



MODALITÉS DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ÂGÉES À L'URGENCE: EFFET SUR LE RISQUE DE RETOUR

Sylvie Cardin, Raynald Pineault, Danièle Roberge, Eddy Lang, Michel Tétrault, Josée Verdon
Unité de Recherche Évaluative, Centre de Recherche du CHUM & Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé, Université de Montréal

Sylvie Cardin
Unité de Recherche Évaluative, Centre de Recherche du CHUM
Campus Notre-Dame, Pavillon L.-C. Simard, 8ième étage
1560, rue Sherbrooke Est, Montréal (Québec) CANADA
H2L 4M1

RESUME

Le retour précoce de la personne âgée à l'urgence est un phénomène fréquent, bouleversant, coûteux qui contribue indirectement à l'engorgement des urgences. Ces retours pourraient être la conséquence d'une préparation inadéquate au congé lors de la première visite ou d'une prise en charge déficiente lors du retour dans la communauté. Cette étude vise à documenter les modalités actuelles de prise en charge de la clientèle âgée à l'urgence et dans les jours suivant le retour dans la communauté, de même que leur impact sur le risque de retour précoce à l'urgence.

RESUMO

As visitas repetidas dos velhos para as emergencias é um fenômeno frequente, inquietante, custoso que contribuir indiretamente à abarrotar as emergencias dos hospitais. Estas visitas repetidas podem ser a resultado de uma preparação inadequada na despedida do hospital. Pode ser também uma falta de serviços de ajuda na comunidade. Este estudo tem por objetivo de documentar as possibilidades de tomar conta dos velhos quando visitao as emergencias e nos dias seguir a saída para a comunidade.

INTRODUCTION

Le retour non-planifié de la personne âgée à l'urgence peu de temps après une première visite est un problème fréquent, bouleversant pour le patient et sa famille et coûteux pour le système de soins. Bien qu'ils n'en soient pas la cause directe, les retours des personnes âgées contribuent également à l'engorgement des urgences.

Des études indiquent que les soins et services que reçoit cette clientèle grandissante lors d'une visite à l'urgence sont déficients. En 1991, le Groupe Tactique d'Intervention sur les Urgences rapportait qu'au Québec, le personnel des urgences n'était pas formé pour évaluer les besoins de la clientèle âgée, ce qui créait un inconfort dans la gestion pouvant aller jusqu'au désintéressement. Un sondage effectué aux Etats-Unis a également reconnu l'ampleur des besoins non-comblés chez cette clientèle à l'urgence. En particulier, les besoins de soutien social du patient sont souvent sous-estimés ou même ignorés à l'urgence et on y évalue rarement son autonomie fonctionnelle, ce qui a pour conséquence de contribuer à une sous-prescription des services communautaires de maintien et de soins à domicile. Le patient retourne à la maison, laissé à lui-même ou aux soins d'aidants naturels souvent débordés, 10 ce qui peut avoir des conséquences désastreuses sur le cours de la maladie dans les semaines suivant le congé. Les retours précoces des personnes âgées à l'urgence pourraient être une de ces conséquences.²

L'objectif principal de cette étude est donc de déterminer l'association entre, d'une part, les modalités de la prise en charge à l'urgence et par la suite dans la communauté et d'autre part, le risque de retour non-planifié à l'urgence.

Cette analyse s'inscrit dans le cadre d'une étude plus vaste visant à explorer les relations entre les modalités organisationnelles des soins à l'urgence, la perception de la clientèle âgée de la qualité de ces soins et le risque de retour. Nous présentons ici les résultats concernant l'association entre les modalités des soins à l'urgence et le risque de retour.

