

**L'ACCESSIBILITÉ ET LA CONTINUITÉ DES
SERVICES DE SANTÉ :
UNE ÉTUDE SUR LA PREMIÈRE LIGNE AU QUÉBEC**

RAPPORT DE RECHERCHE

**SOMIS AUX INSTITUTS DE RECHERCHE EN SANTÉ DU CANADA (IRSC) ET À LA FONDATION
CANADIENNE DE LA RECHERCHE SUR LES SERVICES DE SANTÉ (FCRSS)**

**L'ACCESSIBILITÉ ET LA CONTINUITÉ
DES SERVICES DE SANTÉ :
UNE ÉTUDE SUR LA PREMIÈRE LIGNE AU QUÉBEC**

RAPPORT DE RECHERCHE
SOU MIS AUX INSTITUTS DE RECHERCHE EN SANTÉ DU CANADA (IRSC)
ET À LA FONDATION CANADIENNE DE LA RECHERCHE
SUR LES SERVICES DE SANTÉ (FCRSS)

ÉQUIPE SANTÉ DES POPULATIONS ET SERVICES DE SANTÉ

SECTEUR SERVICES PRÉVENTIFS EN MILIEU CLINIQUE
DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE,
AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL,

DIRECTION DES SYSTÈMES DE SOINS ET SERVICES
INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC

ET

CENTRE DE RECHERCHE DE L'HÔPITAL CHARLES LEMOYNE

MAI 2008



**Centre de recherche
Hôpital Charles Lemoyne**
Centre de recherche universitaire
et régional de la Montérégie

Québec

• Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
• Institut national de santé publique

AUTEURS

Raynald Pineault^{1,2,3}
Jean-Frédéric Levesque^{1,2,3}
Danièle Roberge^{4,5}
Marjolaine Hamel^{1,2}
Paul Lamarche⁶
Jeannie Haggerty^{4,5}

Analyses statistiques

Costas Kapetanakis

Soutien à la réalisation et édition

Audrey Lozier-Sergerie¹
Mireille Paradis¹

Cartographie

Emanuelle Huberdeau¹

Chercheurs principaux

Raynald Pineault^{1,2,3}
Jean-Frédéric Levesque^{1,2,3}
Danièle Roberge^{4,5}

Co-chercheurs

Marjolaine Hamel^{1,2}, Paul Lamarche⁶, Jeannie Haggerty^{4,5}, Pierre Tousignant^{1,2},
Léo R. Poirier², James Hanley⁷, Mike Bénigéri⁸, Pierre Bergeron², Ginette
Beaulne^{1,2} et Marie-France Raynault⁹

Comité consultatif

Yvon Brunelle¹⁰, Sylvie Cantin¹¹, Louis Côté⁸, Serge Dulude⁸, Johanne Fournier¹¹,
François Goulet¹², Richard Lessard¹, Laurent Marcoux¹¹, Jean Rodrigue¹¹, Denis
A. Roy¹¹ et Lysette Trahan¹⁰

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

⁴ Centre de recherche de l'Hôpital Charles LeMoynes

⁵ Université de Sherbrooke

⁶ Faculté de médecine – Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS)

⁷ Département d'épidémiologie et de biostatistique de l'Université McGill

⁸ Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

⁹ Département Administration de la santé, Université de Montréal et GRIS

¹⁰ Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

¹¹ Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie

¹² Collège des médecins du Québec

Organismes subventionnaires et partenaires

Cette recherche a bénéficié de subventions des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), de la Fondation canadienne de recherche sur les services de santé (FCRSS) et du Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ). Il bénéficie également de l'appui financier des Agences de la santé et des services sociaux (ASSS) de Montréal et de la Montérégie, de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), du Groupe de recherche sur l'équité d'accès et l'organisation des services de santé de 1^{re} ligne (GRÉAS 1) et du Groupe interuniversitaire de recherche sur les urgences (GIRU). Le projet a reçu l'appui du Collège des médecins du Québec, du Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS), de l'Observatoire Montréalais des inégalités sociales de la santé (OMISS) et du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS).

Le projet a reçu une approbation de conformité éthique du Comité d'éthique de la recherche de la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et de l'Hôpital Charles LeMoynes.

Ce document est disponible sur les sites Internet de la Direction de santé publique (www.santepub-mtl.qc.ca/ESPSS/production.html), de l'INSPQ (www.inspq.qc.ca/publications/) et du Centre de recherche de l'Hôpital Charles LeMoynes (www.hclm.qc.ca/fr/centrerecherche/)

Ce document est imprimé sur du papier entièrement recyclé contenant 30 % de fibres postconsommation et produit sans chlore élémentaire.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec et du Centre de recherche de l'Hôpital Charles LeMoynes qui détiennent les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

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

DÉPÔT LÉGAL – 2^e TRIMESTRE 2008
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA
ISBN : 978-2-550-52865-4 (VERSION IMPRIMÉE)
ISBN : 978-2-550-52866-1 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2008)
Centre de recherche de l'Hôpital Charles LeMoynes (2008)

COLLABORATIONS

Les auteurs tiennent à souligner l'appui important de la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, du Centre de recherche de l'hôpital Charles LeMoyne et de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie dans la réalisation de cette étude.

Nous soulignons également la qualité du travail et le professionnalisme des nombreuses personnes qui ont participé à cette recherche, ainsi que l'excellent travail de la firme de sondage SOM dans la réalisation de l'enquête populationnelle.

Mentionnons plus particulièrement la collaboration de Brigitte Simard, Liliane Foisy et Costas Kapetanakis ainsi que de Roxane Borgès Da Silva, Linda Cazale, Léonarda Da Silva, Danielle Larouche, Adeline Laugraud, Audrey Lozier-Sergerie, Odette Lemoine, Cristine Leroux, Dominique Lesage, Diane Ouellet, Lauriane Robert, Sylvie Provost, Isabelle Rioux et Alexandre Prud'homme. Nos pensées vont également à Michèle Perron avec qui ce fut un grand plaisir de travailler...

AVANT-PROPOS

Au Canada, plusieurs comités provinciaux et fédéraux ont souligné les problèmes relatifs à l'organisation des services médicaux de première ligne. Ainsi, depuis une dizaine d'années, les systèmes de santé canadien et québécois connaissent d'importantes transformations qui touchent particulièrement la première ligne. Au Québec, ces changements organisationnels se sont notamment traduits par l'implantation de groupes de médecine de famille (GMF) et de cliniques-réseau (CR) ainsi que par la création de Centres de santé et de services sociaux (CSSS).

C'est dans ce contexte que le projet « L'accessibilité et la continuité des services de santé : une étude sur la première ligne au Québec » a été réalisée dans deux régions populeuses du Québec, soit Montréal et la Montérégie. L'étude porte sur les modèles d'organisation des services médicaux de première ligne et leur influence sur l'expérience de soins de la population (Pineault, Levesque et al., 2004).

Ce rapport cible les intervenants du domaine de la santé : les décideurs régionaux et locaux, les cliniciens, les représentants d'organismes communautaires, ainsi que toute personne intéressée à mieux comprendre l'expérience de soins de première ligne de la population. Par l'apport de données probantes et inédites, cette étude offre aussi une chance unique d'informer les décideurs, gestionnaires et cliniciens sur l'organisation des services de santé de première ligne et son influence sur l'expérience de soins des utilisateurs.

Cette étude a été réalisée par des chercheurs de l'équipe « Santé des populations et services de santé », une équipe conjointe de la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (DSP) et de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), et par des chercheurs du Centre de recherche de l'Hôpital Charles LeMoyné. De nombreux autres chercheurs québécois ont collaboré à la réalisation de l'étude.

PRINCIPAUX MESSAGES

Généralement, l'expérience de soins de première ligne est jugée favorablement par les utilisateurs de services. L'accessibilité organisationnelle et géographique demeure la dimension de l'expérience de soins la moins bien perçue par la population. On doit se préoccuper du fait que les résidents des milieux urbains en général et plus particulièrement à Montréal ont une moins bonne perception de leur expérience de soins.

La population adulte est desservie par des cliniques médicales de première ligne qui adoptent différents profils organisationnels. Dans les régions étudiées, on distingue cinq modèles d'organisation de services de santé de première ligne dont quatre sont de type *professionnel* et un de type *communautaire*. Les modèles de type *professionnel* – à *prestataire unique*, *de contact*, *de coordination* et de *coordination intégré* – desservent 90 % des utilisateurs. Les organisations qui en font partie ont une gouverne privée et elles ont pour objectif de répondre aux besoins de services médicaux des patients qui s'y présentent ou des personnes qui considèrent ces cliniques comme leur source habituelle de soins. Le modèle *communautaire* regroupe des organisations intégrées dans les établissements du système public de soins et services de santé. Elles ont pour objectif l'amélioration de la santé des populations d'un territoire donné. On doit retenir que :

- le modèle *professionnel à prestataire unique*, « le médecin solo », affiche la meilleure performance à l'égard de la perception de l'expérience de soins. Ce constat nous rappelle que la relation personnelle entre le médecin et son patient favorise une meilleure expérience de soins. Or, la pratique solo est en voie de disparition en faveur du développement de la pratique clinique de groupe. Il importe de préserver les aspects relationnels particuliers à cette pratique dans la réorganisation des services de première ligne qui fera émerger, sans doute, des organisations plus complexes et de plus grande taille;
- le modèle *professionnel de coordination intégré* se démarque favorablement des autres modèles sur l'ensemble des aspects de la performance et devrait être considéré pour l'implantation de nouveaux modèles d'organisation de première ligne. Ce modèle comprend pour une large part les « Groupes de médecine de famille » (GMF) implantés dans les deux régions au moment de l'étude. Ces organisations, hautement performantes, sont en partie responsables du bon positionnement du modèle *de coordination intégré*, comparativement aux autres modèles d'organisation. En conséquence, nos résultats encouragent la poursuite de l'implantation des GMF qui, en se greffant aux organisations déjà existantes, semblent contribuer à améliorer leur performance;
- l'implantation de « cliniques médicales sans rendez-vous » ne constitue pas la solution au problème actuel d'accessibilité des services de première ligne. En effet, les organisations du modèle *professionnel de contact*, qui priorisent l'accessibilité des services, se révèlent les moins performantes sur tous les aspects de l'expérience de soins, y compris l'accessibilité. L'accessibilité est jugée plus favorablement par les utilisateurs des autres modèles *professionnels* et *communautaires*. Enfin ces organisations sont peu intégrées à l'ensemble du réseau des services. Ce modèle ne représente donc pas une base organisationnelle sur laquelle on peut appuyer la réforme de la première ligne. Un effort particulier doit être consenti pour assurer la contribution de ce type d'organisation dans un plan d'ensemble qui vise à accroître l'accès aux services de première ligne pour la population;

- il est inquiétant de remarquer que le modèle *professionnel de contact*, modèle le moins performant, comprend une proportion importante des GMF et des cliniques-réseau en devenir (en phase d'accréditation au moment de l'étude en 2005). Il faudra baliser le développement des types émergents d'organisation afin qu'ils contribuent à l'amélioration de la performance des services de première ligne ;
- dans l'ensemble, les résultats convergent pour démontrer que, mis à part le modèle *professionnel de contact*, les modèles d'organisation sont également équitables en ce qui concerne les services rendus aux clientèles défavorisées sur le plan socioéconomique, de l'éducation ou de la santé. Néanmoins, notre étude suggère que certains facteurs de défavorisation ont un impact négatif sur la perception de l'expérience de soins et la déclaration de besoins non comblés de services médicaux, particulièrement pour les personnes se percevant pauvres ou très malades. Par contre, les personnes âgées et les moins scolarisées rapportent plutôt une meilleure expérience de soins et moins de besoins non comblés.

L'organisation optimale de la première ligne sur un territoire ou dans une région doit tenir compte des facteurs historiques et contextuels. Elle peut difficilement reposer sur un seul modèle d'organisation. On doit retenir que :

- une plus grande disponibilité de ressources de première ligne et de ressources spécialisées à l'échelle des territoires n'est pas garante d'une meilleure performance de la première ligne, particulièrement au regard de l'expérience de soins de la population. Une plus grande performance est associée aux modèles d'organisation et à leur intégration au système de soins. Ce constat suggère qu'en plus de privilégier certains modèles d'organisation, la reconfiguration des services de première ligne doit viser la création de réseaux de soins;
- les modèles qui assurent la responsabilisation des organisations et la prise en charge des clientèles, particulièrement celles atteintes de maladies chroniques, et qui offrent des modalités mixtes de consultation (par exemple sur ou sans rendez-vous et consultation téléphonique) apparaissent comme la meilleure façon d'assurer à la fois l'accessibilité et la continuité des services;
- plutôt que des organisations-GMF isolées, un certain nombre de GMF sur un territoire se révèlent avoir un plus grand impact sur l'expérience de soins de la population, ce qui suggère une stratégie de saturation plutôt que de saupoudrage dans l'implantation des GMF.

Les taxonomies organisationnelle et de contexte développées dans cette étude permettent de mieux comprendre les réalités organisationnelles de la première ligne. Elles fournissent un cadre de référence utile aux décideurs et aux gestionnaires désireux de caractériser l'offre de services de première ligne sur les territoires et d'en suivre l'évolution au fil du temps. En plus, les connaissances générées par cette étude peuvent être utilisées pour anticiper les résultats des transformations de la première ligne.

RÉSUMÉ

À travers le monde, les services de santé de première ligne font l'objet de réformes importantes. Au Canada, plusieurs comités provinciaux et fédéraux ont souligné les problèmes relatifs à l'organisation des services médicaux de première ligne. Ainsi, depuis une dizaine d'années, les systèmes de santé canadien et québécois connaissent d'importantes transformations qui touchent particulièrement la première ligne. Au Québec, ces changements organisationnels se sont notamment traduits par l'implantation de groupes de médecine de famille (GMF) et de cliniques-réseau (CR) ainsi que par la création de centres de santé et de services sociaux (CSSS).

C'est dans ce contexte que le projet « *L'accessibilité et la continuité des services de santé : une étude sur la première ligne au Québec* » a été réalisé. Cette étude, menée dans deux régions sociosanitaires du Québec, Montréal et la Montérégie, porte sur les modèles d'organisation des services médicaux de première ligne et leur influence sur l'accessibilité et l'utilisation des services de santé par la population, ainsi que sur l'expérience de soins des utilisateurs des services. Le principal but de l'étude est d'identifier les modèles d'organisation des services médicaux de première ligne les mieux adaptés et les plus prometteurs pour répondre aux besoins et aux attentes de la population. Cette recherche a comporté trois volets :

- 1) une enquête menée auprès de la population qui vise à mesurer l'utilisation des services de santé des personnes, ainsi que leur perception de l'accessibilité, la continuité, la globalité, la réactivité et les résultats des services reçus (Levesque, Pineault et al., 2007a);
- 2) une enquête menée auprès des cliniques médicales de première ligne qui vise à dresser un portrait de l'organisation des services médicaux de première ligne, à caractériser cette organisation et à identifier les modèles d'organisation des services médicaux de première ligne prévalant dans les régions étudiées (Hamel, Pineault et al., 2007);
- 3) une analyse contextuelle, qui vise à décrire les territoires de Centres de santé et de services sociaux CSSS (Roberge, Pineault et al., 2007).

Les résultats de cette étude intéressent tout particulièrement les intervenants du domaine de la santé : les décideurs régionaux et locaux, les cliniciens, les représentants d'organismes communautaires, ainsi que toute personne intéressée à mieux comprendre l'expérience de soins de première ligne de la population, en interface avec l'organisation des services de santé. Par l'apport de données probantes et inédites, cette étude offre aussi une chance unique d'informer les décideurs, gestionnaires et cliniciens sur la performance des organisations de prestation de services de santé de première ligne.

Des rapports descriptifs et méthodologiques, des cahiers thématiques et des articles ont déjà, ou feront sous peu, l'objet de publications spécifiques. Nous invitons les lecteurs intéressés à consulter ces publications pour s'approprier toutes les connaissances générées par ce projet.

Faits saillants

- Dans l'ensemble, les individus évaluent favorablement leur expérience de soins auprès de leur source habituelle de première ligne. Ces observations vont dans le même sens que les résultats des études internationales sur la satisfaction des usagers des services de santé. L'accessibilité géographique et organisationnelle est toutefois nettement moins bien appréciée de la part de la population.

- Il subsiste une grande variation dans l'appréciation de l'expérience de soins entre les territoires des centres de santé et de services sociaux (CSSS) des deux régions à l'étude. La perception de la population de l'expérience de soins de première ligne est généralement meilleure en Montérégie qu'à Montréal.
- Les contrastes caractérisant l'expérience de soins de la population se révèlent lorsque les territoires de CSSS sont regroupés par contexte. Les territoires urbains qu'on qualifie d'*affluent commerçant* et qui se caractérisent par la densité de leur population et la grande diversité et quantité de ressources de santé obtiennent les scores les plus bas, tant pour l'indice global d'expérience de soins que pour la majorité des indices spécifiques. C'est également le contexte où la population a le moins d'affiliation avec un médecin de famille. Les territoires ruraux, regroupés dans la catégorie *équilibré coordonné*, se comportent fort différemment, obtenant les meilleurs scores pour la quasi totalité des indices d'expérience de soins. L'affiliation à un médecin de famille dans la population y est aussi très élevée, atteignant en moyenne 80 %.
- Les territoires urbains dits *affluent commerçant* demeurent de loin les mieux nantis en ressources médicales de première ligne. Même en tenant compte du fait que les ressources des territoires urbains desservent une proportion non négligeable de personnes résidant sur d'autres territoires, ce constat suggère que c'est moins la quantité de ressources que l'organisation des services de première ligne qui détermine une expérience de soins favorable.
- Les organisations de première ligne ont été classées en cinq modèles distincts – quatre modèles *professionnels* et un modèle *communautaire*. Cette taxonomie s'avère un outil utile pour une meilleure compréhension du secteur des services de première ligne. Un de ses avantages réside dans la distinction qu'elle fait entre les cabinets privés de médecins, les classant en quatre différentes catégories.
- Ces modèles présentent des profils variables selon différentes dimensions de la performance, telles la réponse aux clientèles vulnérables, la couverture de la population, la productivité dans la prestation de services, la conformité à un idéal-type organisationnel et l'expérience de soins des personnes.
- Le modèle *professionnel à prestataire unique* – caractérisé par une vision de clientèle, une faible intégration au réseau, une faible quantité de ressource, une étendue restreinte de services et des modalités de consultation majoritairement sur rendez-vous – se distingue favorablement à l'égard de certaines dimensions de la performance, particulièrement l'expérience de soins de la population et la réponse aux personnes vulnérables. Cependant, ce modèle présente peu de potentiel à l'égard de la couverture populationnelle et une faible conformité à l'idéal-type organisationnel de première ligne. Bien que ce modèle puisse difficilement représenter une option pour les réformes, sa performance concernant la réponse aux besoins et aux attentes des personnes souligne la nécessité de préserver une bonne relation patient-médecin dans les autres modèles d'organisation plus complexes.
- Le modèle *professionnel de contact* – caractérisé par une responsabilité centrée sur les patients individuellement, une intégration moyenne aux activités du réseau, une quantité moyenne de ressources, une étendue restreinte de services et des modalités de consultation majoritairement sans- rendez-vous – est le modèle présentant la moins bonne performance, se démarquant défavorablement comparativement aux autres modèles d'organisation de première ligne. De surcroît, contrairement aux objectifs qu'il adopte, ce modèle présente une accessibilité des services moindre que les autres modèles.
- Le modèle *professionnel de coordination* – caractérisé par une responsabilité de clientèle, une intégration moyenne aux activités du réseau de la santé, un niveau moyen de ressources, une étendue

moyenne de services et une modalité d'offre de service principalement sur rendez-vous – se démarque favorablement à l'égard de la productivité, de l'expérience de soins et de la couverture populationnelle. Par ailleurs, ce modèle présente des caractéristiques organisationnelles moins conformes à l'idéal-type organisationnel.

- Le modèle *professionnel de coordination intégré* – caractérisé par une responsabilité populationnelle, une forte intégration aux activités de l'ensemble du réseau de la santé, un nombre important de ressources, une grande étendue de services offerts et une mixité dans les modalités d'offre de services avec et sans rendez-vous – se démarque favorablement des autres modèles sur l'ensemble des aspects de la performance. Ce modèle comprend, pour une large part, les « Groupe de médecine de famille » (GMF) implantés dans les deux régions au moment de l'étude. Les résultats convergent pour démontrer que les organisations associées aux GMF sont les plus performantes.
- Le modèle *communautaire* – caractérisé par une approche populationnelle, une gouverne publique, une grande quantité de ressources, une grande étendue de services offerts et une mixité dans les modalités de consultation sur et sans rendez-vous – se distingue quant à sa conformité à l'idéal-type des organisations de première ligne et à l'expérience de soins des personnes. Sa faible productivité et sa couverture populationnelle limitée réduisent cependant l'évaluation globale de sa performance. Ces organisations sont intégrées dans des établissements publics qui dépassent le contexte de la prestation de services médicaux généraux. Une analyse de leur potentiel dans les réformes devrait tenir compte de leurs missions complémentaires.
- Le profil configurationnel de l'offre de services de première ligne s'avère fort différent d'un contexte à l'autre. Le contexte rural se caractérise par la prédominance d'organisations appartenant au modèle *professionnel de coordination intégré* et l'absence de modèle *professionnel de contact*. Le modèle *communautaire* y est faiblement représenté. Dans les contextes urbains, le modèle à *prestataire unique* demeure privilégié, bien que chacun des modèles soit représenté.

Sur la base des résultats de cette étude, on peut avancer qu'il existe très certainement un potentiel d'amélioration au sein de la première ligne. Dans le contexte actuel de croissance des coûts de santé, la question de la performance revêt une importance capitale pour les décideurs. Aussi, les modèles d'organisation des services de santé de première ligne à privilégier doivent-ils être non seulement performants mais équitables pour la population. De plus, les réorganisations doivent s'appuyer sur des réalités organisationnelles forts différentes selon les contextes, et ce, d'autant plus que nos résultats tendent à démontrer que les contextes peuvent interagir différemment avec certains modèles d'organisation. Aussi, les changements doivent s'appuyer sur les profils configurationnels propres à chaque territoire et les caractéristiques des utilisateurs.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
1 CONTEXTE ET QUESTIONS DE RECHERCHE	3
2 APPROCHES ET MÉTHODES	7
2.1 Cadre conceptuel	7
2.2 Méthodes	9
2.2.1 Le volet populationnel.....	9
2.2.2 Le volet organisationnel.....	10
2.2.3 Le volet contextuel.....	12
2.2.4 L'analyse de la performance des organisations.....	12
2.3 Diffusion des résultats	13
3 LES MODÈLES D'ORGANISATION DES SERVICES DE SANTÉ DE PREMIÈRE LIGNE	15
3.1 Les modèles d'organisation : quels sont-ils?	15
3.2 La performance des modèles d'organisation	18
3.2.1 L'expérience de soins de première ligne de la population	19
3.2.2 La couverture populationnelle.....	20
3.2.3 La réponse aux clientèles vulnérables.....	21
3.2.4 La productivité	23
3.2.5 Le potentiel organisationnel.....	24
3.2.6 Synthèse des résultats sur la performance.....	25
4 LES RÉSULTATS PRÉSENTÉS SELON LES CONTEXTES	27
4.1 Les territoires de CSSS : quatre regroupements	27
4.2 Les ressources de première ligne et les contextes	29
4.3 L'expérience de soins de première ligne dans la population et les contextes	30
5 DISCUSSION ET CONCLUSION	33
RÉFÉRENCES ET BIBLIOGRAPHIE	37
ANNEXE A – GLOSSAIRE	43
ANNEXE B – ASPECTS DE LA MÉTHODOLOGIE	49
ANNEXE C – PRÉSENTATIONS ET PRODUCTIONS	77

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 :	Indices synthétiques d'expérience de soins	10
Tableau 2 :	Communications et productions	14
Tableau 3 :	Caractérisation des modèles d'organisation de première ligne (n = 473)	15
Tableau 4 :	Indicateurs de productivité selon les modèles d'organisation	23
Tableau 5 :	Description de la taxonomie des territoires de CSSS	27
Tableau 6 :	Les ressources de première ligne selon les contextes	29
Tableau 7 :	Modèles d'organisation des services selon les contextes	30
Tableau 8 :	Affiliation de la population aux modèles d'organisations : proportion en pourcentage d'utilisateurs selon le contexte (lieu de résidence)	31

LISTE DES FIGURES

Figure 1 :	Période de référence des 3 volets de l'étude relativement aux transformations du réseau des services de santé	5
Figure 2 :	Cadre conceptuel	7
Figure 3 :	Devis de l'étude	9
Figure 4 :	Construction de la taxonomie des organisations de services de première ligne	11
Figure 5 :	Indices d'expérience de soins selon les modèles d'organisation	19
Figure 6 :	Couverture populationnelle : proportion des utilisateurs et modèles d'organisation	21
Figure 7 :	Proportion de la clientèle ayant la condition de vulnérabilité selon les modèles d'organisation	22
Figure 8 :	Couverture des clientèles vulnérables : proportion des utilisateurs avec une « grande vulnérabilité » et modèles d'organisation	23
Figure 9 :	Score de conformité à l'idéal-type selon les modèles d'organisation	24
Figure 10 :	Ordonnancement relatif des modèles d'organisation selon la performance	25
Figure 11 :	Localisation géographique des groupes de territoires en contexte	28
Figure 12 :	Indices d'expérience de soins selon les contextes de résidence	30

LISTE DES TABLEAUX EN ANNEXE

Tableau B1 : Composition des indices d'expérience de soins	52
Tableau B2 : Taxonomie des organisations - Variables organisationnelles.....	58
Tableau B3 : Description des regroupements d'organisations.....	62
Tableau B4 : Variables retenues pour l'analyse.....	70
Tableau B5 : Distance des territoires de CSSS par rapport au centre de leur classe.....	73
Tableau B6 : Composition des indices de conformité à l'idéal-type	74

LISTE DES FIGURES EN ANNEXE

Figure B1 : Arbre de classification des organisations	61
Figure B2 : Variation du quotient d'inertie selon le nombre de classes	61
Figure B3 : Regroupement d'organisations en cinq classes : variance intra classes (VI) et distances inter classes.....	62
Figure B4 : Inerties inter classes et intra classe	71
Figure B5 : Gain « quotient d'inertie entre les partitions »	72
Figure B6 : Représentation graphique des 4 groupes sur les deux premiers axes factoriels	72

INTRODUCTION

Ce rapport de recherche porte sur les résultats du projet *L'accessibilité et la continuité des services de santé : une étude sur la première ligne au Québec*. Il constitue l'aboutissement d'un travail important de collecte et d'analyse de données populationnelles et organisationnelles et d'une réflexion sur les services de santé de première ligne et leur performance organisationnelle.

Le projet initial, plus modeste, se concentrait sur la région de Montréal. L'intérêt manifeste des milieux décisionnels montréalais et montréalais pour le projet s'est traduit par des échantillonnages dans les deux régions, qui ont assuré la représentativité des populations des territoires de CSSS et de l'exhaustivité de leurs sources habituelles de soins de première ligne. Cet élargissement du projet jetait aussi les bases d'un partenariat unique entre l'équipe de recherche et les décideurs de ces milieux. Ce partenariat a orienté tout le travail de courtage des connaissances qui a été réalisé dans le cadre de cette recherche.

Des rapports descriptifs et méthodologiques, des cahiers thématiques et des articles ont déjà, ou feront sous peu, l'objet de publications spécifiques. Nous invitons les lecteurs intéressés à consulter ces publications pour s'approprier toutes les connaissances générées par ce projet. Pour les fins de ce rapport, nous avons retenu les résultats qui répondent plus directement à la question centrale de l'étude : quels sont les modèles d'organisation de services de première ligne les mieux adaptés et les plus prometteurs pour répondre aux besoins de la population et plus particulièrement des personnes défavorisées sur le plan socioéconomique?

La première section du rapport présente le contexte de l'étude, les questions de recherche et l'utilité des résultats obtenus pour les décideurs. La deuxième section expose brièvement les approches et les méthodes utilisées pour les collectes de données et leur analyse. Elle contient également les stratégies de diffusion des résultats qui ont été privilégiées. Les résultats font l'objet des trois sections suivantes. Ils sont d'abord traités en adoptant une perspective organisationnelle. Cette section présente les modèles d'organisation issus des analyses et leur performance. En second lieu, les résultats sont abordés avec une perspective « territoriale », situant les résultats dans leurs contextes. Cette section présente globalement et par contexte territorial, la perception de la population sur les services utilisés et la configuration organisationnelle des services offerts. Un dernier chapitre discute des résultats obtenus, à la lumière des transformations de la première ligne en cours, ainsi que des limites de l'étude. Les méthodes utilisées sont détaillées dans les annexes.

