

2 M11, 2814.10

Université de Montréal

L'utilisation préalable du service téléphonique Info-Santé CLSC chez les usagers des services d'urgence hospitaliers et des cliniques médicales sans rendez-vous

Par

Martine Lafrance

Département d'administration de la santé

Faculté de médecine

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de
Maître ès sciences (M.Sc.)
En administration des services de santé
Option santé et systèmes de soins

Juillet 2000

© Martine Lafrance, 2000



WA
525
N58
2001
N. 001

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé

L'utilisation préalable du service téléphonique Info-Santé CLSC chez les usagers des services d'urgence hospitaliers et des cliniques médicales sans rendez-vous

Présenté par :

Martine Lafrance

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes

François Champagne
Régis Blais
Nicole Leduc

Président
Membre
Directrice de recherche

Mémoire accepté : _____

SOMMAIRE

Le service téléphonique Info-Santé CLSC s'inscrit dans un ensemble de mesures de réorientation et de réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux visant à réduire l'achalandage des urgences des hôpitaux. Puisque l'engorgement des salles d'urgence des hôpitaux peut être attribuable en partie aux cas non urgents, cette étude portera sur l'utilisation préalable du service téléphonique Info-Santé CLSC chez les usagers des services d'urgence hospitaliers et des cliniques médicales sans rendez-vous. L'étude vise à analyser le recours au service téléphonique Info-Santé CLSC par les usagers des services d'urgence.

L'objectif de cette étude est aussi d'examiner les principales caractéristiques des utilisateurs qui connaissent le service téléphonique Info-Santé CLSC, de même que les caractéristiques des utilisateurs ayant fait appel à ce service avant de se rendre à l'urgence.

La population à l'étude est constituée de tous les adultes qui, ayant identifié la présence de problèmes de santé qu'ils perçoivent suffisamment important pour avoir recours à une consultation médicale, se présentent 1) au service d'urgence de l'hôpital et dont l'état est considéré non urgent par l'infirmière au triage, 2) à l'une des trois cliniques médicales sans rendez-vous situées près de cet hôpital ou à l'urgence du CLSC. La présente étude utilise une stratégie de recherche synthétique de type comparative. Cette stratégie consiste à tester simultanément un réseau d'interrelations entre plusieurs variables à l'aide d'un nombre élevé d'unités d'analyse. L'utilisation d'analyses statistiques multivariées permettra d'observer les effets simultanés des variables indépendantes sur les variables dépendantes.

La période à l'étude s'est étalée entre le mois de novembre 1997 et le mois de juin 1998 auprès de 850 individus. La méthode d'échantillonnage accidentel a été employée. Nous avons utilisé un questionnaire administré par entrevue lors de la collecte de données. Nos modèles d'analyse comprennent deux variables dépendantes et 25 variables indépendantes. Les variables dépendantes choisies

sont 1) la connaissance du service téléphonique Info-Santé CLSC et 2) l'utilisation du service téléphonique Info-Santé CLSC préalablement à la visite médicale.

La majorité des 850 participants à l'étude (31,7 %) se situent dans la catégorie d'âge de 31 à 40 ans. Le service téléphonique Info-Santé CLSC est connu chez 75,5 % ($IC_{.95} = 0,73 - 0,78$) des participants à l'étude mais, parmi ceux qui le connaissent, seulement 23,7 % ($IC_{.95} = 0,20 - 0,28$) ont téléphoné à ce service avant de se rendre à l'urgence au moment de l'entrevue.

Les résultats obtenus montrent que l'âge, le genre, le revenu, l'utilisation des services sans rendez-vous du CLSC, la fréquentation des services médicaux au cours des six derniers mois, le fait d'avoir à sa disposition une source régulière de soins avec rendez-vous seulement et finalement d'avoir une perception bonne ou passable de sa santé, sont associés à la connaissance du service téléphonique Info-Santé CLSC. Tandis que la durée du problème de santé, l'absence du même problème de santé dans le passé et la fréquentation des cliniques médicales sans rendez-vous sont associées à l'utilisation du service téléphonique Info-Santé CLSC préalablement à la visite médicale.

La connaissance de la proportion d'utilisateurs du service téléphonique Info-Santé CLSC ainsi que de leurs caractéristiques pourrait éclairer les décisions relatives à la planification des services de première ligne. Elle permettrait de développer des stratégies en vue d'inciter les usagers à rechercher l'utilisation de ce service téléphonique comme premier contact avec le système de santé afin d'avoir recours à une ressource de soins appropriée à leur besoin de santé.

TABLE DES MATIÈRES

Sommaire.....	i
Table des matières.....	iii
Liste des tableaux.....	vii
Liste des figures.....	ix
Liste des sigles et abréviations.....	x
Liste des annexes.....	xi
Remerciements.....	xii
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE ET OBJECTIFS DE L'ÉTUDE.....	3
1.1 Problématique.....	3
1.2 Objectifs de l'étude.....	8
CHAPITRE 2 : ÉTAT DES CONNAISSANCES.....	10
2.1 Le service téléphonique Info-Santé CLSC.....	10
2.1.1 Historique du service téléphonique Info-Santé CLSC.....	10
2.1.2 Évaluation du service téléphonique Info-Santé CLSC.....	13
2.2 Recherche d'information.....	23
2.2.1 Démarche de recherche d'information.....	23
2.2.2 Facteurs associés à la recherche d'information.....	25
2.2.2.1 Facteurs facilitant la recherche d'information.....	25
2.2.2.2 Facteurs nuisant à la recherche d'information.....	26
2.2.2.3 Les principales sources d'information.....	26
2.2.2.4 Besoin perçu d'information.....	27
2.2.2.5 Disponibilité perçue de l'information.....	28
2.3 Caractéristiques d'une nouvelle source d'information : <i>l'innovation</i>	30
2.3.1 Éléments de diffusion d'une innovation.....	30
2.3.2 Les caractéristiques de l'innovation.....	30
2.3.3 Les voies de communication.....	32
2.3.4 Le temps.....	32

2.3.5	Le système social.....	33
2.3.6	Catégories d'adoptants d'une innovation.....	33
2.3.6.1	Caractéristiques des catégories d'adoptants d'une innovation ..	34
2.3.7	L'agent de changement.....	35
2.4	Cadres théoriques	36
2.4.1	Processus de recherche d'information	37
2.4.1.1	Variables affectant la recherche d'information.....	38
2.4.2	Modèle de prise de décision complexe.....	40
2.4.3	Diffusion d'une innovation	42
CHAPITRE 3 : MODÈLES CONCEPTUELS DE L'ÉTUDE		45
3.1	Variables dépendantes	45
3.2	Variables indépendantes	46
3.2.1	Modèle conceptuel de la connaissance du service téléphonique Info-Santé CLSC	46
3.2.2	Modèle conceptuel de l'utilisation du service téléphonique Info- Santé CLSC préalablement à la visite médicale	49
CHAPITRE 4 : MÉTHODES DE RECHERCHE		52
4.1	Population à l'étude	52
4.1.1	Critères d'inclusion.....	53
4.1.2	Critères d'exclusion	53
4.2	Période à l'étude, méthode d'échantillonnage et échantillon	53
4.3	Stratégie et devis de recherche	54
4.4	Méthode de collecte de données	55
4.5	Déroulement de l'étude.....	55
4.6	Définition des variables.....	57
4.6.1	Variables dépendantes.....	57
4.6.1.1	Connaissance	57
4.6.1.2	Utilisation.....	58
4.6.2	Variables indépendantes.....	58
4.6.2.1	Modèle sur la connaissance	58
4.6.2.2	Modèle sur l'utilisation.....	61

4.7	Méthodes d'analyses des données.....	63
4.7.1	Tests d'association.....	63
4.7.2	Régression univariée.....	64
4.7.3	Régression multivariée.....	64
CHAPITRE 5 : PRÉSENTATION DES RÉSULTATS		67
5.1	Description de l'échantillon	67
5.2	Connaissance et utilisation du service téléphonique Info-Santé CLSC par les patients de l'urgence hospitalière et des cliniques médicales sans rendez-vous.....	76
5.2.1	Connaissance du service téléphonique Info-Santé CLSC	76
5.2.2	Utilisation du service téléphonique Info-Santé CLSC préalablement à la visite médicale.....	77
5.2.2.1	Utilisation passée du service téléphonique Info-Santé CLSC	78
5.2.3	Recommandations du service téléphonique Info-Santé CLSC	79
5.2.4	Suivi des recommandations	80
5.3	Identification des principales caractéristiques	82
5.3.1	Association des variables indépendantes entre elles.....	82
5.3.2	Facteurs associés à la connaissance du service téléphonique Info-Santé CLSC	85
5.3.2.1	Associations des caractéristiques des répondants avec la connaissance	85
5.3.2.2	Analyse de régression logistique multiple pour le modèle de la connaissance du service téléphonique Info-Santé CLSC	91
5.3.3	Facteurs associés à l'utilisation du service téléphonique Info-Santé CLSC préalablement à la visite médicale	95
5.3.3.1	Associations des caractéristiques des répondants avec l'utilisation préalable	95
5.3.3.2	Analyse de régression logistique multiple pour le modèle de l'utilisation préalable du service téléphonique Info-Santé CLSC...	104
5.4	La place qu'occupe le service téléphonique Info-Santé CLSC dans les sources d'information des usagers des urgences hospitalières, des cliniques médicales sans rendez-vous et du CLSC.....	107
5.4.1	Sources personnelles externes d'information	107

CHAPITRE 6 : DISCUSSION ET CONCLUSION.....	113
6.1 Discussion	113
6.1.1 Limites et validité de l'étude	126
6.1.2 Validité interne	126
6.1.2.1 Biais de sélection	126
6.1.2.2 Biais d'information	128
6.1.3 Validité externe	129
6.2 Conclusion.....	129
Références.....	134
Annexe 1 Formulaire de consentement.....	141
Annexe 2 Questionnaire – Étude sur les déterminants du choix des services d'urgence.....	144
Annexe 3 Carte 1.....	159
Annexe 4 Carte 2.....	161

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I	Caractéristiques des répondants.....	68
Tableau II	Proportion de participants qui connaissent Info-Santé CLSC par service d'urgence utilisé	77
Tableau III	Proportion de participants qui ont appelé Info-Santé CLSC avant de se rendre au service d'urgence par service d'urgence utilisé	78
Tableau IV	Proportion d'utilisateurs qui ont déjà fait appel dans le passé à Info-Santé CLSC par service utilisé	79
Tableau V	Proportion de participants qui ont mentionné qu'Info-Santé CLSC leur a recommandé le service utilisé.....	80
Tableau VI	Ressources recommandées aux participants par Info-Santé CLSC par service utilisé.....	81
Tableau VII	Tests d'association entre les variables indépendantes pour le modèle de la connaissance du service téléphonique Info-Santé CLSC	83
Tableau VIII	Tests d'association entre les variables indépendantes pour le modèle de l'utilisation préalable du service téléphonique Info-Santé CLSC.....	84
Tableau IX	Associations des caractéristiques des répondants avec la connaissance du service téléphonique Info-Santé CLSC.....	86

Tableau X	Facteurs associés à la connaissance du service téléphonique Info-Santé CLSC et leurs ratios de cotes ajustés par régression logistique pas-à-pas progressive.....	93
Tableau XI	Associations des caractéristiques des répondants avec l'utilisation préalable du service téléphonique Info-Santé CLSC.....	97
Tableau XII	Facteurs associés à l'utilisation préalable du service téléphonique Info-Santé CLSC et leurs ratios de cotes ajustés par régression logistique pas-à-pas progressive.....	105
Tableau XIII	Sources personnelles externes d'information.....	108
Tableau XIV	Ressources qui a encouragé le répondant à consulter un médecin.....	109
Tableau XV	Service d'urgence suggéré par les ressources et utilisé lors de l'étude par le répondant.....	110
Tableau XVI	Sources personnelles externes d'information qui a suggéré au répondant de se rendre au service d'urgence utilisé lors de l'étude.....	112

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Modèle conceptuel de la connaissance du service téléphonique Info-Santé CLSC.....	48
Figure 2	Modèle conceptuel de l'utilisation du service téléphonique Info-Santé CLSC préalablement à la visite médicale	51
Figure 3	Modèle de la connaissance et de l'utilisation préalable du service téléphonique Info-Santé CLSC.....	106

LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

CLSC	Centre Local de Services Communautaires
CRSC	Centre de Recherche sur les Services Communautaires
DGPE	Direction Générale de la Planification et de l'Évaluation
GRIS	Groupe de recherche interdisciplinaire en santé
MSSS	Ministère de la Santé et des Services Sociaux
S.A.T.	Services d'Accessibilité Téléphonique continue
SOM	Nom de la firme de recherches et sondages
Web	World Wide Web. Une section du réseau Internet qui est organisé par « page d'accueil » ou « sites »

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1	Formulaire de consentement.....	141
Annexe 2	Questionnaire- Étude sur les déterminants du choix des services d'urgence	144
Annexe 3	Carte 1.....	159
Annexe 4	Carte 2.....	161

REMERCIEMENTS

Je tiens à exprimer mon appréciation pour ma directrice de recherche, madame Nicole Leduc, qui a grandement contribué à l'acquisition de mes connaissances et de mes expériences enrichissantes tout au long de l'élaboration de mon mémoire de maîtrise.

Je la remercie pour son soutien, sa disponibilité et ses précieux conseils qui m'ont permis de réaliser cette recherche.

Je tiens également à exprimer ma reconnaissance envers monsieur Charles Tilquin qui m'a guidée vers la bonne décision, soit celle de faire cette maîtrise. J'ai passé de belles années d'études grâce à lui.

« Apprendre consiste à se souvenir. »

Platon

INTRODUCTION

Notre étude porte sur l'utilisation préalable du service téléphonique Info-Santé CLSC chez les usagers des services d'urgence hospitaliers et des cliniques médicales sans rendez-vous. Elle vise à analyser le recours au service téléphonique Info-Santé CLSC par les usagers des services d'urgence. Par services d'urgence, nous entendons ici les services de santé dispensés sans rendez-vous par l'urgence d'un hôpital, une clinique médicale sans rendez-vous ou un CLSC.

Cette étude examinera les principales caractéristiques des utilisateurs qui connaissent le service téléphonique Info-Santé CLSC, de même que les caractéristiques des utilisateurs ayant fait appel au service téléphonique Info-Santé CLSC avant de se rendre à l'urgence. Elle identifiera la proportion d'utilisateurs de l'urgence hospitalière et des cliniques médicales sans rendez-vous qui connaissent le service téléphonique Info-Santé CLSC, qui y ont eu recours préalablement à leur visite médicale et à qui le service téléphonique Info-Santé CLSC a recommandé spécifiquement d'utiliser ce service de santé. Par la suite, cette étude tentera de déterminer la place qu'occupe le service téléphonique Info-Santé CLSC dans les sources d'information auxquelles ont recours les usagers dans le choix d'un service d'urgence.

Le service téléphonique Info-Santé CLSC est en outre, une des portes d'entrée possible du système de santé consistant en une source importante d'information en santé pour la population. Étant donné que les médecins de famille sont peu nombreux et que leurs heures d'accessibilité sont souvent limitées, les gens ont tendance à se diriger vers les urgences des hôpitaux et les cliniques médicales pour de recevoir des soins. Afin de diminuer l'achalandage à ces recours de services formels en santé,

l'utilisation d'un nouveau service de santé comme celui d'Info-Santé CLSC, pourrait apporter des changements de comportements de santé chez ces gens. Jusqu'à ce jour, il n'existe aucune étude ayant exploré dans quelle mesure les usagers des services d'urgence ont fait appel, préalablement à leur visite, au service téléphonique Info-Santé CLSC. La connaissance de la proportion d'utilisateurs du service téléphonique Info-Santé CLSC ainsi que de leurs caractéristiques pourrait éclairer les décisions relatives à la planification des services de première ligne. Elle permettrait de développer des stratégies en vue d'inciter les usagers à rechercher l'utilisation de ce service téléphonique comme premier contact avec le système de santé afin d'avoir recours à une ressource de soins appropriée à leur besoin de santé.

À travers l'innovation que constitue le service téléphonique Info-Santé CLSC dans le réseau de la santé et des services sociaux, nous tenterons de dégager les principales caractéristiques de ceux qui ont davantage tendance à connaître et à utiliser le service téléphonique Info-Santé CLSC.

CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE ET OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

1.1 PROBLÉMATIQUE

Les services d'urgence hospitaliers sont de plus en plus utilisés par les consommateurs comme substituts à d'autres sources de soins primaires (cliniques médicales avec ou sans rendez-vous, CLSC, médecin de famille) et comme source régulière de soins et ce, même pour des conditions non urgentes. Au Québec, une des principales portes d'entrée dans le système de soins est la salle d'urgence. D'après le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS, 1990), 48 % de la population utilise ce service comme premier contact avec les services de santé comparativement à 30 % du reste du Canada. Les cas non urgents de l'ensemble des patients québécois se présentant aux services d'urgence des hôpitaux seraient de l'ordre de 23 % à 73 % (Boileau et Boucher, 1982 ; Breton, 1991 ; Lemay et al., 1996). Ailleurs les proportions observées varient entre 18 % et 56 % (Davidson, Hildrey et Floyer, 1983; Derlet et al., 1995; Weir, Rideout et Crock, 1989).

Une étude faite par Lemay et al. (1996), indique qu'en combinant le degré d'urgence de la condition de l'individu et la nature exclusive des services utilisés à l'urgence, environ 64 % à 70 % des visites faites à l'urgence de l'hôpital seraient non urgentes. Dans un même ordre d'idées, plusieurs auteurs mentionnent que la plupart des visites à l'urgence sont effectuées pour des problèmes médicaux mineurs (Burnett et Grover, 1996; Kini et Strait, 1998; Williams, 1996; Young et al., 1996). Ces consultations à l'urgence hospitalière pour des problèmes médicaux mineurs sont souvent critiquées pour leur coût élevé et leur inefficacité économique. Le coût d'une visite non urgente à la salle d'urgence d'un hôpital est trois fois le coût d'une visite au cabinet du médecin (Young et al., 1996). Par exemple, le coût unitaire moyen d'une visite à l'urgence est de 52,39 \$

comparativement à 15,41 \$ en clinique externe tandis que le coût unitaire d'un appel à Info-Santé CLSC, est de 10,63 \$, d'après Hagan et Garon (1996).

Différents auteurs ont constaté que les parents d'enfants malades utilisent fréquemment les départements d'urgence pédiatriques pour des soins non urgents (Berns et al., 1994; Chande et al., 1996a et 1996b; Quill et Brody, 1996; Szilagyi, 1998; Vivier et al., 1995). Ces pratiques d'utilisation soulèvent l'intérêt concernant la continuité des soins et plus particulièrement l'aspect du suivi. Ces études portent sur les habitudes d'utilisation des départements d'urgence pédiatriques. Elles veulent savoir si les patients s'étant présentés à l'urgence du centre pédiatrique ont suivi les recommandations du médecin, soit d'être revus dans les prochaines six semaines suivant leur visite initiale, et ce, par un centre de soins de première ligne. Les résultats de leur recherche démontrent que la majorité des patients se sont conformés à cette recommandation. Cette conclusion est spécialement importante parce que le fait de se diriger vers des centres médicaux de première ligne est un facteur de continuité qui est plus souvent contrôlé par le patient, et moins souvent contrôlé par l'intervenant en santé.

Selon Young et al. (1996), avoir une source régulière de soins peut réduire le besoin de recourir à l'urgence d'un hôpital pour des problèmes non urgents mais Baker, Stevens et Brook (1994), ont trouvé que d'avoir une source régulière de soins n'éliminerait pas la consultation à l'urgence hospitalière pour un problème non urgent. Visiter un département d'urgence d'un hôpital dans ce cas-là ne serait pas considéré inapproprié si le traitement ne peut être donné dans un autre service de santé alternatif comme une clinique médicale ou un CLSC (Baker, Stevens et Brook, 1994 ; Kellermann, 1994 ; Love et Mainous III, 1999 ; Young et al., 1996). Le manque d'une source régulière de soins comme un médecin de famille et des problèmes d'accessibilité des services de santé, seraient les raisons

principales pour rechercher des soins dans les urgences des hôpitaux (Young et al., 1996).

Diverses études sur l'utilisation des services de santé après les heures habituelles de services, concluent que les médecins considèrent qu'une meilleure information pourrait améliorer et rendre les contacts plus appropriés telle que des campagnes publicitaires dans les médias, manuels de références, lignes téléphoniques d'aide pour tous les appels afin d'effectuer un triage, des conseils enregistrés et un site Web ou pages sur Internet. Les pharmaciens pourraient jouer un rôle encore plus élargi. Diverses méthodes pourraient être enseignées aux parents concernant les maladies de l'enfance les plus souvent rencontrées (Bertakis, 1991; Brogan et al., 1998; Chande et al., 1996b; Hopton, Hogg et McKee, 1996; Shah-Canning, Alpert et Bauchner, 1996 ; Yamamoto et al., 1995).

Un service de triage téléphonique effectué par des infirmières est implanté un peu partout aux États-Unis, en Angleterre et au Canada (Williams, Crouch et Dale, 1995). Ce service se déroule le plus souvent soit en clinique médicale après les heures de service, soit au département d'urgence d'un hôpital. Le triage consiste pour les infirmières à recevoir, évaluer et gérer les appels, en donnant des conseils ou en référant le patient à un médecin ou à une ambulance (Leprohon et Patel, 1995). D'après le South Wiltshire Out of Hours Project Group, le service de triage est fiable et acceptable pour les patients, tout en entraînant un gain économique et une réduction de la charge de travail des médecins (SWOOP, 1997).

Selon certains auteurs, en plus de détourner les visites non nécessaires à l'urgence, le système du triage téléphonique stabilise les visites en rejoignant une plus grande population (Campbell et al., 1998; Lattimer et al., 1998; Pencheon, Lambert et Hadrige, 1998; Zimmermann, 1997). L'accessibilité améliorée à l'information et aux conseils médicaux en

découle ; ceci permet au patient de prendre des décisions éclairées, diminuant le nombre de visites non nécessaires et améliorant la satisfaction du patient (Baker, Stevens et Brook, 1995; Hagan et Garon, 1996; Kuensting, 1995; Roberts et al., 1983).

Au Québec, le service Info-Santé CLSC, s'inscrit dans un ensemble de mesures de réorientation du réseau de la Santé et des Services sociaux visant à réduire l'achalandage des urgences d'hôpitaux mais visant aussi à être une des portes d'entrée possible du système de santé consistant en une source importante d'information en santé. Il offre entre autres à la population, une réponse téléphonique consistant en des conseils relatifs aux soins et en des renseignements sur les ressources disponibles afin d'éviter le recours aux services formels. Info-Santé CLSC se veut une structure plus légère afin de répondre à moindre coût aux besoins de santé de la population (10,63 \$ pour une consultation téléphonique) (Hagan et Garon, 1996).

Jusqu'à présent, aucune étude ne semble avoir examiné l'impact du service téléphonique Info-Santé CLSC sur l'utilisation des services d'urgence. Les études faites à ce jour concernaient plutôt l'utilisation, l'accessibilité et la satisfaction à l'égard du service téléphonique Info-Santé CLSC à partir des seuls utilisateurs et les résultats consistaient davantage en des intentions d'utilisation, ce qui ne reflète pas tout à fait la réalité. Il serait alors intéressant d'aller vérifier sur place si les personnes se présentant soit à l'urgence de l'hôpital, soit dans les cliniques médicales sans rendez-vous ou au CLSC pour des problèmes non urgents, ont contacté avant de se rendre le service téléphonique Info-Santé CLSC. Puisque l'engorgement des salles d'urgence des hôpitaux peut être attribuable entre autres aux cas non urgents, il nous semble pertinent de vérifier les principales sources d'information utilisées par les patients. Selon toute vraisemblance, plus ces usagers tenteront de privilégier comme source d'information le service téléphonique Info-Santé CLSC, plus il leur sera possible, nous l'espérons, de

diminuer leurs visites non nécessaires à un service d'urgence hospitalier et de s'orienter dans le réseau sociosanitaire, ce qui aura probablement un impact favorable sur l'achalandage des salles d'urgence des hôpitaux.

Le service téléphonique Info-Santé CLSC est une intervention novatrice en matière de consultation professionnelle offerte à la population québécoise. Il s'agit ici de se demander pourquoi de nouvelles interventions comme celles d'Info-Santé CLSC sont parfois moins bien utilisées chez certains usagers du réseau de la santé. Jusqu'à ce jour, il n'existe aucune étude ayant exploré dans quelle mesure les usagers des services d'urgence hospitaliers et des cliniques médicales sans rendez-vous ont fait appel préalablement au service téléphonique Info-Santé CLSC et c'est précisément à ce problème que s'intéresse cette recherche. La connaissance de la proportion d'utilisateurs d'Info-Santé CLSC dans les services d'urgence hospitaliers ainsi que de leurs caractéristiques, pourrait éclairer les décisions relatives à la planification des services de santé de première ligne faites par les régies régionales de la santé et des services sociaux en collaboration avec les hôpitaux, les cliniques médicales sans rendez-vous et Info-Santé CLSC. Elle permettrait de développer des stratégies en vue d'inciter les usagers à recourir à ce service comme premier contact avec le système de santé pour ainsi utiliser une ressource de soins appropriée à leur besoin de santé (Backer, Rogers et Sopory, 1992).

1.2 OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

Cette étude vise à analyser le recours au service téléphonique Info-Santé CLSC par les usagers des services d'urgence. Par services d'urgence, nous entendons ici les urgences hospitalières et les cliniques médicales sans rendez-vous. Dans le cas des urgences hospitalières, seuls les patients considérés « non urgents » lors de leur arrivée au triage font partie de l'étude.

Les objectifs sont :

1. Identifier la proportion d'utilisateurs de l'urgence hospitalière et des cliniques médicales sans rendez-vous :
 - 1.1 Qui connaissent le service téléphonique Info-Santé CLSC.
 - 1.2 Qui ont déjà utilisé dans le passé le service téléphonique Info-Santé CLSC.
 - 1.3 Qui y ont eu recours préalablement lors de leur visite médicale.
 - 1.4 À qui le service téléphonique Info-Santé CLSC a recommandé spécifiquement d'utiliser ce service de santé.
 - 1.5 Qui ont suivi les autres recommandations faites par le service téléphonique Info-Santé CLSC.

2. Identifier les principales caractéristiques permettant de distinguer :
 - 2.1 Les usagers connaissant le service téléphonique Info-Santé CLSC de ceux qui ne le connaissent pas.
 - 2.2 Les usagers ayant eu recours au service téléphonique Info-Santé CLSC préalablement à leur visite médicale à l'urgence hospitalière ou à la clinique médicale sans rendez-vous de ceux qui ne l'ont pas utilisé.

3. Déterminer la place qu'occupe Info-Santé CLSC dans les sources d'information auxquelles ont recours les usagers dans le choix d'un service d'urgence.

CHAPITRE 2 : ÉTAT DES CONNAISSANCES

Au Québec, l'augmentation du nombre de visites à l'urgence de l'hôpital pour des cas non urgents a conduit à l'instauration d'un service de consultation téléphonique afin de susciter chez les usagers une utilisation plus adéquate. Avant d'examiner l'objet précis de la recherche, soit l'utilisation préalable du service téléphonique Info-Santé CLSC, l'historique de ce service téléphonique ainsi que ses évaluations depuis ses débuts seront présentées. Plusieurs auteurs ont étudié la recherche d'information en relation avec le choix d'un service de santé ; le service téléphonique Info-Santé CLSC demande à l'utilisateur de s'engager dans un processus de décision comprenant une recherche d'information. Différents écrits portant sur la recherche d'information ont été revus et seront présentés. Par la suite, la connaissance et l'utilisation du service téléphonique Info-Santé CLSC seront examinées par le biais de la notion d'innovation, avec ses catégories d'adoptants ou d'utilisateurs. Pour terminer, différents cadres théoriques seront présentés en vue d'une sélection pour la présente étude.

2.1. LE SERVICE TÉLÉPHONIQUE INFO-SANTÉ CLSC

2.1.1 Historique du service téléphonique Info-Santé CLSC

Le problème de l'engorgement des salles d'urgence au Québec dans les années 1980 a suscité la recherche de solutions dont l'accessibilité continue aux services. En réponse à l'encombrement des salles d'urgence ainsi qu'à l'augmentation de la demande des services de première ligne, le développement des lignes téléphoniques d'urgence fut amorcé. L'objectif, en créant des services d'accessibilité téléphonique continue, était de favoriser une utilisation plus adéquate des services spécialisés et ultra spécialisés, en orientant le consommateur vers d'autres ressources médicales plus légères

(Pelletier et Ouellet, 1994a). Le réseau de la santé et des services sociaux est très complexe. Il comprend plus de 800 établissements avec des professionnels et des organismes communautaires desservant des clientèles différentes. Il existe à l'intérieur de ce système de santé des problèmes d'accessibilité, par exemple : heures d'ouverture restreintes, difficulté d'obtenir rapidement un rendez-vous avec son médecin de famille, absence de médecin régulier, ce qui amène pour l'utilisateur des difficultés à s'orienter dans le système et à identifier la bonne ressource qui puisse répondre à son besoin (Pelletier et Ouellet, 1994a).

Au Québec, l'implantation d'un service d'information téléphonique s'est déroulée en plusieurs étapes. Notons tout d'abord que par leur mission, les CLSC offraient les services de maintien à domicile à une population nécessitant parfois des services 24/24 heures. La Loi sur les services de santé et les services sociaux demande aux CLSC d'être la porte d'entrée du réseau de la santé et des services sociaux en développant des services de première ligne en santé et en service social et d'offrir selon les besoins de la population, un grand éventail de services courants (MSSS, 1990). Par conséquent, le service téléphonique Info-Santé CLSC a été intégré à la majorité des CLSC du Québec en 1995.

Les services d'aide téléphonique ouverts 24 heures par jour et 7 jours par semaine (24/7), complément du service de maintien à domicile, furent mis en place en tant que service d'accueil, d'évaluation, d'orientation et de référence. Cette innovation fut trouvée intéressante et fut mise à la disponibilité de l'ensemble de la population au début des années 90, d'où le changement d'appellation pour celui de Services d'Accessibilité Téléphonique continue (S.A.T.), (Pelletier et Ouellet, 1994a). De plus, les mécanismes d'information, d'écoute et de consultation prévus dans la Politique de périnatalité ont été intégrés au service téléphonique 24/7 (MSSS, 1994).

Par ailleurs, la réforme québécoise de la santé et des services sociaux donne une place privilégiée à ce service pour la population. Par son document s'intitulant *Une réforme axée sur le citoyen*, le MSSS (1990), favorise le développement des CLSC en mettant en place dans chaque région du Québec un service d'information téléphonique accessible 24 heures par jour, 7 jours par semaine. L'implantation de ce service devait permettre l'accès rapide pour la population à une information adéquate sur les ressources et services disponibles afin d'éviter les recours à des services formels (MSSS, 1989). La Loi sur les services de santé et les services sociaux confirme l'intention ministérielle en reconnaissant à chaque personne le droit d'être informée de l'existence des services et des ressources disponibles dans son milieu en matière de santé et de services sociaux ainsi que des modalités d'accès à ces services et à ces ressources (Gouvernement du Québec, 1991).

Le but d'Info-Santé CLSC est d'améliorer l'accessibilité aux services et de faciliter l'orientation des citoyens dans le réseau de la santé et des services sociaux dans les différentes régions du Québec (MSSS, 1994). L'objectif général du service Info-Santé CLSC est d'offrir à toute la population de la province de Québec, une réponse téléphonique bilingue concernant des besoins d'information, d'évaluation, d'orientation et de référence dans une approche globale de la santé et ce, 24 heures par jour et 7 jours par semaine (MSSS, 1994). Soulignons que ce service est donné par du personnel infirmier. Les interventions nursing visent à diminuer l'incidence et la prévalence des problèmes de santé par le développement de la capacité d'autosoin des usagers, c'est-à-dire la capacité à effectuer des actions permettant le maintien ou l'amélioration de l'état de santé (Hagan et Garon, 1996). Les objectifs relatifs au réseau de la santé sont : 1) d'assurer le recours aux ressources existantes les plus aptes à répondre aux besoins des appelants; 2) de diminuer l'utilisation des salles d'urgence et de l'urgence sociale pour les besoins ne justifiant pas de tels services; 3) finalement,

d'assurer une surveillance pré-alerte en santé publique et une prise en charge rapide des situations problématiques telles les épidémies (MSSS, 1994).

2.1.2 Évaluation du service téléphonique Info-Santé CLSC

Même si les services téléphoniques Info-Santé CLSC furent implantés au Québec au cours des années 1980 (Hagan, Morin et Lépine, 1998), peu d'évaluations ont été produites jusqu'à ce jour.

Deux rapports ont été faits par Pelletier et Ouellet (1994a et 1994b) du Centre de Recherche sur les Services Communautaires (CRSC) de l'Université Laval à Québec. Le premier rapport présente une analyse descriptive des clientèles ayant fait appel aux services du programme d'accessibilité téléphonique continue et le deuxième rapport met en évidence différents facteurs expliquant l'utilisation du service d'accessibilité téléphonique pour la région de Laurentides-Lanaudière.

Leur premier rapport sur le Service d'accessibilité téléphonique continue (S.A.T.) des 13 CLSC des régions de Laurentides-Lanaudière, comprend les années de 1989 à 1993 (Pelletier et Ouellet, 1994a). L'étude réalisée alors, a voulu mettre en relation les objectifs visés lors de l'implantation des S.A.T. et les services actuellement rendus par le S.A.T. à la population. Deux aspects ont été analysés : les variations des volumes d'appels provenant de chacun des territoires de CLSC selon les caractéristiques des clientèles (âge, genre, code postal) et les besoins sociosanitaires. Les résultats montrent une croissance rapide des volumes d'appels pour les années 1989 à 1993 attribuables majoritairement à l'aspect santé. Cette croissance se termine par un ralentissement causé principalement par des limites de la capacité du service à répondre à la demande (appels perdus parce que le délai d'attente était trop long, peu de

lignes téléphoniques et peu d'intervenants) et de l'effort mis dans la promotion du service téléphonique par chacun des CLSC. La connaissance et l'utilisation du service varient selon les régions et les territoires de CLSC. Les besoins sociosanitaires différents ainsi que les habitudes de la population, amèneraient probablement des différences dans l'utilisation des services du S.A.T (Pelletier et Ouellet, 1994a). La densité des services provenant des cliniques privées et des polycliniques dans les régions du sud entraînerait une utilisation moindre du S.A.T. Par contre dans les sous-régions nord, on émet l'hypothèse que la population consulte les médecins de famille, les hôpitaux et les cliniques au lieu d'Info-Santé CLSC. De plus, les chercheurs ont l'impression que la perception d'un éloignement géographique de la centrale téléphonique pourrait s'accompagner d'une peur pour un certain nombre de personnes d'avoir à assumer les frais d'appels interurbains et de ne pouvoir recevoir la visite d'une infirmière ou d'un médecin. Finalement les usagers sont majoritairement des femmes demandant des informations de santé pour leurs enfants ou pour leurs proches (Pelletier et Ouellet, 1994a).