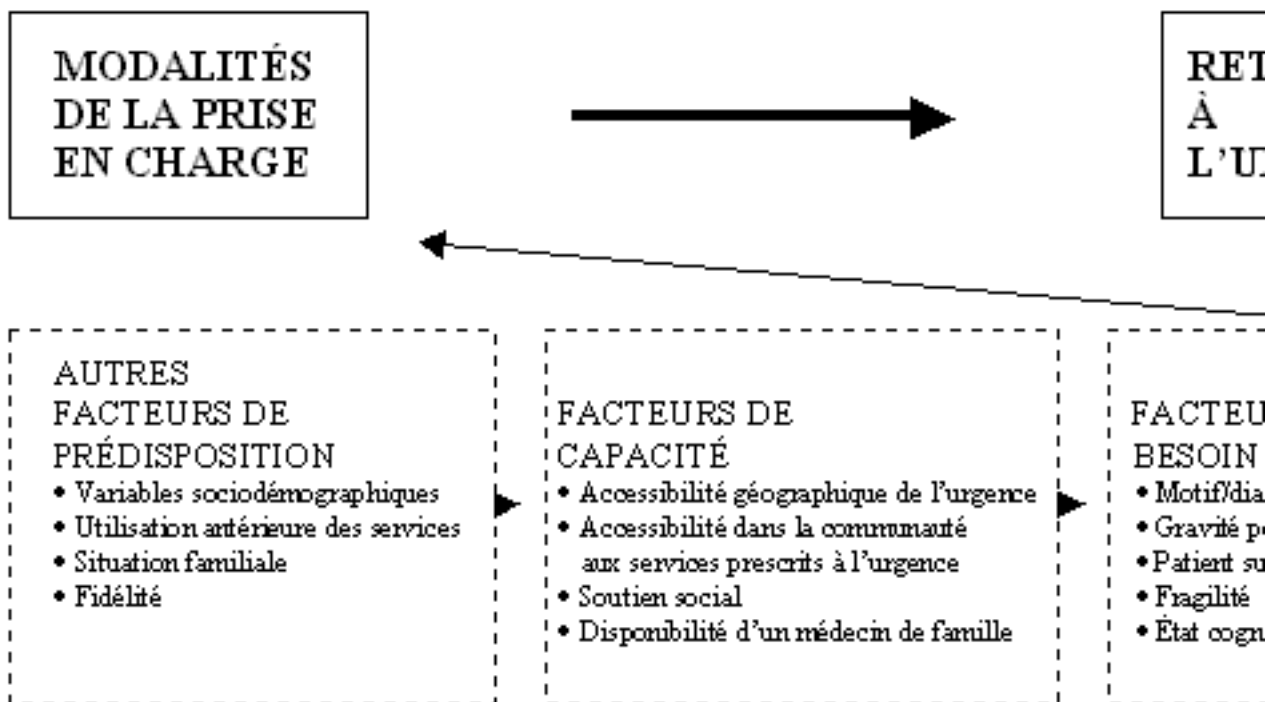
MODÈLE CONCEPTUEL

Un épisode de soins à l'urgence comporte quatre phases distinctes : 1) la phase de triage et de stabilisation; 2) l'hypothèse diagnostique et le traitement intérimaire; 3) la décision quant au traitement principal et la disposition du patient; et 4) la planification du congé et le départ du patient. Pour cette étude, la prise en charge est définie comme étant l'ensemble des soins et services autres que médicaux immédiats, déployés et/ou prescrits à l'urgence dans le but de gérer l'épisode de maladie d'un patient. Comme il s'agit d'étudier les éléments pouvant affecter le risque de retour, nous ciblons les patients auxquels le médecin de l'urgence a accordé un congé. Pour ceux-ci, la prise en charge se résume principalement aux activités liées à la planification du congé, i.e. à celles de la phase 4. Durant cette phase, les professionnels de l'urgence devront décider d'une marche à suivre pour le patient une fois que celui-ci aura quitté l'urgence. Il pourra s'agir d'une référence pour des soins ambulatoires, des soins à domicile, ou aucune référence. Même si le patient ne requiert aucun soin additionnel, il pourra être nécessaire : 1) de lui transmettre certaines informations; 2) de transmettre à son médecin de famille certaines informations; ou 3) d'orienter le patient vers une source de soins de laquelle il pourra devenir captif. Ce sont les activités reliées à ce " transfert " que nous mesurerons et regrouperont sous le vocable " modalités de la prise en charge ".