1 CONTEXTE ET QUESTIONS DE RECHERCHE

Un contexte de réforme

Au Québec, tout comme au Canada, le système de santé est, depuis quelques années, l'objet d'importantes remises en question. En ce qui concerne la première ligne, des lacunes importantes ont été identifiées dans la façon dont les services sont planifiés, organisés, financés et rendus. La fragmentation des services (Kirby, 2002; Clair, 2000), l'utilisation inefficace des fournisseurs de soins, la piètre qualité du partage de la collecte et de la gestion de l'information (Kirby, 2002), le manque de coordination (Clair, 2000), un manque d'importance accordée à la prévention (Kirby, 2002), ainsi que des déficits dans l'accès aux soins (Kirby, 2002; Romanow, 2002; Clair, 2000) ressortent comme les problèmes principaux. Ces lacunes se traduisent notamment dans l'accessibilité et la continuité des services offerts et par une réduction de la capacité à répondre aux besoins de santé des populations. Plusieurs s'entendent sur le besoin de transformer la première ligne (Romanow, 2002; Kirby, 2002; Clair, 2000; Sinclair, 1999; Fyke, 2001; Mazankowsky, 2001). De plus, si les problèmes notés dans le système de santé débordent les frontières de la première ligne, on s'entend pour dire qu'une organisation performante de celle-ci fait partie nécessairement de la solution aux problèmes d'ensemble du système (Starfield, 1998; Clair, 2000; Romanow, 2002; Sinclair, 1999).

Dès lors, on comprend que de fortes pressions s'exercent sur les systèmes et sur la première ligne pour mieux répondre aux besoins des populations par des services de santé multiples et souvent complexes et pour en accroître la performance. C'est dans ce contexte qu'au Québec, le système de santé fait l'objet d'importantes transformations. Plusieurs de ces transformations – l'implantation de nouveaux modes organisationnels comme les Groupes de Médecine de Famille (GMF) ou les cliniques-réseau (CR) - touchent directement les services médicaux de première ligne. D'autres, comme la création de centres de santé et de services sociaux (CSSS) et de réseaux locaux de santé et de services sociaux (RLSSS), en modifient l'environnement. Toutes ces transformations répondent au désir de structurer le réseau de prestation de soins dans un ensemble plus cohérent.

Or, il demeure que les connaissances sur l'organisation des services médicaux de première ligne – particulièrement celle des cliniques privées – et l'expérience de soins des personnes y ayant recours, sont relativement limitées (Levesque, Roberge et Pineault, 2007).

Objectifs de l'étude

C'est dans ce contexte que le projet « L'accessibilité et la continuité des services de santé : une étude de la première ligne au Québec » a été réalisée dans deux régions sociosanitaires du Québec, celles de Montréal et de la Montérégie.

L'objectif principal de l'étude était de documenter les différentes formes organisationnelles prévalant en première ligne et d'identifier les modèles d'organisation les mieux adaptés et les plus prometteurs pour répondre aux besoins de la population et plus particulièrement à ceux des personnes défavorisées. Plus spécifiquement, les objectifs étaient de :

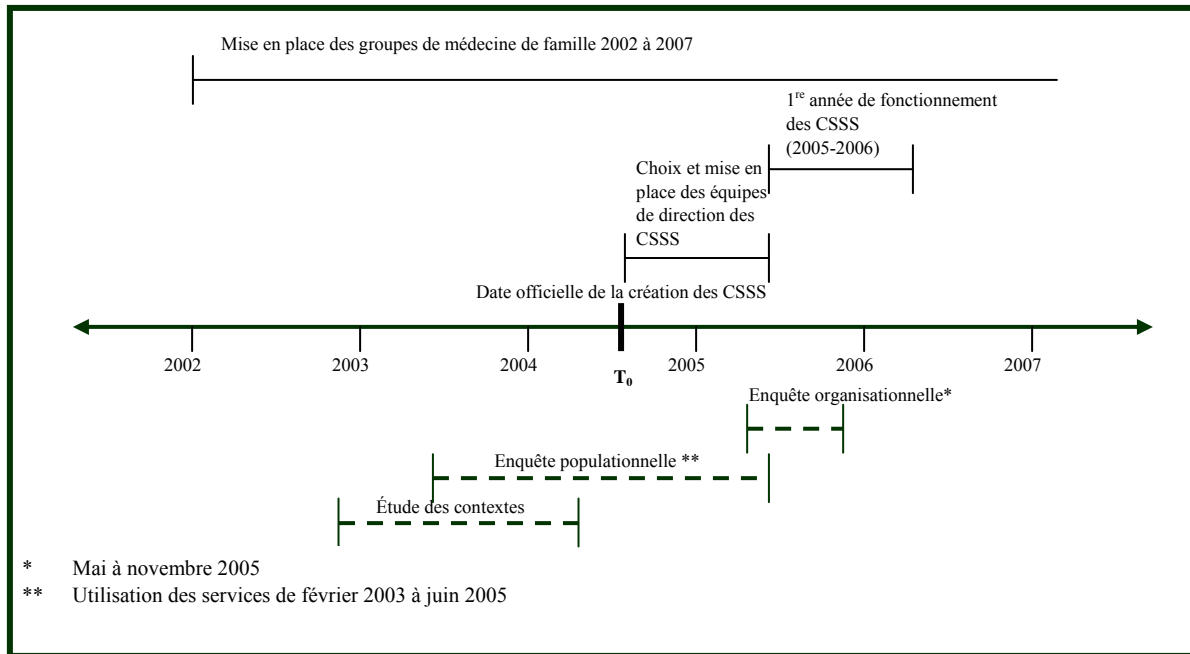
- 1) identifier les modèles d'organisation des services de première ligne prévalant dans les régions à l'étude et les différencier selon les mécanismes de gestion de l'accessibilité et de la continuité, les modes de coordination avec les autres fournisseurs et selon l'intégration qui les caractérise;
- 2) déterminer l'influence des modèles d'organisation sur l'accessibilité des services de première ligne et sur les besoins non comblés de la population (non recours aux services requis), ainsi que sur l'expérience de soins des personnes ayant recours aux services de première ligne;
- 3) explorer l'influence des contextes sur la prévalence des modèles d'organisation de première ligne et sur l'expérience de soins de la population.

Utilité pour la prise de décision

Au moment où tous les systèmes de santé provinciaux canadiens sont à implanter de nouvelles formes d'organisation des services de première ligne, cette recherche apparaît très importante pour identifier les meilleures façons de répondre aux besoins de soins des populations. Ce rapport contient un ensemble de données probantes et inédites sur l'organisation des services médicaux de première ligne et sur leur performance, ainsi que sur l'expérience de soins des populations en interface avec ces services. Dans la conjoncture actuelle, alors que d'importantes transformations sont imposées au système de santé québécois, les données présentées constituent des informations utiles pour les décideurs de divers niveaux. En effet, les réformes actuelles incitent les milieux cliniques à repositionner leur pratique et les décideurs et gestionnaires à revoir les façons d'assurer une bonne couverture des besoins de soins des populations et des politiques de santé.

De plus, la réalisation de ce projet de recherche a coïncidé avec les phases initiales d'implantation des nouveaux modèles d'organisation des services de première ligne et de déploiement des Centres de santé et de services sociaux (CSSS). La figure 1 illustre les périodes de référence de chacun des volets de l'étude et la correspondance temporelle avec les réformes touchant l'organisation de la première ligne au Québec. Notamment, les données de l'étude ont été colligées à un moment correspondant aux premières années d'implantation des GMF et précédant l'implantation des premières CR des régions de Montréal et de la Montérégie. Cette conjoncture s'est traduite en une opportunité unique d'influencer la réforme en cours par l'apport de données probantes tout au long de la démarche de la recherche. Enfin, dans ce contexte, cette étude offre un portrait organisationnel de la première ligne et de ses effets sur l'expérience de soins de la population au début des réformes, constituant ainsi une assise pour une évaluation ultérieure des transformations.

Figure 1 : Période de référence des 3 volets de l'étude relativement aux transformations du réseau des services de santé

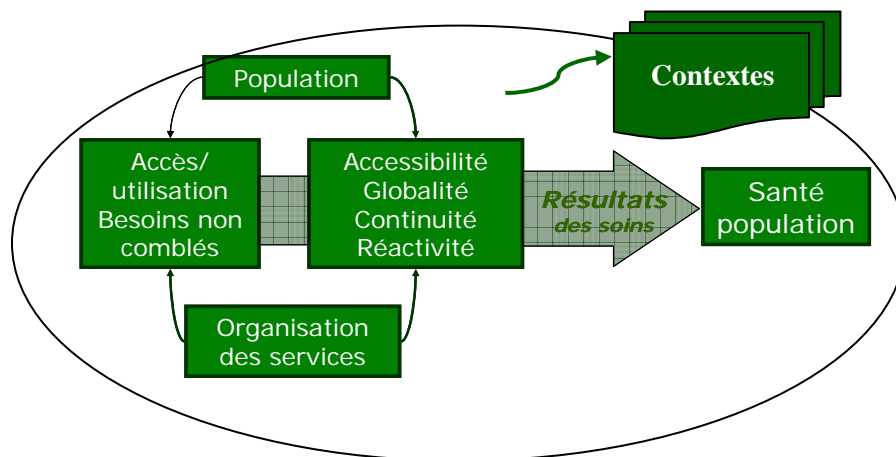


2 APPROCHES ET MÉTHODES

2.1 CADRE CONCEPTUEL

Cette étude porte sur les services de santé de première ligne offerts à la population par les médecins omnipraticiens qui œuvrent dans des cliniques privées ou publiques. Nous conceptualisons le processus de soins et ses attributs – l'accès / l'utilisation, les besoins non comblés et l'expérience de soins vécue par les personnes (accessibilité, continuité, réactivité, globalité et résultats des soins) – comme résultant de l'interface des populations et de l'organisations des services qui les desservent, le tout s'actualisant dans des contextes spécifiques (figure 2).

Figure 2 : Cadre conceptuel



Les organisations de services

La définition adoptée dans cette étude considère comme une « organisation » les entités organisationnelles comportant un ou plusieurs médecins omnipraticiens qui offrent des services médicaux généraux. Les bureaux privés, qui comportent un seul médecin, correspondent ainsi à des « organisations ». Les bureaux et les cliniques, qui comportent plus d'un médecin, sont également considérés comme des « organisations » lorsque les médecins partagent un minimum de ressources administratives (locaux, secrétariat ou archives...), que leur pratique professionnelle soit intégrée ou non. Les points de services rattachés à un même CLSC (Centre local de service communautaire), mais situés en des lieux différents et constitués d'équipes médicales différentes, sont considérés comme des organisations distinctes.

Les organisations de service sont conceptualisées comme des systèmes organisés d'action (Contandriopoulos, Denis et al., 2001). L'approche configurationnelle a été privilégiée pour étudier les organisations. « We use the term organizational configuration to denote any multidimensional constellation of conceptually distinct characteristics that commonly occur together » (Meyer, Tsui and Hinings, 1993). À l'instar de Lamarche, Beaulieu et al. (2003), nous concevons que les organisations sont le résultat de configurations particulières de :

- la vision : les croyances, les représentations, les valeurs et les objectifs qui permettent aux acteurs de communiquer et de justifier leurs actions;

- les ressources : la quantité et la variété des ressources disponibles;
- la structure organisationnelle : les lois, les règlements et les autres conventions qui encadrent et orientent les comportements des acteurs, leurs relations réciproques et les instances qui les définissent;
- les pratiques : les procédés qui sous-tendent la production des activités et des services.

L'expérience de soins de première ligne

Alors que les notions d'accès et d'utilisation constituent un pré requis à l'expérience de soins, la notion de **besoins non comblés** décrit une situation pour laquelle une personne perçoit ou ressent le besoin d'obtenir des services de santé sans les obtenir. **L'accessibilité** se rapporte à la facilité d'utiliser les services par les personnes, comprenant les barrières géographiques, organisationnelles, économiques ou culturelles à l'utilisation (Levesque, Pineault et al., 2007a). La **continuité** décrit le phénomène de fluidité et de bris dans une séquence temporelle, au cours de laquelle plusieurs services doivent être donnés. Les services sont continus s'ils s'enchaînent l'un à l'autre de façon harmonieuse (Haggerty, Burge et al., 2008; Reid, Haggerty et al., 2002). La **réactivité** est un concept suggéré par l'Organisation mondiale de la santé (Murray, Frenk, 2000) consistant en la réponse aux attentes légitimes des populations en ce qui a trait aux éléments ou actions non reliés à l'aspect technique des traitements. La **réactivité** présente deux composantes principales, que sont le respect des personnes et l'attention accordée au patient (Levesque, Pineault et al., 2007a). La **globalité** apprécie la réponse de l'organisation à l'ensemble des besoins de services de santé requis (Starfield, 1998). Les **résultats des soins** décrivent les effets ou les conséquences des services sur la santé des personnes (Levesque, Pineault et al., 2007a) (définitions à l'annexe A).

Les contextes

Comme pour l'étude des organisations de première ligne, l'approche configurationnelle a été privilégiée pour caractériser les contextes au sein desquels évoluent les acteurs (Meyer, Tsui, Hinings, 1993; Miller, 1992, 1996). Le caractère multidimensionnel des contextes a ainsi été pris en compte (Cannon, St. John, 2007; Scott, Mendel, Polack, 2004). Les dimensions considérées sont les besoins de santé de la population, la disponibilité de ressources dans le territoire et le degré de collaboration clinique entre les organisations de première ligne et entre ces dernières et les hôpitaux.

La performance organisationnelle

Dans le contexte actuel de croissance des coûts de santé, la question de la performance revêt une importance capitale pour les décideurs. Aussi, avons-nous décidé d'élargir le cadre initial de nos travaux en adoptant un cadre global d'évaluation de la performance des modèles d'organisation de la première ligne. Les questions relatives à l'association entre les modèles d'organisation et l'expérience de soins, ainsi que les préoccupations que nous avons pour les personnes défavorisées sur le plan socioéconomique ont ainsi été intégrées dans la conceptualisation développée pour apprécier la performance des organisations.

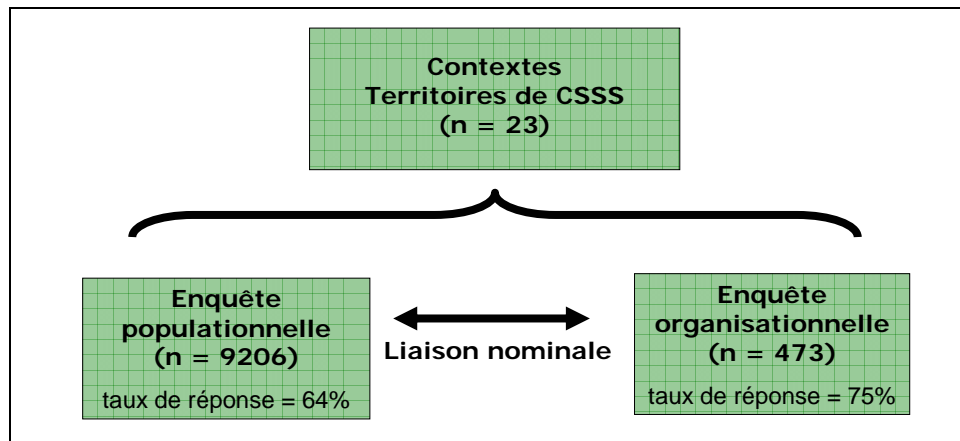
Afin de comparer les différents types d'organisation entre eux, nous nous inspirons, comme le propose Champagne, Contandriopoulos et al. (2005), d'un modèle comparatif de performance où le critère de comparaison entre les organisations est essentiellement empirique et relatif, c'est-à-dire basé sur la performance actuelle des organisations comparées. Comme ces auteurs, nous considérons la performance comme un concept générique englobant l'ensemble des notions d'efficacité, d'efficience, de productivité, de qualité et autres indicateurs que l'on rencontre en évaluation des organisations. Pour les fins de cette

étude, nous avons distingué les dimensions organisationnelles suivantes de la performance: l'expérience de soins, la couverture des besoins reflétant l'importance relative des clientèles vulnérables, la couverture populationnelle, la productivité considérée comme une mesure de performance économique et le potentiel organisationnel.

2.2 MÉTHODES

Les travaux de recherche se sont organisés autour de quatre grands axes : le volet populationnel, le volet organisationnel, le volet contextuel et l'analyse de la performance des organisations. Les trois premiers ayant impliqué des collectes de données ont fait l'objet de rapports méthodologiques et descriptifs spécifiques à chacun (Levesque, Pineault et al., 2007a; Hamel, Pineault et al., 2007; Roberge, Pineault et al., 2007). Comme montré à la figure 3, le devis de cette étude a impliqué une liaison nominale entre les résultats des enquêtes populationnelle et organisationnelle. Cette particularité a imposé l'atteinte de taux de réponse très élevés aux enquêtes.

Figure 3 : Devis de l'étude



2.2.1 Le volet populationnel

Une enquête téléphonique a été réalisée auprès de la population de 18 ans et plus des régions de Montréal et de la Montérégie. Cette enquête, menée par une firme de sondage en 2005, a rejoint plus de 9 200 personnes. Elle a permis de documenter l'utilisation de la source habituelle de soins de première ligne de la population adulte et la perception des utilisateurs sur l'accessibilité, la continuité, la globalité et la réactivité des services de santé de première ligne, ainsi que sur les résultats des soins. La participation de la population à cette enquête s'est révélée très satisfaisante, les taux de réponse atteignant 63 % à Montréal et 66 % en Montérégie (taux global : 65 %). Le devis d'échantillonnage utilisé a permis de produire une série d'indicateurs ventilés par territoire de CSSS, permettant d'évaluer les paramètres de l'utilisation des services de première ligne, incluant les besoins non comblés et de l'expérience de soins.

Le rapport *L'expérience de soins de la population : portrait des variations intra-régionales à Montréal et en Montérégie* (Levesque, Pineault et al., 2007a) présente la méthodologie utilisée, les résultats détaillés, ainsi que les faits saillants. Les indicateurs présentés dans ce rapport démontrent que dans l'ensemble, les individus évaluent favorablement leur expérience de soins auprès de leur source habituelle de services de

première ligne. Ces observations vont dans le même sens que les résultats des études internationales sur la satisfaction des usagers des services de santé (Schoen, Osborn et al., 2004). Il subsiste cependant une grande variation dans l'appréciation de l'expérience de soins entre les territoires de CSSS des deux régions à l'étude.

Pour apprécier ces variations, un indice global d'expérience de soins et sept indices spécifiques ont été construits, à partir des réponses à 29 questions du questionnaire utilisé. Des analyses factorielles ont regroupé les items autour des sept dimensions qui caractérisent l'expérience de soins : l'accessibilité géographique et organisationnelle, l'accessibilité économique, la continuité d'affiliation et de suivi, la continuité informationnelle, la globalité, la réactivité et les résultats des soins (tableau 1). Pour les fins de comparaison, les variables qui composent chacun des indices ont été dichotomisées et le score a été calculé par l'addition des variables de chacun des indices. Les scores obtenus ont été transformés en pourcentage, en tenant compte du nombre de variables qui composaient l'indice. La méthode utilisée pour construire les indices d'expérience de soins est présentée à l'annexe B1.

Tableau 1 : Indices synthétiques d'expérience de soins

Dimensions de l'expérience de soins	Nombre d'items	Alpha de Cronbach
Indice global d'expérience de soins	29	,87
Accessibilité physique et organisationnelle Ex: distance et heures d'ouverture	5	,45
Accessibilité économique Es: frais encourus pour services non assurés	3	,42
Continuité d'affiliation et de suivi Ex: avec une source habituelle de soins	4	,70
Continuité informationnelle Ex: suivi après un test ou une visite à un médecin spécialiste	3	,57
Réactivité Ex: aspect non clinique des soins; respect et dignité de la personne	5	,70
Globalité Ex: approche globale / biopsychosociale des soins	4	,78
Résultats de soins Ex: contrôle de la condition; acquisition de bonnes habitudes de vie	5	,84

2.2.2 Le volet organisationnel

Une enquête postale a été réalisée auprès de l'ensemble des cabinets d'omnipraticiens et cliniques médicales de première ligne de la région de Montréal et de la Montérégie (n= 665)¹. Cette enquête, menée en 2005, portait sur la vision des organisations, les ressources matérielles, financières et humaines, les structures organisationnelles en place, ainsi que les pratiques organisationnelles supportant la prestation des services. La réalisation de cette enquête a exigé un effort particulier de la part de l'équipe de

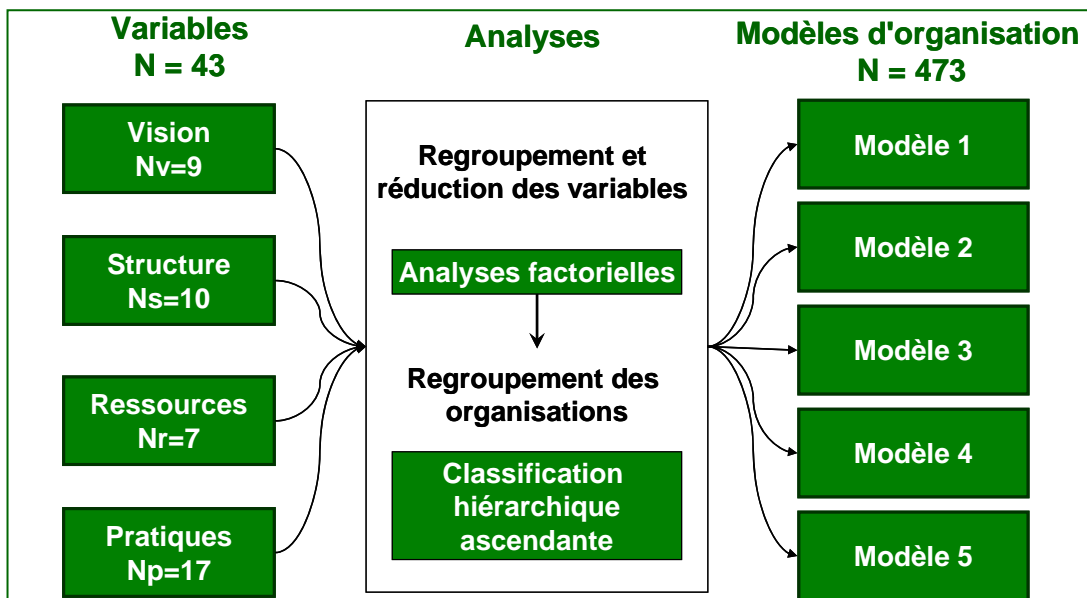
¹ Les cliniques étudiées incluaient les bureaux et cabinets privés, solo ou en groupe, les GMF, les unités de médecine familiale (UMF), ainsi que les groupes de médecins des centres locaux de services communautaires (CLSC). Un informateur-clé par organisation a été identifié pour répondre au questionnaire auto administré; la plupart du temps, il s'agissait d'un médecin responsable ou celui étant identifié comme le meilleur répondant pour l'ensemble des activités de la clinique.

recherche, qui s'est traduit par des taux de participation très élevés. Au total 473 organisations ont participé à l'étude, pour un taux de réponse de 71 % (66 % à Montréal et 81 % en Montérégie). Précisons que les différents types d'organisation de première ligne, qu'ils soient privés ou public, sont bien représentés (solo, groupe, CLSC, UMF (Unité de médecine familiale), GMF).

Le rapport « *L'organisation des services de santé de première ligne : Portrait des services médicaux de première ligne à Montréal et en Montérégie* » (Hamel, Pineault et al., 2007) présente la méthodologie utilisée pour réaliser cette enquête, les résultats détaillés et les faits saillants. Les résultats convergent pour démontrer que les régions administratives et les territoires de CSSS se distinguent par d'importantes variations, eu égard aux ressources de première ligne. Ces différences se traduisent tant dans la disponibilité et le type de ressources présentes sur les territoires que par les caractéristiques organisationnelles des cliniques médicales.

Une approche taxonomique a été utilisée pour étudier les formes organisationnelles. La stratégie utilisée a permis de considérer un nombre important d'attributs organisationnels caractérisant les services. Aussi, 43 variables organisationnelles captent les caractéristiques propres à la vision des organisations (9 variables), aux structures en place (10 variables), aux ressources dont elles disposent (7 variables) et aux pratiques assurant la prestation des services (17 variables). Les analyses réalisées avec ces données ont conduit à classer les organisations en cinq regroupements homogènes et bien différenciés les uns des autres (figure 4). Le logiciel SPAD (version 6) a été utilisé pour réaliser l'ensemble des analyses. Les variables, les analyses effectuées et les indicateurs statistiques supportant les décisions sur la solution retenue sont présentés à l'annexe B2.

Figure 4 : Construction de la taxonomie des organisations de services de première ligne



2.2.3 Le volet contextuel

Les contextes étudiés (n=23) correspondent aux territoires géographiques des nouvelles structures de gouverne locale récemment implantées au Québec, soit les Centres de santé et de services sociaux (CSSS). Comme pour l'étude des organisations de première ligne, l'approche configurationnelle a été privilégiée pour caractériser les territoires de CSSS (Meyer, Tsui et Hinings, 1993; Miller, 1992, 1996). Le produit est une taxonomie composée d'un nombre limité de groupes cherchant à maximiser l'homogénéité intra groupe et l'hétérogénéité entre les groupes. Le lecteur pourra consulter le rapport méthodologique de l'analyse des contextes pour des informations détaillées sur le processus de construction de la taxonomie (Roberge, Pineault et al., 2007).

La taxonomie a été construite de manière à tenir compte du caractère multidimensionnel des contextes (Cannon et St. John, 2007; Scott, Mendel et Pollack, 2004). Les dimensions et les variables retenues pour caractériser les territoires de CSSS sont présentées à l'annexe B3. Leur pertinence et leur utilité à des fins de gestion ont été validées auprès de gestionnaires. Ce sont les **besoins de santé de la population** (6 variables), la **disponibilité de ressources** dans le territoire (4 variables) et le **degré de collaboration clinique** (2 variables) entre les organisations de première ligne et entre ces dernières et les hôpitaux.

Les variables utilisées pour caractériser les contextes ont été principalement documentées à partir des sources de données administratives usuelles. Une enquête téléphonique a été menée auprès des directeurs généraux de chacun des CSSS pour documenter le niveau de collaboration clinique sur leur territoire. La construction de la taxonomie s'appuie principalement sur deux techniques d'analyses exploratoires, que sont l'analyse des correspondances multiples (analyse factorielle) et la classification hiérarchique ascendante. Le logiciel SPAD (version 6) a été utilisé pour réaliser l'ensemble des analyses. Les variables, les analyses effectuées et les indicateurs statistiques supportant les décisions relatives à la solution retenue sont présentés à l'annexe B3.

2.2.4 L'analyse de la performance des organisations

Les questions centrales de l'étude relatives à l'association entre les modèles d'organisation et l'expérience de soins, ainsi que les préoccupations que nous avons pour les personnes défavorisées ont été intégrées dans la conceptualisation développée pour apprécier la performance des organisations. Pour les fins de cette étude, nous avons opérationnalisé les dimensions suivantes de la performance : (1) l'expérience de soins mesurée avec les huit indices synthétiques d'expérience de soins déjà présentés dans la section 2.2.1; (2) la couverture populationnelle mesurée par le pourcentage de l'ensemble des utilisateurs qui sont desservis par un groupe donné d'organisations; (3) la réponse aux clientèles vulnérables mesurée à l'aide de cinq indicateurs (état de santé, niveau d'éducation, situation économique, état de pauvreté et âge) et d'un indice de grande vulnérabilité; (4) la productivité organisationnelle, mesurée à l'aide du nombre de visites par médecin ETP, du nombre de patients par médecin ETP, du pourcentage des cliniques qui réservent 30 minutes ou moins pour les évaluations de nouveaux cas et du pourcentage de cliniques qui réservent moins de 15 minutes pour les consultations de suivi et d'urgence; (5) le potentiel organisationnel, mesuré par le score de conformité à l'idéal-type organisationnel. Nous nous sommes inspirés de la littérature sur l'organisation des services de première ligne pour déterminer les caractéristiques associées à un meilleur fonctionnement des organisations de première ligne (Brunelle, 2006; Gouvernement du Québec, 2003, 2006; Starfield, 1998) (annexe B4).

Pour ces analyses, les informations provenant des volets organisationnel et populationnel ont été reliées sur une base nominale. Des analyses statistiques bi et multi variées (régressions multiples) ont été réalisées pour étudier la relation entre les modèles d'organisation et les indices d'expérience de soins et évaluer les facteurs associés. Les facteurs associés à l'affiliation à un médecin de famille, condition considérée favorable à une bonne expérience de soins et l'occurrence de besoins non comblés ont aussi fait l'objet d'analyses (annexe B5).

2.3 DIFFUSION DES RÉSULTATS

Le courtage des connaissances a occupé une place très importante tout au long de la réalisation du projet. Il faut dire que les différentes instances de décision des paliers local, régional et national sont, depuis quelques années, aux prises avec la problématique des transformations de l'organisation des services de santé de première ligne. De nombreux questionnements accompagnent ces agendas, notamment sur les perceptions de la population, les services offerts et la performance des organisations de première ligne.

Les mécanismes d'échange continu établis avec différentes instances, comme les Comités de direction des Agences de la santé et des services sociaux de Montréal et de la Montérégie, les tables de directeurs des CSSS et des directions du MSSS, ont permis un dialogue constant tout au long de la réalisation du projet. Les échanges ont aussi été facilités par l'implication des membres du comité consultatif composé de décideurs. Les nombreuses présentations de résultats réalisées par l'équipe de recherche font foi de l'effort consenti à ce chapitre (tableau 2). Plusieurs de ces rencontres ont été sollicitées par les décideurs et les groupes de réflexion. Par exemple deux présentations ont été faites auprès du groupe GETOS (gouverne et transformation des organisations de santé - FCRSS/IRSC). Enfin, soulignons la richesse de ces échanges, même si de telles stratégies de courtage de connaissances demeurent exigeantes pour l'équipe de recherche qui doit faire preuve de souplesse et de disponibilité.

