



CONTINUITÉ ET ACCESSIBILITÉ DES SOINS DE PREMIÈRE LIGNE AU QUÉBEC : BARRIÈRES ET FACTEURS FACILITANTS

Rapport final

Jeannie Haggerty^{1,2}
Raynald Pineault^{2,3}
Marie-Dominique Beaulieu^{1,2}
Yvon Brunelle⁴
François Goulet⁵
Jean Rodrigue⁶
Josée Gauthier⁷

Mars 2004

Organismes subventionnaires

- Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS)
- Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ)
- Chaire Docteur Sadok Besrouer de recherche en médecine familiale
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)
- Collège des médecins du Québec (CMQ)
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)
- Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ)
- Régies régionales de la Santé et des Services sociaux Montréal-Centre
- Régies régionales de la Santé et des Services sociaux (Bas-St-Laurent, Côte-Nord)

¹ Département de Médecine familiale, Université de Montréal

² Unité de recherche évaluative, Centre de recherche du Centre Hospitalier de l'Université de Montréal

³ Université de Montréal – Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS)

⁴ Direction des affaires médicales, Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)

⁵ Collège des médecins du Québec (CMQ)

⁶ Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ)

⁷ Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)

CONTENTS

MESSAGES PRINCIPAUX	a
SOMMAIRE	i
CONTEXTE	1
Questions examinées dans cette étude	2
IMPLICATIONS	3
Facteurs organisationnels.....	6
La culture organisationnelle.....	6
La structure organisationnelle.....	7
L'offre de services	7
NOTRE DÉMARCHE	8
Sélection des participants à l'étude	9
Échantillonnage des cliniques.....	9
Conclusions sur l'échantillon de l'étude.....	11
Renseignements recueillis	12
Renseignements sur les patients.....	12
Renseignements sur les médecins	14
Renseignements sur les organisations.....	15
Structure de la pratique:	15
Méthode d'analyse	15
RÉSULTATS	16
Expérience des soins de première ligne vécue par les patients	16
Expérience moyenne.....	16
Attentes minimales.....	17
Performance globale	18
Facteurs connexes ayant trait aux organisations et aux médecins	21
Accessibilité.....	21
Continuité relationnelle.....	24
Continuité de coordination.....	26
Caractéristiques des médecins	28
CONCLUSION	30
REMERCIEMENTS	31
RÉFÉRENCES	32

Tableaux

Tableau 1 : Plan d'échantillonnage pour la sélection de cliniques de soins de première ligne au Québec.	10
Tableau 2 : Information recueillie sur l'expérience des patients en soins de première ligne.	13
Tableau 3 : Information recueillie auprès de chaque médecin participant	14
Tableau 4 : Information recueillie sur l'organisation de chaque clinique participante.	15
Tableau 5 : Expérience moyenne des patients selon les dimensions principales des soins de première ligne, comparaison entre le Québec, la Nouvelle Écosse et la Caroline du Nord.....	16
Tableau 6 : Attentes minimales pour les attributs de première ligne :	17
Tableau 7 : Caractéristiques de l'organisation des cliniques et de la pratique médicale.....	23
Tableau 8 : Caractéristiques de l'organisation des cliniques et de la pratique médicale qui influencent la continuité relationnelle perçue par les patients.	25
Tableau 9 : Caractéristiques de l'organisation des cliniques et de la pratique médicale qui influencent la coordination avec les spécialistes des médecins perçue par les patients.	27

Figures

Figure 1 : Expérience moyenne des patients avec les dimensions centrales des soins de première ligne.....	4
Figure 2 : Performance moyenne des cabinets de groupe et des pratiques solo par strate géographique.....	18
Figure 3 : Performance moyenne des CLSC par strate géographique.	18
Figure 4 : Classification des médecins selon leur perception de l'accessibilité et de la continuité	28

MESSAGES PRINCIPAUX

- Le temps d'attente moyen des Québécois pour avoir un rendez-vous avec leur médecin de famille est de 24 jours; seulement 20 % des 3 441 patients que nous avons interrogés estiment qu'ils peuvent voir leur médecin rapidement en cas d'un problème subit de santé.
- Les patients qui entretiennent une bonne relation continue avec leur médecin bénéficient d'une meilleure coordination des soins entre leur médecin et les spécialistes et de conseils plus complets sur la prévention des maladies et le maintien d'une santé optimale.
- Plus d'une personne sur cinq à Montréal n'a pas de médecin de famille habituel; dans l'ensemble, 16 % des patients enquêtés n'ont pas de médecin de famille et cette proportion est probablement encore plus élevée dans la population en général. Les personnes qui n'ont pas de médecin de famille n'ont pas une bonne continuité des soins et ces personnes reçoivent moins de soins préventifs et sont plus susceptibles de se présenter à la salle d'urgence.
- Les cliniques de première ligne et les médecins ont tendance à privilégier soit la continuité (le médecin connaît bien le patient et lui fournit des soins globaux) soit l'accessibilité (il est facile d'obtenir une consultation en cas de maladie), mais les patients ont besoin des deux.
- Les cliniques dont l'accessibilité et la continuité des soins sont acceptables ont en commun quelques caractéristiques essentielles : elles offrent des consultations avec et sans rendez-vous en soirée, elles ont moins de dix médecins et elles ont des liens opérationnels avec d'autres établissements de soins de santé. Leurs médecins ont des méthodes efficaces pour répondre aux besoins urgents de leurs patients qui peuvent être gérés par leur secrétaire et ils voient environ quatre patients par heure.

SOMMAIRE

Les commissions provinciales et nationales qui ont étudié les soins de santé ont conclu que chaque citoyen devrait avoir un médecin de première ligne qui assume la responsabilité principale de la plupart des soins de santé qu'il requiert. À plusieurs reprises, des réformes ont été réclamées pour transformer le système de soins de première ligne en un milieu clinique offrant des soins accessibles, continus et globaux ainsi qu'une coordination efficace et effective des soins prodigués au patient par les autres paliers du système de santé.

Nous avons étudié l'accessibilité, la continuité et la coordination des soins médicaux de première ligne offerts au Québec en 2002, au moment où la province amorçait la réorganisation de son système de soins de première ligne. Nous voulions déterminer les caractéristiques des cliniques et des cabinets offrant les meilleurs soins de première ligne.

Au total, nous avons interviewé 3 441 patients dans 100 cliniques communautaires et privées de soins de première ligne choisies au hasard dans des régions urbaines, suburbaines, rurales et éloignées du Québec.

Résultats et implications

Nous avons constaté que les patients sont attachés à leurs médecins et leur font confiance, mais que les soins de première ligne dans leur ensemble répondent à peine à des attentes minimales. Les patients qui n'ont pas de médecin habituel expérimentent une moins bonne accessibilité aux soins ainsi qu'une moins bonne continuité et coordination des soins. Ces patients reçoivent moins de soins préventifs et sont plus susceptibles d'avoir eu recours à la salle d'urgence au cours de l'année précédente. Dans la région de Montréal, 22 % des personnes interrogées n'ont pas de médecin habituel; cette proportion atteint 34 % parmi les patients des cliniques sans rendez-vous. La situation est légèrement meilleure à l'extérieur de Montréal. Des patients participants 16 % n'ont pas de médecin personnel habituel; ce pourcentage est vraisemblablement plus élevé dans la population en général.

Nous avons constaté que l'« accessibilité de premier contact » — la facilité avec laquelle les gens peuvent entrer en contact avec leur fournisseur de soins pour un nouveau problème de santé — est considérablement inférieure aux attentes minimales. Les chances d'être vu par le

médecin sont meilleures pour le patient qui tombe malade durant les heures d'ouverture de la clinique, mais sont presque nulles durant la nuit ou la fin de semaine.

L'enquête montre également que la coordination avec des spécialistes et la prestation des soins préventifs atteignent à peine le seuil minimal acceptable. Malgré cela, les patients ressentent un fort attachement à leurs médecins et se fient à eux pour leur fournir des soins conformes à leurs besoins médicaux et à leur situation personnelle (« continuité relationnelle »).

Les cliniques sans rendez-vous ont tendance à être médiocres en termes de continuité et de prévention, mais ces cliniques sont la source habituelle de soins pour 60 % des patients interviewés, et nous avons observé que certains médecins ayant une pratique de sans rendez-vous s'efforcent d'assurer la continuité des soins. De toute évidence, les cliniques sans rendez-vous répondent aux besoins des patients qui n'ont pas de médecin habituel et constituent l'unique source de continuité des soins pour beaucoup de patients.

L'inscription de patients auprès d'un médecin va probablement améliorer l'accessibilité et la continuité, mais la situation critique de ceux qui n'ont pas de médecin

régulier doit demeurer une préoccupation majeure pour les décideurs politiques.

Les patients qui ont un médecin régulier se disent confiants que leur médecin connaît leurs antécédents médicaux ainsi que leur contexte personnel et qu'il peut gérer la globalité des soins dont ils ont besoin. Nous avons constaté qu'une affiliation forte à un médecin et une bonne continuité relationnelle se traduisent par une meilleure coordination avec les spécialistes et par des services plus complets de prévention et de promotion de la santé.

Dans leurs commentaires, les patients ont exprimé une profonde frustration quant à l'accessibilité des soins; leur plus grande insatisfaction touche le temps d'attente pour obtenir un rendez-vous et la possibilité de rejoindre leur médecin par téléphone. En moyenne, le temps d'attente pour le prochain rendez-vous disponible avec un médecin est de 24 jours.

Les opinions sur l'accessibilité ne sont pas toutes négatives. Vingt pour cent des patients se sont dits confiants de pouvoir être vus par leur fournisseur de soins habituel à un jour d'avis. Les CLSC en région éloignée — qui sont des centres de santé communautaire dans lesquels une salle d'urgence est intégrée à la clinique de soins de première ligne et où au

moins un médecin est sur place en tout temps — offrent une accessibilité quasi optimale.

Nous avons trouvé que les cliniques et les médecins ont tendance à privilégier soit l'accessibilité, soit la continuité des soins. La grande majorité assure la continuité au détriment de l'accessibilité, bien qu'une minorité arrive à concilier les deux — et qu'un nombre consternant (24 % des médecins dans notre étude) n'offre ni l'une ni l'autre de façon satisfaisante. Certains éléments de nos modèles d'analyse indiquent comment s'établit le compromis entre la continuité et l'accessibilité. Ainsi, lorsque le nombre de patients vus est inférieur en moyenne à 3,4 patients par heure, l'accessibilité en souffre; au-delà de ce nombre c'est la continuité qui est affectée. Il semble donc qu'une moyenne de quatre patients par heure assure le meilleur équilibre entre l'accessibilité et la continuité de même, que la combinaison des consultations avec et sans rendez-vous.

Notre analyse a fait ressortir plusieurs caractéristiques communes aux cliniques qui offrent la meilleure combinaison d'accessibilité et de continuité. Parmi ces caractéristiques, celle qui est la plus fortement associée au sentiment qu'ont les patients d'une accessibilité et d'une coordination améliorées est l'accès 24/7 à des conseils téléphoniques (autres que la ligne Info-Santé). Il peut s'agir

d'une simple boîte vocale vérifiée à intervalle régulier et qui réfère les patients au réseau de garde durant la nuit. Notre modèle indique qu'un accès téléphonique 24/7 ferait passer la perception de l'accessibilité de son niveau actuel, qui est indiscutablement trop bas, à un seuil minimal acceptable.