Suite à l'analyse de ces données, un deuxième rapport fait par Pelletier et Ouellet (1994b) du CRSC, nous présente les différents facteurs déterminant l'utilisation des services du S.A.T. Cette étude a servi à élaborer trois différents scénarios possibles pour l'utilisation éventuelle de ce service au cours des années 1995 à 2001, alors à venir. Le premier de ces scénarios est optimiste, en ce sens qu'il prévoit une progression constante du volume d'appels pour les années à venir. Le deuxième scénario est pessimiste et prévoit une progression lente et limitée d'utilisation et le dernier scénario est qualifié d'intermédiaire et prévoit une croissance modérée de l'utilisation.

Une étude faite par SOM (1996) présente une évaluation de la notoriété du service Info-Santé des CLSC de la Montérégie. Il s'agit d'un sondage fait auprès de 1402 adultes de cette région. Le but était de connaître

la perception de la population de la Montérégie pour le service Info-Santé CLSC, de déterminer le taux de notoriété de ce service, le taux d'utilisation réel du service et finalement, le taux de satisfaction chez les utilisateurs d'Info-Santé. Les résultats du sondage révèlent que dans l'éventualité d'un besoin d'information sur un problème de santé, la moitié des gens interrogés contacteraient par téléphone soit une clinique, un CLSC ou l'urgence hospitalière tandis que le tiers d'entre eux se rendraient sur les lieux (SOM, 1996). Par contre, seulement 4 % des répondants auraient utilisé le service téléphonique Info-Santé CLSC. Au cours des douze derniers mois, les services offerts par les CLSC, sauf le service téléphonique Info-Santé CLSC, ont été utilisés par 41 % des répondants alors que pour cette même période, les services hospitaliers y compris l'urgence, ont été utilisés par 55 % des répondants de la Montérégie et le bureau de médecin ou la clinique médicale ont été fréquentés par 78 % des répondants. Sept pour-cent affirment avoir utilisé le service téléphonique Info-Santé CLSC au cours des 12 derniers mois.

Concernant la notoriété du service téléphonique Info-Santé CLSC, plus de 50 % des personnes connaissent le service. Le service téléphonique Info-Santé CLSC est utilisé principalement par les femmes âgées entre 18 et 34 ans avec 12 années et plus de scolarité ayant un enfant de moins de 18 ans et qui sont, soit chômeuses ou à la maison. Le service téléphonique est peu connu des personnes âgées de 65 ans et plus. Dans l'ensemble des utilisateurs, le degré de satisfaction générale pour le service téléphonique Info-Santé CLSC, se situe à 8,8 sur une échelle de 0 à 10. Les résultats du sondage indiquent qu'en supposant que le service Info-Santé n'avait pas existé et que la personne aurait voulu avoir la même information sur un problème de santé, le tiers des répondants ont mentionné qu'ils seraient allés à l'urgence et un quart d'entre eux auraient vu un médecin (SOM, 1996).

La direction générale de la planification et de l'évaluation (DGPE) a adopté en 1996, un cadre d'évaluation des services Info-Santé CLSC. Son contenu provient du rapport d'un groupe de travail chargé de prioriser les questions d'évaluation, d'identifier les volets de l'évaluation à réaliser et d'en estimer les coûts (MSSS, 1996). Ce cadre d'évaluation permettra à ce ministère de prendre des décisions quant à la pertinence de maintenir le service téléphonique Info-Santé CLSC en se basant sur son efficience et son efficacité. Les résultats finaux sur l'évaluation (1994-1999) ainsi que sur les recommandations, sont parus en octobre 1999 et décembre 1999. La description en est faite à la fin de ce chapitre (MSSS, 1999a et 1999b).

Hagan et Garon (1996) du CRSC de l'Université de Laval ont réalisé une recherche portant sur l'évaluation de la satisfaction, de la capacité d'autosoin chez les usagers du service téléphonique Info-Santé CLSC et des coûts épargnés au réseau de la santé dans la région de la ville de Québec et ce, dans la période des 48-72 heures suivant l'appel. Cette étude descriptive de type enquête s'est effectuée à partir d'une relance téléphonique entre les mois de décembre 1995 et mars 1996 auprès d'un échantillon de 394 sujets choisis aléatoirement parmi les 58 676 appels reçus au service téléphonique Info-Santé CLSC de la région de Québec au cours de cette période. Une partie des résultats sont décrits ci-après.

Les femmes sont les principales utilisatrices du service Info-Santé (83,6 %) ; 53 % des appelants le font pour une autre personne et dans 25 % des cas ils le font pour un enfant de trois ans et moins. L'âge moyen pour l'ensemble des usagers, est de 36,5 ans, les personnes âgées représentent 7,4 % des usagers et les études secondaires sont complétées chez 50,5 % des répondants. Une proportion de 42,6 % de gens qui appellent pour eux-mêmes ont la perception d'être très malades; 67,7 % des raisons d'appel concernent des demandes d'information surtout reliées au système

gastro-intestinal. Une proportion de 94,4 % des utilisateurs se disent motivés à entreprendre les conseils suggérés par l'infirmière et 82,7 % les appliquent. Un pourcentage de 87,7 % d'usagers ont mentionné avoir été dirigé à très court terme par Info-Santé vers une autre ressource professionnelle et de ce nombre, 83,7 % ont dit avoir suivi les conseils de l'infirmière. Dans la plupart des cas (54,4 %), l'orientation était faite vers un médecin en médecine familiale. Une proportion de 85,8 % des personnes interrogées ont mentionné qu'elles n'ont pas eu besoin de consulter une autre ressource après l'entretien téléphonique fait avec à Info-Santé. Hagan et Garon, (1996), notent un faible degré d'association entre la perception d'être capable de résoudre le même problème s'il se présentait de nouveau et les personnes plus scolarisées. Près de la moitié des personnes qui n'ont pas consulté la ressource suggérée par l'infirmière, 48-72 heures après l'appel à Info-Santé CLSC, ont dit ne pas avoir l'intention de le faire. Les personnes qui appelleraient durant la nuit, ont un besoin plus grand de rappeler Info-Santé CLSC pour le même problème dans la période des 48-72 heures suivant leur premier appel. Cette conclusion est attribuée au fait qu'il y a moins de ressources disponibles la nuit et que par conséquent les infirmières auraient tendance à suggérer à la personne de rappeler à Info-Santé CLSC afin de faire un suivi de leur état de santé.

Enfin, dans l'éventualité où le service Info-Santé n'existait pas, une proportion de 75,8 % des répondants auraient consulté une ressource médicale pour solutionner leur problème ; 31 % des cas se seraient dirigés vers le service d'urgence hospitalier et 27 % vers une clinique médicale ou un médecin. Une proportion de 6 % des répondants auraient consulté le CLSC et 5,6 % n'auraient contacté aucune ressource. D'après Hagan et Garon (1996), si ces personnes avaient effectué ces démarches, un coût annuel de près de deux millions de dollars se serait ajouté aux dépenses du système de santé au Québec.

Les résultats révèlent que les objectifs de satisfaction et de développement de la capacité d'autosoins sont atteints de façon générale et permettent des économies substantielles au réseau de la santé et des services sociaux. Le service téléphonique Info-Santé CLSC aurait tendance à progresser comme premier contact avec le réseau ainsi que pour le soutien et l'éducation à la santé de la population ayant des problèmes de santé chroniques (service de deuxième et troisième lignes), (Hagan et Garon, 1996). Finalement les auteurs recommandent que le service téléphonique Info-Santé CLSC ait des moyens afin de mesurer l'impact économique de son utilisation sur l'efficacité dans le désengorgement des services d'urgence et dans la surutilisation de ressources professionnelles plus onéreuses.

Un autre rapport réalisé par le même centre de recherche (CRSC) et effectué par Hagan, Morin et Lépine (1998), présente les résultats d'une étude descriptive de type sondage sur l'évaluation provinciale des services téléphoniques Info-Santé CLSC. Le but était de mesurer à partir du point de vue de l'utilisateur, quelques aspects de l'accessibilité et de la qualité du service donné par Info-Santé CLSC ainsi que les effets des interventions des infirmières.

L'échantillon de type aléatoire comprenait 4696 appels faits aux services téléphoniques Info-Santé CLSC, et par conséquent, constitué uniquement de la population utilisatrice de ce service téléphonique, répartis dans les 119 services Info-Santé du Québec. Nous avons cité la région de Laval seulement lorsqu'il y avait des différences significatives entre leurs résultats et les résultats provinciaux. Un nombre de 518 entrevues complétées ont été réalisées pour cette région.

Quelques statistiques faisant partie de ce rapport sont présentées. Les résultats sont semblables à ceux de la première étude faite par Hagan et Garon (1996) : l'âge moyen des utilisateurs est de 35,6 ans; les

personnes âgées de 65 ans et plus représentent 8,4 % des appelants à Info-Santé et les femmes forment 85 % de la clientèle utilisatrice. La majorité des répondants (93 %) parlent français à la maison; pour la région de Laval, 7 % des répondants parlent une autre langue que le français à la maison. La scolarité se situe au niveau du secondaire ou moins (54 %); le revenu familial annuel avant impôt est de 40 000 \$ ou moins pour 63 % des participants et pour la région de Laval, on constate que 49 % des participants ont un revenu de moins de 40 000 \$. Une proportion de 50 % des répondants occupent un emploi à temps plein et à temps partiel tandis que 19,4 % sont à la maison. Le tiers des appels concernent les enfants de 5 ans et moins et les raisons d'intervention sont majoritairement des problèmes de santé physique (94 %). Les répondants consultent Info-Santé pour eux-mêmes ou pour une autre personne dans 50 % des cas. Une proportion de 52 % des utilisateurs perçoivent leur situation de « assez » à « très grave » lors de l'appel. L'accessibilité du service téléphonique Info-Santé CLSC est jugée bonne dans 84 % des cas. Le service rendu par les infirmières est qualifié en général de très satisfaisant. Par contre, dans la région de Laval, les personnes ont eu davantage de difficulté à trouver le numéro de téléphone du service téléphonique Info-Santé CLSC (9,3 %) comparé à 5,7 % pour les personnes de l'ensemble du Québec. Une proportion de 32,3 % des personnes de la région de Laval doivent parler au moins à une autre personne avant de pouvoir parler à l'infirmière, comparé à la moyenne québécoise (20,7 %). Le temps d'attente est considéré peu ou pas du tout acceptable pour les usagers de Laval et ce, dans une proportion de 24,2 % comparé à la moyenne du Québec (17,3 %).

Parmi les personnes consultées, 39 % ont fait un ou deux appels au service téléphonique Info-Santé CLSC au cours des 12 derniers mois et 22,9 % ont fait sept appels et plus. Une proportion de 17 % des personnes avaient déjà consulté une autre ressource pour le même problème avant de contacter Info-Santé. Parmi ces personnes, 68 % ont consulté un

médecin en urgence, en CLSC ou en clinique médicale. De ce pourcentage, nous retrouvons 34,7 % des cas qui décident d'appeler Info-Santé soit pour compléter l'information reçue ailleurs, soit parce que leur état s'était détérioré (21,4 %) ou bien parce que quelqu'un leur avait recommandé de le faire (21,5 %). Le niveau moyen d'inquiétude se situe à 5,9 et l'urgence perçue se situe à un niveau de 6,2 sur une échelle de 0 à 10. Le degré de gravité perçue est qualifié de « assez grave » chez 45,8 % des appelants. Les personnes ayant été référées à l'hôpital, présentent un degré d'inquiétude plus élevé que la moyenne (7,2 %) et celles qui perçoivent leur situation plus urgente représentent 7,3 %.

Les infirmières ont recommandé un recours immédiat à une ressource professionnelle dans 16 % des cas ; on a suggéré de consulter dans un délai de quelques heures à 23 % des cas et si leur état se détériorait, il fut recommandé de consulter à 29 % des appelants.

La consultation auprès d'une clinique privée était la ressource la plus recommandée (42,2 %). Le recours à l'urgence d'un hôpital a été conseillé à 29,5 % des appelants et un pourcentage de 11,4 % a été dirigé vers un CLSC. Une grande majorité de personnes se conformait à la recommandation de consulter tout de suite (81 %) et de consulter dans un court délai (quelques heures) (76 %). Cependant, il est mentionné qu'une proportion de 18 % des appelants ont consulté une ressource sans que l'infirmière ne l'ait formellement recommandé, les raisons mentionnées, étaient pour des troubles gastro-intestinaux ou pour les usagers qui percevaient leur état comme grave. À la question demandant ce qu'aurait fait la personne si le service téléphonique Info-Santé CLSC n'avait pas existé au moment de leur appel, 89 % disent qu'ils auraient consulté une autre ressource, dont la moitié (50 %) au service d'urgence d'un hôpital, 36 % auraient consulté un médecin d'une clinique médicale et 9,5 % auraient consulté un CLSC. On note que 53,5 % des personnes de la région de Laval

auraient eu recours à un médecin en clinique privée ou CLSC, ce qui représente un pourcentage plus élevé que la moyenne du Québec (45,4 %). Les principaux avantages perçus à utiliser le service téléphonique Info-Santé CLSC plutôt que d'autres services en santé pour l'ensemble du Québec, sont l'accessibilité rapide (58 % des cas), avoir plus d'information (48 %) et éviter des déplacements (38 %). Les avantages perçus à utiliser Info-Santé CLSC pour les usagers de la région de Laval, sont qu'ils ont plus de temps pour exposer et parler de leur problème (16,4 % versus 10,3 % pour l'ensemble du Québec). D'après les résultats de cette étude, le service téléphonique Info-Santé CLSC répond aux objectifs fixés par le MSSS pour l'utilisation adéquate des ressources et de l'impact favorable sur le réseau sociosanitaire (basée sur l'hypothèse qu'en l'absence des services téléphoniques Info-Santé CLSC, une grande proportion de personnes aurait recouru à un service d'urgence). On révèle aussi que le service téléphonique Info-Santé CLSC contribuerait à faire épargner des dépenses directes et indirectes aux usagers. Ces derniers peuvent participer à la résolution de leur problème, ils peuvent éviter des dépenses de transport et gagner du temps. Finalement, il est suggéré de documenter d'une façon qualitative comment ce service téléphonique influence les attitudes des personnes à l'égard de l'utilisation des services professionnels de santé et de l'autogestion de la santé tant au niveau personnel que familial.

En octobre 1999, le comité de suivi a remis au MSSS un rapport final d'évaluation provinciale des services Info-Santé CLSC et ce, cinq ans après leur inauguration (MSSS, 1999a). Quelques résultats de cette évaluation présentés ci-contre, indiquent que la notoriété (connaissance) d'Info-Santé CLSC a augmenté de 43 % à 75 % depuis son implantation en 1995 (MSSS, 1999a), tandis que son utilisation a atteint 323 appels pour 1 000 en 1998 au lieu de la prédiction de 260 appels pour 1 000. Par contre, le taux de notoriété est plus faible chez les personnes âgées de 65 ans et plus (55 %) comparativement aux autres catégories d'âge et chez les

personnes de langue anglaise (62 %) comparativement aux autres québécois. Il est aussi plus bas chez les individus à faible revenu (66 %) et moins scolarisés (70 %) comparativement aux autres individus participants au sondage. Les utilisateurs du service téléphonique Info-Santé CLSC sont de l'ordre de 28 % et se retrouvent en plus grand nombre chez les femmes (34 %) que chez les hommes (21 %). Les personnes qui utilisent ce service vivent avec un enfant de moins de cinq ans dans une proportion de 60 %. L'étude a démontré qu'il pourrait y avoir des progrès possibles concernant la connaissance et l'utilisation du service dans la population en général et plus particulièrement chez les usagers des salles d'urgence. Finalement le rapport sur les recommandations finales du comité de suivi pour l'amélioration et le développement futur des services (MSSS, 1999b), mentionne qu'Info-Santé CLSC rempli d'une façon efficace sa mission. On estime qu'entre 29 et 34 % des appels traités permettent d'éviter une visite à la salle d'urgence et que 99 % de la clientèle contacterait à nouveau le service Info-Santé si nécessaire. En l'absence de ce service, 89 % des personnes auraient contacté une autre ressource. Trois recommandations sur les 22 faites soit aux CLSC, aux régies régionales ou au MSSS attirent notre attention. Le comité recommande au MSSS et aux régies régionales : 1) d'augmenter la connaissance sur la nature et la disponibilité du service téléphonique auprès de la population, 2) de faciliter l'utilisation du service Info-Santé CLSC pour les groupes de personnes âgées de 65 ans et plus, des personnes d'expression anglaise et des personnes malentendantes, (c'est-à-dire rejoindre des nouveaux groupes de personnes), 3) de recueillir de l'information sur la notoriété et sur les facteurs d'utilisation du service Info-Santé CLSC parmi les cas urgents et non urgents des salles d'urgence.

En résumé, l'ampleur qu'a pris le service téléphonique Info-Santé CLSC depuis son implantation en 1995 a amené une certaine proportion de la population québécoise à rechercher plus d'information sur leur santé et sur les services disponibles. Les recommandations faites par le

service téléphonique Info-Santé CLSC auraient permis à un certain nombre de personnes d'éviter des visites non urgentes dans nos hôpitaux. Les études antérieures indiquent que les femmes utilisent plus le service Info-Santé CLSC que les hommes. Plusieurs résultats similaires se retrouvent dans ces études de type sondage, comme par exemple, le degré de connaissance, la satisfaction des usagers pour ce service téléphonique, la conformité pour l'usager aux conseils reçus. Notre étude s'intéresse tout particulièrement aux usagers qui, une fois rendus au service d'urgence, nous informe de l'utilisation ou pas du service téléphonique Info-Santé CLSC avant d'effectuer leur visite. Il serait intéressant et profitable d'aller chercher de nouveaux adeptes pour ce service parmi ceux qui ne le connaissent pas ou qui l'utilisent peu et qui ont probablement plus de chances de se retrouver à la salle d'urgence d'un hôpital pour des problèmes de santé non urgents.

2.2 RECHERCHE D'INFORMATION

La section suivante décrira les principaux écrits portant sur la recherche d'information. Les facteurs ayant été identifiés comme nuisant et facilitant la recherche d'information seront présentés. Les sources d'information seront abordées ainsi que le besoin et la disponibilité perçus d'information, qui influencent la recherche d'information.

2.2.1 Démarche de recherche d'information

Certaines personnes présentant des problèmes d'ordre physique, social ou psychologique rechercheront activement de l'information, tandis que d'autres ne feront aucune démarche. Cette demande d'aide apportera un maintien ou une amélioration de la condition de ces personnes (Baker, 1994; Guadagnoli et Ward, 1998; Roberts et al., 1997).

Plusieurs facteurs influencent cette recherche d'aide d'information, dont : Quelle sorte d'aide la personne demande-t-elle ? Qui demande de l'aide ? À qui le demande-t-on ? Pourquoi demande-t-on de l'aide ?

D'après Chevarie (1991), nous entendons par recherche d'aide :

« Toutes les communications à propos d'un problème ou d'un événement difficile, lesquelles ont pour but d'obtenir du soutien, des conseils ou une assistance en période de détresse. » p.3

La recherche d'aide ou d'information peut se faire auprès de la famille, d'amis, de voisins ainsi qu'auprès de ressources professionnelles (Babakus et al., 1991 ; Boscarino et Steiber, 1982 ; Stewart et al., 1989, tous cités dans Leduc (1999).

Une recherche faite par Bélanger et Bouchard (1998), présente le processus de la recherche d'information selon deux perspectives : l'adaptation (coping) et la communication. Théoriquement la recherche d'information est considérée une stratégie d'adaptation efficace si elle a des résultats favorables sur le bien-être physique, psychologique et social. Cette stratégie adaptative donne à la personne la capacité d'affronter une situation inconnue et dérangement. En utilisant l'information disponible, la personne identifie plus facilement son problème et les actions à entreprendre pour le régler.

La communication quant à elle peut présenter certaines barrières à la recherche d'information. Mentionnons la difficulté à formuler des questions, la peur de paraître peu renseigné, de déranger, de se sentir gêné ainsi que de penser que le personnel soignant n'est pas disponible. Selon Chevarie (1991) ainsi que Rudd et Glanz (1990), plusieurs attitudes

face à la communication sont influencées par des facteurs psychologiques, sociaux, contextuels et démographiques. Ceux-ci ont pour effet de cesser ou de continuer la recherche d'aide ou d'information (Bujorian, 1988).

La recherche d'information est considérée par les personnes atteintes d'un cancer comme étant la plupart du temps risquée car elles tendent à fixer toute leur attention sur leur maladie (Bélanger, 1992; Bélanger et Bouchard, 1998; Bujorian, 1988; Loiselle et Delvigne-Jean, 1998). C'est probablement pour cette raison que les personnes veulent en savoir le moins possible ou qu'elles ne font pas de démarche pour chercher des renseignements. Elles filtrent l'information et gardent celle qui leur convient, ce qui a pour effet de diminuer leur stress émotionnel. À l'intérieur de leur étude, Bélanger et Bouchard (1998) indiquent que les principaux agents d'information sont le médecin et l'infirmière, mais que le médecin est privilégié parce qu'il est considéré comme un expert de la maladie. Les infirmières quant à elles, sont considérées comme une source de réconfort et de soutien.

2.2.2 Facteurs associés à la recherche d'information

2.2.2.1 Facteurs facilitant la recherche d'information

L'interaction avec une autre personne à un moment donné de la démarche de recherche d'information est fondamentale. Des variables considérées comme favorables sont, entre autres, le sentiment de ne pas déranger, de disposer de temps pour parler, d'être capable de comprendre ce que l'autre dit, de s'exprimer et de le dire lorsque l'on ne comprend pas (Bélanger et Bouchard, 1998).

2.2.2.2 Facteurs nuisant à la recherche d'information

Il existe également des variables faisant obstacle à la recherche d'information : la crainte de blesser l'autre, la gêne ou la difficulté d'employer des mots compliqués. Le fait de se comporter d'une certaine façon influencera la réponse de l'autre (Bélanger et Bouchard, 1998).

La documentation sur la recherche d'information souligne que cette dernière est souvent entreprise par les parents ayant de jeunes enfants. Kai (1996) a fait une étude qualitative sur ce sujet. Son objectif était d'identifier et d'explorer l'expérience et les difficultés des parents confrontés avec une maladie chez leurs jeunes enfants âgés entre 0 et 4 ans et l'information recherchée. Les résultats indiquent que les parents se sentent désemparés quand vient le temps d'être confrontés avec la maladie de leurs enfants à cause des difficultés de compréhension sur le sens de la maladie. Les principaux obstacles se rencontrent au niveau de l'information inadéquate transmise par les professionnels de la santé et les variations dans les comportements et les décisions de leur médecin. Tout ceci amène une frustration des parents sur la compréhension de la maladie. Les parents expriment le besoin d'avoir de l'information spécifique et accessible pour les supporter à travers la négociation de la maladie de leurs enfants. D'après l'auteur, la communication avec les parents requiert une grande reconnaissance de leurs difficultés. Les professionnels ont un potentiel considérable pour guider les parents en leur apportant plus d'information et d'outils adaptés à leur besoin (Kai, 1996).

2.2.2.3 Les principales sources d'information

Les principales sources d'information personnelles ou externes que les parents utilisent pour leur enfant sont particulièrement leur famille, leurs amis, le médecin ou le pharmacien (Kai, 1996). Les parents recherchent

aussi de l'information plus détaillée sur la maladie en se référant aux médias comme entre autres, les magazines s'adressant aux parents, les articles de journaux, les reportages télévisés, les campagnes publicitaires ou les pratiques alternatives de soins comme les médecines douces (Kai, 1996).

La personne seule quant à elle, a comme sources d'information, la famille, les amis, les voisins et a tendance à moins recourir aux médecins ou autres professionnels de la santé (Babakus et al., 1991 ; Boscarino et Steiber, 1982 ; Stewart et al., 1989, tous cités dans Leduc, 1999). En situation d'immigration récente, les principales sources d'information se retrouvent parmi les proches parents, les voisins ou les employeurs (Leduc, 1999).

Les sources internes d'information telles que l'expérience personnelle ou l'utilisation passée des services de santé, se retrouvent chez la plupart des personnes (Murray, 1991, dans Leduc, 1999). La majorité des personnes consultent une ou deux sources d'information parmi les plus facilement accessibles pour elles (Assael, 1984 et 1998).

2.2.2.4 Besoin perçu d'information

Les parents expriment le besoin d'avoir plus d'information sur les maladies infantiles (Kai, 1996). Les conseils sur les simples symptômes sont insuffisants. Ils recherchent plus d'explications ainsi que des détails spécifiques et des pratiques pour les aider à prendre des décisions. Ils veulent connaître les causes d'une maladie, comment reconnaître la gravité et quand consulter pour un avis ou une évaluation professionnelle. Ils veulent savoir les conséquences de la maladie, ses traitements et la façon de la prévenir. Plusieurs pensent que s'ils sont mieux informés, cela contribuera à réduire leur anxiété (Baker, 1994). En règle générale, les patients ont besoin d'information pour comprendre ce qui ne va pas, avoir une idée réaliste du

pronostic, comprendre le processus et les résultats probables des tests et des traitements possibles, l'assistance dans l'autosoins, apprendre au sujet des services et des ressources d'aide disponibles, aider les autres à comprendre leur malaise ou leur maladie, comprendre comment prévenir une maladie et finalement identifier les meilleurs endroits où recevoir des soins (Baker, 1994 ; Coulter, Entwistle et Gilbert, 1999).

2.2.2.5 Disponibilité perçue de l'information

Pour que les consommateurs utilisent l'information afin de décider de l'action à entreprendre, il faut que cette information soit disponible, utile, rapidement intégrée et transmise dans un langage simple et clair. De plus, cette information doit être facilement accessible quand viendra le temps pour le consommateur de prendre une décision (Rudd et Glanz, 1990). Une étude portant sur l'utilisation des services de santé, rapporte que la disponibilité de l'information sur les services offerts par les ressources en santé, est perçue par les usagers d'urgence hospitalière comme étant faible (Leduc, 1999).

Un autre aspect tout à fait différent et nouveau sur la recherche d'information est celui s'intéressant à l'information en santé sur Internet (sites Web) et sur la façon dont elle peut aider les gens à se débrouiller avec les problèmes de santé les plus souvent rencontrés. Impicciatore et al. (1997) ont utilisé comme méthode deux outils de recherche, Yahoo et Excite, sur lesquels les parents recherchent de l'information ou des conseils à la maison, et dont l'objectif est d'évaluer la fiabilité de l'information en soins de santé sur le Web et l'assistance réellement apportée aux parents. Les résultats suggèrent l'urgent besoin de vérifier l'information touchant les soins de santé sur Internet pour que les renseignements soient les plus complets possibles, qu'ils soient exacts et cohérents. Les auteurs terminent en mentionnant que l'information sur Internet ne devrait pas être un substitut aux soins de routine

donnés par le médecin de famille. Elle est, à date, peu utilisée par rapport aux sources personnelles d'information comme les parents, la famille, les amis ou les professionnels de la santé mais la croissance et la grande disponibilité d'Internet augmenteront de beaucoup l'accès à l'information en santé. Déjà plus de 10 000 sites Web se rattachent à la santé et au-delà du tiers des internautes accèdent à ces sites pour rechercher et copier de l'information médicale ou de santé (Eysenbach et Diepgen, 1999). Cette documentation dans la plupart des cas est inexacte ou trompeuse mais il est difficile pour un « non-spécialiste » de classer ou de trier le vrai du faux (Bader et Braude, 1998 ; Coulter, 1998 ; Kim et al., 1999).

La recherche d'information est fondamentale et plusieurs facteurs l'influencent. Les personnes ont besoin d'information pour comprendre ce qui ne va pas afin de prendre les moyens nécessaires pour régler leur problème mais afin que tout se réalise, il faut que l'information désirée soit disponible. Une personne peut rechercher ou ne pas rechercher de l'information. La famille, les amis ou les professionnels de la santé s'avèrent des sources d'information importantes auprès de la personne. Elles peuvent l'aider à prendre une décision et ainsi l'aider à affronter une situation inconnue ou dérangeante. Le besoin perçu d'information sur un service de santé est en général plus élevé chez les parents ayant de jeunes enfants. Le besoin d'information se situe souvent au niveau de la compréhension du problème de santé, les alternatives de solution, la façon de le prévenir et les ressources en santé. La disponibilité de l'information quant à elle, est la perception de la facilité avec laquelle cette information est utile et facilement accessible pour le consommateur en vue d'entreprendre une action.

2.3 CARACTÉRISTIQUES D'UNE NOUVELLE SOURCE D'INFORMATION : L'INNOVATION

Nous avons jugé pertinent de revoir la littérature sur l'innovation pour comprendre la connaissance et l'utilisation du service téléphonique Info-Santé CLSC. Ce service téléphonique constitue une innovation dans le réseau de la santé et des services sociaux. Les principales caractéristiques d'une innovation ainsi que les catégories d'adoptants seront mises en relation avec les utilisateurs de ce service téléphonique, en se demandant pourquoi de nouvelles interventions, comme le service téléphonique Info-Santé CLSC, sont parfois moins bien utilisées chez certains usagers du réseau de la santé.

2.3.1 Éléments de diffusion d'une innovation

La diffusion est une sorte de changement social (Rogers, 1995). Les quatre éléments majeurs dans la diffusion de l'innovation sont les caractéristiques de l'innovation, les différentes voies de communication, le temps et le système social (Rogers, 1995).

2.3.2 Les caractéristiques de l'innovation

Des innovations de consommation tels les téléphones sans fil ou les magnétoscopes, n'ont besoin que de quelques années avant d'atteindre un taux d'adoption élevé alors que des idées nouvelles comme le système métrique ou l'utilisation des ceintures de sécurité dans les automobiles requièrent des décennies avant l'utilisation complète.

Rogers (1995) définit le taux d'adoption comme étant la vitesse relative à laquelle une innovation est adoptée par les membres d'une société. Ce taux est généralement mesuré par le nombre d'individus qui adoptent une nouvelle idée durant une période spécifique. Le taux d'adoption est un indicateur numérique de l'évolution de la courbe de l'innovation.

Les caractéristiques d'innovation qui suivent, aident à expliquer les différents taux d'adoption (Rogers, 1995).

1. Avantage relatif : le degré auquel une innovation est perçue comme étant meilleure que l'idée qu'elle remplace. La perception des avantages relatifs à l'innovation accélère son taux d'adoption.
2. Compatibilité : le degré auquel l'innovation est perçue comme étant consistante avec les valeurs existantes, les expériences passées et les besoins des adoptants potentiels. Une idée incompatible avec les valeurs et les normalités d'un système social ne sera pas adoptée aussi rapidement qu'une innovation compatible aux besoins des gens.
3. Complexité : le degré de difficulté dans la compréhension et l'utilisation de l'innovation. Les idées les plus simples sont adoptées plus rapidement que celles où l'adoptant doit apprendre à développer de nouvelles aptitudes et de nouveaux principes.
4. Expérimentation : le degré de mise en essai d'une innovation sur une base limitée. Une innovation disponible pour essai représente moins d'incertitude chez celui qui considère l'adoption de l'innovation.
5. Observation : le degré de visibilité d'une innovation face aux autres. La facilité pour les individus de voir les résultats d'une innovation, amène une disponibilité plus grande à l'adoption.

Les innovations étant perçues comme avantageuses, compatibles, disponibles à l'essai, observables et moins complexes, seront adoptées plus rapidement que les autres innovations. Des recherches antérieures démontrent l'importance de ces cinq qualités pour le taux d'adoption (Rogers, 1995).

2.3.3 Les voies de communication

L'essence du processus de diffusion est l'échange d'information par lequel un individu communique une nouvelle idée à un ou plusieurs individus. Un canal de communication est le moyen par lequel les messages vont d'un individu à l'autre. Les canaux de médias de masse (radio, télévision, journaux) sont souvent plus efficaces et plus rapides pour informer une audience d'adoptants potentiels sur l'existence d'une innovation. Par contre les canaux interpersonnels sont plus efficaces dans la persuasion d'un individu d'accepter une nouvelle idée. Les canaux interpersonnels impliquent un face à face entre deux ou plusieurs individus. La plupart des gens dépendent d'une évaluation subjective de l'idée par quelqu'un qui leur ressemble et qui a lui-même adopté l'idée (Bandura, 1986; Rogers, 1995).

2.3.4 Le temps

Le temps est un élément faisant partie du processus de diffusion d'une innovation. On retrouve cinq principaux facteurs dans le processus de diffusion d'innovation ; 1) la connaissance et la compréhension du fonctionnement de l'innovation ; 2) l'attitude favorable ou non favorable face à l'idée ; 3) adopter ou rejeter l'idée ; 4) l'utilisation de l'innovation ; 5) renforcer sa décision ou changer d'idée suite à un conflit dans l'innovation. À ce stade-ci, un individu se demande quelle est l'innovation, comment et pourquoi elle fonctionne. Il recherche de l'information à travers les médias de masse. Les évaluations d'autres personnes influenceront sa décision. Lorsque la décision face à l'innovation est prise par un système plutôt qu'un individu, le processus est plus compliqué car il implique un grand nombre de personnes (Bandura, 1986 ; Rogers, 1995).

2.3.5 Le système social

Les membres d'un système social comprennent des individus, différents groupes, organismes et/ou sous-systèmes (Rogers, 1995). C'est précisément dans ce système qu'a lieu la diffusion. Il constitue les frontières de la diffusion d'innovations. Ici nous y retrouvons les effets des normes sur la diffusion, le rôle des opinions des chefs et des agents de changements, les types de décisions d'innovation et les conséquences de celles-ci. Ces éléments concernent les relations entre le système social et le processus de diffusion. C'est impossible d'étudier la diffusion sans connaître les structures sociales dans lesquelles les adoptants potentiels se retrouvent. Le noyau du processus de diffusion est formé de réseaux d'échanges interpersonnels et de modelage social entre les individus ayant déjà adopté l'idée et ceux qui sont influencés à l'adopter. La diffusion est fondamentalement un processus social (Bandura, 1986; Rogers, 1995).

2.3.6 Catégories d'adoptants d'une innovation

Le degré auquel un individu adopte une idée relativement plus tôt que les autres membres d'un système se nomme le sens innovateur. Il démontre un changement de comportement plutôt qu'un changement d'attitude (Bandura, 1986; Rogers, 1995).

