



FAITS SAILLANTS DU RAPPORT DESCRIPTIF GLOBAL DE L'ENQUÊTE POPULATIONNELLE SUR L'EXPÉRIENCE DE SOINS À MONTRÉAL ET EN MONTÉRÉGIE

Odette Lemoine, Brigitte Simard, Sylvie Provost, Jean-Frédéric Levesque, Raynald Pineault, Pierre Tousignant

En 2005, l'équipe Santé des populations et services de santé, équipe conjointe de la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et de l'Institut national de santé publique du Québec, a mené une étude dans les deux régions les plus peuplées du Québec (Montréal et Montérégie) pour évaluer l'association entre les modèles organisationnels de 1^{re} ligne prévalant à cette époque et l'expérience de soins de la population. Une deuxième étude a été entreprise en 2010 pour comprendre l'évolution des modèles organisationnels de 1^{re} ligne et de leur performance à travers le processus de réforme et pour évaluer les facteurs aux niveaux organisationnel et contextuel qui sont associés à cette évolution.

Cette étude consiste en trois enquêtes interreliées et hiérarchiquement nichées :

- une enquête populationnelle menée auprès d'adultes sélectionnés aléatoirement parmi la population des deux régions pour évaluer l'affiliation des patients aux organisations de 1^{re} ligne, leur niveau d'utilisation des services, divers attributs de leur expérience de soins, les services préventifs reçus, ainsi que la perception des besoins non comblés;
- une enquête auprès des organisations de 1^{re} ligne pour évaluer les aspects liés à leur vision, leur structure organisationnelle, leur niveau de ressources et leurs caractéristiques de pratique clinique ainsi qu'à la réorganisation des services de santé de 1^{re} ligne;
- une troisième enquête auprès d'informateurs clés dans les CSSS pour apprécier le contexte organisationnel à l'intérieur duquel les différents modèles d'organisation de 1^{re} ligne évoluent.

Ce feuillet rapporte les faits saillants des résultats de l'enquête populationnelle sur l'utilisation des services par la population, les besoins non comblés de services et l'appréciation de l'expérience de soins des répondants ayant une source habituelle de soins de 1^{re} ligne. Ces constats sont présentés pour l'ensemble des répondants et pour chacune des régions étudiées, en comparant les valeurs obtenues en 2010 à celles obtenues en 2005. Les résultats détaillés sont présentés dans le rapport global disponible sur les sites Internet de la Direction de santé publique de l'ASSS de Montréal et de l'Institut national de santé publique du Québec (voir à la fin du document).

Médecin de famille

Entre 2005 et 2010, il y a une :

- augmentation de la proportion de personnes ayant un médecin de famille (74,6 % en 2010 contre 69,1 % en 2005).

Chez les personnes sans médecin de famille, il y a une :

- augmentation de la proportion de personnes donnant comme raison qu'elles n'en ont pas besoin (37,2 % en 2010 contre 17,1 % en 2005);
- diminution de la proportion de personnes donnant comme raison la non-disponibilité des médecins (37,8 % en 2010 contre 56,0 % en 2005).

Utilisation des services de santé au cours des deux dernières années

Entre 2005 et 2010, il y a une :

- augmentation de la proportion de personnes ayant été hospitalisées au moins une fois (18,0 % en 2010 contre 15,0 % en 2005);
- augmentation de la proportion de personnes ayant eu au moins une visite à l'urgence (34,9 % en 2010 contre 31,0 % en 2005);
- diminution de la proportion de personnes ayant vu un médecin en CLSC (20,5 % en 2010 contre 22,3 % en 2005);
- stabilité de la proportion de personnes ayant vu un médecin en clinique médicale ou cabinet privé (80,4 % en 2010 contre 80,3 % en 2005).

Besoins de services non comblés au cours des six derniers mois

Entre 2005 et 2010, il y a une :

- stabilité de la proportion de personnes ayant présenté un besoin de services non comblé (18,3 % en 2010 contre 17,9 % en 2005);
- augmentation de la proportion de personnes rapportant que c'était pour un problème urgent (23,6 % en 2010 contre 20,2 % en 2005);
- nette augmentation de la proportion de personnes rapportant que c'était pour un nouveau problème (57,4 % en 2010 contre 44,8 % en 2005);
- augmentation de la proportion de personnes disant qu'elles n'ont pu voir de médecin parce qu'il leur était impossible d'avoir un rendez-vous (43,9 % en 2010 contre 36,1 % en 2005) ou parce qu'elles n'ont pas pu trouver de médecin qui prenait de nouveaux patients (38,7 % en 2010 contre 31,1 % en 2005);
- augmentation de la proportion de personnes rapportant que la situation a eu beaucoup de conséquences sur différents éléments de leur vie (par exemple, pour la conséquence « a causé de l'inquiétude » 32,1 % en 2010 contre 25,8 % en 2005).