Deux rapports descriptifs, l'un portant sur les résultats de l'enquête populationnelle et l'autre sur les résultats de l'enquête organisationnelle, un rapport méthodologique portant sur l'analyse des contextes, des cahiers thématiques, des feuillets synthèse et des articles scientifiques ont été produits et diffusés auprès des instances décisionnelles intéressées et des groupes de recherche (documents joints au rapport). Un effort supplémentaire a été consenti à la traduction des feuillets et des cahiers en langue anglaise et à la diffusion des résultats via les sites Internet de l'INSPQ, de la Direction de santé publique de l'ASSS de Montréal et du Centre de recherche de l'hôpital Charles LeMoine. Enfin, la participation à de nombreux colloques scientifiques et la rédaction d'articles ont aussi fait partie des stratégies de diffusion. La liste des présentations faites dans le cadre du projet de recherche et des productions se retrouve à l'annexe C.

Enfin, le projet a fait l'objet d'articles dans une revue médicale. Les résultats du projet ont aussi été traités par les journaux s'adressant au grand public, par le biais d'entrevues avec des journalistes du journal « La Presse » et du « Journal de Montréal » (février 2008).

Tableau 2 : Communications et productions

Type d'activités	Local et régional	Provincial	National	International	Total
Présentations aux partenaires/décideurs	24	7	-	-	31
Communications sur invitation	2	10	2	2	16
Communications non sollicitées	-	-	8	14	22
Rapports, feuillets et cahiers thématiques	14				
Chapitres de livres	2				
Articles scientifiques	4				
Article grand public / contribution	3				
Total	92				

3 LES MODÈLES D'ORGANISATION DES SERVICES DE SANTÉ DE PREMIÈRE LIGNE

3.1 LES MODÈLES D'ORGANISATION : QUELS SONT-ILS?

La taxonomie des organisations obtenue dans cette étude a le mérite de reposer sur une grande quantité d'informations, permettant ainsi de bien documenter chacun des modèles d'organisation émergents. De plus, elle se positionne en continuité avec nos travaux antérieurs sur les organisations de première ligne (Lamarche, Beaulieu et al., 2003; Lamarche et Pineault, 2006; Haggerty, Pineault, Beaulieu, 2004). Suivant la même logique, quatre modèles d'organisation sont de type professionnel. Ces organisations ont pour objectif de répondre aux besoins de services médicaux des patients qui se présentent pour obtenir ces services ou des personnes qui considèrent ces cliniques comme leur source habituelle de soins. La population ne joue aucun rôle dans la régie et le financement de ces organisations. Les organisations de ce type comptent pour 88 % des milieux cliniques de notre étude. Un modèle est de type communautaire. Ces organisations sont intégrées dans des établissements du système public de soins et services de santé. Elles ont pour objectif l'amélioration de la santé des populations d'un territoire donné. La population peut être impliquée dans la régie de ces établissements. Environ 12 % des cliniques ayant participé à notre étude se situent dans ce regroupement.

Chacun des modèles est caractérisé selon la vision des acteurs, la composition de la gouverne organisationnelle, l'intégration interne (liaisons inter professionnelles), l'intégration externe (liaisons inter organisationnelles), la quantité et le type de ressources et les pratiques organisationnelles. La synthèse de ces informations est présentée au tableau 3.

Tableau 3 : Caractérisation des modèles d'organisation de première ligne (n = 473)

DIMENSIONS		MODÈLES PROFESSIONNELS				MODÈLE COMMUNAUTAIRE
		à prestataire unique 37 %	de contact 14 %	de coordination 22 %	de coordination intégré 15 %	12 %
Vision	Responsabilisation	Clientèle	Individus qui se présentent	Clientèle	Clientèle - Population	Population-Clientèle
Structure	Gouverne	Privée - Professionnelle				Publique
	Intégration int. - ext.	Faible-faible	Moyen - faible	Moyen - faible	Élevé-élevé	Élevé - moyen
Ressources	Quantité et variété	Peu	Moyen	Moyen	Beaucoup	Beaucoup
Pratiques	Rendez-vous – Walk-in	Sur r.-v. majoritairement	Sans r.-v. majoritairement	Sur r.-v. majoritairement	Mixte	Mixte
	Étendue des services	Restreinte	Restreinte	Moyenne	Grande	Grande

Modèle *professionnel à prestataire unique*

Ce modèle d'organisation regroupe 37 % des cliniques médicales de première ligne (tableau 3). Parmi les utilisateurs de services médicaux de première ligne, environ 11 % identifient une organisation de ce groupe comme leur source habituelle de soins². Ce modèle comprend des cabinets de médecins omnipraticiens qui adoptent une pratique essentiellement solo. C'est très certainement la structure organisationnelle la plus simple. Typiquement, le modèle *professionnel à prestataire unique* se caractérise par³ :

- une gouverne professionnelle privée et une rémunération médicale à l'acte;
- une vision qui s'appuie sur la logique de la médecine familiale, les priorités organisationnelles se campant dans la continuité des services et le suivi des clientèles régulières;
- le plus souvent, un médecin par organisation, sans infirmière et sans plateau technique sur place. Parfois, deux ou trois médecins cohabitent, en adoptant une pratique « solo » et peu intégrée;
- peu de technologies d'information pour supporter les activités cliniques;
- une offre de services relativement restreinte : modes de consultation majoritairement sur rendez-vous; couverture temporelle réduite (le jour sur semaine); gamme restreinte de services; peu de liens formels avec d'autres fournisseurs de soins.

Modèle *professionnel de contact*

Ce modèle d'organisation regroupe 14 % des organisations (tableau 3). Parmi les utilisateurs de services médicaux de première ligne, environ 23 % identifient une organisation de ce groupe comme leur source habituelle de soins. Ce modèle se distingue tout particulièrement par la vision avec laquelle il organise sa prestation de services. Pour ces organisations, l'accent est mis sur la fourniture de services médicaux de première ligne. Typiquement, le modèle *professionnel de contact* se caractérise par³ :

- une gouverne professionnelle privée et une rémunération médicale à l'acte;
- des priorités organisationnelles qui convergent vers l'accessibilité des services et la réponse aux besoins de services médicaux ponctuels des personnes qui se présentent à la clinique;
- des équipes médicales de taille variable, cohabitantes dans le même immeuble avec des médecins spécialistes;
- le travail professionnel de groupe plus ou moins formalisé et l'interdisciplinarité peu développée (avec les infirmières);
- des modes de consultation majoritairement sans rendez-vous; une gamme restreinte de services et peu de liens formels avec d'autres fournisseurs de soins.

² n = 5 636; données pondérées pour tenir compte de l'âge, du sexe, de la composition du ménage et du lieu de résidence.

³ Pour être comprise dans un modèle spécifique, une organisation doit présenter plusieurs des caractéristiques spécifiées; elle ne présente pas nécessairement la totalité des caractéristiques (détail sur la méthodologie à l'annexe B).

Modèle *professionnel de coordination*

Ce modèle regroupe 22 % des organisations (tableau 3). Parmi les utilisateurs de services médicaux de première ligne, environ 23 % identifient une organisation de ce groupe comme leur source habituelle de soins. Typiquement, le modèle *professionnel de coordination* se caractérise par³ :

- une gouverne professionnelle privée et une rémunération médicale à l'acte;
- des priorités organisationnelles qui convergent vers la continuité des services et le suivi des clientèles régulières;
- des équipes médicales de petite et moyenne taille (2-6 médecins), sans infirmière;
- le travail professionnel de groupe plus ou moins formalisé et l'interdisciplinarité peu développée (avec les infirmières);
- des modes de consultation majoritairement sur rendez-vous; une étendue moyenne de services complétée par l'existence de réseaux de référence, mais peu de liens formels avec les autres fournisseurs de soins.

Modèle *professionnel de coordination intégré*

Ce modèle regroupe 15 % des organisations (tableau 3). Parmi les utilisateurs de services médicaux de première ligne, environ 32 % identifient une organisation de ce groupe comme leur source habituelle de soins. Parmi les modèles *professionnels*, ce regroupement se distingue tout particulièrement par une structure organisationnelle favorisant une plus grande cohésion entre les professionnels des cliniques et une plus grande intégration systémique. Ce groupe comprend plus de 90 % des organisations comportant des médecins affiliés à un GMF (sites principaux et affiliés)⁴. Le nombre d'organisations-GMF compte pour 35 % des organisations de ce modèle.

Typiquement, le modèle *professionnel de coordination intégré* se caractérise par³ :

- une gouverne professionnelle privée et une rémunération médicale à l'acte;
- une vision qui s'appuie sur la logique de la médecine familiale, les priorités organisationnelles se campant dans la continuité des services et le suivi des clientèles régulières; s'ajoute un niveau de responsabilisation à l'égard de la santé de la population;
- des équipes soignantes composées de plusieurs médecins (plus de 4 médecins) et d'infirmières;
- une cohabitation avec des médecins spécialistes et d'autres professionnels de la santé;
- le travail professionnel de groupe formalisé et l'interdisciplinarité développée (travail avec infirmières);
- une offre de services élargie : des modes de consultation mixtes (sur et sans rendez-vous); une couverture temporelle élevée (soir et fin de semaine); une grande étendue de services complétée par des liaisons inter organisationnelles formalisées avec d'autres fournisseurs de soins.

⁴ Au moment de notre étude en 2005, 30 GMF (sites principaux + sites affiliés) avaient été implantés à Montréal et en Montérégie. Plus de 90 % de ces organisations sont dans le modèle de coordination intégré. Vingt-deux GMF (sites principaux + sites affiliés) étaient en voie d'accréditation. Ces organisations-GMF se distribuent majoritairement entre les modèles professionnels de coordination intégré (32 %), de coordination (32 %) et de contact (27 %). Par ailleurs, 30 cliniques-réseau étaient aussi en voie d'accréditation. 40 % de celles-ci se logent dans le modèle de coordination intégré et 40 % dans le modèle de contact.

Modèle communautaire

Ce modèle regroupe 12 % des organisations (tableau 3). Parmi les utilisateurs de services médicaux de première ligne, environ 11 %, identifient une organisation de ce groupe comme leur source habituelle de soins. Les organisations de ce groupe sont toutes intégrées dans des structures du système public de soins et services de santé, comme les CLSC et les UMF. Typiquement, le modèle *communautaire* se caractérise par :

- une gouverne publique et une rémunération médicale en fonction du temps et à l'acte;
- une vision qui met l'emphasis sur la responsabilisation à l'égard de la santé de la population, tout en priorisant la continuité des soins;
- des équipes soignantes composées de plusieurs médecins (plus de 6 médecins) et d'infirmières;
- une cohabitation avec d'autres professionnels de la santé (non médecins);
- le travail professionnel de groupe formalisé et l'interdisciplinarité développée (travail avec infirmières);
- des modes de consultation mixte (sur et sans rendez-vous); une grande étendue de services.

En bref,

À Montréal et en Montérégie, cinq modèles d'organisation regroupent les services de santé de première ligne offerts. Un modèle est de type communautaire et quatre sont de type professionnel. Ils se distinguent selon la vision avec laquelle les services s'organisent, la complexité de leur structure interne, la capacité d'intégration à l'ensemble du système de soins et les pratiques organisationnelles.

3.2 LA PERFORMANCE DES MODÈLES D'ORGANISATION

La question de la performance revêt actuellement une grande importance pour les décideurs. C'est pourquoi nous avons adopté un cadre global d'évaluation de la performance des modèles d'organisation qui intègre les questions relatives à l'association entre les modèles d'organisation et l'expérience de soins, ainsi que les préoccupations que nous avons pour les personnes défavorisées sur le plan socioéconomique. Les résultats sont présentés sous les cinq dimensions suivantes :

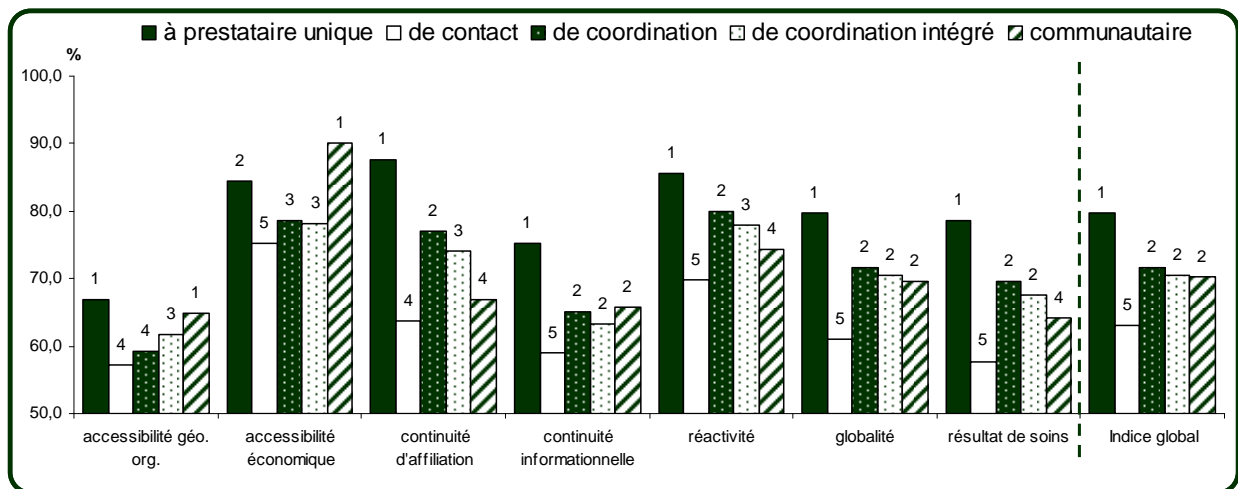
- *l'expérience de soins de première ligne de la population;*
- *la couverture populationnelle;*
- *la réponse aux clientèles vulnérables;*
- *la productivité;*
- *le potentiel organisationnel.*

3.2.1 L'expérience de soins de première ligne de la population

L'expérience de soins des utilisateurs de services de première ligne a été appréciée avec un indice global d'expérience de soins et sept indices spécifiques se rapportant à l'accessibilité géographique et organisationnelle, l'accessibilité économique, la continuité d'affiliation, la continuité informationnelle, la globalité, la réactivité et les résultats de soins. La déclaration de besoins non comblés de services est également comprise sous cette rubrique. Les résultats des analyses démontrent que :

- Dans l'ensemble, les individus évaluent favorablement leur expérience de soins obtenue auprès de leur source habituelle de première ligne. L'accessibilité géographique et organisationnelle est toutefois nettement moins bien appréciée de la part de la population. En moyenne, moins de 70 % des questions retenues pour qualifier cette dimension reçoivent une bonne appréciation de la part des utilisateurs.
- L'indice global d'expérience de soins démontre que la perception de l'expérience de soins de première ligne est généralement meilleure chez les utilisateurs du modèle *professionnel à prestataire unique* (figure 5). En moyenne, 80 % des questions retenues pour qualifier globalement l'expérience de soins reçoivent une très bonne appréciation de la part de ces utilisateurs. Les organisations de ce modèle se démarquent aussi pour chacun des indices spécifiques d'expérience de soins, présentant les meilleures scores, même en contrôlant pour les conditions personnelles des utilisateurs. Les organisations des modèles *de coordination* et *de coordination intégré* occupent, après les « solo », la position la plus élevée sur tous les indices, sauf pour l'accessibilité géographique, organisationnelle et économique ainsi que pour la continuité informationnelle, où elles sont devancées par les organisations du modèle *communautaire*. Ces dernières organisations ne se démarquent que sur l'accessibilité économique, où elles occupent le premier rang. Pour l'accessibilité géographique et organisationnelle et la continuité informationnelle, elles occupent le deuxième rang. Quant au modèle *professionnel de contact*, il occupe le dernier rang sur toutes les dimensions de l'expérience de soins.
- La déclaration de besoins non comblés de services est significativement moindre chez les utilisateurs des organisations du modèle à *prestataire unique* (14 %) et élevée chez les utilisateurs des organisations du modèle *de contact* (22 %). Les trois autres modèles obtiennent des taux de déclarations variant autour de 18 %.

Figure 5 : Indices d'expérience de soins selon les modèles d'organisation



Les différences entre les modèles sont statistiquement significatives. Le plus grand contraste concerne les modèles *professionnels à prestataire unique*, qui demeure le plus performant et *de contact*, qui est le moins performant. Les différences marquées entre ces modèles persistent même lorsqu'on contrôle pour les caractéristiques individuelles des utilisateurs (analyses de régression multiple). Les autres modèles se situent entre ces deux extrêmes pour presque toutes les dimensions de l'expérience de soins, sauf pour l'accessibilité économique où le modèle *communautaire* est le plus performant.

Par ailleurs, les résultats démontrent que l'affiliation à un médecin de famille est la plus élevée chez les clientèles du modèle à *prestataire unique* (94 %). Elle passe à 82 % chez les clientèles des modèles *de coordination* et *de coordination intégré* et à 72 % chez celles des organisations du modèle *communautaire*. Enfin, c'est aussi peu que 69 % des clientèles des organisations du modèle *de contact* qui, rappelons-le, est le modèle le moins performant à l'égard de l'expérience de soins. Les résultats des analyses (modèles multiples) démontrent que cette affiliation à un médecin particulier est une condition déterminante dans la perception de l'expérience de soins des personnes.

3.2.2 La couverture populationnelle

Sur le plan de l'impact de la prestation des services de première ligne sur la population, nous observons que les organisations des modèles professionnels desservent près de 90 % des utilisateurs et, en conséquence assument la plus grande partie de la couverture populationnelle des services de première ligne (figure 6). Ce sont les organisations du modèle de coordination intégré qui rejoignent le plus grand pourcentage d'utilisateurs de services (32 %), tout en ne représentant que 17 % des organisations. À l'opposé, les organisations du modèle professionnel à prestataire unique ne rejoignent que 11 % et comptent pour 31 % des organisations⁵.

Le potentiel des modèles d'organisation au regard de la couverture populationnelle se révèle dans le rapport du nombre d'utilisateurs par modèle sur le nombre d'organisations par modèles (rapport u/o), tel que présenté dans la figure 6. Le modèle professionnel de coordination intégré obtient le rapport u/o le plus élevé (1,93), signifiant que davantage d'utilisateurs sont rejoints pour un même nombre d'organisations. Ces résultats suggèrent que le développement de ce modèle contribuerait certainement à améliorer la couverture populationnelle en accordant des investissements auprès de moins d'organisations, comparativement aux autres modèles.

⁵ Les pourcentages d'organisations présentés ne coïncident pas parfaitement avec ceux présentés au tableau 3. Les données du tableau 3 ont été calculées à partir de l'ensemble des organisations de l'étude (n= 473), alors que les données de la figure 6 ont été calculées à partir des organisations qui ont pu être jumelées à un ou des utilisateurs (n=416).

Figure 6 : Couverture populationnelle : proportion des utilisateurs et modèles d'organisation⁶

Prévalence des modèles % d'organisations		Utilisateurs	Rapport U/O
Communautaire 13,2 %		11,3 %	0,86
De coordination intégré 16,6 %		32,0 %	1,93
De coordination 23,1 %		22,9 %	0,99
De contact 16,1 %		23,1 %	1,44
À prestataire unique 31,0 %		10,6 %	0,34

3.2.3 La réponse aux clientèles vulnérables

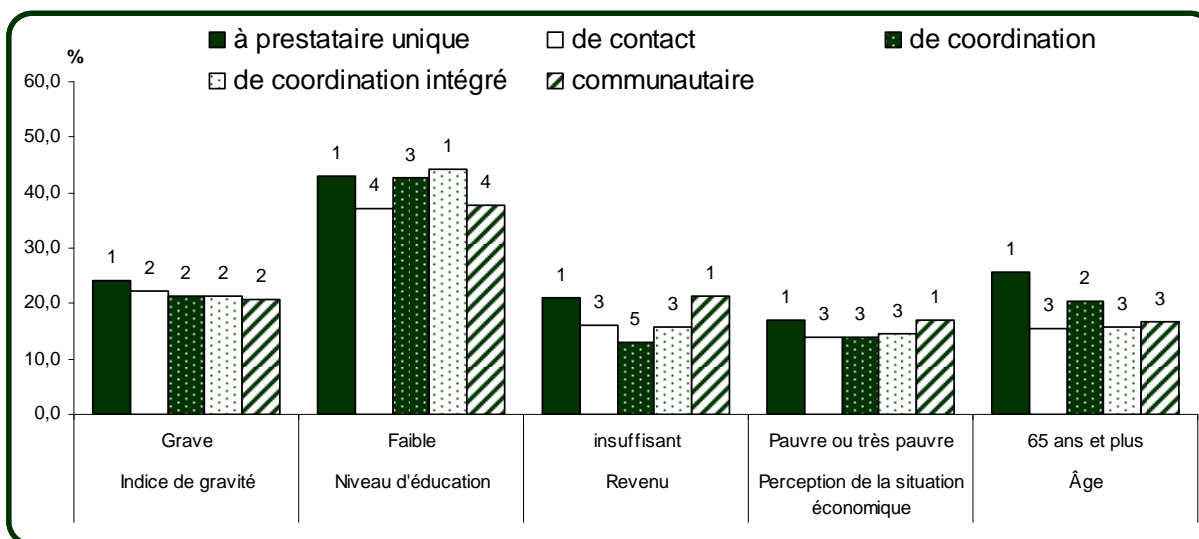
L'impact de la prestation des services de première ligne a été appréciée pour les clientèles vulnérables. Cet aspect de la performance réfère au fardeau que peut représenter pour une organisation une plus grande vulnérabilité de la clientèle. Les cinq conditions suivantes ont été considérées : (1) état de santé : grave; (2) niveau d'éducation : faible; (3) situation économique : revenu insuffisant; (4) pauvreté: perception d'être pauvre ou très pauvre; (5) âge : ≥ 65 ans. Un indice global de « grande vulnérabilité » a été construit à partir du cumul des conditions de vulnérabilité par les individus (3 conditions et plus).

Généralement, on observe que les groupes de personnes âgées ont une meilleure perception de leur expérience de soins et présentent moins de besoins de services non comblés comparativement à l'ensemble de la population. Il en va de même pour les groupes de personnes moins scolarisées. Les personnes vulnérables au plan de la santé ont tendance à exprimer une moins bonne expérience de soins et davantage de besoins non comblés. Il en va de même pour les personnes se percevant pauvres. On constate que les clientèles qui se caractérisent par une « grande vulnérabilité », c'est-à-dire qui cumulent trois des conditions et plus de vulnérabilité, ont généralement une meilleure perception de leur expérience de soins et moins de besoins non comblés (données non présentées). Ces aspects de la vulnérabilité feront l'objet d'analyses ultérieures dans nos prochains travaux.

⁶ Les pourcentages d'organisations présentés dans la figure 6 ne coïncident pas parfaitement avec ceux présentés au tableau 3. Les données du tableau 3 ont été calculées à partir de l'ensemble des organisations de l'étude (n= 473), alors que les données de la figure 6 ont été calculées à partir des organisations qui ont pu être jumelées à un ou des utilisateurs (n=416).

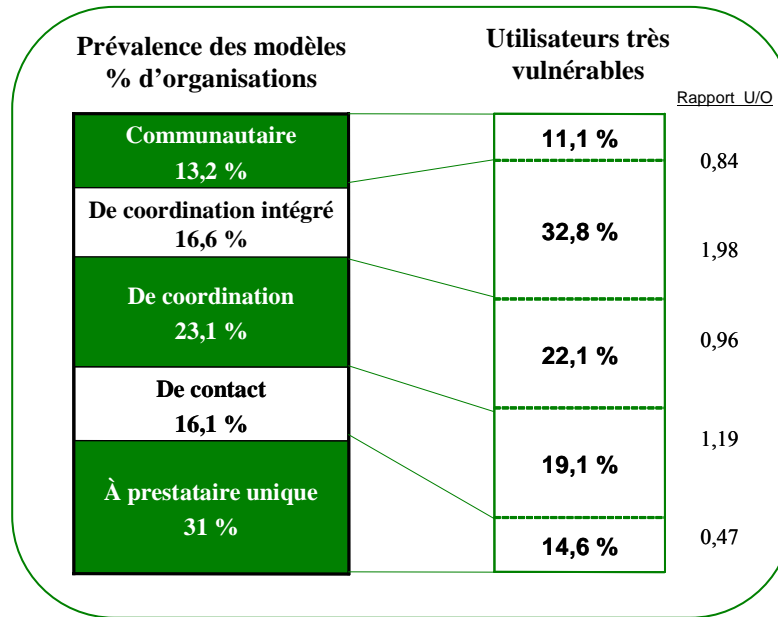
La figure 7 présente la proportion des clientèles vulnérables selon les modèles d'organisation. L'ordonnancement exprime le rang relatif que les modèles occupent quant à leur performance au chapitre de la réponse aux clientèles vulnérables. On observe que les organisations du modèle à *prestataire unique* comptent parmi leur clientèle, une plus grande proportion de personnes âgées, moins scolarisées et plus pauvres. Il est intéressant de noter que le modèle *communautaire* compte parmi sa clientèle une proportion élevée de personnes défavorisées sur le plan économique et que le modèle de *coordination intégré* une proportion élevée de personnes moins scolarisées. Enfin, les modèles de *coordination* et de *contact* occupent le dernier rang sur ces aspects de la performance.

Figure 7 : Proportion de la clientèle ayant la condition de vulnérabilité selon les modèles d'organisation



Enfin, nous observons que ce sont les organisations du modèle de coordination intégré qui rejoignent le plus grand pourcentage d'utilisateurs présentant une « grande vulnérabilité » (33 % des clientèles « grande vulnérabilité ») (figure 8). Lorsqu'on compare ces données à celles de la figure 6 qui illustrent la couverture populationnelle des différents modèles, on constate que le modèle à *prestataire unique* accueille relativement davantage de personnes avec une « grande vulnérabilité » (15 % vs 11 %). C'est l'inverse pour le modèle de *contact* (19 % vs 23 %).

Figure 8 : Couverture des clientèles vulnérables : proportion des utilisateurs avec une « grande vulnérabilité » et modèles d'organisation⁷



3.2.4 La productivité

La productivité organisationnelle a été appréciée à partir de quatre indicateurs : (1) indice calculé à partir du nombre de visites par médecin ETP; (2) indice calculé à partir du nombre de patients par médecin ETP; (3) le pourcentage des cliniques qui réservent 30 minutes ou moins pour les évaluations de nouveaux cas; et (4) le pourcentage de cliniques qui réservent moins de 15 minutes pour les consultations de suivi et d'urgence (tableau 4).

Tableau 4 : Indicateurs de productivité selon les modèles d'organisation

	Modèles professionnels				Modèle communautaire
	à prestataire unique	de contact	de coordina- tion	de coordina- tion intégré	
Indice du nombre de visites	3,5	2,8	3,2	2,9	1,0
Indice du nombre de patients	3,2	2,6	2,9	2,6	1,0
Temps - visites pour examen complet ≤ 30 min (% d'org.)	73,6	89,6	87,5	91,3	49,1
Temps – visites pour suivi ou urgence ≤ 15 min. (% d'org.)	69,8	88,1	88,5	87,0	25,5

⁷ Les pourcentages d'organisations présentés dans la figure 8 ne coïncident pas parfaitement avec ceux présentés au tableau 3. Les données du tableau 3 ont été calculées à partir de l'ensemble des organisations de l'étude (n= 473), alors que les données de la figure 8 ont été calculées à partir des organisations qui ont pu être jumelées à un ou des utilisateurs (n=416).

Les deux premiers indices révèlent que les organisations des modèles *professionnels* apparaissent comme les plus productives. Ces résultats sont cohérents avec les durées moyennes des visites qui tendent à être plus longues dans les organisations du modèle *communautaire* que dans celles des modèles *professionnels*.