Contrairement à ce qu'on en pense couramment, nous avons constaté que l'accessibilité offerte par les médecins en pratique solo n'est pas moins bonne que celle des cabinets de groupe, et dans les régions rurales, elle est même meilleure. Toutefois, lorsque les cliniques comptent plus de dix médecins, l'accessibilité et la continuité commencent à diminuer. Cette observation confirme la politique actuelle selon laquelle les Groupes de médecine famille devraient compter entre six et huit médecins.

Chaque heure d'ouverture au-delà de 55 heures par semaine accroît l'accessibilité, surtout s'il s'agit de consultations avec et sans rendez-vous offertes en soirée (les heures additionnelles offertes durant la fin de semaine ne semblent pas améliorer l'accessibilité de façon importante). Les cliniques qui ne peuvent pas prolonger leurs heures d'ouverture devraient envisager d'en déplacer un certain nombre en soirée.

Plus une clinique a noué de liens opérationnels avec d'autres établissements de

soins de santé, plus ses soins sont accessibles, continus et coordonnés. Cela confirme le bien-fondé de la nouvelle politique qui encourage l'accroissement des liens opérationnels entre les cliniques et les hôpitaux.

Conclusion : L'impression est largement répandue dans le grand public comme chez les décideurs politiques, que les soins de première ligne ne répondent pas à la demande, sont fragmentés et mal coordonnés avec les autres composantes du système de santé. Notre étude confirme effectivement que les soins de première ligne ne sont pas généralement accessibles et que la

coordination avec les services spécialisés est faible, mais elle fait ressortir des exceptions importantes qui peuvent servir à orienter les politiques futures. Ainsi les caractéristiques fondamentales des Groupes de médecine de famille au Québec, comme le prolongement des heures d'ouverture, la formation d'équipes composées d'infirmières et de médecins, et l'amélioration de la globalité des soins grâce à des liens opérationnels avec d'autres établissements de soins de santé, semblent offrir des solutions prometteuses pour améliorer la situation actuelle.

CONTEXTE

L'impression est largement répandue dans le grand public comme chez les décideurs politiques que les soins de première ligne ne répondent pas à la demande, sont fragmentés et sont mal coordonnés avec les autres composantes du système de santé.

En 2000, la Commission d'étude sur les services de santé et services sociaux (la Commission Clair) a procédé à une analyse systématique du système de santé au Québec en faisant appel aux avis de milliers de personnes, citoyens, groupes d'intérêt, professionnels et gestionnaires du système de santé de même que divers experts internationaux. L'une des conclusions les plus importantes de cette enquête a été que le système de santé souffre de problèmes majeurs en ce qui a trait à l'accessibilité, la continuité et la coordination des soins. En 1998, le Collège des médecins du Québec notait que « d'autres plaintes des malades, en augmentation elles aussi, concernent le manque de suivi, les retards dans les rendez-vous, les non-retours d'appels téléphoniques, les erreurs de transmission de dossiers ou de référence à un médecin qui s'avère ne pas être le bon » et ajoutait que « dans beaucoup d'endroits, [...] la réorganisation [du système de soins de santé] a accentué les problèmes reliés à la continuité, plutôt que de faciliter celle-ci. » (2) pp. 10-11).

Les commissions provinciales et nationales sur les services de santé ont recommandé que les soins de première ligne soient renforcés de manière à garantir à chaque citoyen l'accès à un médecin de famille qui, d'une part, soit le principal responsable de la majorité de ses soins de santé et qui, d'autre part, œuvre dans un milieu clinique assurant aux patients des soins de première ligne accessibles, continus, globaux et bien coordonnés avec les autres niveaux de soins (1;3-6). En réponse à ces recommandations, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) a mis sur pied les groupes de médecine familiale (GMF) pour renforcer les soins de première ligne et accroître la collaboration entre les CLSC et les cabinets privés. Ces groupes de médecins de famille et d'infirmières fournissent un ensemble bien défini de services aux patients inscrits, avec accès 24/7. Les patients ont des liens contractuels avec leur médecin (mais ne subissent pas de pénalités financières s'ils utilisent d'autres services). Chaque groupe a des ententes explicites avec d'autres institutions du réseau pour assurer aux patients une transition harmonieuse entre les diverses composantes du système de santé. En 2002, 65 GMF ont été créés

et accrédités; le 31 mars 2004, il y en aura 75 (communication personnelle, D^r Jean-Guy Émond). L'objectif du Ministère est d'amener 80 % de la population à s'inscrire auprès des groupes de médecine familiale au cours des cinq prochaines années.

Cette étude porte sur le degré d'accessibilité, de continuité et de coordination des soins de première ligne en 2002, au moment où le Québec se préparait à amorcer cette ambitieuse réorganisation de son système de soins de première ligne. Elle a été conçue de façon à donner aux principaux décideurs une description « de base » des expériences vécues par les patients et les médecins, avant ces réformes majeures. Mais surtout, cette étude a été conçue pour indiquer quelles pratiques organisationnelles dans les cliniques et quelles orientations professionnelles sont associées à une amélioration de l'accessibilité, de la continuité et de la coordination des soins aux patients.

L'accessibilité est la facilité avec laquelle une personne peut établir ou entretenir un contact avec un fournisseur de soins. Dans le cas des soins de première ligne, nous sommes particulièrement intéressés par *l'accessibilité de premier contact*, c'est-à-dire la capacité à obtenir des soins pour un nouveau problème. La continuité des soins est le degré auquel les soins sont perçus par le patient comme étant cohérents, reliés et conformes à ses besoins médicaux et à sa situation personnelle. Dans le cas des soins de première ligne, nous trouvons particulièrement important que les patients puissent compter sur un fournisseur de soins de première ligne qui connaît leur situation personnelle et qui soit le principal responsable de leurs soins, ce qu'on appelle la *continuité relationnelle*. Ce fournisseur est également chargé de coordonner ces soins avec ceux d'autres fournisseurs, si nécessaire, ce qu'on appelle la *continuité de coordination*.

Questions examinées dans cette étude

Notre étude et ce rapport tentent de répondre aux questions suivantes :

- Quel pourcentage des usagers des soins de première ligne peut identifier un médecin qui prend la responsabilité principale des soins qui leur sont dispensés? Dans quelle mesure ce pourcentage diffère-t-il selon les strates géographiques et le type de clinique?
- Quelle est l'expérience moyenne des patients en ce qui concerne l'accessibilité aux soins, la continuité relationnelle et la continuité de coordination? Dans quelle mesure cette expérience diffère-t-elle selon les régions et le type de clinique?

- Comment la continuité relationnelle est-elle liée à l’accessibilité, à la coordination et aux soins préventifs?
- Quelles sont les structures organisationnelles d’une clinique et les caractéristiques d’un médecin qui influent sur la qualité des expériences vécues par les patients quant à l’accessibilité des soins, la continuité relationnelle et la continuité de coordination?

IMPLICATIONS

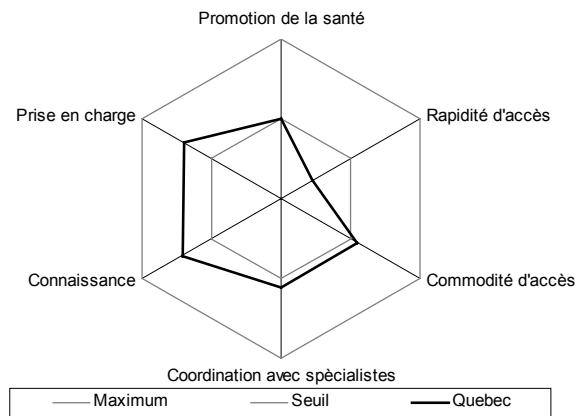
Nos résultats montrent que certaines cliniques au Québec réussissent bien en ce qui a trait à l’accessibilité et à la continuité des soins, avant même que toute réforme ou réorganisation des pratiques en santé ne soit amorcée. Ces cas nous suggèrent un aperçu fort utile des éléments qui pourraient être inclus dans les politiques de soins de santé en vue de modifier l’ensemble du système. Les caractéristiques d’une clinique qui favorisent une meilleure accessibilité et une plus grande continuité des soins ne sont pas spécifiques au Québec. L’organisation des soins de santé est comparable d’une province canadienne à l’autre et les réformes provinciales des soins de première ligne présentent des points communs. Les résultats de cette étude peuvent donc s’appliquer ailleurs au Canada.

Dans la mesure du possible, nous avons testé les paramètres fixés pour les groupes de médecine familiale du Québec en ce qui a trait à leur structure et à leurs pratiques. De façon générale, nous démontrons que les paramètres fixés par les politiques – comme la taille des cabinets, la présence d’une infirmière et des heures d’ouverture prolongées – sont adéquats et vont, selon toute attente, contribuer à améliorer l’accessibilité et la continuité des soins. Notre étude comporte cependant quelques résultats inattendus, comme des résultats favorables pour les médecins de pratique solo en milieu rural et l’existence d’une continuité des soins dans les cliniques sans rendez-vous. Cela nous incite pour le moins à la prudence dans la recherche d’une solution universelle pour améliorer les soins de première ligne.

L’expérience des soins de première ligne vécue par les patients

Parmi les aspects des soins de première ligne que nous avons mesurés, l’accessibilité rapide était bien en deçà des attentes minimales pour des soins de première ligne (figure 1).

Figure 1 : Expérience moyenne des patients avec les dimensions centrales des soins de première ligne, comparaison avec le niveau minimal attendu et l'optimale.



Les patients ont indiqué qu'ils doutent de pouvoir être vus à leur clinique ou par leur médecin habituel à un jour d'avis en cas de maladie subite. Lorsqu'on leur a demandé s'ils pouvaient être vus le jour même s'ils tombaient malades, la plupart des patients ont répondu qu'ils ne le pourraient « probablement pas ». Par comparaison, en 1999, les résidents de quatre communautés de la Nouvelle-Écosse ont répondu qu'ils le pourraient « peut-être » et en 1998, les patients d'une organisation de soins de santé intégrés (HMO) de la Caroline du Nord et les bénéficiaires de Medicaid dans cet état pensaient qu'ils le pourraient « probablement ». Les chances des patients québécois d'être reçus étaient meilleures s'ils tombaient malades durant les heures d'ouverture des cliniques; mais elles étaient pratiquement nulles s'ils avaient besoin d'aide en soirée ou durant la fin de semaine. À l'évidence, l'accessibilité aux soins 24/7 est encore loin d'être une réalité pour nombre de Québécois.

Dans leur évaluation des éléments organisationnels liés à l'accès, c'est en référence aux délais pour obtenir un rendez-vous et à la capacité de rejoindre un médecin par téléphone que les patients se sont montrés les moins satisfaits. Nous avons systématiquement demandé aux secrétaires des médecins qui ont participé à l'étude quand se situait le troisième rendez-vous disponible sur leur liste. Le temps d'attente moyen était de 24 jours. Il n'est pas surprenant que les patients aient exprimé leur frustration quant à l'accessibilité des soins lorsqu'ils en ont eu l'occasion!