Le modèle conceptuel retenu est une adaptation du modèle d'Andersen sur l'utilisation des services de santé. Selon ce modèle, l'utilisation d'un service de santé dépend de facteurs de prédisposition, de capacité et de besoin. Les facteurs de prédisposition sont des caractéristiques individuelles pouvant influencer les besoins et la propension à l'utilisation des services. Il s'agit principalement de caractéristiques socio-démographiques comme l'âge, le sexe, les revenus et l'appartenance ethnique, et de l'expérience antérieure de la maladie et des services. Les facteurs de capacité sont les ressources individuelles et communautaires permettant d'accéder à un service. Par exemple, l'accessibilité financière, reliée au coût des services et au fait d'être assuré ou non et l'accessibilité organisationnelle, reliée à la disponibilité des services (horaires, durée d'attente, services spécifiques offerts), influenceront toutes deux la capacité qu'a un individu d'utiliser un service particulier, indépendamment de sa prédisposition. Finalement, les facteurs de besoin comme la gravité perçue ou le stade clinique de la maladie sont les caractéristiques qui influenceront le plus directement l'utilisation d'un service.

La figure représente notre adaptation du modèle d'Andersen. Le retour non-planifié à l'urgence est le phénomène d'utilisation que nous tentons d'expliquer. Nous nous intéressons à l'effet que peuvent avoir les modalités de la prise en charge lors d'une première visite à l'urgence sur cette utilisation. Alors que les facteurs de prédisposition et de capacité d'Andersen demeurent des facteurs de risque n'affectant que les retours, les facteurs de besoin deviennent d'importants facteurs de confusion, par l'effet qu'ils peuvent également avoir sur les modalités de la prise en charge. Finalement, certains facteurs, comme la fragilité et le soutien social, pourraient interagir avec les modalités de la prise en charge pour affecter le risque de retour.

Figure : Modèle conceptuel des facteurs associés au risque de retour non-planifié à l'urgence



MÉTHODES

Population à l'étude

Une étude de cohorte a été effectuée dans la population-cible des patients âgés autonomes utilisant les services d'urgence hospitaliers. La cohorte est formée de tous les patients de 70 ans ou plus : 1) s'étant présentés à l'urgence de l'un de quatre hôpitaux de Montréal; 2) entre le 1er novembre 1999 et le 31 mars 2000 et durant l'un ou l'autre de 5 quarts de travail infirmiers (jour ou soir) choisis aléatoirement chaque semaine; 3) dont l'état médical était stable; et 4) ayant obtenu leur congé du département d'urgence. Ont été exclus les patients : 1) bénéficiaires dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée; 2) hospitalisés, transférés ou dirigés vers un centre d'hébergement et de soins de longue durée après la visite à l'urgence; 3) dont l'état cognitif, la condition médicale ou la méconnaissance du français et de l'anglais entravait la participation à l'étude et pour lesquels aucun proche n'était disponible; 4) n'ayant pas vu de médecin lors de leur visite à l'urgence; et 5) ne résidant pas au Québec.

Recrutement

Les patients (ou leur proche) ont été contactés au département d'urgence de l'un des quatre hôpitaux par une technicienne de recherche qui leur expliquait l'étude, déterminait leur admissibilité, obtenait leur consentement et administrait une entrevue de base (jour 0). Les patients obtenant leur congé étaient contactés par téléphone quelques jours après leur sortie de l'urgence (entrevue jour 1) et questionnés quant aux soins et services reçus à l'urgence. Environ deux semaines plus tard, les patients étaient à nouveau contactés et interrogés concernant les soins et services reçus depuis leur visite initiale à l'urgence (entrevue jour 14). C'est également lors de cette dernière entrevue que l'on déterminait si les patients avaient eu à recourir à des services d'urgence depuis la visite initiale. La coordination des entrevues téléphoniques a été confiée à une firme privée de recherche sur l'opinion publique.

Instruments de mesure et recueil des données

Les modalités de la prise en charge ont été mesurées auprès des patients lors des entrevues téléphoniques des jours 1 et 14 et auprès d'informateurs-clé de chaque institution (infirmière-chef de l'urgence, infirmière de liaison, médecin-coordonnateur de l'urgence, etc.) à l'aide d'un questionnaire organisationnel semi-structuré. Les patients furent questionnés quant : 1) aux évaluations qui leur ont été faites en vue de préparer le congé (bilan de santé générale, capacité de prendre soin d'eux-même à la maison (autonomie fonctionnelle), besoins à la maison); 2) aux informations reçues à l'urgence