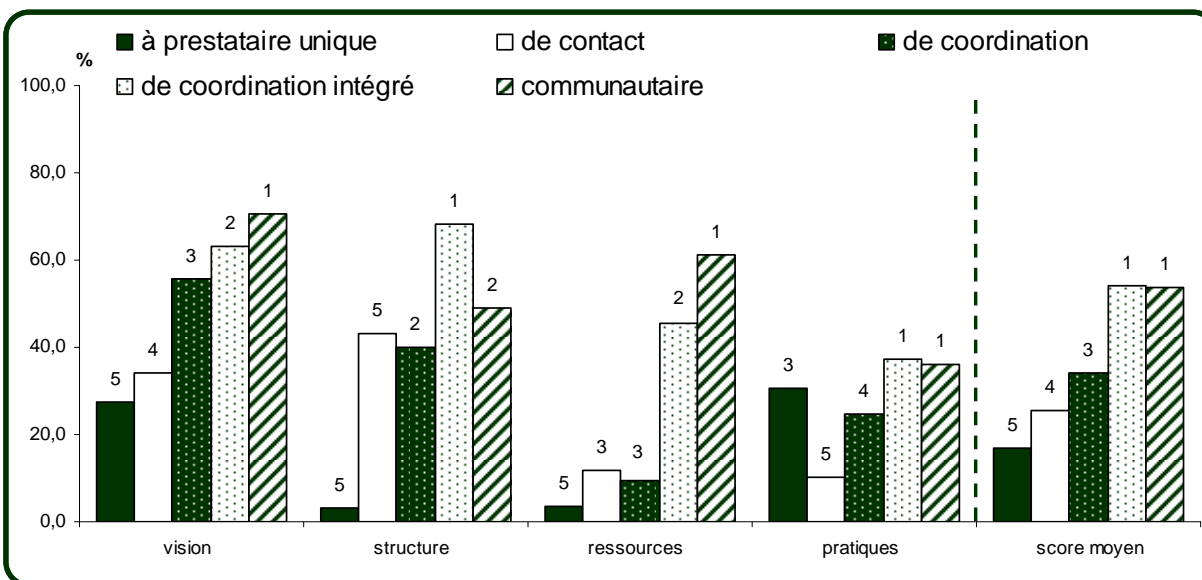
Ces dernières données doivent toutefois être interprétées avec prudence. En effet, la productivité peut, après un certain seuil, être associée à une baisse de la qualité. Les données dont nous disposons ne permettent pas de nuancer l'interprétation de ces indicateurs. D'autre part, les résultats peuvent être un peu sous-estimés dans le cas du modèle *communautaire*. Il faut rappeler que notre évaluation cible les services médicaux généraux courants et ne tient pas compte des activités de consultation médicale réalisées dans d'autres programmes des établissements, tels les CLSC (type d'organisation compris dans le modèle *communautaire*). Cette situation peut avoir entraîné quelques biais de mesure.

3.2.5 Le potentiel organisationnel

Le potentiel organisationnel a été mesuré par le score de conformité à l'idéal-type organisationnel (annexe B4). Les indicateurs retenus se rapportent aux dimensions organisationnelles suivantes : la vision, la structure, les ressources et les pratiques. Les résultats sur la conformité organisationnelle sont exprimés en pourcentage à la figure 9. Plus l'organisation possède les attributs de l'idéal-type, plus elle est considérée performante.

Dans l'ensemble, les organisations des modèles professionnel de coordination intégré et communautaire atteignent de meilleurs résultats que les autres modèles. Les organisations du modèle à prestataire unique affichent les résultats les plus faibles, surtout en ce qui a trait à la « structure » et aux « ressources ». Ces résultats ne sont pas étonnants, ces organisations, par définition, se caractérisant par la simplicité de leur structure et par la présence de médecins travaillant en « solo ».

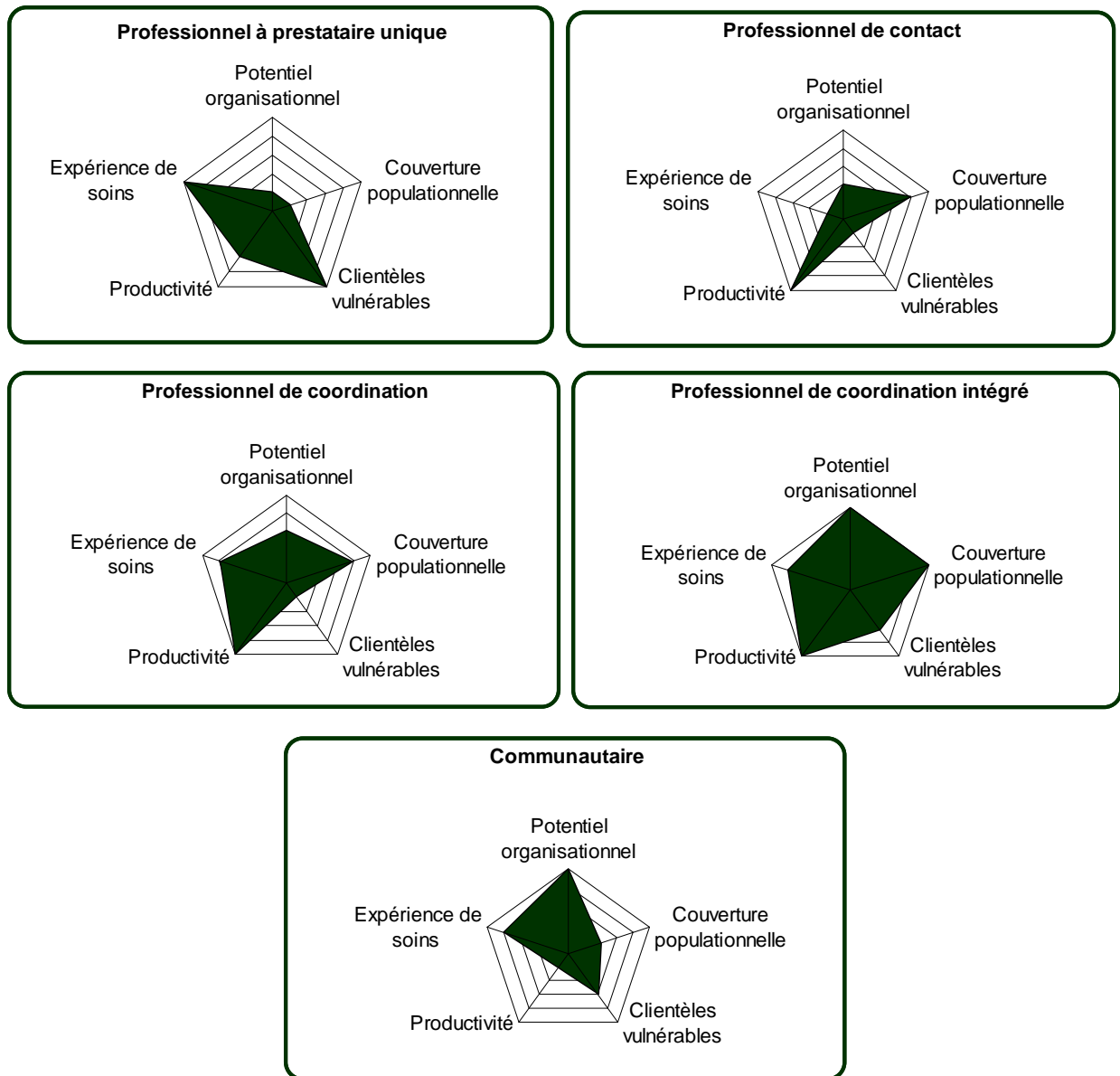
Figure 9 : Score de conformité à l'idéal-type selon les modèles d'organisation



3.2.6 Synthèse des résultats sur la performance

La figure 10 présente la synthèse des résultats des différents aspects de la performance des modèles d'organisation de première ligne selon le rang relatif qu'ils occupent l'un par rapport à l'autre.

Figure 10 : Ordonnement relatif des modèles d'organisation selon la performance



En bref,

Le modèle *professionnel de coordination intégré* se démarque clairement des autres types d'organisation sur l'ensemble des aspects de la performance, alors que le modèle *professionnel de contact* se classe le dernier. Les modèles *professionnels de coordination* et *à prestataire unique*, ainsi que le modèle *communautaire* affichent des scores variables selon les différents aspects de la performance.

En ce qui a trait à la performance d'ensemble du modèle communautaire plutôt faible, il faut rappeler que notre évaluation ne porte pas sur l'ensemble de la mission du CLSC, seulement sur les services médicaux courants. Comparativement aux autres modèles, la présence d'autres missions a pu influencer les résultats à l'égard de la productivité. Il faut aussi souligner que la réponse aux besoins des clientèles vulnérables et le potentiel organisationnel des organisations de type public est élevée et rejoint le niveau du modèle *professionnel de coordination intégré*.

Le modèle *professionnel à prestataire unique* retient notre attention, se classant au premier rang sur plusieurs aspects de la performance (expérience de soins, réponse aux clientèles vulnérables et productivité). La bonne performance eu égard à l'expérience de soins est surtout tributaire de la relation entre le professionnel et son patient qui, rappelons-le, est au cœur de la fourniture des soins de première ligne (Safran, Tarlov et Rogers, 1994; Safran, Kosinski et al., 1998). Nos résultats suggèrent, par conséquent, qu'il importe de préserver cet aspect des services qui caractérise les « solos » dans l'établissement d'organisations de plus grande taille et de réseaux complexes.

4 LES RÉSULTATS PRÉSENTÉS SELON LES CONTEXTES

Dans cette section, les résultats sont présentés en adoptant la perspective « territoriale ». Les territoires de CSSS, qui correspondent à des entités administratives, ont été regroupés de manière à relier les territoires qui se ressemblent du point de vue de leur population, de leurs ressources et de leurs collaborations inter organisationnelles. Les résultats présentés selon ces contextes fournissent une lecture systémique des informations permettant d'évaluer globalement la perception de la population des territoires sur les services utilisés et établir la configuration organisationnelle des services offerts.

4.1 LES TERRITOIRES DE CSSS : QUATRE REGROUPEMENTS

Les contextes étudiés correspondent aux territoires géographiques des nouvelles structures de gouverne locale récemment implantées au Québec : les Centres de santé et de services sociaux (CSSS). Vingt-trois territoires de CSSS, répartis à Montréal et en Montérégie, ont été caractérisés selon les besoins de santé de la population, la disponibilité de ressources dans le territoire et le degré de collaboration clinique entre les organisations de première ligne et entre ces dernières et les hôpitaux.

Les territoires de CSSS ont été regroupés en 4 groupes distincts. Le tableau suivant décrit chacun des groupes. Ceux-ci sont qualifiés à partir de l'écart entre les besoins de leur population et les ressources disponibles, de l'organisation spatiale des services de première ligne (importation et exportation des services de santé de première ligne⁸) et du niveau de collaboration clinique prévalant au sein des territoires.

Tableau 5 : Description de la taxonomie des territoires de CSSS

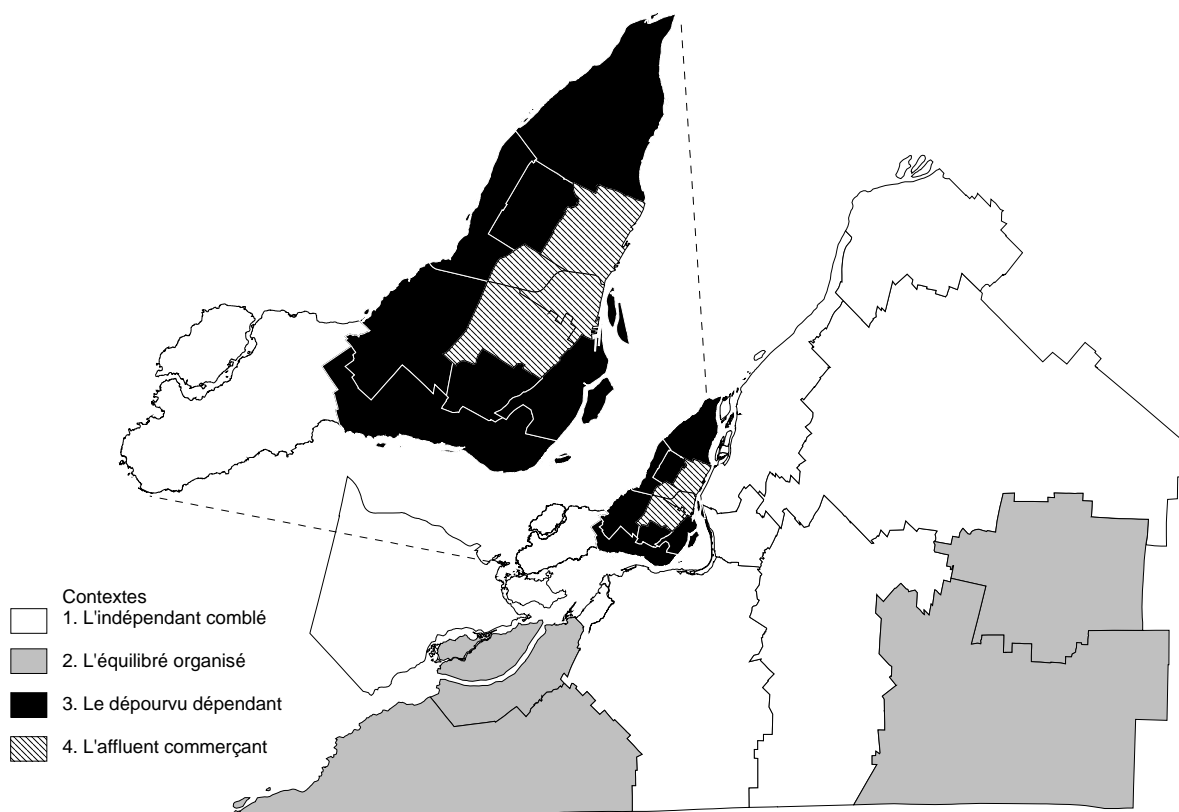
Dimensions	Centre urbain 4 CSSS	Urbain périphérique 7 CSSS	Suburbain 8 CSSS	Rural 4 CSSS
	Affluent commerçant	Dépourvu dépendant	Pourvu Indépendant	Équilibré coordonné
Besoin de santé	faible	élevé	faible	moyen
Disponibilité de ressources	élevée	faible	élevée	moyenne
Écart ressources/besoins	++	--	+	=
Importation / exportation des services de santé de 1 ^{re} ligne	marché ouvert (importe/exporte)	marché mixte (importe)	marché fermé	marché fermé
Collaborations cliniques	faibles	faibles	faibles	élevées

Les territoires de CSSS se sont regroupés « naturellement » autour d'un axe rural / urbain. Le groupe du centre urbain, que l'on qualifie d'*affluent commerçant*, se caractérise par une forte concentration en ressources hospitalières, spécialisées et en première ligne. Relativement aux autres contextes, le niveau de

⁸ La notion de marché se rapporte à la mesure avec laquelle les résidents d'un territoire de CSSS utilisent les services de santé de ce territoire ou ceux situés sur d'autres territoires (importation) et la mesure avec laquelle les services offerts sur un territoire sont utilisés par des résidents des autres territoires (exportation).

ces ressources dépasse largement les besoins des populations résidant sur ces territoires. Ce groupe est qualifié de commerçant puisque les ressources de ces territoires desservent des clientèles provenant, pour une bonne part, des autres territoires et que les résidents de ces territoires ne privilégient pas majoritairement les ressources de leur territoire (marché ouvert). Le groupe urbain périphérique, qualifié de *dépourvu dépendant*, se caractérise par un faible niveau de ressources par rapport aux autres groupes, mais aussi par rapport aux besoins de la population. Il peut être qualifié de dépendant puisque les CSSS qui le composent importent des services de première ligne de d'autres territoires pour desservir leur population. Le groupe suburbain est qualifié de *pourvu indépendant*. Comparativement aux autres groupes de la taxonomie, ce groupe peut être considéré relativement pourvu en ressources. Le niveau de ressources disponibles y est supérieur au niveau de besoins des populations. Les territoires de ce groupe peuvent être vus comme indépendants, car ils importent peu ni n'exportent de services de première ligne. Le groupe rural qualifié d'*équilibré coordonné* montre un certain équilibre entre les besoins et les ressources et il est le seul où les collaborations cliniques entre les ressources du territoire sont élevées. La carte suivante illustre la localisation géographique des groupes de territoires de CSSS.

Figure 11 : Localisation géographique des groupes de territoires en contexte



Les territoires du groupe urbain sont localisés au cœur de l'île de Montréal. Ceux composant le groupe urbain périphérique constituent la ceinture urbaine de Montréal. Les territoires du groupe suburbain sont localisés en Montérégie. Il inclut un territoire de CSSS situé à l'ouest de l'île de Montréal. Les territoires du groupe rural, tous localisés en Montérégie, se situent dans des secteurs géographiques, en partie ou en totalité ruraux.

4.2 LES RESSOURCES DE PREMIÈRE LIGNE ET LES CONTEXTES

Les régions administratives et les territoires de CSSS se distinguent par d'importantes variations eu égard aux ressources de première ligne. Ces différences se traduisent tant dans la disponibilité et le type de ressources présentes sur les territoires que par les caractéristiques organisationnelles des cliniques médicales. À ces égards, les valeurs regroupées par contexte sont révélatrices des importantes disparités territoriales.

Les résultats révèlent que les territoires urbains dits *affluents commerçants* demeurent de loin les mieux nantis en ressources médicales de première ligne (tableau 6). Cependant, ce constat ne se traduit pas dans la proportion de la population déclarant avoir un médecin de famille, qui pour ce contexte affiche les taux les plus pas. À l'opposé, le contexte rural dit *équilibré coordonné* se caractérise par la plus grande proportion de personnes ayant un médecin de famille. Au moment de l'étude (2005), plus de la moitié des cliniques de ce contexte étaient associées à des GMF, alors que dans les autres contextes, les GMF en étaient au début de leur implantation ou pas encore implantés.

Tableau 6 : Les ressources de première ligne selon les contextes

Contextes	Centre urbain (4 CSSS) :	Urbain périphérique (7 CSSS) :	Suburbain (8 CSSS) :	Rural (4 CSSS) :	Valeur globale
	Affluent commerçant	Dépourvu dépendant	Pourvu indépendant	Équilibré coordonné	
Nombre de médecins omni. – ETP / 100 000 habitants*	129	69	73	80	84
Population ayant un médecin de famille (%)	59,9	66,0	74,0	83,1	69,1
Cliniques associées un GMF (%)	2,4	2,5	4,6	56,7	6,5

Note : foncé = contextes se démarquant par une prévalence plus élevée des modèles comparativement à la prévalence d'ensemble.

grisé = contextes se démarquant par une prévalence moins élevée des modèles comparativement à la prévalence d'ensemble.

* Données provenant de l'enquête organisationnelle (Hamel, Pineault et al., 2007).

Il est intéressant de constater que les contrastes demeurent entre les contextes en ce qui concerne les modèles d'organisation des services de première ligne (tableau 7). Les modèles *professionnels à prestataire unique* et *de contact* sont proportionnellement plus fréquents dans les contextes urbains, alors que les modèles *de coordination intégré* le sont moins. La configuration des modèles d'organisation s'avère fort différente dans le contexte rural. En effet, alors qu'aucun modèle *professionnel de contact* n'y a été recensé, plus de la moitié des organisations se classent dans le modèle *de coordination intégré*.

Tableau 7 : Modèles d'organisation des services selon les contextes

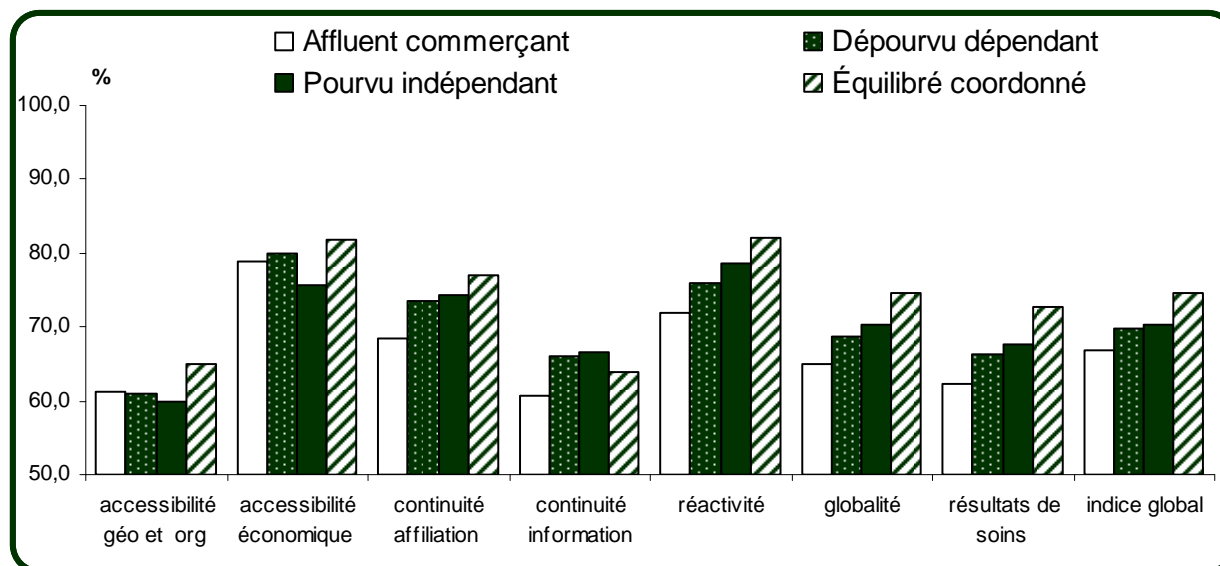
Contextes	Centre urbain (4 CSSS) :	Urbain périphérique (7 CSSS) :	Suburbain (8 CSSS) :	Rural (4 CSSS) :	Valeur globale
	Affluent commerçant	Dépourvu dépendant	Pourvu indépendant	Équilibré coordonné	
Modèle professionnel à prestataire unique (%)	42,0	39,4	32,0	30,3	36,8
Modèle professionnel de contact (%)	16,0	16,1	14,5	0,0	14,4
Modèle professionnel de coordination (%)	18,3	22,6	27,9	3,0	22,0
Modèle professionnel de coordination intégré (%)	12,2	9,5	14,0	54,5	15,2
Modèle communautaire (%)	11,5	12,4	11,0	12,1	11,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Note : foncé = contextes se démarquant par une prévalence plus élevée des modèles comparativement à la prévalence d'ensemble.
grisé = contextes se démarquant par une prévalence moins élevée des modèles comparativement à la prévalence d'ensemble.

4.3 L'EXPÉRIENCE DE SOINS DE PREMIÈRE LIGNE DANS LA POPULATION ET LES CONTEXTES

Les contrastes caractérisant les expériences de soins de première ligne de la population se révèlent lorsque les territoires de CSSS sont regroupés par contexte (figure 12).

Figure 12 : Indices d'expérience de soins selon les contextes de résidence



Ce sont les populations résidant en territoires urbains, qu'on qualifie d'*affluents commerçants*, qui affichent les scores les plus bas quant à leur expérience de soins, comme montré à la figure 12. En moyenne, moins de 67 % des questions retenues pour qualifier globalement l'expérience de soins reçoivent une très bonne appréciation de la part de ces utilisateurs. Le même constat s'applique à la presque totalité des indices. Ce sont aussi ces populations qui déclarent le plus de besoins non comblés de services de santé (20 % contre 18 % en moyenne) (Levesque, Pineault et al., 2007b). Les résultats révèlent également que c'est sur ces territoires qu'on retrouve la plus grande proportion de personnes déclarant une organisation du modèle *professionnel de contact* comme source habituelle de soins de première ligne (tableau 8).

Les territoires ruraux regroupés dans la catégorie *équilibré coordonné* se comportent fort différemment, obtenant les meilleurs scores pour la quasi totalité des indices d'expérience de soins (figure 12). Cette bonne performance se reflète également dans la déclaration de besoins non comblés de services, atteignant 15 % de la population (contre 18 % en moyenne). Les résultats révèlent également que la majorité (plus de 80 %) des personnes résidant sur ces territoires identifie une organisation du modèle *professionnel de coordination intégré* comme source habituelle de soins de première ligne (tableau 8).

Les contextes urbain périphérique et suburbain affichent des résultats variables entre ces deux pôles et obtiennent des taux de déclaration de besoins non comblés s'approchant de la moyenne (18 %). Les affiliations organisationnelles des populations de ces territoires se distribuent entre différents modèles d'organisation. Pour chacun des contextes, les modèles *professionnel à prestataire unique* et *communautaire* rejoignent le moins de personnes (tableau 8).

Tableau 8 : Affiliation de la population aux modèles d'organisations : proportion en pourcentage d'utilisateurs selon le contexte (lieu de résidence)

% d'utilisateurs	Centre urbain (4 CSSS) :	Urbain périphérique (7 CSSS) :	Suburbain (8 CSSS) :	Rural (4 CSSS) :	Valeur globale
	Affluent commerçant	Dépourvu dépendant	Pourvu indépendant	Équilibré coordonné	
Modèle <i>professionnel à prestataire unique</i> (%)	11,0	13,4	8,8	9,8	10,6
Modèle <i>professionnel de contact</i> (%)	28,5	22,8	25,2	0,9	23,1
Modèle <i>professionnel de coordination</i> (%)	18,7	24,6	27,3	2,2	22,9
Modèle <i>professionnel de coordination intégré</i> (%)	25,2	24,8	30,6	80,9	32,0
Modèle <i>communautaire</i> (%)	16,6	14,4	8,2	6,2	11,4
Total (%)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Note : foncé = contextes se démarquant par une prévalence plus élevée des modèles comparativement à la prévalence d'ensemble.
grisé = contextes se démarquant par une prévalence moins élevée des modèles comparativement à la prévalence d'ensemble.

En bref

D'importantes disparités organisationnelles marquent les contextes. Ces contrastes se révèlent fortement entre les contextes *affluent commerçant* et *équilibré coordonné*. Nos résultats suggèrent qu'à l'échelle de la population, ce n'est pas la quantité de ressources - médecins qui détermine les meilleures expériences de soins. En effet, ce sont les résidents des territoires du centre urbain (*affluent commerçant*) qui expriment les moins bonnes expériences de soins de première ligne. Les territoires ruraux (*équilibré coordonné*) se distinguent par la prédominance des modèles d'organisation qui obtiennent la meilleure expérience de soins, tels que perçue dans la population.

Bien qu'un ensemble de facteurs interagissent très certainement pour générer des différences dans l'expérience de soins et la déclaration de besoins non comblés, les variations mesurées suggèrent qu'il réside, au sein de l'organisation des services de santé de première ligne, un potentiel d'amélioration à exploiter.

5 DISCUSSION ET CONCLUSION

Les résultats de cette étude démontrent que dans l'ensemble, les individus évaluent favorablement leur expérience de soins auprès de leur source habituelle de première ligne. Ces observations vont dans le même sens que les résultats des études internationales sur la satisfaction des usagers des services de santé (Schoen, Osborn et al., 2004). Il subsiste cependant une grande variation dans l'appréciation de l'expérience de soins entre les territoires de CSSS des deux régions à l'étude. La perception de la population à l'égard de l'expérience de soins de première ligne est généralement meilleure en Montérégie qu'à Montréal.

Les contrastes caractérisant les expériences de soins de première ligne de la population sont mis en évidence lorsque les territoires de CSSS sont regroupés par contexte. Les territoires urbains, qu'on qualifie d'*affluent commerçant* et qui se caractérisent par la densité de leur population et les grandes diversité et quantité de ressources de santé, obtiennent les scores les plus bas tant pour l'indice global d'expérience de soins que pour la majorité des indices spécifiques. C'est également le contexte où la population a le moins d'affiliation avec un médecin de famille (60 %). Les territoires ruraux, regroupés dans la catégorie *équilibré coordonné*, se comportent fort différemment, obtenant les meilleurs scores pour la quasi totalité des indices d'expérience de soins. L'affiliation à un médecin de famille y est aussi très élevée dans la population, atteignant en moyenne 80 %.

Par ailleurs, les résultats révèlent que les territoires urbains dits *affluent commerçant* demeurent de loin les mieux nantis en ressources médicales de première ligne. Même en tenant compte du fait que les ressources des territoires urbains desservent une proportion non négligeable de personnes résidant sur d'autres territoires, ce constat suggère que c'est moins la quantité de ressources que l'organisation des services de première ligne qui détermine une expérience de soins favorable.

Le profil configurationnel de l'offre de services de première ligne s'avère fort différent d'un contexte à l'autre. En effet, le contexte rural se caractérise par la prédominance d'organisations (55 %) appartenant au modèle *professionnel de coordination intégré*, modèle centré sur le suivi des clientèles et valorisant le travail de groupe, l'interdisciplinarité et la coordination inter organisationnelle. À l'opposé, le modèle *de contact*, modèle qui converge vers l'accessibilité des services et la réponse aux besoins de services médicaux ponctuels des personnes qui se présentent à la clinique, est absent sur ces territoires. Dans les autres contextes, il représente environ 15 % des organisations et il rejoint environ 25 % des utilisateurs. Le modèle *communautaire* reste faiblement représenté dans le contexte rural, ne rejoignant qu'environ 6 % de la population, contre 17 % dans le contexte centre urbain. Enfin, le modèle *à prestataire unique* demeure un modèle privilégié dans les contextes urbains même s'il ne rejoint que 11 % des utilisateurs.

Le modèle *professionnel de coordination intégré* se démarque clairement des autres types d'organisation sur l'ensemble des aspects de la performance, alors que le modèle *professionnel de contact* se classe le dernier. Ces constats méritent d'être appréciés à la lumière des transformations de la première ligne en cours. En effet, au Québec, l'implantation de nouveaux types d'organisation, comme les GMF et, dans une moindre mesure les CR, constitue la pierre angulaire des transformations des services de santé de première ligne. Le nombre de GMF va en s'accroissant depuis 2003. Or, la presque totalité des GMF sont associés à des organisations du modèle *professionnel de coordination intégré*, le modèle le plus performant. De plus, lorsque comparé aux organisations du même modèle, les organisations-GMF se distinguent, étant plus performantes à tous les égards. Ces données concordent avec celles que nous avons

présentées dans une publication (Pineault, Levesque et al., 2008). Tous ces résultats semblent indiquer une performance supérieure des GMF comparativement aux autres organisations de première ligne. Est-ce réellement un effet résultant de l'ajout du GMF aux cliniques existantes ou d'une sélection favorable des cliniques au départ? Nos données ne permettent pas de trancher cette question.

