



FAITS SAILLANTS DU RAPPORT DESCRIPTIF DE L'ENQUÊTE POPULATIONNELLE SUR L'EXPÉRIENCE DE SOINS POUR LA RÉGION DE LA MONTÉRÉGIE

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

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

Cette étude consiste en trois enquêtes interreliées et hiérarchiquement nichées :

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

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

Utilisation des services de santé au cours des deux dernières années

La proportion de personnes ayant été hospitalisées au moins une fois

- augmente de 15,6 % en 2005 à 18,2 % en 2010;
- augmente, entre 2005 et 2010, dans quatre territoires de CSSS;
- varie en 2010 d'un territoire de CSSS à l'autre de 13,9 % (CSSS Champlain) à 22,1 % (CSSS La Pommeraie).

La proportion de personnes ayant eu au moins une visite à l'urgence

- augmente de 32,0 % en 2005 à 34,2 % en 2010;
- varie en 2010 d'un territoire de CSSS à l'autre de 28,0 % (CSSS Champlain) à 47,1 % (CSSS du Haut-Saint-Laurent).

La proportion de personnes ayant vu un médecin en CLSC

- diminue de 22,5 % en 2005 à 20,8 % en 2010;
- diminue, entre 2005 et 2010, dans deux territoires de CSSS mais augmente dans deux autres;
- varie en 2010 d'un territoire de CSSS à l'autre de 10,5 % (CSSS de la Haute-Yamaska) à 35,1 % (CSSS La Pommeraie).

La proportion de personnes ayant vu un médecin en clinique médicale ou cabinet privé

- est stable avec 81,9 % en 2005 et 82,9 % en 2010;
- varie en 2010 d'un territoire de CSSS à l'autre de 76,9 % (CSSS La Pommeraie) à 89,4 % (CSSS Richelieu-Yamaska).

Médecin de famille

La proportion de personnes ayant un médecin de famille

- augmente de 76,3 % en 2005 à 79,9 % en 2010;
- augmente, entre 2005 et 2010, dans trois territoires de CSSS;
- varie en 2010 d'un territoire de CSSS à l'autre de 69,6 % (CSSS Champlain) à 89,9 % (CSSS Richelieu-Yamaska).

Besoins de services non comblés au cours des six derniers mois

La proportion de personnes ayant présenté un besoin de services non comblé

- est identique en 2005 et 2010 avec 17,3 %;
- est stable dans tous les territoires de CSSS;
- varie en 2010 d'un territoire de CSSS à l'autre de 14,1 % (CSSS du Haut-Saint-Laurent) à 19,4 % (CSSS Champlain).

Expérience de soins au cours des deux dernières années

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

Résultats par territoire de CSSS

Le tableau suivant présente les scores obtenus aux différents indices mesurant l'expérience de soins par territoire de CSSS en Montérégie de même que les changements observés entre 2005 et 2010. La définition de chaque indice est présentée ci-après.

	Accessibilité				Continuité		Globalité	Réactivité	Résultats de soins
	1 ^{er} contact	économique	temporelle*	accommodation	affiliation	informationnelle			
Haut-Saint-Laurent	5,9	9,0 ↓	38,0% ↓	8,0 ↓	9,3 ↑	7,9	8,5 ↓	9,2	8,9
du Suroît	5,9	8,9 ↓	39,4% ↓	7,4	9,0 ↑	8,1	8,4	9,0	8,9
Jardins-Roussillon	6,0	8,7 ↓	41,5% ↓	7,1	8,6 ↑	7,3	8,1 ↓	9,0	8,6
Champlain	5,7	8,7 ↓	37,3% ↓	6,8 ↓	8,5 ↑	7,6	7,8 ↓	8,8	8,3
Pierre-Boucher	5,9	8,7 ↓	34,3% ↓	6,4 ↓	8,7	7,3	7,9 ↓	8,9	8,5
Haut-Richelieu-Rouville	5,8	8,6 ↓	40,4% ↓	6,2 ↓	8,6	7,2	8,2 ↓	8,9	8,7
Richelieu-Yamaska	6,5	8,5 ↓	25,8% ↓	6,2 ↓	8,5	7,1	8,1 ↓	8,9	8,6 ↓
Sorel-Tracy	5,6 ↑	9,0 ↓	30,4% ↓	7,6	9,3 ↑	7,7	8,5 ↓	9,3	9,0
La Pommeraie	7,0	8,8 ↓	21,0% ↓	7,9	8,9 ↑	7,7	8,5 ↓	9,3 ↑	9,0
Haute-Yamaska	7,0	8,5 ↓	27,4% ↓	7,2	8,8 ↑	7,0	8,4	9,0	8,8
Vaudreuil-Soulanges	6,0	8,3 ↓	47,1% ↓	6,7 ↓	8,5	7,4	8,0 ↓	8,7	8,5
Montérégie	6,1	8,6 ↓	35,2% ↓	6,7 ↓	8,7 ↑	7,4	8,1 ↓	8,9	8,6 ↓

↓ indique une diminution significative entre 2005 et 2010

↑ indique une amélioration significative entre 2005 et 2010

* Les résultats d'un seul item (et non un score) sont présentés pour décrire cette mesure. Il s'agit de la proportion de répondants pouvant avoir un rendez-vous avec un médecin à leur source habituelle de soins en moins de deux semaines.

