

CONTEXTE

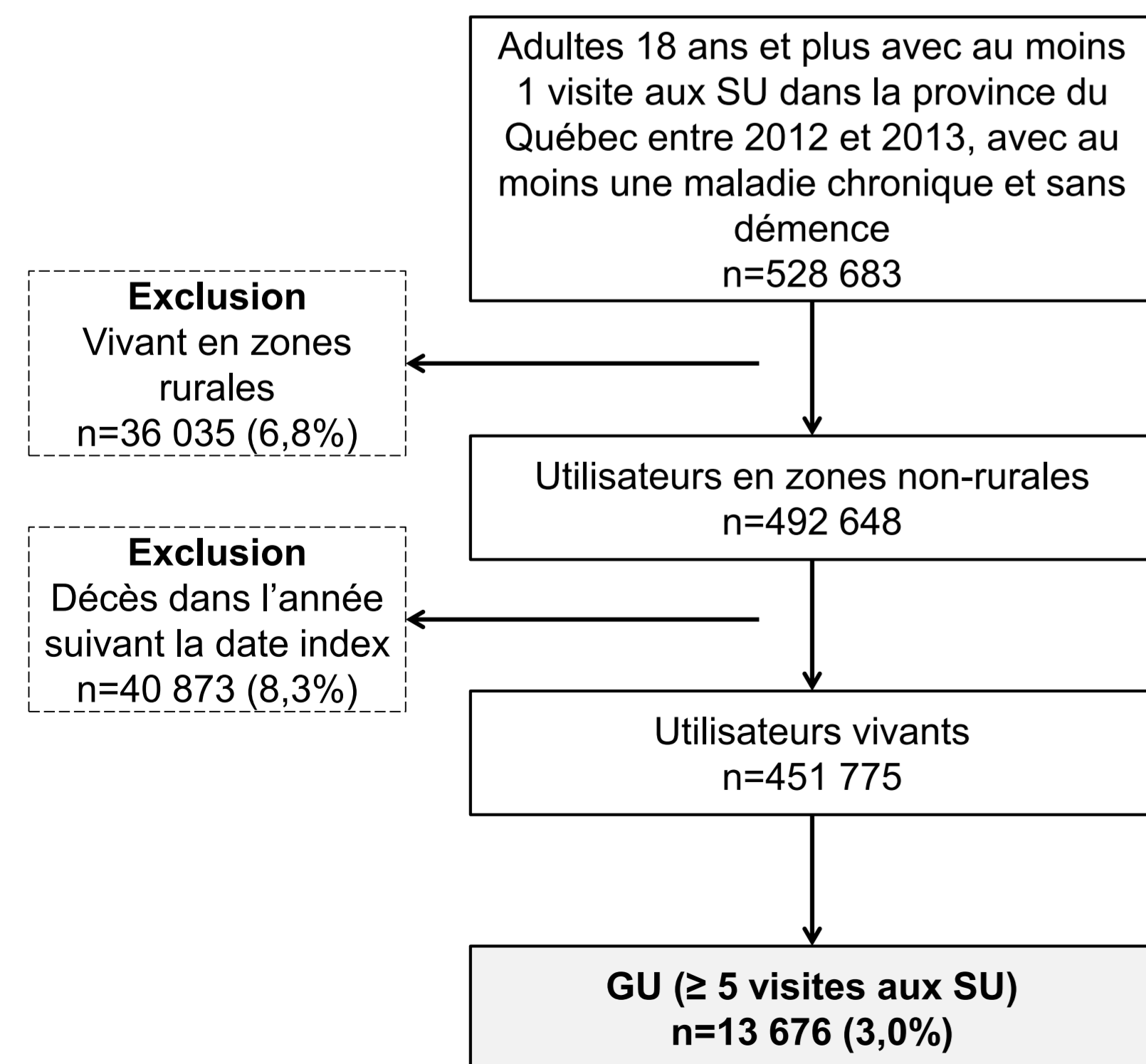
- Les grands utilisateurs (GU) des services d'urgence (SU) ont des besoins complexes (≥5 visites en un an)
 - La grande utilisation des SU est considérée **sous-optimale** par rapport aux soins de première ligne ¹
 - Associée à des taux de mortalité et d'invalidité plus élevés, en comparaison à une population de non-GU ²
 - Les GU forment une population hétérogène, combinaisons de plusieurs facteurs: statut socioéconomique faible, troubles de santé mentale et maladies chroniques
 - Les interventions telles que la gestion de cas se sont avérées efficaces pour réduire le nombre de visite aux SU et les coûts associés ³
- Essentiel d'adapter les interventions en fonction des différents profils afin de mieux répondre à leurs **besoins spécifiques**

