



FAITS SAILLANTS DU RAPPORT DESCRIPTIF DE L'ENQUÊTE ORGANISATIONNELLE POUR LA RÉGION DE MONTRÉAL

Raynald Pineault, Audrey Couture, Alexandre Prud'homme, Sylvie Provost, Roxane Borgès Da Silva, Jean-Frédéric Levesque, Pierre Tousignant

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

Cette étude consiste en trois enquêtes interreliées et hiérarchiquement nichées :

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

Introduction

Au début des années 2000, deux réformes majeures ont été amorcées au Québec. La première prévoyait l'implantation des groupes de médecine de famille (GMF). La seconde créait les Centres de santé et services sociaux (CSSS), dont la responsabilité principale était de créer des réseaux locaux de services (RLS). La création des GMF a suscité dans certaines régions et notamment à Montréal, une initiative consistant à implanter des cliniques-réseau (CR) de façon complémentaire aux GMF. L'arrivée de ces nouveaux modèles d'organisation imposait aux CSSS d'offrir un soutien à leur développement.

En marge de ces réformes, le présent feuillet vise à présenter les changements observés entre 2005 et 2010 dans les organisations de première ligne dans la région de Montréal. Les résultats présentés dans ce feuillet portent d'abord sur l'évolution du nombre de cliniques médicales* entre 2005 et 2010 et ensuite sur l'analyse du changement dans les caractéristiques de ces cliniques, durant cette période. Ces résultats sont présentés pour l'ensemble de la région et pour chacun des territoires de CSSS de la région.

Pour mesurer le changement organisationnel, nous avons calculé un indice de conformité à un idéal-type (ICIT). Cet idéal-type a été construit à partir de la littérature portant sur les

modèles de cliniques médicales de première ligne les plus prometteurs. Nous avons retenu 26 indicateurs répartis selon les dimensions de « vision », « ressources », « structure » et « pratiques ». Le tableau de la page suivante présente les quatre dimensions qui ont servi à construire l'indice de conformité à l'idéal-type (ICIT) avec leur définition et le nombre de variables qui les composent. Plus le score de l'ICIT est élevé (maximum de 100), plus la clinique médicale se rapproche de l'idéal-type. Nous avons fixé à 2,0 la valeur d'une différence importante entre les scores de l'ICIT de 2005 et 2010. Entre +2,0 et -2,0, nous considérons que la situation est stable. Les données pour cette deuxième partie des résultats ont été pondérées pour tenir compte de la taille des cliniques, mesurée par le nombre de médecins équivalent temps plein dans la clinique. La pondération permet une représentation plus juste de l'offre de services dans les territoires de CSSS.

D'autres détails méthodologiques se retrouvent dans un rapport méthodologique (Prud'homme et al., 2012). Les résultats détaillés sont présentés dans un rapport descriptif disponible sur les sites Internet 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 (voir adresses Internet à la fin du document).

* Dans ce feuillet, le terme « clinique médicale » remplace « organisation de première ligne ».

Évolution du nombre de cliniques médicales entre 2005 et 2010

- Le nombre de cliniques médicales de première ligne a diminué de 49, entre 2005 et 2010, passant de 434 à 385.
- Les territoires de CSSS les plus affectés par les pertes, même en calculant les ajouts de nouvelles cliniques, sont de la Montagne (-8), du Cœur-de-l'Île (-8) et de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent (-7).
- Les raisons principales des fermetures sont, dans l'ordre, la retraite, le décès ou l'abandon de la pratique (59,6 %) et la fusion avec une autre clinique médicale (34,8 %).
- La grande majorité des cliniques qui ont fermé étaient des cliniques solo (79,8 %) et, à un degré moindre, des cliniques de groupe (non GMF, non CR) (19,1 %).
- On note, entre 2005 et 2010, une augmentation de l'importance relative des cliniques GMF (de 3,5 % à 8,1 %), CR (de 0 % à 4,9 %) et GMF-CR (de 0 % à 3,6 %) et, conséquemment, une baisse relative des autres types de cliniques.
- L'implantation des GMF et des CR s'est faite de façon inégale dans la région. Par exemple, les cliniques GMF, CR et GMF-CR comptent pour seulement 4,3 % des cliniques dans le CSSS du Cœur-de-l'Île, mais pour 34,7 % de celles de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent. En 2010, pour l'ensemble de la région, ces cliniques comptent pour 16,6 % de toutes les cliniques.