(problème de santé, soulagement de la douleur, médicaments, rendez-vous et tests subséquents, services disponibles dans la communauté, quoi faire en cas de complication); et 3) aux services post-congé organisés pour eux, prescrits ou suggérés (services du Centre Local de Services Communautaires (CLSC), services de l'hôpital, services d'un médecin de famille, services privés et autres, prescription de médicaments). Les aspects documentés auprès des informateurs-clé concernent : 1) la structure et les ressources gériatriques disponibles à l'hôpital pour prendre en charge les patients âgés de l'urgence; 2) le processus de la prise en charge à l'urgence; et 3) la structure et le processus de prise en charge par la communauté (réponses à ce questionnaire non-disponibles au moment d'écrire ces lignes).

Une recension des écrits nous a permis d'identifier les potentiels facteurs de risque de retour. Les facteurs de prédisposition, de capacité et de besoin ont été documentés auprès des patients lors des entrevues des jours 0, 1 et 14. Les facteurs de prédisposition mesurés incluent : 1) les caractéristiques socio-démographiques (âge, sexe, langue maternelle, état matrimonial, suffisance des revenus, années de scolarité, lieu de naissance); 2) la situation familiale du patient; 3) l'utilisation antérieure des services de santé (hospitalisations et visites à l'urgence dans la dernière année, utilisation de services de soins et de maintien à domicile); et 4) la fidélité du patient aux recommandations et prescriptions de soins et services de santé qui lui sont faites (données non-disponibles au moment d'écrire ces lignes : N-D). Les facteurs de capacité comprennent : 1) la distance linéaire entre la résidence du patient et le département d'urgence où a eu lieu la visite initiale (N-D); 2) la disponibilité des services de santé prescrits ou suggérés à l'urgence (N-D); 3) la disponibilité d'un médecin de famille; et 4) le soutien social (nombre d'amis intimes, perception qu'a le patient de la disponibilité d'un soutien affectif, d'un soutien émotif, d'un soutien tangible (aidant naturel), et d'interactions sociales positives). Les besoins sont mesurés par : 1) différents indicateurs de gravité de la condition (gravité perçue, transport par ambulance, acuité de la condition); 2) le type de condition (motif de visite, groupe diagnostique (N-D), patient mis ou non sur civière à l'arrivée); et 3) la fragilité du patient (autonomie fonctionnelle, imminence d'une perte d'autonomie, comorbidités significatives, état de santé général, dépression, changement et nombre de médicaments au congé, état cognitif).

Les retours ont été déterminés lors de l'entrevue jour 14. On demanda alors aux patient s'ils étaient retournés à l'urgence d'un hôpital, avaient été hospitalisés ou avaient dû consulter un médecin, ailleurs qu'à l'urgence, mais de façon urgente et en personne. Dans l'affirmative à l'une ou l'autre de ces questions, on leur demandait si l'événement était planifié et donc le reflet d'un type de pratique plutôt que d'une déficience dans les soins et si, selon eux, l'événement était relié à la visite initiale à l'urgence deux semaines plus tôt.

Analyse statistique

L'incidence des retours non-planifiés a été estimée en calculant la proportion de tous les patients de la cohorte étant retournés pour des soins d'urgence dans les deux semaines suivant la date de leur congé de l'urgence. Des intervalles de confiance approximatifs (95%) ont été calculés autour de ces proportions.

Les prédicteurs du risque de retour non-planifié à l'urgence ont d'abord été analysés à l'aide de tableaux de contingence et ensuite, à l'aide d'une analyse de régression logistique "stepwise", utilisant un seuil de signification de 10% pour l'entrée des variables dans le modèle. Un modèle a d'abord été construit en utilisant les facteurs de prédisposition seulement. Les facteurs de capacité et de besoin contribuant de façon significative ont ensuite été ajoutés jusqu'à l'obtention d'un modèle stable. À la toute fin, les facteurs décrivant les modalités des soins furent testés un à un quant à leur contribution indépendante à la prédiction du risque de retour et à l'amélioration de ce modèle. Le test du chi-carré de vraisemblance ("likelihood chi-square score") a été utilisé comme critère de sélection. À cette étape furent également utilisées des variables écologiques reflétant l'institution (A,B,C,D), le quart de travail durant lequel le patient a pris congé (jour vs soir et nuit) et le jour du congé (semaine vs week-end). Toutes les variables "dummy" se rattachant à une variable à catégories multiples ont été conservées dans les modèle quand au moins une de celles-ci était significative. Un test de Hosmer et Lemeshow a été effectué afin de déterminer la justesse du modèle final.