OBJECTIF

Construire et caractériser les profils des GU des SU dans une population adulte présentant des maladies chroniques dans la province du Québec (Canada)

PARTICIPANTS

Figure 1. Sélection de la cohorte d'étude.



MÉTHODES

Design et analyse statistique

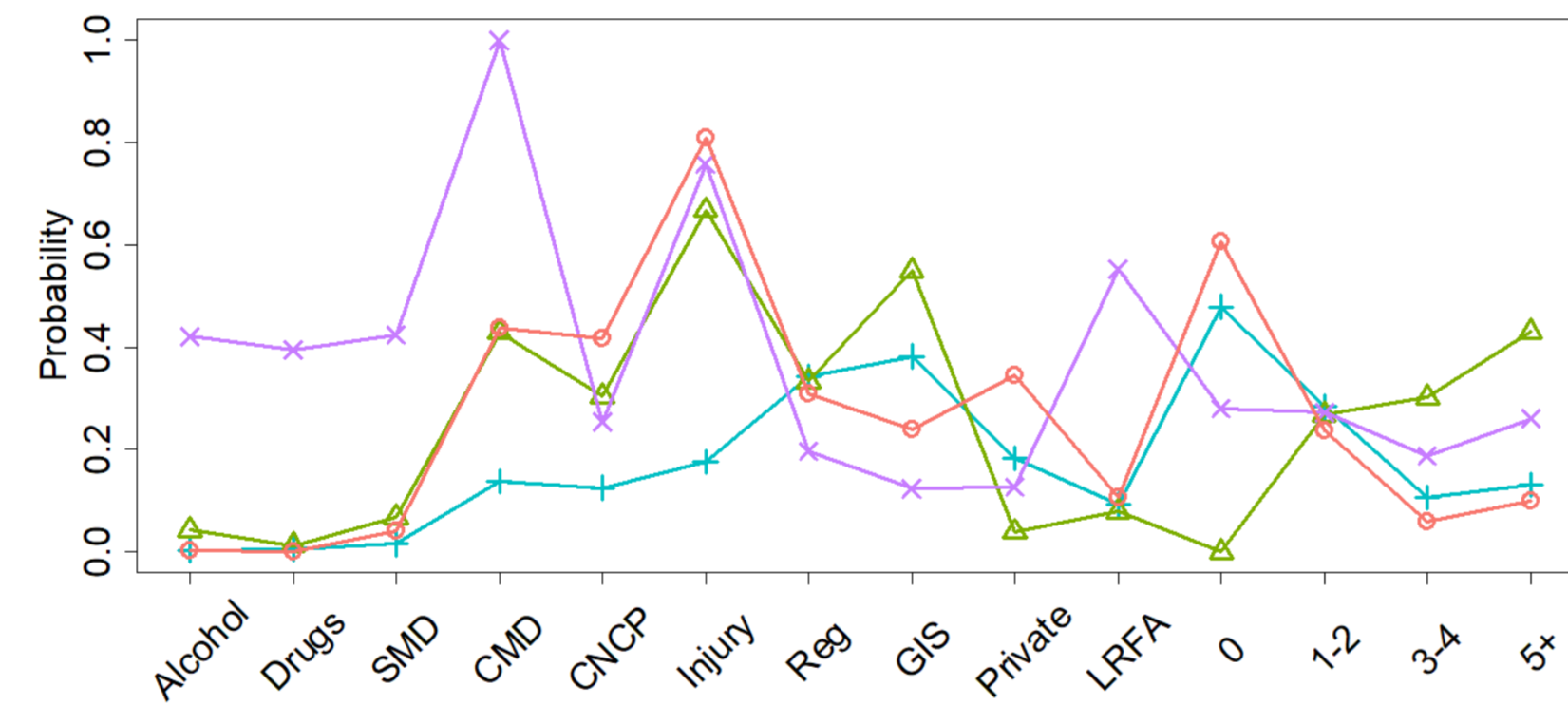
- Étude de cohorte observationnelle rétrospective avec les données médico-administratives de la RAMQ
- Classification par **analyse des classes latentes** ⁴
- modélisation objective basée sur les probabilités qui identifie des classes homogènes
- critères statistiques (AIC, BIC, entropie, vraisemblance) pour sélectionner le nombre de classes optimal
- Multiples essais-erreurs de combinaisons d'indicateurs

