

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

Rapport de recherche

Pineault R, Levesque J-F, Roberge D, Hamel M, Lamarche P, Haggerty J.

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 (Pineault, Levesque et al., 2004). Le principal but de l'étude est d'identifier les modèles d'organisation des services médicaux de première ligne les plus prometteurs pour répondre aux besoins et aux attentes de la population.

Cette étude est conduite par des chercheurs de l'Équipe santé des populations et services de santé 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 et des chercheurs du Centre de recherche de l'Hôpital Charles LeMoyné. De nombreux partenaires et autres chercheurs québécois ont collaboré à la réalisation de cette étude.

INTRODUCTION

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., 2007);
- 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 s'adressent tout particulièrement aux 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 obtiennent généralement 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 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 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.
- 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 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 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.

CONCLUSION

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.

RÉFÉRENCES

Pineault R, Levesque J-F, Tousignant P, Beaulne G, Hamel M, Poirier L-R, Raynault M-F, Benigeri M, Roberge D, Lamarche P, Haggerty J, Bergeron P, Dulude S, Marcil M. *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. FCRSS RC1-1091-05, 2004.

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 2007.

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.

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.

SOUTIEN FINANCIER

Le projet de recherche duquel proviennent les données présentées dans ce rapport bénéficie d'une subvention de recherche 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).

L'accessibilité et la continuité des services de santé : une étude sur la première ligne au Québec. Rapport de recherche

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}

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 LeMoine

⁵ Université de Sherbrooke

⁶ Département d'administration de la santé, Université de Montréal et GRIS



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



**Centre de recherche
Hôpital Charles LeMoine**
Centre affilié universitaire
et régional de la Montérégie

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 Raynault⁶

Comité consultatif

Yvon Brunelle⁹, Sylvie Cantin¹⁰, Louis Côté⁸, Serge

Dulude⁸, Johanne Fournier¹⁰, François Goulet¹¹, Richard

Lessard¹, Laurent Marcoux¹⁰, Jean Rodrigue¹⁰, Denis A.

Roy¹⁰ et Lysette Trahan⁹

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 LeMoine

⁵ Université de Sherbrooke

⁶ Département d'administration de la santé, Université de Montréal et GRIS

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

⁸ Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

⁹ Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

¹⁰ Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie

¹¹ Collège des médecins du Québec

Juillet 2008

Ce document est disponible sur les sites Internet de la DSP (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 LeMoine (www.hclm.qc.ca/fr/centrerecherche/index.jsp?id=257&idcat=848)

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 LeMoine 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 – 3^e trimestre 2008

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

Bibliothèque et Archives Canada

ISBN : 978-2-550-53721-2 (version imprimée)

ISBN : 978-2-550-53722-9 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2008)

Centre de recherche de l'Hôpital Charles LeMoine (2008)