On peut penser qu'en intégrant un GMF, les organisations augmenteront leur score de conformité à l'idéal-type et ainsi leur potentiel organisationnel. L'intérêt serait de faire passer les organisations d'un modèle moins performant à un plus performant. Au moment de l'étude, les organisations-GMF qui étaient en voie d'accréditation, se répartissaient à peu près également dans trois des modèles professionnels de la taxonomie, soit *de coordination intégré* (32 %), *de coordination* (32 %) et *de contact* (27 %). Les CR en devenir se classaient pour la plupart avec le modèle *de coordination intégré* (40 %) et avec le modèle *de contact* (40 %). Il faut s'inquiéter du fait qu'une grande proportion de ces organisations appartiennent au modèle *de contact*, qui demeure le modèle le moins performant. D'autres analyses seront nécessaires pour connaître les effets des transformations des organisations en CR, dont leur migration vers des modèles plus performants.

Enfin, le modèle *professionnel à prestataire unique* retient notre attention, se classant au premier rang sur plusieurs aspects de la performance (performance clinique, couverture des besoins et productivité). De fait, sa faible performance sur les aspects organisationnels et sur la couverture populationnelle contraste avec sa très bonne performance sur les autres aspects de la performance organisationnelle. La bonne perception de l'expérience de soins des utilisateurs de ces organisations est certainement, pour une grande part, attribuable à la relation privilégiée qui s'établit entre un patient et son médecin. Or, dans le contexte de la reconfiguration de la première ligne, ce modèle est plutôt considéré comme « une espèce en voie de disparition » (Savard et Rodrigue, 2007). Dans la mise en place d'organisations et de réseaux complexes et de plus grande taille, il faudra se rappeler que la relation entre un professionnel et son patient est au cœur de la fourniture des soins de première ligne. De plus, dans la mesure où ces organisations sont appelées à disparaître, il faudra également penser à la prise en charge des clientèles qui présentent un degré élevé de vulnérabilité et qui deviendront orphelines.

Portée et limites de l'étude

Bien que seulement deux régions du Québec aient été étudiées dans cette recherche, nous sommes confiants que les bilans organisationnels réalisés reflètent la situation d'une majorité d'organisations de première ligne. Les résultats vont dans le même sens que ceux de nos travaux antérieurs (Lamarche, Pineault, 2006; Haggerty, Pineault, Beaulieu, 2004; Lamarche, Beaulieu et al., 2003). De plus, ces régions très peuplées recourent à la fois des zones urbaines et rurales. Elles totalisent près de 40 % de la population du Québec et près de la moitié des cliniques de première ligne. D'autre part, il demeure que l'ensemble des contextes n'est pas représenté dans notre étude. Or, des travaux ont suggéré que des modèles d'organisation des services de première ligne peuvent générer des expériences de soins différentes dans différents contextes, en particulier lorsqu'on compare les milieux plus rapprochés et plus éloignés des grands centres urbains (Haggerty, Pineault, Beaulieu, 2004; Haggerty, Burge et al., 2008). Enfin, dans le cas des CLSC, les études montrent que la pratique médicale qui s'y est développée est différente selon les régions. Ces considérations invitent donc à une certaine prudence dans la généralisation qui peut être faite des données de notre étude.

Une deuxième limite a trait aux mesures utilisées pour exprimer la performance et à leur comparaison. Bien que diverses dimensions de la performance aient été considérées, les indicateurs utilisés ne prétendent pas mesurer toute l'étendue des aspects de la performance. De plus, ils n'ont probablement pas tous des poids égaux dans la performance organisationnelle d'ensemble.

L'enquête auprès de la population a permis d'obtenir des données précieuses et non disponibles autrement sur l'utilisation des services par la population et sur les besoins non comblés. Il demeure que ces données proviennent d'enquêtes et comportent donc les limites inhérentes à l'utilisation d'une telle stratégie. Notamment, l'enquête populationnelle a fourni un ensemble de données sur la perception des utilisateurs qui se rapportent au point de vue de cette catégorie d'individus. De plus, la nature transversale du devis nous oblige à être prudents dans l'interprétation des relations de détermination entre les variables organisationnelles (variables indépendantes) et les variables de performance organisationnelle (variables dépendantes).

Enfin, la taxonomie des contextes qui a été développée montre que les territoires de CSSS peuvent être regroupés à partir d'un ensemble de dimensions et qu'une certaine cohérence semble exister entre ces dimensions. Malgré des réserves quant à l'exhaustivité des dimensions considérées et quant à l'exportabilité de la taxonomie à des régions éloignées, celle-ci peut constituer un instrument utile à des fins de planification régionale des ressources en permettant des études écologiques de l'organisation des services de première ligne.

Conclusion

Sur la base des résultats de cette étude, on peut avancer qu'il réside très certainement un potentiel d'amélioration au sein de la première ligne. Dans le contexte actuel de croissance des coûts de santé, la question de la performance revêt une importance capitale pour les décideurs. Aussi, les modèles à privilégier doivent-ils être non seulement performants mais équitables pour la population. De plus, les réorganisations doivent s'appuyer sur les réalités organisationnelles fort différentes selon les contextes, et ce, d'autant que nos résultats tendent à démontrer que les contextes peuvent interagir différemment avec certains modèles d'organisation.

Soulignons la nécessité de mieux cerner les facteurs susceptibles d'améliorer l'expérience de soins des résidents en milieux urbains en général et plus particulièrement à Montréal. À cet égard, les contextes où les expériences de soins sont les plus favorables méritent d'être investigués. Des analyses ultérieures permettront d'approfondir l'influence des contextes sur l'émergence des modèles d'organisation et également sur leur performance.

RÉFÉRENCES ET BIBLIOGRAPHIE

Breton M, Lamarche P, Pineault R. Un défi de taille pour les gestionnaires. *Le Point en administration de la santé et des services sociaux*, juin 2005; vol 1; numéro 2.

Brunelle Y. La pratique de groupe. Direction des services médicaux et médecine universitaire Ministère de la Santé et des Services sociaux. Groupe de travail sur la première ligne. Ref Type: Serial (Book, Monograph), 2006.

Cannon AR, St. John CH. Measuring environmental complexity: A theoretical and empirical assessment. *Organizational Research Methods*, 2007;10(2):296-321.

Clair M. Les solutions émergentes. Rapport et recommandations, Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, Gouvernement du Québec, 2000, 410 pages.

Champagne F, Contandriopoulos A-P, Touché-Picot J, Béland F, Nguyen H. Un cadre d'évaluation globale de la performance des systèmes de santé. Le modèle EGIPSS, 2005.

Contandriopoulos AP, Denis JL et coll. Intégration des soins : dimensions et mise en œuvre. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 2001, 8(2):38-52.

Donabedian A. Capacity to Produce Services in Relation to Need and Demand. In *Aspects of medical Care administration*. Cambridge (Mass.), Harvard University Press, 1973:418-485.

Dussault G. L'utilisation des services de santé. Dans les notes du cours d'Analyse des systèmes de santé. Département d'administration de la santé. Université de Montréal. Août 1993, 38 pages.

Feifer C. et al. Different Paths to High-Quality Care: Three Archetypes of Top-Performing Practice Sites. *Annals of Family Medicine*, 2007;15(1):233-245.

Frenk J. The concept and measurement of accessibility. In *Health Services Research: An Anthology*. Pan American Health Organization (Editors) Washington, 1992;17:858-864.

Fyke KJ. Caring for Medicare: Sustaining a quality system. Commission on Medicare, Government of Saskatchewan, April, 2001, 82 pages.

Gouvernement du Québec. Projet loi 25 : Loi sur les Agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, 2003.

Gouvernement du Québec. Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficacité et de qualité, 2006.

Haggerty J, Burge F, Levesque J-F, Gass D, Pineault R, Beaulieu M-D, Santor D. Operational definitions of attributes of primary health care to be evaluated: consensus among Canadian experts. *Annals of Family Medicine* 2008 (sous presse).

Haggerty J, Pineault R, Beaulieu M-D, Brunelle Y, Gauthier J, Goulet F et al. Patients' experiences of primary care in Québec before major reforms. *Canadian Family Physician*, 2007;53:1057.

Haggerty J, Pineault R, Beaulieu M-D. The impact of the organization of primary care medical services on accessibility and continuity. Rapport de recherche de la FCRSS. Montréal, 2004. Ref Type: Serial (Book, Monograph).

Hamel M, Pineault R, Levesque J-F, Roberge D, Foisy L, Simard B. Méthodologie de l'enquête organisationnelle. L'accessibilité et la continuité des services de santé : Une étude sur la première ligne au Québec. Institut national de santé publique du Québec, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Centre de recherche de l'hôpital Charles LeMoine (à paraître 2008).

Hamel M, Pineault R, Levesque J-F, Roberge D, Lozier-Sergerie A, Prud'homme A, Simard B. L'organisation des services de santé de première ligne. Portrait des services médicaux de première ligne à Montréal et en Montérégie L'accessibilité et la continuité des services de santé: Une étude sur la première ligne au Québec. Institut national de santé publique du Québec, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Centre de recherche de l'hôpital Charles LeMoine, rapport et résumé 2007. (Résumé anglais : Primary care services organisation. A portrait of primary care medical services in Montréal and Montérégie).

Kirby M.J.L. The Health of Canadians – The Federal Role. Final Report. Volume Six: Recommendations for Reform, The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, Chair: The Honourable Michael J.L. Kirby, Deputy Chair: The Honourable Marjory LeBreton, Senate of Canada, 2002, 351 pages.

Lamarche P, Pineault R. Projet 3 du programme de recherche « Gauthier J, Haggerty J, Pineault R, Lamarche P, Morin D, Sylvain H, Levesque J-F, Feldman F, Abrahamowicz M. Modèles d'organisation des services de santé primaire et accès aux services pour les communautés rurales, éloignées et isolées du Québec ». Programme de recherche financé par la FCRSS, RC2-0985-05, 2002-2006, 2006.

Lamarche P, Beaulieu M-D, Pineault R, Contandriopoulos A-P, Denis J-L, Haggerty J. Sur la voie du changement : Pistes à suivre pour restructurer les services de santé de première ligne au Canada. Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2003.

Lebart L, Morineau A, Piron M. Statistique exploratoire multidimensionnelle. 3^e éd., Dunod, Paris 2000.

Levesque JF, Pineault R, Kapetanakis C, Hamel M, Roberge D, Robert L, Simard B, Primary care affiliation and unmet needs for health care services for vulnerable population-based survey in Quebec province. Soumis pour publication, 2008.

Levesque J.-F., Pineault R, Simard B, Roberge D, Hamel M, Kapetanakis C, Robert L. L'expérience de soins de la population. Portrait des variations intra-régionales à Montréal et en Montérégie. Institut national de santé publique du Québec, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et Centre de recherche de l'hôpital Charles LeMoine. Rapport et résumé, mars 2007a (Résumé anglais : The population's experience of care: Portrait of intra-regional variations in Montréal and Montérégie).

Levesque J.-F., Pineault R., Robert L, Hamel M, Roberge D, Kapetanakis C, Simard B, Laugraud A. Les besoins non comblés de services médicaux : un reflet de l'accessibilité des services de première ligne? Institut national de santé publique du Québec et Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Cahier thématique et résumé octobre 2007b. (Cahier thématique et résumé anglais : Unmet health care needs : A reflection of the accessibility of primary care services?).

Levesque J-F, Pineault R, Simard B, Hamel M, Roberge D, Ouellet D, Haggerty J. Questionnaire populationnel. L'accessibilité et la continuité des services de santé : Une étude sur la première ligne au Québec. Institut national de santé publique du Québec, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et Centre de recherche de l'hôpital Charles LeMoyne, avril 2006. (version anglaise : Population questionnaire. Accessibility and continuity of health services: A study on primary care in Québec).

Levesque J-F, Roberge D, Pineault R. La première ligne de soins : un témoin distant des réformes institutionnelles et hospitalières au Québec? Chapitre 5 dans M-J Fleury, M Tremblay, H. Nguyen, L Bordeleau « Le système sociosanitaire au Québec : gouvernance, régulation et participation ». Gaëtan Morin éditeur, Chenelière Éducation, 2007, p. 63-78, ISBN : 2-89105-970-0.

Mazankowski D. A framework for reform, Report of the Premier's Advisory Council on Health, Government of Alberta, 2001, 72 pages.

Meyer AD, Tsui AS, Hinings CR. Configurational approaches to organizational analysis. *Academy of Management Journal*. 1993; 36(6):1175-1195.

Miller D. Configurations de stratégies et de structures : Un pas vers la synthèse. *Gestion*. 1996; 21(1):43-54.

Miller D. Environmental fit versus internal fit. *Organization Science*. 1992; 3(2):159-178.

Murray CJL, Frenk J. A framework for assessing the performance of health systems. *Bulletin of the World Health Organization* 2000;78 (6):717-731.

Nietert, PJ. et al. Using a summary measure for multiple quality indicators in primary care: the Summary Quality InDex (SQUID). *Implementation Science*, 2007;2(11):1-12.

Penchansky R, Thomas W. The concept of access, Definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care* 1981;19(1):127-140

Pineault R, Foisy L, Hamel M, Simard B, Levesque J-F, Roberge D. Répertoire des cliniques médicales de première ligne de Montréal et de la Montérégie. Institut national de santé publique du Québec, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2006.

Pineault R, Hamel M, Levesque J-F, Roberge D, Lamarche P, Haggerty J. Questionnaire organisationnel Clinique médicale de première ligne. L'accessibilité et la continuité des services de santé : Une étude sur la première ligne au Québec. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2005 (Version anglaise : Organisational questionnaire Primary healthcare clinic: A study on primary care in Québec).

Pineault R, Levesque J-F, Breton M, Hamel M, Roberge D. Réalisations et potentiel des organisations publiques et privées de première ligne dans deux régions du Québec. Dans Béland F, Contandriopoulos A-P, Quesnel-Vallée A, Robert L. Le privé dans la santé : un débat sans fin? (à paraître 2008).

Pineault R, Levesque J-F, Tousignant P, Beaulne G, Hamel M, Poirier L-R, Raynault M-F, Bénigeri M, Roberge D, Lamarche P, Haggerty J, Hanley J, Bergeron P, Dulude S, Marcil M. (2004). L'accessibilité et la continuité dans la population: l'influence des modèles d'organisation des services de santé de première ligne. Projet financé par la Fondation Canadienne de Recherche sur les Services de Santé, 2004. FCRSS RC1-1091-05.

Pineault R, Levesque J.-F, Hamel M, Roberge D, Prud'Homme A, Perron M, Simard B, Foisy L. Le profil et le type d'organisation de première ligne ont-ils un lien dans l'expérience de soins de leur clientèle? Résultats d'une étude dans deux régions du Québec. *Infolettre*, février 2007, 4 (1):2-6.

Pineault R, Levesque J.-F, Hamel M, Roberge D, Prud'Homme A, Perron M, Simard B, Foisy L. Are the profile and type of organization of primary care linked to experience of care for their clients? Findings of a study in two regions of Quebec, *Infoletter*, February 2007, 4 (1):2-6.

Pineault R, Levesque J.F. Le type d'organisation des soins de première ligne a-t-il un effet sur l'expérience de soins rapportée par les utilisateurs? *Le Point en administration de la santé et des services sociaux*, Hiver 2007 – 2008, 3 (4): 12-14

Reid R, Haggerty J, McKendry R. Dissiper la confusion : Concepts et mesures de la continuité des soins. Rapport préparé pour la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2002, 18 pages.

Roberge D, Pineault R, Hamel M, Da Silva R, Cazale L, Levesque J-F, Ouellet D, Prudhomme A. Rapport méthodologique de l'analyse des contextes. L'accessibilité et la continuité des services de santé : Une étude sur la première ligne au Québec. Institut national de santé publique du Québec, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Centre de recherche de l'hôpital Charles LeMoine, décembre 2007.

Roberge D, Larouche D, Pineault R, Levesque J.-F, Hamel M, Simard B. L'urgence hospitalière : un substitut à la première ligne? Résultats d'une enquête auprès de la population de Montréal et de la Montérégie. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Institut national de santé publique du Québec et Centre de recherche de l'Hôpital Charles LeMoine, Rapport et résumé, mars 2007 (Résumé anglais : Hospital emergency departments: Substitutes for primary care? Results of a survey among the population of Montréal and Montérégie.

Romanow RJ. Guidé par nos valeurs. L'avenir des soins de santé au Canada, rapport final. Saskatoon : Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada; 2002.

Reid R, Haggerty J, McKendry R. Dissiper la confusion : Concepts et mesures de la continuité des soins. Rapport préparé pour la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2002, 18 pages.

Safran DG, Kosinski M, Tarlov AR, Rogers WH, Taira DH, Lieberman N, Ware JE. The Primary Care Assessment Survey: tests of data quality and measurement performance. *Med Care*. 1998 May;36(5):728-39.

Safran DG, Tarlov AR, Rogers WH. Primary care performance in fee-for-service and prepaid health care systems. Results from the Medical Outcomes Study. *JAMA*, 1994 May 25;271(20):1579-86.

Savard I, Rodrigue J. Des omnipraticiens à la grandeur du Québec. Évolution des effectifs et des profils de pratique. Édition 2007.

Sinclair D. Health Services Restructuring Commission (Duncan Sinclair, Chair), Primary Health Care Strategy - Advice and Recommendations to the Honourable Elizabeth Witmer, Minister of Health, Government of Ontario, December 1999, 170 pages.

Schoen C, Osborn R, Trang Huynh P, Doty M, Davis K, Zapert K, Peugh J, Primary Care and Health System Performance: Adults Experiences In Five Countries; Differing performance lever among

countries highlight the potential for improvement and cross-national learning. Primary Care Health Affairs; w4:487-503. 2004.

Scott WR, Mendel P, Pollack S. Environments and fields: Studying the evolution of a field of medical care organizations. In: Powell WW, Jones DL (eds). How Institutions Change. University of Chicago Press, forthcoming: Revised February 2004:2-38.

SOM. Sondage sur l'accessibilité et la continuité dans la population : l'influence des modèles d'organisation des services de première ligne. Rapport méthodologique présenté à la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, à l'Institut national de santé publique du Québec et au Centre de recherche de l'hôpital Charles LeMoyné, Septembre 2005, 22 pages.

SPAD: logiciels pour l'Analyse des Données - Data Mining - Analyse Prédictive - Statistique Décisionnelle - Contrôle et Gestion de la Qualité des Données.

Starfield B. Primary care: Balancing Health Needs, Services and Technology. New York: Oxford University Press, 1998, 438 pages.

ANNEXE A – GLOSSAIRE

Accessibilité des services

La notion d'accessibilité représente l'attribut d'une institution ou d'un service pour lesquels un accès est possible. L'accès réfère à la possibilité d'obtenir un service de santé en présence d'un besoin ressenti et d'un désir de soins (Frenk, 1992; Penchansky et Thomas, 1981). On peut évaluer l'accès des populations en termes de barrières à l'utilisation de services à l'aide d'enquêtes de populations ou d'enquêtes de perception des patients (Starfield, 1998).

Dans le cadre de cette étude, est considérée accessible une organisation de santé qui peut facilement être utilisée : pour laquelle il y a peu de barrières géographiques, organisationnelles, économiques ou culturelles à son utilisation par les personnes. L'accessibilité est ainsi un jugement porté sur la possibilité et la facilité avec laquelle un service ou une ressource est utilisée (Haggerty, Burge et al., 2008; Donabedian, 1973; Dussault, 1993).

Affiliation

L'affiliation décrit l'action de s'affilier ou d'adhérer à une organisation. Dans le contexte de cette étude, l'affiliation décrit le fait d'avoir un lien formel ou informel avec un médecin de famille ou une organisation de services de santé de première ligne.

Besoins non comblés

La notion de besoins non comblés décrit une situation pour laquelle une personne perçoit ou ressent le besoin d'obtenir des services de santé sans les obtenir.

Clinique-réseau

De façon plus spécifique, l'offre de services de ces instances cible plus particulièrement : (1) la prise en charge continue et intégrée des clientèles, particulièrement, des clientèles vulnérables; (2) l'accessibilité en tout temps aux soins de première ligne de même qu'aux besoins urgents de recours à des plateaux techniques et à la consultation spécialisée (Gouvernement du Québec, 2006). En somme, sur le plan de l'offre de services, la clinique-réseau semble ajouter à ce qui est prévu dans les GMF une gamme plus étendue de services, incluant un plateau technique de base, ainsi qu'un accès aux services spécialisés. Au départ, on prévoyait implanter de 15 à 20 cliniques-réseau à Montréal. En janvier 2006, on en comptait 13. Leur développement a reçu l'aval du MSSS qui en fait un élément essentiel pour la consolidation des services de première ligne. On retrouve en 2007 16 cliniques-réseau sur le territoire montréalais.

Continuité des services

La continuité décrit l'absence de bris dans une séquence temporelle au cours de laquelle plusieurs services doivent être donnés. Ces services sont continus s'ils s'enchaînent l'un à l'autre de façon harmonieuse. La continuité résulte d'attributs des ressources permettant cet enchaînement : les

mêmes personnes offrent les services, l'information circule entre les épisodes de soins ou entre les différents lieux où sont offerts les services (Reid et al., 2002).

La continuité peut-être vue comme englobant trois dimensions : l'aspect informationnel (transfert et accumulation de l'information nécessaire au traitement de la personne); l'aspect clinique (approche) (les soins sont prodigués dans une séquence temporelle cohérente); l'aspect relationnel : la relation entre le patient et les professionnels est stable dans le temps (Haggerty, Burge et al., 2008; Reid, Haggerty et al., 2002).

Expérience de soins

Dans le cadre de l'étude, l'expérience de soins décrit la façon dont les soins et les services reçus sont perçus ou ressentis par les personnes. L'expérience de soins inclut divers attributs pouvant être évalués par les personnes (par exemple l'accessibilité, la continuité, la globalité, la réactivité ou les résultats des services).

Globalité des services

La globalité est un concept qui sert à décrire l'ensemble des services requis pour répondre à la majorité des besoins de santé courants d'une communauté. Des services globaux s'adressent, en fonction des besoins de santé présentés, à toutes les dimensions de la personne (biologique, psychologique et sociale), à toutes les dimensions de la santé (la capacité fonctionnelle, la sensation, la cognition) ou à toutes les étapes du continuum d'intervention (promotion, prévention, diagnostique, traitement, palliation). La globalité des soins peut être générée par la disponibilité dans une institution de tous les services nécessaires pour le patient ou par l'assurance de l'accès à d'autres services dans d'autres institutions (Starfield, 1998).

Groupe de médecine de famille

Un groupe de médecine de famille (GMF) est un regroupement d'environ 6 à 10 médecins pour 10 à 20 000 personnes, qui travaillent en étroite collaboration avec des infirmières pour prodiguer des services auprès de personnes inscrites sur une base non géographique. Le GMF offre des services avec et sans rendez-vous et assure une disponibilité 24 heures par jour et 7 jours par semaine via des heures d'ouverture accrues le soir (jusqu'à 21 h) et la fin de semaine (4 heures minimum) et par l'établissement de garde téléphonique durant les heures de fermeture. Les médecins en GMF travaillent en collaboration avec une infirmière sur place et avec des services communautaires selon des modalités négociées avec un Centre Local de Services Communautaires. Approximativement 145 GMF sont maintenant implantés au Québec, dont 43 dans les deux régions à l'étude.

Médecin de famille

Pour les fins de cette étude, la notion de médecin de famille se rapporte à l'identification par le répondant d'un « médecin de famille ». Aucune définition précise n'a été donnée aux répondants

lors de l'enquête. Une question directe - « Avez-vous un médecin de famille? » - ainsi que deux questions indirectes - « À cet endroit, y a-t-il un médecin en particulier qui prend la responsabilité de vos soins de santé? Considérez-vous ce médecin comme votre médecin de famille? » - ont été utilisées pour identifier l'affiliation à un médecin de famille.

Organisation

La définition adoptée dans cette étude considère comme une « organisation », les entités organisationnelles comportant un ou plusieurs médecins omnipraticiens qui offrent des services médicaux généraux. Les bureaux privés qui comportent un seul médecin correspondent ainsi à des « organisations ». Les bureaux et les cliniques qui comportent plus d'un médecin sont également considérés comme des « organisations », lorsque les médecins partagent un minimum de ressources administratives (locaux, secrétariat ou archives...), que leur pratique professionnelle soit intégrée ou non. Les points de services rattachés à un même CLSC, mais situés en des lieux différents et constitués d'équipes médicales différentes, sont considérés comme des organisations distinctes.

Premier contact

Dans le cadre de cette étude, le premier contact décrit l'utilisation de services de santé initiée par les personnes. Le premier contact consiste en la première évaluation médicale réalisée suite à l'identification d'un besoin de services par la personne et la recherche de soins.

Réactivité des services

La réactivité est un concept suggéré par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) consistant en la réponse aux attentes légitimes des populations en ce qui a trait aux éléments ou actions non reliés à l'aspect technique des traitements. La réactivité présenterait deux composantes principales que sont le respect des personnes (défini par les interactions des individus avec le système) et l'attention accordée au patient (incluant plusieurs dimensions de la satisfaction du consommateur qui ne sont pas fonction de l'aspect santé).

Le respect des personnes concerne la dignité de la personne; la confidentialité ou le droit pour le patient d'accéder aux informations écrites ou verbales concernant sa propre santé et l'autonomie qui est la possibilité de participer aux choix concernant sa propre santé, y compris celui des moyens d'investigation et de traitement qui lui seront ou non administrés.

La notion d'attention au patient inclut la rapidité de prise en charge en situation d'urgence et les délais raisonnables pour les cas non urgents, un environnement de qualité satisfaisante, comme des locaux propres et spacieux ou une bonne nourriture, l'accès à des réseaux de soutien social pendant et après les soins, et le choix du prestataire de soins (la personne ou l'organisation qui procurera les soins) (Murray, Frenk, 2000).

Résultats perçus des services

Dans le cadre de cette étude, les résultats perçus des services décrivent les effets ou les conséquences des services sur la santé des personnes, tels que perçus par les personnes. Ces effets peuvent inclure des conséquences directes sur l'état de santé perçu ou des conséquences sur les connaissances relatives à la santé. De plus, les résultats de soins peuvent inclure des résultats intermédiaires – tels l'adoption de comportements de santé – en plus des résultats de santé.

Services médicaux de première ligne

La notion de première ligne réfère à la présence d'un ensemble de ressources et de services qui sont consultés à prime abord en présence d'un problème de santé. Selon cette définition, la première ligne inclut les soins médicaux généraux visant au diagnostic des conditions courantes et à la première évaluation des conditions requérant par la suite des soins spécialisés. Les services médicaux de première ligne sont des services de santé situés à proximité des personnes et des communautés, qui détiennent des moyens diagnostics légers. Compte tenu du vaste éventail de besoins qui peuvent amener une personne à recourir au système de santé, plusieurs professionnels de la santé dispensent des services médicaux de première ligne, notamment médecins, infirmières, dentistes, optométristes, physiothérapeutes, psychologues, pharmaciens. Certains spécialistes offrent aussi des services médicaux de première ligne dans la mesure où ils peuvent être consultés pour tous problèmes de santé (pédiatres pour les enfants, gynécologues obstétriciens pour les soins relatifs à la reproduction et la naissance, internistes dans certains milieux).

Pour les fins de cette étude, les services médicaux de première ligne se rapportent aux endroits où des médecins de famille, généralistes ou omnipraticiens offrent des soins de premier contact (évaluation médicale) : les bureaux et cabinets de médecins, les cliniques et polycliniques médicales, les groupes de médecine de famille (GMF), les cliniques-réseau affiliées (CRA) et cliniques-réseau intégrées (CRI), les unités de médecine familiale (UMF) des CLSC et des centres hospitaliers universitaires, ainsi que les unités d'urgence hospitalières.

Source habituelle de soins

Pour les fins de cette étude, la source habituelle de soins est celle déclarée par la personne comme « l'endroit où vous allez habituellement pour voir un médecin pour vos soins médicaux généraux, en excluant les soins reçus par un spécialiste? ». Dans la situation où le répondant n'identifie pas d'endroit habituel, l'endroit où celui-ci s'est rendu le plus fréquemment dans les deux dernières années est identifié comme la source habituelle de soins.

Taxonomie d'organisations de première ligne

Regroupement des organisations de première ligne en classes homogènes et bien différenciées selon leur vision, les ressources dont elles disposent, leur structure organisationnelle et les pratiques organisationnelles qui les caractérisent.

ANNEXE B – ASPECTS DE LA MÉTHODOLOGIE

- B1 Les indices d'expérience de soins
- B2 La taxonomie d'organisation de services de première ligne
- B3 La taxonomie des contextes
- B4 Le score de conformité à l'idéal-type
- B5 Les analyses sur les relations entre les modèles d'organisation, l'expérience de soins, l'affiliation à un médecin de famille et les besoins non comblés

B1 Les indices d'expérience de soins

Construction factorielle des indices d'expérience de soins

Pour les fins de notre étude, il était nécessaire de développer des indices relatifs aux différents effets attendus des modèles d'organisation des services de première ligne. Le questionnaire populationnel offrait un ensemble très vaste de questions de nature déclarative (questions servant à rapporter les faits) et de nature évaluative (questions servant à évaluer la qualité perçue, la satisfaction ou l'accord avec un énoncé). Un nombre limité d'effets, mais couvrant l'étendue de l'expérience de soins, devait être développé pour les fins des analyses. Nous avons ainsi procédé à un développement d'indices synthétiques de différents concepts relatifs à l'expérience de soins des personnes.