Variables

- Sociodémographiques:** Sexe; Âge; Régime d'assurance médicaments (régulier, supplément de revenu garanti, privé, aide financière de dernier recours); Indices de défavorisation (1=moins défavorisé, 5=plus défavorisé); Zone de résidence; Accès à un médecin de famille
- Médicales:** Type de maladie chronique; Index de comorbidité ⁵; Troubles de santé mentale sévères et communs; Abus de drogues; Abus d'alcool; Blessure; Douleur chronique non-cancéreuse
- Utilisation des soins:** Hospitalisation précédente; GU chronique (GU pendant 3 années consécutives) ⁶; Nombre de visite aux SU (1 an)

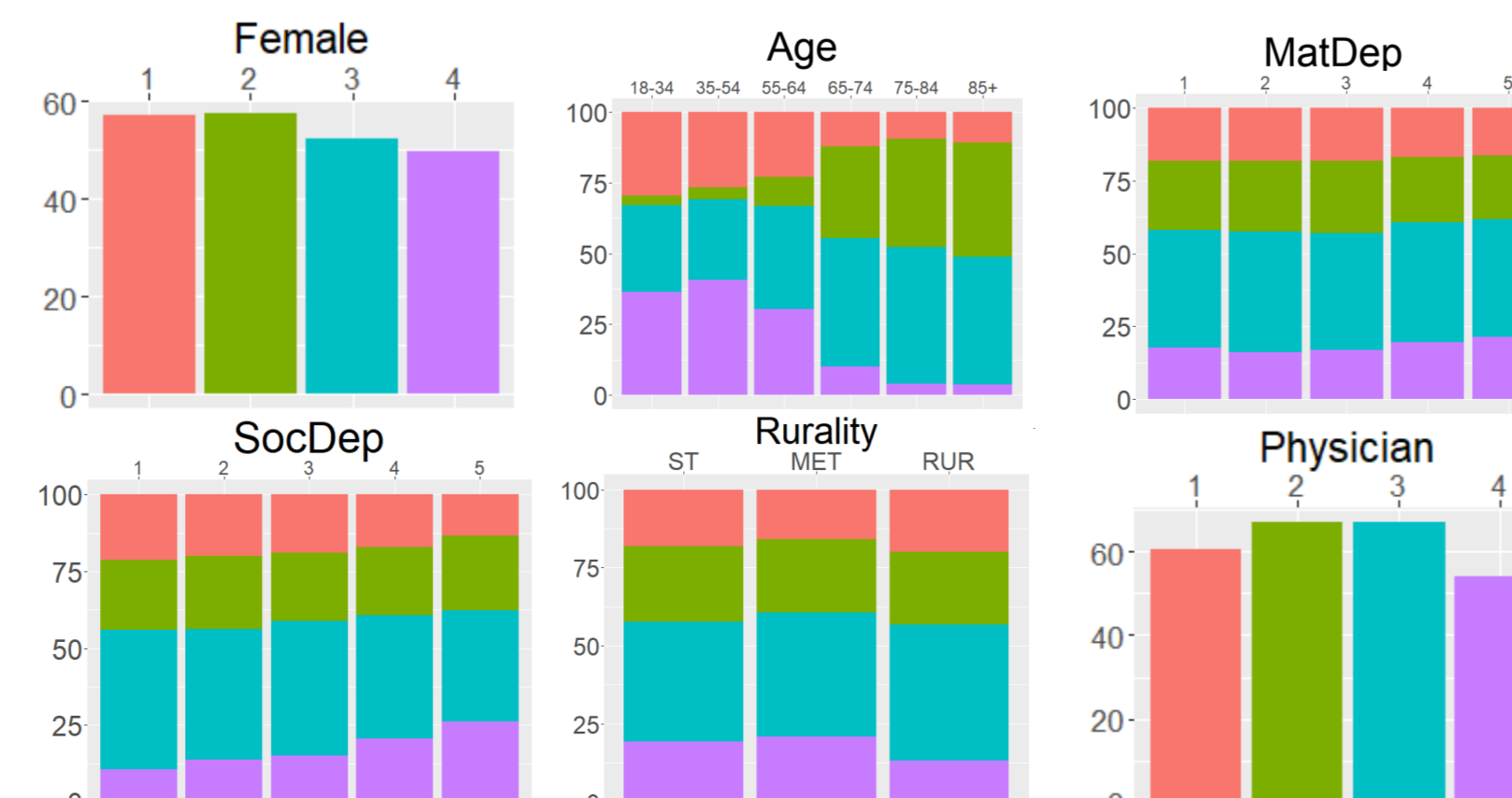
RÉSULTATS

Figure 2. Probabilités de réponse par indicateur pour le modèle final. SMD/CMD: troubles de santé mentale sévères/communs; CNCP: douleur chronique non-cancéreuse; Reg: régulier; GIS: supplément de revenu garanti; nPPDIP: privé; LRFA: aide financière de dernier recours; 0, 1-2, 3-4 et 5+ réfèrent à l'indice de comorbidité.



- Classe 1 « Blessure ou douleur chronique » (n=2 313, 19,5%)
- Classe 2 « Forte comorbidité physique » (n=3 202, 23,4%)
- Classe 3 « Faible morbidité » (n=5 501, 40,2%)
- Classe 4 « Santé mentale ou abus alcool/drogues » (n=2 660, 16,9%)

Figure 3. Caractéristiques sociodémographiques (%) par classe. MatDep: défavorisation matérielle; SocDep: défavorisation sociale; Ruralité: petite ville, métropolitaine et zone rurale.



RÉSULTATS (suite)

Figure 4. Caractéristiques médicales (%) par classe. CAD: maladie coronarienne; HBP: hypertension; HF: insuffisance cardiaque; COPD: maladie pulmonaire obstructive chronique.

