableaux présentent les pourcentages estimés et l'intervalle de confiance, qui permet d'en qualifier la précision. Les comparaisons sont faites à partir du chi carré (χ^2), qui teste si l'écart entre les fréquences observées et les fréquences attendues est suffisamment grand pour être considéré statistiquement significatif. Il est accompagné de la valeur p, indiquant la probabilité que la différence observée ne soit pas réelle. Le niveau de signification statistique est établi à $p < 0,05$.

RÉFÉRENCES

1. Levesque JF, Pineault R, Simard B, Roberge D, Hamel M, Kapetanakis C, Robert L. « L'expérience de soins de la population, portrait des variations intra-régionales à Montréal et en Montérégie. L'Accessibilité et la continuité des services de santé ». Une étude sur la première ligne au Québec. 2007 (à paraître).
2. Schoen C, Osborn R, Huynh PT, et al. Primary care and health system performance: Adults' experiences in five countries. *Health Aff* (Millwood). 2004; Suppl Web Exclusives:W4-487-503.
3. Carrière G. *Use of Hospital Emergency Rooms*. Statistics Canada, Health Reports. October 2004; 16(1): Catalogue 82-003.
4. Contandriopoulos A-P, Fournier M-A, Champagne F, Perron M, Nguyen H. *Utilisation et production des services médicaux selon les territoires de RLS*. Université de Montréal, Faculté de médecine: GRIS, 2007 (à paraître).
5. Haggerty J, Pineault R, Beaulieu M-D, Brunelle Y, Gauthier J, Goulet F, Rodrigue J. Room for improvement: Patient experience of primary care in Québec prior to major reforms. *Can Fam Physician*. 2006 (à paraître).
6. ICIS. *Comprendre les temps d'attente dans les services d'urgence : Qui utilise les services d'urgence et quels sont les temps d'attente?* Ottawa: Institut canadien d'information sur la santé, 2005.
7. Boerma WG, Groenewegen PP, Van der Zee J. General practice in urban and rural Europe: The range of curative services. *Soc Sci Med*. 1998; 47(4):445-453.
8. Haggerty J, Roberge D, Pineault R, Larouche D, Touati N. L'impact de l'organisation des services médicaux de 1^{re} ligne sur divers paramètres de performance des services, notamment l'accessibilité et la continuité et les facteurs associés aux différences rurales et urbaines dans l'utilisation des urgences hospitalières. In: Pineault R, Tousignant P, Roberge D, Lamarche P, Reinharz D, Larouche D, Beaulne G, Lesage D (eds). *Collectif de recherche sur l'organisation des services de santé de première ligne au Québec : Rapport synthèse*. Montréal: Direction de santé publique, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal, 2005.
9. Geneau R, Pineault R, Lamarche P, Lehoux P. Le processus de structuration de la pratique de première ligne des médecins généralistes : une étude qualitative sur le caractère contraignant et habilitant des modes d'organisation. In: Pineault R, Tousignant P, Roberge D, Lamarche P, Reinharz D, Larouche D, Beaulne G, Lesage D (eds). *Collectif de recherche sur l'organisation des services de santé de première ligne au Québec : Rapport synthèse*. Montréal: Direction de santé publique, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal, 2005.
10. Contandriopoulos A-P, Fournier M-A, Dassa C, Latour R, Champagne F, Bilodeau H, Leduc N. Profils de pratique des médecins généralistes du Québec. In: Pineault R, Tousignant P, Roberge D, Lamarche P, Reinharz D, Larouche D, Beaulne G, Lesage D (eds). *Collectif de recherche sur l'organisation des services de santé de première ligne au Québec :*