Partant de l'ensemble des questions portant sur l'expérience de soins auprès de la source habituelle de soins, une quarantaine d'items ont été sélectionnés sur une base de jugement conceptuel. Ces items ont été sélectionnés selon leur appartenance aux concepts identifiés à l'origine de l'étude, soit : l'accessibilité géographique et organisationnelle, l'accessibilité de premier contact, l'accessibilité économique, la continuité d'affiliation et de suivi, la continuité informationnelle, la globalité, la réactivité, et les résultats de soins.

La distribution de fréquence de chaque item a été évaluée pour considérer les différentes échelles de réponse des items et estimer leur compatibilité. Seuls les items ayant des échelles de réponse à quatre catégories ont été retenus pour les analyses. Une mesure de la corrélation inter items a aussi été effectuée.

Des premières analyses factorielles exploratoires ont par la suite été effectuées en utilisant la procédure d'extraction en composante principale et la performance de solutions orthogonales (Varimax). Ces premières analyses, effectuées en ne considérant que les répondants ayant répondu à toutes les questions de l'échelle, ont porté sur l'ensemble des items de l'échelle d'expérience de soins et sur chacune des dimensions préalablement déterminées par la classification conceptuelle. La solution factorielle n'a que partiellement reproduit les classifications de l'attribution conceptuelle préalable. Ces résultats, mis en relation avec le modèle conceptuel, ont permis de regrouper les dimensions ou les items pour mieux refléter les concepts réellement évalués. Certains items présentant une communauté faible avec les facteurs ($<0,30$) ou une forte parenté de sens sans ajout d'information propre, ont alors été retirés de l'échelle.

De nouvelles analyses factorielles exploratoires ont été menées toujours en utilisant la procédure d'extraction en composante principale (PC) et la performance de solutions orthogonales (Varimax). L'homogénéité interne de l'échelle globale et de ses dimensions a été évaluée à l'aide de l'alpha de Cronbach. Ces dernières analyses ont permis de confirmer que le nouveau regroupement d'items, à l'exclusion de 10 items qui ont dû être retirés, constituait une classification factorielle valable.

Ces analyses factorielles ont généré huit indices d'expérience de soins. Ces indices sont ceux d'*accessibilité physique et organisationnelle* (5 items; alpha de Cronbach : 0,45); d'*accessibilité économique* (3 items; alpha de Cronbach : 0,42); de *continuité d'affiliation* (4 items; alpha de Cronbach : 0,70); de *continuité informationnelle* (3 items; alpha de Cronbach : 0,57); de *réactivité* (5 items; alpha de Cronbach : 0,70); de *globalité* (4 items; alpha de Cronbach : 0,78); de *résultats de soins* (5 items; alpha de Cronbach : 0,84); ainsi qu'un indice global d'expérience de soins (29 items; alpha de Cronbach : 0,87).

Les différents indices présentent des corrélations modérées à importantes entre elles. Ainsi, les indices de *réactivité*, de *globalité* et de *résultats des soins* présentent des corrélations élevées variant entre 0,64 et 0,75. La *continuité d'affiliation* et la *continuité informationnelle* présentent des corrélations modérées avec les autres indices d'expérience de soins, variant entre 0,35 et 0,58. L'indice d'*accessibilité géographique et organisationnelle* est aussi modérément corrélé avec la *globalité* (0,34) et la *réactivité* (0,36). Finalement, l'indice d'*accessibilité économique* présente de faibles corrélations avec les autres indices d'expérience de soins.

Pour chacun des indices d'expérience de soins, deux scores agrégés ont été construits, soit le score **factoriel** et le score du **seuil de performance**. Le score factoriel est calculé en additionnant les valeurs de l'échelle originale. Le score du seuil de performance est calculé à partir des variables dichotomisées en additionnant les valeurs 1 de chaque variable. Le point de dichotomisation a été établi par un groupe d'expert et correspond généralement à la catégorie supérieure de l'échelle originale, qui reçoit la valeur 1 et les autres 0. Ce score de performance est appelé SQUID en Anglais (Summary Quality InDex) (Feiger et al., 2007 ; Nietert et al., 2007). Ces deux scores sont exprimés en pourcentage, soit par dimension ou pour l'ensemble des dimensions.

Le tableau B1 qui suit présente le détail relatif à la composition des indices d'expérience de soins.

Tableau B1 : Composition des indices d'expérience de soins

Indice d'accessibilité géographique et organisationnelle alpha : 0,45; variance expliquée : 54,2 %

Libellé des questions	Échelle originale	Dichotomisation	%
L'emplacement de la clinique est adéquat	1) Beaucoup, 2) Moyennement, 3) Un peu, 4) Pas du tout, 95) ne sait pas	1 = beaucoup 0 = autres	79,9 20,1
Les heures d'ouverture de cet endroit sont adéquates	1) Beaucoup, 2) Moyennement, 3) Un peu, 4) Pas du tout, 95) ne sait pas	1 = beaucoup 0 = autres	60,3 39,7
Il est facile de parler à un médecin ou à une infirmière par téléphone à cet endroit lorsque c'est ouvert	1) Beaucoup, 2) Moyennement, 3) Un peu, 4) Pas du tout, 95) ne sait pas	1 = beaucoup et moyennement 0 = autres	57,8 42,2
Il est facile de parler à un médecin ou à une infirmière par téléphone à cet endroit lorsque c'est fermé	1) Beaucoup, 2) Moyennement, 3) Un peu, 4) Pas du tout, 95) ne sait pas	1 = beaucoup et moyennement 0 = autres	18,7 81,3
Il est facile d'entrer dans l'édifice où la clinique est située (escalier, ascenseur, rampe d'accès, etc.)	1) Beaucoup, 2) Moyennement, 3) Un peu, 4) Pas du tout, 95) ne sait pas	1 = beaucoup 0 = autres	88,7 11,3

Indice d'accessibilité économique

alpha : 0,42; variance expliquée : 46,4%

Libellé des questions	Échelle originale	Dichotomisation	%
Quand vous allez à cet endroit vous devez payer pour subir des examens de laboratoire ou de radiologie, qu'ils soient sur place où ailleurs (Ex. : des prélèvements, prise de sang, radiographie, scanner, mammographie, etc.)	1) Toujours, 2) Souvent, 3) Parfois, 4) Jamais, 95) Ne sait pas	1 = jamais 0 = autres	73,7 26,3
Quand vous allez à cet endroit, vous devez payer pour D'AUTRES services du médecin qui ne sont pas couverts par la régie de l'assurance-maladie ou qui ne sont pas remboursés par votre assurance personnelle (comme par exemple, lui faire compléter un formulaire	1) Toujours, 2) Souvent, 3) Parfois, 4) Jamais, 95) Ne sait pas	1 = jamais 0 = autres	73,7 26,3
Quand vous allez à cet endroit, vous devez payer pour des médicaments donnés sur place ou des fournitures telles que pansements, seringues, etc. ? (Par exemple des gouttes pour les yeux, pour une anesthésie locale, etc.)	1) Toujours, 2) Souvent, 3) Parfois, 4) Jamais, 95) Ne sait pas	1 = jamais 0 = autres	89,4 10,6

Indice de continuité d'affiliation et de suivi

alpha :0,70; variance expliquée : 53,8%

Libellé des questions	Échelle originale	Dichotomisation	%
Quand vous allez consulter à cet endroit, vous voyez le même médecin	1) Toujours, 2) Souvent, 3) Parfois, 4) Jamais, 95) Ne sait pas	1 = toujours souvent 0 = autres	75,0 25,0
Toujours en considérant votre expérience des deux dernières années, dites-moi si vous êtes beaucoup, moyennement, un peu ou pas du tout en accord avec les énoncés suivants : À cet endroit... votre histoire médicale est connue (vos maladies antérieures)	1) Beaucoup, 2) Moyennement, 3) Un peu, 4) Pas du tout, 95) ne sait pas	1 = beaucoup 0 = autres	70,7 29,3

Libellé des questions	Échelle originale	Dichotomisation	%
Toujours en considérant votre expérience des deux dernières années, dites-moi si vous êtes beaucoup, moyennement, un peu ou pas du tout en accord avec les énoncés suivants : À cet endroit... on est au courant de tous les médicaments prescrits que vous prenez	1) Beaucoup, 2) Moyennement, 3) Un peu, 4) Pas du tout, 95) ne sait pas	1 = beaucoup 0 = autres	79,4 19,6
À cet endroit... vous pouvez être suivi(e) pour un problème chronique, par exemple pour de la haute pression (hypertension artérielle), du diabète, maux de dos, etc.	1) Beaucoup, 2) Moyennement, 3) Un peu, 4) Pas du tout, 95) ne sait pas	1 = beaucoup 0 = autres	69,6 30,4

Indice de continuité informationnelle

alpha : 0,57; variance expliquée : 55,7%

Libellé des questions	Échelle originale	Dichotomisation	%
On vous a téléphoné ou rencontré(e) pour vous donner les résultats de ces tests ou examens	1) Toujours, 2) Souvent, 3) Parfois, 4) Jamais, 95) Ne sait pas	1 = toujours/souvent 0 = autres	67,0 33,0
Vous avez eu des explications claires sur les résultats de vos tests ou examens	1) Toujours, 2) Souvent, 3) Parfois, 4) Jamais, 95) Ne sait pas	1 = toujours 0 = autres	75,2 24,8
Après vos visites chez le ou les spécialistes (ou un autre généraliste), un médecin de la clinique a discuté avec vous du rapport des spécialistes	1) Toujours, 2) Souvent, 3) Parfois, 4) Jamais, 95) Ne sait pas	1 = toujours 0 = autres	51,1 49,9

Réactivité

alpha : 0,70; variance expliquée : 46,6%

Libellé des questions	Échelle originale	Dichotomisation	%
Vous sentez que l'on vous respecte	1) Beaucoup, 2) Moyennement, 3) Un peu, 4) Pas du tout, 95) ne sait pas	1 = beaucoup 0 = autres	86,0 14,0
À l'accueil, on vous reçoit avec courtoisie	1) Beaucoup, 2) Moyennement, 3) Un peu, 4) Pas du tout, 95) ne sait pas	1 = beaucoup 0 = autres	73,7 26,3

Libellé des questions	Échelle originale	Dichotomisation	%
On respecte votre intimité physique	1) Beaucoup, 2) Moyennement 3) Un peu, 4) Pas du tout, 95) ne sait pas	1 = beaucoup 0 = autres	90,7 9,3
Les médecins de cette clinique ou de ce bureau passent assez de temps avec vous	1) Beaucoup, 2) Moyennement, 3) Un peu, 4) Pas du tout, 95) ne sait pas	1 = beaucoup 0 = autres	67,1 32,9
Les locaux sont agréables	1) Beaucoup, 2) Moyennement, 3) Un peu, 4) Pas du tout, 95) ne sait pas	1 = beaucoup 0 = autres	69,0 31,0

Résultats de soins

alpha : 0,84; variance expliquée : 63,4%

Libellé des questions	Échelle originale	Dichotomisation	%
On répond clairement aux questions que vous posez (tout le personnel de la clinique)	1) Beaucoup, 2) Moyennement, 3) Un peu, 4) Pas du tout, 95) ne sait pas	1 = beaucoup 0 = autres	77,2 22,8
Les services que vous recevez à cet endroit vous permettent de mieux comprendre vos problèmes de santé	1) Beaucoup, 2) Moyennement, 3) Un peu, 4) Pas du tout, 95) ne sait pas	1 = beaucoup 0 = autres	68,4 31,6
Les services que vous recevez à cet endroit vous permettent de prévenir certains problèmes de santé avant qu'ils ne surviennent	1) Beaucoup, 2) Moyennement, 3) Un peu, 4) Pas du tout, 95) ne sait pas	1 = beaucoup 0 = autres	55,0 45,0
Les services que vous recevez à cet endroit vous permettent de bien contrôler vos problèmes de santé	1) Beaucoup, 2) Moyennement, 3) Un peu, 4) Pas du tout, 95) ne sait pas	1 = beaucoup 0 = autres	68,3 31,7
Les professionnels que vous voyez à cet endroit, vous aident à vous motiver à adopter de bonnes habitudes de vie comme cesser de fumer, mieux manger, etc.	1) Beaucoup, 2) Moyennement, 3) Un peu, 4) Pas du tout, 95) ne sait pas	1 = beaucoup 0 = autres	65,1 34,9

Globalité alpha : 0,78; variance expliquée : 61,1%

Libellé des questions	Échelle originale	Dichotomisation	%
À cet endroit... lors de vos visites, le médecin prend le temps de vous parler de prévention et vous interroge sur vos habitudes de vie	1) Beaucoup, 2) Moyennement, 3) Un peu, 4) Pas du tout, 95) ne sait pas	1 = beaucoup 0 = autres	61,7 38,3
À cet endroit... on vous aide à obtenir tous les soins dont vous avez besoin	1) Beaucoup, 2) Moyennement, 3) Un peu, 4) Pas du tout, 95) ne sait pas	1 = beaucoup 0 = autres	73,0 27,0
On tient compte de votre opinion et de ce que vous voulez dans les soins que l'on vous offre	1) Beaucoup, 2) Moyennement, 3) Un peu, 4) Pas du tout, 95) ne sait pas	1 = beaucoup 0 = autres	74,1 25,9
On vous aide à évaluer les pour et les contre lorsque vous devez prendre des décisions concernant votre santé	1) Beaucoup, 2) Moyennement, 3) Un peu, 4) Pas du tout, 95) ne sait pas	1 = beaucoup 0 = autres	70,3 29,7

Indice global incluant les 29 items d'expérience de soins
Alpha de Cronbach : 0,872
Variance expliquée : 53,8 %

B2 La taxonomie d'organisation de services de première ligne

B2.1 Méthode

La méthodologie utilisée dans cette étude relève des statistiques exploratoires multidimensionnelles. Cette stratégie permet de traiter une grande quantité d'informations et d'en faire la synthèse. L'objectif poursuivi dans ces analyses était de typer des classes homogènes d'organisations de services de première ligne. Les analyses ont été réalisées selon les étapes suivantes.

(1) **La construction des variables organisationnelles** s'est appuyée sur la conceptualisation des organisations proposée par Lamarche, Pineault et al., 2003. Une attention particulière a été portée au préalable à la transformation des variables numériques en variables nominales. Le codage qualitatif de toutes les variables a été effectué suivant deux principes : (1) l'existence d'un seuil naturel ou classique; (2) la recherche d'effectifs semblables dans les modalités. 43 variables ont été construites, logées sous chacune des dimensions suivantes : la vision (9 variables), les ressources (7 variables), la structure (10

variables) et les pratiques (17 variables). La liste des variables, les valeurs qu'elles prennent et les distributions sont présentées au tableau B2.

(2) Des **analyses factorielles** ont été conduites pour étudier les relations existantes entre les variables et les modalités des variables et réduire l'information sous des espaces factoriels. L'analyse des correspondances multiples (ACM) s'avère une technique particulièrement intéressante en mettant en exergue des liaisons non linéaires entre les variables. L'ACM réalisée par dimension a mis en lumière les structures de données les plus marquantes (axes factoriels ou facteurs), cohérentes avec le positionnement conceptuel de départ. En plus des indicateurs statistiques associés aux valeurs d'inertie (variance expliquée) des différents facteurs et à la dispersion des individus et des variables, une large part des décisions quant au nombre de facteurs à retenir a été tributaire de l'interprétation des facteurs, tel que recommandé par Lebart, Morineau et Piron (2000) qui accorde une grande importance aux connaissances sur l'objet d'étude. Enfin, une analyse en composante principale (ACP) a permis d'élaborer le modèle complet final qui intègre les axes factoriels de chacune des dimensions.

(3) La **classification hiérarchique ascendante** s'est avérée une stratégie efficace pour identifier les groupes de partitions pour lesquels la variance interne de chaque classe est minimale et la variance entre les classes maximale. Cette méthode utilise une première technique basée sur la ressemblance entre les individus selon la distance euclidienne, et une seconde qui procède par agrégation en appliquant le *critère de Ward généralisé*, critère basé sur la perte d'inertie minimum (ou variance) (Lebart, Morineau et Piron, 2000).

(4) **Le choix de la classification finale** repose sur la confrontation des résultats des analyses statistiques exprimés en distances inter classes et quotient d'inertie à la plausibilité théorique des regroupements. Les principaux indicateurs utilisés sont (Lebart, Morineau et Piron, 2000) :

- Inertie intra classes : mesure de variance intra classe qui exprime le degré d'homogénéité dans la classe.
- Inertie inter classe : mesure de variance inter classe qui exprime le degré d'hétérogénéité entre les classes.
- Distance : carré de la distance du Khi – 2 de l'origine au centre de gravité de la classe. « Plus la valeur est élevée, plus la classe est atypique et contient des individus très différents de l'individu moyen de l'échantillon ».
- Quotient d'inertie : inertie inter classe / inertie totale (rapport des variances).

Deux critères ont été utilisés pour arrêter le choix du regroupement optimal, les objectifs étant de minimiser la variance ou inertie intra classe et de maximiser la variance ou inertie inter classe. Le premier est basé sur le rapport des variances ou quotient d'inertie. On cherche le seuil pour lequel il n'y a plus d'augmentation significative ou gains substantiels. Le second critère concerne la différenciation des groupes. Il consiste à identifier le regroupement pour lequel l'ajout de classes n'apporte pas d'informations significatives additionnelles, tant sur le plan statistique que théorique.

(5) **La description et l'interprétation des modèles d'organisation** des services considère les modalités selon leur degré de « significativité ». Une valeur-test élevée (> 2 ; valeur absolue) signifie que la présence de cette modalité est significativement importante pour caractériser le regroupement. La valeur-test de 2

correspond au seuil de 1 % ou probabilité critique de 0.01. Les trois indicateurs suivants sont aussi utilisés à cette étape :

- % de la modalité dans la classe : % des organisations de la classe ayant la modalité,
- % de la modalité dans l'échantillon : % des organisations de tout l'échantillon ayant la modalité,
- % de la classe dans la modalité : % des organisations de la classe ayant la modalité parmi l'ensemble des organisations ayant cette modalité.

Tableau B2 : Taxonomie des organisations - Variables organisationnelles

Variables	Libellé de la variable	Catégories (%; 473 organisations)			
Vision					
V1	Étendue de la responsabilité « médicale »	1. + socio environnementale (63,2)	2. - socio environnementale (36,8)		
V2	Niveau de responsabilité	1. Population (12,5)	2. Clientèle (75,1)	3. Individu (12,5)	
V3	Priorité organisationnelle	1. Continuité des soins (79,7)	2. Accessibilité des services (20,3)		
V4	Importance accordée à l'expérience de soins	1.+ Élevé (33,2)	2. Moyennement élevé (35,3)	3. - élevé (31,5)	
V5	Responsabilité à l'égard de la santé et droit d'accès aux services	1. + sociale (44,2)	2. = sociale (36,8)	3. - sociale (19,0)	
V6	Rentabilité de l'entreprise	1. - important (47,6)	2. + important (52,4)		
V7	Valorisation du travail d'équipe	1. + important (48,6)	2. - important (51,4)		
V8	Resp. envers les gestionnaires et les collègues	1. + important (48,4)	2. - important (51,6)		
V9	Resp. envers la RAMQ et le CMQ	1. + important (68,9)	2. - important (31,1)		
Ressources					
R1	Nombre ETP mds	1. > 6 ETP (19,5)	2. 4-6 ETP (20,5)	3. 2-3 ETP (23,5)	4. ≤ 1 ETP (36,6)
R2	Présence d'une infirmière	1. Oui (36,6)	2. Non (63,4)		
R3	Présence d'autres prof./mds spécialistes	1. Spécialiste avec/sans prof.de la santé (52,2)	2. Professionnels de la santé seulement (26,2)	3. Aucun (21,6)	
R4	Source de financement des dépenses de fonctionnement	1. Budget public (11,4)	2. MD + budget public (7,4)	3. MD seul (81,2)	
R5	Contribution financière du patient/entreprises	1. Non (87,9)	2. Oui (12,1)		
R6	Technologie de l'information	1. 3 tech. et + (18,0)	2. 2 tech. (24,9)	3. 1 tech. (27,3)	4. aucune (29,8)
R7	Disponibilité d'un plateau technique sur place	1. radiologie avec / sans prélèvements (10,4)	2. prélèvement seul. (39,5)	3. aucun plateau tech (50,1)	

Variables	Libellé de la variable	Catégories (%; 473 organisations)		
Structure organisationnelle				
S1	Gouverne	1. Publique (11,6)	2. Privée (88,4)	
S2	Gestion médico-administrative	1. Gestionnaire administratif et médecin(s) (13,5)	2. md responsable et groupe de mds (42,7)	3. gouv non explicite (solo et aucune) (43,8)
S3	Ancienneté des médecins	1. > 5 ans (77,0)	2. <= 5 ans (23,0)	
S4	Temps de présence des médecins dans la clinique	1. élevé (58,6)	2. faible (41,4)	
S5	Mode de rémunération	1. Acte (88,4)	2. En fct Temps/mixte (11,6)	
S6	Partage des ressources adm. (locaux, personnels, etc.)	1. Beaucoup (31,1)	2. Moyen (31,5)	3. Aucun (37,4)
S7	Mécanisme de coordination des soins entre les professionnels	1. formel (27,7)	2. Informel (30,0)	3. Aucun (42,3)
S8	Entente de collaboration/1 ^{re} ligne (Cliniques et CLSC)	1. oui (49,7)	2. non (50,3)	
S9	Entente de collaboration/2 ^e ligne (CH)	1. oui (48,8)	2. non (51,2)	
SA	Participation des mds à des comités régionaux	1. oui (40,2)	2. non (59,8)	
Pratiques organisationnelles				
P1	Couverture temporelle (fin de semaine et soirée)	1. élevé (16,1)	2. Moyen (24,5)	3. Faible (59,4)
P2	Disponibilité situations urgentes (patients réguliers)	1. Élevé (11,4)	2. Moyen (55,2)	3. Faible (33,4)
P3	Participation à un réseau d'accessibilité médicale	1. Oui (9,3)	2. Non (90,7)	
PZ	Mode de consultation	1. + Rendez-vous (61,7)	2. Mixte (15,6)	3. + Sans rendez-vous (22,6)
P5	Consultation à : domicile, CH, CA	1. 2-3 lieux (21,6)	2. 1 lieu (23,0)	3. Aucun lieu (55,4)
P6	Durée des consultations	1. Long (30,4)	2. Moyen (31,9)	3. Court (37,6)
P7	Continuum des services (Diagn./prévention)	1. Très étendu (27,3)	2. Étendu (30,2)	3. Restreint (42,5)
P8	Procédures diagnostiques et thérapeutiques (nombre)	1. Beaucoup (7-10) (27,9)	2. Moyen (4-6) (31,3)	3. Peu (0-3) (40,8)
P9	Prise en charge des maladies chroniques	1. + prise en charge (33,8)	2. - prise en charge (66,2)	
PA	Soutien pour la prise de rendez-vous auprès des spécialistes	1. + soutien (35,7)	3. - soutien (64,3)	
PB	Rôle des infirmières	1. Rôle élargi (novateur) (22,4)	2. Rôle limité (traditionnel) (14,2)	3. Pas d'infirmière (63,4)
PC	Partage des activités cliniques (Entre les MDS)	1. + Partage (49,9)	2. - Partage (50,1)	
PD	Réseau de référence : 1 ^{re} ligne	1. élevé 1 ^{re} ligne (70,6)	2. faible 1 ^{re} ligne (29,4)	
PE	Réseau de référence 2 ^e ligne	1. élevé 2 ^e ligne (55,2)	2. faible 2 ^e ligne (44,8)	

Variables	Libellé de la variable	Catégories (%; 473 organisations)			
PF	Réseau de référence privé	1. élevé réseau privé (76,1)	2. faible réseau privé (23,9)		
PG	Affiliations organisationnelles des mds (1 ^{re} ligne et 2 ^e ligne)	1. Affiliation double (44,6)	2. Affiliation simple (40,0)	3. Aucune affiliation (15,4)	
PH	Maintien et évaluation de la compétence/modalités	1. + de mécanismes (20,5)	2. +/- de mécanismes (33,8)	3. - de mécanismes (45,7)	

B2.2 Analyses factorielles

L'ACM a fait émerger les structures de données les plus marquantes pour chacune des dimensions conceptuelles. Pour la vision, quatre axes factoriels ont été retenus avec 46 % d'inertie expliquée; pour les ressources, quatre axes avec 47 % d'inertie expliquée; pour la structure, trois axes avec 52 % d'inertie expliquée et pour les pratiques, quatre axes avec 31 % d'inertie expliquée. Une analyse en composante principale (ACP) a permis d'élaborer le modèle complet final qui intègre les axes factoriels de chacune des dimensions. Cinquante-six pour cent de l'inertie est expliqué.

B2.3 Classification des organisations et description des regroupements

Les techniques de l'analyse de classification hiérarchique ascendante ont été utilisées pour regrouper les organisations en classes homogènes et bien différenciées. L'arbre de classification obtenu est illustré à la figure B1.

Deux critères ont été utilisés pour arrêter le choix du regroupement optimal, les objectifs étant de minimiser la variance ou inertie intra classe et de maximiser la variance ou inertie inter classe. Le premier repose sur le quotient d'inertie. Les résultats illustrés à la figure B2 démontrent que l'augmentation du quotient d'inertie avec le nombre de classes tend vers un aplatissement à partir des regroupements en 5 ou 6 partitions. Après 6 partitions, les gains réalisés ne sont pas substantiels.

Figure B1 : Arbre de classification des organisations

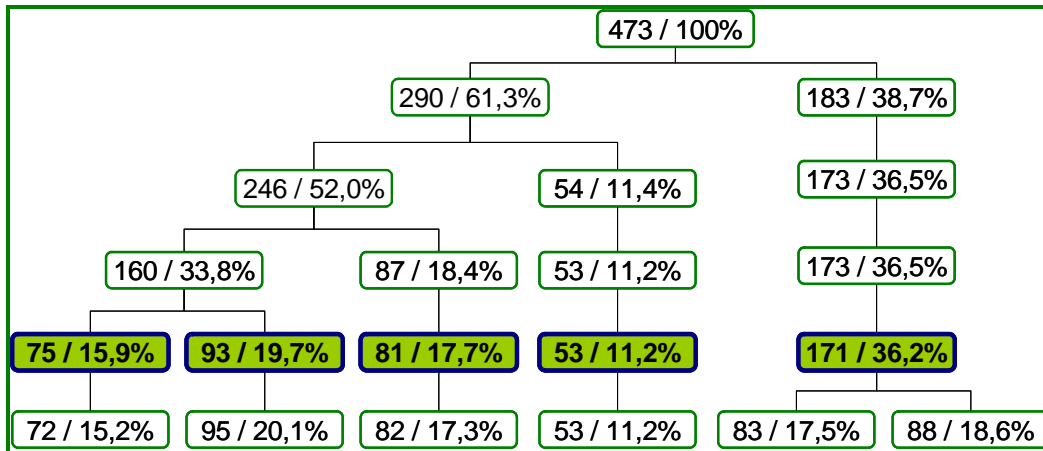
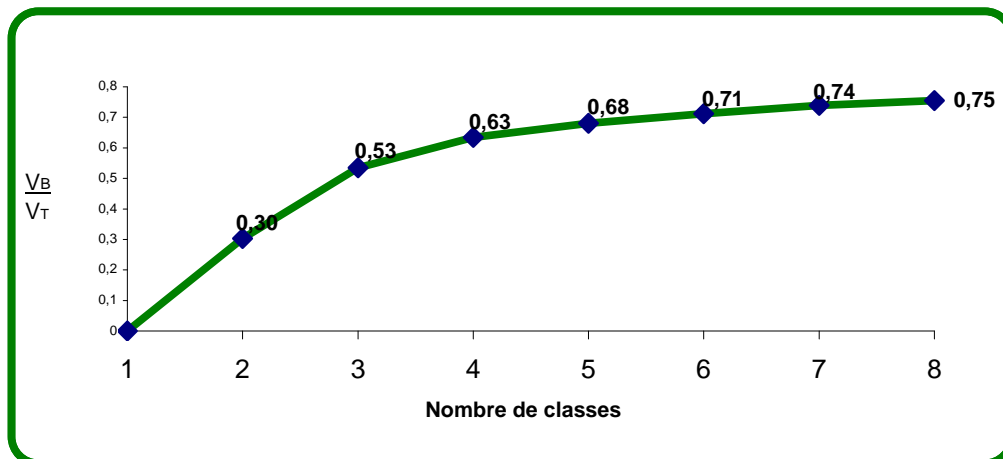


Figure B2 : Variation du quotient d'inertie selon le nombre de classes



Le second critère concerne la différenciation des groupes. L'analyse des distances entre les classes démontre que pour les regroupements à plus de cinq classes, certains groupes sont très rapprochés (donc peu différenciés). De plus, la composition des classes (variables et modalités significatives, valeurs-test ≥ 2), s'en trouve peu améliorée.

Sur ces bases, le regroupement en cinq classes a été jugé optimal. Les valeurs d'inertie (variance) intra classe et les distances inter classes apparaissent à la figure B3.

