



Centre hospitalier affilié  
universitaire

A University-Affiliated  
Hospital Centre

## Rapport

# Plus liés qu'il n'y paraît : Les soins primaires et le recours aux départements d'urgence au Québec

**J. McCusker<sup>1,2</sup>, D. Roberge<sup>3</sup>, P. Tousignant<sup>4,1,5</sup>, J-F Lévesque<sup>4,5</sup>, A. Vadeboncoeur<sup>6</sup>, A. Ciampi<sup>1,2</sup>, R. Borgès Da Silva<sup>7</sup>, E. Belzile<sup>2</sup>, S. Sanche<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Université McGill, <sup>2</sup>Centre de recherche de St. Mary, <sup>3</sup>Centre de recherche de l'Hôpital Charles LeMoine et de l'Université de Sherbrooke, <sup>4</sup>Institut national de santé publique du Québec, <sup>5</sup>Centre de recherche du Centre hospitalier Universitaire de Montréal, <sup>6</sup>Institut de Cardiologie de Montréal, <sup>7</sup>Université de Montréal



Centre de recherche de St. Mary  
Pavillon Hayes  
3830 Avenue Lacombe,  
Montréal, Québec, H3T 1M5, Canada

Le 25 février 2013

**PLUS LIÉS QU'IL N'Y PARAÎT :  
LES SOINS PRIMAIRES ET LE RECOURS AUX DÉPARTEMENTS D'URGENCE AU  
QUÉBEC**

**Date du Rapport:** Le 25 février 2013

**Auteure principale:** Jane McCusker, MD, DrPH  
Centre de recherche de St. Mary  
Pavillon Hayes local 3734  
3830 Lacombe Ave.  
Montréal, Québec, H3T 1M5  
Tel.: (514) 345-3511 ext 5060  
Fax: (514) 734-2652  
jane.mccusker@mcgill.ca

**Co-auteur(e)s:** Danièle Roberge, PhD  
Pierre Tousignant, MD MSc  
Jean-Frédéric Lévesque, MD PhD  
Alain Vadeboncoeur, MD  
Antonio Ciampi, PhD  
Roxane Borges Da Silva, PhD  
Eric Belzile, MSc  
Steven Sanche, MSc

**Remerciements:** Les auteurs remercient les contributions de Bruce Brown, Danielle Larouche, Jacques Morin, Raynald Pineault, Alyson Turner et Josée Verdon pour l'interprétation des études.

**Financement:** Les études originales ont été financées par une subvention du programme de Recherches sur l'urgence et le continuum des soins du Fonds de la recherche du Québec - Santé (FRQS), en partenariat avec le ministère de la santé et des services sociaux du Québec. La préparation du rapport a été subventionnée par le Réseau de recherche en santé des populations du Québec .

## TABLE DE MATIÈRES

MESSAGES CLÉS.....	3
RÉSUMÉ EXÉCUTIF.....	4
RAPPORT INTÉGRAL.....	8
INTRODUCTION.....	8
CONTEXTE.....	8
LES QUESTIONS.....	9
LES BASES DE DONNÉES.....	9
LES CONSTATS.....	10
CONCLUSIONS.....	18
RÉFÉRENCES.....	20

## MESSAGES CLÉS

- La planification des ressources destinées aux départements d'urgence doit tenir compte des différences entre patients des milieux urbains et patients des milieux ruraux. Les patients des milieux ruraux sont plus jeunes et ont une meilleure santé que les patients des milieux urbains, ils sont moins susceptibles d'être hospitalisés et ont plus tendance à se rendre à l'urgence pour obtenir des soins primaires.
- Au Québec, on peut regrouper les départements d'urgence en trois types, selon leurs liens avec les fournisseurs de soins communautaires, la présence de différents professionnels de santé, et la disponibilité des services offerts pour traiter les personnes âgées. La répartition de ces types est le reflet des différences entre les régions rurales et urbaines et il existe une concordance raisonnable entre les types de départements d'urgence et les besoins des personnes âgées qu'ils servent. Toutefois, pour les trois types, il pourrait y avoir un meilleur équilibre entre la disponibilité des soins spécialisés offerts aux personnes âgées à l'urgence et l'accès aux soins et services offerts dans la communauté.
- Ce sont dans les régions urbaines en particulier que les liens entre les départements d'urgence et les ressources dans la communauté sont moins développés. Des programmes de gestion des maladies chroniques dans la communauté permettraient de réduire le nombre de visites à l'urgence dans les régions métropolitaines, où les patients sont plus vieux et les maladies chroniques plus fréquentes.
- L'absence de médecin de famille est un bon prédicteur du recours à l'urgence, en particulier chez les personnes âgées. Toutefois, cette conclusion ne s'applique pas aux milieux ruraux, où les départements d'urgence sont aussi un lieu habituel de soins primaires et pas seulement un endroit où aller lorsqu'on n'a pas de médecin de famille.
- Dans les grandes villes et autres régions urbaines, les personnes âgées qui voient un spécialiste plutôt qu'un médecin de famille — ce qui se produit lorsqu'il y a une faible accessibilité aux de médecins de famille — se rendent à l'urgence plus fréquemment que celles qui ont un médecin de famille.
- L'importance des médecins de famille dans la réduction du nombre de visites à l'urgence est confirmée par la forte association entre le bilan de santé annuel et le recours aux départements d'urgence. Les gens qui reçoivent un bilan de santé chaque année sont moins susceptibles de se rendre à l'urgence que ceux qui n'en ont pas.
- Le lien clair entre les soins primaires et les visites aux départements d'urgence indique que des investissements destinés à améliorer les soins primaires, surtout pour les personnes âgées et les populations vulnérables, aideront à limiter le recours aux départements d'urgence.

## RÉSUMÉ EXÉCUTIF

Nous avons tous vécu la pénible et angoissante expérience d'une attente interminable dans une salle d'urgence. Le débordement et les longs délais sont le lot de tous les départements d'urgence au Canada, et le Québec ne fait pas exception à cette règle. Quelle est la cause de ce problème? L'insuffisance du personnel? Les gens sont-ils plus malades qu'avant? N'y a-t-il pas d'autre endroit où aller lorsque nous nous foulons la cheville ou que nous avons une toux tenace?

Des études indiquent que les visites à l'urgence, en particulier pour les soins non urgents, sont dues à l'accès limité aux soins primaires. Certains aspects des soins primaires — manque de disponibilité des médecins de famille, besoins en santé non comblés, manque de continuité des soins — font grimper le recours aux départements d'urgence. Même certains patients qui arrivent à l'urgence gravement malades, comme ceux qui souffrent d'une maladie chronique sous-jacente, pourraient éviter une visite à l'urgence s'ils recevaient de meilleurs soins primaires. La diminution du recours inapproprié aux départements d'urgence réglerait en partie le problème de débordement, ferait diminuer les coûts et améliorerait la satisfaction des patients.

Il y a de bonnes raisons de soupçonner l'existence d'un lien étroit entre les visites à l'urgence et les soins primaires au Québec. Le nombre de personnes au Québec qui ont un médecin de famille est relativement faible comparativement aux autres provinces canadiennes et les études comparatives internationales montrent que les taux d'utilisation des départements d'urgence au Québec sont parmi les plus élevés. Bien entendu, les visites à l'urgence ne sont pas toutes de même nature et ne sont pas toutes inappropriées ou évitables. Le département d'urgence est un lieu qui peut être approprié pour les soins primaires, en particulier dans les régions rurales.

Pour gérer efficacement les départements d'urgence au Québec, il faut savoir de quelle façon ils sont utilisés à l'échelle de la province. Qui s'y rend et pour quelles raisons? Le présent rapport, qui fait la synthèse de quatre études, dresse un portrait de l'utilisation des départements d'urgence au Québec. L'objectif est de fournir aux décideurs des informations utiles pour la planification des ressources en fonction des contextes géographiques. Il montre aussi que les failles dans l'accès aux soins primaires contribuent, du moins en partie, aux taux élevés de visites aux urgences. Les conclusions du rapport indiquent que les départements d'urgence ne sont pas le seul lieu où il faut s'attaquer au problème de débordement. Au moins dans les milieux métropolitains et urbains, l'investissement dans l'amélioration des soins primaires devrait réduire la pression sur les départements d'urgence.