- Rapport synthèse*. Montréal: Direction de santé publique, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal, 2005.
11. Haggerty J, Roberge D, Pineault R, Larouche D, Touati N. Features of primary healthcare clinics associated with patients' higher utilization of emergency rooms: Urban – rural differences. *Canadian Journal of Public Health* (soumis 2006).
 12. Ionescu-Ittu R, McCusker J, Dendukuri N. Continuité des soins de première ligne et visites de retour à l'urgence : étude basée sur les données administratives. In: Pineault R, Tousignant P, Roberge D, Lamarche P, Reinharz D, Larouche D, Beaulne G, Lesage D (eds). *Collectif de recherche sur l'organisation des services de santé de première ligne au Québec : Rapport synthèse*. Montréal: Direction de santé publique, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal, 2005.
 13. Pineault R, Tousignant P, Roberge D, Lamarche P, Reinharz D, Larouche D, Beaulne G, Lesage D. *Collectif de recherche sur l'organisation des services de santé de première ligne au Québec : Rapport synthèse*. Montréal: Direction de santé publique, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal, 2005.
 14. Gill JM, Mainous AG, 3rd, Nsereko M. The effect of continuity of care on emergency department use. *Arch Fam Med*. 2000; 9(4):333-338.
 15. Christakis DA, Mell L, Koepsell TD, Zimmerman FJ, Connell FA. Association of lower continuity of care with greater risk of emergency department use and hospitalization in children. *Pediatrics*. 2001; 107(3):524-529.
 16. Saultz JW, Lochner J. Interpersonal continuity of care and care outcomes: A critical review. *Ann Fam Med*. 2005; 3(2):159-166.
 17. Guo B, Harstall C. *Strategies to Reduce Emergency Department Overcrowding*. Edmonton: Alberta Heritage Foundation for Medical Research, February 2006. HTA Report #38.
 18. Chan BTB, Schull MJ, Schultz SE. *Emergency Department Services in Ontario*. Toronto: Institute for Clinical Evaluative Sciences, November 2001. URL: <http://www.ices.on.ca>
 19. Sanmartin C, Ross N. Experiencing Difficulties Accessing First-Contact Health Services in Canada. *Healthcare Policy*. 2006; 1(2):103-119.
 20. Battaglini A, Tousignant P, Poirier L-R, Désy M, Camirand H. Adéquation des services sociaux et de santé de première ligne aux besoins des populations immigrantes : Impacts de la pluriethnicité sur l'organisation et la prestation des services. In: Pineault R, Tousignant P, Roberge D, Lamarche P, Reinharz D, Larouche D, Beaulne G, Lesage D (eds). *Collectif de recherche sur l'organisation des services de santé de première ligne au Québec : Rapport synthèse*. Montréal: Direction de santé publique, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal, 2005.
 21. Wu Z, Penning MJ, Schimmele CM. Immigrant status and unmet health care needs. *Can J Public Health*. 2005; 96(5):369-373.
 22. Leduc N, Ricard J, Farand L, Roberge D, Gbaya AA. *Les alternatives au recours à l'urgence hospitalière dans le sud de la région de Lanaudière*. Université de Montréal, Faculté de médecine: GRIS, avril 2003. R03-04.
 23. Hodgins MJ, Merritt-Gray M, Wuest J. *Factors affecting New Brunswickers' use of an Emergency Department for a non-life threatening health problem*. Fredericton: University of New Brunswick, March 2006. URL: <http://www.unbf.ca/aches>
 24. Foldes SS, Fischer LR, Kaminsky K. What is an emergency? the judgments of two physicians. *Ann Emerg Med*. 1994; 23(4):833-840.
 25. Weber EJ, Showstack JA, Hunt K, Colby ML, Callahan ML. Who uses the emergency department? The results of a national population-based survey. *Acad Emerg Med*. 2002; 9:506-507.
 26. Northington WE, Brice JH, Zou B. Use of an emergency department by nonurgent patients. *Am J Emerg Med*. 2005; 23(2):131-137.
 27. Howard MS, Davis BA, Anderson C, Cherry D, Koller P, Shelton D. Patients' perspective on choosing the emergency department for nonurgent medical care: A qualitative study exploring one reason for overcrowding. *J Emerg Nurs*. 2005; 31(5):429-435.
 28. Afilalo J, Marinovich A, Afilalo M, et al. Nonurgent emergency department patient characteristics and barriers to primary care. *Acad Emerg Med*. 2004; 11(12):1302-1310.
 29. Sarver JH, Cydulka RK, Baker DW. Usual source of care and nonurgent emergency department use. *Acad Emerg Med*. 2002; 9(9):916-923.
 30. Shesser R, Kirsch T, Smith J, Hirsch R. An analysis of emergency department use by patients with minor illness. *Ann Emerg Med*. 1991; 20(7):743-748.
 31. Grumbach K, Keane D, Bindman A. Primary care and public emergency department overcrowding. *Am J Public Health*. 1993; 83(3):372-378.
 32. Boushy D, Dubinsky I. Primary care physician and patient factors that result in patients seeking emergency care in a hospital setting: The patient's perspective. *J Emerg Med*. 1999; 17(3):405-412.