Les catégories d'adoptants représentent une classification de membres d'un système social selon leur sens innovateur. Il existe cinq catégories d'adoptants (Bandura, 1986; Rogers, 1995).

Innovateurs (aventuriers) : Ils sont plus cosmopolites dans leurs relations sociales. Ils ont un contrôle substantiel des ressources financières, comprennent et appliquent les connaissances techniques complexes et peuvent faire face à un degré élevé d'incertitude. Ils aiment le risque et ne

sont pas nécessairement respectés par les autres membres du système, ceci les poussant à importer des innovations d'autres systèmes.

Adoptants hâtifs : Ils ont le plus grand pouvoir d'opinion dans la plupart des systèmes. Ils sont sollicités par les agents de changements comme propagateurs locaux pour faire accélérer le processus de diffusion.

Majorité hâtive : Ils adoptent une idée juste avant les membres moyens d'un système. Ils sont le lien entre les très hâtifs et les très tardifs dans le processus de décision. Ils forment le tiers des membres d'un système.

Majorité tardive (septiques) : Ils adoptent l'idée juste après l'individu moyen d'un système. Ils forment le tiers des membres d'un système. Ils n'adoptent pas tant que la plupart des autres membres n'ont pas décidé d'adopter.

Moutons noirs (retardataires, traditionnels) : Ils sont les derniers à adopter l'idée. Étant presque isolés, leur référence est le passé. Ils ont des valeurs traditionnelles et sont soupçonneux face à l'innovation. Leur situation économique précaire les force à être extrêmement prudents dans l'adoption d'innovations. Il est cependant erroné de dire que les « moutons noirs » ont tort d'adopter si tardivement une idée (Bandura, 1986 ; Rogers, 1995).

2.3.6.1 Caractéristiques des catégories d'adoptants d'une innovation

Ce qui caractérisent les catégories d'utilisateurs d'une innovation sont, d'après Rogers (1995), le statut socioéconomique, les variations de personnalité et les comportements envers la communication.

En ce qui concerne le statut socioéconomique, les adoptants hâtifs ne diffèrent pas des adoptants tardifs en ce qui a trait à leur âge mais sont plus scolarisés. Ils ont des statuts sociaux plus élevés, une plus grande chance d'avancement social et ils font partie d'unités plus larges comme une ferme, une compagnie, une école. Au niveau de la personnalité, les adoptants hâtifs sont plus sympathiques que les adoptants tardifs. Ils sont dogmatiques, ils ont plus de facilité à gérer les choses abstraites. Ils sont plus rationnels, possèdent une grande intelligence, ont une attitude favorable au changement. Ils ont une meilleure mobilité à gérer l'incertitude et le risque, ils sont plus portés vers les sciences et sont moins fatalistes que les adoptants tardifs. Quant aux comportements de communication, les adoptants hâtifs ont une participation sociale plus grande que les tardifs. Ils ont plus de relations et de communications interpersonnelles, sont plus cosmopolites. Ils ont des contacts fréquents avec l'agent de changement, ont une plus grande exposition aux médias de masse. Ils recherchent activement de l'information sur l'innovation, ont une plus grande connaissance de l'innovation et possèdent un plus grand pouvoir d'opinion.

2.3.7 L'agent de changement

Un agent de changement influence les décisions des clients vers une décision favorable. Il a sept rôles à jouer : 1) développer le besoin pour un changement chez le client; 2) établir une relation d'échange d'information; 3) diagnostiquer le problème; 4) créer l'intention de changer chez le client; 5) faire passer de l'intention à l'action; 6) stabiliser l'adoption et empêcher l'arrêt d'utilisation; 7) atteindre une relation finale avec le client (Rogers, 1995).

2.4 CADRES THÉORIQUES

Le cadre théorique utilisé dans l'étude de Pelletier et Ouellet (1994a) et servant à mesurer l'accessibilité, est le modèle d'Aday et Andersen. Ce modèle comprend quatre dimensions de l'accessibilité, soient, la disponibilité des services, les coûts, l'utilisation effective et la satisfaction du client. Ce modèle a servi à explorer les clientèles qui utilisent le S.AT. du CLSC Ste-Thérèse de Blainville.

Le second modèle fut utilisé dans l'étude faite par Hagan et Garon (1996). Il s'agit du cadre de référence sur l'évaluation des résultats chez les usagers par l'atteinte des objectifs (effets attendus) du service, de Donabedian. Ce cadre de référence a servi à définir l'approche évaluative de type résultat utilisée dans leur étude. Les mesures de résultats retenues pour évaluer le service Info-Santé de la région de Québec, sont la satisfaction et la capacité d'autosoin chez les usagers, suite à l'appel à Info Santé.

Nos recherches nous ont conduit vers d'autres cadres théoriques intéressants pour étudier la connaissance du service téléphonique Info-Santé CLSC et son utilisation préalable à la visite médicale sans rendez-vous. Trois modèles s'appliquent très bien à nos objectifs. Le premier est le modèle de Lenz (1984), qui décrit le processus de recherche d'information. Le deuxième modèle est celui de prise de décision complexe d'Assael (1984 et 1998), qui amène chez le consommateur la reconnaissance et le besoin pour un produit ou un service, tel le service téléphonique Info-Santé CLSC. Finalement, le troisième modèle est la diffusion d'une innovation de Rogers (1995), qui traite du processus de décision et aborde la connaissance d'un service jusqu'à son utilisation ou son rejet.

Tel que précisé dans les sections précédentes, la décision de rechercher de l'information en santé pour le consommateur est déterminée par les facteurs psychosociaux (connaissance, attitudes et perception), le statut socioéconomique, la personnalité et le comportement de communication (Lenz, 1984; Rogers, 1995).

Les connaissances des individus à l'égard des avantages et des risques, leurs croyances en l'efficacité des conseils reçus, la présence de certaines barrières comme l'accessibilité, leurs capacités personnelles et le support social peuvent influencer leur décision face à l'utilisation d'un service de santé tel le service téléphonique Info-Santé CLSC. De plus, les variables comme l'âge, le genre, le niveau socioéconomique, la scolarité sont fréquemment associées à une plus ou moins grande utilisation d'un service de santé (Rogers, 1995; Tudiver et Talbot, 1999).

2.4.1 Processus de recherche d'information

Selon Lenz (1984), le *processus de recherche d'information* est conceptualisé comme étant une composante du processus de décision. La plupart des modèles de décision demandent une succession d'étapes qui impliquent l'identification d'un problème à résoudre ou d'un but à atteindre. Il s'agit d'assembler l'information au sujet des pistes d'actions possibles, d'évaluer et de peser les options, de choisir l'alternative optimale et de prendre action pour résoudre le problème ou d'atteindre l'objectif. Les auteurs Waltz, Strickland et Lenz (1991), ont élaboré six étapes distinctes dans le processus de recherche d'aide. La première étape consiste à avoir un stimulus (ou la perception du besoin d'aide), elle fait partie du processus cognitif. La deuxième étape se nomme les activités préliminaires et comprend la définition du but et la prise de décision de chercher de l'aide, cette étape fait aussi partie du processus cognitif. La troisième étape est la recherche d'information ; les éléments qui la composent sont la recherche et

l'acquisition d'information au sujet d'options de ressources. Le premier élément fait partie du processus comportemental tandis que l'autre élément (acquérir) fait partie du processus cognitif. La quatrième étape, qui est aussi un processus cognitif, est le choix d'une ressource. Elle demande d'évaluer les options possibles et de choisir la ressource désirée parmi celles disponibles. La cinquième étape, de type comportemental, est le contact avec les ressources choisies. Enfin la dernière étape se nomme les résultats et comprend trois éléments. Le premier, de type comportemental, est de recevoir ou de ne pas recevoir de l'aide. Le second, de type cognitif, consiste en l'évaluation du but fixé et le troisième, de type comportemental, est basé sur la fin ou la continuité de la recherche d'aide.

2.4.1.1 Variables affectant la recherche d'information

Ce modèle suggère que le comportement de recherche soit l'étape clé dans le processus de recherche d'information. Trois types de variables sont des prédicteurs potentiels du comportement de recherche, il s'agit des antécédents, de la personnalité et du contexte (Lenz, 1984).

1. Antécédents

La majorité des variables faisant partie des antécédents et influençant le comportement de recherche comprennent les *caractéristiques sociodémographiques et l'expérience de santé antérieure*. L'âge est associé négativement à l'importance du comportement de recherche et ce, peut-être parce que les personnes âgées ont un large bagage d'information dans leur mémoire et consacrent peu d'énergie à la recherche d'information. Elles peuvent avoir moins accès aux sources d'information personnelles et impersonnelles que les jeunes adultes. Les personnes âgées qui auraient un grand besoin d'information sur la santé, sont celles qui la recherchent probablement le moins (Lenz, 1984). Le *statut socioéconomique* est aussi,

comme l'âge, associé négativement à l'importance du comportement de recherche. Les personnes ayant un statut socioéconomiquement élevé recherchent de l'information plus largement, ont un haut niveau de capacité cognitive facilitant par le fait même la définition du besoin d'information et la compréhension des dimensions complexes et abstraites de la santé. Elles ont une confiance vis-à-vis les professionnels de la santé, elles portent un grand intérêt sur les sujets traitant de la santé, elles ont moins de contraintes financières et elles possèdent comme source d'information, un grand réseau social. D'autres prédicteurs sociodémographiques potentiels du comportement de recherche incluent l'état civil, le statut d'emploi, l'appartenance ethnique et le genre. Les femmes sont généralement considérées comme étant plus engagées dans la recherche d'information sur la santé.

2. Personnalité

Dans la littérature sur les comportements du consommateur, Schaninger et Sciglimpaglia, cités dans Lenz (1984), ont identifié six traits de personnalité pouvant probablement influencer le comportement de recherche d'information ; la tolérance pour l'ambiguïté, l'estime de soi, le besoin d'avoir des connaissances claires sur le sujet, la rigidité, les traits d'anxiété et le style cognitif. Les trois premiers traits de personnalité sont reliés positivement à l'importance de la recherche d'information. La rigidité et le dogmatisme découragent la recherche d'information car ces traits reflètent la résistance au changement et créent potentiellement un conflit d'idées.

3. Contexte

La troisième classe de variables qui a un impact sur le comportement de recherche d'information concerne les conditions sous lesquelles il est produit. L'existence de contraintes de temps, le degré

d'incertitude et les risques dus aux décisions sont importants pour l'individu. L'information recherchée semble être encouragée par la disponibilité des choix. Le comportement de recherche peut aussi être influencé par l'environnement physique et interpersonnel. La personne ayant un grand réseau social a plus d'opportunité à s'engager dans une recherche personnelle qu'une personne qui a peu de contacts sociaux. Dans les faits, les gens pauvres et âgés, ayant une maladie chronique, sont ceux ayant le plus besoin d'information en santé mais n'ayant pas un grand réseau social (Lenz, 1984).

2.4.2 Modèle de prise de décision complexe

Le modèle de prise de décision complexe d'Assael (1984 et 1998), est un processus comprenant plusieurs concepts importants se rapportant aux comportements. Par exemple, pour le consommateur, il s'agit de la recherche active d'information en vue de choisir un produit. Malgré sa conception faite à l'origine pour le marketing, le modèle de prise de décision complexe peut s'appliquer au choix d'un service de santé, dont celui du service téléphonique Info-Santé CLSC (Leduc, 1999).

À l'intérieur du modèle de prise de décision complexe d'Assael (1984 et 1998), le consommateur consulte plusieurs types d'information dans le but d'évaluer les produits. Les décisions varient en fonction de l'importance que prennent la recherche d'information et l'évaluation de la marque du produit (Assael, 1998). Selon cet auteur, les étapes comprises dans ce modèle sont au nombre de cinq. La première étape est la sensation d'un besoin. Elle est représentée par des variables internes comme les expériences passées du consommateur, ses caractéristiques démographiques, son style de vie, sa personnalité et sa motivation. Les variables externes sont composées à partir des influences environnementales comme les groupes (amis, voisins), les classes sociales, la culture et les

stimuli de marketing (prix, promotion). L'ensemble de ces variables ainsi que l'état psychologique du consommateur, influencent les types de stimuli d'expérience du consommateur. Le résultat amène la reconnaissance et le besoin pour une marque de produit.

La deuxième étape s'appelle le processus d'information du consommateur. Elle implique une recherche et une organisation des différentes sources d'information. Cette information sera choisie en fonction des besoins du consommateur et de sa conformité à ses croyances, à ses attitudes ou à ses expériences. Le processus d'information comprend une série d'étapes dont l'exposition (perception de stimuli), l'attention (noter un stimulus ou une portion de celui-ci), la compréhension (interpréter un message en accord avec ses croyances) et la conservation (garder en mémoire). Lorsque le consommateur n'a pas obtenu assez d'information pour prendre une décision adéquate, il recherchera de l'information additionnelle. Une telle recherche se fera quand le consommateur trouve que les choix sont inadéquats et qu'il n'a pas suffisamment d'information pour les produits moins importants. L'information reçue de ses amis ou provenant des médias, entre en conflit avec ses expériences passées et l'information disponible. Finalement, il est prêt à décider d'une marque et veut confirmer les attentes sur la performance de celle-ci.

La troisième étape concerne l'évaluation de la marque ou du produit. Dans ce processus, le consommateur évalue les caractéristiques des différentes marques et choisira celle qui convient le mieux à ses besoins. Deux modèles d'évaluation sont décrits par Assael (1984 et 1998), 1) le modèle compensatoire, qui demande au consommateur d'évaluer chaque marque possible à partir d'un grand nombre de critères relatifs à ses besoins. Une mauvaise évaluation peut être contrebalancé par une bonne évaluation d'un autre critère choisi. 2) Le modèle non compensatoire, qui démontre que si une marque est évaluée à la baisse par rapport à un critère précis et très

important, c'est suffisant pour l'exclure davantage de sa décision. Assael (1984) mentionne qu'une étude a démontré que les consommateurs ont de la difficulté à considérer plus de deux critères ou attributs en même temps et que le modèle non compensatoire est le plus utilisé par les consommateurs dans le processus de décision.

La quatrième étape est l'achat. Une fois les marques de produits évaluées, le consommateur a l'intention d'acheter le produit qui a obtenu sa plus grande satisfaction par rapport à ses besoins.

La dernière étape est l'évaluation après l'achat. Une fois que le consommateur a fait l'achat, l'évaluation après achat survient. Si la performance de la marque du produit a rencontré ses critères de sélection, le consommateur sera probablement satisfait du produit. Dans le cas contraire, l'insatisfaction surviendra et réduira par le fait même la probabilité d'acheter une fois de plus ce même produit. Cette insatisfaction proviendrait des doutes entourant la décision. Il trouve inconfortable l'insatisfaction ressentie après l'achat d'un produit et il essaiera de la réduire (Assael, 1984 et 1998). Il peut le faire en ignorant l'information négative, en recherchant une information positive sur le produit ou en rationalisant ses expériences avec le produit. Selon Assael (1984 et 1998), un dicton important en marketing est que, dans la plupart des cas, le succès ne dépend pas du premier achat mais de la répétition de cet achat.

2.4.3 Diffusion d'une innovation

L'innovation, selon Rogers (1995), est une idée, une pratique ou une façon de faire ou encore un objet perçu par un individu ou toute autre unité d'adoption (décideur) comme étant nouveau. Si l'idée semble nouvelle pour l'individu, c'est une innovation. La nouveauté de l'innovation peut être

considérée en termes de connaissance, de persuasion ou de décision d'adoption.

La *diffusion d'une innovation* de Rogers (1995), traite du processus de décision comme étant le procédé par lequel un individu passe des connaissances de base de l'innovation vers la formation d'une attitude envers celle-ci, à une décision (adoption ou rejet), à l'implantation et à la confirmation de la décision. La perception de la nouveauté et de l'incertitude de l'innovation que représente le service téléphonique Info-Santé CLSC, est un aspect important dans le processus de décision. D'après Rogers (1995), les gens ont tendance à s'exposer aux idées qui rejoignent leurs intérêts, leurs besoins et leurs attitudes présentes. Les individus souhaitent comprendre l'innovation et lui donner un sens. Il y a trois types de connaissance ; 1) conscient : l'individu sait qu'une innovation existe 2) comment : l'individu sait comment l'utiliser 3) principes : l'individu comprend le rôle et les fonctions de l'innovation.

Rogers (1995) identifie cinq étapes dans son modèle de diffusion d'une innovation : 1) la connaissance se présente lorsqu'un individu est exposé à l'existence d'une innovation et acquiert de l'information sur son fonctionnement; 2) la persuasion se présente quand un individu manifeste une attitude favorable ou non favorable à travers l'innovation; 3) la décision arrive quand un individu s'engage dans des activités qui demandent de faire un choix d'adopter ou de rejeter l'innovation; 4) l'implantation arrive quand un individu fait la mise en utilisation de l'innovation; 5) la confirmation se réalise lorsqu'un individu cherche à renforcer une décision d'innovation déjà connue ou renverse une décision antérieure d'adopter ou rejeter une innovation s'il est exposé à des messages conflictuels entourant l'innovation.

La diffusion est un processus qui communique une innovation à travers différents canaux sur une période de temps indéfini, touchant les membres d'un système social (Bandura, 1986 ; Rogers, 1995), faisant de la diffusion un genre de communication tout à fait spécial dans lequel les messages concernent une idée nouvelle. La nouveauté de l'idée contenue dans le message, donne à la diffusion son caractère spécial. La nouveauté implique aussi un degré d'incertitude.

CHAPITRE 3 : MODÈLES CONCEPTUELS DE L'ÉTUDE

Rappelons que cette étude vise à analyser le recours au service téléphonique Info-Santé CLSC par les usagers des services d'urgence. Puisqu'il n'existe pas de modèle conceptuel permettant d'expliquer à la fois la connaissance et l'utilisation du service téléphonique Info-Santé CLSC préalablement à la visite médicale, nous avons donc adapté et élaboré deux modèles à partir du cadre théorique de Rogers (1995), du cadre théorique de Lenz (1984) et de celui d'Assael (1998).

Les modèles de Lenz (1984), d'Assael (1998) et de Rogers (1995) ont été choisis comme étant les plus pertinents pour cette étude. Les dimensions interreliées du processus de recherche d'information sont identifiées et l'impact sur les résultats cognitifs et comportementaux est présenté. Les variables sociodémographiques, les antécédents, la personnalité et le contexte ont été identifiés dans des recherches antérieures pour prédire la variation dans un comportement de recherche d'information. La connaissance est la première étape dans le processus de diffusion d'une innovation. Elle sert à engendrer une attitude à l'égard de l'innovation vers la décision d'adopter ou de rejeter, d'implanter et d'utiliser une nouvelle idée et de confirmer la décision. Dans cette étude, nous regarderons les déterminants de la connaissance du service téléphonique Info-Santé CLSC ainsi que l'utilisation de ce service téléphonique préalablement à la visite médicale. Cette utilisation correspond aux deux dernières étapes du processus de diffusion d'une innovation.

3.1 VARIABLES DÉPENDANTES

Le premier modèle basé sur les trois modèles ou cadres de références d'Assael (1998), Lenz (1984) et Rogers (1995), inclut comme variable dépendante la connaissance du service téléphonique Info-Santé

CLSC. C'est une variable qui mesure si les usagers des services d'urgence connaissent ou ne connaissent pas le service téléphonique Info-Santé CLSC. Ce modèle comprend tous les individus faisant partie de l'étude.

Le second modèle, basé lui aussi sur les trois modèles ou cadres de références d'Assael (1998), Lenz (1984) et Rogers (1995), inclut la variable dépendante de l'utilisation du service téléphonique Info-Santé CLSC préalablement à la visite médicale. Elle mesure si le répondant a téléphoné ou n'a pas téléphoné au service téléphonique Info-Santé CLSC avant de se rendre au service médical d'urgence utilisé au moment de l'étude. Ce modèle conceptuel comprend seulement les individus qui connaissent le service téléphonique Info-Santé CLSC.

3.2 VARIABLES INDÉPENDANTES

3.2.1 Modèle conceptuel de la connaissance du service téléphonique d'Info-Santé CLSC.

Le premier groupe de variables indépendantes concerne les caractéristiques sociodémographiques, à savoir : 1) l'âge du répondant, 2) son genre, 3) son revenu, 4) sa scolarité, 5) son emploi, 6) la personne à qui s'adresse la consultation. Les caractéristiques sociodémographiques influencent le comportement de recherche d'information (Lenz, 1984) ou encore l'ouverture à l'égard d'une innovation (Rogers, 1995). L'état des connaissances a montré que les femmes sont généralement plus engagées dans la recherche d'information sur la santé que les hommes et que les parents consultent souvent pour leurs enfants.

Le deuxième groupe de variables indépendantes est le réseau social, soit : 1) quelqu'un à qui parler, 2) quelqu'un sur qui compter, 3) nombre de personnes habitant avec le répondant. Ces variables font référence aux sources personnelles externes d'information, qui selon Lenz (1984)

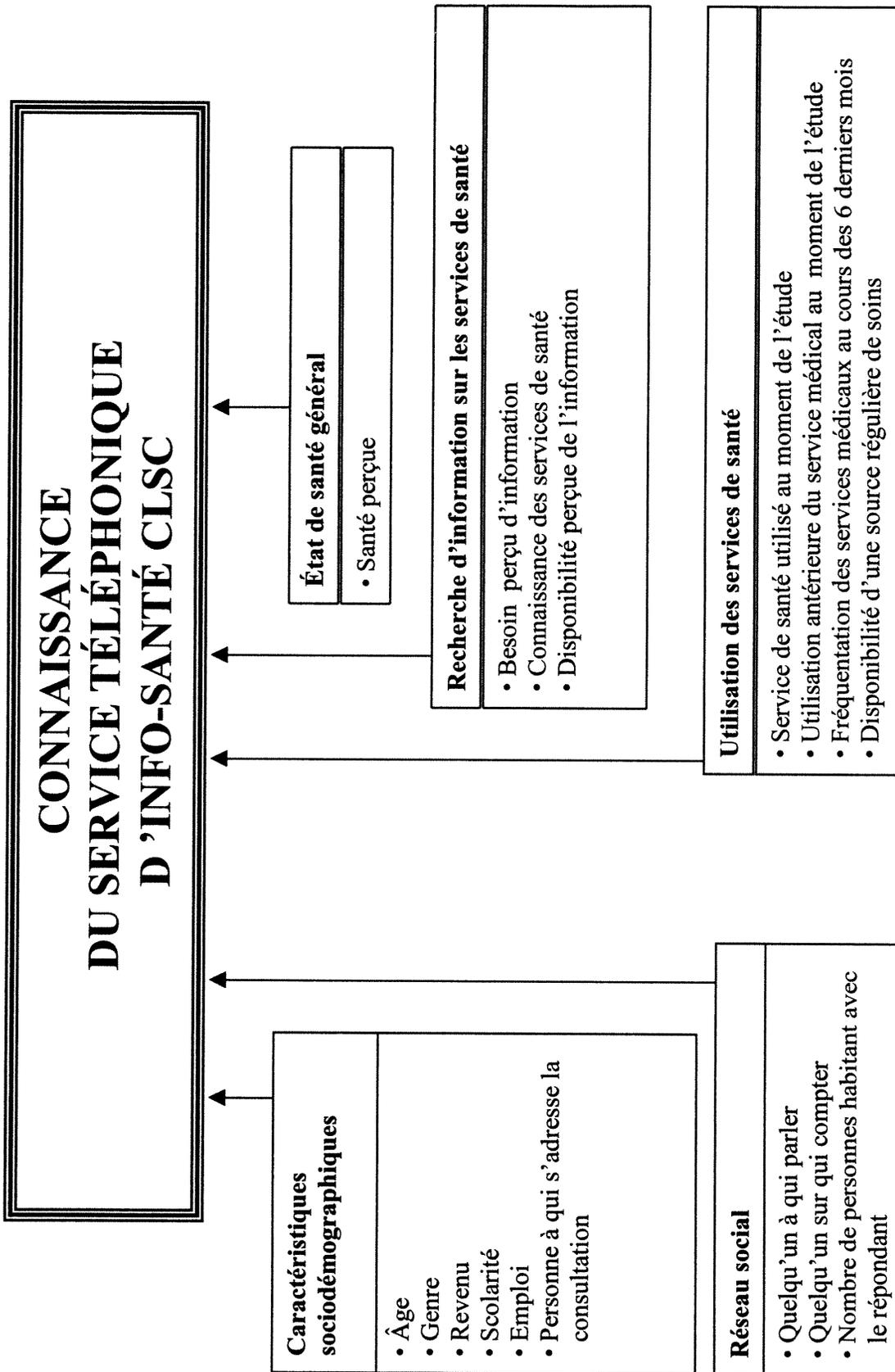
et Assael (1984 et 1998), sont très importantes et influencent la personne à prendre une décision.

Le troisième groupe de variables traite de l'état de santé général, soit la santé perçue. Les personnes qui se perçoivent en moins bonne santé auraient tendance à consulter plus fréquemment les services de santé et à moins entreprendre une recherche d'information (moins connaître et moins utiliser le service téléphonique Info-Santé CLSC).

Le quatrième groupe de variables concerne la recherche d'information sur les services de santé et comprend : 1) le besoin perçu d'information, 2) la connaissance des services de santé, 3) la disponibilité perçue de l'information. Elles font référence à l'autosoin, où la personne veut en savoir plus sur la maladie en vue de trouver des solutions.

Le dernier groupe de variables indépendantes traite de l'utilisation des services de santé en abordant ; 1) le service de santé utilisé au moment de l'étude ; 2) l'utilisation antérieure du service médical utilisé au moment de l'étude, l'expérience passée agissant sur la satisfaction et donc sur le recours répété au même service. Il s'agit aussi d'une source personnelle interne importante dans la décision de recourir ou non à un type de service ; 3) la fréquentation des services médicaux au cours des six derniers mois, qui expose les gens à l'information sur le service téléphonique Info-Santé CLSC ; 4) la disponibilité d'une source régulière de soins, qui amène à rechercher moins d'information (Figure 1).

Figure 1: Modèle conceptuel de la connaissance du service téléphonique Info-Santé CLSC



3.2.2 Modèle conceptuel de l'utilisation du service téléphonique Info-Santé CLSC préalablement à la visite médicale.

En se basant sur la théorie de Rogers (1995), les participants se situent ici, soit à l'étape de la décision de l'implantation ou de la confirmation.

Le premier groupe de variables indépendantes concerne les caractéristiques sociodémographiques et comprend 1) l'âge du répondant, 2) son genre, 3) son revenu, 4) sa scolarité, 5) son emploi, 6) personne à qui s'adresse la consultation, les parents consultant plus souvent s'ils ont des enfants en bas âge ; 7) le temps de déplacement jusqu'au service d'urgence utilisé, qui lorsqu'élevé, peut favoriser l'utilisation d'Info-Santé CLSC afin d'éviter des déplacements inutiles.

Le deuxième groupe de variables indépendantes est le réseau social, soit : 1) quelqu'un à qui parler, 2) quelqu'un sur qui compter, 3) nombre de personnes habitant avec le répondant. Ces variables se réfèrent aux sources personnelles externes d'information qui influencent le choix d'utiliser ou de ne pas utiliser un type de service (Assael, 1984 et 1998).

Le troisième groupe de variables traite de l'état de santé général, soit la santé perçue. L'état de santé perçue peut diminuer le temps total passé en consultation médicale (les gens se percevant en bonne santé auraient tendance à moins consulter que celles se percevant en moins bonne santé). Par conséquent, on peut penser que les gens se percevant en bonne santé auront davantage tendance à recourir à Info-Santé CLSC avant de se déplacer. En outre, on peut penser qu'ils auront développé moins d'habitudes d'utilisation et seront donc plus susceptibles d'adopter un nouveau service tel Info-Santé CLSC.

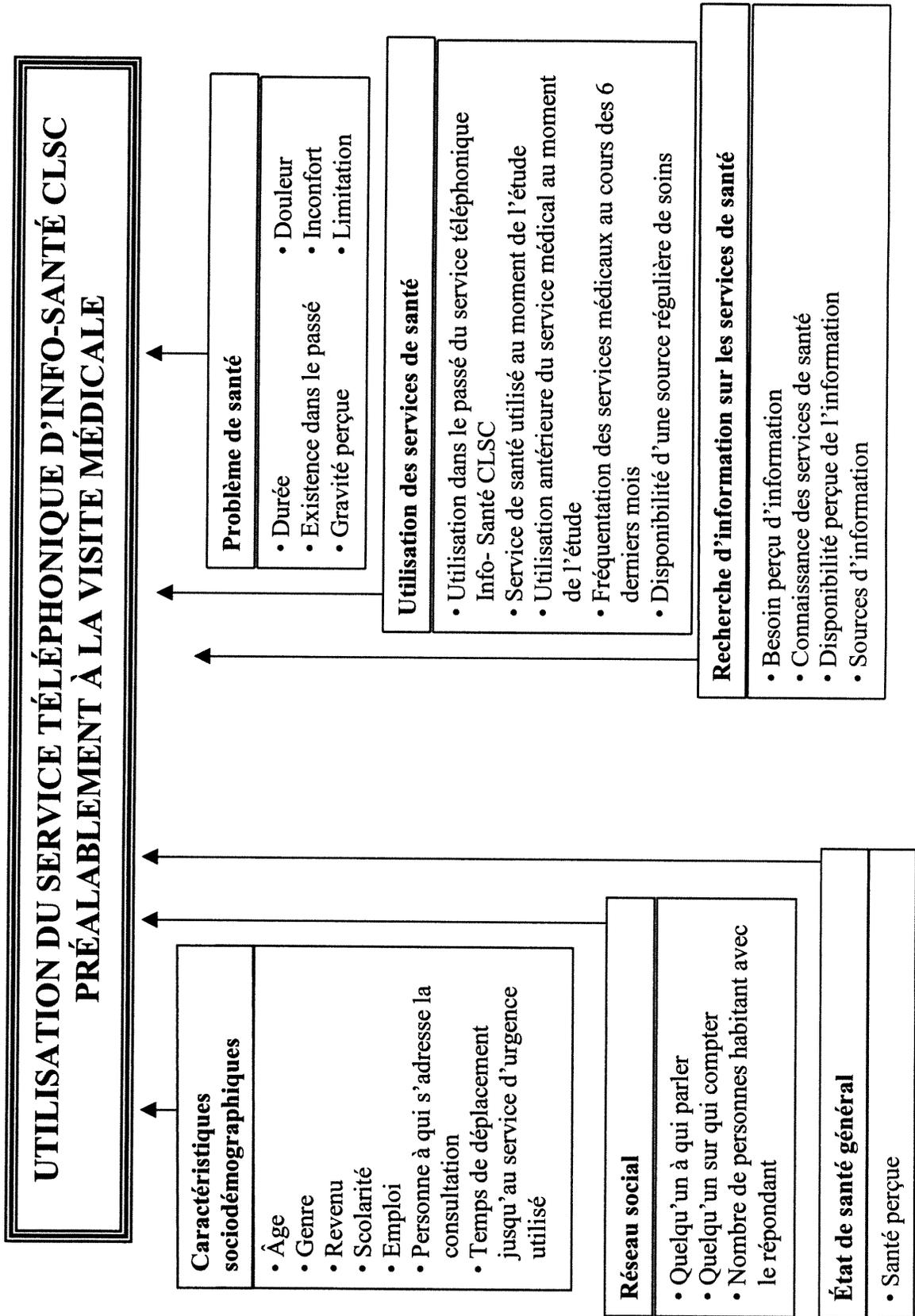
Le quatrième groupe aborde le problème de santé avec 1) la durée du problème de santé, 2) l'existence du problème dans le passé, 3) sa gravité perçue, 4) sa douleur, 5) son inconfort et 6) sa limitation. Les caractéristiques du problème de santé sont en effet susceptibles d'influencer le recours ou non au service téléphonique Info-Santé CLSC. Un problème de santé nouveau qui dure déjà depuis quelques temps, qui entraîne de la douleur, de l'inconfort et des limitations mais qu'on ne perçoit pas comme très grave, risque d'influencer positivement l'utilisation d'Info-Santé CLSC.

Le cinquième groupe de variables indépendantes est celui de l'utilisation de services de santé et comprend ; 1) l'utilisation passée du service téléphonique Info-Santé CLSC ; 2) le service de santé utilisé au moment de l'étude, le choix du service comme répondant le mieux aux attentes de l'utilisateur joue un rôle sur l'utilisation ou la non utilisation d'Info-Santé CLSC ; 3) l'utilisation antérieure du service médical au moment de l'étude, l'expérience personnelle passée avec le système de soins et plus particulièrement s'il y a satisfaction, influencerait le choix d'un service de santé ; 4) la fréquentation des services médicaux au cours des six derniers mois, qui expose les gens à avoir peut-être eu un contact avec le service téléphonique Info-Santé CLSC avant leur visite; 5) la disponibilité d'une source régulière de soins, qui amène à utiliser ou non le service téléphonique Info-Santé CLSC.

Finalement le sixième groupe de variables concerne la recherche d'information sur les services de santé et comprend : 1) le besoin perçu d'information (autosoin) ; 2) la connaissance des services de santé, les gens voulant se diriger au bon endroit ; 3) la disponibilité perçue de l'information, qui est la perception de la facilité avec laquelle l'information est utile et facilement accessible par le consommateur ; 4) les sources d'information, les amis, la famille, les professionnels de la santé pouvant suggérer d'utiliser Info-Santé CLSC (Figure 2).

Le prochain chapitre présente les différentes méthodes de recherche qui ont servi à réaliser cette étude.

Figure 2: Modèle conceptuel de l'utilisation du service téléphonique Info-Santé CLSC préalablement à la visite médicale



CHAPITRE 4 : MÉTHODES DE RECHERCHE

4.1 POPULATION À L'ÉTUDE

La présente étude fait partie d'une recherche entreprise par N. Leduc et F. Champagne, chercheurs au Groupe de recherche Interdisciplinaire en Santé (GRIS) de l'Université de Montréal. Le sujet de cette recherche traite des « Déterminants du choix des services d'urgence pour des conditions non urgentes ». Ce projet de recherche était financé par le Conseil de Recherches Médicales du Canada. L'étudiante a eu le privilège de participer activement dès le début à cette recherche. Elle a eu la possibilité d'ajouter au contenu du questionnaire de l'étude, les questions pour son sujet de mémoire.