### **Une visite à l'urgence en ville est différente d'une visite à l'urgence en région rurale**

Les différences entre les patients des régions métropolitaines, urbaines et rurales montrent que les ressources et les services offerts dans chaque milieu devraient aussi être différents. Les personnes qui ont recours aux départements d'urgence dans les régions rurales du Québec sont plus jeunes et en meilleure santé que celles des régions métropolitaines et urbaines. Dans les régions rurales, une visite à l'urgence est moins susceptible de mener à l'hospitalisation, ce qui suggère que le département d'urgence est souvent utilisé pour des soins primaires non urgents. Cela ne signifie pas qu'on utilise l'urgence de manière inappropriée; il y a tout simplement un chevauchement entre la communauté et l'hôpital comme lieu de soins primaires. En général, les résidents des milieux ruraux se rendent moins souvent chez le médecin que d'autres résidents, mais une proportion plus élevée de ces visites ont lieu à l'urgence.

## Un regard sur les départements d'urgence et les personnes âgées

Dans l'étude des moyens à prendre pour faire face au problème de débordement dans les départements d'urgence, il faut accorder une attention particulière aux personnes âgées — surtout dans les grandes villes, où les gens qui utilisent le plus les départements d'urgence sont les plus vieux. Les personnes âgées ont besoin de plus de ressources par visite, séjournent plus longtemps dans les départements d'urgence, sont plus susceptibles de devoir être hospitalisées et ont tendance à avoir de moins bons résultats.

Les programmes d'évaluation et de gestion gériatriques qui sont offerts dans la communauté peuvent réduire le nombre de visites à l'urgence des personnes âgées. Les interventions auprès des personnes âgées à l'urgence liées à des services adéquats dans la communauté pourraient aussi réduire les taux de déclin fonctionnel et autres résultats négatifs. Par conséquent, il est important de savoir dans quelle mesure les départements d'urgence sont prêts à répondre aux besoins des personnes âgées, notamment de par leurs liens avec les services offerts dans la communauté, ou d'une gestion attentive des soins aux personnes âgées. Ces services pourraient maintenir les personnes âgées en meilleure santé et ces dernières seraient moins susceptibles d'avoir besoin de recourir au département d'urgence.

Au Québec, les départements d'urgence peuvent être divisés en trois types, selon le nombre de professionnels et de services spécialisés disponibles pour traiter les personnes âgées et leurs liens avec les services offerts dans la communauté. Des recherches précédentes démontrent que les services gériatriques à l'urgence peuvent être organisés en fonction de trois facteurs : le personnel disponible; les processus de détection des personnes âgées à risque, l'évaluation de leurs besoins et la planification des congés et l'accessibilité aux ressources communautaires et le lien entre le département d'urgence et ces ressources. Les trois types trouvés au Québec sont décrits ci-dessous :

- Type 1 : Les grands départements d'urgence dotés d'un nombre élevé de professionnels et de services spécialisés pour les personnes âgées. Ces départements d'urgence sont surtout situés dans les régions métropolitaines et ont tendance à avoir de faibles liens avec les médecins communautaires.
- Type 2 : Ces urgences comptent un certain nombre de professionnels et de services destinés aux personnes âgées et ont de faibles liens avec les services offerts dans la communauté. On les trouve dans les régions tant métropolitaines qu'urbaines.
- Type 3 : Ce sont les plus petits départements d'urgence, et ceux qui offrent le moins de soins spécialisés pour les personnes âgées. Ils ont tendance à avoir les liens les plus étroits avec les services et les médecins communautaires et on les trouve habituellement dans les régions rurales.

Comme nous pouvons le constater, les types de départements d'urgence diffèrent non seulement selon leur manière de fonctionner, mais aussi selon leur lieu. Dans les régions rurales, environ 80 % des départements d'urgence peuvent être classés comme type 3, tandis que dans les régions métropolitaines, 80 % des services sont de type 1 ou 2. Compte tenu de la description des usagers des départements d'urgence ci-dessus, il n'y a là rien d'étonnant. Les patients des grandes villes sont plus vieux et plus malades, et il devrait donc y avoir une proportion plus élevée de services offrant des services spécialisés aux personnes âgées.

D'autres données appuient cette correspondance entre les types de départements d'urgence et leur emplacement. Comparativement aux personnes âgées qui se rendent aux services de type 2 et de type 3, celles qui se rendent aux services de type 1 sont plus malades et plus susceptibles d'être hospitalisés, admises à un établissement de soins de longue durée ou de décéder suite à la visite. Les personnes âgées qui vont aux départements d'urgence de type 3 s'y rendent plus souvent, mais ont tendance à être en meilleure santé, ce qui renforce la conclusion voulant que les départements d'urgence en milieu rural jouent un rôle important dans les soins primaires.

Un constat clair émerge de la répartition de ces types : ce sont les régions métropolitaines qui profiteraient le plus de liens étroits avec les services offerts dans la communauté et pourtant, c'est là qu'ils sont le plus faibles. Des programmes de gestion des maladies chroniques offerts dans la communauté réduiraient le nombre de visites à l'urgence dans les régions métropolitaines, où les patients sont plus vieux et où les maladies chroniques sont les plus fréquentes. Pour minimiser le débordement des départements d'urgence métropolitains, ceux-ci devraient aussi trouver des façons de donner plus rapidement congé aux patients en augmentant l'accès aux lits d'hôpitaux ou en créant des unités d'observation pour les patients âgés.

### **L'insuffisance des soins primaires accroît la pression sur les départements d'urgence**

Dans quelle mesure les gens se rendent-ils aux départements d'urgence parce qu'ils n'ont pas accès aux soins primaires dans la communauté? Ce facteur est difficile à mesurer dans les régions rurales, où le département d'urgence est un lieu souvent fréquenté pour les soins primaires. Mais ailleurs, c'est une autre histoire.

Dans les régions métropolitaines et urbaines, deux indicateurs d'insuffisance des soins primaires – l'absence d'accès à un médecin de famille et le sentiment que les besoins en santé ne sont pas comblés – rendent plus probable la visite d'une personne à l'urgence pour se faire soigner. Chez les personnes âgées, l'absence d'un médecin de famille attiré est un prédicteur encore plus fort de visites aux urgences, ce qui n'est pas étonnant compte tenu de leurs besoins complexes de santé. Les personnes âgées peuvent recevoir régulièrement des soins de spécialistes plutôt que de médecins de famille — une conséquence du faible accès aux médecins de famille dans certaines régions. Il est important de souligner que les personnes âgées recevant des soins d'un spécialiste sont plus susceptibles de se rendre à l'urgence que celles qui reçoivent les soins d'un médecin de famille. Les spécialistes peuvent avoir de la difficulté à coordonner différents problèmes médicaux; leur compétence est peut-être moins grande à gérer des problèmes médicaux en dehors de leur champ de spécialisation.

Nous avons constaté que les gens qui reçoivent un bilan de santé annuel se rendent moins souvent à l'urgence. Ce constat renforce le lien entre les soins primaires et le recours aux départements d'urgence. Des soins complets et réguliers atténuent probablement les inquiétudes des patients et assurent des services plus préventifs, ce qui garde les gens en meilleure santé et heureux de ne pas devoir se rendre à l'hôpital.

Ces conclusions indiquent que nous pourrions réduire une partie de la pression sur les départements d'urgence en donnant accès à un médecin de famille à un plus grand nombre de gens. Ce ne serait pas facile, mais il y a tout lieu de croire que des améliorations sont possibles : même si un nombre relativement faible de résidents du Québec ont un médecin de famille, c'est dans cette province que l'on retrouve l'un des ratios médecins-patients les plus élevés au Canada. Les patients qui se

présentent dans les départements d'urgence du Québec et qui n'ont pas de médecin de famille régulier, devraient être référés, au moment de leur congé, aux guichets d'accès pour les clientèles orphelines (GACO).

La continuité des soins semble aussi être un facteur important dans la réduction des visites à l'urgence. Chez les personnes très malades — celles qui voient un médecin plus d'une fois par mois — une bonne continuité des soins est associée à un nombre de visites beaucoup moins élevé à l'urgence. Cette conclusion est moins évidente chez les personnes plus en santé. Fait intéressant, chez les personnes modérément malades (atteintes d'une seule maladie chronique pouvant nécessiter des soins urgents et parfois d'une autre affection), la continuité des soins auprès d'un médecin spécialiste prédit moins de visites à l'urgence. On ne constate pas le même effet chez les personnes en bonne santé ou chez celles qui sont très malades. Les personnes en bonne santé sont moins en situation de bénéficier des habiletés du médecin traitant à gérer plusieurs problèmes médicaux différents. Quant aux personnes très malades, il est possible que les spécialistes aient plus de difficulté parce que leur compétence est peut-être moins grande à gérer des problèmes médicaux en dehors de leur champ de spécialisation.