Toutes les analyses ont été faites à l'aide du logiciel statistique SAS, version 6.12 pour Windows.19

Résultats

Tableau 1 : Exclusions	
Raison	n
Patient hospitalisé	726
Patient résidant ou transféré dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée	111
Déficit cognitif et démence	101
Langue parlée ou autres problèmes empêchant la communication	124
Visite initiale planifiée	44
Patient a déjà participé	37
Autres raisons	59

En 17 semaines d'échantillonnage, 5839 patients âgés de 70 ans ou plus se sont présentés à l'urgence de l'un ou l'autre des hôpitaux participants durant les quarts de recrutement. De ceux-ci, 2425 ont pu être contactés par la technicienne de recherche. La vaste majorité des patients contactés (n=2235 : 92%) acceptèrent d'être soumis aux critères d'admissibilité et le cas échéant, de participer. Seulement 1033 (46%) s'avérèrent admissibles. Les exclusions sont répertoriées au tableau 1. Finalement, 588 (57%) de ces patients ont pu être suivis jusqu'à l'entrevue du jour 14. Dans 28.6% des cas, le répondant fut l'aidant naturel.

Tableau 2 : Caractéristiques de la cohorte (n=588)

Caractéristique	%
Âge ≥ 85	13.9
Hommes	33.3
Langue maternelle : français	73.1
Marié/conjoint de fait	42.5
Né au Canada	82.1
Revenus « suffisants »	93.0
≤ 8 années de scolarité	39.4
Vit seul	41.5
Aucun ami intime	2.4
Perception d'aucun soutien social	10.2
Autonomie fonctionnelle (prémorbide)	60.0
Imminence d'une perte d'autonomie (ISAR)	23.5
Santé générale mauvaise ou moyenne	52.0
≥ 2 comorbidités significatives	54.7
Dépression	23.7
>3 médicaments au congé	53.8
Changement des prescriptions médicamenteuses	52.8
≥ 2 hospitalisations dans la dernière année	9.4
≥ 3 visites à l'urgence dans la dernière année	11.9
Maintien à domicile	23.3
Médecin de famille disponible	62.9
Aucun contact avec le système de santé	7.7
Condition très grave	34.9
Transport par ambulance	28.8
Problème jamais eu auparavant	57.7
Symptômes du système nerveux et ostéo-musculaire (douleurs aux extrémités, dos, etc.)	16.9
Symptômes cardiovasculaires et circulatoires	15.5
(douleurs thoraciques, hypertension, etc.)	
Symtômes du système respiratoire	
(dyspnée, toux, etc.)	13.0
Patient mis sur civière	39.8
Aucun déficit cognitif	93.0

Les caractéristiques de la cohorte sont indiquées au tableau 2. Il s'agit d'un groupe dont l'âge médian est de 77 ans, composé principalement de femmes d'expression française et qui déclarent avoir des revenus suffisants pour subvenir à leurs besoins quotidiens. Un peu moins de la moitié des patients vivent seuls, mais près de 75% disent disposer d'un aidant naturel la plupart du temps, alors que 10% ont la perception de n'avoir aucun type de soutien social. Bien que 60% des patients recrutés aient été totalement autonomes avant la crise les ayant poussés à consulter, plus de 20% semblaient à risque de voir leur autonomie diminuer dans les mois à venir (test ISAR positif 16). En outre, il s'agit d'un groupe dont l'état de santé général est compromis de façon importante si on considère la perception des patients, leurs comorbidités significatives (cardiopathie, diabète, cancer, etc.) ainsi que le nombre de médicaments qu'ils prennent chaque jour. Seulement 23% bénéficiaient déjà de services de maintien à domicile lors de leur visite à l'urgence et près de 40% déclarent ne pas avoir un médecin de famille disponible. Finalement, les problèmes ayant amené les patients à consulter sont extrêmement variés,