La population à l'étude est constituée de tous les adultes qui, ayant identifié la présence de problèmes de santé qu'ils perçoivent suffisamment importants pour avoir recours à une consultation médicale, se présentent soit 1) au service d'urgence d'un l'hôpital et dont l'état est considéré non urgent par l'infirmière au triage, soit 2) à l'une des trois cliniques médicales sans rendez-vous situées près de cet hôpital ou à l'urgence d'un CLSC. Dans plusieurs urgences d'hôpitaux du Québec, les codes suivants sont employés : Urgent - le patient doit être vu immédiatement par un médecin ; Aigu - le patient n'encourt pas de risques immédiats pour sa vie, mais il doit être vu le plus tôt possible, soit en moins de 20 minutes ; Non aigu- le patient peut attendre quelques heures, il est à réévaluer périodiquement par l'infirmière ; Non urgent- le patient pourrait être vu dans une clinique de son quartier le lendemain. Cette dernière catégorie peut aussi être définie comme tout recours aux services d'urgence hospitaliers pour des problèmes de santé ne nécessitant pas des soins dans les 24 heures et ne requérant ni la technologie ni les ressources spécialisées du milieu hospitalier (Leduc et al., 1996).

4.1.1 Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion étaient d'être une personne âgée de 18 ans et plus qui consulte pour elle-même, pour son enfant, un parent ou une autre personne.

4.1.2 Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion étaient d'être une personne consultant pour des problèmes psychiatriques, ou suite à une agression sexuelle.

4.2 PÉRIODE À L'ÉTUDE, MÉTHODE D'ÉCHANTILLONNAGE ET ÉCHANTILLON

La période à l'étude s'est étalée entre novembre 1997 et juin 1998. La collecte de données a été réalisée par l'étudiante elle-même avec l'aide d'un agent de recherche de l'Université de Montréal, entre 8 heures et 23 heures et ce, 7 jours par semaine. Ce temps correspondait à la plage horaire des consultations sans rendez-vous des cliniques médicales sans rendez-vous et du CLSC situés à proximité de l'hôpital.

La méthode d'échantillonnage accidentel a été employée. D'après les analyses prévues dans cette étude, nous avons estimé nécessaire un nombre de 890 individus. Le nombre de patients faisant partie de l'échantillon final fut de 850 individus répartis comme suit : pour l'hôpital de soins de courte durée: 402 patients ; pour chacune des trois cliniques médicales sans rendez-vous: 112 patients et pour le CLSC : 112 patients. Après avoir signé un formulaire de consentement, les patients ont répondu à un questionnaire prétesté lors d'une entrevue pendant qu'ils attendaient pour voir le médecin. L'entrevue durait environ de 15 à 20 minutes. L'estimation pour les personnes refusant de participer à l'étude a été de 55,6 % pour l'hôpital et de 36,6 % pour les cliniques médicales sans

rendez-vous incluant le CLSC. Les principales raisons des refus étaient probablement reliées au contexte. Pendant la période automnale et hivernale, les salles d'attente étaient remplies au-delà de leur capacité. Tout cela avait pour effet de provoquer un temps d'attente très long (7 à 8 heures certaines journées) et de créer de l'impatience et de l'insatisfaction chez les patients. De plus, étant donné qu'à cette période, les deux salles d'attente d'origine de l'urgence de l'hôpital ont dû être occupées par les patients sur civière, les autres catégories de patients devaient attendre dans le corridor, ce qui limitait les places assises pour ces patients. Lorsque venait le temps de solliciter la personne, celle-ci refusait de participer à l'étude en donnant comme raison qu'elle ne voulait pas perdre sa place en allant avec nous pour l'entrevue. Une autre raison était que la durée de l'entrevue était trop longue pour eux ou tout simplement que la personne n'était pas intéressée à participer. Nous avons remarqué un taux de refus plus fréquent chez les personnes âgées de plus de 60 ans comparativement à celles plus jeunes.

4.3 STRATÉGIE ET DEVIS DE RECHERCHE

Il s'agit pour notre étude d'utiliser une stratégie de recherche synthétique de type comparative. Cette stratégie consiste à tester simultanément un réseau d'interrelations entre plusieurs variables à l'aide d'un nombre élevé d'unités d'analyse (Contandriopoulos et al., 1990). Nos modèles d'analyse comprennent deux variables dépendantes et 25 variables indépendantes. L'utilisation d'analyses statistiques multivariées permettra d'observer les effets simultanés des variables indépendantes sur les variables dépendantes.

4.4 MÉTHODE DE COLLECTE DE DONNÉES

Dans le cadre de cette étude, un instrument de mesure a été utilisé, il s'agit d'un questionnaire administré par entrevue (personne à personne) auprès de patients identifiés comme cas « non urgents » par l'infirmière au triage de l'hôpital ou du CLSC ou aux patients se présentant à la clinique médicale sans rendez-vous. Quelques questions du questionnaire proviennent de l'Enquête Nationale sur la Santé de Santé Canada mais la plupart des questions ont été élaborées spécifiquement pour la présente recherche. Le questionnaire a déjà fait l'objet d'un prétest au mois de juillet 1996 (Leduc et al., 1996). Le questionnaire, intitulé « Les déterminants du choix des services d'urgence », est composé de 66 questions regroupées en 10 sections, soit : 1) variables sociodémographiques ; 2) proximité du service d'urgence consulté ; 3) motif de consultation et situation dans le temps ; 4) perception de la gravité du problème de santé, douleur et inconfort ; 5) état de santé en général ; 6) médecin de famille ; 7) sources personnelles internes d'information ; 8) sources personnelles externes d'information ; 9) attributs des services d'urgence ; 10) besoins d'information, connaissance et disponibilité de l'information. Les questions se rapportant plus spécifiquement au service téléphonique Info-Santé CLSC, se composent des numéros Q42 à Q49 inclusivement (annexe 2).

4.5 DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE

Le recrutement des personnes se faisait directement dans les salles d'attente de chacun des établissements concernés. Avec l'autorisation préalable de chaque établissement, plusieurs affiches étaient apposées sur les murs des salles d'attente, indiquant qu'il se pourrait qu'une personne demande de participer à une étude. La sélection des participants se faisait au hasard, de 8 heures à 23 heures et ce, sept jours par semaine dans les trois cliniques médicales sans rendez-vous. La sélection des participants se

trouvant à l'urgence de l'hôpital et à celle du CLSC, se faisait aussi au hasard et selon le même horaire mais en ayant soin de vérifier avant l'entrevue si le répondant était considéré un cas non urgent lors du triage effectué par l'infirmière. Tous les dossiers des patients considérés non urgents au moment du triage, comportaient des informations consignées sur une feuille de couleur verte qui permettait d'identifier les noms des individus à inclure dans l'étude.

Il n'y avait pas de système de triage dans les cliniques médicales sans rendez-vous, tandis qu'au CLSC, les patients étaient inscrits à l'arrivée, étaient évalués par la suite par l'infirmière au triage et attendaient pour voir le médecin de garde. À l'urgence de l'hôpital, les patients étaient évalués dans un premier temps par l'infirmière au triage, ensuite ils étaient inscrits et finalement ils attendaient de consulter le médecin de garde. Dans les endroits (hôpital et CLSC) où il existait un ordre de consultation selon la gravité du problème (triage), seuls les cas non urgents étaient sollicités. Dans les endroits où il n'y avait pas de triage systématique (cliniques médicales sans rendez-vous), tous les patients qui attendaient pour voir le médecin étaient sollicités. À l'urgence du CLSC, nous avons l'autorisation de la direction de s'adresser directement aux patients ayant un code non urgent. À l'urgence de l'hôpital, les patients étaient mélangés par catégorie identifiée semi-urgent, non urgent, visiteurs ou patient en attente de résultats. Il fallait alors, soit solliciter le patient identifié comme cas non urgent immédiatement après son inscription, ou bien, s'adresser au hasard à une personne dans la salle d'attente en lui demandant si son état était considéré non urgent par l'infirmière au triage.

Un formulaire de consentement était rempli préalablement à l'entrevue (annexe 1). Si le patient acceptait de participer à l'étude, une note était attachée à son dossier afin d'informer le personnel médical d'appeler l'agent de recherche quand le moment sera venu pour lui de voir le médecin.

Il est important de souligner ici que tous les questionnaires respectent l'anonymat, mais qu'une méthode de codification fut employée pour identifier l'endroit à l'étude et le nombre de participants. Par la suite, les entrevues se déroulaient à l'écart des autres patients, dans un bureau adjacent à la salle d'attente. La durée de l'entrevue était d'environ 15 à 20 minutes. Si le patient était appelé pour voir le médecin pendant l'entrevue, la secrétaire, l'infirmière ou le médecin, selon le cas, nous avisait par téléphone et l'entrevue se terminait. Dans les trois cliniques médicales sans rendez-vous uniquement, lorsque l'entrevue n'était pas terminée avant la consultation avec le médecin, la plupart des personnes acceptaient de revenir après la consultation afin de terminer le questionnaire. Durant l'entrevue, deux cartes réponses étaient utilisées selon la nature des questions, avec des échelles à 5 et 6 points où chaque niveau est décrit en mots (annexes 3 et 4).

4.6 DÉFINITION DES VARIABLES

4.6.1 Variables dépendantes

Les variables dépendantes choisies sont au nombre de deux. Il s'agit de 1) la connaissance du service téléphonique d'Info-Santé CLSC et 2) l'utilisation du service téléphonique d'Info-Santé CLSC préalablement à la visite médicale. Les variables sont décrites en se référant au numéro des questions servant à mesurer chacune d'elles ; le questionnaire se trouve à l'annexe 2.

4.6.1.1 Connaissance

La *connaissance* est mesurée par la question no 42 : « Connaissez-vous le service téléphonique Info-Santé CLSC ? » Elle est de type binaire ayant comme choix de réponse Oui ou Non. Cette variable comprend tous les répondants à l'étude (n= 850 individus).

4.6.1.2 Utilisation

La deuxième variable dépendante est *l'utilisation du service téléphonique Info-Santé CLSC préalablement à la visite médicale*. Elle est mesurée par la question no 45 : « Avez-vous téléphoné au service téléphonique Info-Santé CLSC avant de venir ici aujourd'hui ? ». Elle est de type binaire ayant comme choix de réponse Oui ou Non. Elle comprend seulement les individus qui ont répondu « Oui » à la variable précédente (connaissance), donnant un total de 614 individus.

4.6.2 Variables indépendantes

4.6.2.1 Modèle sur la connaissance

Le modèle conceptuel de la *connaissance du service téléphonique Info Santé CLSC* (Figure 1) comprend cinq groupes de variables indépendantes : 1) les caractéristiques sociodémographiques; 2) le réseau social; 3) l'état de santé général; 4) la recherche d'information sur les services de santé; 5) l'utilisation des services de santé.

Les caractéristiques sociodémographiques sont mesurées par : *l'âge* du répondant en jour/mois/année : « Quelle est votre date de naissance ? » (Q1). Elle est classée en six catégories soit ; 1) inférieur à 21 ans, 2) de 21 à 30 ans, 3) de 31 à 40 ans, 4) de 41 à 50 ans, 5) de 51 à 60 ans, 6) supérieur à 60 ans, mais est utilisée comme variable continue dans les analyses statistiques. Le *genre* du répondant : H ou F se retrouve dans « identification du questionnaire ». *Le revenu total avant impôt* : « À combien estimez-vous le revenu total avant impôt de votre foyer ? » (Q8), classé en quatre catégories ; 1) moins de 20 000 \$, 2) entre 20 000 \$ et 34 999 \$, 3) entre 35 000 \$ et 49 999 \$, 4) 50 000 \$ ou plus. *La scolarité* représentée par la question : « Quel niveau de scolarité avez-vous complété ? » (Q6), transformée en quatre catégories par 1) le regroupement d'aucun et primaire

ensemble étant donné le peu d'individus ayant répondu par « aucun niveau de scolarité », 2) secondaire, 3) collégial, 4) universitaire. *L'emploi*, « Quelle est votre situation d'emploi en ce moment ? » (Q7). Cette variable a été transformée en trois catégories soit ; occupation à temps plein, occupation à temps partiel, et aucune occupation (en regroupant les individus en congé, à la retraite ou sans emploi). *Personne à qui s'adresse la consultation* : « Pour qui est la consultation ? » (Q11). La variable est classée en trois catégories : répondant lui-même, son enfant et autre (parent, conjoint ou neveu).

Le réseau social est mesuré par les variables *Quelqu'un à qui parler* : « Avez-vous quelqu'un à qui parler de vos sentiments ou préoccupations personnels ? » (Oui ou Non), (Q34). *Quelqu'un sur qui compter* : « Connaissez-vous quelqu'un sur qui vous pouvez vraiment compter en cas de crise ? » (Oui ou Non), (Q35). *Nombre de personnes habitant avec le répondant* : « Combien de personnes vivent avec vous actuellement ? » (Q36).

L'état de santé général est mesuré par la *Santé perçue* : « En général, diriez-vous que votre santé est... », (Q20). Il est demandé au répondant de qualifier son état de santé en accordant une note de 1 à 6 sur l'échelle de Likert, au moyen d'une carte ; 1 représentant une santé excellente et 6, une très mauvaise santé perçue (annexe 4).

Recherche d'information sur les services de santé est construite à partir du *Besoin perçu d'information* : « Croyez-vous être bien informé(e) sur les services de consultations médicales sans rendez-vous près de chez vous ? » (Oui ou Non), (Q56). Les individus ayant répondu d'une façon affirmative sont classés dans la catégorie se considérant bien informés tandis que les individus ayant répondu de façon négative se retrouvent dans la catégorie ne se considérant pas bien informés.

Connaissance des services de santé regroupe les trois questions suivantes : « Pouvez-vous me nommer une clinique médicale ou un CLSC qui offre un service sans rendez-vous près de chez vous ? » (Q60). « Est-ce que ce service est ouvert le soir ? » (Oui ou Non, Je ne sais pas), (Q61). « Est-ce que ce service est ouvert la fin de semaine ? » (Oui ou Non, Je ne sais pas), (Q62). Elle est présentée par quatre catégories ; 1) connaissances nulles (Q60 = non), 2) connaissances faibles (une réponse positive à Q60 ou Q61 ou Q62), 3) connaissances moyennes (2 réponses positives à Q60, Q61 ou Q62), 4) connaissances élevées (réponses positives à Q60 et Q61 et Q62).

Disponibilité perçue de l'information : regroupe les questions : « Croyez-vous qu'il est facile de savoir quelles sont les cliniques médicales ou CLSC qui offrent un service sans rendez-vous près de chez vous ? » (Oui ou Non), (Q63). « Croyez-vous qu'il est facile d'avoir de l'information sur les heures d'ouverture ? » (Oui ou Non), (Q64). « Croyez-vous qu'il est facile d'avoir de l'information sur les services disponibles ? » (Oui ou Non), (Q65). La question concernant la qualité des services disponibles (Q66), ne fut pas choisie en raison du grand nombre de réponses de « ne sait pas ». Le choix de réponses « je ne sais pas », pour les questions Q63 à Q65 fut incorporé dans les « non ». Par la suite les réponses de Q63 à Q65 sont regroupées en quatre catégories ; 1) difficile partout (Q63 et Q64 et Q65 = Non), 2) plutôt difficile (1 réponse positive à Q63 ou Q64 ou Q65), 3) plutôt facile (2 réponses positives à Q63 ou Q64 ou Q65), 4) facile partout (réponses positives à Q63, Q64 et Q65).

L'utilisation des services de santé est mesurée au moyen des variables suivantes : *Service de santé utilisé au moment de l'étude* : « lieu de l'entrevue » se trouvant à la section identification du questionnaire. Cette variable est classée en fonction de l'urgence de l'hôpital, clinique médicale sans rendez-vous ou CLSC sans rendez-vous. *Utilisation antérieure du*

service médical au moment de l'étude : « Êtes-vous déjà venu(e) ici ? » (Oui ou Non), (Q31). *Fréquentation des services médicaux au cours des 6 derniers mois* : se mesure avec les quatre questions suivantes : « Au cours des 6 derniers mois, combien de fois êtes-vous allé à l'urgence d'un hôpital ? » (Q27). « Au cours des 6 derniers mois, combien de fois êtes-vous allé à une clinique médicale sans rendez-vous (autre qu'un CLSC) ? » (Q28). « Au cours des 6 derniers mois, combien de fois êtes-vous allé au service sans rendez-vous d'un CLSC ? » (Q29). « Au cours des 6 derniers mois, combien de fois êtes-vous allé chez un médecin après avoir pris un rendez-vous avec lui/elle ? » (Q30). Par la suite, la somme des services est calculé en additionnant ces quatre variables. *Disponibilité d'une source régulière de soins* se réfère aux deux questions suivantes : « Avez-vous un médecin de famille ou un médecin traitant ? » (Oui ou Non), (Q21). « Habituellement, vous est-il possible de communiquer avec votre médecin ou son remplaçant lorsqu'un problème survient et que vous n'avez pas de rendez-vous ? » (Oui ou Non), (Q26). Ensuite ces deux variables sont regroupées en trois catégories ; 1) pas de source régulière de soins, (Q21 = Non), 2) Source régulière de soins disponible avec rendez-vous seulement, (Q21 = oui et Q26 = Non), 3) Source régulière de soins disponible même sans rendez-vous, (réponses affirmatives à Q21 et Q26).

4.6.2.2 Modèle sur l'utilisation

Le modèle conceptuel de *l'utilisation du service téléphonique Info-Santé CLSC préalablement à la visite médicale* (Figure 2) comprend six groupes de variables indépendantes : 1) les caractéristiques sociodémographiques, 2) le réseau social, 3) l'état de santé général, 4) le problème de santé, 5) l'utilisation des services de santé, 6) la recherche d'information sur les services de santé.

Les caractéristiques sociodémographiques sont les mêmes que pour le modèle sur la connaissance, sauf l'ajout d'une nouvelle variable, soit *le temps de déplacement jusqu'au service d'urgence utilisé*: « Combien de temps (en minutes) cela vous a-t-il pris pour venir ici ? » (Q10).

Le réseau social, l'état de santé général ainsi que l'utilisation des services de santé comprennent les mêmes variables que pour le modèle sur la connaissance. Le groupe de variables sur la recherche d'information sur les services de santé comprend aussi les mêmes variables que pour le modèle sur la connaissance en plus de la variable concernant *les sources d'information*: « Par qui ou par quel moyen avez-vous appris l'existence d'Info-Santé CLSC ? » (Q44). Les douze possibilités de réponses sont classées en quatre catégories. 1) Source famille (Q4401 et/ou Q4402), 2) Source ami Q4403 et/ou Q4404), 3) Source médicale (Q4405 et/ou Q4406 et/ou Q4407 et/ou Q4408), 4) Source publicité (Q4409 à Q4412).

Finalement un groupe de nouvelles variables, soit *Problème de santé*, est construit à partir de la *Durée du problème de santé* : « Depuis quand avez-vous commencé à avoir ce problème ? » (Q13). Le nombre d'heures, de jours ou de semaines est disposé en quatre catégories ; 1) moins de 2 jours, 2) 2 à 4 jours, 3) 5 à 9 jours, 4) 10 jours et plus. *Existence du problème dans le passé*: « Avez-vous déjà eu ce problème par le passé ? » (Oui ou Non), (Q14). *Gravité perçue* : « Croyez-vous que votre problème ou malaise est menaçant pour votre santé ? » (Q15). « Croyez-vous qu'il est probable que des complications surviennent si votre problème n'est pas traité rapidement ? » (Q16). Le répondant évalue son problème à l'aide d'une carte représentant une note de 1 à 5 sur l'échelle de Likert (annexe 3), représenté par 1) pas du tout, 2) un peu, 3) moyennement, 4) beaucoup/très et 5) tout à fait/extrêmement. Une moyenne est calculée en additionnant Q15 et Q16. *Douleur* : « Est-ce que votre problème vous cause : aucune douleur, une douleur faible, une douleur moyenne, une douleur

forte ? » (Q17). *Inconfort* : Est-ce que votre problème vous cause... : aucun inconfort, un inconfort faible, un inconfort moyen, un inconfort élevé ? » (Q18). *Limitation* : « Le problème pour lequel vous consultez vous limite-t-il dans le genre ou le nombre d'activités que vous faites ? » (Q19) ; 1) pas du tout, 2) un peu, 3) modérément, 4) beaucoup, 5) non applicable. Une moyenne est ensuite calculée avec Q17, Q18 et Q19.

4.7 MÉTHODES D'ANALYSES DES DONNÉES

Une analyse univariée ou descriptive des données a permis d'observer la distribution des valeurs de toutes les variables incluses dans les deux modèles conceptuels (modèle sur la connaissance du service téléphonique Info-Santé CLSC et modèle sur l'utilisation du service téléphonique Info-Santé CLSC préalablement à la visite médicale). Pour les variables continues, les mesures de tendance centrale et de dispersion calculées, sont la moyenne et l'écart type.

4.7.1 Tests d'association

Les tests d'association entre les variables indépendantes pour le modèle de la connaissance ainsi que pour le modèle de l'utilisation ont été réalisés. La corrélation de Pearson est utilisée pour les variables continues. Les ratios de cotes (odds ratio) sont calculés pour les variables nominales dichotomiques. Le coefficient d'incertitude asymétrique (Uncertainty Coefficient) est employé pour les variables nominales à plus de deux catégories ainsi que pour mesurer l'association entre les variables continues et les variables nominales, de même que entre les variables nominales et ordinales et finalement entre les variables nominales à plus de deux catégories. Le Tau *b* de Kendall est utilisé pour mesurer l'association entre les variables ordinales ayant le même nombre de catégories (tables carrées) alors que le Tau *c* de Kendall est utilisé pour les variables ordinales ayant des

nombres de catégories différentes (table rectangulaire). Enfin, le coefficient de corrélation rho de Spearman est calculé pour l'association entre les variables continues et ordinales.

4.7.2 Régression univariée

Les associations entre chacune des variables indépendantes et les variables dépendantes ont été mesurées à l'aide de ratio de cotes et son intervalle de confiance à 95 % obtenus par régression logistique (méthode « enter »).

4.7.3 Régression multivariée

Par la suite, avant de réaliser les régressions logistiques de la connaissance et de l'utilisation préalable du service téléphonique Info-Santé CLSC, nous avons effectué des analyses plus détaillées concernant les variables indépendantes ayant entre elles une forte association (Tau *b* de 0,735 et 0,757). Ainsi, dans un premier temps, les variables « connaissance des services de santé » et « disponibilité perçue de l'information » ont un Tau *b* de 0,735 (connaissance) et un Tau *b* de 0,757 (utilisation), alors que les variables «quelqu'un à qui parler » et « quelqu'un sur qui compter » ont un RC de 28,38 (connaissance) et un RC de 28,31 (utilisation). Afin d'éliminer la possibilité de multicolinéarité, dans les modèles de régression logistique pas-à-pas progressive sur la connaissance et sur l'utilisation, nous avons analysé séparément l'effet de la variable « connaissance des services de santé » sur la connaissance et l'utilisation sans inclure dans ce modèle la variable «disponibilité perçue de l'information » puis effectué l'inverse. De même, il a fallu analyser séparément l'effet de la variable «quelqu'un à qui parler » sans inclure la variable « quelqu'un sur qui compter » dans le modèle de régression logistique pas-à-pas progressive et effectuer l'inverse par la suite.

Le seuil de signification d'inclusion des variables est fixé pour un alpha (.05) et le seuil de signification d'exclusion des variables est fixé pour un alpha (.01).

Les résultats obtenus s'avèrent identiques, c'est-à-dire que les huit modèles de régression logistique pas-à-pas progressive donnent les mêmes résultats que le modèle préliminaire se composant de toutes les variables à l'étude. Afin de procéder à l'analyse de régression logistique pas-à-pas progressive, toutes les variables ont été gardées.

Afin d'obtenir le modèle final sur la connaissance du service téléphonique Info-Santé CLSC, une des variables indépendantes qui est composée de six catégories a dû être transformée en cinq catégories avant d'être incluse dans le modèle. Il s'agit de la santé perçue. Notons que les variables indépendantes comprenant plusieurs catégories ont été modifiées en regroupant les catégories non significatives avec les catégories significatives. Ainsi la variable de la santé perçue contenait au départ six catégories soit ; 1) excellente, 2) très bonne, 3) bonne, 4) passable, 5) moyenne et 6) très mauvaise. Les catégories 5) moyenne et 6) très mauvaise, se sont avérées non significatives et ont été regroupées ensemble sous une nouvelle catégorie se nommant 5) moyenne ou très mauvaise.

Le modèle final sur l'utilisation du service téléphonique Info-Santé CLSC préalablement à la visite médicale est obtenu en transformant la variable indépendante traitant de la durée du problème de santé de quatre catégories en trois catégories. À l'origine, cette variable contenait quatre catégories soit ; 1) moins de 2 jours, 2) 2 à 4 jours, 3) 5 à 9 jours, 4) 10 jours et plus. Les variables 3) 5 à 9 jours et 4) 10 jours et plus étaient non significatives. Elles ont été regroupées ensemble sous une nouvelle catégorie se nommant 3) 5 jours et plus.

Le seuil de signification d'inclusion des variables est fixé pour un alpha (.05) et le seuil de signification d'exclusion des variables est fixé pour un alpha (.01). Le test d'ajustement de Hosmer et Lemeshow (Hosmer and Lemeshow Goodness-of-Fit Test) est utilisé pour vérifier la qualité du modèle. Toutes les transformations de variables et leurs analyses ont été effectuées à l'aide du logiciel SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), version 9.0 (SPSS, 1999a et 1999b).

CHAPITRE 5 : PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

5.1 DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON

Au total, 850 personnes ont accepté de participer à l'étude chez les usagers des services d'urgence hospitaliers et des cliniques médicales sans rendez-vous en répondant à un questionnaire par entrevue.

Pour les fins de notre recherche, nous retenons 45 des 66 questions du questionnaire incluant deux données faisant partie de l'identification du questionnaire (genre du participant et lieu de l'entrevue).

Le Tableau I, présente les résultats des analyses descriptives. La majorité des individus (31,7 %) participant à l'étude se situent dans la catégorie d'âge de 31 à 40 ans. Plus de femmes (62,2 %) que d'hommes (37,8 %) ont utilisé les services d'urgence au cours de l'étude. Le revenu total avant impôt est de 50 000 \$ ou plus pour 33,4 % des individus. Les études secondaires sont complétées pour 42,3 % des personnes et plus de la moitié (52,6 %) des participants occupent un emploi à temps plein. Plus des trois quarts (77,6 %) des consultations s'adressent au répondant lui-même et le temps de déplacement moyen jusqu'au service d'urgence utilisé lors de l'étude est de 13,10 minutes ($\pm 9,43$).

La plupart des participants (90,0 %) à l'étude ont quelqu'un à qui parler de leurs sentiments ou de leurs préoccupations personnelles ; 96,0 % ont quelqu'un sur qui ils peuvent vraiment compter en cas de crise et le nombre moyen de personnes vivant actuellement avec eux, est de 2,22 personnes ($\pm 1,19$).

Tableau 1 Caractéristiques des répondants (n = 850)

Caractéristiques	n	%
Caractéristiques sociodémographiques		
Catégorie d'âge		
Inférieur à 21 ans	104	12,5
21 à 30 ans	191	23,0
31 à 40 ans	264	31,7
41 à 50 ans	131	15,7
51 à 60 ans	93	11,2
Supérieur à 60 ans	49	5,9
Genre		
Homme	321	37,8
Femme	529	62,2
Revenu total avant impôt		
< 20 000\$	180	22,4
Entre 20 000 et 34 999\$	197	24,6
Entre 35 000 et 49 999\$	157	19,6
50 000\$ ou plus	268	33,4
Niveau de scolarité		
Aucun ou primaire	130	15,6
Secondaire	353	42,3
Collégial	229	27,4
Universitaire	123	14,7
Emploi		
Occupation à temps plein	439	52,6
Occupation à temps partiel	189	22,7
Aucune occupation (congé, retraite, sans emploi)	206	24,7
Personne à qui s'adresse la consultation		
Répondant lui-même	645	77,6
Son enfant	179	21,5
Autre (parent, conjoint, neveu)	7	0,8
Temps de déplacement moyen jusqu'au service d'urgence utilisé (en min.± E.T.)		
	13,10 ± 9,43	

Tableau 1 Caractéristiques des répondants (n = 850) (suite)

Caractéristiques	n	%
Réseau social		
Quelqu'un à qui parler		
Oui	738	90,0
Non	82	10,0
Quelqu'un sur qui compter		
Oui	787	96,0
Non	33	4,0
Nombre moyen de personnes habitant avec le répondant	2,22 ± 1,19	
État de santé général		
Santé perçue		
Excellente	293	35,4
Très bonne	293	35,4
Bonne	160	19,3
Passable	59	7,1
Moyenne	17	2,1
Très mauvaise	5	0,6
Problème de santé		
Durée du problème de santé		
Moins de 2 jours	221	26,8
2 à 4 jours	213	25,8
5 à 9 jours	156	18,9
10 jours et plus	235	28,5
Existence du problème de santé dans le passé		
Oui	306	37,1
Non	519	62,9
Problème perçu menaçant pour la santé		
Pas du tout	187	22,6
Un peu	186	22,5
Moyennement	249	30,1
Beaucoup/très	156	18,9
Tout à fait/extrêmement	48	5,8

Tableau 1 Caractéristiques des répondants (n = 850) (suite)

Caractéristiques	n	%
Complications perçues si problème n'est pas traité rapidement		
Pas du tout	73	8,9
Un peu	123	15,0
Moyennement	217	26,5
Beaucoup/très	238	29,0
Tout à fait/extrêmement	169	20,6
Douleur		
Aucune douleur	90	10,9
Douleur faible	147	17,9
Douleur moyenne	344	41,8
Douleur forte	242	29,4
Inconfort		
Aucun inconfort	24	2,9
Inconfort faible	118	14,3
Inconfort moyen	375	45,6
Inconfort élevé	306	37,2
Limitation		
Pas du tout	107	13,0
Un peu	154	18,8
Modérément	191	23,3
Beaucoup	369	44,9
Utilisation des services de santé		
Service de santé utilisé au moment de l'étude		
Urgence hospitalière	402	47,3
Cliniques médicales sans r.v.	336	39,5
CLSC sans rendez-vous	112	13,2
Utilisation antérieure du service de santé au moment de l'étude		
Oui	682	83,2
Non	138	16,8
Nombre de visites à l'urgence hospitalière dans les 6 derniers mois		
0	581	70,4
1	131	15,9
2	52	6,3
3	31	3,8
4 et plus	30	3,6

Tableau 1 Caractéristiques des répondants (n = 850) (suite)

Caractéristiques	n	%
Nombre de visites sans r.v. en clinique médicale dans les 6 derniers mois		
0	326	39,7
1	217	26,4
2	109	13,3
3	71	8,6
4 et plus	99	12,0
Nombre de visites sans r.v. au CLSC dans les 6 derniers mois		
0	710	86,3
1	73	8,9
2	22	2,7
3	8	1,0
4 et plus	10	1,2
Nombre de visites avec rendez-vous au médecin dans les 6 derniers mois		
0	349	42,4
1	234	28,4
2	95	11,5
3	57	6,9
4 et plus	88	10,7
Médecin de famille		
Oui	582	70,3
Non	246	29,7
Possibilité de contacter le md de famille quand un problème survient		
Oui	391	67,8
Non	186	32,2
Recherche d'information sur les services de santé		
Répondant croit être bien informé sur les services de santé sans r.v. près de chez lui		
Oui	405	47,6
Non	445	52,4
Répondant peut nommer une clinique méd. sans r.v.		
Oui	346	40,7
Non	504	59,3

Tableau 1 Caractéristiques des répondants (n = 850) (suite)

Caractéristiques	n	%
Répondant peut dire si ce service est ouvert le soir		
Oui	244	70,5
Non	102	29,5
Répondant peut dire si ce service est ouvert les fins de semaine		
Oui	230	66,5
Non	116	33,5
Facilité de savoir quelles sont les cliniques méd. ou CLSC qui offrent du sans r.v.près de chez lui		
Oui	212	61,4
Non	133	38,6
Facilité d'avoir de l'information sur leurs heures d'ouverture		
Oui	262	75,9
Non	83	24,1
Facilité d'avoir de l'information sur leurs services disponibles		
Oui	228	66,3
Non	116	33,7
Sources d'information par lesquelles le répondant a appris l'existence d'Info-Santé CLSC		
Famille	51	11,2
Conjoint	28	6,2
Ami/connaissance	38	8,4
Collègue travail	19	4,2
Médecin	5	1,1
Pharmacien	1	0,2
Autre prof.santé	40	8,8
911	6	1,3
Publicité	228	50,1
Annuaire téléphonique	8	1,8
Par lui-même	10	2,2
Autre	21	4,6

Tableau 1 Caractéristiques des répondants (n = 850) (suite)

Caractéristiques	n	%
Connaissance et Utilisation		
Connaissance du service téléphonique Info-Santé CLSC		
Oui	614	75,5
Non	199	24,5
Utilisation antérieure d'Info-Santé CLSC		
Oui	457	74,4
Non	157	25,6
Téléphone au service tél. Info-Santé CLSC avant de se rendre au service d'urgence		
Oui	107	23,7
Non	345	76,3
Recommandations d'Info-Santé CLSC		
Info-Santé CLSC recommande de consulter		
Oui	91	90,1
Non	10	9,9
Info-Santé CLSC recommande le service d'urgence/lieu d'entrevue		
Oui	36	39,6
Non	55	60,4
Ressources recommandées par Info-Santé CLSC		
Urgence hôpital	6	10,9
Clinique méd. ss r.v.	27	49,1
Médecin de famille	18	32,7
CLSC	5	9,1
Médecin spécialiste	4	7,3
Suivi des recommandations		
Répondant communique avec la ress. conseillée /Info-Santé CLSC		
Oui	38	70,4
Non	16	29,6
Urgence hôpital	7	18,4
Clinique méd. ss r.v.	16	42,1
Médecin de famille	13	34,2
CLSC	4	10,5
Médecin spécialiste	3	7,9

Un taux égal de personnes perçoivent en général leur santé comme étant excellente et très bonne (35,4 %) ; seulement 0,6 % la perçoivent comme étant très mauvaise. Les individus ont commencé à avoir leur problème de santé depuis 10 jours et plus pour 28,5 % d'entre eux ; 62,9 % des personnes participant à l'étude n'ont pas déjà présenté dans le passé, le problème de santé pour lequel elles se présentent au moment de l'étude. Le problème de santé pour lequel le répondant vient consulter au moment de l'étude est perçu comme étant moyennement menaçant (30,1 %). Vingt-neuf pour-cent des patients croient qu'il est très probable que des complications surviennent si leur problème de santé n'est pas traité rapidement. Le problème de santé pour lequel les participants consultent leur cause une douleur moyenne dans une proportion de 41,8 %, un inconfort moyen chez 45,6 % et le problème de santé cause beaucoup de limitations dans le genre ou le nombre d'activités chez 44,9 % des participants.