Tous ces constats s'appliquent aux deux régions.

Expérience de soins au cours des deux dernières années

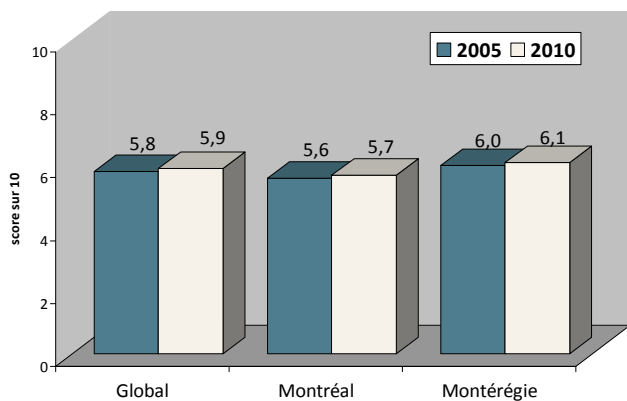
Considérations méthodologiques : Les résultats de cette section ne concernent que les utilisateurs de services ayant identifié une source habituelle de soins de 1^{re} ligne. L'expérience de soins à la source habituelle de soins est évaluée en termes d'accessibilité (premier contact, économique, temporelle et accommodation), de continuité (d'affiliation et informationnelle), de globalité, de réactivité et de résultats de soins. Les scores sont obtenus par la sommation des réponses aux items les composant, ramenée sur une échelle de 10. Plus le score est élevé, plus l'appréciation de l'expérience de soins est favorable. Lorsque les différences entre les résultats en 2005 et ceux de 2010 sont statistiquement non significatives, le fond des graphiques est grisé.

L'accessibilité

Une organisation de santé est considérée accessible si elle peut être facilement utilisée, c'est-à-dire s'il y a peu de barrières géographiques, organisationnelles, économiques ou culturelles à son utilisation.

Accessibilité de premier contact

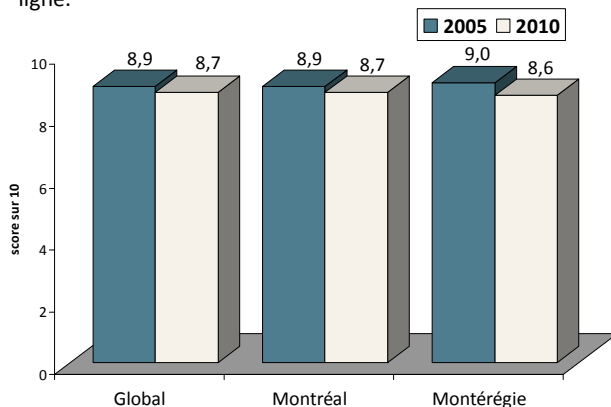
Concerne la première consultation médicale effectuée suite à l'identification d'un besoin de services et à la recherche de soins initiée par la personne.



Le score global d'accessibilité de premier contact est semblable en 2010 et en 2005 et demeure relativement faible avec, globalement, des valeurs de 5,9 et 5,8 respectivement; les scores sont de 5,7 et 5,6 à Montréal et de 6,1 et 6,0 en Montérégie. Les valeurs sont donc légèrement plus élevées en Montérégie qu'à Montréal.

Accessibilité économique

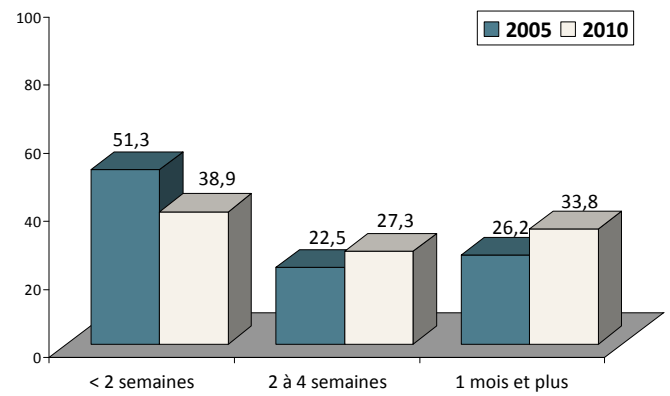
Une bonne accessibilité économique signifie ici que les personnes n'ont pas à payer de frais pour recevoir des services de santé de 1^{re} ligne.