Dimensions de l'indice de conformité à l'idéal type (ICIT)

Dimension	Définition	Nombre de variables
La vision	Buts, valeurs et orientations partagés par les membres de la clinique	4
Les ressources	Quantité et type de ressources disponibles dans la clinique	7
La structure	Règles de gouvernance, conventions et procédures qui orientent les activités de la clinique	6
Les pratiques	Mécanismes administratifs et professionnels mis en place pour soutenir les pratiques cliniques	9

Analyse du changement dans les caractéristiques organisationnelles des cliniques entre 2005 et 2010

- Parmi les territoires de CSSS de la région, neuf ont vu leur score global de l'ICIT augmenter entre 2005 et 2010. La plus forte augmentation se retrouve dans le CSSS Cavendish (+10,7). Dans les trois autres territoires de CSSS, les scores de l'ICIT sont demeurés stables. On note également une grande variation, en 2010, dans le score de l'ICIT entre les territoires de CSSS, allant de 65,7 au CSSS du Sud-Ouest-Verdun à 48,6 au CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle (figure de la page suivante).
- Pour la région, on note que l'augmentation de l'ICIT entre 2005 et 2010 se situe particulièrement au niveau des structures (+9,0) et des ressources (+5,2). Par ailleurs, les scores de l'ICIT pour les dimensions « vision » et « pratiques » sont demeurés relativement stables.
- Les changements les plus importants s'observent au niveau de la dimension « structure ». On y observe une augmentation de l'ICIT dans dix territoires de CSSS. Les plus fortes augmentations se retrouvent aux CSSS Ahuntsic-Montréal-Nord (+17,5) et Cavendish (+14,3). On note une stabilité de l'ICIT dans les CSSS Dorval-Lachine-LaSalle et de la Montagne. En 2010, il existe une variation importante entre les territoires de CSSS pour cette dimension, allant de 32,7 au CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle à 62,0 au CSSS du Sud-Ouest-Verdun.
- Pour la dimension « ressources », on note également, entre 2005 et 2010, des augmentations, quoique moindres que dans le cas de la « structure », dans neuf territoires de CSSS et une stabilité de l'ICIT dans les trois autres. L'augmentation la plus importante de l'ICIT s'observe dans le CSSS Cavendish (+16,2). En 2010, les variations de l'ICIT entre les territoires de CSSS pour cette dimension sont importantes, allant de 66,2 au CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent à 47,6 au CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord.

- Pour la dimension « pratiques », les augmentations de l'ICIT sont plus modestes et ne concernent que six territoires de CSSS. Les hausses les plus importantes sont aux CSSS Cavendish (+9,3) et du Sud-Ouest-Verdun (+7,2), alors que la baisse la plus importante, parmi les trois territoires de CSSS qui affichent une diminution de l'ICIT, se retrouve au CSSS de la Pointe-de-l'Île (-6,9). Trois territoires de CSSS demeurent stables. En 2010, on peut observer une grande variabilité de l'ICIT entre les territoires de CSSS pour cette dimension, allant de 67,0 au CSSS du Sud-Ouest-Verdun à 47,7 au CSSS du Cœur-de-l'Île.

- Des quatre dimensions, la « vision » est celle où les changements sont les plus partagés entre les territoires de CSSS. En effet, on observe une augmentation de l'ICIT dans trois territoires de CSSS, une diminution dans quatre autres et une stabilité dans les cinq derniers. La plus grande augmentation se retrouve au CSSS du Sud-Ouest-Verdun (+5,1). On se rappellera que ce territoire de CSSS a également enregistré une augmentation importante de l'ICIT pour les autres dimensions, notamment pour la « structure » et les « pratiques ». En 2010, on observe une grande variabilité de l'ICIT pour la dimension « vision » entre les territoires de CSSS, le score le plus élevé se retrouvant au CSSS du Sud-Ouest-Verdun (70,7) et le plus faible au CSSS de la Pointe-de-l'Île (56,7).

Score moyen de conformité (global)