Il n'y a pas de solution unique au débordement dans les départements d'urgence au Québec. Mais la présente recherche montre que des améliorations spécifiques apportées aux soins primaires constituent une avenue prometteuse. Un accès accru aux médecins de famille; l'augmentation du nombre de personnes qui reçoivent un bilan de santé complet annuel; la promotion d'une plus grande continuité des soins, en particulier pour les populations plus vieilles et plus vulnérables : toutes ces mesures devraient faire partie d'une stratégie globale pour réduire les visites à l'urgence dans la population. Enfin, nous ne devons pas oublier que le problème de débordement dans les départements d'urgence ne dépend pas uniquement des déficits du système de soins primaires; il peut aussi émaner de différents niveaux de soins et de leur coordination, incluant le niveau hospitalier.



## RAPPORT INTÉGRAL

### INTRODUCTION

Les urgences bondées sont un problème de longue date au Québec,<sup>1</sup> comme ailleurs au Canada et dans de nombreux autres pays. Bien que l'on puisse citer de nombreuses causes, le lien entre les soins primaires offerts dans la communauté et le recours aux départements d'urgence en est une composante critique. Le but premier d'un département d'urgence a toujours été de fournir des soins urgents, mais de plus en plus il est utilisé comme une source de soins primaires pour des problèmes qui pourraient être traités dans la communauté. De nombreux facteurs contribuent à cette tendance, incluant l'évolution de la population – qui vieillit et qui est affligée de problèmes médicaux plus complexes – et les difficultés qu'ont eues les services de soins primaires à s'adapter à ces changements démographiques.

Le lien entre les soins primaires et le recours aux départements d'urgence au Québec mérite qu'on s'y attarde. Malgré le ratio relativement élevé de médecins de famille par rapport aux patients dans la province, les résidents du Québec sont moins susceptibles que d'autres Canadiens d'avoir un médecin de famille régulier et ils ont plus souvent recours à des spécialistes.<sup>2,3</sup> C'est aussi au Québec que l'on trouve les taux les plus élevés de visites aux départements d'urgence dans les études comparatives internationales.<sup>1,4,5</sup> Pour aider les décideurs à élaborer des politiques qui corrigeront le problème de débordement des urgences, le présent rapport résume quatre études populationnelles qui examinent le lien entre les soins primaires et le recours aux départements d'urgence au Québec.

### CONTEXTE

L'absence d'une source régulière de soins primaires dans la communauté est considérée comme l'un des facteurs qui contribuent aux taux accrus de visites aux départements d'urgence, en particulier pour des soins non urgents.<sup>4,5</sup> D'autres caractéristiques de l'insuffisance des soins primaires (p. ex., l'absence d'accès à un médecin régulier, la mauvaise continuité des soins, le manque d'accès rapide à des soins) ont été associées à une probabilité accrue d'une visite à l'urgence.<sup>4,6-11</sup> Au Québec, la restructuration des soins primaires a, entre autres, encouragé les médecins de famille à travailler au sein de groupes multidisciplinaires. Cette restructuration est ralentie par une pénurie relative de médecins de famille, en particulier dans les régions métropolitaines, où les spécialistes sont plus susceptibles de fonctionner à titre de médecin traitant.<sup>12</sup>

Ces problèmes sont exacerbés par une population plus vieille et souffrant de plus de troubles médicaux chroniques. Les personnes âgées (définies ici comme celles qui ont 65 ans et plus) exigent plus de ressources lors d'une visite à l'urgence, sont plus susceptibles d'être hospitalisées, restent plus longtemps à l'urgence et ont de moins bons résultats que les adultes plus jeunes.<sup>13,14</sup> Les interventions en soins gériatriques dans les départements d'urgence (p. ex., le dépistage et l'évaluation des risques élevés) peuvent réduire les taux de déclin fonctionnel et autres résultats défavorables lorsqu'elles sont liées à des services adéquats offerts dans la communauté (p. ex., le dépistage et l'évaluation des risques élevés).<sup>15</sup> Ces interventions exigent un personnel correctement formé ainsi que des protocoles de soins et des outils adéquats. Aucune étude n'a analysé dans quelle mesure les départements d'urgence au Québec offrent des services appropriés aux personnes âgées. Les programmes d'évaluation et de gestion gériatriques offerts dans la communauté peuvent aussi réduire le nombre de visites effectuées par les personnes âgées aux urgences.<sup>8</sup>

Les personnes atteintes de troubles médicaux chroniques (dont la plupart sont âgées de 65 et plus) sont d'importants contributeurs à l'utilisation et du coût des services de santé.<sup>16</sup> Une meilleure gestion de ces troubles dans la communauté peut améliorer le processus de soins et les résultats cliniques<sup>17-19</sup> en plus de réduire les complications qui pourraient mener à une visite à l'urgence ou à une hospitalisation.<sup>20,21</sup> Les taux d'hospitalisation pour certaines maladies chroniques sont utilisés dans de nombreuses provinces comme indicateurs de l'accès aux soins primaires.<sup>20</sup>

Nous avons abordé ces questions dans quatre études populationnelles. Une méthode basée sur l'ensemble de la population est importante pour les décideurs, car elle évite le potentiel de distorsion des études limitées à certains départements d'urgence ou à certaines régions. En particulier, nous étions conscients des différences potentiellement importantes dans l'organisation des soins primaires et des départements d'urgence dans les régions rurales et urbaines qui pourraient influencer l'utilisation des départements d'urgence et son lien avec les soins primaires offerts dans la communauté.<sup>3,6,11</sup>

## LES QUESTIONS

Cette étude basée sur le recours aux départements d'urgence chez les adultes du Québec visait à fournir des réponses aux questions suivantes:

1. Les taux de visites à l'urgence diffèrent-ils entre régions urbaines et régions rurales?
2. Les caractéristiques des usagers des départements d'urgence diffèrent-elles entre régions urbaines et régions rurales?
3. Les services offerts par les départements d'urgence aux adultes plus vieux diffèrent-ils entre régions urbaines et régions rurales?
4. Le fait d'avoir un médecin de famille a-t-il un lien avec l'utilisation de l'urgence?
5. La continuité des soins avec un médecin de famille a-t-elle un lien avec l'utilisation de l'urgence?
6. L'affiliation et la continuité des soins avec un médecin traitant spécialiste ont-elles un lien avec l'utilisation de l'urgence?
7. Le bilan de santé annuel complet est-il lié à l'utilisation de l'urgence?

## LES BASES DE DONNÉES

Nous avons utilisé les six bases de données suivantes :

- Deux cycles de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes,<sup>22</sup> menés en 2003 et 2005 (n=33,491)
- Une enquête sur les départements d'urgence pour les personnes âgées menée en 2006. En tout, 68 départements d'urgence ont participé sans réserve à l'enquête; des informateurs clés (médecins chefs et infirmières chefs) ont répondu aux questionnaires de l'enquête sur le personnel et les services à l'urgence pour les personnes âgées.<sup>23</sup>
- Trois bases de données administratives couvrant une période de trois ans à compter du 1<sup>er</sup> avril 2003. Les bases de données administratives comprenaient les dossiers des patients, de la facturation des médecins et des congés de l'hôpital.<sup>24</sup> Nous avons choisi un échantillonnage de 579 669 adultes inscrits au programme d'assurance publique provincial pendant cette période tirés du dossier administratif des patients. Des indicateurs ont été créés pour une période commençant le 1<sup>er</sup> avril 2003 et se terminant le 31 mars 2004.

Nous avons aussi créé une cohorte de résidents du Québec pour les questions 4 à 7. Une étude de cohorte est supérieure, d'un point de vue méthodologique, à l'habituelle étude transversale parce qu'elle permet d'examiner la séquence causale entre les caractéristiques des soins primaires et les visites à l'urgence.<sup>25</sup> À l'aide des bases de données administratives provinciales, nous avons créé une cohorte de 311 701 adultes de 18 ans et plus. Nous avons restreint l'étude aux résidents des régions métropolitaines et d'autres régions urbaines du Québec, parce que l'utilisation de l'urgence dans les régions rurales n'est pas le reflet de différences dans les soins primaires.<sup>6,26</sup> Avec cette cohorte, nous avons étudié les liens entre les caractéristiques des soins primaires (mesurées au cours d'une période de base de deux ans) et les visites aux départements d'urgence (pendant une période de suivi d'un an).