Cela dit, les résultats concernant l'accessibilité ne sont pas tous mauvais. Vingt pour cent (20 %) des patients estiment pouvoir être vus par leur fournisseur de soins habituel en moins

d'une journée. Nous n'avons pas été surpris de constater que les CLSC en région éloignée obtenaient les meilleurs résultats en termes d'accessibilité. Il faut dire qu'il s'agit de CLSC dans lesquels une salle d'urgence est intégrée à la clinique de soins de première ligne et où un médecin est présent 24/7. Malheureusement, tous les CLSC ne sont pas organisés pour répondre aux besoins médicaux des patients (15 % des CLSC de notre échantillon de départ n'offraient pas de soins médicaux généraux). Par ailleurs, certains reçoivent si peu de patients qu'ils ne peuvent pas répondre efficacement à des besoins.

Les patients qui ont un médecin habituel se disent confiants quant à sa connaissance de leurs antécédents médicaux et de leur situation personnelle et en sa capacité de s'occuper de la globalité de leurs besoins en matière de santé. Dans leurs commentaires libres, les patients ont exprimé pour la plupart un haut degré de satisfaction à l'égard de leur médecin et de la qualité des soins reçus. Nous avons constaté qu'une affiliation forte à un médecin et une bonne continuité relationnelle se traduisent par une meilleure coordination avec les spécialistes et par des services plus complets de prévention et de promotion de la santé. Cela est conforme aux résultats d'autres recherches et révèle l'importance d'avoir un médecin habituel assumant la responsabilité principale des soins, l'un des principes de base des groupes de médecine familiale.

Cependant, 16 % des patients n'ont pas de médecin habituel et ce pourcentage devrait être nettement plus élevée dans la population en général. Dans la région de Montréal, 22 % des usagers n'ont pas de médecin habituel. Dans les cliniques sans rendez-vous, 34 % des patients n'en ont pas non plus et, dans un cas sur cinq, la clinique sans rendez-vous est leur source habituelle de soins. Étonnamment, 44 % des patients dans les cliniques sans rendez-vous considèrent le médecin de la clinique comme leur médecin habituel et dans la plupart des cas (85 %), le médecin partage ce point de vue. Bien que les cliniques sans rendez-vous obtiennent de piètres résultats en ce qui a trait à la continuité et aux soins préventifs, il en demeure qu'elles répondent aux besoins des patients qui n'ont pas de médecin habituel et qu'elles constituent une source de soins continus pour une proportion non négligeable de patients. Mais encore une fois, la prudence est de mise; il y a lieu de croire que les cliniques ayant participé à notre étude offrent des soins de première ligne plus complets que celles que nous n'avons réussi à recruter. Notre échantillon de départ comprenait en effet des cliniques sans rendez-vous où il était impossible de

rejoindre qui que ce soit par téléphone ou des cliniques qui furent exclues parce qu'aucun des médecins en service n'y travaillait une journée complète.

Les patients qui n'ont pas un médecin habituel vivent des expériences nettement plus négatives en ce qui a trait à l'accessibilité, à la continuité et à la coordination de soins. Ils reçoivent moins de services préventifs. Dans les zones urbaines où les salles d'urgence semblent être une solution de rechange plutôt qu'un complément aux soins de première ligne, les patients n'ayant pas de médecin habituel sont deux fois plus susceptibles que ceux qui en ont un d'avoir eu recours à une salle d'urgence durant l'année précédente. Soixante pour cent (60 %) de ces patients ont déclaré ne pas pouvoir trouver de médecin de famille qui accepte de nouveaux patients.

L'inscription des patients dans les groupes de médecine familiale cible les gens qui sont déjà des usagers réguliers d'un cabinet médical et qui jouissent probablement déjà, à ce titre, d'une bonne continuité et d'une bonne coordination de leurs soins. La situation critique de ceux qui n'ont pas un médecin habituel et qui seront de ce fait exclus des GMF actuels et futurs devrait continuer à préoccuper très sérieusement les décideurs politiques.

Facteurs organisationnels

Dans la section « Résultats », nous présentons l'analyse détaillée de chaque attribut des soins de première ligne. Nous soulignons ici les conclusions qui semblent recouper les divers résultats et qui présentent le plus de potentiel pour l'amélioration des soins de première ligne. Nous avons regroupé les variables qui nous intéressaient selon les dimensions suivantes : la culture organisationnelle, la structure organisationnelle et l'offre de services.

La culture organisationnelle

Nous avons demandé aux médecins et aux directeurs de cliniques participant à l'étude d'évaluer l'importance accordée par leur clinique à des éléments tels que la rapidité d'accès offerte aux patients, une approche psychosociale des soins de santé, l'administration de la clinique, l'offre des plus récentes formes de traitement, les liens avec les médecins spécialistes et le respect de l'horaire prévu. Nous avons constaté que les organisations qui donnent priorité à l'accessibilité sont en effet plus accessibles tandis que celles qui valorisent l'établissement de liens avec la communauté et les spécialistes offrent une meilleure continuité des soins à leurs

patients. Étonnamment, le fait d'accorder une grande importance à une approche psychosociale des soins semble résulter en une accessibilité et une continuité moindre. Une forte culture organisationnelle se traduit par une structure organisationnelle et une offre de services qui reflètent les valeurs propres à cette culture.

La structure organisationnelle

Lorsque des cliniques comptent plus de dix médecins, les patients commencent à trouver que les soins sont à la fois moins continus et moins accessibles. Cela confirme le bien-fondé de la politique actuelle qui recommande que les GMF comportent de six à huit médecins. Contrairement à ce qui est communément présupposé dans les politiques actuelles, nous n'avons pas constaté que les médecins pratiquant seuls offrent une moins bonne accessibilité que les cabinets de groupe. Dans le cas des cabinets en milieu rural, ils en offrent même une meilleure.

La caractéristique organisationnelle qui favorise une meilleure accessibilité dans les cliniques consiste à offrir aux patients habituels un accès téléphonique à un professionnel de la santé (autre qu'Info-Santé) 24/7. Les patients des cliniques offrant un tel service sont deux fois plus confiants que les autres quant à leur capacité de communiquer avec un membre de leur clinique en cas de maladie subite. Durant le jour, une simple boîte vocale suffit, à condition qu'elle soit vérifiée à intervalle régulier. De nuit, il suffit de référer les patients au réseau sur appel de la clinique. Si ces résultats s'avèrent les mêmes dans toutes les organisations, instituer un accès téléphonique 24/7 serait une façon de faire passer la perception de l'accessibilité de son niveau actuel, qui est indiscutablement trop bas, à un seuil minimal acceptable.

L'offre de services

Nous avons constaté qu'en deçà de 55 heures par semaine, les heures d'ouverture n'affectent pas la perception qu'ont les gens de l'accessibilité des soins. Cependant, au-delà de ce seuil, chaque heure d'ouverture ajoutée se traduit par une confiance accrue quant à l'accessibilité, les CLSC en région éloignée offrant pratiquement une accessibilité optimale à leurs patients, en raison de leur salle d'urgence intégrée. Offrir un tel degré d'accessibilité peut paraître irréalisable à des médecins déjà fort occupés et certainement pour des médecins pratiquant seuls en cabinet privé. Cela dit, notre analyse démontre qu'offrir des services en soirée accroît l'accessibilité et la continuité des soins, même quand le nombre total d'heures d'ouverture demeure inchangé. Par contre, les heures d'ouverture durant la fin de semaine ne

semblent avoir aucun effet sur l'accessibilité ou la continuité des soins. En somme, les cliniques qui ne peuvent pas accroître leurs heures d'ouverture devraient songer à déplacer certaines de ces heures en soirée.

Nous avons constaté par ailleurs que les cliniques doivent offrir une combinaison de consultations sur rendez-vous et de consultations sans rendez-vous pour répondre aux besoins de continuité et d'accessibilité. Dans une clinique, la continuité des soins s'améliore lorsqu'au moins 40 % des heures d'ouverture sont consacrées à des consultations sur rendez-vous. Les médecins doivent également fournir des soins sans rendez-vous, mais pas trop, pour maintenir la continuité. Quand commence-t-on à en offrir trop ou pas assez? Notre analyse suggère qu'au-delà de 50 % des heures sans rendez-vous est trop et que moins de 10% est trop peu, à moins qu'il y ait des possibilités d'insérer les cas urgents dans le temps consacré au rendez-vous.

Enfin, nous avons trouvé que plus une clinique a noué de liens opérationnels avec d'autres établissements de soins de santé, plus ses soins sont accessibles, continus et coordonnés. Ce résultat reflète certes le sens commun, mais il s'agit aussi d'une bonne nouvelle car il confirme le bien-fondé des orientations prises dans les politiques actuelles, où l'on encourage l'accroissement des liens opérationnels entre les cliniques et les hôpitaux. Les CLSC ont plus de liens opérationnels que les cabinets privés et les cabinets privés en région rurale en ont davantage que ceux établis en zone urbaine ou suburbaine. Les médecins en région rurale tendent à travailler dans 1,5 fois plus de milieux cliniques différents que ne le font les médecins en zone urbaine et 77 % d'entre eux travaillent dans d'autres milieux que des cliniques (e.g. hôpitaux, salles d'urgence, établissements de soins de longue durée), comparativement à 35 % de leurs collègues en zone urbaine. Nous croyons que ces pratiques contribuent à forger des liens opérationnels solides dans le réseau de services de santé en région rurale.

NOTRE DÉMARCHE

Les décideurs qui étaient nos partenaires s'intéressaient principalement aux facteurs organisationnels et professionnels pouvant expliquer les variations dans les soins de première ligne, surtout en ce qui a trait à la continuité des soins; en deuxième lieu, ils voulaient avoir une idée de la situation des soins de première ligne avant la mise en œuvre des réformes. C'est pourquoi nous avons choisi de mener une étude transversale et comportant plusieurs niveaux des milieux de soins de première ligne nous permettant ainsi de faire le lien entre l'expérience des

patients et les caractéristiques de la clinique et du médecin. Le devis à niveaux multiples reconnaît et examine explicitement l'appartenance des médecins aux organisations et celle des patients aux médecins. Nous avons recueilli des données sur les expériences des patients relativement aux soins reçus (le résultat qui nous intéresse d'abord), sur les perceptions des médecins et leurs profils de pratique et, enfin, sur l'organisation des cliniques. Dans les pages qui suivent, nous décrivons brièvement la sélection des participants à l'étude, les renseignements recueillis et notre méthode d'analyse.

Sélection des participants à l'étude

La stratégie d'échantillonnage visait à représenter les types prédominants d'organisations de soins de première ligne au Québec dans les divers contextes géographiques. Nous avons sélectionné au hasard les cliniques dans les strates géographiques et parmi les types de cliniques, puis nous avons choisi quatre médecins dans chaque clinique et, enfin, 20 patients de suite y ayant consulté les médecins participants. Notre objectif était d'étudier 100 cliniques.