Définition des indices

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

- **de premier contact**

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

- **économique**

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

- **temporelle**

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

- **d'accommodation**

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

Continuité d'affiliation

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

Continuité informationnelle

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

Globalité

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

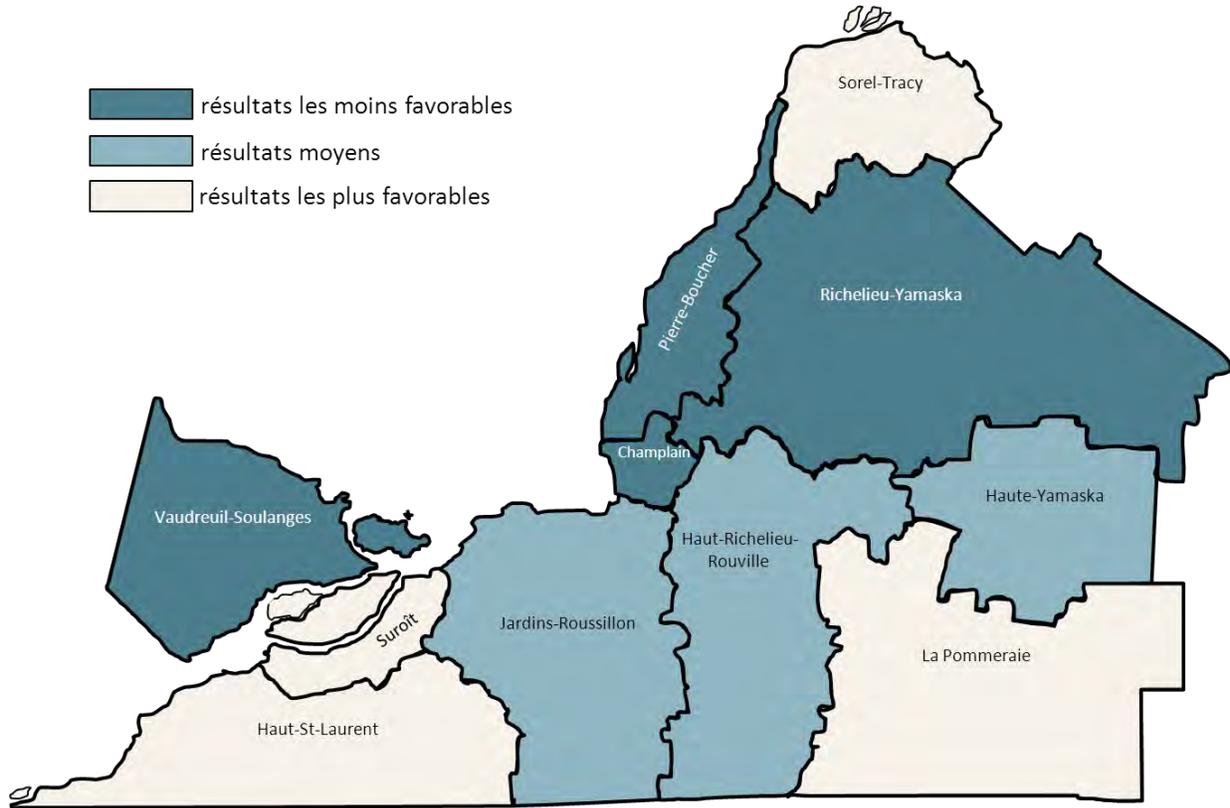
Réactivité

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

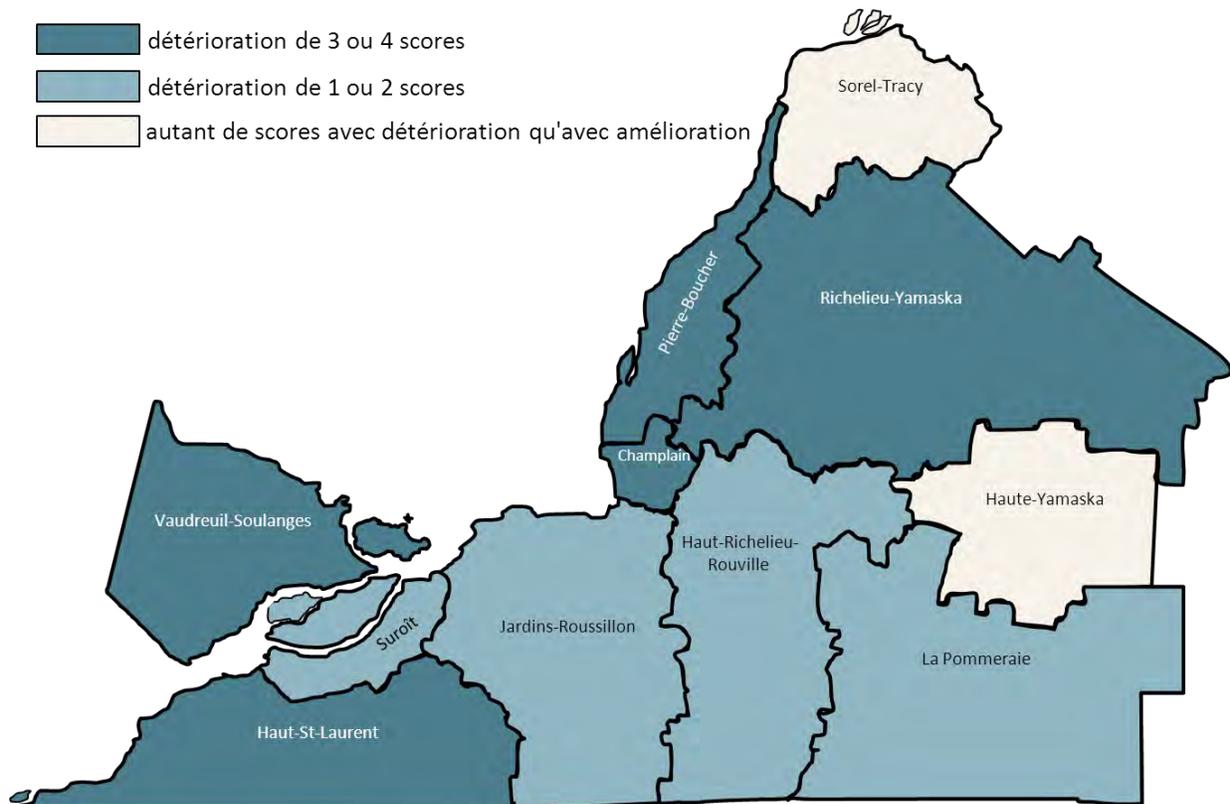
Résultats de soins

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

**Classification des territoires de CSSS selon les scores d'expérience de soins,
Montérégie, 2010 (données pondérées)**



**Classification des territoires de CSSS selon le nombre de scores d'expérience de soins
qui affichent une détérioration entre 2005 et 2010, Montérégie (données pondérées)**



Conclusion

À la lumière de ces résultats, on note qu'il existe une disparité entre les territoires de CSSS de la Montérégie quant à l'évaluation de l'expérience de soins par les utilisateurs de services de 1^{re} ligne. Ainsi, certains territoires de CSSS cumulent les résultats les moins favorables (les territoires du CSSS Champlain, du CSSS de Vaudreuil-Soulanges, du CSSS Richelieu-Yamaska et du CSSS Pierre-Boucher), alors que d'autres présentent des résultats plus favorables (CSSS Sorel-Tracy, CSSS du Suroît, CSSS du Haut-Saint-Laurent et CSSS La Pommeraie).

Par ailleurs, on observe entre 2005 et 2010, dans une majorité de territoires de CSSS, les mêmes tendances que celles mises en évidence par les résultats globaux de l'étude¹. On note ainsi, dans un grand nombre de territoires de CSSS, une plus grande affiliation à un médecin de famille et une fidélisation des patients à leur source habituelle de soins de 1^{re} ligne. Mais l'accessibilité à cette source de soins, surtout économique et d'accommodation, semble diminuer aussi dans la majorité des territoires de CSSS. Seule l'accessibilité de premier contact, qui est évaluée le plus défavorablement, demeure stable entre les deux années. De plus, une diminution de la perception de la globalité des soins reçus est notée, ici encore, dans une majorité des territoires de CSSS.