Figure B3 : Regroupement d'organisations en cinq classes : variance intra classes (VI) et distances inter classes

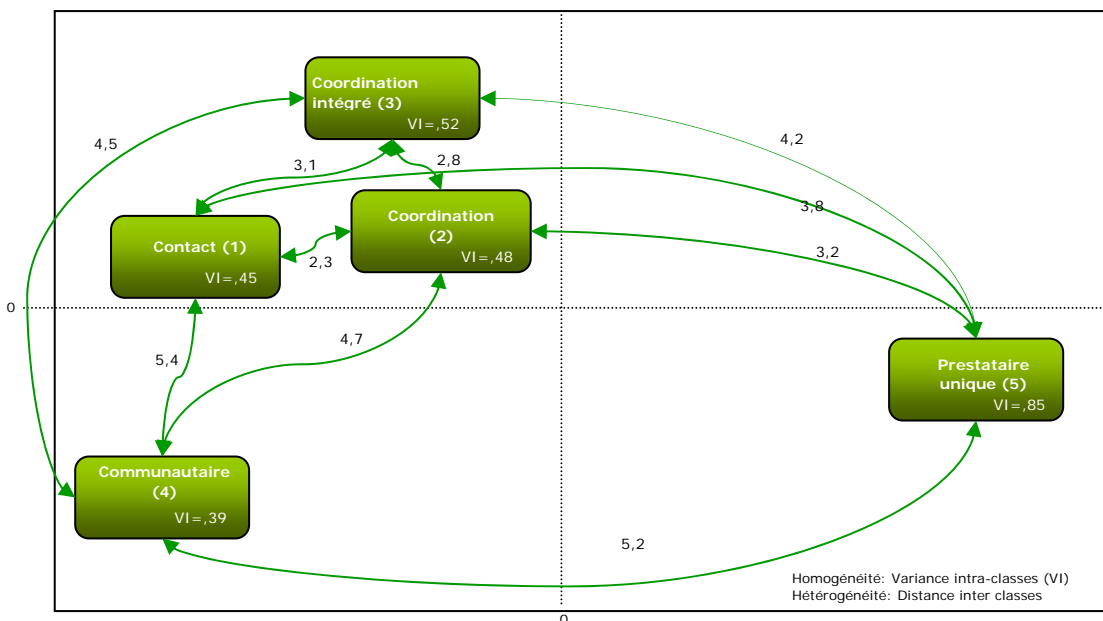


Tableau B3 : Description des regroupements d'organisations

Classe : Classe 1 / 5 (Effectif : 68 - Pourcentage : 14.38)

Modèle professionnel de contact			
Libellés des variables	Modalités caractéristiques	Valeur-Test	Histogramme
Vision			
(V2) Niveau de responsabilité	3. Individu	7,19	*****
(V3) Priorité organisationnelle	2. Accessibilité des	6,74	*****
(V1) Étendue de la responsabilité médicale	2.- socio. environnem	5,74	*****
(V8) Resp. envers les gestionnaires et les collègues	1. + important	5,24	*****
(V4) Importance accordée à l'expérience de soins	3.- élevé	3,85	*****
(V9) Resp. envers la RAMQ et le CMQ	1. + important	2,85	*****
(V6) Rentabilité de l'entreprise	2. + important	2,07	***
Ressources			
(R7) Disponibilité d'un plateau technique sur place	1. Radio avec/sans Pr	5,42	*****
(R3) Présence d'autres prof./mds spécialistes	1. Spécialistes avec/	5,15	*****

Modèle professionnel de contact			
Libellés des variables	Modalités caractéristiques	Valeur-Test	Histogramme
(R4) Sources de financement des dépenses de fonctionnement	3.Md seulement	5,08	*****
(R1) Nombre ETP mds	2. 4-6 ETP	2,66	****
Structure			
(S6) Partage des ressources adm. (locaux, personnels, etc.)	1.Beaucoup	4,48	*****
(S2) Gestion médico-administrative (organisationnelle)	1.Gestionnaire adm.	3,96	*****
(S7) Mécanisme de coordination des soins entre les professionnels	2.Informel	3,89	*****
(S4) Temps de présence des médecins dans la clinique (Majori)	2. faible	3,78	*****
(S1) Gouverne	2.Privée	3,71	*****
(S5) Mode de rémunération	1.À l'acte	3,71	*****
(S8) Entente de collaboration/1 ^{re} ligne (Cliniques et CLSC)	2. Non	3,25	*****
(S9) Entente de collaboration/2 ^e ligne (CH)	2. Non	2,83	*****
(S3) Ancienneté des médecins	2. <= 5 ans	2,07	***
Pratiques			
(PZ) Mode de consultation	3. + Sans rendez-vous	8,91	***** **
(P5) Consultation à : Domicile, CH, CA	3. Aucun lieu	5,80	*****
(PH) Maintien et évaluation de la compétence / Modalités	2.+/- de mécanismes	5,79	*****
(P2) Disponibilité situations urgentes (patients réguliers)	3.Faible	5,34	*****
(PC) Partage des activités cliniques (entre les MDs)	1.Élevé	5,26	*****
(P9) Prise en charge des maladies chroniques	2.- prise en charge	4,98	*****
(PA) Soutien pour la prise de rendez-vous auprès des spécial	2. - Soutien	3,67	*****
(PE) Réseau de référence : 2 ^e ligne	2.Faible 2 ^e ligne	3,16	*****
(P7) Continuum des services (Diagn./Prévention)	3.Restreint	2,80	*****
(PB) Rôle des infirmières	2.Rôle limité (tradi.)	2,78	*****
(P6) Durée des consultations	3.Court	2,65	****
(PG) Affiliations organisationnelles des mds (1 ^{re} ligne/2 ^e)	1.Affiliation double	2,41	****
(P1) Couverture temporelle (FDS et soirée)	2.Moyen	2,32	****
(P8) Procédures diagnostiques et thérapeutiques (Nombre)	1. Beaucoup (7-10)	2,15	****

Classe : Classe 2 / 5 (Effectif : 104 - Pourcentage : 21.99)

Modèle professionnel de coordination			
Libellés des variables	Modalités caractéristiques	Valeur-Test	Histogramme
Vision			
(V7) Valorisation du travail d'équipe	1. + important	5,84	*****
(V8) Resp. envers les gestionnaires et les collègues	1. + important	4,51	*****
(V2) Niveau de responsabilité	2. Clientèle	3,64	*****
(V3) Priorité organisationnelle	1. Continuité des soi	2,78	*****
(V4) Importance accordée à l'expérience de soins	1.+ Élevé	2,10	***
Ressources			
(R1) Nombre ETP mds	3. 2-3 ETP	8,43	***** *
(R4) Sources de financement des dépenses de fonctionnement	3. Md seulement	6,10	*****
(R3) Présence d'autres prof./mds spécialistes	1. Spécialistes avec/	3,86	*****
(R7) Disponibilité d'un plateau technique sur place	2. Prélèvement seul.	3,02	*****
(R1) Nombre ETP mds	2. 4-6 ETP	2,72	*****
(R2) Présence d'une infirmière	2. Non	2,71	****
Structure			
(S7) Mécanisme de coordination des soins entre les professionnels	2. Informel	6,63	*****
(S2) Gestion médico-administrative (organisationnelle)	2. Md responsable et	6,08	*****
(S1) Gouverne	2. Privée	4,93	*****
(S5) Mode de rémunération	1. À l'acte	4,93	*****
(S6) Partage des ressources adm. (Locaux, personnels, etc.)	1. Beaucoup	4,49	*****
(S6) Partage des ressources adm. (Locaux, personnels, etc.)	2. Moyen	3,46	*****
(S9) Entente de collaboration/2 ^e ligne (CH)	2. Non	3,19	*****
(S8) Entente de collaboration/1 ^{re} ligne (Cliniques et CLSC)	2. Non	2,26	****
Pratiques			
(PH) Maintien et évaluation de la compétence / Modalités	2. +/- de mécanismes	7,42	*****
(PC) Partage des activités cliniques (Entre les MDS)	1. Élevé	6,25	*****
(PF) Réseau de référence : Privé	1. Élevé privé	4,94	*****
(PE) Réseau de référence : 2 ^e ligne	1. Élevé 2 ^e ligne	4,58	*****
(P7) Continuum des services (Diagn./Prévention)	2. Étendu	4,03	*****

Modèle professionnel de coordination			
Libellés des variables	Modalités caractéristiques	Valeur-Test	Histogramme
(P3) Participation à un réseau d'accessibilité médicale	2.Non	3,62	*****
(P6) Durée des consultations	3. Court	3,26	*****
(PB) Rôle des infirmières	3. Pas d'infirmière	2,71	****
(P8) Procédures diagnostiques et thérapeutiques (Nombre)	2. Moyen (4-6)	2,35	****
(P2) Disponibilité situations urgentes (patients réguliers)	3. Faible	2,04	***
(PG) Affiliations organisationnelles des mds (1 ^{re} ligne/2 ^e)	1. Affiliation double	2,03	***

Classe : Classe 3 / 5 (Effectif : 72 - Pourcentage : 15.22)

Modèle professionnel de coordination intégrée			
Libellés des variables	Modalités caractéristiques	Valeur-Test	Histogramme
Vision			
(V7) Valorisation du travail d'équipe	1. + important	7,36	*****
(V8) Resp. envers les gestionnaires et les collègues	1. + important	7,10	*****
(V2) Niveau de responsabilité	1.Population	3,41	*****
(V6) Rentabilité de l'entreprise	2. + important	2,52	****
(V1) Étendue de la responsabilité médicale	1.+ socio.environnem	2,16	****
Ressources			
(R4) Sources de financement des dépenses de fonctionnement	2.Md + Budget pub	9,72	***** ***
(R2) Présence d'une infirmière	1.Oui	6,31	*****
(R1) Nombre ETP mds	1. > 6 ETP	5,80	*****
(R6) Technologies d'information	1. 3 tech.et +	4,79	*****
(R3) Présence d'autres prof./mds spécialistes	1.Spécialistes avec/	4,43	*****
(R7) Disponibilité d'un plateau technique sur place	1.Radio avec/sans Pr	3,47	*****
(R1) Nombre ETP mds	2. 4-6 ETP	2,66	****
Structure			
(S8) Entente de collaboration/1ère ligne (Cliniques et CLSC)	1. Oui	7,17	*****
(S9) Entente de collaboration/2 ^e ligne (CH)	1. Oui	7,02	*****
(S6) Partage des ressources adm. (locaux, personnels, etc.)	1.Beaucoup	6,95	*****
(S7) Mécanisme de coordination des soins entre les professionnels	1.Formel	6,66	*****

Modèle professionnel de coordination intégrée			
Libellés des variables	Modalités caractéristiques	Valeur-Test	Histogramme
(SA) Participation des médecins à des comités régionaux	1.Oui	6,40	*****
(S2) Gestion médico-administrative (organisationnelle)	1.Gestionnaire adm.	4,35	*****
(S1) Gouverne	2.Privée	3,86	*****
(S5) Mode de rémunération	1.À l'acte	3,86	*****
(S2) Gestion médico-administrative (organisationnelle)	2.Md responsable et	3,54	*****
Pratiques			
(PC) Partage des activités cliniques (entre les MDS)	1.Élevé	8,07	*****
(PB) Rôle des infirmières	1.Rôle élargi (novat	6,36	*****
(P3) Participation à un réseau d'accessibilité médicale	1.Oui	6,34	*****
(P8) Procédures diagnostiques et thérapeutiques (Nombre)	1. Beaucoup (7-10)	6,08	*****
(PH) Maintien et évaluation de la compétence / Modalités	1.+ de mécanismes	6,06	*****
(P1) Couverture temporelle (FDS et soirée)	1.Élevé	5,95	*****
(P5) Consultation à : Domicile, CH, CA	1. 2-3 lieux	4,66	*****
(PF) Réseau de référence :Privé	2.Faible privé	4,08	*****
(P7) Continuum des services (Diagn./Prévention)	1.Très étendu	3,83	*****
(PG) Affiliations organisationnelles des mds (1 ^{re} ligne/2 ^e)	1.Affiliation double	3,44	*****
(PA) Soutien pour la prise de rendez-vous auprès des spécial	1. + Soutien	3,09	*****
(P6) Durée des consultations	2.Moyen	2,56	****

Classe : Classe 4 / 5 (Effectif : 55 - Pourcentage : 11.63)

Modèle communautaire			
Libellés des variables	Modalités caractéristiques	Valeur-Test	Histogramme
Vision			
(V6) Rentabilité de l'entreprise	1. - important	7,44	*****
(V7) Valorisation du travail d'équipe	1. + important	4,01	*****
(V2) Niveau de responsabilité	1.Population	3,76	*****
(V1) Étendue de la responsabilité médicale	1.+ socio.environnem	3,69	*****
(V8) Resp. envers les gestionnaires et les collègues	1. + important	3,14	*****
(V3) Priorité organisationnelle	1.Continuité des soi	3,02	*****
(V5) Responsabilité à l'égard de la santé et droits d'accès	1. + Sociale	2,94	*****

Modèle communautaire			
Libellés des variables	Modalités caractéristiques	Valeur-Test	Histogramme
Ressources			
(R4) Sources de financement des dépenses de fonctionnement	1.Budget public	17,71	***** ***** ***
(R2) Présence d'une infirmière	1.Oui	9,55	***** ***
(R7) Disponibilité d'un plateau technique sur place	2.Prélèvement seul.	6,69	*****
(R1) Nombre ETP mds	1. > 6 ETP	6,44	*****
(R6) Technologies d'information	1. 3 tech.et +	5,58	*****
(R3) Présence d'autres prof./mds spécialistes	2.Prof.santé seul.	4,94	*****
(R5) Contribution financière du patient/entreprises	1.Non	2,57	****
Structure			
(S1) Gouverne	1.Publique	18,05	***** ***** ****
(S5) Mode de rémunération	2.En fct temps/mixte	18,05	***** ***** ****
(S6) Partage des ressources adm. (Locaux, personnels, etc.)	2.Moyen	8,42	***** *
(S2) Gestion médico-administrative (organisationnelle)	2.Md responsable et	8,18	***** *
(S7) Mécanisme de coordination des soins entre les professionnels	1.Formel	6,12	*****
(SA) Participation des médecins à des comités régionaux	1.Oui	5,97	*****
Pratiques			
(PB) Rôle des infirmières	1. Rôle élargi (novat)	10,03	***** ****
(PH) Maintien et évaluation de la compétence / Modalités	1.+ de mécanismes	8,01	*****
(P6) Durée des consultations	1. Long	7,69	*****
(P7) Continuum des services (Diagn./Prévention)	1. Très étendu	6,80	*****
(PG) Affiliations organisationnelles des mds (1 ^{re} ligne/2 ^e)	1. Affiliation double	6,51	*****
(PD) Réseau de référence :1 ^{re} ligne	2. Faible 1 ^{re} ligne	5,50	*****
(P5) Consultation à : Domicile, CH, CA	1. 2-3 lieux	4,72	*****
(P5) Consultation à : Domicile, CH, CA	2. 1 lieu	3,18	*****
(PF) Réseau de référence :Privé	2.Faible privé	3,01	*****
(PC) Partage des activités cliniques (Entre les MDS)	1.Élevé	2,03	***

Classe : Classe 5 / 5 (Effectif : 174 - Pourcentage : 36.79)

Modèle professionnel à prestataire unique			
Libellés des variables	Modalités caractéristiques	Valeur-Test	Histogramme
Vision			
(V8) Resp. envers les gestionnaires et les collègues	2. - important	16,38	***** ***** *
(V7) Valorisation du travail d'équipe	2. - important	13,95	***** *****
(V2) Niveau de responsabilité	2. Clientèle	2,89	*****
Ressources			
(R1) Nombre ETP mds	4. <= 1 ETP	20,01	***** ***** *****
(R7) Disponibilité d'un plateau technique sur place	3. Aucun plateau tech	9,21	***** **
(R2) Présence d'une infirmière	2. Non	8,75	***** *
(R4) Sources de financement des dépenses de fonctionnement	3. Md seulement	8,07	*****
(R3) Présence d'autres prof./mds spécialistes	3. Aucun	7,08	*****
(R6) Technologies d'information	4. Aucune	5,29	*****
(R3) Présence d'autres prof./mds spécialistes	2. Prof. santé seul.	2,34	****
Structure			
(S6) Partage des ressources adm. (Locaux, personnels, etc.)	3. Aucun	21,73	***** ***** *****
(S2) Gestion médico-administrative (organisationnelle)	3. Gouv. non explicit	20,77	***** ***** *****
(S7) Mécanisme de coordination des soins entre les professionnels	3. Aucun	18,02	***** ***** ****
(SA) Participation des médecins à des comités régionaux	2. Non	7,07	*****
(S1) Gouverne	2. Privée	6,99	*****
(S5) Mode de rémunération	1. À l'acte	6,99	*****
(S4) Temps de présence des médecins dans la clinique (Majori)	1. élevé	5,02	*****
(S3) Ancienneté des médecins	1. > 5 ans	2,91	*****
Pratiques			
(PH) Maintien et évaluation de la compétence / Modalités	3. - de mécanismes	20,02	***** ***** *****

Modèle professionnel à prestataire unique			
Libellés des variables	Modalités caractéristiques	Valeur-Test	Histogramme
(PC) Partage des activités cliniques (Entre les MDS)	2.Faible	18,07	***** ***** ***
(PG) Affiliations organisationnelles des mds (1 ^{re} ligne/2 ^e)	3.Aucune affiliation	10,31	***** ****
(PB) Rôle des infirmières	3.Pas d'infirmière	8,75	***** *
(P8) Procédures diagnostiques et thérapeutiques (Nombre)	3. Peu (0-3)	8,47	***** *
(PZ) Mode de consultation	1.+ Rendez-vous	7,09	*****
(P7) Continuum des services (Diagn./Prévention)	3.Restreint	5,51	*****
(P1) Couverture temporelle (FDS et soirée)	3.Faible	5,15	*****
(P9) Prise en charge des maladies chroniques	1.+ prise en charge	4,93	*****
(P2) Disponibilité situations urgentes (patients réguliers)	1.Élevé	4,60	*****
(P3) Participation à un réseau d'accessibilité médicale	2.Non	3,37	*****
(PG) Affiliations organisationnelles des mds (1 ^{re} ligne/2 ^e)	2.Affiliation simple	3,10	*****
(P5) Consultation à : Domicile, CH, CA	3. Aucun lieu	2,72	*****
(PD) Réseau de référence :1 ^{re} ligne	1.Élevé 1ere ligne	2,46	****
(P2) Disponibilité situations urgentes (patients réguliers)	2.Moyen	2,21	****
(PF) Réseau de référence : Privé	1.Élevé privé	2,05	***

B3 Taxonomie des contextes

Un rapport méthodologique sur l'analyse des contextes a été produit (Roberge, Pineault et al., 2007). Ce rapport vise à présenter la méthode et les résultats de ce volet de l'étude. L'approche utilisée, les variables choisies et le processus de développement de la taxonomie y sont détaillés. Quelques informations les plus utiles pour comprendre la section sur la méthodologie sont rapportées dans ce qui suit.

Les variables retenues pour l'analyse des contextes sont présentées au tableau B4. Les résultats des analyses statistiques sont présentées aux figures B4 et B5. Les résultats présentés sont exprimés en termes de :

- Quotient = Inertie (variance) inter classes / Inertie (Variance) totale (+ le quotient est élevé + l'inertie inter classes est grande).
- Inertie totale = inertie (variance) totale du nuage des individus (c'est une valeur identique pour toutes les partitions).
- Inertie inter classes = variance inter classes, elle mesure l'hétérogénéité entre les classes de la partition.

- Partition : elle correspond à un nombre de groupes des contextes. Le nombre de groupes présentés passe de 2 à 10.

Enfin, les distances inter classes, exprimant la différenciation des groupes, sont représentées à la figure B6 et au tableau B5.

Tableau B4 : Variables retenues pour l'analyse

Dimensions et variables	Modalités et effectifs de CSSS par modalité	Valeurs-seuil
Caractéristiques de la population (n=6)		
1. Population âgée de 65 ans et plus (%)	1. En deçà de la moyenne (n=4) 2. Autour de la moyenne (n=15) 3. Au-delà de la moyenne (n=4)	1. (- (X<11,3) 2. ((11,3(X(16,2) 3. (+ ((X>16,2)
2. Population âgée de 0 à 14 ans (%)	1. En deçà de la moyenne (n=3) 2. Autour de la moyenne (n=16) 3. Au-delà de la moyenne (n=4)	1. (- ((X<14,3) 2. ((14,3(X(19,8) 3. (+ ((X>19,8)
3. Espérance de vie à la naissance (années)	1. Inférieure à la moyenne et à la médiane (n=4) 2. Autour de la moyenne et de la médiane (n=13) 3. Supérieure à la moyenne et à la médiane (n=6)	1. EVN <78 ans 2. EVN =78 ou 79 ans 3. EVN = 80 ans et plus
4. Indice de défavorisation matérielle et sociale	1. Les favorisés (n=8) 2. Les favorisés matériellement (n=4) 3. Les favorisés socialement (n=4) 4. Les défavorisés (n= 7)	1. <u>Favorisés</u> : valeur des indices matériel et social inférieure ou égale à la médiane 2. <u>Favorisés matériellement</u> : valeur de l'indice matériel inférieure ou égale la médiane 3. <u>Favorisés socialement</u> : valeur de l'indice social inférieure ou égale à la médiane 4. <u>Défavorisés</u> : valeur des indices matériel et social supérieur à la médiane
Ressources (n=4)		
5. Disponibilité des ressources hospitalières et spécialisées	1. Faible (n=5) 2. Moyenne (n=13) 3. Élevée (n=5)	1. Score = 4 ou 5 2. Score = 6 ou 7 3. Score = 8 ou plus
6. Disponibilité de médecins omnipraticiens ETP (Ratio omnipraticiens par 1000 hab.)	1. Faible (n=8) 2. Moyenne (n=7) 3. Élevée (n=8)	1. X< 0,80 2. 0,80 ≤X ≤ 0,90 3. X> 0,90

Dimensions et variables	Modalités et effectifs de CSSS par modalité	Valeurs-seuil
7. Disponibilité des cliniques (nombre de cliniques par km ²)	1. Faible (n=10) 2. Moyenne (n=6) 3. Élevée (n=7)	1. $X < 0,22$ 2. $0,22 \leq X \leq 0,71$ 3. $X > 0,71$
8. IDP-IDR pour les services médicaux des omnipraticiens en cabinets privés	1. Marché fermé (n=12) 2. Marché mixte (n=5) 3. Marché ouvert (n=6)	IDP et IDR supérieurs à leur médiane respective IDP inférieur à la médiane/ IDR supérieur à la médiane IDP et IDR inférieurs à leur médiane respective
Collaborations cliniques (n=2)		
9. Degré de collaboration entre les services médicaux de 1 ^{re} ligne d'un même territoire de CSSS	1. Faible (n=19) 2. Élevée (n=4)	1. Collaboration faible ou plutôt faible 2. Collaboration élevée ou plutôt élevée
10. Degré de collaboration entre les services médicaux de 1 ^{re} ligne et les hôpitaux situés dans et à l'extérieur du territoire de CSSS	1. Faible (n=19) 2. Élevée (n=4)	1. Collaboration faible ou plutôt faible 2. Collaboration élevée ou plutôt élevée

Figure B4 : Inerties inter classes et intra classe

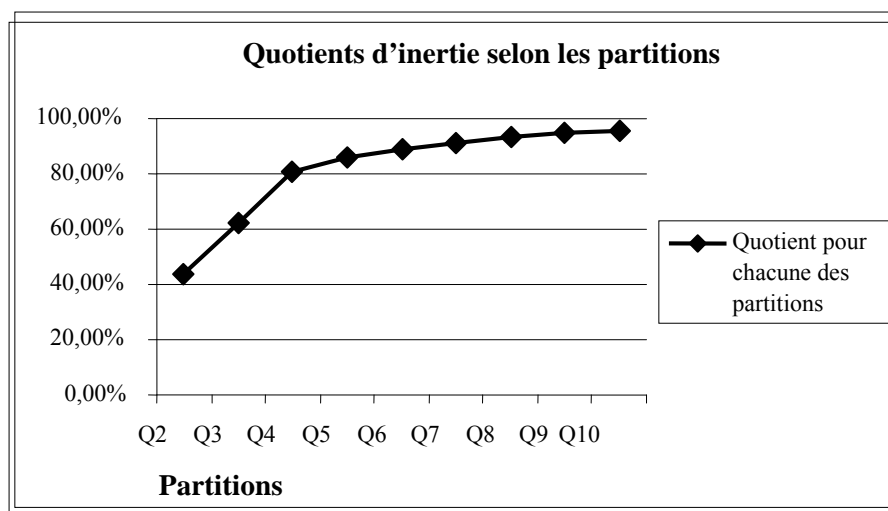
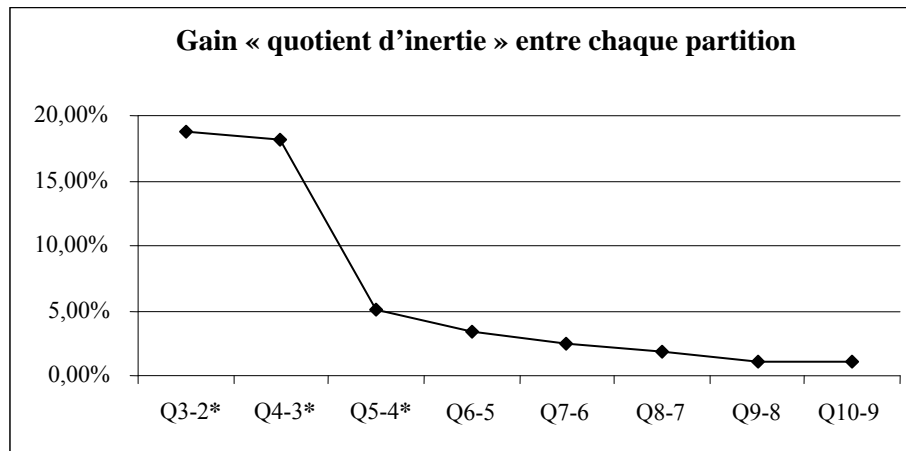


Figure B5 : Gain « quotient d'inertie entre les partitions »



* On remarque que le gain d'homogénéité en passant des partitions 2 à 3 et 3 à 4 est d'environ 18 points. Par contre, quand on passe de la partition 4 à 5, le gain chute à 5 points.

Figure B6 : Représentation graphique des 4 groupes sur les deux premiers axes factoriels

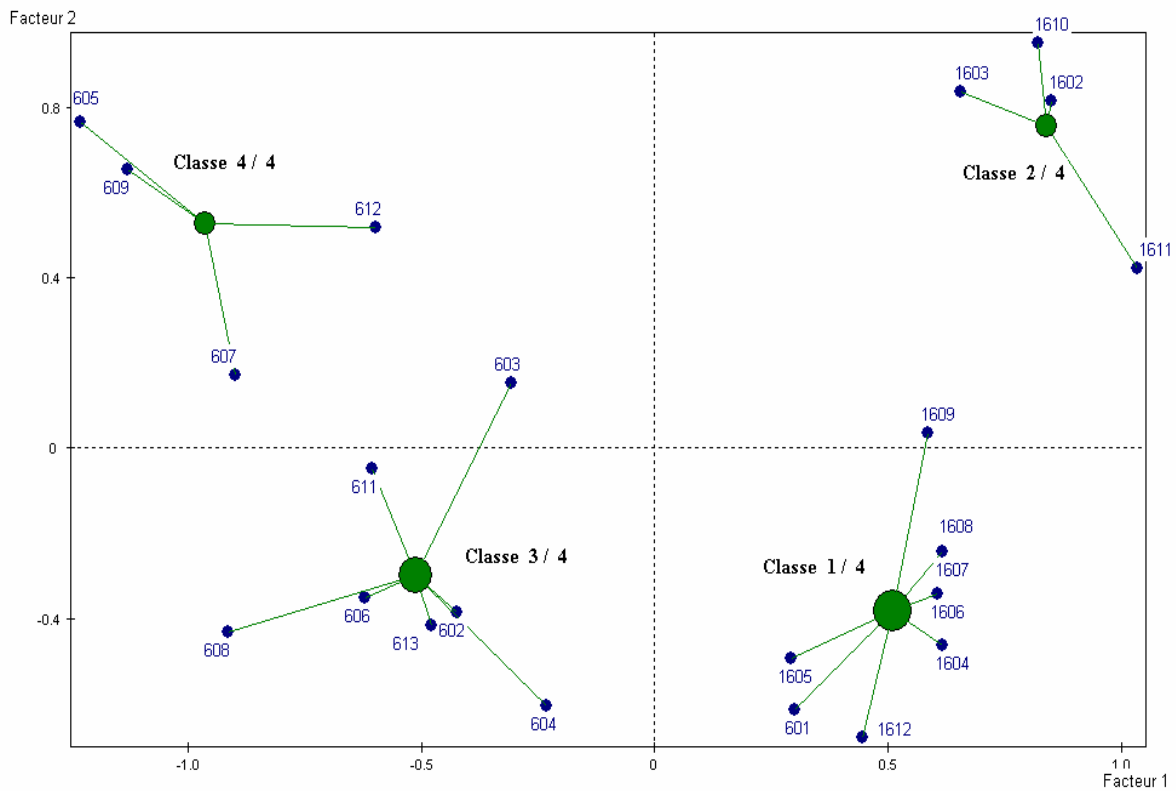


Tableau B5 : Distance des territoires de CSSS par rapport au centre de leur classe

Classe 1 / 4 Effectif : 8

Rang	Distance au centre de la classe	Libellé
1	0,06266	1607
2	0,06266	1608
3	0,06537	1606
4	0,11312	601
5	0,30885	1605
6	0,37596	1609
7	0,39002	1604
8	0,43177	1612

Classe 2 / 4 Effectif : 4

Rang	Distance au centre de la classe	Libellé
1	0,06103	1603
2	0,07609	1602
3	0,07619	1610
4	0,15449	1611

Classe 3 / 4 Effectif : 7

Rang	Distance au centre de la classe	Libellé
1	0,01621	602
2	0,01757	613
3	0,15872	606
4	0,22441	604
5	0,23779	611
6	0,27802	603
7	0,44700	608

Classe 4 / 4 Effectif : 4

Rang	Distance au centre de la classe	Libellé
1	0,13197	605
2	0,15065	612
3	0,25643	607
4	0,33979	609

B4 Le score de conformité à l'idéal-type

Ces indices mesurent le profil organisationnel à partir de 15 attributs regroupés autour de quatre dimensions : la vision, la structure, les ressources et les pratiques. Chaque attribut comporte deux valeurs (1,0) selon que l'organisation possède ou non cet attribut. Le score est exprimé en pourcentage soit pour chacune des dimensions soit pour l'ensemble. Le score global a été déterminé à partir des 15 attributs regroupés (tableau B6).