Le service de santé utilisé au moment de l'étude par l'échantillon d'individus est réparti comme suit : à l'urgence de l'hôpital (47,3 %), dans les trois cliniques médicales sans rendez-vous (39,5 %) et au service sans rendez-vous du CLSC (13,2 %). Le service de santé utilisé au moment de l'étude a déjà été fréquenté antérieurement par 83,2 % des participants. Au cours des six derniers mois, il n'y a eu aucune visite à l'urgence de l'hôpital pour 70,4 % des usagers, il n'y a eu aussi aucune visite dans les cliniques médicales sans rendez-vous pour 39,7 % des personnes et finalement, au service sans rendez-vous du CLSC, aucune visite n'a été faite au cours des six derniers pour 86,3 % des gens et 42,4 % des patients n'ont pas visité leur médecin après avoir pris un rendez-vous au cours de la même période.

La majorité des utilisateurs (70,3 %) ont un médecin de famille. Pour 67,8 % des participants à l'étude, nous observons qu'ils ont

habituellement la possibilité de contacter leur médecin de famille lorsqu'un problème de santé survient et qu'ils n'ont pas de rendez-vous.

La moitié des personnes (52,4 %) ne se croient pas bien informées sur les services de santé sans rendez-vous près de chez elles, alors que 59,3 % des répondants ne peuvent pas nommer une clinique médicale sans rendez-vous près de chez eux. Par contre, parmi celles pouvant nommer une clinique médicale sans rendez-vous (40,7 %), nous retrouvons 70,5 % de ces mêmes personnes qui peuvent dire si ce service de santé est ouvert le soir et 66,5 % peuvent dire si ce service est ouvert les fins de semaine.

Un pourcentage de 61,4 % de participants indique qu'ils croient qu'il est facile de savoir quelles sont les cliniques médicales, incluant le CLSC, offrant du service sans rendez-vous près de chez eux ; 75,9 % des personnes croient qu'il est facile d'avoir de l'information sur leurs heures d'ouverture et 66,3 % croient qu'il est facile d'avoir de l'information sur leurs services disponibles. Finalement, les principales sources d'information par lesquelles les participants à l'étude ont appris l'existence du service téléphonique Info-Santé CLSC sont la publicité pour 50,1 % d'entre eux tandis qu'un pourcentage de 11,2 % de personnes mentionnent que l'information provient de la famille. L'information provient d'amis/connaissances pour 8,4 % des personnes et 8,8 % des personnes disent avoir appris l'existence d'Info-Santé CLSC par les autres professionnels de la santé.

La connaissance du service téléphonique Info-Santé CLSC est présente chez 75,5 % des participants à l'étude. Près des trois quarts des répondants (74,4 %) ont déjà utilisé à un moment donné le service téléphonique Info-Santé CLSC mais seulement 23,7 % parmi les 850 participants, ont téléphoné à ce service avant de se rendre au service

d'urgence au moment de l'entrevue. Le service téléphonique Info-Santé CLSC a recommandé à 90,1 % des répondants de consulter un professionnel de la santé. Le service téléphonique Info-Santé CLSC a recommandé le service de santé où a lieu l'entrevue à 39,6 % des personnes ayant appelé avant. Les ressources recommandées par le service téléphonique Info-Santé CLSC sont réparties comme suit ; urgence de l'hôpital (10,9 %), cliniques médicales sans rendez-vous (49,1 %), médecin de famille (32,7 %), CLSC (9,1 %) et médecin spécialiste (7,3 %). Le répondant communique dans un pourcentage de 70,4 % avec la ressource conseillée par le service téléphonique Info-Santé CLSC.

5.2 CONNAISSANCE ET UTILISATION DU SERVICE TÉLÉPHONIQUE INFO-SANTÉ CLSC PAR LES PATIENTS DE L'URGENCE HOSPITALIÈRE ET DES CLINIQUES MÉDICALES SANS RENDEZ-VOUS

Les résultats suivants se rapportent à l'objectif premier de cette étude qui consiste à identifier la proportion d'utilisateurs de l'urgence de l'hôpital, des cliniques médicales sans rendez-vous et du CLSC, qui connaissent le service téléphonique Info-Santé CLSC, qui y ont eu recours préalablement lors de leur visite médicale et à qui le service téléphonique Info-Santé CLSC a recommandé spécifiquement d'utiliser ce service de santé.

5.2.1 Connaissance du service téléphonique Info-Santé CLSC

Parmi les 850 individus (dont 813 données valides) ayant participé à cette étude, 614 personnes 75,5 % (IC_{.95} = 0,73 – 0,78) mentionnent qu'elles connaissent le service téléphonique Info-Santé CLSC. La connaissance de ce service téléphonique est présente chez 70,6 % (IC_{.95} = 0,66 – 0,75) des participants provenant de l'urgence de l'hôpital, chez 77,2 % (IC_{.95} = 0,73 – 0,82) des participants provenant des cliniques

médicales sans rendez-vous et chez 87,3 % (IC.₉₅ = 0,81 – 0,93) des participants provenant du CLSC (Tableau II).

Tableau II: Proportion de participants qui connaissent Info-Santé CLSC par service d'urgence utilisé au moment de l'étude

Service utilisé	Connaît Info-Santé CLSC n % (IC. ₉₅)	Ne connaît pas Info-Santé CLSC n % (IC. ₉₅)	Total n %
Urgence hôpital	264 70,6 (0,66-0,75)	110 29,4 (0,25-0,34)	374 100 %
Cliniques médicales sans rendez-vous	254 77,2 (0,73-0,82)	75 22,8 (0,18-0,27)	329 100 %
CLSC	96 87,3 (0,81-0,93)	14 12,7 (0,07-0,19)	110 100 %
Total	614 75,5 (0,73-0,78)	199 24,5 (0,22-0,27)	813 100 %

5.2.2 Utilisation du service téléphonique Info-Santé CLSC préalablement à la visite médicale

Parmi les 614 participants (452 données valides) qui connaissent le service téléphonique Info-Santé CLSC, un nombre de 107 personnes 23,7 % (IC.₉₅ = 0,20 - 0,28) ont appelé ce service téléphonique avant de s'y rendre. La proportion d'individus qui ont contacté le service téléphonique Info-Santé CLSC avant de se rendre est de 33,8 % (IC.₉₅ = 0,27 - 0,40) pour l'urgence de l'hôpital, de 13,4 % (IC.₉₅ = 0,08 - 0,18)

pour les individus provenant des cliniques médicales sans rendez-vous et de 20,8 % (IC.₉₅ = 0,11 - 0,30) pour ceux provenant du CLSC (Tableau III).

Tableau III: Proportion de participants qui ont appelé Info-Santé CLSC avant de se rendre au service d'urgence par service utilisé

Service utilisé	A téléphoné à Info-Santé CLSC avant de se rendre	N'a pas téléphoné à Info-Santé CLSC avant de se rendre	Total
	n % (IC. ₉₅) %	n % (IC. ₉₅) %	n %
Urgence hôpital	68 33,8 (0,27-0,40)	133 66,2 (0,60-0,73)	201 100 %
Cliniques médicales sans rendez-vous	24 13,4 (0,08-0,18)	155 86,6 (0,82-0,92)	179 100 %
CLSC	15 20,8 (0,11-0,30)	57 79,2 (0,70-0,89)	72 100 %
Total	107 23,7 (0,20-0,28)	345 76,3 (0,72-0,80)	452 100 %

5.2.2.1 Utilisation passée du service téléphonique Info-Santé CLSC

Un nombre de 457 personnes sur les 614 qui connaissent le service téléphonique Info-Santé CLSC, 74,4 % (IC.₉₅ = 0,71 – 0,78) l'ont déjà utilisé dans le passé. Une proportion de 75,8 % de personnes (IC.₉₅ = 0,71 - 0,81) proviennent de l'urgence de l'hôpital, 72,3 % (IC.₉₅ = 0,67 - 0,78) des

personnes proviennent des cliniques médicales sans rendez-vous et une proportion de 76,0 % (IC_{.95} = 0,67 - 0,85) proviennent du CLSC (Tableau IV).

Tableau IV: Proportion d'utilisateurs qui ont déjà fait appel dans le passé à Info-Santé CLSC par service utilisé

Service utilisé	Utilisation passée d'Info-Santé CLSC		Total
	Oui n % (IC _{.95})	Non n % (IC _{.95})	
Urgence hôpital	201 75,8 (0,71-0,81)	64 24,2 (0,19-0,29)	265 100 %
Cliniques médicales sans rendez-vous	183 72,3 (0,67-0,78)	70 27,7 (0,22-0,33)	253 100 %
CLSC	73 76,0 (0,67-0,85)	23 24,0 (0,15-0,33)	96 100 %
Total	457 74,4 (0,71-0,78)	157 25,6 (0,22-0,29)	614 100 %

5.2.3 Recommandations du service téléphonique Info-Santé CLSC

Parmi les 107 participants qui ont fait appel au service téléphonique Info-Santé CLSC avant de se rendre au service d'urgence au moment de l'étude, Info-Santé CLSC a recommandé à 36 (33,6 %), (IC_{.95} = 0,238 – 0,434) de ceux-ci de se rendre à un service d'urgence.

Le service téléphonique Info-Santé CLSC a recommandé spécifiquement d'utiliser le service d'urgence hospitalier à 20 patients

(55,6 %), (IC._{.95} = 0,393 – 0,719) ; les cliniques médicales sans rendez-vous à 7 personnes (19,4 %), (IC._{.95} = 0,065 – 0,323) et le service sans rendez-vous du CLSC à un nombre de 9 personnes (25,0 %), (IC._{.95} = 0,109 – 0,391) (Tableau V).

**Tableau V: Proportion de participants qui ont mentionné qu'Info-Santé CLSC leur a recommandé le service utilisé au moment de l'étude
n=36**

Service utilisé	%	(IC._{.95})
Urgence hôpital	55,6	(0,393 – 0,719)
Cliniques médicales sans rendez-vous	19,4	(0,065 – 0,323)
CLSC	25,0	(0,109 – 0,391)

5.2.4 Suivi des recommandations

Le service téléphonique Info-Santé CLSC a recommandé à 91 personnes sur 107 (85,0 %) de consulter un professionnel de la santé. Parmi les personnes se trouvant à l'urgence de l'hôpital au moment de l'étude, 12,8 % ont mentionné avoir été référées à cet endroit par le service téléphonique Info-Santé CLSC, 53,8 % ont eu les conseils de se rendre à une clinique médicale sans rendez-vous, 28,2 % de consulter un médecin de famille, 2,6 % le CLSC et 2,6 % de consulter un médecin spécialiste. Parmi les participants qui se trouvaient aux cliniques médicales sans rendez-vous, 9,1 % ont mentionné que le service téléphonique leur a conseillé de se rendre à l'urgence d'un hôpital, 36,4 % à une clinique médicale sans rendez-vous,

36,4 % vers un médecin de famille, 9,1 % sont dirigés vers un CLSC et 9,1 % n'ont reçu aucune recommandation de consulter. Parmi les participants qui se trouvaient au CLSC au moment de l'étude, 40,0 % ont reçu le conseil de se rendre à une clinique médicale sans rendez-vous, 60,0 % de consulter un médecin de famille (Tableau VI). Les répondants communiquent avec la ressource conseillée par Info-Santé CLSC dans une proportion de 70,4 %.

Tableau VI: Ressources recommandées aux participants par Info-Santé CLSC par service utilisé au moment de l'étude n=107

Ressource conseillée	Service utilisé		
	Urgence hôpital n=68 %	Cliniques médicales sans rendez-vous n=24 %	CLSC n=15 %
Urgence hôpital	12,8	9,1	—
Cliniques médicales sans rendez-vous	53,8	36,4	40,0
Médecin famille	28,2	36,4	60,0
CLSC	2,6	9,1	—
Médecin spécialiste	2,6	—	—
Clinique externe (hôpital)	—	—	—
Pharmacien	—	—	—
Aucune recommandation	—	9,1	—
Total	100%	100%	100%

5.3 IDENTIFICATION DES PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES

5.3.1 Association des variables indépendantes entre elles

Les résultats suivants se rapportent au second objectif de l'étude qui consiste à identifier les principales caractéristiques permettant de distinguer : 1) les usagers connaissant le service téléphonique Info-Santé CLSC de ceux qui ne le connaissent pas, 2) les usagers ayant eu recours au service téléphonique Info-Santé CLSC préalablement à leur visite médicale à l'urgence hospitalière ou à la clinique médicale sans rendez-vous de ceux qui ne l'ont pas utilisé.

Les tests d'association entre les variables indépendantes pour le modèle de la connaissance du service téléphonique Info-Santé CLSC (Tableau VII) et pour le modèle de l'utilisation du service téléphonique Info-Santé CLSC préalablement à la visite médicale (Tableau VIII) montrent que la plupart des associations sont statistiquement significatives mais d'ampleur relativement faible. Seules les variables « Quelqu'un à qui parler de ses sentiments ou préoccupations personnelles » et « Quelqu'un sur qui compter en cas de crise » sont fortement associées l'une à l'autre (RC = 28,38 (connaissance) et 28,31 (utilisation)), de même que les variables « Disponibilité perçue de l'information » et « Connaissance des services de santé » qui présentent un Tau *b* de Kendall de 0,735 pour le modèle sur la connaissance et de 0,757 pour le modèle sur l'utilisation. Étant donné leur forte association, l'effet sur les variables dépendantes a dû être testé séparément. La description en est faite au chapitre 4, section 4.7.3 sur les méthodes d'analyses des données traitant de la régression multivariée.

TABLEAU VIII Tests d'association entre les variables indépendantes pour le modèle de l'utilisation n=614 (chez ceux qui connaissent Info-Santé CLSC, Q42=oui)

âge	genre	revenu	scolarité	emploi	pers. consultant	temps déplaç.	quelqu'un à qui parler	quelqu'un sur qui compter	nb pers. avec répondant	santé perçue	durée du probl.	nouveau du probl.	gravité du probl.	douleur, inconfort, limitation	besoin perçu d'information	conn. serv. santé	dispo. perçue information	source fam.	source ami	source méd.	source pub.	service utilisé	util. antér. serv. méd.	freq. service méd./8 mois	dispo. source rég. de soins
	,016 ci																								
	,317* s	,004 ci																							
	,047 s	,004 ci	,355* b																						
	,024 s	,042* ci	,274* c	,244* c																					
	,228* ci	,009* ci	,021* ci	,011* ci	,001 ci																				
	,047* f	,002 ci	,082* s	,097* s	,013 s																				
	,228* ci	,634 rc	,012* ci	,007* ci	,016* ci	,005 ci																			
	,324 ci	1,047 rc	,014* ci	,009* ci	,004 ci	28,308 rc																			
	,154* f	,007 ci	,246* s	,097* s	,037 s	,015 f	,032* ci	,027 ci																	
	,112* s	,002 ci	,171* c	,135* c	,160* c	,036 s	,010* ci	,007* ci	,210* s																
	,048 s	,000 ci	,063 b	,017 b	,007 c	,028 s	,002 ci	,001 ci	,082* s	,098* c															
	,087 ci	,789 rc	,002 ci	,007 ci	,004 ci	,010* ci	,989 rc	1,521 rc	,014* ci	,004 ci	,002 ci														
	,102* f	,004 ci	,014 s	,054 s	,009 s	,086* f	,003 ci	,004 ci	,071 f	,118* s	,165* s	,004 ci													
	,049 f	,005 ci	,014 s	,019 s	,048 s	,011* ci	,002 ci	,007* ci	,004 f	,070 s	,063* s	,005 ci	,307* f												
	,066 ci	1,220 rc	,001 ci	,010* ci	,002 ci	,003 ci	1,178 rc	,713 rc	,013* ci	,006 ci	,001 ci	1,054 rc	,003 ci	,005 ci											
	,079 s	,003 ci	,113* b	,113* b	,054 c	,226* s	,006 ci	,004 ci	,009 s	,019 c	,098* b	,010* ci	,151* s	,168* s	,002 ci										
	,107* s	,001 ci	,094* b	,104* b	,061* c	,219* s	,000 ci	,005 ci	,029 s	,018 c	,063* b	,010* ci	,118* s	,135* s	,025* ci	,757* b									
	,149 ci	,214 rc	,004 ci	,010 ci	,006 ci	,005 ci	1,589 rc	,721 rc	,006 ci	,016 ci	,001 ci	1,072 rc	,001 ci	,004 ci	,577 rc	,011 ci	,008 ci								
	,158 ci	3,479 rc	,028* ci	,001 ci	,005 ci	,003 ci	3,75 rc	,487 rc	,029* ci	,014 ci	,001 ci	,795 rc	,007 ci	,003 ci	,802 rc	,019 ci	,007 ci	,073 rc							
	,161 ci	3,826 rc	,019 ci	,021 ci	,038* ci	,006 ci	,661 rc	542 rc	,021 ci	,005 ci	,001 ci	1,238 rc	,008 ci	,003 ci	1,273 rc	,004 ci	,004 ci	,169 rc	,121 rc						
	,134* ci	1,282 rc	,006 ci	,019* ci	,001 ci	,007 ci	,870 rc	1,481 rc	,002 ci	,006 ci	,001 ci	,964 rc	,004 ci	,005 ci	1,248 rc	,014* ci	,003 ci	,051 rc	,133 rc	,023 rc					
	,132* ci	,000 ci	,014* ci	,017* ci	,002 ci	,040* ci	,001 ci	,000 ci	,003 ci	,010 ci	,015* ci	,013* ci	,017* ci	,016* ci	,003 ci	,542* ci	,363* ci	,004 ci	,038* ci	,012 ci	,004 ci				
	,183* ci	1,014 rc	,007 ci	,008 ci	,012* ci	,013* ci	1,347 rc	,517 rc	,017 ci	,026* ci	,006* ci	1,942 rc	,007* ci	,004 ci	,790 rc	,033* ci	,021* ci	1,420 rc	,071 rc	,987 rc	,631 rc	,049* ci			
	,081* f	,018* ci	,025 s	,034 s	,114* c	,023 f	,007 ci	,005 ci	,143* f	,121* s	,009 s	,009 s	,045 f	,007 f	,026 ci	,074 s	,051 s	,013 ci	,008 ci	,018* ci	,015 ci	,053* ci			
	,135* s	,024* ci	,061 c	,138* b	,017* ci	,045 s	,004 ci	,008* ci	,129* s	,058 c	,002 c	,010* ci	,004 s	,006 s	,020* ci	,054 c	,057 c	,008 ci	,024* ci	,030* ci	,000 ci	,003 ci	,050 ci	,187* s	

NOTE : ci : coefficient d'incertitude asymétrique ; p < 0,05
 f : corrélation de Pearson ; s : corrélation rho de Spearman ; b : tau -b de Kendall
 rc : ratio de cotes ; c : tau -c de Kendall

5.3.2 Facteurs associés à la connaissance du service téléphonique Info-Santé CLSC

5.3.2.1 Associations des caractéristiques des répondants avec la connaissance

Le Tableau IX présente l'association des facteurs à l'étude (variables indépendantes) avec la connaissance du service téléphonique Info-Santé CLSC (variable dépendante). Il indique qu'en moyenne, les personnes qui ne connaissent pas Info-Santé CLSC sont plus âgées que celles qui le connaissent. Les femmes ont 3,4 fois plus de chance de connaître Info-Santé CLSC que les hommes. Les répondants qui ont un revenu total avant impôt de 50 000 \$ ou plus, ont 2,1 fois plus de chance de connaître Info-Santé CLSC comparativement à ceux ayant un revenu inférieur à 20 000 \$. Les personnes avec un niveau d'études universitaires et celles avec un niveau d'études collégiales, ont respectivement 3,7 et 2,9 fois plus de chance de connaître Info-Santé CLSC par rapport à celles n'ayant aucune scolarité ou ayant complété des études primaires. Il n'existe pas d'association significative entre l'emploi et le fait de connaître ou de ne pas connaître Info-Santé CLSC.

Les individus qui consultent pour leur enfant, ont 2,6 fois plus de chance de connaître Info-Santé CLSC que les individus consultant pour eux-mêmes. Une personne qui a quelqu'un à qui parler de ses sentiments ou préoccupations personnelles, a 1,7 fois plus de chance de connaître Info-Santé CLSC qu'une personne ne bénéficiant pas de cette ressource personnelle. Les variables « Quelqu'un sur qui compter en cas de crise » ainsi que le nombre moyen de personnes habitant avec le répondant ne sont pas associées significativement à la connaissance d'Info-Santé CLSC.

Tableau IX
Association des caractéristiques des répondants avec la connaissance du service téléphonique Info-Santé CLSC n = 850

Caractéristiques	Ne connaît pas le serv. tél. Info-Santé n (%)	Connaît le serv. tél. Info-Santé n (%)	Ratio de cotes (Intervalle de Confiance à 95%)	P	
Caractéristiques sociodémographiques					
Âge moyen du répondant (en année ± E.T.)					
36,7 ± 13,5	n=809	40,5 ± 16,21	35,6 ± 12,3	,9745 (.9632 - ,9859)	,0000
Genre					
n=812					
Homme	120 (38,6)	191 (61,4)		1 (référence)	
Femme	79 (15,8)	422 (84,2)		3,3552 (2,4087 - 4,6737)	,0000
Revenu total avant impôt					
n=780					
<20 000\$	57 (32,6)	118 (67,4)		1 (référence)	
Entre 20 000\$ et 34 999\$	52 (27,5)	137 (72,5)		1,2727 (.8121 - 1,9945)	,2929
Entre 35 000\$ et 49 999\$	29 (19,2)	122 (80,8)		2,0321 (1,2157 - 3,3965)	,0068
50 000\$ ou plus	49 (18,5)	216 (81,5)		2,1292 (1,3674 - 3,3156)	,0008
Niveau de scolarité					
n=813					
Aucun ou primaire	52 (40,6)	76 (59,4)		1 (référence)	
Secondaire	86 (25,1)	256 (74,9)		2,0367 (1,3261 - 3,1280)	,0012
Collégial	42 (18,9)	180 (81,1)		2,9322 (1,8016 - 4,7722)	,0000
Universitaire	19 (15,7)	102 (84,3)		3,6722 (2,0083 - 6,7146)	,0000

Tableau IX
Association des caractéristiques des répondants avec la connaissance du service téléphonique Info-Santé CLSC n = 850 (suite)

Caractéristiques	Ne connaît pas le serv. tél. Info-Santé n (%)	Connaît le serv. tél. Info-Santé n (%)	Ratio de cotes (Intervalle de Confiance à 95%)	P
Emploi n=812				
Occupation temps plein	100 (23,5)	326 (76,5)	1,3641 (.9351 - 1,9899)	,1070
Occupation temps partiel	40 (21,5)	146 (78,5)	1,5273 (.9609 - 2,4275)	,0732
Aucune occupation (congé, retraite, sans emploi)	59 (29,5)	141 (70,5)	1 (référence)	
Personne à qui s'adresse la consultation n=810				
Répondant lui-même	173 (27,5)	456 (72,5)	1 (référence)	
Son enfant	22 (12,6)	152 (87,4)	2,6179 (1,6200 - 4,2304)	,0001
Autre (parent, conjoint, neveu)	3 (42,9)	4 (57,1)	,5058 (.1121 - 2,2833)	,3755
Réseau social				
Quelqu'un à qui parler n=811				
Oui	171 (23,4)	559 (76,6)	1,7270 (1,0592 - 2,8159)	,0285
Non	28 (34,6)	53 (65,4)	1 (référence)	
Quelqu'un sur qui compter n=811				
Oui	187 (24,0)	591 (76,0)	1,8060 (.8720 - 3,7403)	,1116
Non	12 (36,4)	21 (63,6)	1 (référence)	
Nb moyen de pers. habitant avec le répondant (± E.T.) 2,22 ±1,19	2,10 ±1,31	2,27 ±1,15	1,1240 (.9828 - 1,2854)	,0878

Tableau IX
Association des caractéristiques des répondants avec la connaissance du service téléphonique Info-Santé CLSC n = 850 (suite)

Caractéristiques	Ne connaît pas le serv. tél. Info-Santé n (%)	Connait le serv. tél. Info-Santé n (%)	Ratio de cotes (Intervalle de Confiance à 95%)	p
Utilisation des services de santé				
Service de santé utilisé au moment de l'étude	n=813			
Urgence de l'hôpital Clinique médicale sans rv CLSC sans rv	110 (29,4) 75 (22,8) 14 (12,7)	264 (70,6) 254 (77,2) 96 (87,3)	1 (référence) 1,4111 (1,0041 - 1,9832) 2,8537 (1,5615 - 5,2153)	,0473 ,0007
Utilisation antérieure du service médical au moment de l'étude	n=811			
Oui	165 (24,4)	510 (75,6)	1 (référence)	
Non	34 (25,0)	102 (75,0)	,9706 (,6339 - 1,4861)	,8908
Fréquentation moyenne des services médicaux au cours des 6 derniers mois (\pm E.T.)	n=810			
3,60 \pm 3,92	2,74 \pm 3,02	3,88 \pm 4,14	1,1028 (1,0442 - 1,1646)	,0004
Disponibilité d'une source régulière de soins	n=808			
Pas de source rég.de soins	77 (32,1)	163 (67,9)	1 (référence)	
Source rég. disp.avec rv seulement	33 (17,8)	152 (82,2)	2,1757 (1,3682 - 3,4596)	,0010
Source rég. disp. même sans rv	88 (23,0)	295 (77,0)	1,5836 (1,1040 - 2,2715)	,0125
État de santé général				
Santé perçue	n=811			
Excellente	58 (20,2)	229 (79,8)	1 (référence)	
Très bonne	60 (20,9)	227 (79,1)	,9582 (,6392 - 1,4365)	,8364
Bonne	55 (35,3)	101 (64,7)	,4651 (,3005 - 7,200)	,0006
Passable	19 (32,2)	40 (67,8)	,5332 (,2876 - 9,887)	,0459
Moyenne	4 (23,5)	13 (76,5)	,8232 (,2588 - 2,6182)	,7417
Très mauvaise	2 (40,0)	3 (60,0)	,3799 (,0620 - 2,3267)	,2952

Tableau IX
Association des caractéristiques des répondants avec la connaissance du service téléphonique Info-Santé CLSC n = 850 (suite)

Caractéristiques	Ne connaît pas le serv. tél. Info-Santé n (%)	Connaît le serv. tél. Info-Santé n (%)	Ratio de cotes (Intervalle de Confiance à 95%)	p
Recherche d'information sur les services de santé				
Besoin perçu d'information				
Ne se considère pas bien informé	117 (28,0)	301 (72,0)	1 (référence)	
Se considère bien informé	82 (20,8)	313 (79,2)	1,4837 (1,0735 - 2,0506)	,0169
Connaissance des services de santé				
Connaissances nulles	107 (22,4)	371 (77,6)	1 (référence)	
Connaissances faibles	27 (40,9)	39 (59,1)	,4166 (,2438 - ,7118)	,0014
Connaissances moyennes	19 (25,0)	57 (75,0)	,8652 (,4932 - 1,5178)	,6137
Connaissances élevées	46 (23,8)	147 (76,2)	,9217 (,6210 - 1,3679)	,6855
Disponibilité perçue de l'information				
Difficile partout	129 (23,7)	415 (76,3)	1 (référence)	
Plutôt difficile	10 (37,0)	17 (63,0)	,5284 (,2361 - 1,1828)	,1208
Plutôt facile	20 (27,8)	52 (72,2)	,8082 (,4652 - 1,4040)	,4498
Facile partout	40 (23,5)	130 (76,5)	1,0102 (,6733 - 1,5158)	,9607

Les individus qui utilisent le service sans rendez-vous du CLSC ont 2,8 fois plus de chance de connaître Info-Santé CLSC que ceux se présentant à l'urgence de l'hôpital alors que ceux fréquentant les cliniques médicales sans rendez-vous ont 1,4 fois plus de chance de le connaître que ceux de l'urgence de l'hôpital. Nous n'avons observé aucune association significative entre l'utilisation antérieure du service médical au moment de l'étude et la variable dépendante de la connaissance. En moyenne, les gens connaissant le service téléphonique Info-Santé CLSC ont fréquenté plus souvent les services médicaux au cours des six derniers mois comparativement à celles qui ne connaissent pas Info-Santé CLSC. Les usagers ayant une source régulière de soins disponible avec rendez-vous seulement, ont 2,1 fois plus de chance connaître Info-Santé CLSC que ceux n'ayant aucune source régulière de soins et les répondants ayant une source régulière de soins disponible même sans rendez-vous, ont 1,6 fois plus de chance de connaître Info-Santé CLSC comparés à ceux n'ayant aucune source régulière de soins.

Les personnes percevant leur santé comme étant bonne ou passable, ont 2,1 fois (1/0,4651) et 1,9 fois (1/0,5332) moins de chance de connaître Info-Santé CLSC que celles qualifiant leur santé d'excellente.

Les participants se considérant bien informés sur les services de santé sans rendez-vous à proximité de leur domicile, ont 1,5 fois plus de chance de connaître Info-Santé CLSC comparativement aux participants ne se considérant pas bien informés. Les gens mentionnant avoir des connaissances faibles des services de santé près de chez elles, ont 2,4 fois moins (1/0,4166) de chance de connaître Info-Santé CLSC que les gens ayant mentionné avoir des connaissances nulles des services de santé près de chez elles.

Finalement, le ratio de cotes et l'intervalle de confiance à 95 % indiquent qu'il n'existe aucune association entre la variable de la disponibilité perçue de l'information et la connaissance d'Info-Santé CLSC.

5.3.2.2 Analyse de régression logistique multiple pour le modèle de la connaissance du service téléphonique Info-Santé CLSC

Les résultats finaux portent sur un nombre total de 768 individus. Mentionnons que nous avons utilisé seulement des données complètes sur les variables à l'étude (les participants se trouvant appelé par le médecin avant que l'entrevue ne soit terminée, produisant ainsi des données incomplètes).

Les résultats obtenus montrent que l'âge, le genre, le revenu, l'utilisation des services sans rendez-vous du CLSC, la fréquentation des services médicaux au cours des six derniers mois, d'avoir à sa disposition une source régulière de soins avec rendez-vous seulement et d'avoir aussi une perception de sa santé qualifiée de bonne ou de passable sont associés à la connaissance du service téléphonique Info-Santé CLSC.

Le modèle final démontre que les variables expliquent à 78,13 % le modèle sur la connaissance du service téléphonique Info-Santé CLSC.

À chaque fois que l'âge augmente d'une année, la probabilité de connaître le service téléphonique Info-Santé CLSC est de 0,9678 plus élevée ou 1,03 fois plus faible ($1/0,9678$). Les femmes ont 3,45 fois plus de chance de connaître le service téléphonique Info-Santé CLSC que les hommes. Une personne ayant un revenu total avant impôt se situant entre 35 000 \$ et 49 999 \$ a 3,06 fois plus de chance de connaître le service téléphonique Info-Santé CLSC, que celle ayant un revenu inférieur à

20 000 \$. De plus la personne avec un revenu de 50 000 \$ ou plus a 2,6 fois plus de chance de connaître le service téléphonique Info-Santé CLSC que celle ayant un revenu inférieur à 20 000 \$. et finalement la personne ayant un revenu se situant entre 20 000 \$ et 34 999 \$, a 1,7 fois plus de chance de connaître le service téléphonique Info-Santé CLSC que la personne ayant un revenu inférieur à 20 000 \$. Les répondants qui ont utilisé le service sans rendez-vous du CLSC au moment de l'étude, ont 4,05 fois plus de chance de connaître le service téléphonique Info-Santé CLSC que les répondants qui ont utilisé l'urgence de l'hôpital. À chaque fois que la fréquentation des services médicaux au cours des six derniers mois augmente d'une visite, la probabilité de connaître le service téléphonique Info-Santé CLSC est de 1,09 fois plus élevée. Les personnes ayant une source régulière de soins disponible avec rendez-vous seulement ont 2 fois plus de chance de connaître le service téléphonique Info-Santé CLSC que les personnes n'ayant aucune source régulière de soins. Les participants à l'étude percevant leur santé comme bonne, ont 2,3 fois moins de chance (1/0,4280) de connaître le service téléphonique Info-Santé CLSC et ceux percevant leur santé comme passable ont 2,2 fois moins de chance (1/0,4507) de connaître le service téléphonique Info-Santé CLSC comparativement à ceux qualifiant leur santé d'excellente (Tableau X).

Tableau X: Facteurs associés à la connaissance du service téléphonique Info-Santé CLSC et leurs ratios de cotes ajustés par régression logistique pas-à-pas progressive n = 768

Caractéristiques	RC	IC À 95%	P
Caractéristiques sociodémographiques:			
Âge	,9678	,9544 - ,9815	,0000
Genre			
homme	1 (référence)		
femme	3,4488	2,3519- 5,0573	,0000
Revenu total avant impôt			
<20 000\$	1 (référence)		
Entre 20 000\$ et 34 999\$	1,7205	1,0318 - 2,8689	,0375
Entre 35 000\$ et 49 999\$	3,0622	1,6931 - 5,5382	,0002
50 000\$ ou plus	2,6275	1,5577 - 4,4320	,0003
Utilisation des services de santé:			
Service de santé utilisé au moment de l'étude			
Urgence de l'hôpital	1 (référence)		
Clinique médicale sans rendez-vous	1,4193	,9554 - 2,1085	,0829
CLSC sans rendez-vous	4,0485	1,9585 - 8,3686	,0002

Tableau X: Facteurs associés à la connaissance du service téléphonique Info-Santé CLSC et leurs ratios de cotes ajustés par régression logistique pas-à-pas progressive n = 768 (suite)

Caractéristiques	RC	IC A 95%	P
Utilisation des services de santé:			
Fréquentation des services médicaux au cours des 6 derniers mois	1,0892	1,0236 - 1,1590	,0070
Disponibilité d'une source régulière de soins			
Pas de source régulière de soins	1 (référence)		
Source régulière disponible avec rendez-vous seulement	2,0054	1,1674 - 3,4449	,0117
Source régulière disponible même sans rendez-vous	1,2776	,8228 - 1,9838	,2752
État de santé général:			
Santé perçue			
Excellente	1 (référence)		
Très bonne	,8798	,5538 - 1,3979	,5878
Bonne	,4280	,2573 - ,7122	,0011
Passable	,4507	,2188 - ,9282	,0306
Moyenne ou très mauvaise	1,3116	,3637 - 4,7309	,6785
Paramètres statistiques			
Test d'ajustement de Hosmer et Lemeshow	χ^2	df	P
	9,5088	8	,3012
Valeur prédictive	= 78,13%		
Sensibilité	= 94,70%		
Spécificité	= 26,00%		

5.3.3 Facteurs associés à l'utilisation du service téléphonique Info-Santé CLSC préalablement à la visite médicale

5.3.3.1 Associations des caractéristiques des répondants avec l'utilisation préalable

Le Tableau XI présente l'association des facteurs à l'étude (variables indépendantes) avec l'utilisation du service téléphonique Info-Santé CLSC préalablement à la visite médicale (variable dépendante). Les résultats indiquent que l'âge et le genre des répondants ne sont pas associés significativement avec l'utilisation du service téléphonique Info-Santé CLSC préalablement à la visite médicale. Il en est de même pour le revenu total avant impôt, le niveau de scolarité, l'emploi, la personne à qui s'adresse la consultation au moment de l'étude, le temps de déplacement moyen jusqu'au service d'urgence, le réseau social, l'état de santé perçu et la durée du problème de santé.