les plus fréquents étant les douleurs thoraciques, la dyspnée, les douleurs aux jambes et les chutes. Plus du tiers des patients considéraient leur condition comme étant très grave et près de 40% ont dû être couchés sur civière à leur arrivée à l'urgence. La très vaste majorité des patients évalués ne souffraient d'aucun déficit cognitif. Cependant, près du tiers des patients de la cohorte n'ont pas été évalués à cet effet, la plupart du temps parce que l'aidant se portait volontaire pour répondre à l'entrevue. En résumé, bien que tout ces patients soient retournés à la maison après leur visite à l'urgence, une partie importante est malade et en perte d'autonomie et ne bénéficiait, au moment de la visite, que de peu de soins et de services à domicile.

Le tableau 3 rend compte de l'incidence de différents types de retours dans les deux semaines suivant le congé de l'urgence. Neuf pourcent des patients de la cohorte sont retournés de façon non-planifiée à l'urgence d'un hôpital dans les deux semaines suivant leur congé de l'urgence. Quand on ajoute à ce nombre tous les patients ayant dû obtenir des soins d'urgence et en personne auprès d'un médecin à l'extérieur d'un département d'urgence, dans une clinique sans rendez-vous par exemple, on constate que 15% des patients âgés retournant à la maison après une visite à l'urgence, doivent à nouveau obtenir des soins urgents d'une façon ou d'une autre, peu de temps après leur sortie. De façon générale, deux tiers des retours sont, selon l'opinion des patients, reliés à la visite initiale à l'urgence.

Tableau 3 : Incidence de différents types de retour dans les deux semaines suivant le congé de l'urgence	
	<u>Retours non-planifiés</u> (I.C. 95%)
À l'urgence seulement	9.0% (6.7% -11.3%)
Partout sauf à l'urgence	10.4% (7.9%-12.8%)
N'importe où	15.0% (12.1%-17.9%)

Le tableau 4 compare, de façon univariée, la distribution de certaines caractéristiques choisies entre patients retournés et patients non-retournés. Plusieurs facteurs de besoin, en particulier un autonomie fonctionnelle réduite, différentes

comorbidités et le fait de prendre un grand nombre de médicaments sont associés au risque de retour. Être mis sur une civière à l'urgence (plutôt que d'être envoyé à la salle d'attente) est négativement associé au risque de retour. Un médecin de famille disponible semble également plus fréquent chez les patients qui ne retourneront pas à l'urgence. En ce qui a trait aux modalités des soins, plusieurs éléments d'information et d'évaluation se distribuent différemment entre les retourneurs et les non-retourneurs. Dans tous les cas, ces activités semblent moins fréquentes chez les patients qui retourneront, par la suite, à l'urgence. La prescription des services de tous types est peu fréquente et sensiblement la même dans les deux groupes. Une faible variation, n'atteignant pas un niveau de signification statistique, est observée au niveau de l'hôpital de provenance des retourneurs et des non-retourneurs. L'hôpital A contribue, proportionnellement, à plus de non-retourneurs, alors que le contraire est observé à l'hôpital B.