Échantillonnage des cliniques

Nous avons limité notre échantillonnage à cinq régions administratives de soins de santé pour des raisons de faisabilité et pour pouvoir présenter aux autorités régionales participantes un portrait des soins de première ligne dans leur région. Voici les cinq régions retenues :

- Montréal : région urbaine et suburbaine dense; modèles de pratique variés; population multiethnique hautement mobile; bonne proportion médecin-population même si un grand nombre de patients n'ont pas de médecin de famille personnel.
- Montérégie : région urbaine, suburbaine et rurale; population stable et nombre adéquat de médecins.
- Bas-Saint-Laurent : région principalement rurale comptant une grande agglomération urbaine et un hôpital régional; communautés rurales et éloignées; population de patients stables, principalement francophone; nombre de médecins variable.
- Gaspésie : communautés rurales, éloignées et isolées; population stable de patients; proportion médecin-population moyenne, médecins de famille participant aux soins hospitaliers.

- Côte-Nord : communautés éloignées et isolées, et une grande agglomération dotée d'un hôpital régional; proportion médecin-population inférieure aux chiffres provinciaux, médecins de famille participant aux soins hospitaliers.

Notre base d'échantillonnage a été un répertoire des cliniques de première ligne compilé en 2000 (7) et la liste des 170 CLSC. Nous avons exclu de notre base d'échantillonnage les milieux de pratique désignés comme des modèles de GMF pilotes en 2001. Le tableau 1 représente notre plan d'échantillonnage. Notre distribution des types d'organisation reflète le fait que 85 % des services de première ligne sont donnés dans des cliniques privées. Nous nous attendions à ce que la variété des organisations de pratique soit plus grande dans les régions urbaines.

Tableau 1 : Plan d'échantillonnage pour la sélection de 100 cliniques de soins de première ligne au Québec par strate géographique et par type de cliniques prévues et actuelles.

	Urbaine	Périphériques	Rurale	Éloignée	
CLSC					
Prévues	9	3	3	2	17%
Actuelles	7	1	6	3	17%
Cliniques privées					
Prévues	41	12	17	13	83%
Actuelles	31	21	18	13	83%
Total:					
Prévues	40%	15%	20%	15%	100
Actuelles	38%	22%	24%	16%	100

Nous avons également divisé la strate des cliniques privées pour éviter le suréchantillonnage des cabinets comptant un seul médecin (limite de 10 % de l'échantillon dans toutes les strates géographiques). Dans les régions de la Côte-Nord, de la Gaspésie et du Bas-Saint-Laurent, nous avons divisé la strate rurale en strates semi-urbaine et rurale pour éviter le suréchantillonnage des cabinets des agglomérations métropolitaines, et nous avons divisé la strate éloignée en strates éloignée et isolée pour garantir un échantillonnage adéquat des cabinets isolés. Les sites ont été sélectionnés par échantillonnage aléatoire systématique dans chacune des strates.

Pour être admissible à notre étude, la clinique ou le CLSC devait offrir des services médicaux généraux à une clientèle non différenciée et devait être stable au plan administratif

depuis au moins un an. Les cliniques spécialisées dans le traitement de problèmes très précis comme l'obésité ou les varices ont été exclues, tout comme celles qui traitent uniquement une clientèle très ciblée comme les patients HIV. Sur les 201 cliniques sélectionnées au départ, 22 (11 %) n'étaient pas admissibles. Parmi les cliniques admissibles invitées à participer, 64 % ont accepté et ont fait partie de l'étude. L'annexe 1 contient des détails sur la participation des cliniques.

Les médecins admissibles à notre étude étaient ceux qui exercent la médecine clinique générale, actif depuis au moins un an dans la clinique ou le CLSC et y consacrant au moins un jour par semaine. Nous avons inclus un total de 221 médecins dans l'étude, soit une moyenne de 2,3 par site pour les cabinets de groupe et les CLSC. Pour chaque médecin admissible et consentant, nous avons recruté 20 patients de suite venus consulter le médecin un jour donné. Nous avons choisi des jours de clinique représentatifs des services offerts par le *site en question*. Par conséquent, pour certains médecins, nous avons étudié les services sans rendez-vous, dont les patients ne sont pas les patients habituels du médecin, même si celui-ci voit également des patients sur rendez-vous.

En raison des différences dans le nombre de patients vus par les divers médecins, la collecte des données a parfois duré plus d'une journée. Toutefois, le nombre de patients de certains CLSC était si faible que nous avons décidé d'interrompre la collecte des données après cinq demi-journées de consultations. Le nombre moyen de patients participant pour chaque médecin en clinique privée a été de 18 (médiane = 20); le nombre moyen pour les médecins des CLSC a été de 12 (médiane = 12). Sur les 4 764 patients avec qui nous sommes entrés en contact, 93 % étaient admissibles et 89 % ont accepté de participer. Toutefois, 1333 patients (37%) ont choisi de retourner leurs questionnaires par la poste et seulement 69 % d'entre eux l'ont effectivement retourné, ce qui nous a donné un taux de réponse réel de 87 % pour un total de 3 441 patients. (L'annexe 1 contient de plus amples renseignements à ce sujet.)

Conclusions sur l'échantillon de l'étude

Le taux de réponse de la part des cliniques est considéré comme excellent pour des études touchant les médecins. Nous sommes assurés que notre échantillon représente fidèlement la population des cliniques que nous voulions étudier et que les liens que nous avons établis entre les caractéristiques des cliniques et des médecins, d'une part, et les expériences des patients,

d'autre part, sont fiables. Néanmoins, il y a lieu de croire que les cliniques qui ont participé à notre étude ont tendance à offrir de meilleurs soins de première ligne que celles qui ont refusé d'y participer.

Nous ne pouvons pas généraliser la description de l'expérience des soins de première ligne vécue par les patients à l'ensemble du Québec, car toutes les régions ne sont pas représentées. Nous estimons cependant qu'en raison de l'uniformité d'une région à l'autre, les modèles généraux de soins s'appliquent à toute la province. Nous serons en mesure de dresser des portraits régionaux pour quatre des cinq régions étudiées.

Il importe de souligner que nous avons recueilli le point de vue de personnes qui avaient réussi à avoir accès au système de santé. Leur expérience de l'accessibilité et de la continuité est sans doute plus positive que si nous avions échantillonné la population en général. Nous n'avons pas recueilli de données auprès des personnes qui contournent les soins de première ligne et se présentent à l'urgence des hôpitaux ou s'adressent directement à des spécialistes comme des pédiatres ou des gynécologues pour obtenir des soins plus précis.

Renseignements recueillis

Comme nous l'avons déjà mentionné, le point fort de cette étude consistait à recueillir des renseignements auprès des patients, des médecins et des cliniques pour ensuite établir des liens entre toutes ces données.

Tous les renseignements ont été recueillis au moyen de questionnaires à questions fermées et autoadministrés. Dans la mesure du possible, nous avons utilisé des questionnaires validés et recueillis des renseignements déjà collectés dans le cadre d'études antérieures de façon à pouvoir établir des comparaisons. Nous résumons ci-dessous les renseignements recueillis auprès des patients, des médecins et des cliniques. Les questionnaires sont présentés à l'annexe 2.

Renseignements sur les patients

Le résultat qui nous intéressait d'abord (variable dépendante) était l'expérience de soins de première ligne vécue par le patient, surtout en ce qui concerne la continuité. Notre instrument principal a été le « Primary Care Assessment Tool » (PCAT) mis au point aux États-Unis par Cassady et Starfield (8). Ce questionnaire a pour avantages de mesurer le degré d'affiliation du

patient au fournisseur de soins habituel et d'être valide même s'il est rempli par les patients qui n'ont pas de médecin habituel. Le même instrument a également servi à évaluer les programmes pilotes de soins de première ligne en Ontario et en Nouvelle-Écosse, ce qui nous a permis d'établir des comparaisons entre les provinces. Par ailleurs, nous avons aussi inclus l'échelle d'accès organisationnel tirée du « Primary Care Assessment Survey » (PCAS) mis au point par Safran (9). Comme ces instruments n'existaient qu'en anglais, nous les avons fait traduire en français. L'annexe 2 contient des détails sur ce processus de validation. Le tableau 2 présente les concepts qui nous intéressaient et leurs mesures.

Tableau 2 : Information recueillie sur l'expérience des patients en soins de première ligne. Toute l'information se rapporte aux sources de soins habituelles des patients.

Le concept d'intérêt	Ce que nous avons mesuré
<i>l'Accessibilité de premier contact</i> : capacité d'obtenir des soins requis dans un délai raisonnable.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Accessibilité organisationnelle : Évaluation de l'emplacement de la clinique, des heures d'ouverture, de la facilité d'avoir un rendez-vous, du temps d'attente avant d'être vu(PCAS). ▪ La probabilité d'être vu le même jour si on tombe soudainement malade (PCAT).
<i>La continuité relationnelle</i> : une relation thérapeutique établie.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La force de l'affiliation avec le fournisseur de soins (PCAT). ▪ Connaissances accumulées : la confiance que le médecin connaît l'historique médical et sa situation personnelle (PCAT). ▪ Prise-en-charge : la confiance que les responsabilités cliniques du médecin vont au-delà de simples rencontres (PCAT)
<i>Continuité de coordination</i> : Le degré de coordination perçu entre le médecin de première ligne et les spécialistes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le degré de communication et coordination observé entre le médecin de première ligne et les derniers spécialistes consultés (PCAT).
<i>Globalité</i> : disponibilité d'une étendue de services requis en première ligne	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prévention et promotion de la santé: la probabilité que les patients aient reçu les conseils appropriés selon leur âge et sexe (PCAT). ▪ Disponibilité des procédures médicales à la clinique (mesurée seulement au niveau de la clinique).

Outre les renseignements sur les soins de première ligne, nous avons également recueilli des données sur l'utilisation des soins de santé durant l'année précédente, incluant le recours à des généralistes, à des spécialistes et aux services d'urgence. Nous avons demandé aux patients comment ils percevaient leur propre santé et leur niveau de stress. Nous avons aussi compilé des renseignements sociodémographiques : âge, sexe, état civil, niveau d'instruction, statut professionnel, nombre et âge des personnes faisant partie du ménage, et situation financière.