Voici quelques-unes des mesures clés extraites de ces bases de données :

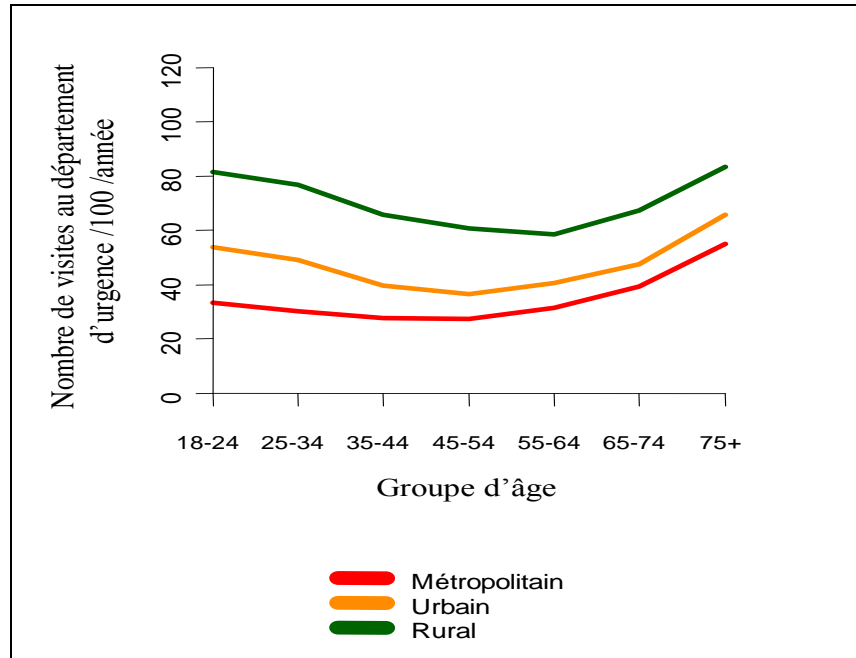
- La région de résidence a été déterminée à partir des codes postaux, qui ont été convertis en trois types de régions : métropolitaines, autres urbaines et rurales.<sup>27</sup>
- Complexité des problèmes médicaux : Cette mesure évalue le nombre et la sévérité des diagnostics médicaux effectués pour un individu.
- Médecin de famille ou spécialiste : Nous avons établi une distinction entre les visites médicales chez un médecin de famille ou un omnipraticien et celles faites chez un médecin spécialiste.
- Lieu de la visite chez le médecin de famille : Nous avons fait une distinction entre les visites chez le médecin de famille au département d'urgence et celles faites ailleurs (cabinets et cliniques).<sup>25</sup>
- Affiliation à un médecin de famille : Nous avons vérifié si un individu avait une affiliation avec un médecin de famille.
- Médecin traitant spécialiste : Chez les individus sans affiliation avec un médecin de famille, le médecin traitant spécialiste était le professionnel médical que le patient visitait le plus fréquemment.
- Continuité des soins : Chez les individus avec un médecin de famille ou un médecin traitant spécialiste, nous avons examiné la proportion de toutes les visites chez ce médecin traitant : faible (moins de 40 %); moyenne (40-79 %); et élevée (80 % ou plus).
- Bilan de santé annuel complet : Chez les individus ayant un médecin de famille, nous avons vérifié s'ils avaient reçu un bilan de santé ou un examen annuel complet au cours des deux années.

## LES CONSTATS

### 1. Les taux de visites à l'urgence diffèrent-ils entre régions urbaines et régions rurales?

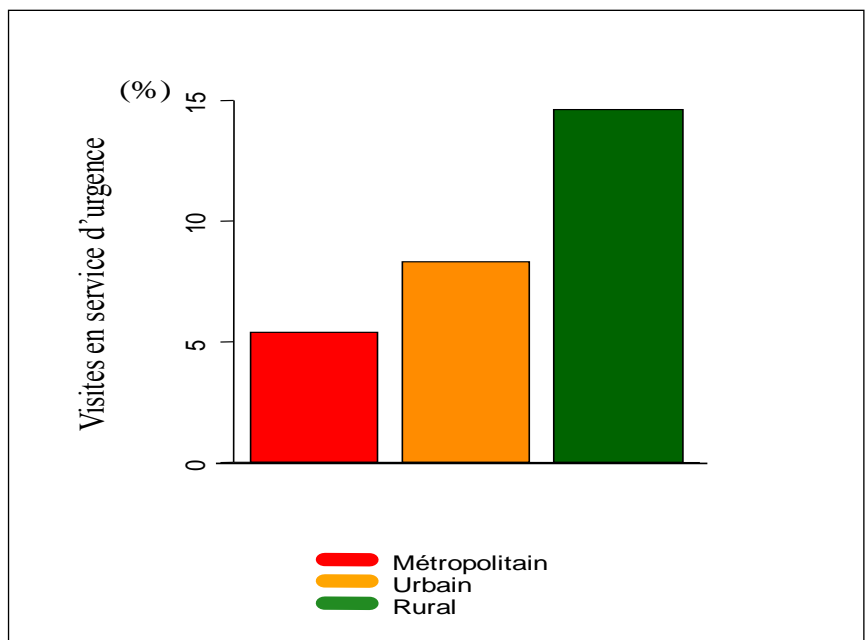
Il y avait un fort gradient entre la région de résidence et le recours au département d'urgence. C'est dans les régions rurales que le nombre par année de visites à l'urgence était le plus élevé et dans les régions métropolitaines qu'il était le plus bas (figure 1). Même si les taux de visite à l'urgence diffèrent selon l'âge, les taux les plus élevés étant chez les jeunes adultes et les personnes âgées, les différences entre régions urbaines et rurales se retrouvaient dans tous les groupes d'âge. Même chez les gens ayant des problèmes médicaux de complexité similaire, les taux de visites aux départements d'urgence étaient les plus élevés dans les populations rurales et les moins élevés dans les populations métropolitaines.

**Figure 1: Nombre de visites aux départements d'urgence par groupe d'âge et lieu de résidence, par 100 individus. (Québec, avril 2003 à mars 2004)**



Une autre façon d'examiner les différences régionales dans les visites à l'urgence est d'utiliser le pourcentage du total des visites chez le médecin de famille qui ont lieu au département d'urgence. Les résidents ruraux étaient presque trois fois plus susceptibles que les résidents métropolitains de voir un médecin de famille au département d'urgence plutôt que dans un autre lieu, comme une clinique ou le cabinet du médecin (14,4 % contre 5,3 %; voir la figure 2).

**Figure 2 : Pourcentage des visites chez le médecin de famille qui ont eu lieu dans un département d'urgence. (Québec, avril 2003 à mars 2004)**



## 2. Les caractéristiques des usagers des départements d'urgence diffèrent-elles entre régions urbaines et régions rurales?

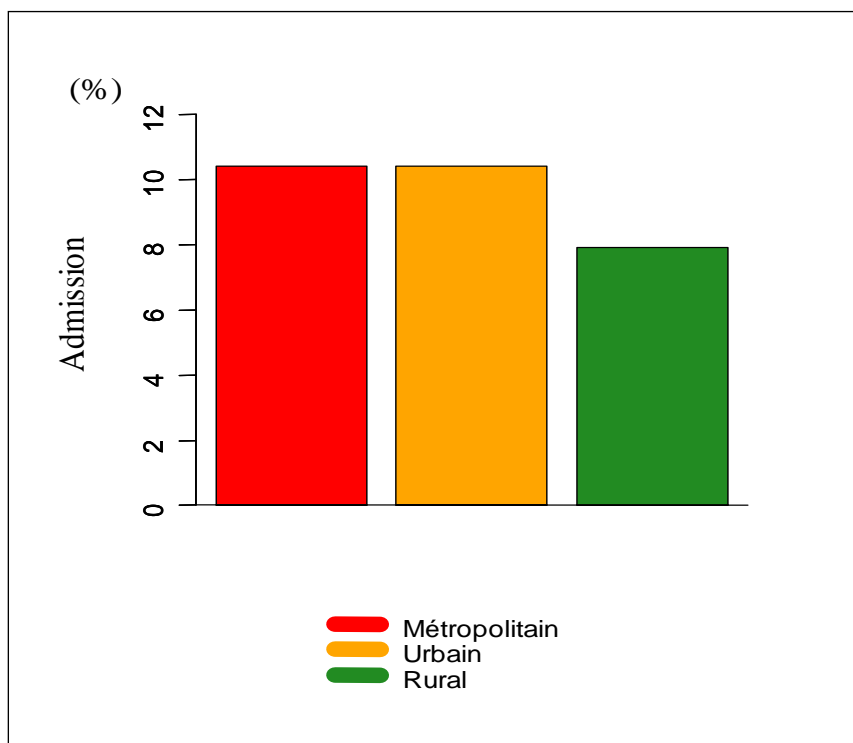
L'âge et la complexité des problèmes médicaux chez les usagers des départements d'urgence variaient considérablement selon la région de résidence. Une proportion plus élevée des usagers des régions métropolitaines étaient des personnes âgées (21,4 % étant âgés de 65 ans ou plus) comparativement à ceux des régions rurales (19,3 %). Les usagers des départements d'urgence des régions métropolitaines avaient aussi tendance à avoir des problèmes médicaux plus complexes: 11,8 % faisaient partie de la catégorie des problèmes médicaux de complexité la plus élevée, un pourcentage qui chutait à 8,8 % dans les régions rurales.