l'urgence de façon non-planifiée

-	Patients non-retournés (n=535)	Patients retournés (n=53)	√: .05< p-value< .10
Caractéristique	%	%	√√ : p-value<.05 (test du χ ²)
Âge ≥ 85	13.6	17.0	√
Marié/conjoint de fait	42.6	41.5	
Né au Canada	82.6	77.4	
≤ 8 années de scolarité	61.2	54.2	
Vit seul	41.7	39.6	
Deux hospitalisations ou plus dans l'année	9.0	13.2	
Trois visites ou plus à l'urgence dans l'année	11.0	20.8	
Bénéficiaire de services du CLSC	16.1	18.9	
Reçoit services de l'hôpital	26.2	35.9	
Reçoit services privés ou autres	9.5	11.3	
Médecin de famille disponible	64.6	45.3	√√
0-1 ami intime	7.5	10.0	√
Perception d'aucun soutien social	9.9	13.2	
Présence d'un aidant naturel	75.5	71.2	
Arrivée par ambulance	27.7	39.6	
Type de motif de visite			
Symptômes généraux	9.2	9.4	
Système nerveux / mental	2.2	3.8	
Ostéomusculaire	14.2	11.3	
Cardiovasculaire/respiratoire	26.9	30.2	
Digestif	13.6	7.6	
Blessure / traumatisme	10.5	13.2	
Autres	18.7	20.8	
Inconnu	4.7	3.8	
Patient mis sur civière à l'urgence	40.5	32.1	√
Autonomie fonctionnelle pré-morbide	62.6	44.0	
Comorbidités (non mutuellement exclusives)			
Cardiopathie	26.0	43.4	
ACV	4.5	5.7	
MPOC	16.6	26.4	
Diabète	13.6	13.2	
Démence	0.8	5.7	
Arthrite/Rhumatisme	54.4	56.6	
Cancer	7.3	13.2	
Hypertension	45.1	45.3	
État de santé général mauvais ou moyen	51.4	58.5	√
Plus de trois médicaments au congé	52.6	66.0	
Évaluation faite par professionnels de :			
Santé générale (bilan de santé)	77.1	72.6	
Autonomie fonctionnelle	75.3	62.8	
Besoins particuliers à la maison	75.2	56.3	
Information reçue sur :			

Le tableau 5 présente le modèle multivarié retenu. Un modèle de régression logistique a d'abord été développé à partir des facteurs de prédisposition, de capacité et de besoin. Trois modalités ont permis d'améliorer significativement le modèle ainsi obtenu: l'évaluation des besoins d'aide du patient à la maison, le fait de recevoir de l'information sur les rendez-vous à prendre et les tests à subir après la visite à l'urgence et le fait de recevoir de l'information sur la gestion de la douleur. L'inclusion de chacune, tour à tour, dans le modèle, rendait superflue l'inclusion des deux autres. La plus grande amélioration, sur la base du test du χ^2 de vraisemblance, fut obtenue avec la modalité " information sur les rendez-vous à prendre et les tests à subir ". Ce modèle, dominé par les facteurs de besoin, montre que le fait d'être autonome dans les activités de vie quotidiennes, d'avoir un médecin de famille disponible et d'avoir été vu dans l'aire des civières à l'urgence diminue le risque de retour. Souffrir d'une cardiopathie ou d'une démence augmentent les chances qu'un patient de devoir recourir à nouveau à l'urgence peu de temps après en être sorti.

DISCUSSION

Ces résultats préliminaires semblent indiquer que malgré le rôle important que joue l'état de santé d'un patient dans son utilisation des services d'urgence, certaines modalités des soins, propres à des professionnels de la santé ou à des organisations, peuvent également affecter les chances qu'un patient de devoir retourner à l'urgence peu de temps après une première visite. En particulier, le fait de s'enquérir auprès du patient de ses besoins d'aide à la maison, de lui fournir de l'information sur les tests qu'il devra subir et les rendez qu'il doit prendre et lui montrer comment gérer sa douleur pourraient, en outillant le patient adéquatement, réduire ses chances de devoir recourir à l'urgence à nouveau. En outre, le fait de s'assurer que chaque aîné quittant l'urgence a accès aux services d'un médecin de famille, pourrait contribuer à prévenir les retours. Ce résultat est en accord avec ceux de Rosenblatt et coll. (2000) qui montrent qu'une relation continue du patient avec un médecin, omnipraticien ou spécialiste, réduit l'utilisation des services d'urgence.

Nous n'avons réussi à établir aucun lien entre la prescription de services quelconque et le risque de retour. Il est possible que la prescription ne reflète que piètrement l'obtention de ces services. Dans ce cas, le problème à résoudre en serait un d'accessibilité ou de fidélité plutôt que de pratique des professionnels de l'urgence. Les analyses subséquentes nous indiqueront la proportion des services prescrits qui a été obtenue dans les semaines suivant le congé et, le cas échéant, les raisons pour lesquelles certains n'ont pas été obtenus.