Tableau 3 : Information recueillie auprès de chaque médecin participant

VARIABLES MÉDECIN	Source
<i>Profil de pratique clinique:</i> nombre d'années de pratique, nombre de différents sites de pratique, satisfaction générale de leur vie professionnelle.	Questionnaire adapté de l'étude Janus du CMFC
<i>Profil de pratique à la clinique:</i> moyenne d'heures travaillées dans une semaine, moyenne hebdomadaire de patients, acceptation des nouveaux patients, type des différentes procédures médicales exécutées,	Questionnaire adapté de l'étude Janus du CMFC
<i>Orientation en première ligne:</i> Pratique habituelle concernant l'accessibilité rapide, la continuité relationnelle, la coordination avec les spécialistes et la prévention. (Les items correspondent à ceux demandés aux patients)	Questionnaire destiné au dispensateurs de soins, Primary Care Assessment Tool (PCAT)
<i>Identification à la profession et à l'organisation :</i> degré d'identification avec l'organisation, identification à la profession, loyauté avec l'organisation, attachement au groupe de travail, valeur associée au contrôle de la qualité, et l'importance de se maintenir à jour.	Questionnaire sur l'orientation professionnelle, Bilodeau (10)
<i>Implication dans la gestion de la clinique:</i> implication dans l'administration et dans les prises de décisions en ce qui a trait aux ressources et pratiques	Questionnaire sur l'orientation professionnelle, Bilodeau (10)
Variables Démographiques et d'expérience de pratique : âge, genre, formation, nombre de sites différents de pratique, résidence dans la communauté du lieu de pratique,	Questionnaire adapté de l'étude Janus du CMFC
<i>Culture de la pratique :</i> perception sur l'importance de fournir une rapidité d'accès aux patients, une approche psychologique, une gestion des maladies chroniques, de respecter l'horaire, de gérer une entreprise.	
<i>Varia:</i> relation d'appartenance à la clinique, nombre d'années à la clinique, nombre habituel d'heures dans les consultations sur rendez-vous et sans rendez-vous, le volume des patients à la dernière session de rendez-vous ou de sans rendez-vous, le troisième rendez-vous disponible, la gestion des soins urgents.	Secrétaire de la clinique

Renseignements sur les médecins

Le médecin devait remplir un court formulaire pour chaque patient participant. Sur ce formulaire, le médecin indiquait s'il était le principal responsable du patient et, sinon, comment l'information relative à la visite serait transmise au médecin responsable. Cela nous a permis de comparer les perceptions du patient et du médecin au sujet du médecin principal et d'attribuer au médecin une cote d'affiliation et de continuité informationnelle. Le tableau 3 résume les renseignements que nous avons recueillis auprès de chaque médecin.

Renseignements sur les organisations

Le tableau 4 ci-dessous résume les renseignements recueillis au sujet des organisations.

Tableau 4 : Information recueillie sur l'organisation de chaque clinique participante.

VARIABLES ORGANISATIONNELLES	SOURCE
<p><i>Structure de la pratique:</i></p> <ul style="list-style-type: none">-lieu, type de pratique, type et nombre de fournisseurs de soins-organisation pour les consultations sur rendez-vous et les soins appropriés, heures d'ouverture, disponibilité pour les services de diagnostics et les modalités thérapeutiques, accès immédiat aux autres professionnels de soins [infirmières, travailleurs sociaux, spécialistes], on-call organisation,	Questionnaire adapté de l'étude Janus du CMFC
<p><i>Gestion:</i></p> <ul style="list-style-type: none">-type de pratique, partage des dossiers des patients, ampleur de l'information informatisée,-type de propriétaire (médecin versus non médecin, propriétaire unique vs partenariat en groupe), relation administrative entre les propriétaires et les fournisseurs de soins, financement.	Questionnaire adapté de l'étude Janus du CMFC
<p><i>Culture de la pratique:</i></p> <ul style="list-style-type: none">-importance donnée par le groupe à fournir une rapidité d'accès aux patients, de répondre aux besoins psycho-sociaux des patients, à gérer les maladies chroniques, à respecter l'horaire, à gérer une entreprise.-vision globale du groupe sur l'attachement à la communauté, philosophie et objectifs de la clinique.- degré de cohérence entre les médecins et directeur dans leur vision..	
<p><i>Varia:</i></p> <ul style="list-style-type: none">- liens existant avec des laboratoires, pharmacie ou radiologie, observation sur l'adéquation de l'espace, sur les interactions entre le personnel, les patients et les techniciennes de recherche, sur le degré d'intimité des patients.	Observations de la technicienne de recherche

Méthode d'analyse

La description de l'expérience moyenne des médecins est fondée sur tous les patients inclus dans l'étude, quel que soit leur fournisseur de soins habituel. L'analyse des organisations et des fournisseurs de soins en rapport avec l'expérience des patients est fondée uniquement sur les patients dont le fournisseur de soins habituel est un médecin participant à l'étude. Pour analyser les associations entre les variables organisationnelles et les caractéristiques des médecins, nous avons effectué une analyse de régression de type multiniveaux. La modélisation de régression de type multiniveaux tient compte de l'appartenance des patients à leur médecin ainsi que de l'appartenance des médecins à leur lieu de pratique, tandis que la régression conventionnelle suppose que tous les sujets sont complètement indépendants les uns des autres. Cela nous donne une estimation plus précise de la solidité des relations et de leur signification

statistique (11). Cette étude comporte trois niveaux : le patient, le médecin et la clinique. Nous avons parfois élaboré des modèles à deux niveaux seulement —patient et clinique ou patient et médecin— pour mieux cerner les effets au niveau de la clinique ou du médecin.

RÉSULTATS

Expérience des soins de première ligne vécue par les patients

Expérience moyenne

L'expérience des soins vécue par les patients porte sur l'ensemble des 3 441 patients admissibles et consentants de l'étude ayant un fournisseur de soins habituel. Certains de ces patients ont répondu à propos des soins donnés par des médecins qui ne participaient pas à notre étude, mais leurs perceptions sont pertinentes dans l'optique de décrire l'expérience moyenne des soins de première ligne au Québec. Une de nos principales motivations à utiliser l'outil PCAT consistait à pouvoir établir des comparaisons avec les projets pilotes de soins de première ligne en Nouvelle-Écosse et avec la population des organisations de soins de santé intégrés (HMO) en Caroline du Nord. (L'outil a également servi à évaluer les projets pilotes de soins de première ligne en Ontario, mais les résultats ne sont pas comparables aux autres en raison du biais causé par la présence de volontaires parmi les participants). Le tableau 5 établit les comparaisons avec les autres populations.

Tableau 5 : Expérience moyenne des patients selon les dimensions principales des soins de première ligne, comparaison entre le Québec, la Nouvelle Écosse et la Caroline du Nord

	Québec	Nouvelle Écosse	Caroline du Nord
Accessibilité rapide	2,2 – Probablement pas	2,5 – peut-être	2,8 – probablement
Continuité relationnelle	3,3 – probablement	3,5 – très probablement	3,0 – probablement
Coordination	3,0 – probablement	3,6 – très probablement	3,2 – probablement
Prévention	2,8 – probablement	2,2 – probablement pas	2,8 – probablement

échelle de réponse : 1=absolument pas, 2=probablement pas, 3= probablement , 4= absolument

Il faut se rappeler que l'échantillon de Nouvelle-Écosse représente quatre communautés rurales et que celui de Caroline du Nord est la population d'une organisation de soins de santé intégrés (HMO) et de faible revenu; les résultats présentent néanmoins des différences frappantes avec ceux du Québec. La question sur la possibilité d'être vu par le médecin le jour même en cas de maladie subite obtient une réponse proche de « probablement pas » au Québec, tandis que

cette réponse est un faible « probablement » pour la population HMO de Caroline du Nord et un solide « peut-être » en Nouvelle-Écosse.

En revanche, les deux échantillons canadiens expriment un degré de confiance supérieur dans la continuité relationnelle avec le médecin, comparativement à l'expérience des patients en Caroline du Nord. Les patients du Québec, en moyenne, ont moins confiance dans la coordination des soins entre les médecins de première ligne et les spécialistes, que les patients de Caroline du Nord et de Nouvelle-Écosse. Les résultats touchant la globalité ne sont peut-être pas tout à fait comparables, car chaque liste de services différait légèrement (en Caroline du Nord), mais les patients du Québec semblent s'en tirer aussi bien que ceux des autres régions comparées.

Tableau 6 : Attentes minimales pour les attributs de première ligne :

Concept	Attente minimale	Définition opérationnelle
Accessibilité:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Accessibilité rapide:</i> s'ils tombent soudainement malades et qu'ils ont besoin de soins, les patients doivent avoir confiance qu'ils pourront obtenir des conseils ou être vus par un fournisseur de soins qui les connaît. ▪ <i>Commodité d'accès:</i> Les patients devraient évaluer la facilité qu'ils ont de joindre leur clinique comme étant bonne. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Une moyenne d'au moins 3 (probablement) sur l'échelle de 1 à 4. ▪ Une moyenne d'au moins 4,5 (entre « bien » et « très bien ») sur l'échelle de 1 à 6
Continuité relationnelle	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Affiliation:</i> Les patients devraient pouvoir identifier un médecin qui prend la responsabilité principale pour leurs soins de santé. ▪ <i>Connaissance accumulée:</i> Les patients devraient être confiants que leur médecin connaît leur histoire médicale et leur situations personnelles. ▪ <i>Prise-en-charge:</i> Les patients devraient être confiants que la responsabilité clinique de leur médecin dépasse des rencontres cliniques. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Une moyenne d'au moins 3 (« probablement ») sur l'échelle de 1 à 4.
Continuité de coordination avec les spécialistes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les patients devraient être raisonnablement confiants que leur médecin et les spécialistes collaborent et communiquent au sujet des soins donnés. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Une moyenne d'au moins 3 (« probablement ») sur l'échelle de 1 à 4.
Préventions et promotion de la santé	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Au fil du temps, le médecin devrait avoir discuté un pourcentage élevé de sujets de prévention et promotion de la santé indiqués pour l'âge et le sexe du patient. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Une moyenne d'au moins 3 (« probablement ») pour cette échelle.

Attentes minimales

Pour faciliter l'interprétation des résultats, nous avons décidé de les exprimer en termes de performance en définissant les soins optimaux et les soins correspondant aux attentes minimales. Les soins optimaux sont représentés par le niveau de confiance maximal sur les

échelles utilisées. Nous avons défini les niveaux minimaux aux plans conceptuel et opérationnel dans le tableau 6. Tous nos résultats à venir seront présentés en ces termes de performance. Les graphiques illustrent jusqu'à quel point les cliniques ou les médecins se situent en dessous ou au-dessus du seuil minimal de soins. De même, les modèles de régression montrent le résultat moyen pour tous les patients de l'étude, et l'effet de chaque variable est exprimé en termes de points de pourcentage d'augmentation ou de diminution de l'attribut des soins de première ligne dans la fourchette de performance optimale (c.-à-d. au-dessus du seuil minimal).

Performance globale

Les graphiques de performance des soins de première ligne montrent à la fois le niveau optimal et le niveau minimal de soins, ainsi que le résultat moyen des cliniques ou des médecins pour les patients reçus. La figure 1 illustre la performance moyenne des soins de première ligne pour tous les patients inclus dans l'étude. Cette performance varie selon les strates géographiques et le type de clinique comme le montrent la figure 2 et la figure 3. (Le graphique ne représente que les patients qui sont considérés comme des patients habituels de la clinique, soit 2 726 patients sur les 3 441 qui ont participé à l'étude.)

Figure 2 : Performance moyenne des cabinets de groupe et des pratiques solo par strate géographique.