Bien que demeurant très élevé, le score global d'accessibilité économique est significativement moins élevé en 2010 qu'en 2005 et ce, tant globalement (8,7 en 2010 contre 8,9 en 2005) qu'à Montréal (8,7 contre 8,9) ou en Montérégie (8,6 contre 9,0). Ces résultats indiquent que les personnes sont plus nombreuses à devoir payer pour obtenir certains services de santé de 1^{re} ligne en 2010 qu'en 2005.

Accessibilité temporelle

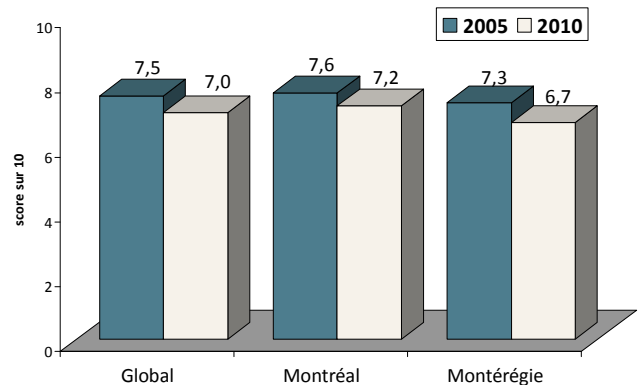
Pour qualifier l'accessibilité temporelle, seule est présentée ici la répartition des répondants selon le temps d'attente pour avoir un rendez-vous avec le médecin.



Le temps d'attente pour avoir un rendez-vous avec le médecin est plus élevé en 2010 qu'en 2005; 38,9 % des répondants seulement peuvent avoir un rendez-vous avec un médecin à leur source habituelle de soins en moins de deux semaines alors que c'était le cas de 51,3 % des personnes en 2005. Cette augmentation du délai d'attente est notée dans les deux régions et traduit une diminution de l'accessibilité temporelle.

Accessibilité d'accommodation

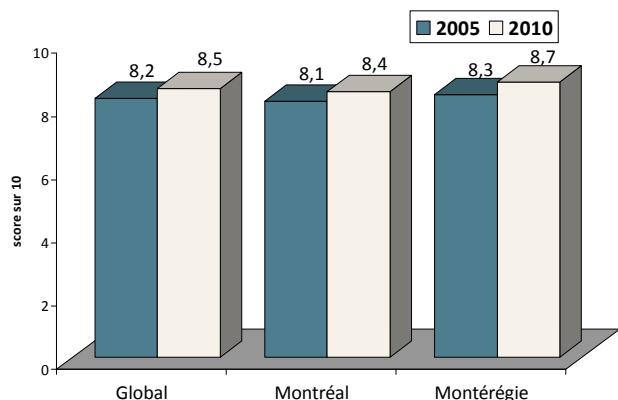
Fait référence à la facilité d'accès à la source de soins (heures d'ouverture adéquates, facilité rejoindre quelqu'un par téléphone, etc.).



Le score d'accessibilité d'accommodation est significativement moins élevé en 2010 qu'en 2005 et ce, tant globalement (7,0 en 2010 contre 7,5 en 2005), qu'à Montréal (7,2 contre 7,6) ou en Montérégie (6,7 contre 7,3). Ces résultats montrent que les personnes évaluent moins favorablement, en 2010, le côté « accommodant » de leur source habituelle de soins.

Continuité d'affiliation

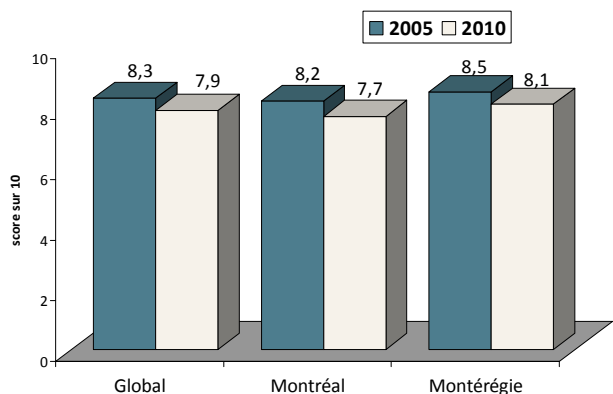
Réfère à la stabilité dans le temps de la relation entre le patient et les professionnels de sa source habituelle de soins.