Les individus qui n'ont pas présenté le même problème de santé dans le passé, ont 2,1 fois plus de chance d'avoir téléphoné au service téléphonique Info-Santé CLSC avant de se rendre au service d'urgence par rapport aux individus ayant présenté le même problème dans le passé. La gravité moyenne ainsi que la douleur, l'inconfort et la limitation du problème de santé ne sont pas associés à l'utilisation du service téléphonique Info-Santé CLSC préalablement à la visite médicale. Les patients qui ont fréquenté les cliniques médicales sans rendez-vous et le service sans rendez-vous du CLSC au moment de l'étude, ont respectivement 3,3 (1/0,3051) et 1,9 (1/0,5185) moins de chance d'avoir téléphoné à Info-Santé CLSC préalablement à leur visite comparativement à ceux qui ont fréquenté l'urgence de l'hôpital. Le ratio de cotes montre qu'il n'y a pas d'association entre l'utilisation antérieure du service médical au moment de l'étude, la fréquentation moyenne des services médicaux au cours des six derniers mois et la disponibilité d'une source régulière de soins et le fait d'avoir téléphoné

ou non à Info-Santé CLSC. La variable sur le besoin perçu d'information, n'est pas associée avec l'utilisation du service téléphonique Info-Santé CLSC préalablement à la visite médicale. Par contre, les répondants qui ont des connaissances moyennes ainsi que les répondants qui ont des connaissances élevées des services de santé, ont respectivement 2,9 et 2,4 fois plus de chances d'avoir téléphoné au service téléphonique Info-Santé CLSC avant leur visite comparativement aux répondants ayant des connaissances nulles des services de santé. Les individus qui perçoivent que la disponibilité de l'information est facile partout et plutôt facile, ont respectivement 2,5 et 3,4 fois plus de chance d'avoir téléphoné au service téléphonique Info-Santé CLSC avant de se rendre au service d'urgence, lorsque comparés à ceux qui considèrent que la disponibilité perçue de l'information est difficile partout. Il n'existe aucune association entre les sources d'information par lesquelles les répondants ont appris l'existence du service téléphonique Info-Santé CLSC et son utilisation préalablement à la visite médicale.

Enfin, parmi les 451 individus connaissant le service téléphonique Info-Santé CLSC et pour lesquels nous possédons des informations complètes, tous (100%) y ont eu recours dans le passé. Par conséquent, la variable « utilisation passée du service téléphonique Info-Santé CLSC » ne contribue aucunement à expliquer la variation dans la variable « utilisation du service téléphonique Info-Santé CLSC préalablement à la visite médicale ». En effet, elle possède une valeur constante et ne figure pas au Tableau X1. Elle ne sera donc pas retenue dans les analyses ultérieures.

Tableau XI: Association des caractéristiques des répondants avec l'utilisation du service téléphonique Info-Santé CLSC préalablement à la visite médicale (chez les répondants qui connaissent Info-Santé CLSC) n = 614

Caractéristiques	N'a pas téléphoné à Info-Santé avant d'aller au serv. d'urg. n (%)	A téléphoné à Info-Santé avant d'aller au serv. d'urg. n (%)	Ratio de cotes (Intervalle de Confiance à 95%)	P
Caractéristiques sociodémographiques				
Âge moyen du répondant (en année ± E.T.)	n=448			
35,59 ±12,31	35,14 ±11,01	33,16 ±11,84	,9835 (,9632 - 1,0041)	,1160
Genre	n=449			
Homme	96 (80,7)	23 (19,3)	1 (référence)	
Femme	248 (75,2)	82 (24,8)	1,3800 (,8213 - 2,3189)	,2238
Revenu total avant impôt	n=431			
<20 000\$	60 (70,6)	25 (29,4)	1 (référence)	
Entre 20 000\$ et 34 999\$	77 (82,8)	16 (17,2)	,4988 (,2446 - 1,0170)	,0557
Entre 35 000\$ et 49 999\$	59 (70,2)	25 (29,8)	1,0169 (,5253 - 1,9689)	,9602
50 000\$ ou plus	134 (79,3)	35 (20,7)	,6269 (,3452 - 1,1385)	,1251
Niveau de scolarité	n=450			
Aucun ou primaire	36 (76,6)	11 (23,4)	1 (référence)	
Secondaire	140 (76,9)	42 (23,1)	,9818 (,4600 - 2,0956)	,9622
Collégial	100 (71,9)	39 (28,1)	1,2764 (,5910 - 2,7565)	,5345
Universitaire	68 (82,9)	14 (17,1)	,6739 (,2776 - 1,6361)	,3831

Tableau XI: Association des caractéristiques des répondants avec l'utilisation du service téléphonique Info-Santé CLSC préalablement à la visite médicale (chez les répondants qui connaissent Info-Santé CLSC) n = 614 (suite)

Caractéristiques	N'a pas téléphoné à Info-Santé avant d'aller au serv. d'urg. n (%)	A téléphoné à Info-Santé avant d'aller au serv. d'urg. n (%)	Ratio de cotes (Intervalle de Confiance à 95%)	p
Emploi	n=449			
Occupation temps plein	196 (80,3)	48 (19,7)	,6735 (,3943 - 1,1505)	,1479
Occupation temps partiel	70 (70,0)	30 (30,0)	1,1786 (,6415 - 2,1654)	,5965
Aucune occupation (congé, retraite, sans emploi)	77 (73,3)	28 (26,7)	1 (référence)	
Personne à qui s'adresse la consultation	n=448			
Répondant lui-même	233 (75,2)	77 (24,8)	1 (référence)	
Son enfant	107 (79,9)	27 (20,1)	,7636 (,4657 - 1,2521)	,2850
Autre (parent, conjoint, neveu)	3 (75,0)	1 (25,0)	1,0087 (,1034 - 9,8395)	,9941
Temps de déplacement moyen jusqu'au service d'urgence utilisé (en min. ± E.T.)	n=450			
13,05 ±9,59	12,41 ±8,78	14,29 ±10,29	1,0207 (,9984 - 1,0434)	,0685

Tableau XI: Association des caractéristiques des répondants avec l'utilisation du service téléphonique Info-Santé CLSC préalablement à la visite médicale (chez les répondants qui connaissent Info-Santé CLSC) n = 614 (suite)

Caractéristiques	N'a pas téléphoné à Info-Santé avant d'aller au serv. d'urg. n (%)	A téléphoné à Info-Santé avant d'aller au serv. d'urg. n (%)	Ratio de cotes (Intervalle de Confiance à 95%)	P
Réseau social				
Quelqu'un à qui parler	n=449			
Oui	316 (76,5)	97 (23,5)	1,0744 (.4741 - 2,4345)	,8635
Non	28 (7,8)	8 (22,2)	1 (référence)	
Quelqu'un sur qui compter	n=449			
Oui	334 (76,8)	101 (23,2)	,7560 (.2321 - 2,4620)	,6424
Non	10 (71,4)	4 (28,6)	1 (référence)	
Nb moyen de pers. habitant avec répondant \pm E. T.	n=448			
2,27 \pm 1,15	2,37 \pm 1,16	2,22 \pm 1,00	,8856 (.7296 - 1,0749)	,2189
État de santé général				
Santé perçue	n=449			
Excellente	140 (78,2)	39 (21,8)	1 (référence)	,6601
Très bonne	125 (76,2)	39 (23,8)	1,1200 (.6758 - 1,8561)	,5163
Bonne	46 (74,2)	16 (25,8)	1,2486 (.6386 - 2,4412)	,7607
Passable	25 (80,6)	6 (19,4)	,8615 (.3302 - 2,2480)	,0520
Moyenne	5 (50,0)	5 (50,0)	3,5897 (.9888 - 13,0328)	,7015
Très mauvaise	3 (100,0)	0	,0073 (0000 - 62098...)	

Tableau XI: Association des caractéristiques des répondants avec l'utilisation du service téléphonique Info-Santé CLSC préalablement à la visite médicale (chez les répondants qui connaissent Info-Santé CLSC) n = 614 (suite)

Caractéristiques	N'a pas téléphoné à Info-Santé avant d'aller au serv. d'urg. n (%)	A téléphoné à Info-Santé avant d'aller au serv. d'urg. n (%)	Ratio de cotes (Intervalle de Confiance à 95%)	P
Problème de santé				
Durée du problème de santé n=449				
Moins de 2 jours	94 (76,4)	29 (23,6)	1 (référence)	
2 à 4 jours	84 (68,3)	39 (31,7)	1,5049 (.8566 - 2,6439)	,1551
5 à 9 jours	69 (77,5)	20 (22,5)	,9395 (.4910 - 1,7977)	,8506
10 jours et plus	96 (84,2)	18 (15,8)	,6079 (.3163 - 1,1683)	,1353
Existence du problème de santé dans le passé n=449				
Oui	147 (84,0)	28 (16,0)	1 (référence)	
Non	196 (71,5)	78 (28,5)	2,0888 (1,2902 - 3,3818)	,0027
Gravité moyenne du problème de santé \pm E.T. n=448				
3,014 \pm 1,042	3,077 \pm 1,028	3,171 \pm ,978	1,0962 (.8826 - 1,3615)	,4060
Douleur, inconfort, limitation moyens \pm E.T. n=447				
9,13 \pm 2,23	9,28 \pm 2,09	9,25 \pm 2,17	,9933 (.8956 - 1,1016)	,8980

Tableau XI: Association des caractéristiques des répondants avec l'utilisation du service téléphonique Info-Santé CLSC préalablement à la visite médicale (chez les répondants qui connaissent Info-Santé CLSC) n = 614 (suite)

Caractéristiques	N'a pas téléphoné à Info-Santé avant d'aller au serv. d'urg. n (%)	A téléphoné à Info-Santé avant d'aller au serv. d'urg. n (%)	Ratio de cotes (Intervalle de Confiance à 95%)	P
Utilisation des services de santé				
Service de santé utilisé au moment de l'étude	n=450			
Urgence de l'hôpital	132 (66,3)	67 (33,7)	1 (référence)	
Clinique médicale sans rv	155 (86,6)	24 (13,4)	,3051 (,1812 - ,5135)	,0000
CLSC sans rv	57 (79,2)	15 (20,8)	,5185 (,2733 - ,9835)	,0443
Utilisation antérieure du service médical au moment de l'étude	n=449			
Oui	296 (77,7)	85 (22,3)	1 (référence)	
Non	48 (70,6)	20 (29,4)	1,4510 (,8167 - 2,5778)	,2043
Fréquentation moyenne des services médicaux au cours des 6 derniers mois ±E.T.	n=447			
3,88 ±4,14	4,38 ±4,69	3,82 ±3,30	,9683 (,9158 - 1,0237)	,2568
Disponibilité d'une source régulière de soins	n = 448			
Pas de source régulière de soins	88 (80,7)	21 (19,3)	1 (référence)	
Source rég. disp. avec rv seulement	84 (75,7)	27 (24,3)	1,3469 (,7075 - 2,5643)	,3647
Source rég. disp. même sans rv	171 (75,0)	57 (25,0)	1,3968 (,7958 - 2,4515)	,2443

Tableau XI: Association des caractéristiques des répondants avec l'utilisation du service téléphonique Info-Santé CLSC préalablement à la visite médicale (chez les répondants qui connaissent Info-Santé CLSC) n = 614 (suite)

Caractéristiques	N'a pas téléphoné à Info-Santé avant d'aller au serv. d'urg. n (%)	A téléphoné à Info-Santé avant d'aller au serv. d'urg. n (%)	Ratio de cotes (Intervalle de Confiance à 95%)	p
Recherche d'information sur les services de santé				
Besoin perçu d'information	n=450			
Ne se considère pas bien informé	171 (77,0)	51 (23,0)	1 (référence)	
Se considère bien informé	173 (75,9)	55 (24,1)	1,0660 (.6895 - 1,6480)	,7738
Connaissance des services de santé	n=450			
Connaissances nulles	218 (83,2)	44 (16,8)	1 (référence)	
Connaissances faibles	22 (71,0)	9 (29,0)	2,0266 (.8745 - 4,6964)	,0995
Connaissances moyennes	27 (62,8)	16 (37,2)	2,9356 (1,4606 - 5,9001)	,0025
Connaissances élevées	77 (67,5)	37 (32,5)	2,3804 (1,4315 - 3,9583)	,0008
Disponibilité perçue de l'information	n=450			
Difficile partout	246 (82,3)	53 (17,7)	1 (référence)	
Plutôt difficile	11 (84,6)	2 (15,4)	,8441 (.1818 - 3,9194)	,8287
Plutôt facile	22 (57,9)	16 (42,1)	3,3753 (1,6610 - 6,8591)	,0008
Facile partout	65 (65,0)	35 (35,0)	2,4990 (1,5053 - 4,1488)	,0004

Tableau XI: Association des caractéristiques des répondants avec l'utilisation du service téléphonique Info-Santé CLSC préalablement à la visite médicale (chez les répondants qui connaissent Info-Santé CLSC) n = 614 (suite)

Caractéristiques	N'a pas téléphoné à Info-Santé avant d'aller au serv. d'urg. n (%)	A téléphoné à Info-Santé avant d'aller au serv. d'urg. n (%)	Ratio de cotes (Intervalle de Confiance à 95%)	P
Sources d'information				
Famille	n=448			
non	282 (76,2)	88 (23,8)	1 (référence)	
oui	61 (78,2)	17 (21,8)	,8931 (.4958 - 1,6085)	,7064
Ami	n=448			
non	304 (77,6)	88 (22,4)	1 (référence)	
oui	39 (69,6)	17 (30,4)	1,5058 (.8124 - 2,7910)	,1935
Médicale	n=448			
non	304 (76,8)	92 (23,2)	1 (référence)	
oui	39 (75,0)	13 (25,0)	1,1014 (.5638 - 2,1517)	,7773
Publicité	n=448			
non	117 (76,0)	37 (24,0)	1 (référence)	
oui	226 (76,9)	68 (23,1)	,9514 (.6016 - 1,5048)	,8315

5.3.3.2 Analyse de régression logistique multiple pour le modèle de l'utilisation préalable du service téléphonique Info-Santé CLSC

Les résultats portent ici sur un nombre total de 449 participants (Tableau XII). Mentionnons que nous avons utilisé seulement des données complètes sur les variables à l'étude (les participants se trouvant appelé par le médecin avant que l'entrevue ne soit terminée, produisant ainsi des données incomplètes). Dans le groupe de variables sur le problème de santé, celles retenues sont la durée du problème de santé et l'existence du problème de santé dans le passé. Le groupe de variables sur l'utilisation des services de santé a retenu le service de santé utilisé au moment de l'étude. L'ensemble de ces variables explique à 77,06 % le modèle sur l'utilisation du service téléphonique Info-Santé CLSC préalablement à la visite médicale.

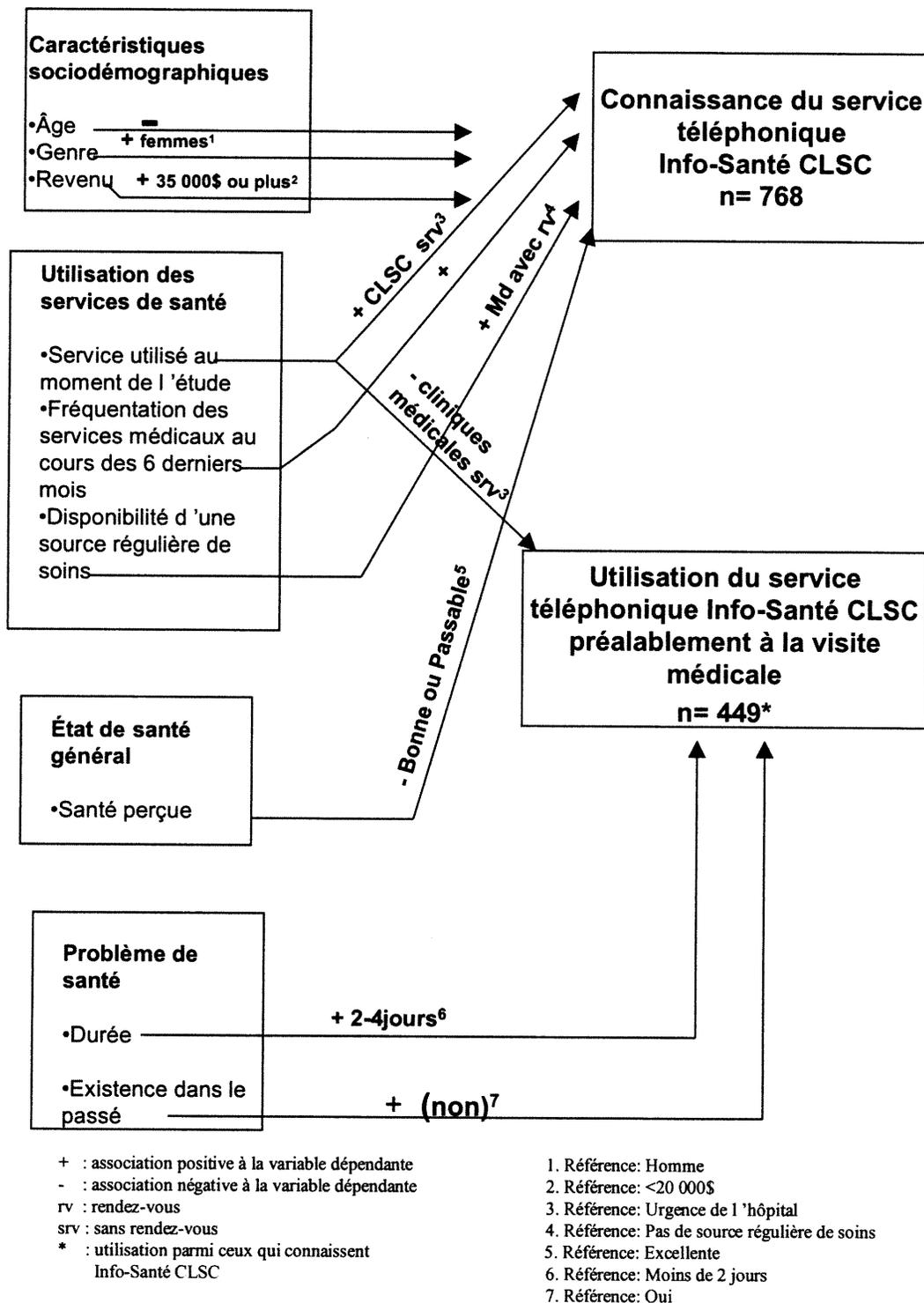
Les résultats obtenus nous portent à conclure que les personnes dont la durée du problème de santé se situe entre 2-4 jours ont tendance à avoir 2 fois plus de chance d'utiliser le service téléphonique Info-Santé CLSC avant de se rendre au service d'urgence comparativement à celles dont la durée du problème est de moins de 2 jours. Les individus qui n'ont pas présenté dans le passé le même problème pour lequel ils venaient consulter au moment de l'entrevue, ont près de deux fois plus de chance d'utiliser le service téléphonique Info-Santé CLSC avant d'aller au service d'urgence que les individus ayant présenté le même problème dans le passé. En terminant, les participants qui se sont présentés aux cliniques médicales sans rendez-vous, ont 3,2 fois moins de chance ($1/0,3094$) de contacter le service téléphonique Info-Santé CLSC avant de se rendre, comparativement à ceux qui se sont présentés à l'urgence de l'hôpital.

La Figure 3 présente un portrait global du modèle de la connaissance et de l'utilisation du service téléphonique Info-Santé CLSC préalablement à la visite médicale et l'association avec les variables indépendantes significatives.

Tableau XII: Facteurs associés à l'utilisation du service téléphonique Info-Santé CLSC préalablement à la visite médicale et leurs ratios de cotes ajustés par régression logistique pas-à-pas progressive n = 449

Caractéristiques	RC	IC À 95%	p
Problème de santé:			
Durée du problème de santé	1 (référence)		
Moins de deux jours	2,0310	1,1185 - 3,6879	,0199
2-4 jours	0,9873	,5575 - 1,7484	,9651
5 jours et plus			
Existence du problème de santé dans le passé	1 (référence)		
oui	1,9795	1,2013 - 3,2618	,0074
non			
Utilisation des services de santé:			
Service de santé utilisé au moment de l'étude	1 (référence)		
Urgence de l'hôpital	,3094	,1801 - ,5313	,0000
Clinique médicale sans rendez-vous	,5691	,2944 - 1,1002	,0938
CLSC sans rendez-vous			
Paramètres statistiques			
Test d'ajustement de Hosmer et Lemeshow	χ^2	dl	p
	1,2746	8	,9958
Valeur prédictive	=	77,06%	
Sensibilité	=	17,92%	
Spécificité	=	95,33%	

Figure 3: Modèle de la connaissance et de l'utilisation préalable du service téléphonique Info-santé CLSC



5.4 LA PLACE QU'OCCUPE LE SERVICE TÉLÉPHONIQUE INFO-SANTÉ CLSC DANS LES SOURCES D'INFORMATION DES USAGERS DES URGENCES HOSPITALIÈRES, DES CLINIQUES MÉDICALES SANS RENDEZ-VOUS ET DU CLSC

Les résultats de cette analyse proviennent des questions Q38, Q39, Q40 et Q41 du questionnaire intitulé *Les déterminants du choix des services d'urgence* (annexe 2). Un nombre de 744 personnes sur les 850 interrogées ont répondu qu'elles avaient parlé de leur problème de santé à quelqu'un (Q38) avant de venir au service d'urgence de l'hôpital, de la clinique médicale sans rendez-vous ou du CLSC (87,5 %) ($IC_{.95} = 0.853 - 0.897$).

5.4.1 Sources personnelles externes d'information

Par la suite, les personnes mentionnaient à qui elles avaient parlé de ce problème de santé et elles avaient la possibilité de donner plusieurs choix de réponses (Q39).

Les personnes ont parlé de leur problème au service téléphonique Info-Santé CLSC dans une proportion de 9,4 % ($IC_{.95} = 0,074 - 0,114$); à leur famille dans une proportion de 44,7 % ($IC_{.95} = 0,414 - 0,480$). Elles ont parlé de leur problème à leur conjoint(e) (51,4 %) ($IC_{.95} = 0,480 - 0,547$); à leurs amis ou connaissances (28,5 %) ($IC_{.95} = 0,256 - 0,314$); elles ont parlé de ce problème à des collègues de travail (21,6 %) ($IC_{.95} = 0,188 - 0,244$); au médecin (20,9 %) ($IC_{.95} = 0,182 - 0,236$); au pharmacien (4,8 %) ($IC_{.95} = 0,034 - 0,062$) et à un autre professionnel de la santé (4,1 %) ($IC_{.95} = 0,027 - 0,055$) (Tableau XIII).

**Tableau XIII: Sources personnelles externes d'information
n=744**

Sources	%	(IC _{.95})
Conjoint (e)	51,4	(0,480-0,547)
Famille	44,7	(0,414-0,480)
Amis/connaissances	28,5	(0,256-0,314)
Collègues de travail	21,6	(0,188-0,244)
Médecin	20,9	(0,182-0,236)
Info-Santé CLSC	9,4	(0,074-0,114)
Pharmacien	4,8	(0,034-0,062)
Autres professionnels de la santé	4,1	(0,027-0,055)

Par la suite, nous demandions aux individus qui, parmi les personnes nommées précédemment, les ont encouragés à voir rapidement un médecin (Q40). Le service téléphonique Info-Santé CLSC a encouragé à voir un médecin rapidement dans une proportion de 7,3 % (IC_{.95} = 0,055 – 0,091). Une proportion de 21,8 % (IC_{.95} = 0,191 – 0,245) ont été encouragés par la famille à voir un médecin ; 27,4 % (IC_{.95} = 0,245 – 0,303) par leur conjoint(e) ; 9,9 % (IC_{.95} = 0,079 – 0,119) par des amis ou des connaissances ; 7,9 % (IC_{.95} = 0,061 – 0,097) par des collègues de travail; une proportion de 9,6 % (IC_{.95} = 0,076 – 0,116) ont mentionné que le médecin les avait encouragés à voir rapidement un autre médecin ; 1,8 % (IC_{.95} = 0,008 – 0,028) par le pharmacien; et finalement 2,6 % (IC_{.95} = 0,016 – 0,036) par les autres professionnels de la santé (Tableau XIV).

**Tableau XIV: Ressources qui a encouragé le répondant à consulter un médecin
n=744**

Ressources	%	(IC _{.95})
Conjoint (e)	27,4	(0,245 – 0,303)
Famille	21,8	(0,191 – 0,245)
Amis/connaissances	9,9	(0,079 – 0,119)
Médecin	9,6	(0,076 – 0,116)
Collègues de travail	7,9	(0,061 – 0,097)
Info-Santé CLSC	7,3	(0,055 – 0,091)
Autres professionnels de la santé	2,6	(0,016 – 0,036)
Pharmacien	1,8	(0,008 – 0,028)

Les résultats de la dernière question (Q41), indiquent le service d'urgence suggéré par les ressources et utilisé lors de l'étude par le répondant. Les résultats sont présentés par service utilisé lors de l'étude (urgence de l'hôpital, cliniques médicales sans rendez-vous ou CLSC).

Un total de 399 personnes sur 850 ont répondu que quelqu'un leur a suggéré de venir au service utilisé lors de l'entrevue (46,9 %) (IC_{.95} = 0,436 – 0,502). De ce nombre (399 usagers), 60,7 % (IC_{.95} = 0,559 – 0,654) proviennent de l'urgence de l'hôpital ; 28,8 % (IC_{.95} = 0,243 – 0,333) proviennent des cliniques médicales sans rendez-vous et 10,5 % (IC_{.95} = 0,076 – 0,134) proviennent du CLSC (Tableau XV).

**Tableau XV: Service d'urgence suggéré par les ressources et utilisé lors de l'étude par le répondant
n= 399**

Service d'urgence suggéré	%	(IC _{.95})
Urgence de l'hôpital	60,7	(0,559 – 0,654)
Cliniques médicales sans rendez-vous	28,8	(0,243 – 0,333)
CLSC	10,5	(0,076 – 0,134)

Le service téléphonique Info-Santé CLSC a été la ressource conseil dans une proportion de 4,8 % (IC_{.95} = 0,03 – 0,07) pour les utilisateurs de l'urgence de l'hôpital; ce service téléphonique se retrouve dans une proportion de 1,0 % (IC_{.95} = 0,0002 – 0,02) chez les utilisateurs des cliniques médicales sans rendez-vous et dans une proportion de 1,3 % (IC_{.95} = 0,001 – 0,025) chez les utilisateurs du CLSC.

Pour les répondants se trouvant à l'urgence de l'hôpital lors de l'entrevue, la famille a été mentionnée dans une proportion de 12,1 % (IC_{.95} = 0,09 – 0,15); pour ceux se trouvant aux cliniques médicales sans rendez-vous, la famille a été mentionnée dans une proportion de 9,0 % (IC_{.95} = 0,06 – 0,12); et pour ceux provenant du CLSC, la famille a été mentionnée dans une proportion de 2,5 % (IC_{.95} = 0,01 – 0,04).

Le conjoint a été mentionné pour les usagers de l'urgence de l'hôpital dans une proportion de 15,1 % (IC_{.95} = 0,111 – 0,190); pour ceux des cliniques médicales sans rendez-vous 12,6 % (IC_{.95} = 0,09 – 0,17); et ceux des CLSC 4,8 % (IC_{.95} = 0,03 – 0,07).

Les amis ou connaissances ont été la ressource conseil pour les utilisateurs de l'urgence de l'hôpital dans une proportion de 4,8 % ($IC_{.95} = 0,03 - 0,07$) ; pour les utilisateurs des cliniques médicales sans rendez-vous dans une proportion de 0,5 % ($IC_{.95} = -0,003 - 0,013$) ; et pour les utilisateurs du CLSC dans une proportion de 1,8 % ($IC_{.95} = 0,004 - 0,03$).

Les collègues de travail ont été la ressource conseil pour les utilisateurs de l'urgence de l'hôpital dans une proportion de 3,3 % ($IC_{.95} = 0,02 - 0,05$), pour les personnes qui se trouvaient aux cliniques médicales sans rendez-vous dans une proportion de 2,5 % ($IC_{.95} = 0,01 - 0,04$) et pour les utilisateurs du CLSC dans une proportion de 0,3 % ($IC_{.95} = -0,003 - 0,009$).

Le médecin a été la ressource conseil dans une proportion de 24,1 % ($IC_{.95} = 0,20 - 0,28$) pour les usagers de l'urgence hospitalière ; dans une proportion de 2,5 % ($IC_{.95} = 0,01 - 0,04$) pour les usagers des cliniques médicales sans rendez-vous et dans une proportion de 0,3 % ($IC_{.95} = -0,003 - 0,009$) pour les usagers du CLSC.

Un autre professionnel de la santé a été la ressource conseil dans une proportion de 0,3 % ($IC_{.95} = -0,003 - 0,009$) pour les usagers de l'urgence hospitalière ; dans une proportion de 0,5 % ($IC_{.95} = -0,003 - 0,013$) pour les usagers des cliniques médicales sans rendez-vous et dans une proportion de 0,3 % ($IC_{.95} = -0,003 - 0,009$) pour les usagers du CLSC.

Le pharmacien a été la ressource conseil dans une proportion de 1,8 % ($IC_{.95} = 0,004 - 0,03$) chez les personnes utilisant l'urgence hospitalière, dans une proportion de 0,3 % ($IC_{.95} = -0,003 - 0,009$) chez les personnes utilisant les cliniques médicales sans rendez-vous. Finalement, chez les utilisateurs du CLSC, le pharmacien ne fut pas mentionné comme choix de réponse (Tableau XVI).

Tableau XVI: Sources personnelles externes d'information qui a suggéré au répondant de se présenter au service d'urgence utilisé lors de l'étude n=399

Sources	Urgence de l'hôpital	Cliniques médicales sans rendez-vous	CLSC
	% (IC. ₉₅)	% (IC. ₉₅)	% (IC. ₉₅)
Info-Santé CLSC	4,8 (0,03-0,07)	1,0 (0,0002-0,02)	1,3 (0,001-0,025)
Famille	12,1 (0,09-0,15)	9,0 (0,06-0,12)	2,5 (0,01-0,04)
Conjoint	15,1 (0,11-0,19)	12,6 (0,09-0,17)	4,8 (0,03-0,07)
Amis/connaissances	4,8 (0,03-0,07)	0,5 (-0,003-0,013)	1,8 (0,004-0,03)
Collègues de travail	3,3 (0,02-0,05)	2,5 (0,01-0,04)	0,3 (-0,003-0,009)
Médecin	24,1 (0,20-0,28)	2,5 (0,01-0,04)	0,3 (-0,003-0,009)
Autres prof. de la santé	0,3 (-0,003-0,009)	0,5 (-0,003-0,013)	0,3 (-0,003-0,009)
Pharmacien	1,8 (0,004-0,03)	0,3 (-0,003-0,009)	_____

CHAPITRE 6 : DISCUSSION ET CONCLUSION

6.1 DISCUSSION

Il convient de rappeler que le but de notre étude est d'analyser le recours au service téléphonique Info-Santé CLSC par les usagers des services d'urgence. Au Québec, les résultats des études faites à ce jour concernaient l'utilisation, l'accessibilité et la satisfaction à l'égard du service téléphonique Info-Santé CLSC à partir des personnes ayant déjà fait appel à ce service. L'étude décrite ici présente une approche différente en allant vérifier sur place si les personnes se présentant pour des cas non urgents à l'urgence de l'hôpital de soins de courte durée, aux cliniques médicales sans rendez-vous et au service sans rendez-vous du CLSC, ont contacté avant de se rendre, le service téléphonique Info-Santé CLSC. Les résultats sont comparés en grande partie à ceux des études québécoises recensées et nous tenterons d'expliquer les écarts observés, s'il y a lieu.

Les résultats de notre analyse démontrent que l'âge est un facteur qui est associé négativement à la connaissance du service téléphonique Info-Santé CLSC et l'âge ne se retrouve pas comme variable associée à l'utilisation préalable pour la visite médicale. Le fait d'être un individu plus âgé augmente le risque de ne pas connaître ce service téléphonique. La majorité des participants à l'étude se situent dans la catégorie d'âge de 31 à 40 ans, avec un âge moyen de 36,7 ans \pm 13,5 tandis que la catégorie supérieure à 60 ans ne représente que 5,9 % des répondants. L'âge moyen des répondants qui connaissent le service téléphonique Info-Santé CLSC est de 35,6 ans \pm 12,3 tandis que l'âge moyen de ceux qui ne le connaissent pas, est de 40,5 ans \pm 16,21. Nos résultats sont semblables à ceux de l'étude menée par Hagan et Garon (1996), qui ont observé que l'âge moyen pour l'ensemble des usagers est

de 36,5 ans. Nos résultats sont aussi comparables à ceux d'une deuxième étude, faite par Hagan, Morin et Lépine (1998), obtenant un âge moyen de 35,6 ans avec une proportion de personnes âgées de 65 ans et plus de 8,4 %. Le sondage fait par SOM (1996) ainsi le rapport final d'évaluation provinciale des services téléphoniques Info-Santé CLSC du MSSS (1999a), indiquent que le service est peu connu des personnes âgées de 65 ans et plus. L'âge est considéré par Lenz (1984) comme étant en relation défavorable avec le comportement de recherche d'information. L'auteur émet l'hypothèse que la personne âgée a un grand bagage de connaissance et qu'elle n'aurait plus d'intérêt à mettre de l'énergie dans une nouvelle recherche d'information. De plus, ces personnes peuvent avoir moins de contacts avec la famille ou les amis que les personnes plus jeunes et leurs capacités cognitives diminuent au fil des années. La gêne, la difficulté d'employer des mots compliqués, la peur de paraître peu renseigné et la peur de déranger pourraient aussi interférer dans la difficulté d'entrer en communication avec le service téléphonique Info-Santé CLSC (Bélanger et Bouchard, 1998 ; Chevarie, 1991). Les personnes âgées auraient besoin d'information sur la santé mais la recherche très peu (Lenz, 1984). La personne doit trouver un avantage relatif à adopter l'innovation qu'est le service téléphonique Info-Santé CLSC : est-ce que ce service peut apporter de meilleurs renseignements que ceux qu'elle possède déjà ? La complexité à comprendre la façon dont fonctionne ce service téléphonique (il faut que la personne cherche le numéro de téléphone de son CLSC, le compose et attende une réponse qui demande parfois un certain délai), peut faire en sorte que la personne âgée ne s'engage pas dans la recherche de l'information. Les gens de son entourage ne connaissent peut-être pas, et n'utilisent probablement pas ce service téléphonique. Alors la personne âgée ne peut pas avoir une évaluation de ce service par quelqu'un qui lui ressemble ou qui a lui-même adopté ce service (Bandura, 1986 ; Rogers, 1995). L'âge, le genre, le niveau socioéconomique, la scolarité sont fréquemment associés à une plus ou moins grande utilisation d'un service de santé comme le service téléphonique Info-Santé CLSC (Rogers, 1995 ; Tudiver et Talbot, 1999).