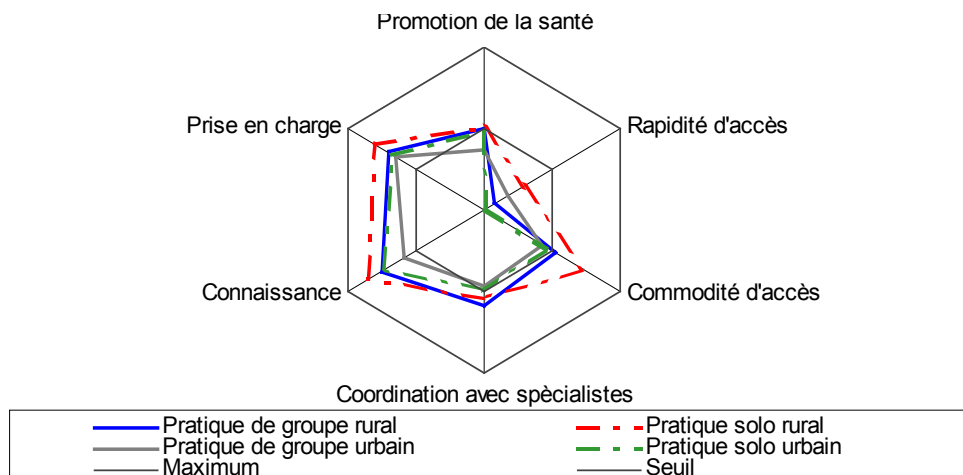
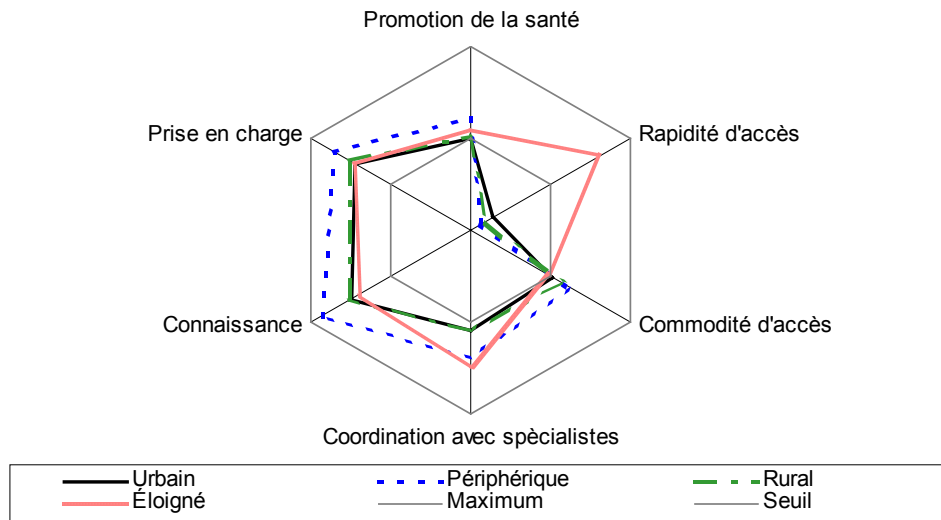


Figure 3 : Performance moyenne des CLSC par strate géographique.



La figure montre que les attributs de la continuité relationnelle (connaissances accumulées et prise en charge) sont raisonnablement forts pour les usagers, que la promotion de la santé se situe juste au niveau minimal, que la continuité de coordination varie considérablement mais se situe elle aussi juste au-dessus des attentes minimales, et que l'accessibilité en cas de problème urgent est très en deçà du seuil minimal.

En moyenne, les patients ont très peu confiance de pouvoir être vus rapidement par leur médecin habituel en cas de maladie subite. En ce qui concerne la commodité d'accès, les patients tendent à être très satisfaits de l'emplacement du bureau de leur médecin : 85 % d'entre eux le considèrent comme très bon ou excellent. Par contre, le taux de satisfaction des patients dégringole lorsqu'il est question du temps d'attente pour obtenir un rendez-vous (48 % seulement sont satisfaits) ou de la possibilité de parler par téléphone avec leur médecin (46 % de satisfaction). Cela est inquiétant, car des taux de satisfaction inférieurs à 80 % sont considérés comme problématiques. Dans les commentaires rédigés par les patients à la fin du questionnaire, la grande majorité des gens ont manifesté leur engagement envers leur médecin, mais une profonde insatisfaction quant à la possibilité d'y avoir accès en temps voulu.

De fait, lorsque nous avons demandé aux secrétaires de nous donner le troisième rendez-vous disponible (pour éviter les fausses disponibilités créées par les annulations), le temps d'attente moyen était de 24 jours (écart-type : 22 jours), et pouvait varier entre 0 et 167 jours. Cinq pour cent des médecins n'étaient jamais disponibles pour un rendez-vous et le temps

d'attente était supérieur à deux mois pour une autre tranche de 5 %; toutefois, 19 % des médecins étaient disponibles en moins d'une semaine.

Il n'y a pas de lien direct entre le temps d'attente avant le prochain rendez-vous et la perception de l'accessibilité des patients. Cette relation est modulée par les moyens que le médecin de famille prend pour gérer les cas urgents des patients réguliers, la proportion de temps qu'il passe dans les services de sans rendez-vous de la clinique, et sa disponibilité dans la clinique. Les accommodements des médecins pour l'accessibilité ont un impact sur la continuité des soins ainsi que sur l'accessibilité. Par exemple, si l'attente pour le prochain rendez-vous avec un médecin de famille est plus grande que 3 semaines et qu'il réfère habituellement ses cas urgents au service de sans rendez-vous de la clinique, et que lui-même fait moins de 4 heures de service sans rendez-vous alors ses patients ont une accessibilité et une continuité pire que les patients dont le médecin de famille passe plus de 4 heures dans les services sans rendez-vous de la clinique. Malgré tout, les patients préfèrent consulter leur propre médecin de famille que n'importe quel autre médecin.

Dans l'ensemble, l'accessibilité est à 34 % sous le seuil des attentes minimales, mais cela varie selon le type de pratique et la région géographique. Nous avons eu la surprise de constater que les cliniques sans rendez-vous ne sont pas considérées comme étant plus accessibles que les autres cliniques, et nous faisons l'hypothèse que c'est parce que les patients doivent se présenter en personne pour obtenir un rendez-vous et ne savent pas combien de temps ils devront attendre pour voir le médecin. Nous avons été très surpris de constater que les médecins pratiquant seuls en région rurale semblent offrir une meilleure accessibilité que les autres cliniques, même si elle se situe encore sous le seuil minimal. Nous faisons l'hypothèse que c'est parce qu'il y a moins de barrières bureaucratiques pour rejoindre ces médecins. Les meilleurs résultats en ce qui a trait à l'accessibilité sont ceux des Centres de santé (CLSC) en région éloignée (figure 3), soit 68 % de la performance optimale.

Cela s'explique peut-être par le fait que ces centres disposent d'une salle d'urgence accessible 24 heures sur 24 qui est reliée physiquement et administrativement à la clinique de soins de première ligne. Ces centres offrent également des conseils téléphoniques et leurs médecins axent leur pratique sur l'accessibilité.

Facteurs connexes ayant trait aux organisations et aux médecins

Dans cette section, nous présentons le détail des modèles de régression qui expliquent la variation dans les attributs des soins de première ligne qui nous intéressaient au premier chef dans cette étude : l'accessibilité, la continuité relationnelle et la continuité de coordination. Nous avons contrôlé l'âge des patients et leur niveau de scolarité dans tous les modèles afin de nous assurer de comparer les résultats des cliniques et des médecins pour des populations équivalentes de patients. Les modèles incluent uniquement les patients qui ont désigné un des médecins participant à l'étude comme leur fournisseur de soins habituel.

Pour ce qui est des cliniques, nous avons réparti les variables en trois dimensions : culture organisationnelle, ressources et structure de gouvernance, et pratique clinique. Dans chaque clinique, nous avons également inclus les éléments de la pratique du médecin qui pouvaient expliquer l'attribut.

Accessibilité

Le modèle qui explique le mieux l'accessibilité est présenté dans le tableau 7. Dans ce modèle et tous les autres qui suivent, l'effet de chaque variable suppose que tous les autres éléments du modèle demeurent constants. Dans nos modèles, nous postulons que la performance parfaite se situe à 100 % et que la pire performance se situe à -100 %. L'ampleur et le sens de chaque effet indiquent jusqu'à quel point la variable correspondante permet de s'approcher ou de s'éloigner de la performance maximale et sont représentés graphiquement par rapport au niveau moyen d'accessibilité. Il faut noter également que les effets s'additionnent, ce qui nous permet d'estimer les effets de plus d'une variable à la fois. Ainsi, une organisation qui donne la priorité à l'accès rapide, compte six médecins de famille, une infirmière mais aucun autre professionnel paramédical, offre un service d'assistance téléphonique 24/7 et a établi des liens officiels avec l'hôpital local peut atteindre une accessibilité de 19 % de performance optimale ($19 = -34 + 8,0 + 11,9 + 0 + 30,4 + 2,7$), tandis qu'une organisation de taille similaire mais n'ayant aucune autre de ces caractéristiques n'atteindrait que l'accessibilité moyenne de -34 % sous le seuil minimal acceptable.

Une culture organisationnelle qui donne une priorité absolue à la prestation de soins urgents dans les 24 heures, soit en personne soit par téléphone, se traduit par une augmentation de 8 points de l'accessibilité. La structure des ressources est cruciale. Nous avons été surpris de

constater que lorsque la taille de l'organisation devient trop grande (plus de dix médecins de famille), l'accessibilité décroît. Nos résultats montrent que la présence d'une infirmière sur place accroît l'accessibilité tandis qu'un large éventail de professionnels de première ligne est associé à une accessibilité moindre. Nous interprétons cette dernière association avec prudence, car nous manquons d'information pour en explorer les causes. Malheureusement, notre questionnaire sur les organisations ne nous renseigne pas sur le rôle de l'infirmière dans la clinique ni sur le rôle ou les liens opérationnels avec les professionnels paramédicaux.

La ressource la plus importante de toutes en termes d'accessibilité est l'accès 24/7 à un service téléphonique relié à l'organisation; en effet, un tel accès rehausse l'accessibilité de 30 points. En d'autres termes, les patients des cliniques offrant ce service sont 2,4 fois plus susceptibles de penser qu'ils pourraient probablement ou certainement voir le médecin en cas de maladie comparativement à d'autres patients. Il est intéressant de noter que l'accès téléphonique est offert par 10 % des cliniques privées dans les régions urbaines et par tous les CLSC dans les régions éloignées. Notre questionnaire ne nous fournissait pas systématiquement de renseignements supplémentaires sur ce service, mais lors de nos échanges avec certaines des cliniques, nous avons réalisé que le service téléphonique peut se résumer dans certains cas à une boîte vocale vérifiée à intervalle régulier et dont les messages sont transmis au professionnel responsable.

Plus la clinique compte de liens officiels avec d'autres établissements de soins de santé, plus elle devient accessible pour les patients : chaque lien compte pour presque 3 points. Bien entendu, plus les heures d'ouverture de la clinique sont longues, meilleure est l'accessibilité, mais un examen plus approfondi des données révèle que cet effet ne se manifeste qu'au-delà de 55 heures. La répartition des heures d'ouverture dans la semaine a également son importance. Nous avons constaté avec surprise que les consultations sans rendez-vous offertes en soirée rehaussent l'accessibilité de 11 points, mais que les consultations sans rendez-vous durant les fins de semaine n'ont pas d'effet.