Le score de continuité d'affiliation est significativement plus élevé en 2010 qu'en 2005 et ce, tant globalement (8,5 en 2010 contre 8,2 en 2005), qu'à Montréal (8,4 contre 8,1) ou en Montérégie (8,7 contre 8,3). À noter que cette évaluation est plus favorable en Montérégie qu'à Montréal.

Globalité

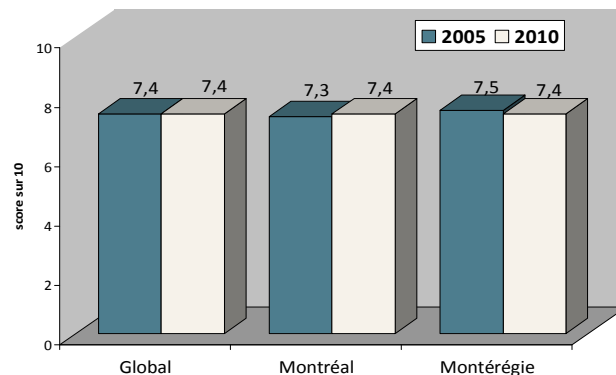
Correspond à l'ensemble des services requis pour répondre à la majorité des besoins de santé courant d'une communauté. Elle peut être générée par la disponibilité dans une organisation de tous les services nécessaires pour le patient ou par l'assurance de l'accès à d'autres services dans d'autres organisations.



Le score de globalité est significativement moins élevé en 2010 qu'en 2005 et ce, tant globalement (7,9 en 2010 contre 8,3 en 2005), qu'à Montréal (7,7 contre 8,2) ou en Montérégie (8,1 contre 8,5). À noter que cette évaluation est plus favorable en Montérégie qu'à Montréal.

Continuité informationnelle

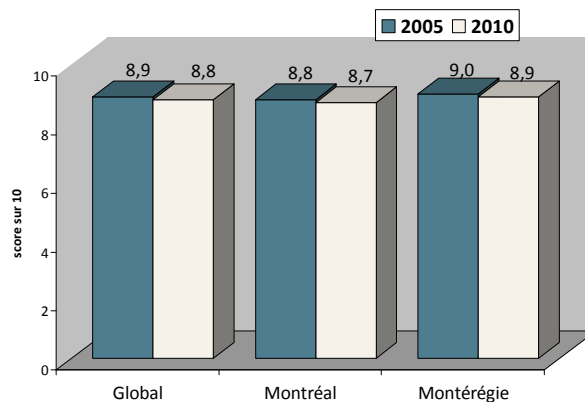
Qualifie la circulation de l'information entre les épisodes de soins ou entre les différents lieux où sont offerts les services; elle ne concerne donc que les personnes qui ont passé des tests de laboratoire ou qui ont eu une consultation auprès de spécialistes suite à une référence de leur médecin, soit, dans le cadre de cette enquête, environ 40 % des utilisateurs de service de 1^{re} ligne ayant une source habituelle de soins.



Le score de continuité informationnelle n'a pas changé entre 2010 et 2005, tant globalement, avec une valeur de 7,4, qu'à Montréal ou en Montérégie.

Réactivité

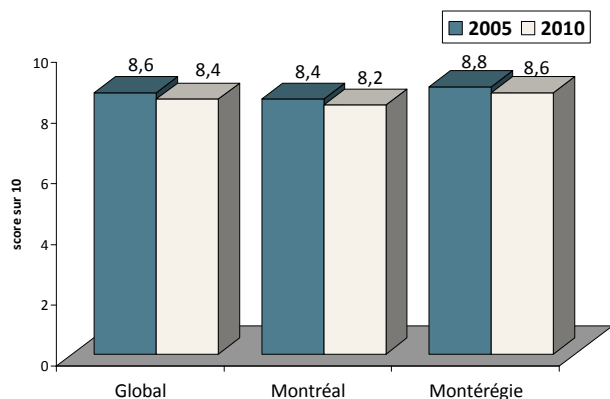
Se définit comme la réponse aux attentes légitimes de la personne en ce qui a trait aux éléments ou actions non reliés à l'aspect technique des traitements, tels le respect des personnes et l'attention accordée aux patients.