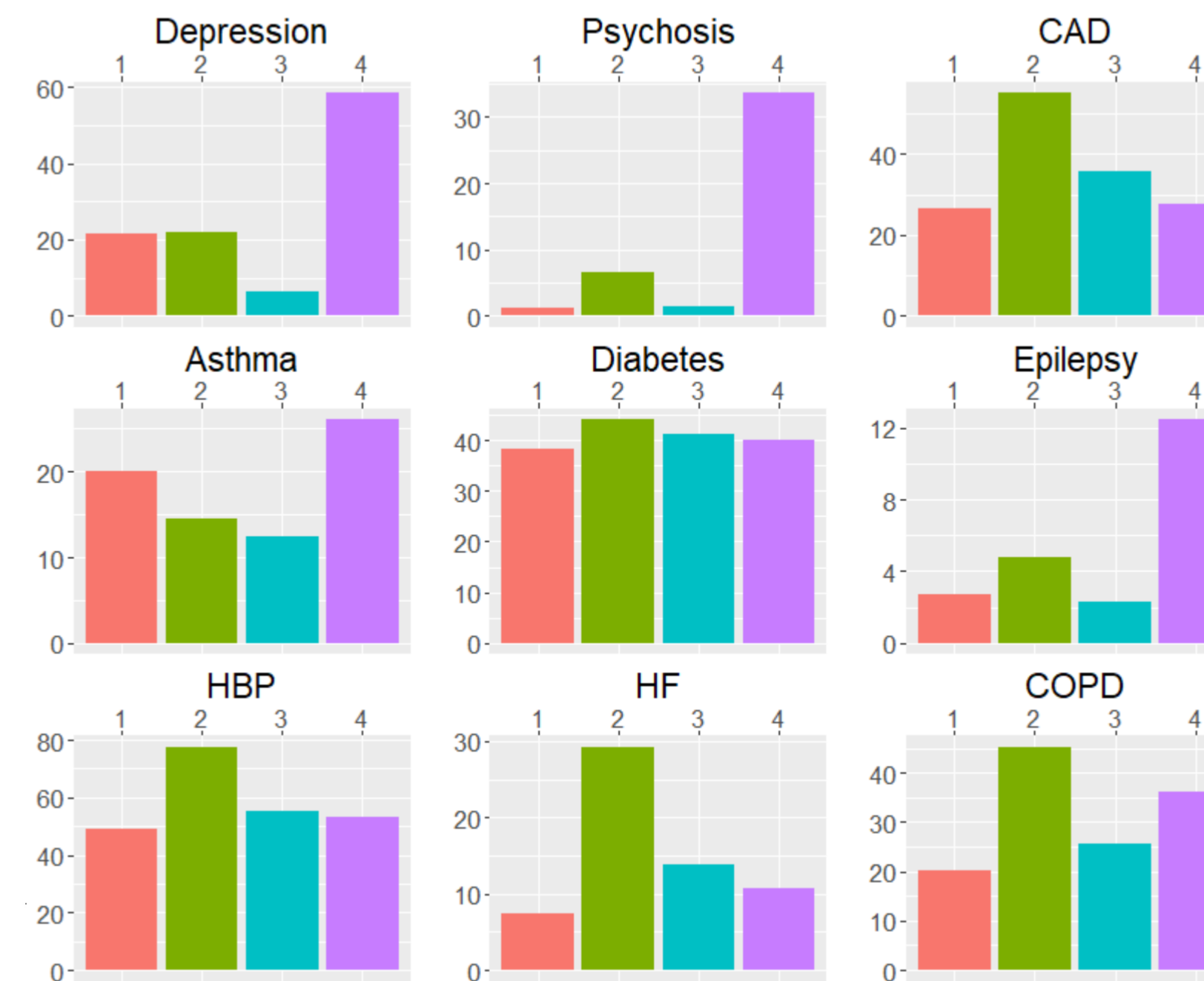