Tableau 7 : Caractéristiques de l'organisation des cliniques et de la pratique médicale qui influencent l'accessibilité rapide perçue par les patients : résultats des modèles de régression hiérarchiques montrant l'impact sur la réalisation de la performance optimale.¹

	Impact sur la performance ²	
Moyenne de l'accessibilité pour tous les patients	-34	
ORGANISATION DE LA CLINIQUE		
Culture de la pratique (L'effet de l'augmentation d'une unité dans l'importance donnée à ces orientations dans la clinique)		
• Accessibilité rapide	8,0	
Structure de la clinique		
• Entre 1 et 10 médecins de famille	--	
• Plus de 10 médecins de famille	-18,1	
• Présence d'une infirmière dans la clinique	11,9	
• Nombre de professionnels (autre que les psychologues, ergothérapeutes et physiothérapeutes)	-2,8	
• Accessibilité rapide 24/7 au téléphone autre que Info-santé	30,4	
• Étendue des liens formels et opérationnels avec les autres établissements de santé (l'effet de chaque lien additionnel)	2,7	
Pratique de la clinique		
• Offre du sans rendez-vous en soirée	10,6	
• Offre du sans rendez-vous les fins de semaine	--	
• Nombre total d'heures d'ouverture dans la semaine après 55 heures (effet de chaque 10 heures additionnelles)	7	
ÉLÉMENTS DE LA PRATIQUE DES MÉDECINS		
Pratique d'intervention		
• Le temps d'attente avant le prochain RV est de une semaine ou moins ³	7,4	
• Le nombre de patients vu à l'heure (l'effet de chaque patient additionnel au-dessus de la moyenne de 3,4 pts/hre)	3,7	
Façon de gérer les problèmes urgents		
• Rencontre les patients à l'urgence de l'hôpital	-17,5	

¹Les variables contrôles sont l'âge, le niveau d'étude et l'utilisation des praticiens. On tient compte seulement des patients réguliers des médecins.

²Les variables sont significatives avec une p-value < 0,05

³p-value entre 0,11 et 0,05

Outre les caractéristiques de la clinique, la pratique des médecins influe également sur l'accessibilité. En ce qui concerne les patients des 19 % de médecins qui sont disponibles pour un rendez-vous en moins d'une semaine, l'accessibilité gagne 7 points. De même, les médecins qui voient un nombre relativement élevé de patients par heure ont une meilleure accessibilité : presque 3 points pour chaque patient additionnel par heure au-dessus de la moyenne de 3,4 pts/hre. Malheureusement, comme nous le verrons plus loin, ce nombre élevé de patients nuit d'autant à la continuité; de toute évidence, il faut trouver un point d'équilibre. Lorsqu'on regarde

de plus près, on trouve que cet effet est significatif, principalement pour les médecins qui passent moins de la moitié de leur temps de pratique à la clinique, un scénario qui se retrouve principalement dans les régions rurales. À partir de conversations avec les médecins ruraux et responsables de politiques, il semble que ces derniers voient les salles d'urgence de l'hôpital comme une extension des soins de première ligne, gérant majoritairement leurs cas urgents en salle d'urgence. Cependant, les commentaires des patients montrent clairement qu'ils n'aiment pas aller à la salle d'urgence de l'hôpital puisque le temps d'attente y est long et l'organisation n'est pas évidente pour les patients. Comme le dit un patient « le service est très très désagréable et incompréhensible. » (id: 313204) Notre modèle montre que les médecins qui passent par la salle d'urgence pour traiter les cas urgents tendent à être perçus comme étant moins accessibles par leurs patients.

Continuité relationnelle

Le tableau 8 présente notre modèle de continuité relationnelle. Ce modèle montre que le niveau moyen de continuité est généralement élevé pour toutes les cliniques, soit 41 %; ce niveau varie énormément pour différents patients, mais pas autant que l'accessibilité. Le modèle à trois niveaux n'a pas montré l'effet de la culture organisationnelle sur la continuité, mais un modèle à deux niveaux clinique-patient nous a permis de découvrir qu'une haute priorité à l'accès rapide a un effet négatif sur la continuité, tandis que les liens avec la communauté et l'orientation vers le service ont un effet positif.

Encore une fois, nous constatons que des liens opérationnels et formels avec d'autres établissements de santé améliorent la continuité relationnelle : 2 points pour chaque lien établi. L'effet est encore plus marqué pour la continuité de coordination, comme nous le verrons plus loin. De même, nous constatons que les services offerts en soirée améliorent la continuité tandis que les services offerts la fin de semaine n'ont pas d'effet; dans le cas de la continuité de coordination, toutefois, ces services offerts sont sur rendez-vous, par opposition aux services sans rendez-vous (pour améliorer l'accessibilité ?). Dans un modèle à deux niveaux clinique-patient, nous avons trouvé que la performance des cliniques qui ne consacrent pas au moins 40 % de leurs heures d'ouverture aux services sur rendez-vous diminue de 13 points. La continuité commence à poser un problème, une diminution de 12 points, quand le médecin offre trop de consultations sans rendez-vous (plus de 50 %).

Nous avons déjà indiqué que le nombre de patients par heure impose des compromis entre l'accessibilité et la continuité relationnelle. Recevoir en consultation 4 patients par heure semble offrir le meilleur équilibre entre l'accessibilité et la continuité.

Tableau 8 : Caractéristiques de l'organisation des cliniques et de la pratique médicale qui influencent la continuité relationnelle perçue par les patients : résultats des modèles de régression hiérarchiques montrant l'impact sur la réalisation de la performance optimale.¹

	Impact sur la performance ²	
Moyenne de la continuité pour tous les patients	41	
ORGANISATION DE LA CLINIQUE		
Structure de la clinique		
• Étendue des liens formels et opérationnels avec les autres établissements de santé (l'effet de chaque lien additionnel)	2,0	
Pratique de la clinique		
• Offre des rendez-vous dans la soirée	5,5	
• Offre des rendez-vous les fins de semaine	--	
ÉLÉMENTS DE LA PRATIQUE DES MÉDECINS		
Pratique d'intervention		
• Le pourcentage de SRV est plus grand que 50%	-12,3	
• Le nombre de patients vu à l'heure (l'effet de chaque patient additionnel au-dessus de la moyenne de 3,4 pts/hre)	-2,4	
Approche du médecin		
• Attachement à la communauté desservie par la clinique	4,6	
• Continuité informationnelle	9,3	

¹ Les variables contrôles sont l'âge, le niveau d'étude et l'utilisation des praticiens. On tient compte seulement des patients réguliers des médecins.

² Les variables sont significatives avec une p-value < 0.05

Malheureusement, notre instrument n'évalue pas précisément les attitudes et les démarches du médecin en matière de continuité. Nous avons certaines données sur la culture organisationnelle, mais la continuité semble varier davantage d'un médecin à l'autre que d'une clinique à l'autre. Pour tenter de mesurer les éléments susceptibles d'être liés aux attitudes en matière de continuité, nous avons également inclus le degré auquel le médecin se sent attaché à la communauté où il pratique. Nous avons aussi inclus le résultat de continuité informationnelle obtenu à partir des plans des médecins pour transmettre à un autre médecin responsable les renseignements relatifs à la visite d'un patient. Nous avons trouvé que l'attachement à la

communauté et le style de continuité informationnelle ont un effet positif sur la continuité relationnelle.

Continuité de coordination

Le tableau 9 présente notre modèle de continuité de coordination. Avant d'aborder les caractéristiques organisationnelles et celles de médecins, il importe de souligner que la continuité relationnelle est la variable la plus fortement liée à une meilleure coordination. C'est donc dire qu'une amélioration de la continuité relationnelle, que ce soit en fidélisant le patient ou en l'inscrivant auprès d'un médecin, devrait entraîner une amélioration de la continuité de coordination.

Une fois de plus, nous observons que les liens opérationnels noués avec d'autres établissements de soins de santé améliorent la coordination des soins : 3 points pour chaque lien additionnel. Nous n'avons pas analysé la nature de ces liens, mais l'examen des variables touchant les médecins laisse deviner l'importance des liens opérationnels informels que noue le médecin en travaillant dans divers milieux de pratique. Le modèle montre que les médecins dont la pratique est variée tendent à offrir une meilleure coordination. Cela pourrait expliquer pourquoi la coordination a tendance à être meilleure en région rurale et éloignée, là où les médecins ne consacrent en moyenne que 70 % de leur semaine de travail en clinique, comparativement à 90 % pour les médecins en zone urbaine et suburbaine. Soixante-dix-sept pour cent des médecins de famille pratiquant en milieu rural travaillent également à l'hôpital ou dans des établissements de soins de longue durée par rapport à 35 % de leurs collègues en zone urbaine.

À nouveau, nous observons que la coordination s'améliore lorsqu'un service téléphonique accessible 24/7 est offert. Cette ressource qui favorise à la fois l'accessibilité et la coordination résulte peut-être d'une attitude donnant autant d'importance à l'accès qu'à la continuité.

Tableau 9 : Caractéristiques de l'organisation des cliniques et de la pratique médicale qui influencent la coordination avec les spécialistes des médecins perçue par les patients : résultats des modèles de régression hiérarchiques montrant l'impact sur la réalisation de la performance optimale.¹

	Impact sur la performance ²	
Moyenne de la coordination pour tous les patients	12	
ORGANISATION DE LA CLINIQUE		
Structure de la clinique		
• Accessibilité rapide 24/7 au téléphone autre que Info-santé	16,3	
• Étendue des liens formels et opérationnels avec les autres établissements de santé (l'effet de chaque lien additionnel)	3,2	
• Présence d'ergothérapeutes et physiothérapeutes	12,2	
• Nombre de professionnels (autre que les psychologues, ergothérapeutes et physiothérapeutes)	-5,5	
ÉLÉMENTS DE LA PRATIQUE DES MÉDECINS		
• Étendue des procédures médicales	2,2	
• La proportion du temps consacrée en première ligne est inférieure à 50%	--	
• La proportion du temps consacrée en première ligne est entre 50% et 70%	16,5	
• La proportion du temps consacrée en première ligne est entre 70% et 90%	--	

Le diagramme à droite du tableau illustre l'impact des variables sur la performance. Une échelle horizontale est représentée, allant de 'Pire possible' à gauche à 'Performance Optimal' à droite. Une barre verticale indique la 'Moyenne de la coordination' à 12. Une autre barre verticale, plus à droite, indique le 'Minimum acceptable'. Des lignes horizontales sont tracées à partir de chaque valeur de performance dans le tableau, montrant leur position relative sur l'échelle.

¹ Les variables contrôles sont l'âge, le niveau d'étude et l'utilisation des praticiens. On tient compte seulement des patients réguliers des médecins qui ont consulté un spécialiste dans les 2 années précédant l'étude.