Il est intéressant de noter que le territoire du CSSS Sorel-Tracy se retrouve non seulement parmi ceux qui se classent le plus favorablement en 2010 mais aussi parmi ceux qui affichent un certain statut quo entre 2005 et 2010. À l'inverse, les quatre territoires de CSSS présentant les résultats d'expérience de soins les moins favorables en 2010 se retrouvent aussi parmi ceux affichant un plus grand nombre de scores d'expériences de soins qui se sont détériorés.

Les analyses en cours sur les modèles d'organisation des services médicaux de 1^{re} ligne viendront compléter ces données. Elles permettront de mieux décrire les modèles d'organisation des services de 1^{re} ligne sur les territoires de CSSS de la Montérégie et de déterminer dans quelle mesure les changements observés dans l'expérience de soins est attribuable à des changements dans l'organisation des services de santé de 1^{re} ligne.

AUTEURS

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

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

² Institut national de santé publique du Québec

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

ÉQUIPE DE RECHERCHE

Coordonnatrice de projet

Audrey Couture

Chercheurs principaux

Jean-Frédéric Levesque, Raynald Pineault, Pierre Tousignant

Co-chercheurs et professionnels de recherche

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

Co-décideurs

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

Soutien à la réalisation et édition

Mireille Paradis

Organismes subventionnaires et partenaires

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

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

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

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

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

¹ Lemoine O, Simard B, Provost S, Levesque J-F, Pineault R, Tousignant P. « Rapport descriptif global de l'enquête populationnelle sur l'expérience de soins à Montréal et en Montérégie », Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et Institut national de santé publique du Québec, Rapport, septembre 2011.