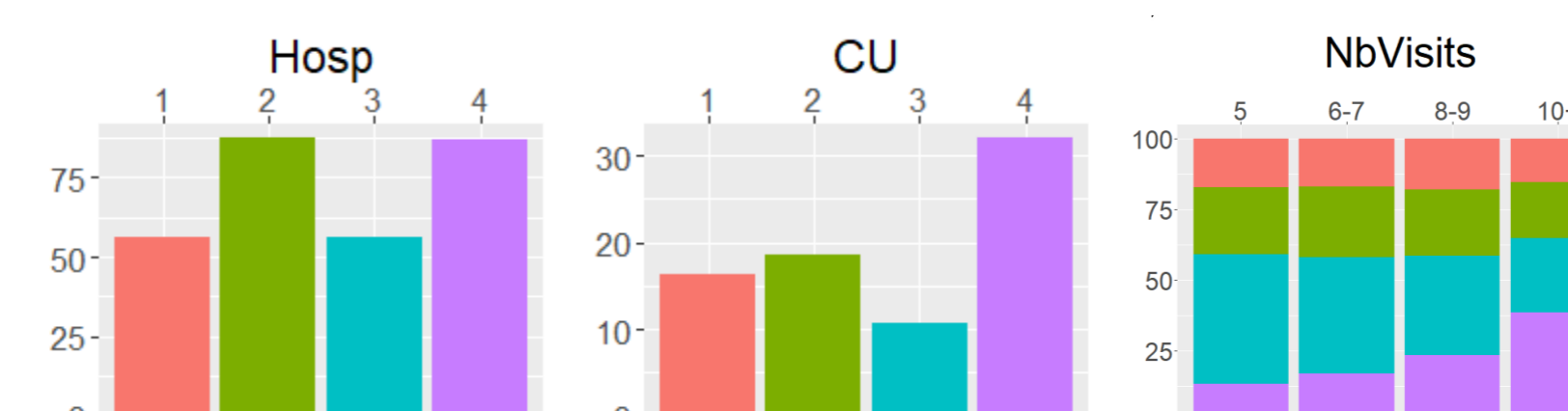


