

LES MODÈLES D'ORGANISATION DES SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE ET L'EXPÉRIENCE DE SOINS DE LA POPULATION

Pineault R, Levesque J-F, Roberge D, Hamel M, Couture A

Les services de santé de première ligne sont l'objet d'importantes transformations au Québec. 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 réalisé dans deux régions sociosanitaires du Québec, celles de Montréal et de la Montérégie (Pineault, Levesque et al., 2004). Le principal objectif de l'étude est d'étudier le lien entre les différents modèles d'organisations de services médicaux de première ligne et l'expérience de soins rapportée par la population. Cette étude est conduite par des chercheurs de l'Équipe Santé des populations et services de santé (ESPSS) 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) ainsi que par des chercheurs du Centre de recherche de l'Hôpital Charles LeMoine. De nombreux partenaires et autres chercheurs québécois ont collaboré à la réalisation de cette étude.

L'objectif principal de ce feuillet est de présenter les différents modèles d'organisation des services de première ligne, leurs principales caractéristiques et quelques éléments de leur performance. Il fait partie d'une série de rapports produits par l'équipe sur les modèles d'organisation des services de première ligne au Québec et leur influence sur l'accessibilité et la continuité des soins (www.santepub-mtl.qc.ca/ESPSS/production.html).

INTRODUCTION

Les données organisationnelles présentées proviennent d'une vaste enquête menée en 2005 auprès de l'ensemble des cabinets et cliniques médicales de première ligne des régions de Montréal et de la Montérégie. En tout, 665 cliniques médicales de première ligne ont été recensées. Une proportion importante des cliniques a accepté de participer à l'étude, le taux de réponse atteignant 71 % (Hamel, Pineault et al., 2007).

Un ensemble de caractéristiques ont été utilisées pour décrire les organisations de première ligne. Elles s'articulent sous quatre dimensions : la **vision**, soit les croyances, valeurs et objectifs poursuivis par l'organisation; les **ressources** disponibles; la **structure** organisationnelle, c'est-à-dire les lois, règlements et conventions et, finalement, les **pratiques**, à savoir les procédés sous-tendus par la production des activités cliniques (Lamarche, Beaulieu et al., 2003). Une approche configurationnelle a été utilisée pour étudier les formes organisationnelles des cliniques médicales de première ligne. Les regroupements d'organisations obtenus ont le mérite de reposer sur une grande quantité d'informations, permettant ainsi de bien documenter chacun des modèles d'organisations. Les organisations de première ligne ont été classifiées en cinq regroupements homogènes et bien différenciés les uns des autres.

Une seconde enquête a été menée en 2005 auprès de la population adulte des deux régions (n=9 206). 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 première ligne ainsi que sur les résultats des soins (Levesque, Pineault et al., 2007). Une liaison nominale a été faite entre les résultats des enquêtes populationnelle et organisationnelle.

QUELS MODÈLES D'ORGANISATION RETROUVE-T-ON À MONTRÉAL ET EN MONTÉRÉGIE ?

Les cliniques médicales de première ligne ont été regroupées en cinq modèles d'organisation. On distingue quatre modèles d'organisation de type *professionnel* et un modèle de type *communautaire*. Comme présenté au tableau de la page suivante, les modèles professionnels et communautaire se distinguent principalement par le type de gouverne organisationnelle – privée, publique. De plus, les modèles varient selon la vision avec laquelle les services s'organisent, la complexité de leur structure, leur capacité d'intégration à l'ensemble du système de soins et les pratiques organisationnelles.

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

DIMENSIONS ORGANISATIONNELLES		MODÈLES PROFESSIONNELS				MODÈLE COMMUNAUTAIRE 12 %
		à prestataire unique 37 %	de contact 14 %	de coordination 22 %	de coordination intégrée 15 %	
Vision	Responsabilisation	Clientèle	Individus qui se présentent	Clientèle	Clientèle-Population	Population - Clientèle
Structure	Gouverne	Privée – Professionnelle				Publique
	Intégration interne-externe	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 rendez-vous majoritairement	Sans rendez-vous majoritairement	Sur rendez-vous majoritairement	Mixte	Mixte
	Étendue des services	Restreinte	Restreinte	Moyenne	Grande	Grande

1. *Modèle professionnel à prestataire unique*

Ce modèle d'organisation compte pour 37 % des cliniques médicales de l'étude. Il comprend les cabinets de médecins omnipraticiens qui adoptent une pratique essentiellement solo. Leur vision s'appuyant sur la médecine familiale, les priorités organisationnelles se situent dans la continuité des services et le suivi de clientèles régulières. On retrouve généralement un médecin par organisation, sans infirmière, bénéficiant de peu de technologies d'information pour supporter ses activités cliniques et aucun plateau technique sur place. Il arrive que deux ou trois médecins cohabitent en adoptant toutefois une pratique peu intégrée. Pour la plupart, les modes de consultation sont majoritairement sur rendez-vous le jour sur semaine et les services offerts sont peu diversifiés. Généralement, ces cliniques n'entretiennent que peu de liens formels avec d'autres fournisseurs de soins.