SOUTIEN FINANCIER

Cette enquête a été rendue possible grâce au soutien financier de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, des Instituts de recherche en santé du Canada, du Fonds de la recherche en santé du Québec, des Agences de la Santé et des Services sociaux de Montréal et de la Montérégie, de la Direction de santé publique de Montréal, de l'Institut national de santé publique du Québec, du Groupe interuniversitaire de recherche sur les urgences et du Groupe de recherche sur l'équité d'accès et l'organisation des services de santé de 1^{re} ligne.

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier Jeannie Haggerty, Jane McCusker, Léo-Roch Poirier, Nassera Touati, Alain Vadeboncoeur, chercheurs du GIRU, et Martine Remondin du Centre de recherche de l'Hôpital Charles LeMoyné pour leurs précieux commentaires.

Nos remerciements vont également à Lauriane Robert de la Direction de santé publique de Montréal pour son appui à l'analyse des données, à Alexandre Prud'homme, Nathalie Larocque du Centre de recherche de l'Hôpital Charles LeMoyné, et Mireille Paradis de la Direction de santé publique de Montréal pour la mise en page et la présentation graphique du document.

Québec

• Agence de la santé et des services sociaux de Montréal /
• Direction de la santé publique
• Institut national de santé publique



Centre de recherche
Hôpital Charles LeMoyné
Centre de santé universitaire
et régional de la Montérégie

Auteurs :

Danièle Roberge, Ph. D.¹
Danielle Larouche, M. Sc.¹
Raynald Pineault, M.D., Ph. D.^{2,3}
Jean-Frédéric Levesque, M.D., Ph. D.(c)^{2,3}
Marjolaine Hamel, M. Sc.^{2,3}
Brigitte Simard^{2,3}

¹ Centre de recherche Hôpital Charles LeMoyné

² Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

³ Institut national de santé publique du Québec

ÉQUIPE DE RECHERCHE

Chercheurs principaux :

Raynald Pineault, Jean-Frédéric Levesque, Danièle Roberge

Co-chercheurs :

Marjolaine Hamel, Jeannie Haggerty, Paul A. Lamarche,
Pierre Tousignant, Léo-Roch Poirier, Marie-France Raynault,
James Hanley, Mike Benigeri, Ginette Beaulne, Pierre Bergeron

Pour obtenir des copies supplémentaires de ce document,
veuillez vous adresser à :

Mme Marjolaine Hamel

Équipe Santé des populations et services de santé

Direction de santé publique, Agence de la santé et des services
sociaux de Montréal

1301, rue Sherbrooke Est

Montréal (Québec) H2L 1M3

(514) 528-2400 poste 3459

Ce document est disponible sur les sites Internet de
la Direction de santé publique de Montréal

(www.santepub-mtl.qc.ca/ESPSS/production.html) et du

Groupe interuniversitaire de recherche sur les urgences

(www.giru.ca)

© Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux
de Montréal (2007)

Institut national de santé publique du Québec (2007)

Centre de recherche de l'Hôpital Charles LeMoyné (2007)

Tous droits réservés

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2007

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives Canada, 2007

ISBN : 978-2-89494-574-2 (version imprimée)

ISBN : 978-2-89494-575-9 (version PDF)

Mars 2007