Ces différences d'âges et de complexité des problèmes médicaux se traduisent par des taux d'hospitalisation plus élevés pendant une visite au département d'urgence dans les régions métropolitaines et urbaines, comparativement aux régions rurales (10,4 % contre 7,9 %; voir la figure 3).

## 3. Les services offerts par les départements d'urgence aux adultes plus vieux diffèrent-ils entre régions urbaines et régions rurales?

Pour nous aider à répondre à cette question, nous avons appliqué un cadre de classification des départements d'urgence que nous avons élaboré pour une étude précédente. Ce cadre tient compte de trois aspects de l'organisation des départements d'urgence gériatriques : 1) le personnel disponible dans le département d'urgence et l'hôpital pour traiter les personnes âgées; 2) la présence de processus de soins structurés pour détecter les personnes âgées à risque, évaluer les besoins des personnes âgées et planifier les congés; et 3) l'accessibilité des ressources dans la communauté et le lien entre le département d'urgence et ces ressources.<sup>28, 29</sup>

**Figure 3: Pourcentage des visites à l'urgence qui ont donné lieu à une admission à l'hôpital. (Québec, avril 2003 à mars 2004)**

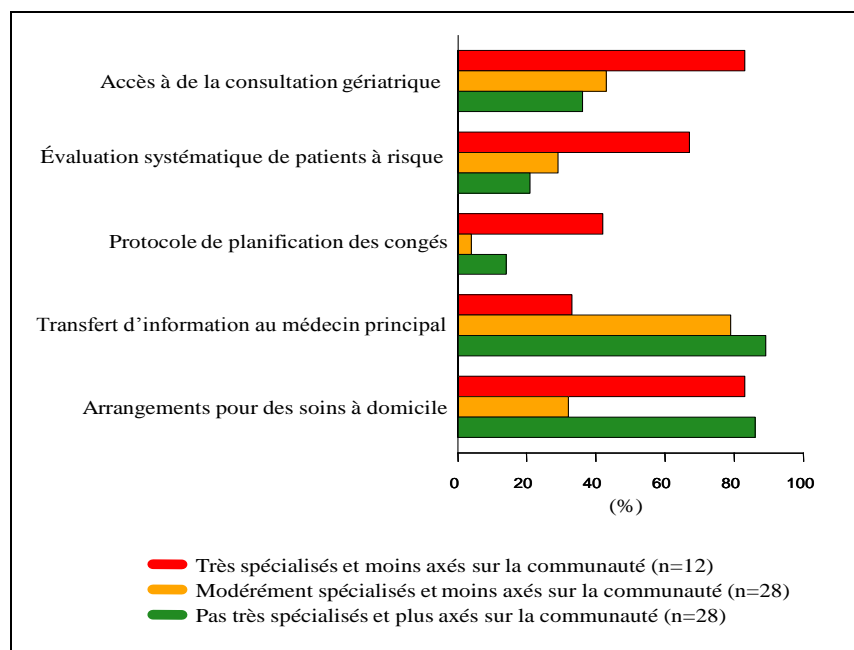


Notre classification détermine trois types de départements d'urgence :

- Type 1 – Très spécialisés et moins axés sur la communauté : ce sont les départements d'urgence les plus grands et les plus spécialisés en matière de personnel interne et de processus de soins pour les personnes âgées, mais leurs liens avec les médecins de la communauté sont faibles.
- Type 2 – Modérément spécialisés et moins axés sur la communauté : ces services sont caractérisés par des niveaux modérés de spécialisation mais ont de faibles liens avec les services offerts dans la communauté.
- Type 3 – Pas très spécialisés et plus axés sur la communauté : ce sont les services les plus petits et les moins spécialisés en matière de personnel interne et de processus de soins gériatriques, mais ce sont ceux qui ont les liens les plus solides tant avec les médecins qu'avec les services offerts dans la communauté<sup>30</sup>.

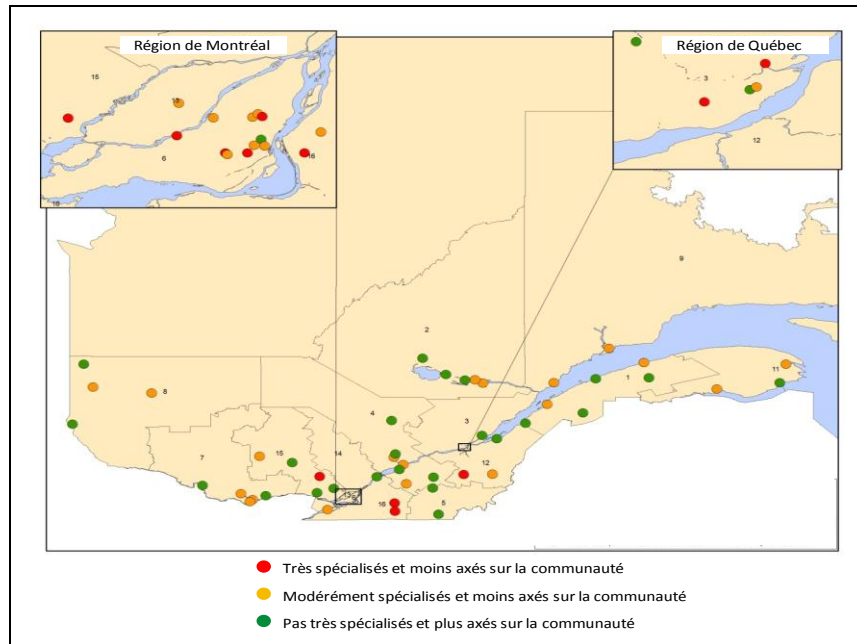
La figure 4 montre des exemples de services et de processus de soins spécifiques dans ces trois types de départements d'urgence.

**Figure 4 : Pourcentage des départements d'urgence répondant à certaines caractéristiques choisies, par type de départements d'urgence.**  
(Québec, mars 2006 à septembre 2007, n=68 départements d'urgence)

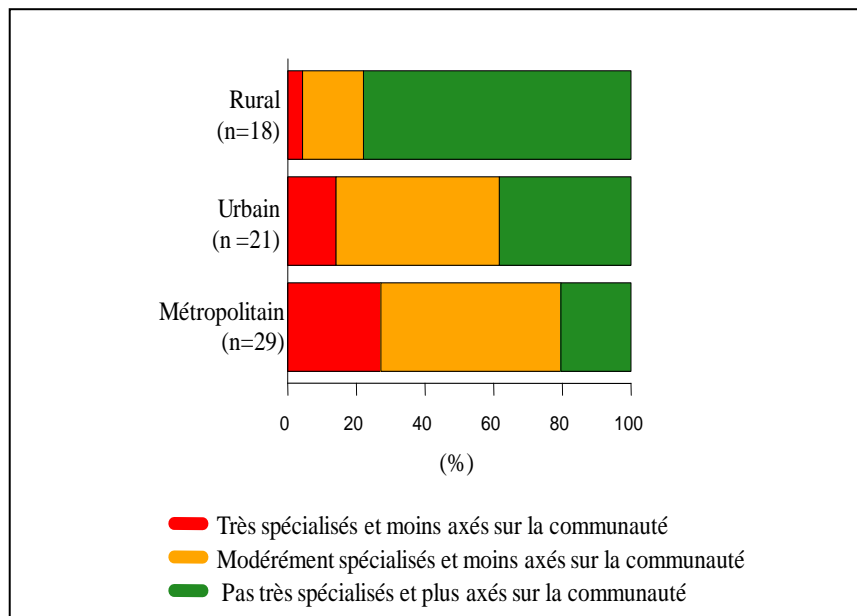


Les figures 5 et 6 montrent la répartition géographique de ces types de départements d'urgence au Québec. Notamment, autour de 80 % des départements d'urgence métropolitains sont de types 1 et 2 (services plus spécialisés pour les personnes âgées mais ayant peu de liens avec la communauté) tandis qu'autour de 80 % des départements d'urgence ruraux sont de type 3, offrant moins de services spécialisés mais ayant de meilleurs liens avec la communauté.