² Les variables sont significatives avec une p-value <0.05

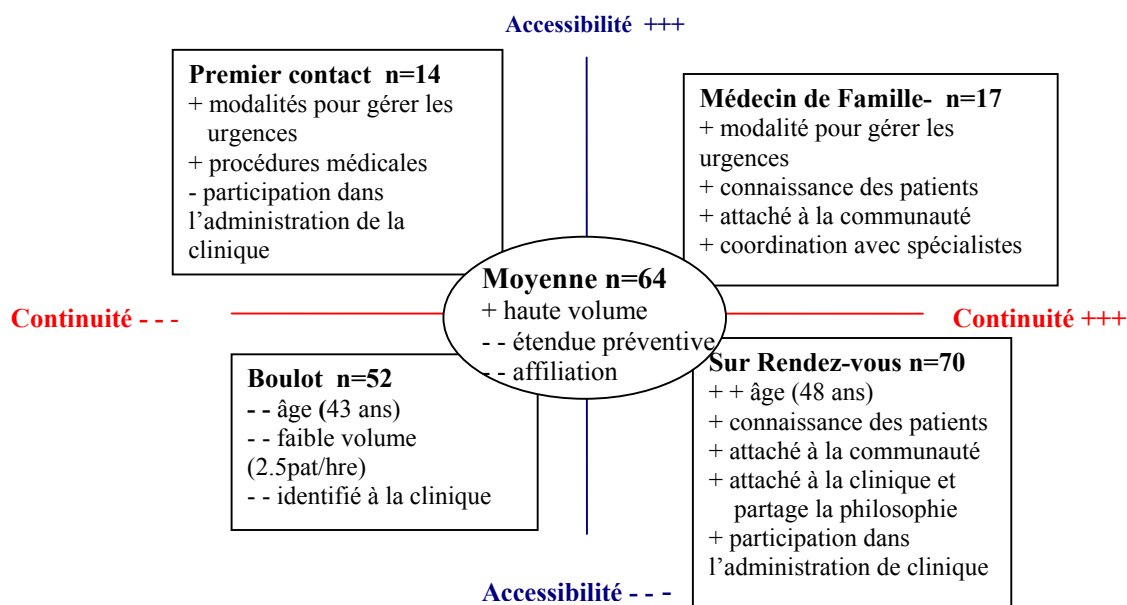
Mentionnons que les organisations comptant des ergothérapeutes et des physiothérapeutes offrent une meilleure coordination, contrairement à celles qui réunissent une plus grande variété de professionnels de première ligne. La présence d'une infirmière sur place n'a pas d'effet. Encore une fois, il faut se méfier des inférences causales relatives à cette association statistique. Nous avons envisagé quelques hypothèses à ce sujet : au-delà d'une certaine taille et durée d'ouverture, il devient impossible d'assurer une coordination harmonieuse au sein de l'organisation; la présence d'une grande variété de fournisseurs de soins de santé vise peut-être l'arrangement économique du partage des locaux plutôt qu'un objectif de cohésion de la pratique. Nous faisons également l'hypothèse que les cliniques comptant des physiothérapeutes et des ergothérapeutes ont tendance à privilégier l'aspect médical et sont peut-être davantage axées sur la coordination avec les spécialistes. Nos mesures ne nous ont pas permis de déterminer si des ressources plus diversifiées en soins de première ligne engendreraient une meilleure coordination avec d'autres professionnels. L'effet positif constaté

lorsque les médecins effectuent un plus large éventail d'actes médicaux souligne peut-être aussi l'importance d'une orientation médicale pour faciliter la coordination avec les spécialistes.

Caractéristiques des médecins

Nous avons demandé aux médecins de définir leur pratique selon les mêmes termes d'accessibilité, de continuité, de coordination et de prévention que dans les questions posées aux patients. Nous avons trouvé que les médecins, tout comme les cliniques, ont tendance à structurer leur pratique soit en fonction de l'accessibilité, soit en fonction de la continuité et de la globalité. La grande majorité des médecins privilégient la continuité —et la communication, la prise en charge et la prévention qui y est associée— au détriment de l'accessibilité de premier contact. Nous avons défini cinq groupes distincts de médecins selon leur profil d'accessibilité-continuité : premier contact, sur rendez-vous, médecin de famille, boulot et moyen (figure 4).

Figure 4 : Classification des médecins selon leur perception de l'accessibilité et de la continuité .



Les médecins qui privilégient la continuité sont généralement plus âgés que la moyenne et attachés à leur communauté et à leurs collègues de clinique; ils offrent d'excellents soins préventifs mais effectuent une gamme plus limitée d'actes médicaux. Les médecins qui privilégient l'accès rapide le font au détriment de la continuité et de la globalité; ils effectuent une plus grande variété d'actes médicaux. Nous avons également trouvé une minorité de

médecins qui essaient d'offrir à la fois la continuité et l'accessibilité, mais qui réussissent mieux au plan de la continuité que de l'accessibilité. Le prototype de ces médecins est le médecin pratiquant seul en zone rurale qui est attaché à sa communauté et qui a établi de bons liens avec les autres services de santé de la communauté. Certains médecins obtiennent de mauvaises cotes à la fois pour l'accessibilité et la continuité-globalité. Ils sont généralement plus jeunes que la moyenne, voient un petit nombre de patients et ne sont pas très attachés à leur milieu de travail. Le fait qu'il s'agit de jeunes médecins soulève une inquiétude quant à la moindre importance que pourraient accorder les nouvelles cohortes de médecins de famille à la continuité et à l'accessibilité. Nous ne pouvons pas documenter davantage cette préoccupation dans le cadre de cette étude, mais cette question mériterait de faire l'objet d'une attention plus poussée.

Les médecins doivent trouver un équilibre entre l'accessibilité et la continuité pour offrir les meilleurs soins à leurs patients. Lorsque les médecins passent plus de 50% de leur temps à la clinique en soins sans rendez-vous, l'accessibilité est de loin meilleure mais la continuité est pire de façon significative. Cependant, les médecins doivent trouver des moyens efficaces de traiter les besoins urgents afin d'assurer une continuité des soins, spécialement si les délais d'attente pour avoir un rendez-vous sont longs ou s'ils offrent moins de 10% de leur temps en soins sans rendez-vous. La meilleure méthode de traiter les cas urgents qui offrent à la fois une bonne accessibilité et une bonne continuité des soins est d'intégrer les cas urgents dans leur horaire de consultations sur rendez-vous.

CONCLUSION

Au début de ce rapport, nous avons fait état de l'impression répandue, dans le grand public comme chez les décideurs politiques que les soins de première ligne ne répondaient pas à la demande, étaient fragmentés et mal coordonnés avec les autres composantes du système de santé. Notre étude confirme effectivement que les soins de première ligne ne répondent généralement pas à la demande, mais fait ressortir des exceptions importantes qui peuvent servir à orienter les politiques futures. Les résultats de notre étude nous permettent de croire que les caractéristiques fondamentales des groupes de médecine familiale vont consolider la continuité relationnelle et devraient améliorer l'accessibilité et la coordination. En revanche, la situation de ceux qui n'ont pas un médecin habituel est critique et ne trouve pas de solution dans les changements actuellement proposés.

Dans leurs commentaires libres, les patients affirment de façon générale qu'ils aiment et appuient leur médecin, mais qu'ils sont très frustrés par la question de l'accessibilité. Notre étude montre que l'accessibilité peut être améliorée par des structures qui encouragent les cliniques à augmenter leurs heures d'ouverture afin d'offrir des services de nuit, à avoir une meilleure accessibilité par téléphone pour les soins urgents, à avoir des infirmières sur place et à établir des liens opérationnels avec les autres établissements. Certaines de ces caractéristiques existent déjà dans les groupes de médecine familiale, mais il serait souhaitable de les voir appliquées sur une plus grande échelle. Par ailleurs, l'accessibilité peut être améliorée au sein même des structures organisationnelles actuelles. L'accessibilité moyenne s'améliorerait si chaque médecin de famille prévoyait des périodes réservées aux cas urgents dans son horaire de consultations sur rendez-vous ou consacrait au moins 10% de ses heures de consultation à un service sans rendez-vous lié opérationnellement à la clinique.

Même si les patients restent attachés à leurs médecins et maintiennent la confiance en eux, ils commencent à se demander pourquoi les soins de santé ne sont pas plus complets et plus facilement accessibles. L'accessibilité est située en dessous du standard, la coordination et la promotion de la santé rejoignent difficilement les espérances minimums. Le public a besoin de voir des améliorations constantes et cohérentes afin de retrouver leur confiance dans le système.

REMERCIEMENTS

Toute notre gratitude à ces partenaires qui ont soutenu le recrutement des milieux cliniques et la participation des médecins :

- Dr. Serge Dulude, Chef de la Direction régionale de médecine générale de Montréal Centre
- Dr. Laurent Marcoux, Chef de la Direction régionale de médecine générale de Montérégie
- Dr. Claude Mercier, Chef de la Direction régionale de médecine générale de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine
- Dr. Roger Dubé, Chef de la Direction régionale de médecine générale de la Côte-Nord.

Cette étude n'aurait pu se concrétiser sans la force de travail exceptionnelle et le dévouement dont ont fait montre bon nombre de personnes en cours de processus :

Professionnelles de recherche (coordination, recrutement et analyse)

Natacha Bielinski
Noémie Levesque
Nicholas Moreau
Madon Awissi

Techniciennes de recherche (collecte de données)

Guylaine Gendron
Julie-Ève Proulx
Caroline Chevrier
Angèle Biernat
Coralie Chamblay
Manon St-Pierre
Isabelle Rouleau

Entrée et gestion des données

Stéphane Paquette
Ian Haggerty
Guylaine Gendron

Rédaction et traduction

Jane Coutts
Gisèle Foucault

Références

- 1 Clair M. Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux: Les Solutions Émergentes, Rapport et recommandations. Clair M, editor, 2000. Gouvernement du Québec.
- 2 Collège de médecins du Québec. Report by the Task Force on the Reorganisation of the Health Care System and the Quality of Medical Services.-19. 1998.
- 3 Government of Ontario. Looking Back, Looking Forward: Seven-Point Action Plan. Health Services Restructuring Commission Sinclair, editor. 2000.
- 4 Government of Saskatchewan. Caring for Medicare: Sustaining a Quality System. Commission on Medicare report Fyke, editor. 2001.
- 5 Government of Alberta. A Framework for Reform. Premier's Advisory council on Health Mazonkowski, editor. 2001.
- 6 Romanow Roy J. Building on Values - The Future of Health Care in Canada - Final Report. Commission on the Future of Health Care in Canada ed. 2002.
- 7 Demers M, Brunelle Y. Organisation de l'Omnipratique au Québec entre 1994 et 1999. 2000. Québec QC, Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- 8 Cassady CE, Starfield B, Hurtado MP, Berk RA, Nanda JP, Friedenberg LA. Measuring consumer experiences with primary care. Pediatrics 2000; 105: Pt 2:998-1003.
- 9 Safran DG, Kosinski J, Tarlov AR, Rogers WJ, Taira DA, Leiberman N et al. The primary care assessment survey: Test of data quality and measurement performance. Medical Care 36[5], 728-739. 1998.
- 10 Bilodeau H. Étude de la Relation entre les Conditions Organisationnelles et le Type de Relations Médecins-Hôpital dans les Hôpitaux de Soins de Courte Durée Canadiens. Université de Montréal, Faculté de médecine, Secteur santé publique, 1995.
- 11 Snijders T, Bosker R. Multi-level Analysis: An introduction to Basic and Advanced Multi-level Modeling. Wiltshire, UK: Sage Publications, 1999.