Tableau B6 : Composition des indices de conformité à l'idéal-type

Indice de vision		
Libellé	Codes	%
Ce qui est priorisé : continuité vs accessibilité	Cont = 1 Access = 0	79,1
Personnes qu'on vise à rejoindre	Pop = 1 Autres = 0	22,5
Partage de valeurs communes par les professionnels sur la mission	Oui = 1 Non = 0	37,2
Importance du travail d'équipe	Oui = 1 Non = 0	61,9
Indice de ressources		
Libellé	Codes	%
Nombre de MDs ETP (7 et +)	7 et + = 1 6 et - = 0	20,5
Rôle novateur de l'infirmière	Oui = 1 Non = 0	20,5
Technologies de l'information (3 et +)	3 et + = 1 2 et - = 0	18,3
Indice de structure		
Libellé	Codes	%
Partage des ressources (5 et +)	5 et + = 1 4 et - = 0	43,2
Partage des activités cliniques (4 et +)	4 et + = 1 3 et - = 0	51,4
Participation à un réseau d'accessibilité ou à un système de garde	Oui = 1 Non = 0	19,2
Assuré par l'infirmière de liaison	Oui = 1 Non = 0	18,0
Indice de pratiques		
Libellé	Codes	%
Importance du sans rendez-vous (25-50 % des visites)	25,5 %-50 % = 1 Autres = 0	16,5
Système de garde en dehors des heures d'ouverture	Oui = 1 Non = 0	25,8
Mesures pour la prise en charge et suivi des maladies chroniques	Oui = 1 Non = 0	33,2
Assistance de la clinique pour R.V. auprès des spécialistes	Oui = 1 Non = 0	35,0

B5 Les analyses sur les relations entre les modèles d'organisation, l'expérience de soins, l'affiliation à un médecin de famille et les besoins non comblés

Des analyses de régressions multiples ont été réalisées pour différentes variables dépendantes dans le cadre de cette étude. Nous avons analysé les facteurs associés à la déclaration de besoins non comblés de services de santé (régression logistique), les facteurs associés à l'affiliation à un médecin de famille (régression logistique) ainsi que les facteurs associés à une meilleure expérience de soins pour chacun des indices d'expérience de soins (régressions ordinales). Les analyses ont été faites avec pondération en tenant compte de l'effet du plan.

Chaque analyse a procédé de façon structurée par grandes étapes pour le développement des modèles multiples. Les variables présentant des données manquantes supérieures à 5 % ont été exclues de l'étude. Les variables associées à la variable dépendante d'intérêt présentant un test d'association bivarié significatif ont été considérées pour les analyses ($p < 0,20$). Les variables fortement corrélées avec d'autres variables significatives ont été exclues des analyses pour réduire les risques de multicollinéarité.

Les modèles de régression ont été développés par l'introduction progressive des blocs de variables suivants : les variables sociodémographiques et de statut économique, les variables d'état de santé et d'utilisation de services, les variables d'affiliation clinique et les variables relatives au contexte de vie. Les variables non significatives ont été exclues des modèles finaux.

Pour les modèles de régression des facteurs associés à l'expérience de soins, les indices agrégés (variable continue) ont été catégorisés en trois niveaux : 0-69 %; 70-89 %; 90 % et plus. Ces variables ont été modélisées à l'aide de régressions ordinales. L'hypothèse de proportionnalité a été testée en employant des modèles ordinaux avec coefficients fixes et avec coefficients variables (modèles partiellement proportionnels). L'hypothèse de proportionnalité a été respectée dans la grande majorité des modèles. Des analyses de sensibilité ont été réalisées en produisant des modèles de régression logistiques adoptant les contrastes « 90 % et plus - moins de 90 % » et « 70 % et plus - moins de 70 % ». Tous les modèles se sont avérés très stables.

ANNEXE C – PRÉSENTATIONS ET PRODUCTIONS

Communications – partenaires/ décideurs

Pineault R, Hamel M, Levesque JF. L'accessibilité et la continuité des services de santé : une étude sur la première ligne au Québec Quelques résultats Présentation sur invitation du MSSS du Québec, 11 février 2008.

Levesque JF, Pineault R, Roberge D, Hamel M, Lozier-Sergerie A. L'accessibilité et la continuité des services de santé : une étude sur la première ligne dans deux régions du Québec, réunion des chercheurs et de l'équipe de travail, 2 novembre 2007.

Hamel M, Roberge D. L'accessibilité et la continuité des services : une étude sur la première ligne au Québec. ASSS de la Montérégie, le 14 juin 2007.

Roberge D, Larouche D, Pineault R, Levesque JF, Hamel M, Simard B. L'urgence hospitalière : un substitut à la première ligne? ASSS de la Montérégie, 14 juin 2007.

Pineault R, Levesque JF, Hamel M, Roberge D, Simard B, Foisy L, Robert L. Mesurer l'association entre les modèles d'organisation de première ligne et l'expérience de soins des populations : aspects méthodologiques. Présentation au ministère de la Santé et des Services sociaux, 3 mai 2007.

Levesque JF, Hamel M, Roberge D. Mesurer l'association entre les modèles d'organisation de première ligne et l'expérience de soins des populations : résultats préliminaires. Présentation au ministère de la Santé et des Services sociaux, 3 mai 2007.

Pineault R. Évaluer les besoins de santé : Comment s'y prendre pour ne pas s'y perdre? Présentation au Département de santé publique de l'Hôpital Charles LeMoine, 18 avril 2007.

Levesque JF. L'accessibilité et la continuité des services de santé : Une étude sur la première ligne au Québec : L'expérience de soins de la population. Rencontre de la table locale du DRMG, CSSS Bordeaux-Cartierville-St-Laurent, 4 avril 2007.

Pineault R, Levesque JF, Hamel M, Roberge D, Prud'homme A, Perron M, Simard B, Foisy L. Les cliniques-GMF et les cliniques-réseau à Montréal et en Montérégie : Réalité et potentiel. Résultats d'une analyse secondaire des données de l'étude L'accessibilité et la continuité des services de santé : une étude sur la première ligne. Groupe de réflexion Chaire GETOS et INSPQ, Direction de santé publique de Montréal, 13 décembre 2006.

Pineault R, Levesque JF, Hamel M, Roberge D, Simard B, Foisy L, Robert L. L'accessibilité et la continuité des services de santé : une étude sur la première ligne – Résultats. Présentation au Comité consultatif, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 27 novembre 2006.

Pineault R, Levesque JF, Hamel M, Roberge D, Simard B, Foisy L, Robert L. L'accessibilité et la continuité des services de santé : une étude sur la première ligne – Résultats. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 31 octobre 2006.

Pineault R, Levesque JF, Hamel M, Roberge D, Simard B, Foisy L, Robert L. L'accessibilité et la continuité des services de santé : une étude sur la première ligne – Résultats. Comité de direction du département régional de médecine générale, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 25 octobre 2006.

Pineault R, Hamel M, L'accessibilité et la continuité des services de santé : une étude sur la première ligne – Résultats. Comités de coordination stratégique de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 20 octobre 2006.

Levesque JF, Pineault R. Descriptif populationnel et préliminaire organisationnel. Comité de gestion des réseaux locaux de Montréal (CGRM), 14 juin 2006.

Levesque JF, Roberge D, Pineault R, Simard B, Hamel M. Descriptif populationnel et préliminaire organisationnel. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 12 juin 2006.

Levesque JF, Roberge D, Pineault R, Simard B, Hamel M, Foisy L. Descriptif populationnel et préliminaire organisationnel. Présenté à l'Agence de la santé et des services sociaux de Montérégie, 1^{er} juin 2006.

Pineault R, Hamel M. L'accessibilité et la continuité des services de santé : une étude sur la première ligne. Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 1^{er} juin 2006.

Pineault R, Hamel M, Foisy L. Le mode d'organisation optimal des ressources et des services en Montérégie : une réflexion critique. Quatrième colloque montréalais sur les réseaux locaux de services, Château Vaudreuil, 25 et 26 mai 2006.

Levesque JF, Roberge D. L'accessibilité et la continuité des services de santé : une étude sur la première ligne. Présentation au Comité de coordination stratégique de la Montérégie, 12 mai 2006.

Pineault R, Levesque JF, Hamel M. Projet accessibilité et continuité des services de santé : une étude sur la première ligne : Résultats préliminaires. Présentation à la Direction de santé publique de l'ASSS de Montréal et à l'Institut National de santé publique du Québec, 6 mai 2006.

Pineault R, Hamel M, Foisy L. Projet accessibilité et continuité des services de santé : une étude sur la première ligne : Résultats préliminaires. Présentation Équipe Pratiques cliniques préventives de la Direction de santé publique de l'ASSS de Montréal, 4 mai 2006.

Pineault R, Levesque JF, Roberge D, Hamel M, Foisy L. L'accessibilité et la continuité des services de santé : une étude sur la première ligne au Québec. Comité des DG de CSSS de Montérégie, 10 mars 2006.

Pineault R, Levesque JF, Roberge D, Hamel M, Foisy L. L'accessibilité et la continuité des services de santé : une étude sur la première ligne au Québec. Comité du DRMG de la Montérégie, 6 mars 2006.

Levesque JF, Roberge D, Pineault R, Simard B, Hamel M, Foisy L. Bilan des travaux et résultats préliminaires. Présentation au Comité du Directeur régional de médecine générale (DRMG) de Montréal, 6 mars 2006.

Pineault R, Levesque JF, Roberge D, Hamel M, Foisy L. L'accessibilité et la continuité des services de santé : une étude sur la première ligne au Québec. Comité des DG des CSSS de Montréal, 22 février 2006.

Levesque JF. L'accessibilité et la continuité des services de santé : une étude sur la première ligne au Québec. Présentation à la table nationale de concertation en santé publique du Québec. Agence de développement des réseaux locaux de services de santé et services sociaux de la Montérégie; Longueuil, 2 juin 2005.

Pineault R, Levesque JF, Roberge D, Hamel M, Foisy L. L'accessibilité et la continuité des services de santé : une étude sur la première ligne au Québec. Comité des DG des CSSS de Montréal, 15 avril 2005.

Pineault R, Levesque JF, Roberge D, Hamel M, Foisy L. L'accessibilité et la continuité des services de santé : une étude sur la première ligne au Québec. Comité des DG des CSSS de Montérégie, 6 avril 2005.

Pineault R, Levesque JF, Roberge D, Hamel M. L'accessibilité et la continuité des services de santé : une étude sur la première ligne au Québec. Comité de gestion des réseaux locaux, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 16 mars 2005.

Pineault R, Levesque JF, Roberge D, Hamel M. L'accessibilité et la continuité des services de santé : une étude sur la première ligne au Québec. Comité du DRMG de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montérégie, 9 mars 2005.

Pineault R, Levesque JF, Roberge D, Hamel M. L'accessibilité et la continuité des services de santé : une étude sur la première ligne au Québec. Comité du DRMG de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 8 mars 2005.

Communications scientifiques sollicitées

Pineault R, Hamel M, Levesque JF. La performance des organisations de santé de première ligne : les résultats d'une étude dans deux régions du Québec. Présentation à l'occasion de la visite du Dr Marc Danzon. Institut national de santé publique. Québec, le 29 avril 2008.

Pineault R, Hamel M, Levesque JF. Séminaire organisé par l'association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESS). Québec, 24 avril 2008.

Pineault R, Hamel M. « Une approche populationnelle pour apprécier la performance des services de santé de première ligne : les résultats d'une recherche sur les organisations de première ligne dans deux régions du Québec » présentation sur invitation du GRÉAS I et de la Direction de santé publique de l'ASSS de Montréal, 26 février 2008.

Pineault R, Levesque JF, Breton M, Lozier-Sergerie A. Évaluer la performance des différents types d'organisation de première ligne à partir des données d'une recherche réalisée dans deux régions du Québec. Un continuum de services à prescrire. Association Québécoise d'établissement de santé et de services sociaux, Montréal, Québec, 5 décembre 2007.

Pineault R. La performance des différents types d'organisation de première ligne : résultats d'une recherche dans deux régions du Québec. Colloque organisé par les médecins canadiens pour le régime public : « Solutions publiques pour améliorer l'accès aux soins de santé ». Montréal, 15 novembre 2007.

Breton M, Pineault R, Levesque JF. Évaluation de la performance des systèmes de santé. Table ronde : propriété publique, privée ou communautaire. Seizième colloque annuel de la SQÉP. Montréal, 2 novembre 2007.

Hamel M, Pineault R, Roberge D, Levesque JF. La réalisation d'une enquête sur l'organisation des services médicaux de première ligne : défis conceptuels et méthodologiques. Centre de recherche de l'hôpital Charles LeMoine, 19 octobre 2007.

Levesque JF, Pineault R, Hamel M, Lozier-Sergerie A. Une approche populationnelle à l'évaluation de la performance des organisations de première ligne: résultats d'une étude au Québec. Mesures de performance en santé, 3^e édition, Montréal, Québec, 16 octobre 2007.

Pineault R, Levesque JF, Hamel M, Roberge D, Feldman D, Ouchène H, Simard B, Lozier-Sergerie A. Une approche populationnelle à l'évaluation de la performance des organisations de première ligne : résultats d'une étude au Québec, Mesures de performance en santé. Troisième édition, Montréal, 16 octobre 2007.

Levesque JF. L'accessibilité et la continuité des services de 1^{re} ligne en Montérégie et à Montréal : Méthodes et résultats descriptifs, Département de santé publique de l'Hôpital Charles LeMoine, 10 octobre 2007.

Pineault R, Levesque JF, Hamel M, Lozier-Sergerie A. Évaluer la performance des organisations de première ligne : Une approche populationnelle et systémique. 6^e sommet québécois sur la gestion de la performance dans la santé. Montréal 24 et 25 septembre 2007.

Pineault R., Levesque JF, Hamel M. Les groupes de médecine de famille et des cliniques-réseau : Potentiel et réalité. Colloque Transformer les services médicaux de première ligne : enseignement à tirer de l'expérience des premiers Groupes de médecine de famille au Québec/75^e congrès de l'ACFAS, Trois-Rivières, 7 mai 2007.

Pineault R, Levesque JF, Hamel M, Roberge D, Prud'homme A, Perron M, Simard B, Foisy L, Lozier-Sergerie A. L'expérience de soins des utilisateurs de services de première ligne dans les différents modes d'organisation à Montréal et en Montérégie. Colloque de la commission des Présidents des 19 associations affiliées à la FMOQ, 12 avril 2007.

Pineault R, Breton M. Comment concilier responsabilité populationnelle et qualité des services : un défi pour les gestionnaires. Les leviers du leadership de qualité, Congrès de l'Association des directeurs généraux des services de santé et des services sociaux du Québec, Québec, 4 avril 2007.

Pineault R. Comment concilier l'intérêt des uns et des autres dans le partenariat chercheurs/ décideurs : L'exemple du collectif de recherche? Séminaire ANEIS, Université de Montréal, mercredi le 14 mars 2007.

Pineault R. La maîtrise des dépenses imposée au système de santé se fait au détriment de la qualité des services rendus. Table ronde au 2^e Forum franco-québécois sur la santé « Maîtrise des dépenses de santé ou qualité : faut-il choisir? » Paris, 5 mars 2007.

Communications scientifiques non sollicitées

Pineault R, Levesque JF, Breton M. Should government invest public funds in privately owned primary healthcare (PHC) clinics? Conférence de l'Association canadienne pour la recherche sur les services et les politiques de la santé (ACRSPS), Gatineau, Québec, Canada, 26-28 juin 2008.

Pineault R, Levesque JF, Breton M. The performance of publicly and privately owned primary healthcare organizations. Academy Health, Poster session. Washington, 9 juin 2008.

Hamel M, Pineault R, Roberge D, Levesque JF, Lamarche P, Borgès DaSilva R. Les modèles d'organisation des services médicaux de première ligne au Québec, Société Française de Santé Publique, Montpellier 23 – 25 novembre 2007.

Levesque JF, Pineault R, Hamel M, Lemoine O, Simard B, Roberge D, Lozier-Sergerie A. La construction et la validation d'indices d'expérience de soins : la convergence des perspectives conceptuelle et statistique. Communication affichée. Société Française de Santé Publique, Montpellier 23 – 25 novembre 2007.

Roberge D, Pineault R, Hamel M, Levesque JF, Prud'homme A. L'influence des modèles d'organisation des services médicaux de première ligne sur l'expérience de soins de la population, Société Française de Santé Publique, Montpellier, 23-25 novembre 2007.

Roberge D, Borgès Da Silva R, Pineault R, Levesque JF, Hamel M, Taxonomie des contextes des modèles de santé primaire : développement et applications, Communication affichée. Société Française de Santé Publique, Montpellier, 23-25 novembre 2007.

Levesque JF, Pineault R, Lemoine O, Simard B, Haggerty J, Hamel M, Roberge D. Developing comprehensive indices of experience of primary care : triangulating statistical and conceptual validation processes. North America Primary Care Research Group Annual Meeting, Vancouver, BC, 22 octobre 2007.

Pineault R, Hamel M, Levesque JF, Roberge D, Lamarche P, Borgès Da Silva R. A taxonomy of primary health care organizations in Quebec. North America Primary Care Research Group Annual Meeting, Vancouver, BC, 22 octobre 2007.

Pineault R, Levesque JF, Hamel M, Prud'homme A. The potential of emerging Family Medicine Groups (FMG) and network clinics in Québec. Conférence de l'association canadienne pour la recherche sur les services et les politiques de santé (ACRSPS), Toronto Ontario, 12 - 14 juin 2007.

Levesque JF, Pineault R, Kapetanakis C. Primary care affiliation and unmet needs for care for vulnerable populations; results from a population-based survey in Quebec province. Conférence de l'association canadienne pour la recherche sur les services et les politiques de santé (ACRSPS), Toronto Ontario, 12 - 14 juin 2007.

Roberge D, Larouche D, Pineault R, Perron M, Levesque JF, Hamel M, Simard B. Why do people choose the hospital emergency instead of their regular source of primary care? Communication affichée. 34th NAPCRG Annual Meeting, Tucson, Arizona, 15-18 octobre 2006.

Larouche D, Roberge D, Pineault R, Levesque JF. Démarches préalables et issues de la visite à l'urgence hospitalière : résultats d'une enquête québécoise auprès de la population. XVII Congrès de l'ALASS, Milan, 6 octobre 2006.

Larouche D, Roberge D, Pineault R, Levesque JF. Pourquoi la population québécoise choisit-elle de recourir à l'urgence? XVII Congrès de l'ALASS 2006 Milan, 5-7 octobre 2006.

Pineault R. Mise en contexte et description de la recherche. La conduite d'une recherche appliquée dans un contexte de restructuration des services de première ligne : Défis et potentiel d'application. XVII Congrès de l'ALASS, Milan, 5-7 octobre 2006.

Pineault R, Levesque JF, Simard B, Hamel M, Roberge D. Quelles sont les pratiques d'utilisation des services de 1^{re} ligne par la population et que pensent les utilisateurs des services reçus? XVII Congrès de l'ALASS, Milan, 5-7 octobre 2006.

Pineault R, Levesque JF, Hamel M, Simard B, Roberge D, Foisy L. Le jumelage de données d'enquêtes populationnelle et organisationnelle : défis et potentiels. XVII Congrès de l'ALASS, Milan, 5-7 octobre 2006. Communication affichée.

Roberge D, Hamel M, Pineault R, Simard B, Borges Da Silva R, Levesque JF, Robert L, Foisy L. La conduite d'une recherche appliquée dans un contexte de restructuration des services de première ligne : Défis et potentiel d'application. XVII Congrès de l'ALASS, Milan, 5-7 octobre 2006.

Roberge D, Hamel M, Borges Da Silva R, Pineault R, Levesque JF. Comment sont structurées et organisées les cliniques médicales de la 1^{re} ligne. XVII Congrès de l'ALASS, Milan, 5-7 octobre 2006.

Simard B, Pineault R, Levesque JF, Hamel M, Roberge D, Foisy L. Le raccordement de données d'enquêtes populationnelle et organisationnelle : défis et potentiel. Communication affichée. XVII Congrès de l'ALASS, Milan, 7 octobre 2006.

Levesque JF, Pineault R, Robert L, Simard B, Laugraud A. Intra-regional variations in coverage of primary health care services : Informing decision-making through a population survey. CHSRF Primary Healthcare Network Symposium, Vancouver, 20 septembre 2006.

Larouche D, Roberge D, Pineault R, Levesque JF. Emergency room utilization in the population : Highlighting barriers to care and unmet needs for services in Québec. CHSRF Primary Healthcare Network Symposium, Vancouver, 20 septembre 2006.

Levesque JF, Pineault R, Hamel M, Simard B, Roberge D, Foisy L. Challenges in linking population and organization data to inform policy : Evidence from a Quebec study. 2006 Annual CAHSPR Conference, Vancouver, 17-19 septembre 2006 (communication affichée).

Rapports, feuillets et cahiers thématiques

Hamel M, Pineault R, Levesque JF, Roberge D, Lozier-Sergerie A, Prud'homme A, Simard B. L'organisation des services de santé de première ligne : Portrait des services médicaux de première ligne à Montréal et en Montérégie. Institut national de santé publique du Québec, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et Centre de recherche de l'hôpital Charles LeMoine, décembre 2007. Rapport et résumé.

Hamel M, Pineault R, Levesque JF, Roberge D, Lozier-Sergerie A, Prud'homme A, Simard B. A portrait of primary care medical services in Montréal and Montérégie. Institut national de santé publique du Québec, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et Centre de recherche de l'hôpital Charles LeMoine, décembre 2007. Summary.

Roberge D, Pineault R, Hamel M, Da Silva R, Cazale L, Levesque JF, Ouellet D. Rapport méthodologique de l'analyse des contextes. L'accessibilité et la continuité des services de santé : Une étude sur la première ligne au Québec. Centre de recherche de l'hôpital Charles LeMoine, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et Institut national de santé publique du Québec, décembre 2007.

Levesque JF, Pineault R, Robert L, Hamel M, Roberge D, Kapetanakis C, Simard B, Laugraud A. Unmet needs for medical services : A reflection of the accessibility of primary care services? Institut national de santé publique du Québec et Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2007.

Levesque JF, Pineault R, Robert L, Hamel M, Roberge D, Kapetanakis C, Simard B, Laugraud A. Les besoins non comblés de services médicaux : un reflet de l'accessibilité des services de première ligne? Institut national de santé publique du Québec et Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2007. cahier et résumé.

Levesque JF, Pineault R, Simard B, Roberge D, Hamel M, Kapetanakis C, Robert L. The population's experience of care : Portrait of intra-regional variations in Montréal and Montérégie. Institut national de santé publique du Québec, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et Centre de recherche de l'hôpital Charles LeMoyné. mars 2007. Summary.

Levesque JF, Pineault R, Simard B, Roberge D, Hamel M, Kapetanakis C, Robert L. L'expérience de soins de la population. Portrait des variations intra-régionales à Montréal et en Montérégie. Institut national de santé publique du Québec, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et Centre de recherche de l'hôpital Charles LeMoyné, mars 2007. Rapport et résumé.

Roberge D, Larouche D, Pineault R, Levesque JF, Hamel M, Simard B. L'urgence hospitalière : un substitut à la première ligne? Résultats d'une enquête auprès de la population de Montréal et de la Montérégie. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Institut national de santé publique du Québec et Centre de recherche de l'Hôpital Charles LeMoyné, mars 2007. Rapport et résumé.

Roberge D, Larouche D, Pineault R, Levesque JF, Hamel M, Simard B. Hospital emergency departments : Substitutes for primary care? Results of a survey among the population of Montréal and Montérégie. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Institut national de santé publique du Québec et Centre de recherche de l'Hôpital Charles LeMoyné, mars 2007. Résumé.

Levesque JF, Pineault R, Simard B, Hamel M, Roberge D, Ouellet D, Haggerty J. Questionnaire populationnel. L'accessibilité et la continuité des services de santé : Une étude sur la première ligne au Québec. Institut national de santé publique du Québec, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et Centre de recherche de l'hôpital Charles LeMoyné, avril 2006.

Levesque JF, Pineault R, Simard B, Hamel M, Roberge D, Ouellet D, Haggerty J. (2006), Population questionnaire Accessibility and continuity of health services : A study on primary care in Québec. Institut national de santé publique du Québec, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et Centre de recherche de l'hôpital Charles LeMoyné, avril 2006.

Pineault R, Foisy L, Hamel M, Simard B, Levesque JF, Roberge D. Répertoire des cliniques médicales de première ligne de Montréal et de la Montérégie. Institut national de santé publique du Québec, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et Centre de recherche de l'hôpital Charles LeMoyné, 2006.

Pineault R, Hamel M, Levesque JF, Roberge D, Lamarche P, Haggerty J. Questionnaire organisationnel Clinique médicale de première ligne. L'accessibilité et la continuité des services de santé : Une étude sur la première ligne au Québec. Institut national de santé publique du Québec, Direction de santé publique

de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et Centre de recherche de l'hôpital Charles LeMoyné, avril 2006.

Pineault R, Hamel M, Levesque JF, Roberge D, Lamarche P, Haggerty J. Organizational questionnaire Primary healthcare clinic A study on primary care in Québec. Institut national de santé publique du Québec, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et Centre de recherche de l'hôpital Charles LeMoyné, avril 2006.

Chapitres de livres

Lévesque JF, Roberge D, Pineault R. La première ligne de soins : un témoin distant des réformes institutionnelles et hospitalières au Québec? Chapitre 5 dans *Le système sociosanitaire au Québec : gouverne, régulation et participation*. M-J Fleury, M Tremblay, H. Nguyen, L Bordeleau, eds. Gaëtan Morin éditeur, Chenelière Éducation, 2007, p. 63-78.

Pineault R, Levesque JF, Breton M, Hamel M, Roberge D. Réalisations et potentiel des organisations publiques et privées de première ligne dans deux régions du Québec. Dans Béland F, Contandriopoulos A-P, Quesnel-Vallée A, Robert L. Les Presses de l'Université de Montréal « Le privé dans la santé : un débat sans fin ? » (à paraître 2008).

Articles

Levesque JF, Pineault R, Kapetanakis C, Hamel M, Roberge D, Robert L, Simard B, Primary care affiliation and un met needs for Health care services for vulnerable population-based survey in Quebec province. Soumis pour publication, 2008.

Pineault R, Levesque JF, Hamel M, Roberge D, Prud'Homme A, Perron M, Simard B, Foisy L. Le profil et le type d'organisation de première ligne ont-ils un lien dans l'expérience de soins de leur clientèle? Résultats d'une étude dans deux régions du Québec. Infolettre, février 2007, 4 (1):2-6.

Pineault R, Levesque JF, Hamel M, Roberge D, Prud'Homme A, Perron M, Simard B, Foisy L. Are the profile and type of organization of primary care linked to experience of care for their clients? Findings of a study in two regions of Quebec, Infoletter, February 2007, 4 (1):2-6.

Pineault R, Levesque JF. Le type d'organisation des soins de première ligne a-t-il un effet sur l'expérience de soins rapportée par les utilisateurs? *Le Point en administration de la santé et des services sociaux*, Hiver 2007 – 2008, 3(4): 12-14.

Public élargi

Crépeau C. Soins de première ligne : Les cliniques solos sont performantes, mais les GMF forment la meilleure organisation. *Actualité médicale*, 22 août 2007.

Murchinson N. Impossible de voir un médecin. *Journal de Montréal*, 18 février 2008. <http://www2.canoe.com/cgi-bin/imprimer.cgi?id=344958>.

La Presse Canadienne - Le fil radio. Les consultations sans rendez-vous prennent une très grande place à Montréal. *Actualités du Québec*, vendredi, 15 février 2008.