**Figure 5 : Répartition des types de départements d'urgence selon les services offerts aux personnes âgées.**



**Figure 6 : Pourcentage de types de départements d'urgence selon la région (métropolitaine; urbaine; rurale.) (Québec, mars 2006 à décembre 2007, n=68 départements d'urgence)**



Conformément à notre observation précédente à l'effet que les personnes qui se rendent au département d'urgence dans les régions métropolitaines ou d'autres régions urbaines tendent à être plus vieilles et plus malades que celles des régions rurales, nous avons constaté que les personnes âgées qui se rendaient aux départements d'urgence de type 1 étaient plus vulnérables et leurs

résultats moins bons (décès, hospitalisation et admission aux établissements de soins de longue durée) que celles qui se rendaient aux services de type 3 (voir la figure 7).<sup>31</sup> Ces personnes âgées plus à risque sont susceptibles d'avoir besoin de services gériatriques plus spécialisés au département d'urgence et après leur congé dans la communauté. C'est pour cette raison que les faibles liens avec les services offerts dans la communauté des départements d'urgence de type 1 sont problématiques.

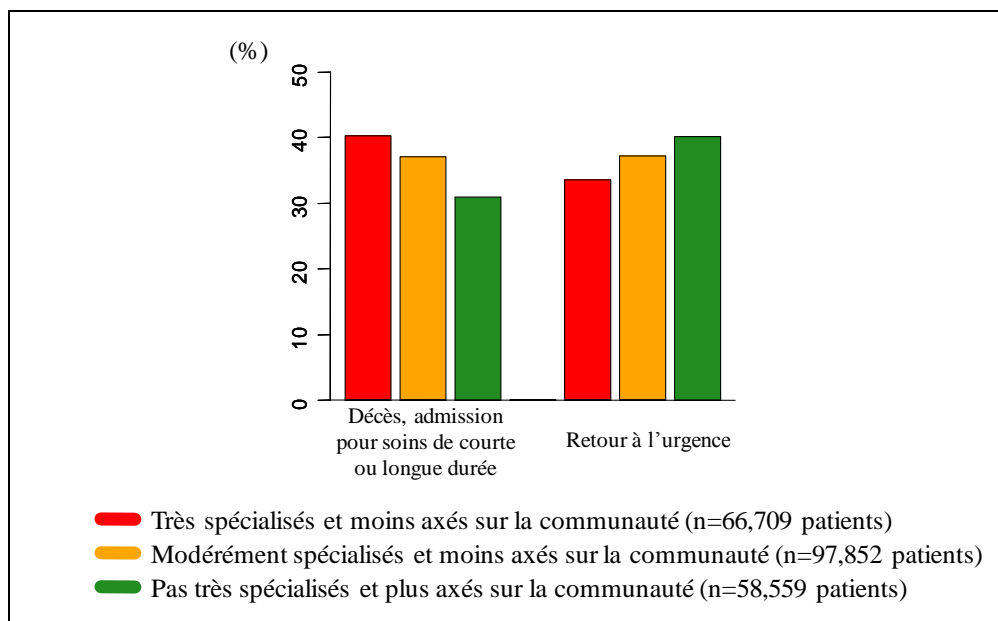
Les personnes âgées ayant des besoins moins complexes étaient plus souvent traitées aux départements d'urgence de type 3, plus axés sur la communauté. Les taux plus élevés de visites subséquentes à ces départements d'urgence sont cohérents avec leur rôle plus important dans la prestation de soins primaires. En effet, bon nombre de ces départements d'urgence sont situés dans des régions rurales, où les médecins de famille sont plus susceptibles de pratiquer à plus d'un endroit, incluant le département d'urgence.<sup>32</sup>

#### 4. Le fait d'avoir un médecin de famille a-t-il un lien avec l'utilisation de l'urgence?

En examinant les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, nous avons constaté que les patients qui mentionnent avoir un médecin de famille régulier sont moins susceptibles d'avoir eu leur dernier contact avec un médecin à un département d'urgence que ceux qui n'ont pas de médecin de famille régulier (2,5 % comparativement à 14,3 %).<sup>26</sup>

Nous avons aussi examiné cette question dans la cohorte urbaine. La figure 8 montre les quatre catégories du statut d'affiliation : affilié à un médecin de famille (67,1 %); affilié à un spécialiste (8,2 %); pas de médecin traitant (4,4 %); et utilisateur peu fréquent (moins de trois visites chez le médecin en deux ans, 20,2 %).

**Figure 7: Pourcentage des patients des départements d'urgence âgés de 65 ans ou plus qui décèdent, sont admis à l'hôpital ou à un établissement de soins de longue durée, et pourcentage des patients qui se rendent souvent à l'urgence au cours d'une période de six mois après leur congé du département d'urgence, par type de département d'urgence. (Québec, facturations à l'urgence août 2004 à septembre 2005, 68 départements d'urgence, n=223 120 patients)**





Le statut d'affiliation variait selon l'âge. Parmi les personnes de plus de 65 ans, 84,5 % étaient affiliées à un médecin de famille, tandis que seulement 63,9 % de celles de moins de 65 ans avaient un médecin de famille régulier. Seulement 6,3% des personnes de 65 ans et plus ont effectué moins de 3 visites auprès d'un médecin, à comparer à 22,8% des personnes âgées de moins de 65 ans.

L'affiliation à un médecin de famille prédisait un nombre moins élevé de visites à l'urgence chez tous les groupes d'âge, mais la force de ce lien était plus grande chez les adultes plus vieux. Chez les personnes de moins de 65 ans qui avaient un médecin de famille, les visites annuelles au département d'urgence/100 individus étaient de 37,8 contre 41,7 pour celles qui n'avaient pas de médecin de famille. Chez les personnes de 65 ans ou plus qui avaient un médecin de famille, les visites annuelles au département d'urgence/100 individus étaient de 57,0 contre 71,3 pour celles qui n'avaient pas de médecin de famille ou d'omnipraticien. Ces différences ne s'expliquaient pas par des facteurs sociodémographiques, ni par la complexité des problèmes médicaux.<sup>25</sup>

### **5. La continuité des soins avec un médecin de famille a-t-elle un lien avec l'utilisation de l'urgence ?**

Utilisant la même cohorte urbaine, nous avons examiné les liens entre la continuité des soins avec un médecin de famille et les visites à l'urgence.<sup>25</sup> La continuité est évaluée par la proportion de toutes les visites effectuées chez le médecin de famille : faible (moins de 40 %); moyenne (40-79 %); et élevée (80 % ou plus). Seules 15,8 % des personnes ayant un médecin de famille avaient une continuité élevée alors que 34,7 % avaient une faible continuité.

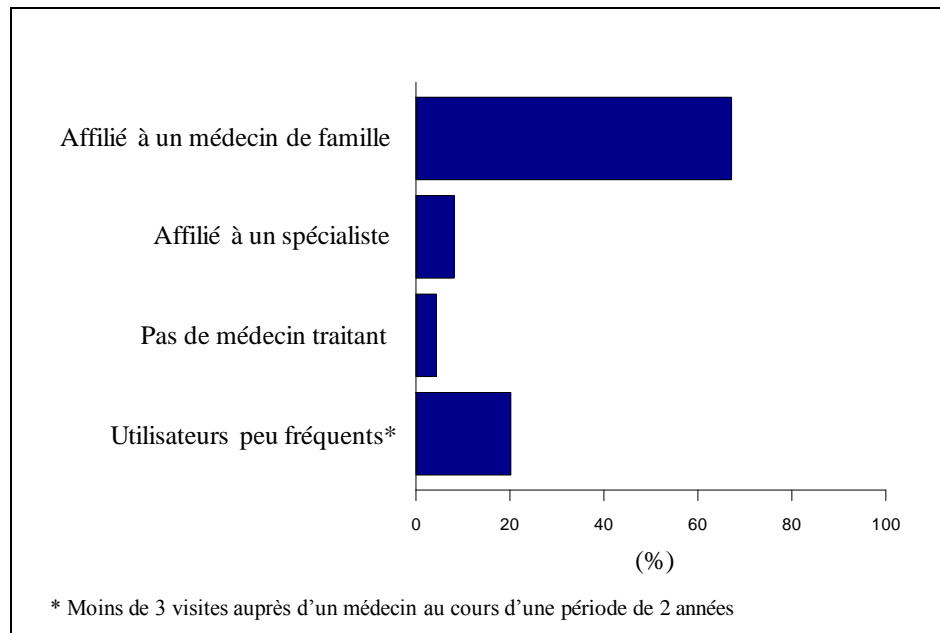
Pour les personnes qui consultaient un médecin moins d'une fois par mois, en moyenne, les niveaux de continuité avec le médecin de famille n'avaient aucun effet sur les visites à l'urgence. Toutefois, pour les patients qui consultaient plus souvent le médecin, une plus grande continuité avec le médecin de famille était un prédicteur d'un taux plus faible de visites à l'urgence : 76,5 contre 89,4 de visites à l'urgence par année par 100 individus, en comparant les personnes ayant une grande continuité à celles qui avaient une faible continuité.