2. *Modèle professionnel de contact*

Ce modèle d'organisation regroupe 14 % des cliniques. Celui-ci se distingue par sa vision de la prestation des services, l'accent étant mis sur l'accessibilité et la réponse à des besoins ponctuels. Le sans rendez-vous est intégré dans les pratiques organisationnelles. Les équipes médicales sont de taille variable et sont souvent logées dans des immeubles où l'on retrouve aussi des médecins spécialistes. Généralement, le travail de groupe et l'interdisciplinarité sont peu développés.

3. *Modèle professionnel de coordination*

Ce modèle englobe 22 % des cliniques. Les équipes médicales sont généralement composées de deux à moins de six médecins, le travail de groupe étant plus ou moins formalisé. Les priorités vont vers la

continuité des services et le suivi de clientèles régulières, pour lesquelles les consultations sont majoritairement sur rendez-vous. La gamme des services offerts est plus ou moins étendue. Elle est complétée par l'existence de réseaux de référence. Peu de liens formels sont établis avec les autres fournisseurs de soins.

4. *Modèle professionnel de coordination intégrée*

Ce modèle, regroupant 15 % des cliniques, se distingue par sa structure qui favorise la cohésion entre les professionnels de la clinique et son intégration systémique. Il se caractérise par des équipes soignantes composées de plusieurs médecins et d'infirmières. Le travail de groupe y est formalisé et ces cliniques cohabitent généralement avec des médecins spécialistes et d'autres professionnels de la santé. Les modes de consultation sont sur et sans rendez-vous et ces cliniques offrent une grande étendue de services. Le nombre d'organisations-GMF compte pour 35 % des organisations de ce modèle. Plus de 90 % des organisations comportant un GMF se retrouvent dans ce modèle.

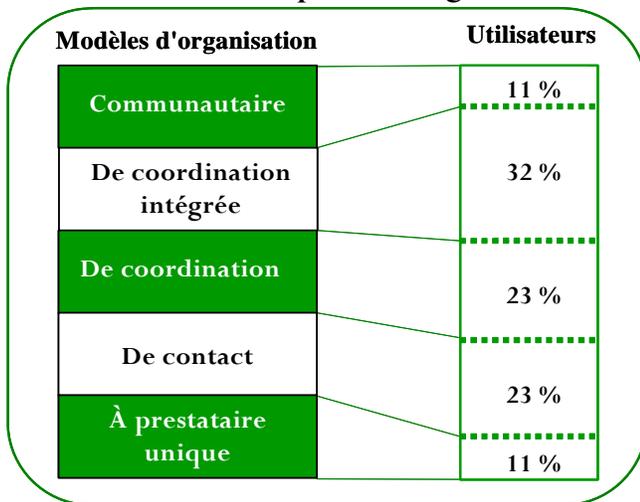
5. *Modèle communautaire*

Ce modèle comprend 12 % des cliniques. Elles priorisent la continuité des soins et une responsabilisation à l'égard de la santé de la population. Les équipes soignantes sont généralement composées de plus de six médecins qui travaillent formellement en groupe, mais aussi d'infirmières. Souvent, ce type de clinique cohabite avec d'autres professionnels de la santé. Ils offrent une vaste étendue de services et des consultations sur et sans rendez-vous. Les organisations de ce modèle sont toutes intégrées dans des structures du système public comme les CLSC et UMF.

QUELLE EST LA SOURCE HABITUELLE DE SOINS DE PREMIÈRE LIGNE ?

Les organisations des modèles professionnels assument la plus grande partie de la couverture populationnelle des services de première ligne. En effet, les organisations de ces quatre modèles desservent près de 90 % des utilisateurs de Montréal et de la Montérégie. Ce sont les organisations du modèle *professionnel de coordination intégré* qui desservent le pourcentage le plus élevé d'utilisateurs (32 %). À l'opposé, les organisations des modèles *professionnel à prestataire unique* et *communautaire* ne rejoignent respectivement qu'environ 11 % des utilisateurs.

Proportion d'utilisateurs selon la source habituelle de soins de première ligne



Les personnes âgées, les personnes moins scolarisées et plus pauvres représentent une proportion importante des clientèles des cliniques du modèle *à prestataire unique*. Le modèle *communautaire* compte parmi sa clientèle une proportion élevée de personnes économiquement