Le score global de réactivité est très élevé et pratiquement identique en 2005 et 2010 et ce, tant globalement (8,9 en 2005 et 8,8 en 2010), qu'à Montréal (8,8 et 8,7) ou en Montérégie (9,0 et 8,9).

Résultats de soins

Correspondent aux effets ou aux conséquences des services sur la santé des personnes, tels que perçus par elles. Incluent tant les conséquences directes sur l'état de santé perçue que les conséquences sur les connaissances relatives à la santé de même que les résultats intermédiaires telle l'adoption de comportement de santé.



Le score global de résultats de soins est significativement moins élevé en 2010 qu'en 2005 et ce, tant globalement (8,4 en 2010 contre 8,6 en 2005), qu'à Montréal (8,2 contre 8,4) ou en Montérégie (8,6 contre 8,8). À noter que cette évaluation est plus favorable en Montérégie qu'à Montréal.

Conclusion

À la lumière de ces premiers résultats descriptifs, on semble assister à une plus grande fidélisation des patients à leur source habituelle de soins de 1^{re} ligne. Toutefois, l'accessibilité à cette source de soins, qui non seulement affiche les indices évalués le moins favorablement par les répondants, semble aussi moins bonne en 2010 qu'en 2005. S'ajoutent à ces changements une diminution de la perception de la globalité des soins reçus de même qu'une diminution des résultats de ces soins.

Certaines différences quant aux caractéristiques de la population mises en évidence entre 2005 et 2010 (niveau de scolarité plus élevé, plus grande proportion de personnes se déclarant à l'aise financièrement) imposent la prudence dans l'interprétation de ces données descriptives, surtout au regard de l'expérience de soins qui est liée à ces deux caractéristiques. Des analyses multivariées seront réalisées afin de contrôler pour ces variables.

Est-ce que certains groupes de la population sont plus touchés par ces phénomènes? Est-ce que ces résultats concernent l'ensemble des modèles d'organisation des services médicaux ou plus particulièrement certains d'entre eux? Des analyses complémentaires seront aussi réalisées pour mieux comprendre ces résultats.

AUTEURS

Odette Lemoine^{1,2}, Brigitte Simard^{1,2}, Sylvie Provost^{1,2,3}, Jean-Frédéric Levesque^{1,2,3}, Raynald Pineault^{1,2,3}, Pierre Tousignant^{1,2,3}

¹ Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

² Institut national de santé publique du Québec

³ Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal

ÉQUIPE DE RECHERCHE

Coordonnatrice de projet

Audrey Couture

Chercheurs principaux

Jean-Frédéric Levesque, Raynald Pineault, Pierre Tousignant

Co-chercheurs et professionnels de recherche

Sylvie Provost, Roxane Borgès Da Silva, Odette Lemoine, Brigitte Simard, Marjolaine Hamel, Alexandre Prud'Homme, Sarah Descôteaux, Dominique Grimard, Michel Fournier, Danièle Roberge, Mylaine Breton, Jean-Louis Denis, Marie-Dominique Beaulieu, Debbie Feldman, Paul Lamarche, Jeannie Haggerty, Josée Côté

Co-décideurs

Denis A. Roy, Mylène Drouin, Louis Côté, François Goulet

Soutien à la réalisation et édition

Mireille Paradis

Organismes subventionnaires et partenaires

Cette recherche a bénéficié de subventions des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et du Fonds de recherche du Québec – Santé (FRQS) en partenariat avec le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS). Elle bénéficie également de l'appui financier des Agences de la santé et des services sociaux (ASSS) de Montréal et de la Montérégie et de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Le projet a reçu l'appui de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et du Collège des médecins du Québec.

Le projet a reçu une approbation de conformité éthique du Comité d'éthique de la recherche de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, à titre de comité principal. La nature multicentrique du projet de recherche implique une approbation de conformité éthique de tous les comités d'éthique de la recherche au sein de chacun des centres de santé et des services sociaux des territoires à l'étude.

Ce document est disponible sur les sites Internet de la Direction de santé publique (www.dsp.santemontreal.qc.ca/dossiers_thematiques/services_preventifs/thematique/sante_des_populations_et_services_de_sante/documentation.html) et de l'INSPQ (www.inspq.qc.ca/publications/).

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

© Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2012)
Institut national de santé publique du Québec (2012)