Ces résultats indiquent que ceux qui se rendent plus souvent chez le médecin peuvent profiter d'une plus grande coordination de leurs soins par un médecin de famille<sup>33</sup>.

### **6. L'affiliation et la continuité des soins avec un médecin traitant spécialiste ont-elles un lien avec l'utilisation de l'urgence?**

Avec la même étude de cohorte longitudinale décrite ci-dessus, nous avons examiné les soins avec un spécialiste traitant et le recours au département d'urgence. Le pourcentage de la population ayant un médecin spécialiste traitant était de 8,2 % dans l'ensemble (Figure 8). L'association des visites à l'urgence avec une affiliation avec un médecin spécialiste traitant plutôt qu'avec un médecin de famille différait selon l'âge. Chez les personnes de moins de 65 ans, le recours au département d'urgence était semblable pour les deux groupes. Toutefois, pour les personnes âgées de 65 ans et plus, l'affiliation à un médecin spécialiste traitant plutôt qu'à un médecin de famille était associée à une plus grande utilisation des départements d'urgence (64,2 contre 57,0 visites à l'urgence par année par 100 individus, respectivement). Les personnes en bonne santé sont moins en situation de bénéficier des habiletés du médecin traitant à gérer plusieurs problèmes médicaux différents. Les spécialistes sont peut-être aussi moins susceptibles d'utiliser des soins préventifs, comme le vaccin contre la grippe.<sup>34</sup>

**Figure 8: Répartition des statuts d'affiliation à un médecin traitant dans la population urbaine adulte. (Québec, avril 2003 à mars 2005)**



Chez les personnes ayant un médecin spécialiste traitant, 15,2 % avaient une faible continuité de soins (moins de 40 % de toutes les consultations avec le médecin traitant), tandis que 20,7 % avaient une continuité de soins élevée (80 % ou plus de consultations chez le médecin traitant). Une plus grande continuité des soins avec un spécialiste était un prédicteur d'un faible recours au département d'urgence en général : il y avait 39,1 visites à l'urgence par année par 100 individus avec une continuité élevée et 45,8 visites pour les individus qui avaient moins de continuité dans leurs soins. Toutefois, l'effet bénéfique d'une plus grande continuité des soins se limitait aux personnes qui n'avaient qu'une seule maladie chronique et des niveaux d'hospitalisation moindres. Pour les individus plus en santé, la coordination est moins importante; pour ce qui est de la population plus malade, les spécialistes peuvent avoir de la difficulté à coordonner les soins parce qu'ils manquent de connaissances à l'extérieur de leur domaine de spécialisation.

### 7. Le bilan de santé annuel complet est-il lié à l'utilisation de l'urgence?

Enfin, nous avons examiné le rapport entre le bilan annuel complet effectué par un médecin de famille et le recours aux départements d'urgence.<sup>25</sup> Près de 41 % des personnes ayant un médecin de famille régulier avaient reçu au moins un examen annuel au cours des deux années de base. Les examens annuels étaient associée à un nombre plus faible de visites à l'urgence. Les individus qui avaient eu deux bilans avaient effectué 36,1 visites à l'urgence par année par 100 individus, tandis que ceux qui n'avaient pas eu de bilan de santé annuel avaient effectué 44,1 visites par année par 100 individus. Ces bénéfices se vérifiaient dans tous les groupes d'âge, avec ou sans maladie chronique.

Les bénéfices potentiels des bilans complets annuels sont peut-être dus à la possibilité de fournir des services préventifs et de calmer les inquiétudes des patients en matière de santé.<sup>35</sup>

## CONCLUSIONS

Le présent article résume les principales constatations d'une série de projets approfondis sur les facteurs associés au recours aux départements d'urgence au Québec. Les données sur le recours aux départements d'urgence par l'ensemble de la population au Québec sont limitées en partie par l'absence d'une base de données exhaustive sur les départements d'urgence reliée à d'autres bases de données provinciales. Pour contourner ce problème, nous avons utilisé des mesures du recours aux départements d'urgence et des soins primaires tirées tant des bases de données administratives provinciales que de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, complétées par les données d'une enquête des départements d'urgence du Québec sur l'organisation des services gériatriques.

### Différences entre régions urbaines et rurales

Le contexte d'une visite au département d'urgence est différent selon qu'on demeure en région urbaine ou en région rurale. Les résidents des régions rurales se rendent plus souvent à l'urgence que les résidents des régions urbaines et sont les plus susceptibles de consulter un médecin de famille au département d'urgence qu'ailleurs dans la communauté. Le plus grand nombre de visites à l'urgence dans les régions rurales n'est pas dû à un déficit des soins primaires comme dans les régions urbaines, mais résulte plutôt d'un différent mode d'organisation de la pratique des soins primaires, caractérisé par le fait que les médecins sont affiliés à plus d'un endroit et que l'intégration des services est meilleure. Ce mode d'organisation favorise le recours aux départements d'urgence, mais assure l'accès aux soins pour les besoins immédiats; il assure aussi la continuité des soins (p. ex., la possibilité de consulter le médecin de famille dans le cadre d'une visite à l'urgence).<sup>11, 32, 36</sup>

Parmi ceux qui se rendent à l'urgence, les résidents des régions rurales sont, comme on pouvait s'y attendre, plus jeunes et ont des problèmes médicaux de moindre complexité que ceux des régions urbaines. En comparaison avec les résidents des régions urbaines, une plus grande proportion des résidents des régions rurales sont susceptibles d'être hospitalisés après une visite à l'urgence, même après un ajustement en fonction de l'âge et de la complexité des problèmes médicaux. Ces résultats sont cohérents avec les différences urbaines-rurales dans le mode d'organisation, comme nous l'expliquions ci-dessus.

L'organisation des services offerts à l'urgence pour les personnes âgées diffère aussi, selon que l'on se trouve en région rurale ou en région urbaine. Les grands départements d'urgence, qui sont les plus spécialisés en matière de personnel et de processus de soins gériatriques, sont surtout situés dans les régions métropolitaines. Toutefois, ces départements d'urgence ont tendance à avoir de moins bons liens avec les médecins de la communauté, ce qui peut être un obstacle à un suivi communautaire efficace et mener à d'autres visites au département d'urgence. Les petits départements d'urgence, qui sont les moins spécialisés en matière de personnel et de processus de soins gériatriques, sont surtout situés dans les régions rurales et autres régions non métropolitaines, mais sont les mieux reliées aux médecins et à d'autres services offerts dans la communauté.<sup>30</sup> Tous les types de départements d'urgence pourraient améliorer l'équilibre entre les soins spécialisés pour les personnes âgées sur place et la transition vers les soins dans la communauté.

Étant donné que l'ensemble des services fournis par tous les types d'urgence avaient certaines lacunes, nous avons aussi consulté un comité international d'experts sur les soins d'urgence pour les personnes âgées afin de mettre au point un outil d'évaluation que les départements d'urgence

pourraient utiliser pour soutenir leurs efforts en matière d'évaluation de la qualité : « un outil pour mesurer une approche adaptée à la personne âgée ». <sup>37</sup> Le perfectionnement et l'évaluation de l'outil proposé sont en cours.

### **Soins primaires et recours aux départements d'urgence**

La présente étude est le prolongement d'une recherche précédente sur les avantages d'avoir un médecin de famille en montrant la plus grande importance d'une telle affiliation chez les personnes âgées que chez les adultes plus jeunes. <sup>6, 26, 38</sup> Nous avons aussi trouvé un effet bénéfique à une plus grande continuité de soins avec un médecin de famille chez les usagers plus fréquents des services d'un médecin, car ces personnes profitent d'une meilleure coordination de leurs soins. <sup>33</sup> Lorsqu'ils donnent leur congé à des patients vulnérables dans la communauté, les membres du personnel des départements d'urgence pourraient assurer l'accès à un médecin de famille; par exemple, ils pourraient diriger les patients vers des programmes qui offrent un accès prioritaire aux patients vulnérables. L'accroissement de la capacité des pratiques en groupes multidisciplinaires et des programmes de gestion des maladies chroniques, ainsi que l'incitation de ces programmes à inscrire des patients vulnérables pourraient aussi réduire la nécessité des visites à l'urgence.