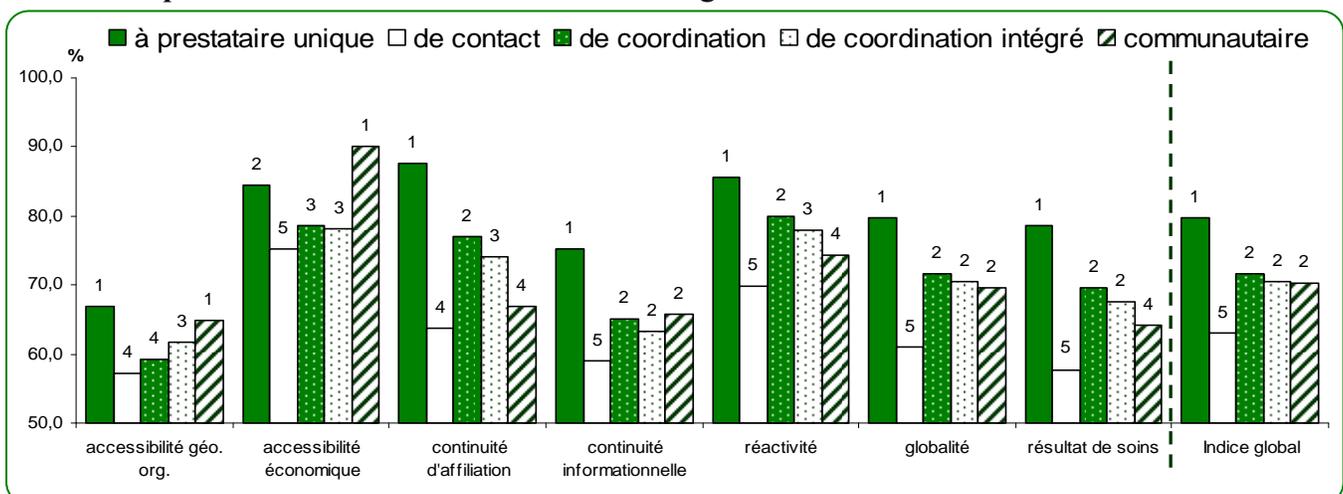
défavorisées. Une importante proportion de personnes moins scolarisées fréquente les cliniques du modèle *de coordination intégré*. Généralement, on constate que les organisations du modèle *de contact* desservent les plus faibles proportions de clientèles vulnérables.

QUE PENSENT LES UTILISATEURS DES SOINS DE PREMIÈRE LIGNE ?

De façon générale, les individus desservis par les services de première ligne des deux régions évaluent favorablement leur expérience de soins de première ligne. Le modèle *professionnel à prestataire unique* se classe au premier rang sur presque tous les aspects de l'expérience de soins, soit l'accessibilité géographique et organisationnelle, la continuité, la réactivité et la globalité des services ainsi que les résultats des soins. 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. Les organisations des modèles *de coordination* et *de coordination intégrée* occupent, après le modèle *à prestataire unique*, la position la plus élevée pour la majorité des indices d'expérience de soins. Les organisations du modèle *communautaire* se démarquent sur l'accessibilité économique, où elles devancent tous les modèles. Elles sont aussi évaluées favorablement par les utilisateurs quant à l'accessibilité géographique et organisationnelle et la continuité informationnelle. Enfin, le modèle *professionnel de contact* occupe le dernier rang pour toutes les dimensions de l'expérience de soins.

Enfin, soulignons que la déclaration de besoins non comblés de services est significativement moindre chez les utilisateurs des organisations du modèle *à prestataire unique* (14 %) et élevée pour le modèle *de contact* (22 %). Les trois autres modèles obtiennent des taux de déclaration variant autour de 18 %.

Indices d'expérience de soins selon les modèles d'organisation



CONCLUSION

La population adulte est desservie par des cliniques médicales de première ligne qui adoptent différents profils organisationnels. Dans les deux régions étudiées, les modèles de type professionnel, par opposition au modèle communautaire, desservent 90 % des utilisateurs. Des variations sur la perception de l'expérience de soins subsistent entre les utilisateurs des différents modèles. Dans le contexte actuel de transformation de la première ligne, ces questions méritent très certainement d'être considérées. Par exemple, même si de l'avis de plusieurs, le modèle à prestataire unique ne représente pas la formule d'avenir sur laquelle repose la première ligne, il demeure fort apprécié par la population en général. Aussi, dans la mise en place d'organisations et de réseaux complexes et de plus grande taille, il faut se rappeler que la relation entre un professionnel et son patient est au cœur de la fourniture de soins. Les résultats démontrent également que l'implantation de « cliniques médicales sans rendez-vous », pris isolément, ne constitue pas la solution au problème d'accessibilité. Enfin, les modèles qui assurent la prise en charge des clientèles et qui présentent une offre temporelle étendue apparaissent la meilleure façon d'assurer à la fois l'accessibilité et la continuité. Ces constats sur les modèles d'organisation sont davantage étayés dans le rapport de cette recherche (Pineault, Levesque et al., 2008).

RÉFÉRENCES

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*. 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.

Les modèles d'organisation des services de première ligne et l'expérience de soins de la population

Auteurs :

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

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



- 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

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.

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*. 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, mars 2007.

Pineault R, Levesque J-F, Tousignant P, Beaulieu G, Hamel M, Poirier L-R, Raynault M-F, Benigeri M, Roberge D, Lamarche P, Haggerty J, Bergerin P, Dulude S, Marcell 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.

Pineault R, Levesque J-F, Roberge D, Hamel M, Lamarche P, Haggerty J. *L'accessibilité et la continuité des services de santé : Une étude sur la première ligne au Québec. Rapport de recherche*. 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, 2008.

SOUTIEN FINANCIER

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). Elle 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).

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 : 978-2-550-53728-1 (version imprimée)
ISBN : 978-2-550-53729-8 (PDF)

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