Figure 5. Caractéristiques de l'utilisation des soins (%) par classe. Hosp: hospitalisation précédente; CU: grande utilisation chronique; NbVisits: nombre de visite aux SU.



DISCUSSION

- Utilisation de banques de données médico-administratives exhaustives → **variables pertinentes** pour les profils
 - Quatre profils interprétables cliniquement
 - Les utilisateurs dans le plus grand groupe (« Faible morbidité ») peuvent avoir des **besoins temporaires**
 - Les utilisateurs dans le plus petit groupe (« Santé mentale ou abus alcool/drogues ») sont les plus jeunes et ont une utilisation des soins **plus élevée et chronique**, avec un statut socioéconomique faible
 - Les résultats pourront aider à raffiner les interventions adaptées à chaque profil
- Limites**
- Les résultats ne devraient être généralisés qu'à des populations similaires
 - Les **variables auto-rapportées** ne sont pas incluses (p. ex. douleur perçue ou sentiment de solitude)

RÉFÉRENCES

- Billings, J., & Raven, M. C. (2013). Dispelling an urban legend: frequent emergency department users have substantial burden of disease. *Health affairs*, 32(12), 2099-2108.
- Doupe, M. B., Palatnick, W., Day, S., Chateau, D., Soodeen, R. A., Burchill, C., & Derksen, S. (2012). Frequent users of emergency departments: developing standard definitions and defining prominent risk factors. *Annals of emergency medicine*, 60(1), 24-32.
- Hudon, C., Chouinard, M. C., Pluye, P., El Sherif, R., Bush, P. L., Rihoux, B., ... & Légaré, F. (2019). Characteristics of case management in primary care associated with positive outcomes for frequent users of health care: a systematic review. *The Annals of Family Medicine*, 17(5), 448-458.
- Collins, L. M., Lanza, S. T. (2009). *Latent class and latent transition analysis: With applications in the social, behavioral, and health sciences*. Vol 718: John Wiley & Sons.
- Simard, M., Sirois, C., & Candas, B. (2018). Validation of the combined comorbidity index of Charlson and Elixhauser to predict 30-day mortality across ICD-9 and ICD-10. *Medical care*, 56(5), 441-447.
- Chiu, Y. M., Vanasse, A., Courteau, J., Chouinard, M. C., Dubois, M. F., Dubuc, N., ... & Hudon, C. (2020). Persistent frequent emergency department users with chronic conditions: A population-based cohort study. *PloS one*, 15(2), e0229022.