Dans les régions métropolitaines et urbaines, la pénurie de médecins de famille a poussé certaines personnes à opter pour un spécialiste comme médecin traitant. Toutefois, parmi les personnes de 65 ans et plus, le recours aux départements d'urgence est plus important chez celles qui ont un médecin spécialiste traitant que chez celles qui ont un médecin de famille, ce qui indique peut-être la plus grande difficulté pour les spécialistes de coordonner des besoins en soins complexes.

Dans l'ensemble, la présente étude indique que l'amélioration de l'accès aux médecins de famille et la promotion d'une plus grande continuité des soins et des bilans de santé annuels complets avec ces médecins de famille, en particulier chez les populations plus vieilles et plus vulnérables, devraient faire partie d'une stratégie globale de réduction des visites à l'urgence dans la population. D'autres aspects des soins primaires qui pourraient réduire les visites à l'urgence ont été démontrés ailleurs. Par exemple, l'incapacité à voir le médecin de famille en dehors des heures normales de travail peut entraîner une visite à l'urgence. <sup>39</sup> Enfin, nous ne devons pas oublier que le problème de débordement dans les départements d'urgence n'est pas dû uniquement aux déficits du système de soins primaires; il peut également découler des différents niveaux de soins et de leur coordination, y compris au niveau hospitalier. <sup>1</sup>

**RÉFÉRENCES**

1. Roberge D, Pineault R, Larouche D, et al. The continuing saga of emergency room overcrowding: are we aiming at the right target? *Healthc Policy*. 2010;5: 27-39.
2. Dunlop S, Coyte PC, McIsaac W. Socio-economic status and the utilisation of physicians' services: results from the Canadian National Population Health Survey. *Soc Sci Med*. 2000;51: 123-133.
3. Sibley L, Weiner J. An evaluation of access to health care services along the rural-urban continuum in Canada. *BMC Health Serv Res*. 2011;11: 20.
4. McCusker J, Karp I, Cardin S, et al. Determinants of emergency department visits by older adults: a systematic review. *Acad Emerg Med*. 2003;10: 1362-1370.
5. Petersen LA, Burstin HR, O'Neil AC, et al. Nonurgent emergency department visits: the effect of having a regular doctor. *Med Care*. 1998;36: 1249-1255.
6. Ionescu-Ittu R, McCusker J, Ciampi A, et al. Continuity of primary care and emergency department utilization among elderly people. *CMAJ*. 2007;177: 1362-1368.
7. Levesque JF, Pineault R, Simard B, et al. L'expérience de soins de la population: Portrait des variations intra-régionales à Montréal et en Montérégie. Montréal, Québec: Direction de santé publique de Montréal, Institut national de santé publique du Québec, Centre de recherche de l'hôpital Charles-Lemoine, 2007.
8. McCusker J, Verdon J. Do geriatric interventions reduce emergency department visits? a systematic review. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2006;61: 53-62.
9. Gill JM, Mainous AG, III, Nserekro M. The effect of continuity of care on emergency department use. *Arch Fam Med*. 2000;9: 333-338.
10. Lowe RA, Localio RA, Schwarz DF, et al. Association between primary care practice characteristics and emergency department use in a medicaid managed care organization. *Med Care*. 2005;43: 792-800.
11. Haggerty JL, Roberge D, Pineault R, et al. Features of primary healthcare clinics associated with patients' utilization of emergency rooms: urban-rural differences. *Healthc Policy*. 2007;3: 72-85.
12. Hutchison B, Levesque J-F, Strumpf E, et al. Primary health care in Canada: systems in motion. *Milbank Q*. 2011;89: 256-288.
13. Salvi F, Morichi V, Grilli A, et al. The elderly in the emergency department: a critical review of problems and solutions. *Intern Emerg Med*. 2007;2: 292-301.
14. Aminzadeh F, Dalziel WB. Older adults in the emergency department: a systematic review of patterns of use, adverse outcomes, and effectiveness of interventions. *Ann Emerg Med*. 2002;39: 238-247.
15. McCusker J, Verdon J, Tousignant P, et al. Rapid emergency department intervention for elders reduces risk of functional decline: results of a multi-center randomized trial. *J Am Geriatr Soc*. 2001;49: 1272-1281.
16. Broemeling A-M, Watson DE, Prebtani F. Population patterns of chronic health conditions, co-morbidity and healthcare use in Canada: implications for policy and practice. *Healthc Q*. 2008;11: 70-76.
17. Ofman JJ, Badamgarav E, Hennings JM, et al. Does disease management improve clinical and economic outcomes in patients with chronic diseases? A systematic review. *Am J Med*. 2004;117: 182-192.

18. Tsai AC, Morton SC, Mangione CM, et al. A meta-analysis of interventions to improve care for chronic illnesses. *Am J Manag Care*. 2005;11: 478-488.
19. Sanderson C, Dixon J. Conditions for which onset or hospital admission is potentially preventable by timely and effective ambulatory care. *J Health Serv Res Policy*. 2000;5: 222-230.
20. Weingarten SR, Henning JM, Badamgarav E, et al. Interventions used in disease management programmes for patients with chronic illness which ones work? Meta-analysis of published reports. *BMJ*. 2002;325: 925.
21. Bindman AB, Grumbach K, Osmond D, et al. Preventable hospitalizations and access to health care. *JAMA*. 1995;274: 305-311.
22. Statistics Canada. Canadian Community Health Survey - Annual Component (CCHS). Ottawa, Ontario, Québec, 2012.
23. McCusker J, Roberge D, Vadeboncoeur A, et al. Safety of discharge of seniors from the emergency department to the community. *Healthc Q*. 2009;12 24-32.
24. Régie de l'assurance maladie du Québec. Data and statistics. Available at: <http://www.ramq.gouv.qc.ca/en/data-statistics/Pages/data-statistics.aspx> Accessed August 13, 2012.
25. McCusker J, Tousignant P, Borges Da Silva R, et al. Factors predicting patient use of the emergency department: a retrospective cohort study. *CMAJ*. 2012;184: E307-316.
26. McCusker J, Roberge D, Lévesque J-F, et al. Emergency department visits and primary care among adults with chronic conditions. *Med Care*. 2010;48.
27. Gauthier J, Haggerty J, Lamarche P, et al. Entre adaptabilité et fragilité : les conditions d'accès aux services de santé des communautés rurales et éloignées. rapport de recherche. Montreal: Hôpital Charles LeMoine et l'Institut national de santé publique, 2009.
28. Samaras N, Chevalley T, Samaras D, et al. Older patients in the emergency department: a review. *Ann Emerg Med*. 2010;56: 261-269.
29. Hastings SN, Heflin MT. A systematic review of interventions to improve outcomes for elders discharged from the emergency department. *Acad Emerg Med*. 2005;12: 978-986.
30. Borgès Da Silva R, McCusker J, Roberge D, et al. Classification of emergency departments according to their services for community-dwelling seniors. *Acad Emerg Med*. 2012;19: 552-561.
31. McCusker J, Roberge D, Ciampi A, et al. Outcomes of community-dwelling seniors vary by type of emergency department. *Acad Emerg Med*. 2012;19: 304-312.
32. Borgès Da Silva R. La pratique médicale des omnipatients: influence des contextes organisationnel et géographique. Faculté de médecine, Volume Ph. D. Montréal: Université de Montréal, 2010.
33. Menec VH, Sirski M, Attawar D. Does continuity of care matter in a universally insured population? *Health Serv Res*. 2005;40: 389-400.
34. Rosenblatt RA. The generalist role of specialty physicians: is there a hidden system of primary care? *JAMA*. 1998;279: 1364-1370.
35. Boulware LE, Marinopoulos S, Phillips KA, et al. Systematic review: the value of the periodic health evaluation. *Ann Intern Med*. 2007;146: 289-300.
36. Roberge D, Larouche D, Pineault R, et al. Hospital emergency departments: substitutes for primary care? Results of a survey among the population of Montréal and Montérégie. Montreal: Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2007.

37. McCusker J, Verdon J, Vadeboncoeur A, et al. The elder-friendly emergency department assessment tool: development of a quality assessment tool for emergency department-based geriatric care. *J Am Geriatr Soc.* 2012;60: 1534-1539.
38. McIsaac WJ, Fuller-Thomson E, Talbot Y. Does having regular care by a family physician improve preventive care? *Can Fam Physician.* 2001;47: 70-76.
39. McCusker J, Ionescu-Ittu R, Ciampi A, et al. Hospital characteristics and emergency department care of older patients are associated with return visits. *Acad Emerg Med.* 2007;14: 426-433.