Les femmes se retrouvent en plus grand nombre (62,2 %) que les hommes comme utilisatrices des services d'urgence durant notre l'étude. L'association est positive avec la connaissance du service téléphonique Info-Santé CLSC mais ne présente aucune relation avec l'utilisation préalable à la visite à l'urgence. Lors de la visite au service d'urgence, la consultation s'adressait plus particulièrement à l'enfant qu'au répondant lui-même et était associée positivement à la connaissance du service téléphonique (Tableau IX). Plusieurs études indiquent que les parents d'enfants malades utilisent souvent les urgences pédiatriques pour des soins non urgents (Berns et al., 1994 ; Chande et al., 1996a et b ; Quill et Brody, 1996 ; Szilagyi, 1998 ; Vivier et al., 1995). Le profil des usagers ayant déjà fait appel au service téléphonique Info-Santé CLSC dans les études entreprises par Pelletier et Ouellet (1994a) ; Hagan et Garon (1996) ; Hagan, Morin et Lépine (1998), est majoritairement des femmes demandant des informations pour leurs enfants ou leurs proches. Concernant la notoriété du service téléphonique Info-Santé CLSC, le sondage de SOM (1996), relate que ce service est utilisé principalement par les femmes ayant un enfant de moins de 18 ans. Les parents sont fréquemment confrontés à la maladie de leurs jeunes enfants. Dans certaines situations, ils ont de la difficulté à trouver de l'information qui pourraient les aider à comprendre le sens de la maladie de leur enfant (Kai, 1996). Les parents (les femmes en majorité), connaissent mieux les services Info-Santé quant à leur rôle sur l'information spécifique et accessible sur les conseils concernant les maladies. Par contre, il est étonnant de constater que, malgré le fait que ce sont les femmes qui ont plus de chance de connaître le service téléphonique Info-Santé CLSC, l'utilisation de ce service n'est pas du tout associée au fait que l'on soit un homme ou une femme. Ceci pourrait possiblement s'expliquer par les principales sources d'information externes ou personnelles que les parents cherchent pour leur enfant. Ce sont en premier lieu, des conseils auprès de leur famille, leurs amis ou leur pharmacien ou en se référant aux médias (magazines, reportages télévisés ou vers les conseils sur les pratiques alternatives de soins) (Kai, 1996).

D'après cet auteur, les parents expriment le besoin d'avoir plus d'information sur les maladies infantiles en vue de prendre une décision. Ils veulent savoir les conséquences de la maladie, les traitements et la façon de la prévenir et d'identifier les meilleurs endroits où recevoir des soins (Coulter, Entwistle et Gilbert, 1999). Les femmes connaissent l'innovation qu'est le service téléphonique Info-Santé CLSC mais ne l'utilisent pas plus que les hommes. Selon Rogers (1995), même si l'individu a une attitude favorable face à l'innovation, cette dernière ne sera peut-être pas adoptée tant que la personne n'aura pas eu une conversation avec un adoptant satisfait. D'après Lenz (1984) et Assael (1998), le choix de la ressource, dans le cas présent, le service téléphonique Info-Santé CLSC, demande d'évaluer les options possibles et de choisir la ressource désirée parmi celles disponibles tandis que le processus comportemental, est le contact avec la ressource choisie (appeler Info-Santé CLSC avant de se rendre au service de santé). La recherche d'information fait partie du processus comportemental de Lenz (1984) et se compose de plusieurs étapes dont le processus de recherche d'aide, le contact avec les ressources choisies, la possibilité de décider de recevoir ou pas de l'aide et la cessation de la continuité de la recherche d'aide.

Les résultats de notre analyse démontrent que les personnes qui bénéficient d'un revenu total avant impôt de 35 000 \$ et plus, ont trois fois plus de chance de connaître Info-Santé (Tableau X) mais ce résultat ne se retrouve nullement associé à l'utilisation préalable d'Info-Santé avant la visite médicale. En comparant nos résultats avec ceux des autres études, nous constatons que SOM (1996), mentionne que ce service téléphonique est utilisé principalement par les femmes de la région de la Montérégie qui sont à la maison ou qui sont au chômage. Hagan, Morin et Lépine (1998), ont trouvé lors de leur étude descriptive de type sondage, et ce, pour l'ensemble des services téléphoniques Info-Santé du Québec, que le revenu familial avant impôt était de 40 000 \$ ou moins pour les deux tiers des utilisateurs. Le taux

de la notoriété (connaissance) est plus bas chez les individus à faible revenu (MSSS, 1999a). La différence entre nos résultats et ceux mentionnés pourrait être attribuée à la région dans laquelle s'est effectuée la collecte de données (Hagan et Garon, 1996). Les personnes participant à notre étude et connaissant le service téléphonique Info-Santé CLSC ont un revenu familial plus élevé que celles de la Montérégie et l'ensemble du Québec. Pelletier et Ouellet (1994a) ont constaté que la connaissance et l'utilisation du service téléphonique varient selon les régions et les territoires de CLSC et amènent probablement des profils distincts au niveau des besoins sociosanitaires et des habitudes de la population. Les personnes identifiées comme des adoptants hâtifs, sont plus scolarisés et ont des statuts sociaux plus élevés donc, un salaire présumément plus élevé. Elles auraient une attitude favorable au changement. Leur participation sociale est plus grande que les adoptants tardifs (Rogers, 1995), ils recherchent activement de l'information sur l'innovation (service téléphonique Info-Santé CLSC), ont une plus grande connaissance de l'innovation et possèdent un plus grand pouvoir d'opinion. Étant donné que la connaissance du service téléphonique Info-Santé CLSC est déjà acquise, il faudrait que les personnes en arrivent préférablement à faire l'utilisation de ce service (Lenz, 1984). D'après la théorie de Lenz (1984) sur le processus de recherche d'information, les personnes avec un statut socioéconomiquement élevé, recherchent de l'information plus largement car elles ont une bonne capacité cognitive qui facilite la définition du besoin d'information, une plus grande confiance vis-à-vis les professionnels de la santé ; elles sont également intéressées aux sujets touchant la santé et ont comme source d'information un large réseau social.

Les résultats de notre étude montrent qu'il existe une association significativement positive entre les participants qui se trouvaient au service sans rendez-vous du CLSC lors de l'étude et la connaissance du service téléphonique Info-Santé CLSC (Tableau X) comparativement à ceux se trouvant à l'urgence de l'hôpital. Par contre, nous retrouvons une

association significativement négative chez les participants qui se trouvaient à la clinique médicale sans rendez-vous lors de l'étude avec l'utilisation préalable du service téléphonique Info-Santé CLSC à la visite médicale comparativement à ceux se trouvant à l'urgence de l'hôpital (Tableau XII). Ces résultats nous étonnent un peu mais lorsque nous examinons les résultats, la plus grande proportion d'utilisateurs (63,6 %), (Tableau III) de ce service téléphonique provient de l'urgence de l'hôpital. Il est intéressant de souligner que le service téléphonique Info-Santé CLSC a recommandé au tiers seulement (33,6%) des participants à l'étude de se rendre à un service d'urgence, (Tableau V). Parmi les individus se trouvant à l'urgence de l'hôpital au moment de l'entrevue, Info-Santé CLSC a recommandé à 12,8 % de ces personnes de se rendre à cet endroit, tandis qu'il a recommandé à 53,8 % des personnes se trouvant à l'urgence de l'hôpital, de se rendre à une clinique médicale sans rendez-vous et à 28,2 % de consulter un médecin de famille. Ces résultats rejoignent ceux de l'étude de Hagan, Morin et Lépine (1998) qui indiquent que la ressource la plus recommandée par Info-Santé était la clinique privée (42,2 %). Pelletier et Ouellet (1994a), rapportent que la densité des services provenant des cliniques privées et des polycliniques dans les régions du sud, entraîneraient une utilisation moindre du service d'accessibilité téléphonique Info-Santé. La région de Laval offre à sa population un grand nombre de cliniques médicales. Dans l'éventualité d'un besoin d'information sur un problème de santé, seulement 4 % des répondants auraient utilisé le service téléphonique Info-Santé (SOM, 1996). Hagan et Garon (1996) ont constaté que parmi les répondants dirigés par Info-Santé vers une autre ressource professionnelle, l'orientation était faite dans la plupart des cas (54,4 %) vers un médecin en médecine familiale. En supposant que le service téléphonique Info-Santé CLSC n'existerait pas, plus des trois quarts des répondants auraient consulté une ressource médicale dont le tiers se seraient dirigés vers une clinique médicale (Hagan, Morin et Lépine, 1998).

Il se pourrait que les personnes des cliniques médicales sans rendez-vous qui n'ont pas téléphoné avant de se rendre, puissent le faire une fois rendue à leur domicile. Hagan, Morin et Lépine (1998) indiquent qu'une proportion de 17 % des personnes avaient déjà consulté une autre ressource pour le même problème avant de contacter Info-Santé. Ces personnes voulaient compléter l'information reçue ou encore l'avaient fait parce que quelqu'un le leur avait recommandé ou tout simplement parce que leur état avait changé.

La connaissance du service téléphonique Info-Santé CLSC, perçue par l'individu comme une idée nouvelle (innovation) peut demander beaucoup de temps avant son utilisation ou son implantation (Rogers, 1995). Les innovations étant perçues comme avantageuses, compatibles, disponibles à l'essai, observables et moins complexes, seront adoptées plus rapidement que les autres innovations. Des recherches antérieures démontrent l'importance de ces cinq qualités pour le taux d'adoption (Rogers, 1995). L'objectif est de faire passer l'individu de l'intention à l'action (Rogers, 1995 ; Waltz, Strickland et Lenz, 1991). Ces individus pourraient peut-être éviter des déplacements et des attentes parfois longues. Ils pourraient même être en mesure de régler ou de diminuer leur problème de santé en recevant des conseils pertinents de la part du service téléphonique Info-Santé CLSC (Hagan et Garon, 1996).

La fréquentation des services médicaux aux cours des six derniers mois comprend les visites à l'urgence de l'hôpital, aux cliniques médicales sans rendez-vous, au service sans rendez-vous du CLSC et au médecin. Cette variable est associée positivement dans les analyses multivariées à la connaissance du service téléphonique Info-Santé CLSC mais n'a aucune influence sur l'utilisation de ce service téléphonique avant à visite médicale.

Le sondage de SOM (1996) présente un taux d'utilisation des services hospitaliers pour plus de la moitié des participants de la Montérégie au cours des douze derniers mois. Plus des 3/4 des répondants ont utilisé le bureau de médecin ou les cliniques et un faible pourcentage de personnes ont téléphoné à Info-Santé CLSC (7 %). Notre étude montre que 70,4 % des répondants n'ont effectué aucune visite à l'urgence de l'hôpital au cours des six derniers mois tandis qu'un pourcentage indique que 15,9 % des répondants ont effectué une visite à ce même endroit et ce, pour la même période (Tableau I). Le nombre de visite sans rendez-vous en clinique médicale dans les derniers six mois était de une visite pour 26,4 % des répondants, ce nombre était de 8,9 % chez les répondants s'étant présentés pour les visites sans rendez-vous au CLSC et était de 28,4 % pour les personnes ayant eu un rendez-vous avec un médecin (Tableau I).

L'explication de la relation existant dans notre modèle entre la fréquentation des services médicaux et la connaissance du service téléphonique Info-Santé CLSC serait qu'en augmentant les visites à l'urgence de l'hôpital, dans les cliniques médicales sans rendez-vous, au CLSC ainsi qu'auprès du médecin, l'utilisateur a l'occasion de communiquer avec les intervenants en santé (infirmière au triage, médecin) ou d'autres patients qui viennent consulter en même temps que lui pour un problème de santé. Toutes ces personnes ont pu lui parler du service téléphonique Info-Santé CLSC. Dans certains endroits, il existe des affiches publicitaires sur ce service téléphonique, augmentant ainsi la probabilité de connaissance chez les plus grands utilisateurs de services de santé. Ces usagers ont pu faire l'observation de l'existence de cette innovation et qui sait, peut-être un jour l'adopteront-ils (Bandura, 1986 ; Rogers, 1995).

Les résultats de notre étude concernant la disponibilité d'une source régulière de soins, démontrent que les participants ayant une source régulière de soins disponible avec rendez-vous seulement, ont une

probabilité plus forte de connaître le service téléphonique Info-Santé CLSC comparativement à ceux n'ayant aucune source régulière de soins. Par contre, ce facteur n'est aucunement associé à l'utilisation du service téléphonique avant la visite médicale. Le phénomène se répète encore une fois ici : même si les individus connaissent le service téléphonique Info-Santé CLSC, ils ne vont pas l'utiliser nécessairement. La majorité des personnes ayant participé à l'étude, ont un médecin de famille (70,3 %, Tableau I) mais ne l'ont pas contacté avant de se rendre au service d'urgence et ce, même si un grand nombre disent avoir la possibilité de le faire quand un problème survient. Nous supposons ici que pour voir leur médecin, le contact doit s'effectuer dans un premier temps par l'entremise de la secrétaire. Celle-ci doit prendre le message de la personne afin de le transmettre au médecin qui, lui, rappellera ou non son patient ou bien lui suggérera un rendez-vous plus ou moins rapproché avec lui. Donc étant donné que l'accessibilité à une source régulière de soins est souvent difficile pour l'utilisateur, ce dernier aura tendance à utiliser les services de santé sans rendez-vous. Ou bien, dans le cas contraire, c'est-à-dire, que si la disponibilité d'une source régulière de soins est facilement accessible, et ce, sans rendez-vous, cela amènerait l'utilisateur à rechercher moins d'information sur les services de santé comme par exemple, le service téléphonique Info-Santé CLSC.

La santé perçue en général (et non pas la santé perçue au moment de l'étude), qualifiée de *bonne ou passable*, présente une association négative avec la probabilité de connaître le service téléphonique Info-Santé CLSC, comparée aux participants ayant une perception *excellente* de leur état de santé. Par ailleurs, on peut penser que les gens décrivant leur santé comme bonne ou passable ont une plus forte probabilité de recourir fréquemment aux services de santé et qu'ils ont développé certaines habitudes de consommation. Ils seraient par conséquent moins ouverts à connaître de nouvelles alternatives telles qu'Info-Santé CLSC. La santé perçue en général ne présente aucune association avec l'utilisation préalable

du service téléphonique avant la visite médicale. Aucune étude n'a été faite au sujet de cette variable, il est donc ici difficile de comparer nos résultats.

Par contre, les résultats des études suivantes abordent la gravité perçue du problème de santé. D'après Hagan et Garon (1996), 42,6 % des gens qui appellent pour eux-mêmes, ont la perception d'être *très malades* tandis que la moitié des appelants perçoivent leur situation de *assez à très grave* (Hagan, Morin et Lépine, 1998). Dans le Tableau I de la présente étude, le problème de santé est perçu comme étant *moyennement menaçant* pour 30 % de l'échantillon à l'étude et beaucoup de complications (29 %) pourraient survenir si le problème n'était pas traité rapidement. La douleur et l'inconfort causés par le problème de santé, étaient qualifiés de *moyen* par la majorité des participants, mais ceux-ci percevaient *beaucoup* de limitations (44,9 %) causées par ce problème. Le degré perçu du problème de santé influence l'individu à consulter ou non un service de santé. On peut penser que les individus percevant leur problème de santé pas du tout menaçant ou un peu menaçant, auraient tendance à rechercher activement de l'information sur l'innovation qu'est le service téléphonique Info-Santé CLSC et auraient une plus grande connaissance de ce service. Tandis que les personnes percevant leur problème de santé comme grave, considèrent la recherche d'information comme étant risquée car cette démarche les porte à fixer toute leur attention sur leur maladie. C'est probablement pour cette raison que les personnes veulent en savoir le moins possible ou qu'elles ne font pas de démarche comme appeler le service téléphonique Info-Santé CLSC pour chercher des renseignements. Une étude faite par Lemay et al. (1996), indique qu'en combinant le degré d'urgence de la condition de l'individu et la nature exclusive des services utilisés à l'urgence, environ 64 % à 70 % des visites faites à l'urgence de l'hôpital seraient non urgentes.

Toutes ces données pourraient expliquer le recours à un service d'urgence. À l'intérieur de leur étude, Bélanger et Bouchard (1998), indiquent

que les principaux agents d'information sont le médecin et l'infirmière mais que le médecin est privilégié car il est considéré comme un expert de la maladie tandis que les infirmières sont considérées comme des sources de réconfort et de soutien. En référant à Bandura, (1986) et Rogers (1995), on peut penser que la connaissance et la compréhension du fonctionnement de l'innovation ainsi que l'attitude favorable ou non favorable face à l'idée, ne sont pas encore acquises chez les usagers pour problèmes non urgents, qui pourraient alors être classées dans la catégorie des adoptants retardataires. Leurs intérêts ou leurs besoins ne rejoignent peut-être pas l'idée de l'innovation qu'est le service téléphonique Info-Santé CLSC.

Le modèle de la Figure 3 et le Tableau XII montrent que la durée du problème de santé se situant entre deux et quatre jours, est un facteur significativement positif pour l'utilisation du service téléphonique Info-Santé CLSC avant la visite médicale par rapport aux utilisateurs dont le problème de santé était plus récent (moins de deux jours).

Les études citées précédemment, n'indiquent aucune information sur la durée du problème de santé, c'est-à-dire que nous ne savons pas depuis combien de temps les personnes qui ont fait appel à Info-Santé CLSC, avaient leur problème de santé ainsi que le temps écoulé avant que ces mêmes personnes ne le contactent. Il aurait été intéressant d'avoir ces données afin de les comparer aux résultats de notre étude. Les raisons principales d'appel concernaient les demandes d'information d'ordre physique (Hagan et Garon, 1996 ; Hagan, Morin et Lépine, 1998). Près de la moitié des personnes qui n'ont pas consulté la ressource suggérée par l'infirmière 48-72 heures après l'appel à Info-Santé, ont dit ne pas avoir l'intention de le faire. Les personnes qui appelleraient durant la période de la nuit ont un besoin plus grand de rappeler Info-Santé pour le même problème dans la période des 48-72 heures suivant leur premier appel. Étant donné qu'il y a moins de ressources de santé disponibles la nuit, les infirmières auraient possiblement

tendance à suggérer à la personne de rappeler à Info-Santé afin de faire un suivi de leur état de santé (Hagan et Garon, 1996). Une proportion de 18 % des appelants ayant des troubles gastro-intestinaux ou percevant leur état de santé de *grave*, ont consulté une ressource sans que l'infirmière ne l'ait formellement recommandé (Hagan, Morin et Lépine, 1998).

Les résultats de notre analyse démontrent que la nouveauté du problème de santé, est un facteur important associé positivement à l'utilisation préalable du service téléphonique Info-Santé CLSC avant la visite médicale. Les résultats des études faites antérieurement par les autres auteurs, ne nous donnent pas de renseignements concernant précisément cette variable.

Hagan et Garon (1996), ont décrit que la perception de la capacité personnelle de faire face au problème s'il se présentait de nouveau est plus élevée chez les personnes plus scolarisées et plus jeunes. Les personnes âgées en moyenne de 35 ans, se sentent capables de résoudre le problème tandis que celles âgées en moyenne de 42 ans ne se sentent pas capables de le résoudre.

Les individus veulent se renseigner sur un problème de santé qu'ils ne connaissent pas. En utilisant la recherche d'information, la personne identifie plus facilement son problème et les actions à entreprendre pour le régler. Elle a un besoin d'avoir des connaissances claires sur le sujet. Dans un autre ordre d'idée, la littérature nous a appris que l'expérience de santé antérieure fait que les gens consacrent moins d'énergie à la recherche d'information.

Faire adopter une nouvelle idée, une innovation comme l'utilisation préalable du service téléphonique Info-Santé CLSC, même si cette dernière comporte des avantages, est souvent difficile. Rogers (1995)

mentionne que l'innovation crée une incertitude dans la tête des adoptants potentiels mais qu'en ayant une bonne base d'information, on peut en arriver à réduire cette incertitude. Il faut motiver davantage l'individu à en apprendre sur l'innovation entraînant ainsi l'adoption ou le rejet de l'innovation. La perception des avantages relatifs à utiliser Info-Santé CLSC pourrait accélérer son taux d'adoption ainsi que la compatibilité, c'est-à-dire le degré auquel l'innovation est perçue comme étant consistante avec les valeurs existantes, les expériences passées et les besoins des adoptants potentiels.

Les objectifs de cette étude étaient d'identifier la proportion d'utilisateurs du service téléphonique Info-Santé CLSC ainsi que leurs principales caractéristiques. Les deux modèles conceptuels de notre étude démontrent les facteurs influençant la connaissance du service téléphonique Info-Santé CLSC et l'utilisation préalable de ce service lors de la visite médicale sans rendez-vous. Les facteurs sociodémographiques influençant la connaissance du service téléphonique Info-Santé CLSC sont l'âge (associé négativement), le genre (femmes), le revenu (35 000\$ ou plus). Les facteurs composant l'utilisation des services de santé sont le service utilisé au moment de l'étude (CLSC), la fréquentation des services médicaux au cours des six derniers mois et la disponibilité d'une source régulière de soins (médecin avec rendez-vous). Le facteur composant l'état de santé général est la santé perçue bonne ou passable (associée négativement).

Pour le modèle sur l'utilisation du service téléphonique Info-Santé CLSC préalablement à la visite médicale, le facteur composant l'utilisation des services de santé est le service utilisé au moment de l'étude (cliniques médicales sans rendez-vous, associées négativement), le facteur intitulé problème de santé se compose de la durée (entre 2 et 4 jours) et finalement l'existence du problème dans le passé (non).

Afin de répondre à nos objectifs, ces deux modèles conceptuels ont été inspirés du cadre théorique de Lenz (1984) qui décrit le processus de recherche d'information, ensuite du cadre théorique de prise de décision complexe d'Assael (1984 et 1998), qui amène chez le consommateur la reconnaissance et le besoin pour un produit ou un service, tel le service téléphonique Info-Santé CLSC et finalement, du cadre théorique de la diffusion d'une innovation de Rogers (1995), qui traite du processus de décision et aborde la connaissance d'un service jusqu'à son utilisation ou son rejet.

6.1.1 Limites et validité de l'étude

Les résultats de notre étude permettent d'expliquer 78,13 % de la variation de la connaissance du service téléphonique Info-Santé CLSC et 77,06 % de la variation de l'utilisation du service téléphonique Info-Santé CLSC préalablement à la visite médicale.

Dans l'ensemble, nous avons mesuré une grande partie des caractéristiques des participants qui peuvent influencer la connaissance et l'utilisation de service téléphonique.

6.1.2 Validité interne

Cette recherche peut comporter un ensemble de biais liés au caractère d'observation de l'étude.

6.1.2.1 Biais de sélection

Les personnes incluses dans l'étude ont été recrutées dans cinq établissements de santé de la région de Laval. Il s'agit de l'urgence d'un hôpital de soins de courte durée, de trois cliniques médicales sans rendez-vous et d'un CLSC offrant un service sans rendez-vous. Le choix de ces

établissements est basé sur la proximité de chacun d'entre eux et sur le fait que plusieurs médecins pratiquent à la fois à l'hôpital et dans les cliniques environnantes puis finalement sur la possibilité d'avoir accès à des catégories de population assez uniformes au plan géographique et socioéconomique. Le recrutement se faisait auprès d'adultes parlant français, ne se présentant pas pour des problèmes psychiatriques ou pour une agression sexuelle. Plus de femmes (62,2 %) que d'hommes (37,8 %) ont participé à l'étude et la catégorie d'âge supérieure à 60 ans n'était représentée que par 5,9 % des individus mais cette catégorie de personnes refusaient souvent de participer à l'étude. Si plus de personnes âgées avaient participé à l'étude, nous aurions obtenu probablement un résultat plus faible concernant la connaissance du service téléphonique Info-Santé CLSC. Le taux de participation était de 44,4 % pour l'hôpital et de 63,4 % pour les trois cliniques médicales sans rendez-vous et le CLSC. Le contexte d'engorgement et une forte fréquentation de l'urgence de l'hôpital pendant la période à l'étude ont amené plusieurs refus et ont fait en sorte que plusieurs catégories de patients (semi-urgent, non urgent, visiteurs ou patient en attente de résultats), se retrouvaient ensemble dans la salle d'attente ou dans le corridor. Il faut mentionner que les motifs de refus n'étaient pas reliés à leur état de santé mais plutôt reliés au contexte. Un temps d'attente de sept à huit heures certaines journées provoquait de l'impatience et de l'insatisfaction chez les patients ainsi que le manque de place dans les salles d'attente amenait les gens à refuser de participer à l'entrevue. De plus, la période de recrutement fut plus longue à cause aussi du nombre élevé de refus à l'urgence de l'hôpital, tandis que dans les cliniques médicales sans rendez-vous ou au CLSC, le taux de participation était plus élevé probablement parce que la plupart des patients étaient des cas non urgents et qu'il n'y avait qu'une seule salle d'attente pour effectuer le recrutement des participants à l'étude, ce qui nous facilitait la tâche. Les patients qui ont accepté de participer étaient semblables (cas non urgent), population homogène en termes de caractéristiques tant à l'urgence de l'hôpital que dans les cliniques médicales

sans rendez-vous et au CLSC. Dans certains cas les patients ne revenaient pas pour finir de compléter le questionnaire lorsque l'entrevue était interrompue par l'appel du patient pour aller consulter le médecin; cela a amené des données incomplètes, (estimées à 9,6 %) et non utilisées.

Nous ne croyons pas qu'il y ait ici un biais de sélection. La population choisie représente une uniformité au plan socioéconomique et géographique, tant dans les cliniques médicales sans rendez-vous, le CLSC ou l'urgence de l'hôpital ; les établissements de santé sélectionnés, comme les cliniques médicales et le CLSC, offrent des services similaires et comparables pour un problème de santé non urgent.

6.1.2.2 Biais d'information

La validité des informations que nous avons recueillies repose sur les dires des participants selon la compréhension et l'interprétation des questions posées. Les données de l'étude ont été recueillies par deux personnes. Les réponses données par les participants pourraient être influencées soit par la relation entre l'agent de recherche et le patient, soit par la façon dont les agents de recherche ont pris l'information. Par contre dans notre questionnaire, les réponses se donnaient en faisant un choix de réponse, ne laissant pratiquement pas d'interprétation pour les agents de recherche et ne créant pas d'influence sur nos variables à l'étude.

Le biais de mémoire peut se produire dans une étude où les données sont recueillies de manière rétrospective. Plusieurs facteurs peuvent être impliqués. Entre autres, le délai entre l'arrivée de l'événement et le moment de la collecte de données comme par exemple, l'existence du problème dans le passé pourraient porter à interprétation. Le participant peut se souvenir s'il a déjà eu un problème semblable mais peut-être pas identique. Il en va de même pour le nombre de visites auprès d'un service

médical au cours des six derniers mois : le participant avait quelques fois de la difficulté à s'en souvenir surtout s'il était parent d'enfants en bas âge qui eux, risquaient d'être souvent malades.

Il peut y avoir un biais de mémoire sur certaines informations ponctuelles comme celles mentionnées plus haut, mais ce biais est probablement trop faible pour compromettre la validité de l'étude.

6.1.3 Validité externe

L'étude a été réalisée auprès d'une population homogène et représentative d'autres populations. En outre, rien ne permet de croire que la période sélectionnée pour la collecte de données diffère de celles l'ayant précédée ou suivie de peu. Par conséquent, les résultats pourraient être généralisés à d'autres périodes et à des régions ayant les mêmes caractéristiques que la population étudiée.

6.2 CONCLUSION

Cette étude a permis de mettre en relation les facteurs influençant la connaissance du service téléphonique Info-Santé CLSC et l'utilisation préalable de ce service lors de la visite médicale sans rendez-vous.

Il convient de rappeler que le but de notre étude était d'analyser le recours au service téléphonique Info-Santé CLSC par les usagers des services d'urgence. Au Québec, les résultats des études faites à ce jour concernaient l'utilisation, l'accessibilité et la satisfaction à l'égard du service téléphonique Info-Santé CLSC à partir des personnes ayant déjà fait appel à ce service. L'étude décrite ici présente une approche différente en allant vérifier sur place si les personnes se présentant pour des cas non urgents à

l'urgence de l'hôpital de soins de courte durée, aux cliniques médicales sans rendez-vous et au service sans rendez-vous du CLSC, ont contacté avant de se rendre, le service téléphonique Info-Santé CLSC.

Les résultats de l'étude démontrent que la majorité (75,5 %) des participants connaissent le service téléphonique Info-Santé CLSC mais que seulement 23,7 % de ceux-ci, téléphonent à ce service avant de se rendre au service d'urgence.

L'analyse démontre que l'âge est associé négativement à la connaissance du service téléphonique Info-Santé CLSC, c'est-à-dire que plus la personne est âgée et moins elle aura tendance à connaître Info-Santé CLSC. On sait que la personne âgée privilégie le contact avec le médecin, qu'elle considère l'expert en la maladie tandis qu'elle considère plutôt l'infirmière comme une source de réconfort et de soutien. Les personnes âgées ont été habituées à chercher elles-mêmes des solutions en vue de régler leur problème de santé. Étant donné que l'âge a une influence défavorable sur la connaissance d'Info-Santé CLSC, il serait intéressant, dans un premier temps, de les sensibiliser à connaître ce service pour ensuite les amener éventuellement à l'utiliser. De la publicité par les médias télévisés, les centres de jour pour personnes âgées, les revues et périodiques comme *Le Bel Âge*, les cliniques médicales et les clubs pour aînés pourraient éventuellement les aider à être plus réceptifs à l'existence d'une ressource en santé afin qu'elles y trouvent un avantage relatif à l'utiliser. Nous aurions ainsi la possibilité de rejoindre un potentiel de personnes demeurant à la maison et des personnes ayant des activités sociales.

Les femmes connaissent plus le service téléphonique Info-Santé CLSC que les hommes et les personnes ayant un revenu de plus de 35 000 \$ connaissent plus ce service, comparées aux personnes avec un

revenu de moins de 20 000 \$. Les participants fréquentant le service sans rendez-vous du CLSC, le connaissent comparativement à ceux se trouvant à l'urgence de l'hôpital, ainsi que ceux fréquentant les services médicaux aux cours des derniers six mois. Les personnes bénéficiant d'une source médicale avec rendez-vous ont plus de chance de connaître le service téléphonique Info-Santé CLSC que celles n'ayant aucune source régulière de soins. Finalement, les participants à l'étude percevant leur santé bonne ou passable, ont moins de chance de connaître ce service que ceux percevant leur santé excellente.

Par la suite, l'analyse a dévoilé que trois variables sont associées directement à l'utilisation préalable du service téléphonique Info-Santé CLSC lors de la visite médicale sans rendez-vous. Premièrement, les personnes qui présentent un problème de santé depuis deux à quatre jours, téléphonent plus à Info-Santé CLSC avant de se rendre au service d'urgence, comparativement à celles ayant le problème depuis moins de deux jours. Deuxièmement, les personnes qui n'ont pas présenté dans le passé le même problème de santé pour lequel elles se présentent lors de l'entrevue (absence du même problème dans le passé), utilisent plus le service téléphonique Info-Santé CLSC que les personnes ayant présenté le même problème dans le passé. Finalement, les personnes qui fréquentent les cliniques médicales sans rendez-vous n'appellent pas le service téléphonique Info-Santé CLSC avant de se rendre comparativement à celles fréquentant l'urgence de l'hôpital.

Les résultats nous donnent peu de variables expliquant l'utilisation préalable du service téléphonique Info-Santé CLSC mais suffisamment pour chercher à développer des stratégies en vue d'inciter les usagers des cliniques médicales sans rendez-vous à appeler Info-Santé CLSC avant de s'y rendre.

Les rôles que devrait jouer le service téléphonique Info-Santé CLSC seraient ceux ayant pour objectifs de stabiliser l'adoption et d'empêcher l'arrêt d'utilisation et d'atteindre une relation finale avec le client. Le succès de l'agent de changement dépend plus particulièrement (pour les infirmières au service téléphonique Info-Santé CLSC) de leur effort à s'occuper du client, de la compatibilité entre le programme de diffusion et les besoins du client, de sa crédibilité perçue par le client et d'accroître les habiletés du client dans l'évaluation d'innovation.

Les agents de changements comme les infirmières au service téléphonique Info-Santé CLSC doivent utiliser une approche différente avec chaque catégorie d'adoptant. Les individus ayant le plus besoin de l'innovation ou pouvant en tirer le plus de bénéfices sont souvent les derniers à adopter l'innovation (les moins éduqués, les démunis financièrement, les personnes âgées).

Les pistes de recherche éventuelles seraient d'aller regarder les structures sociales dans lesquelles les adoptants potentiels se retrouvent, de développer des stratégies, en vue d'influencer l'attitude et les comportements des individus tout en espérant avoir des conséquences favorables et désirables vers l'utilisation du service téléphonique Info-Santé CLSC préalablement à la visite médicale sans rendez-vous.

Il serait aussi intéressant de connaître les motifs d'utilisation et de non utilisation du service téléphonique Info-Santé CLSC chez les personnes âgées.