Valeurs les plus élevées

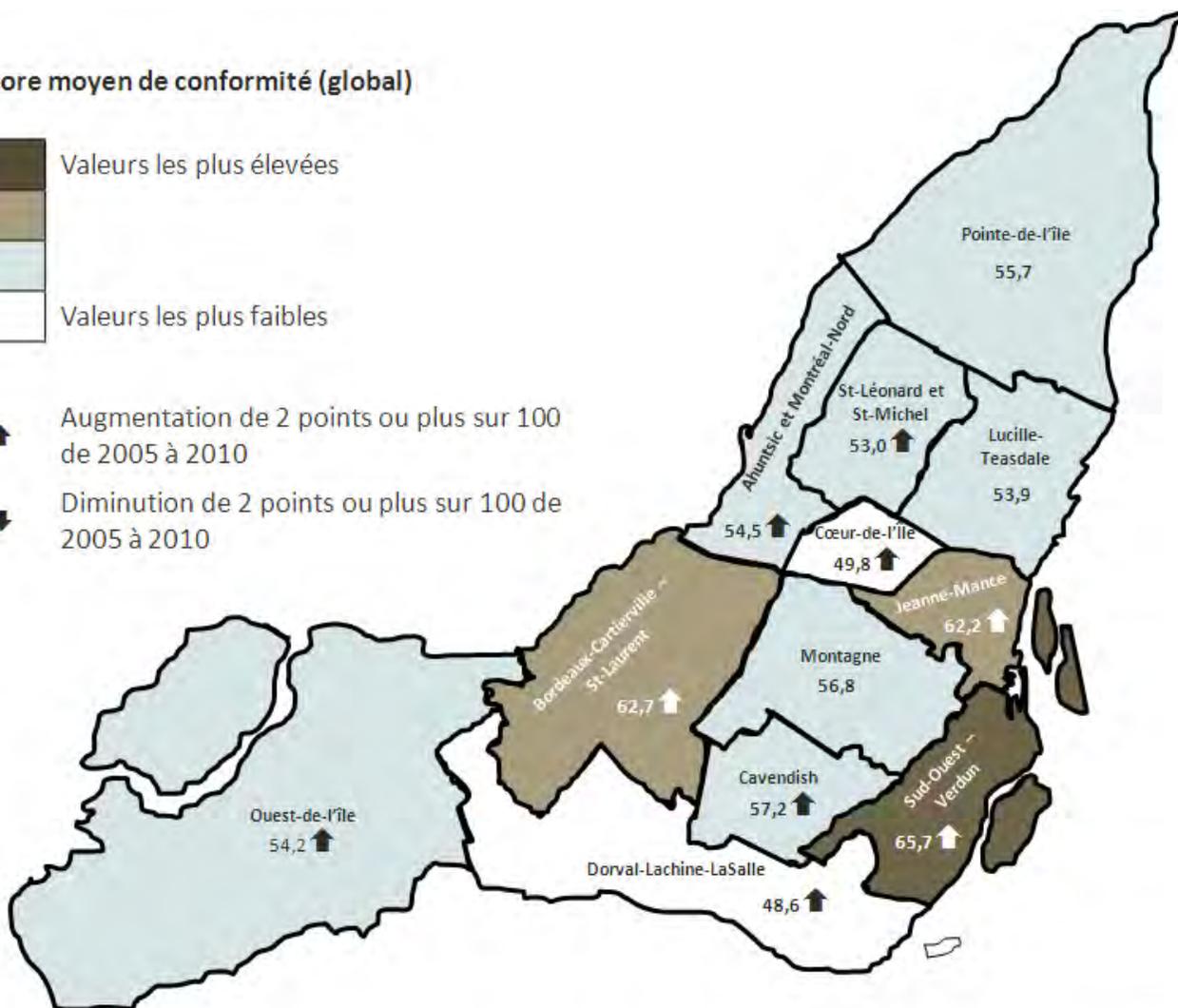
Valeurs les plus faibles



Augmentation de 2 points ou plus sur 100 de 2005 à 2010



Diminution de 2 points ou plus sur 100 de 2005 à 2010



Score moyen de conformité à l'idéal-type (global) des cliniques médicales de première ligne (sur 100), par territoire de CSSS, Montréal, 2010 (données pondérées)

Conclusion

- Dans la région, on observe une baisse du nombre des cliniques médicales de première ligne entre 2005 et 2010; cette baisse, due principalement à des fermetures de cliniques de petite taille (surtout solo), a été compensée par des fusions et par la progression des cliniques de taille plus importante et surtout par l'augmentation marquée des cliniques GMF, CR et GMF-CR.
- On note une amélioration significative de l'indice de conformité à l'idéal type organisationnel (ICIT) entre 2005 et 2010.
- Cette amélioration est due principalement à l'implantation de GMF et de CR dans les cliniques existantes.
- Étant donné la nature de ces transformations, on retrouve les changements les plus importants au niveau des dimensions « structure » et « ressources » de l'ICIT.
- Les mêmes tendances s'observent au niveau des territoires de CSSS de la région, mais avec une grande variabilité. Ainsi, le CSSS Cavendish rapporte une augmentation importante de son ICIT global (+10,7), cette augmentation étant due principalement aux dimensions « ressources » (+16,2) et « structure » (+14,3). Ce changement s'explique en grande partie par le passage d'effectifs médicaux importants du territoire de CSSS de la Montagne à celui de Cavendish. Par ailleurs, les CSSS du Sud-Ouest-Verdun et de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent, qui avaient en 2005 un niveau élevé de leur ICIT, ont enregistré les gains les plus élevés entre 2005 et 2010.
- En conclusion, de grandes disparités s'observent en 2010 entre les territoires de CSSS de la région. Cette variabilité marquée entre les territoires de CSSS reflète la grande diversité des territoires de cette région urbaine et en constitue certainement un caractère distinctif.

AUTEURS

Raynald Pineault^{1,2,3}, Audrey Couture^{1,2}, Alexandre Prud'homme^{1,2}, Sylvie Provost^{1,2,3}, Roxane Borgès Da Silva^{1,2,4}, Jean-Frédéric Levesque^{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

⁴ Université de Montréal

ÉQUIPE DE RECHERCHE

Coordonnatrice de projet

Audrey Couture

Chercheurs principaux

Jean-Frédéric Levesque, Raynald Pineault, Pierre Tousignant

Cochercheurs et professionnels de recherche

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

Codécideurs

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)