Les limites de cette étude doivent être reconnues. D'abord, les patients formant la cohorte sont un sous-groupe, potentiellement biaisé, de tous les individus admissibles. Ensuite, nous n'avons tenu aucunement compte des soins médicaux obtenus à l'urgence. Or, certains retours pourraient avoir été causés par des erreurs médicales. Nous avons présumé qu'à type de motif de visite et catégorie diagnostique égaux, la qualité des soins médicaux ne varierait pas beaucoup d'un milieu à l'autre comparativement à celle des soins non-médicaux et des modalités de préparation au congé. En outre, la littérature semble indiquer que les erreurs médicales expliquent rarement les retours. Finalement,

Tableau 5 : Modèle de régression logistique pour la prédiction du risque de retour non-planifié

	Odds Ratio	Intervalle de confiance 95%
Médecin de famille disponible	0.45	0.24, 0.81
Arrivée par ambulance	2.67	1.24, 5.72
Patient mis sur civière	0.29	0.13, 0.64
Autonomie fonctionnelle prémorbide	0.41	0.21, 0.77
Comorbidité : cardiopathie	2.23	1.18, 4.20
Comorbidité : démence	7.71	1.28, 46.53
Information sur rendez-vous et tests	0.335	0.14, 0.79
Test de justesse de Hosmer-Lemeshow : p-value=0.60		

cette étude repose principalement sur le témoignage de patients âgés. On peut s'interroger sur la validité de cette source d'information pour documenter les étapes plus techniques du processus de soins, comme la prescription de services et les évaluations.

BIBLIOGRAPHIE

1. Lowenstein SR, Crescenzi CA, Kern DC et Steel K. Care of the elderly in the emergency department. *Ann Emerg Med.* 1986;15:528-535.
2. McCusker J, Healy E, Bellavance F et Connolly B. Predictors of repeat emergency department visits by elders. *Acad Emerg Med.* 1997;4:581-588.
3. McCusker J, Cardin S, Bellavance F et Belzile É. Return to the emergency department among elders: patterns and predictors. *Acad Emerg Med.* 2000;7:249-259.
4. Currie CT, Lawson PM, Robertson CE, Jones A. Elderly patients discharged from an accident and emergency department - their dependency and support. *Arch Emerg Med.* 1984;1:205-213.
5. Brookoff D, Minniti-Hill M. Emergency department-based home care. *Ann Emerg Med.* 1994;23:1101-1106.
6. Groupe Tactique d'Intervention sur les urgences. Rapport de la première année d'activités, 1991.
7. Sanders AB. Care of the elderly in the emergency departments: conclusions and recommendations. *Ann Emerg Med.* 1992;21:830-834.
8. Dove et coll. 1996.
9. Hedges JR, Singal BM, Rousseau EW et coll. Geriatric patient emergency visits. Part II: Perceptions of visits by geriatric and younger patients. *Ann Emerg Med.* 1992;21:808-813.
10. McCusker J, Ardman O, Bellavance F, Belzile É, Cardin S, Verdon J. Use of community services by seniors before and after an emergency department visit. *Can J Aging* (sous presse).
11. Rhee KJ, Donabedian A, Burney RE. Assessing the quality of care in a hospital emergency unit : a framework and its application. *QRB.* Jan 1987 :4-16.
12. Andersen RO, Kravits J, et Anderson OW (eds.). *Equity in Health Services : Empirical Analyses in Social Policy.* Boston, MA : Ballinger Publishing Company;1975.
13. Andersen RO. Revisiting the behavioral model and access to medical care : does it matter? *J Health Soc Behav.* 1995;36 :1-10.
14. Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS Social Support Survey. *Soc Sci Med.* 1991;32:705-714.
15. Fillenbaum GG. *Multidimensional functional assessment of older adults: the Duke Older American Resources and Services procedures.* Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates;1988.
16. McCusker J, Bellavance F, Cardin S, Trépanier S, Verdon J, Ardman O. Detection of older people at increased risk of adverse health outcomes after an emergency department visit: the ISAR screening tool. *JAGS.* 1999;47:1229-1237.
17. Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *J Am Ger Soc.* 1975;23(10):433-441.
18. Hosmer D, Lemeshow S. *Applied logistic regression.* NY: Wiley, 1989.
19. SAS, Version 6.12. Cary, NC : SAS Institute Inc.
20. Rosenblatt RA, Wright GE, Baldwin LM et coll. The effect of the doctor-patient relationship on emergency department use among the elderly. *Am J Pub Health.* 2000;90:97-102.