La connaissance de la proportion d'utilisateurs du service téléphonique Info-Santé CLSC ainsi que de leurs caractéristiques pourrait éclairer les décisions relatives à la planification des services de première ligne. Elle permettrait de développer des stratégies en vue d'inciter les

usagers à rechercher l'utilisation de ce service téléphonique comme premier contact avec le système de santé afin d'avoir recours à une ressource de soins appropriée à leur besoin de santé. Des campagnes de promotion de la connaissance et de l'utilisation du service téléphonique Info-Santé CLSC pourraient s'adresser en autres, aux personnes âgées, à celles ayant de faibles revenus, aux hommes ainsi qu'aux individus fréquentant les cliniques médicales sans rendez-vous.

RÉFÉRENCES

- Assael, H. (1984). *Consumer Behavior and Marketing Action*. Kent Publishing Company; Boston, 2e édition.
- Assael, H. (1998). *Marketing*. Forth Worth, Texas : Dryden Press.
- Backer, T.E., Rogers, E.M., Sopory, P. (1992). *Designing health communication campaigns : What works ?* Sage Publications.
- Bader, S.A., Braude, R.M. (1998). « Patient informatics » : creating new partnerships in medical decision making. *Academic Medicine*, 73 (4), 408-411.
- Bandura, A. (1986). *Social Foundations of thought and action. A social cognitive theory*. Prentice-Hall, Inc. New Jersey.
- Baker, D.W., Stevens, C.D., Brook, R.H. (1994). Regular Source of Ambulatory Care and Medical Care Utilization by Patients Presenting to a Public Hospital Emergency Department. *Journal of the American Medical Association*, 271 (24), 1909-1912.
- Baker, D.W., Stevens, C.D., Brook, R.H. (1995). Determinants of Emergency Department use by ambulatory patients at an urban public hospital. *Annals of Emergency Medicine*, 25 (3), 311-316.
- Baker, L.M., (1994). Monitors and blunters: Patient health information seeking from a different perspective. *Bibliotheca Medica Canadiana*, 16 (2), 60-63.
- Bélanger, S. (1992). *Le processus de la recherche d'information de personnes atteintes de cancer*. Mémoire présenté à la faculté des études supérieures en vue de l'obtention du grade de M.Sc. en sciences infirmières. Université de Montréal.
- Bélanger, S., Bouchard, L. (1998). La recherche d'information : un risque calculé pour les personnes atteintes d'un cancer. *L'infirmière du Québec*, 5 (3), 30-40.
- Berns, S.D. et al. (1994). « Appropriate use of a pediatric emergency department : Is the pediatrician called before the visit ? ». *Pediatric Emergency Care*, 10 (feb), 13-17.

Bertakis, K.D., (1991). Impact of a patient education intervention on appropriate utilization of clinic services. *Journal of American Board of Family Practice*, 4 (6), 411-418.

Boileau, L., et Boucher, M. (1982) : *Rapport d'étude descriptive sur l'utilisation de l'urgence de Maisonneuve-Rosemont par la clientèle ambulante*. Département de santé communautaire. Centre hospitalier Maisonneuve-Rosemont. Montréal.

Brogan, C., Pickard, D., Gray, A., Fairman, S., Hill, A. (1998). The use of out of hours health services: a cross sectionnal survey. *British Medical Journal*, 316 (7130), 524-527.

Breton, M. (1991). *Situation dans les salles d'urgence 1988-1991*. Planification-Evaluation Santé Services Sociaux. Collection Etudes et Analyses. Québec.

Bujorian, G.A. (1988). Clinical trials: patient issues in the decision-making process. *Oncology Nursing Forum*, 15 (6), 779-783.

Burnett, M.G., Grover, S.A. (1996) : Use of the emergency department for nonurgent care during regular business hours. *Canadian Medical Association Journal*, 154 (9), 1345-1351.

Campbell, P.A., Pai, R.K., Derksen, D.J., Skipper, B. (1998). Emergency department use by family practice patients in an academic health center. *Family Medicine*, 30 (4), 272-275.

Chande, V.T., Krug, S.E., et Warm, E.F. (1996a). « Pediatric emergency department utilisation habits : A consumer survey ». *Pediatric Emergency Care*, 12 (1), 27-30.

Chande, V.T., Wyss, N., Exum, V. (1996b). Educational interventions to alter pediatric emergency department utilization patterns. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 150 (5), 525-528.

Chevarie, A. (1991). *Recension théorique sur les différents facteurs influençant la recherche d'aide*. Centre de recherche sur les services communautaires. Université Laval. Québec.

Contandriopoulos, A.P., Champagne, F., Potvin, L., Denis, J.L., Boyle, P. (1990). *Savoir Préparer une Recherche*. Les Presses de l'Université de Montréal.

Coulter, A, Entwistle, V., Gilbert, D. (1999). Sharing decisions with patients: is the information good enough? *British Medical Journal*, 318 (7179), 318-322.

Coulter, A. (1998). Evidence based patient information. Is important, so there needs to be a national strategy to ensure it. *British Medical Journal*, 317 (7153), 225-226.

Davidson, A.G., Hildrey, A., Floyer, M.A. (1983). Use and misuse of an accident and emergency department in the East of London. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 76, 37-40.

Derlet, R.W., Kinser, D., Ray, L., Hamilton, B., McKenzie, J. (1995). Prospective Identification and Triage of Nonemergency Patients Out of an Emergency Department : A 5-Year Study. *Annals of Emergency Medicine*, 25 (2), 215-223.

Eysenbach, G., Diepgen, T.L. (1999). Patients looking for information on the Internet and seeking teleadvice. *The Journal of the American Medical Association*, 135 (2), 151-156.

Gouvernement du Québec. (1991). *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. L.R.Q., chap. S-4-2.

Guadagnoli, E., Ward, P. (1998). Patient participation in decision-making. *Social Science Medicine*, 47 (3), 329-339.

Hagan, L., Garon, G. (1996). *Info-Santé. Région de Québec. Un service infirmier efficace ? Évaluation de la satisfaction et de la capacité d'autosoins chez les usagers du service téléphonique Info-Santé de la région de Québec*. Centre de recherche sur les services communautaires. Université Laval. Québec.

Hagan, L., Morin, D., Lépine, R. (1998). *Évaluation provinciale des services Info-Santé CLSC : Perception des utilisateurs*. Faculté des sciences infirmières. Centre de recherche sur les services communautaires. Université Laval. Québec.

Hopton, J., Hogg, R., McKee, I. (1996). Patients' accounts of calling the doctor out of hours : qualitative study in one general practice. *British Medical Journal*, 313 (7063), 991-994.

Impicciatore, P., Pandolfini, C., Casella, N., Bonati, M. (1997). Reliability of health information for the public on the World Wide Web: systematic survey of advice on managing fever in children at home. *British Medical Journal*, 314 (7098), 1875-1879.

Kai, J. (1996). Parents' difficulties and information needs in coping with acute illness in preschool children: a qualitative study. *British Medical Journal*, 313 (7063), 987-990.

- Kellermann, A.L. (1994). Nonurgent emergency department visits : meeting an unmet need. *Journal of the American Medical Association*, 271, 1953-1954.
- Kim, P., Eng, T.R., Deering, M.J., Maxfield, A. (1999). Published criteria for evaluating health related web sites : review. *British Medical Journal*, 318 (7184), 647-649.
- Kini, N.M., Strait, R.T. (1998). Nonurgent use of the pediatric emergency department during the day. *Pediatric Emergency Care*, 14 (1), 19-21.
- Kuensting, L.L. (1995). "Triageing out" children with minor illnesses from an emergency department by a triage nurse: where do they go? *Journal of Emergency Nursing*, 21 (2), 102-108.
- Lattimer, V., George, S., Thompson, F., Thomas, E., Mullee, M., Turnbull, J. et al. (1998). Safety and effectiveness of nurse telephone consultation in out of hours primary care: randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 317 (7165), 1054-1059.
- Leduc, L. (1999). La recherche sur l'utilisation des services de santé pour comprendre le comportement des consommateurs. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*. 6 (1), 104-118.
- Leduc, N., Champagne, F., Béland, F., Lalande, R., Lemay, A., Rivard, M. (1996). *Les déterminants du choix de l'urgence hospitalière pour des conditions non urgentes*. Protocole de recherche soumis au CRM. Université de Montréal.
- Lemay, A., Béland, F., Contandriopoulos, A.P., Boucher, M., Lavoie, G. (1996). Analyse économique de l'utilisation des services d'urgence hospitaliers. *Sciences Sociales et Santé*, 14 (2), 5-38.
- Lenz, E.R. (1984). Information seeking : a component of client decision and health behavior. *Advances in Nursing Science*, 6 (april), 59-72.
- Leprohon, J., Patel, V.L. (1995). Decision-making strategies for telephone triage in emergency medical services. *Medical Decision Making*, 15 (3), 240-253.
- Loiselle, C.G., Delvigne-Jean, Y. (1998). L'éducation pour la santé : éléments d'une critique. *L'infirmière canadienne*, mars, 42-46.
- Love, M.M., Mainous III, A.G. (1999). Commitment to a regular physician : How long will patients wait to see their own physician for acute illness ? *The Journal of Family Practice*, 48 (3), 202-207.

Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (1989). *Pour améliorer la santé et le bien-être au Québec. Orientations MSSS*. Gouvernement du Québec. Québec.

Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (1990). *Une réforme axée sur le citoyen*. Gouvernement du Québec. Québec.

Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (1994). *Accessibilité continue 24/7. Service téléphonique. Cadre de référence*. Gouvernement du Québec. Direction générale des programmes. Québec.

Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (1996). *Évaluation provinciale d'Info-Santé CLSC. Phase I*. Service de l'évaluation des politiques et des programmes. Direction générale de la planification et de l'évaluation. Gouvernement du Québec. Québec.

Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (1999a). *Évaluation provinciale des services Info-Santé CLSC. Rapport final 1994-1999*. Direction de l'évaluation, de la recherche et de l'innovation. Direction des communications. Québec.

Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (1999b). *Évaluation provinciale des services Info-Santé CLSC. Recommandations finales du comité de suivi pour l'amélioration et le développement futur des services*. Direction de l'évaluation, de la recherche et de l'innovation. Direction des communications. Québec.

Pelletier, D., Ouellet, H. (1994a). *Développement du service d'accessibilité téléphonique continue-CLSC 24/7 des régions de Lanaudière et des Laurentides. Études prospectives du S.A.T. Rapport 1*. Centre de recherche sur les services communautaires. Université Laval. Québec.

Pelletier, D., Ouellet, H. (1994b). *Développement du service d'accessibilité téléphonique continue-CLSC 24/7 des régions de Lanaudière et des Laurentides. Études prospectives du S.A.T. Rapport 2*. Centre de recherche sur les services communautaires. Université Laval. Québec.

Pencheon, D., Lambert, M., Hadridge, P. (1998). So many unanswered questions: the emergency care system of the future. *Journal of Accident and Emergency Medicine*, 15 (1), 49-53.

Quill, T.E., Brody, H. (1996). Physician recommendations and patient autonomy: finding a balance between physician power and patient choice. *Annals of Internal Medicine*, 125 (9), 763-769.

Roberts, C.R., Imrey, P.B., Turner, J.D., Hosokawa, M.C., Alster, J.M. (1983). Reducing physician visits for colds through consumer education. *The Journal of the American Medical Association*, 250 (15), 1986-1989.

Roberts, R.O., Rhodes, T., Girman, C.J., Guess, H.A., Oesterling, J.E., Lieber, M.M., et al. (1997). The decision to seek care. Factors associated with the propensity to seek care in a community-based cohort of men. *Archive of Family Medicine*, 6 (3), 218-222.

Rogers, E.M. (1995). *Diffusion of innovations*. The Free Press. New York. Fourth Edition.

Rudd, J., & Glanz, K. (1990). How individuals use information for health actions : consumer information processing. In K. Glanz, F.M. Lewis, B.K. Rimer (Eds) *Health Behavior and Health Education : Theory, Research and Practice*. Jossey-Bass Publishers, Chap 6: 115-139.

SOM. Inc. (1996). *Évaluation de la notoriété du service Info-Santé des CLSC de la Montérégie*. Rapport présenté au CLSC du Richelieu (version préliminaire). Montréal.

South Wiltshire Out of Hours Projects (SWOOP) Group. (1997). Nurse telephone triage in out of hours primary care : a pilot study. *British Medical Journal*, 314 (7075), 198.

Shah-Canning, D., Alpert, J.J., Bauchner, H. (1996). Care-seeking patterns of inner-city families using and Emergency Room. A three decade comparaison. *Medical Care*, 34 (12), 1171-1179.

SPSS. (1999a). *SPSS Base 9.0. User's guide*. SPSS Inc. U.S.A.

SPSS. (1999b). *SPSS Regression Models 9.0*. SPSS Inc. U.S.A.

Szilagyi, P.G. (1998). Managed care for children: effect on access to care and utilization of health services. *Future Child*, 8 (2), 39-59.

Tudiver, F., Talbot, Y. (1999). Why don't men seek help ? Family physicians' perspectives on help-seeking behavior in men. *The Journal of Family Practice*, 48 (1), 47-52.

Vivier, P.M. et al. (1995). « Is continuity of care preserved in children who utilize the pediatric emergency department ? », *Pediatrics*, 95 (jan), 37-41.

Waltz, C.F., Strickland, O.L., Lenz, E.R. (1991). *Measurement in Nursing Research*. F.A. Davis Compagny. USA. Second Edition.

Weir, R., Rideout, E., Crock, J. (1989). Pediatric use of emergency departments. *Journal of Pediatric Health Care*, 3 (4), 204-210.

Williams, R.M. (1996). « The cost of visits to emergency departments ». *The New England Journal of Medicine*, n^o10 (march), 642-646.

Williams, S., Crouch, R., Dale, J. (1995). Providing health-care advice by telephone. *Professional Nurse*, 10 (12), 750-752.

Yamamoto, L.G., Zimmerman, K.R., Butts, R.J., Anaya, C., Lee, P., Miller, N.C., Shirai, L.K., Tanaka, T.T. (1995). Characteristics of frequent pediatric emergency department users. *Pediatric Emergency Care*, 11 (6), 340-346.

Young, G.P., Wagner, M.B., Kellermann, A.L., Ellis, J., Bouley, D. (1996). Ambulatory visits to hospital emergency departments. Patterns and reasons for use. 24 Hours in the ED Study Group . *The Journal of the American Medical Association*, 276 (6), 460-465.

Zimmermann, P.G. (1997). Any advice for handling departmental information-seeking telephone calls ? *Journal of Emergency Nurses*, 23 (6), 634-643.

ANNEXE 1 - FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

ÉTUDE SUR LES DÉTERMINANTS DU CHOIX DES SERVICES D'URGENCE

Nom du chercheur:	Dr Nicole Leduc	Université de Montréal	tél: 343-5633
Coordonnatrice du projet:	Martine Lafrance	Université de Montréal	tél: 343-6185
Agente de recherche:	Chi-Anh Ta	Université de Montréal	tél: 343-6185

1. Objectif de l'étude

Le but de l'étude est de comprendre comment et pourquoi les gens choisissent un service d'urgence.

2. Déroulement de l'étude

Toutes les personnes qui consultent à l'urgence de l'hôpital Cité de la Santé de Laval ou de cliniques médicales sans rendez-vous de la région de Laval et dont la condition ne nécessite pas une attention immédiate de la part d'un médecin sont admissibles à participer à notre étude. Votre participation consiste en une entrevue avec un agent de recherche pendant que vous attendez pour voir le médecin. Cette entrevue se déroulera à l'écart des autres patients pour plus de discrétion. Cette entrevue devrait prendre environ 30 minutes de votre temps.

3. Avantages et inconvénients reliés à votre participation à l'étude

Votre participation à cette étude ne comporte aucun désavantage et ne prolongera ni le temps d'attente ni n'affectera les services et les soins qui vous seront offerts. Le fait de participer à cette étude ne modifiera en rien votre liberté de vous adresser aux médecins, aux cliniques ou autres intervenants de votre choix. Bien que vous ne retirez aucune compensation directe, les renseignements que vous et les autres patients nous fournirez contribueront dans le futur à améliorer les services de santé.

4. Participation volontaire et droit de retrait

Votre participation à l'entrevue est volontaire. Vous êtes libre de refuser de participer à l'étude ou de vous retirer à n'importe quel moment. Votre décision de ne pas y participer n'aura aucune conséquence sur les soins qui vous seront fournis. Il est possible que nous mettions fin à l'entrevue dans le cas où votre problème de santé se détériorerait pendant que vous attendez le médecin, votre condition devenant alors plus urgente.

5. Confidentialité

Tous les renseignements recueillis au cours de l'étude demeureront strictement confidentiels. Vous ne serez identifiés que par un numéro de code afin de préserver votre anonymat. Vos réponses à l'entrevue ne seront consultées que par les membres de l'équipe de recherche. Aucune publication résultant de cette étude ne renfermera quoi que ce soit qui puisse permettre de vous identifier.

ÉTUDE SUR LES DÉTERMINANTS DU CHOIX DES SERVICES D'URGENCE

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

La nature et le déroulement de l'étude, les avantages et les inconvénients que comporte ma participation ainsi que le caractère confidentiel des informations qui seront recueillies au cours de l'étude m'ont été expliqués.

J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions et de recevoir des réponses satisfaisantes.

J'accepte volontairement de participer à cette étude. Je reconnais avoir reçu un exemplaire de ce formulaire de consentement portant mon acceptation.

Nom, prénom

Signature du patient ou responsable

date

Lafrance Martine

Nom, prénom

Signature de l'agent de recherche

date

Leduc Nicole

Nom, prénom

Signature du chercheur principal

date

**ANNEXE 2 - QUESTIONNAIRE - ÉTUDE SUR LES DÉTERMINANTS
DU CHOIX DES SERVICES D'URGENCE**

Étude sur les déterminants du choix des services d'urgence

Questionnaire confidentiel une fois rempli

Nous entreprenons une étude pour comprendre comment et pourquoi les gens choisissent un service d'urgence. Nous voulons aussi savoir quelles sont leurs attentes. Votre participation consiste à répondre aux questions que je vais vous poser. Cela devrait prendre environ une demi-heure. N'hésitez pas à m'interrompre si vous ne comprenez pas. Toutes vos réponses demeureront confidentielles et seule l'équipe de recherche y aura accès.

- **Note à l'interviewer :** Remplir l'espace ci-dessous avant le début de l'entrevue.
Cocher le sexe du répondant.

Espace réservé
à la codification

Lieu de l'entrevue : _____

Date de l'entrevue : _____ Heure : _____ Jour : _____

Nom de l'interviewer : _____

Sexe du répondant : H F

SECTION 1 — VARIABLES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

- **Note à l'interviewer :** Cocher l'espace approprié ou encercler le chiffre indiquant la réponse selon le cas.

Commençons par des questions générales.

Q1. Quelle est votre date de naissance? (j/m/a) : ___/___/___

- Q2. Quel est votre état civil actuel?
1. Marié(e)/Vit avec un conjoint de fait
 2. Célibataire (jamais marié(e))
 3. Veuf(ve)
 4. Divorcé(e)/Séparé(e)

- Q3. Avez-vous des enfants
1. Oui --> Combien : _____
 2. Non

- Q4. Où êtes-vous né(e)?
1. au Québec
 2. au Canada
 3. ailleurs --> Lieu : _____

Année de l'arrivée au Canada? (année) : _____

____/____/____

Q5. Pour situer le quartier où vous demeurez,
quel est votre code postal?

—|—|—|—|—|—

Q6. Quel niveau de scolarité avez-vous complété?

1. primaire
2. secondaire
3. collégial
4. universitaire
5. aucun

Q7. Quelle est votre situation d'emploi en ce moment?

1. je travaille à temps plein
2. je travaille à temps partiel
3. je suis sans emploi
4. je suis à la retraite
5. je tiens maison
6. je suis aux études
7. autre --> préciser _____

Q8. À combien estimez-vous le revenu total avant impôt
de votre foyer (ou le vôtre si vous vivez seul(e)) au cours
de la dernière année? Votre revenu total avant impôts et
déductions était-il...

1. de moins de 20 000 \$
2. entre 20 000 \$ et 34 999 \$
3. entre 35 000 \$ et 49 999 \$
4. de 50 000 \$ ou plus

SECTION 2 — PROXIMITÉ DU SERVICE D'URGENCE CONSULTÉ

Les questions qui suivent concernent votre visite ici.

Q9. Par quel moyen de transport êtes-vous venu(e) ici?

1. automobile
2. autobus
3. taxi
4. à pied

Q10. Combien de temps cela vous a-t-il pris pour venir ici?
_____ minutes

SECTION 3 — MOTIF DE CONSULTATION ET SITUATION DANS LE TEMPS

Q11. Pour qui est la consultation?

1. vous-même
2. votre enfant --> âge : _____
3. parent(s)
4. autre --> préciser : _____

Nous allons maintenant parler du problème et des symptômes pour lesquels vous venez consulter.

Q12. Quelle est la raison principale pour laquelle vous venez consulter?

Q13. Depuis quand avez-vous commencé à avoir ce problème?
(préciser le nombre d'heures, de jours ou de semaines avec le répondant).

Q14. Avez-vous déjà eu ce problème par le passé?

1. Oui
2. Non
9. Ne se souvient pas

SECTION 4 — PERCEPTION DE LA GRAVITÉ DU PROBLÈME DE SANTÉ, DOULEURS ET INCONFORT

Maintenant, je vais vous demander d'évaluer votre malaise ou problème en accordant une note de 1 à 5 qui reflète le plus ce que vous ressentez au moment où on se parle. Pour les prochaines questions, 1 représente PAS DU TOUT et 5 EXTRÊMEMENT.

CARTE 1

➤ **Note à l'interviewer :** Encercler le chiffre correspondant à la réponse.

Q15. Croyez-vous que votre problème ou malaise est menaçant pour votre santé?

1 2 3 4 5

Q16. Croyez-vous qu'il est probable que des complications surviennent si votre problème n'est pas traité rapidement?*

1 2 3 4 5

➤ ***Note à l'interviewer :** Si le répondant demande de préciser le terme "rapidement", reformuler la question comme suit: Croyez-vous qu'il est probable que des complications surviennent si vous n'étiez pas vu maintenant par un médecin ici au service d'urgence?

Q17. Est-ce que votre problème vous cause ...

1. aucune douleur?
2. une douleur faible?
3. une douleur moyenne?
4. une douleur forte?

Q18. Est-ce que votre problème vous cause ...

1. aucun inconfort?
2. un inconfort faible?
3. un inconfort moyen?
4. un inconfort élevé?

Q19. Le problème pour lequel vous consultez vous limite-t-il dans le genre ou le nombre d'activités que vous faites?

1. pas du tout
2. un peu
3. modérément
4. beaucoup
9. non applicable

SECTION 5 — ÉTAT DE SANTÉ GÉNÉRAL

Parlons de votre état de santé en général. Il est question de vos capacités habituelles et non de maladies qui peuvent vous affecter sur de courtes périodes de temps comme par exemple la grippe. Je vous demande de qualifier votre état de santé en accordant une note de 1 à 6, 1 représente EXCELLENTE et 6 TRÈS MAUVAISE.

CARTE 2

Q20. En général, diriez-vous que votre santé est ...

- 1 2 3 4 5 6

SECTION 6 — MÉDECIN DE FAMILLE

Q21. Avez-vous un médecin de famille ou un médecin traitant?

(Un médecin qui vous suit, ou que vous allez voir régulièrement)

1. Oui
2. Non --> passer à Q27

Q22. Avant de venir ici, avez-vous essayé de contacter votre médecin de famille ou son remplaçant?

1. Oui
2. Non --> passer à Q25

Q23. Avez-vous pu lui parler de votre problème?

1. Oui
2. Non

Q24. Vous a-t-il conseillé de venir ici?

1. Oui
2. Non

Q25. Votre médecin de famille travaille-t-il ici?

1. Oui --> Est-ce que c'est lui (elle) que vous venez consulter aujourd'hui?

1. Oui
2. Non

2. Non

Q26. Habituellement, vous est-il possible de communiquer avec votre médecin ou son remplaçant lorsqu'un problème survient et que vous n'avez pas de rendez-vous?

1. Oui --> Vous est-il possible de le voir?

1. Oui
2. Non
9. Ne sait pas

2. Non

9. Ne sait pas

SECTION 7 — SOURCES PERSONNELLES INTERNES D'INFORMATION

Maintenant, je voudrais savoir combien de fois vous avez utilisé les services de santé au cours des 6 derniers mois.

➔ **Note à l'interviewer :** Ne pas inclure la présente visite aux questions Q27, Q28 et Q29.

Q27. Au cours des 6 derniers mois, combien de fois êtes-vous allé à l'urgence d'un hôpital?

Nombre de fois : _____

Q28. Au cours des 6 derniers mois, combien de fois êtes-vous allé à une clinique médicale sans rendez-vous (autre qu'un CLSC)?

Nombre de fois : _____

Q29. Au cours des 6 derniers mois, combien de fois êtes-vous allé au service sans rendez-vous d'un CLSC?

Nombre de fois : _____

Q30. Au cours des 6 derniers mois, combien de fois êtes-vous allé chez un médecin après avoir pris un rendez-vous avec lui/elle?

Nombre de fois : _____

Q38. Avant de venir ici, avez-vous parlé de votre problème à quelqu'un?

- 1. Oui
- 2. Non --> passer à Q42

Q39. Pouvez-vous me dire qui?

(Encercler toutes les réponses appropriées)

- 01. Famille
- 02. Conjoint
- 03. Amis/Connaissances
- 04. Collègues de travail
- 05. Médecin
- 06. Pharmacien
- 07. Autre(s) professionnel(s) de la santé
- 08. Info-Santé CLSC
- 12. Autre --> préciser : _____

Note à l'interviewer: En cas de réponse affirmative aux questions Q40 et Q41, inscrire le numéro correspondant à la personne mentionnée par le répondant à Q39.

Q40. Parmi les personnes que vous m'avez nommées, est-ce que quelqu'un vous a encouragé à voir rapidement un médecin?

- 1. Oui --> Qui? _/_/_/_/_
- 2. Non

Q41. Parmi les personnes que vous m'avez nommées, est-ce que quelqu'un vous a suggéré de venir ici même aujourd'hui?

- 1. Oui --> Qui? _/_/_/_/_
- 2. Non

Q42. Connaissez-vous le service téléphonique Info-Santé CLSC?

- 1. Oui
- 2. Non --> passer à Q50 (section 9)

Q43. Si oui, l'avez-vous déjà utilisé?

- 1. Oui
- 2. Non --> passer à Q50 (section 9)

Q44. Par qui ou par quel moyen avez-vous appris l'existence d'Info-Santé CLSC?

(Encercler toutes les réponses appropriées)

- 01. Famille
- 02. Conjoint
- 03. Amis/Connaissances
- 04. Collègues de travail
- 05. Médecin
- 06. Pharmacien
- 07. Autre(s) professionnel(s) de la santé
- 08. 911
- 09. Publicité (télé, radio, métro, ...)
- 10. Annuaire téléphonique
- 11. Par moi-même
- 12. Autre --> préciser: _____

Q45. Avez-vous téléphoné à Info-Santé CLSC avant de venir ici aujourd'hui?

1. Oui
2. Non --> passer à Q50

Note à l'interviewer: Poser les questions Q46 à Q49 si OUI à Q45.

Q46. Est-ce qu'Info-Santé CLSC vous a recommandé de consulter un professionnel de la santé?

1. Oui
2. Non --> passer à Q50 (section 9)

Q47. Est-ce Info-Santé CLSC qui vous a recommandé de venir ici?

1. Oui --> passer à Q50 (section 9)
2. Non

Q48. Quelle(s) ressource(s) vous a-t-on conseillée(s)?

(Encercler toutes les réponses appropriées)

1. Urgence d'un hôpital
2. Clinique médicale sans rendez-vous
3. Médecin de famille
4. CLSC
5. Clinique externe d'un hôpital
6. Médecin spécialiste
7. Pharmacien
8. Autre--> préciser : _____

Q49. Avez-vous contacté cette ressource?

1. Oui (laquelle ou lesquelles)
 1. Urgence d'un hôpital
 2. Clinique médicale sans rendez-vous
 3. Médecin de famille
 4. CLSC
 5. Clinique externe d'un hôpital
 6. Médecin spécialiste
 7. Pharmacien
 8. Autre--> préciser : _____

2. Non --> Pourquoi?

—

—

—

—

—

Maintenant, je veux que vous imaginiez un service d'urgence qui serait idéal selon vous. Par service d'urgence, on entend un service où on peut consulter un médecin sans rendez-vous que ce soit à la clinique médicale ou à l'urgence de l'hôpital. Je vais vous demander quelle est l'importance que vous accordez à chacune des caractéristiques suivantes dans un service d'urgence idéal. Vous répondez à l'aide de l'échelle suivante, où 1 représente PAS DU TOUT et 5 EXTRÊMEMENT.

CARTE 1

Q51. Est-ce important qu'un service d'urgence idéal ...

	Q51	Q52
01. ait un temps d'attente raisonnable?.....	—	—
02. ait un ordre de priorité de consultation selon la gravité du problème (triage)?.....	—	—
03. soit près de votre domicile ou de votre lieu de travail?.....	—	—
04. soit ouvert le soir?.....	—	—
05. soit ouvert la nuit?.....	—	—
06. soit ouvert les fins de semaine?.....	—	—
07. ait des tests de laboratoire disponibles sur place?.....	—	—
08. ait des services spécialisés disponibles sur place en tout temps?.....	—	—
09. vous assure la rapidité des résultats des tests?.....	—	—
10. ait des médecins compétents?.....	—	—
11. vous assure la disponibilité de votre médecin habituel quand vous en avez besoin?.....	—	—
12. ait accès à votre dossier médical?.....	—	—
13. permette le suivi de mon problème avec le même médecin?.....	—	—
14. ait des médecins qui vous écoutent?.....	—	—
15. ait des médecins qui donnent des explications?.....	—	—
16. ait des médecins qui répondent aux questions que vous leur posez?.....	—	—
17. ait des médecins qui montrent du respect envers les patients?.....	—	—
18. ajuste le nombre de médecins en fonction de l'achalandage?.....	—	—
19. ait une salle d'attente confortable?.....	—	—
20. offre un accueil courtois?.....	—	—
21. autre (préciser).....	—	—

Q52. Nous venons de voir un grand nombre de caractéristiques possibles pour un service d'urgence. Laquelle ou lesquelles trouvez-vous la ou les plus importantes?

Note à l'interviewer : *Cocher uniquement les caractéristiques énoncées spontanément par le répondant (NE PAS LIRE LES CHOIX DE RÉPONSES).*

- ☉ **Note à l'interviewer :** *Si le répondant n'est jamais allé dans une clinique (ou une salle d'urgence, selon le cas), par le passé, lui demander de répondre en fonction de ce qu'il pense. Si le répondant connaît plusieurs cliniques, répondre en fonction de celle qu'il connaît le mieux.*

Q54. Je voudrais maintenant connaître votre opinion à l'égard des cliniques sans rendez-vous (*POUR LES UTILISATEURS DE L'URGENCE HOSPITALIÈRE*) ou des salles d'urgence des hôpitaux (*POUR LES UTILISATEURS DES CLINIQUES SANS RENDEZ-VOUS*).

CARTE 1

Dans l'ensemble, trouvez-vous que :

01. le temps d'attente est raisonnable?.....—
02. l'ordre de priorité de consultation selon la gravité du problème est adéquat?.....—
03. c'est suffisamment près de votre domicile ou de votre lieu de travail?.....—
04. les heures d'ouverture sont adéquates?.....—
05. il y a des tests de laboratoire disponibles sur place?.....—
06. il y a un des services spécialisés disponibles sur place en tout temps?.....—
07. les résultats des tests sont rapides à sortir?.....—
08. les médecins sont compétents?.....—
09. votre médecin habituel est disponible quand vous en avez besoin?.....—
10. le médecin a accès à votre dossier médical complet?.....—
11. il est possible d'avoir un suivi pour votre problème avec le même médecin?.....—
12. les médecins vous écoutent suffisamment.....—
13. les médecins vous donnent suffisamment d'explications?.....—
14. les médecins répondent bien à vos questions?.....—
15. les médecins vous respectent.....—
16. on ajuste le nombre de médecins en fonction de l'achalandage?.....—
17. la salle d'attente est confortable?.....—
18. l'accueil est courtois?.....—

Q55. Par rapport à un service d'urgence idéal, diriez-vous que ce sont les cliniques sans rendez-vous ou l'urgence de l'hôpital qui s'en rapproche le plus?

1. cliniques sans rendez-vous
2. urgence de l'hôpital
3. ni l'un, ni l'autre
4. les 2 sont pareils

SECTION 10 — BESOINS D'INFORMATION, CONNAISSANCE ET DISPONIBILITÉ DE L'INFORMATION

Les prochaines questions visent à connaître et non à juger ce que vous savez des services de consultation sans rendez-vous près de chez vous.
Répondez par oui ou non.

Q56. Croyez-vous être bien informé(e) sur leurs services de consultation sans rendez-vous?

1. Oui
2. Non

Q57. Aimeriez-vous en savoir plus sur leurs heures d'ouverture?

1. Oui
2. Non

Q58. Aimeriez-vous en savoir plus sur leur emplacement par rapport à votre domicile?

1. Oui
2. Non

Q59. Aimeriez-vous en savoir plus sur les ressources dont ils disposent (telles que les rayons X, les prises de sang, etc.)?

1. Oui
2. Non

➔ **Note à l'interviewer :** *Pour les usagers de l'urgence hospitalière seulement.*

Q60. Pouvez-vous me nommer une clinique médicale ou un CLSC qui offre un service sans rendez-vous près de chez vous?

_____ --> **si aucune réponse,
l'entrevue se termine ici.**

Q61. Est-ce que ce service est ouvert le soir?

1. Oui
2. Non
9. Ne sait pas

Q62. Est-ce que ce service est ouvert les fins de semaine?

1. Oui
2. Non
9. Ne sait pas

Q63. Croyez-vous qu'il est facile de savoir quelles sont les cliniques médicales ou CLSC qui offrent un service sans rendez-vous près de chez vous?

1. Oui
2. Non
9. Ne sait pas

Q64. Croyez-vous qu'il est facile d'avoir de l'information sur les heures d'ouverture?

1. Oui
2. Non
9. Ne sait pas

Q65. Croyez-vous qu'il est facile d'avoir de l'information sur les services disponibles?

1. Oui
2. Non
9. Ne sait pas

Q66. Croyez-vous qu'il est facile d'avoir de l'information sur la qualité des services disponibles?

1. Oui
2. Non
9. Ne sait pas

—

—

—

—

ANNEXE 3 - CARTE 1

1. Pas du tout
2. Un peu
3. Moyennement
4. Beaucoup / Très
5. Tout à fait / Extrêmement

ANNEXE 4 - CARTE 2

Carte2

1. Excellente
2. Très bonne
3. Bonne
4. Passable
5. Moyenne
6. Très mauvaise