

Développement des mesures d'accessibilité géographique, organisationnelle et économique

Jeannie Haggerty, McGill University

Danièle Roberge, Université de Sherbrooke

Jean-Frédéric Lévesque, Université de Montréal

Catherine Geoffrion

Christine Beaulieu

Fatima Bouharaoui

Accessibilité: Définition

- Caractéristiques du système de santé qui entravent ou favorisent l'utilisation des services (Donabedian).

 - Caractéristiques qui facilitent la capacité des gens à accéder aux services et à les utiliser
 - L'accessibilité géographique
 - L'accessibilité organisationnelle
 - L'accessibilité économique
 - L'accessibilité culturelle
-

Accessibilité: attribut essentiel pour les services médicaux de première ligne

- Accessibilité de premier contact: La facilité avec laquelle une personne obtient les services nécessaires (y compris des conseils et du soutien) du clinicien de son choix dans un délai approprié à l'urgence du problème
 - Accessibilité-'accommodation': La manière dont les ressources sont organisées pour permettre à une large gamme de patients de communiquer avec les fournisseurs de soins de santé et d'atteindre les services de santé (e.g. l'accès téléphonique, les heures d'ouverture, prise de rendez-vous).
-

Accessibilité: Une trouvaille paradoxale.

- ❑ Enquête multi-niveaux en 2002 (cliniques, médecins, patients)
 - ❑ 100 sites, Québec, choisis au hasard
 - ❑ Stratifié géographiquement: métropolitaines, suburbaines, rurales, éloignées
-

Accessibility: une trouvaille contraintuitive

- L'accessibilité perçue s'améliore avec la ruralité
 - Premier contact – plus de confiance d'être vu dans le délai d'une journée
 - Accommodation – meilleurs évaluations de localisation, heures d'ouvertures, temps d'attente et facilité de parler au médecin par téléphone
 - MAIS: distances plus longues, moins d'alternatives locales, disponibilité restreinte des médecins.
-

Plusieurs hypothèses: Un programme de recherche

- L'accessibilité observée représente les patients, non pas la population (bias de sélection?)
 - Artefact de mesure:
 - Attentes plus faibles dans les zones rurales
 - Outils de mesure non-sensibles pour obstacles de milieu rural
 - La façon dont les services sont organisés les rend plus accessibles
 - Types de modèles d'organisation
 - Les pratiques professionnelles
-

Capacité discriminatoire par item rurale-urbaine (PCAS)

Comment estimez-vous...	Urban	Rural
l'emplacement de la clinique	0.8	1.1
les heures d'ouverture	1.7	1.6
l'attente habituelle pour voir votre médecin quand vous êtes malade	3.1	1.8
le temps d'attente au bureau avant le début de votre consultation?	2.0	1.6
la facilité de rejoindre la clinique par téléphone?	2.4	1.9
la facilité de parler à votre médecin au téléphone?	2.7	2.4

Mesure d'accessibilité rurale-urbaine : Objectifs

- Explorer si les barrières et facilitateurs d'accessibilité de premier contact sont comparable dans les zones rurales et urbaines.
 - Développer et valider éléments de l'accessibilité qui ne sont pas abordés dans les instruments de mesure existants.
-

Mesures rurale-urbaine de l'accessibilité: Méthode

Méthodes mixtes séquentielles

- Exploration qualitative des barrières et facilitateurs dans trajectoires de soins typiques urbaines et rurales
 - Mapping des codes qualitatifs aux instruments validés
 - Développement et validation quantitative de nouvelles mesures
-

Exploration qualitative des barrières et facilitateurs à l'accès dans des contextes ruraux et urbains: Phase 1, 2004

Identifier des facteurs qui facilitent ou entravent
l'accessibilité de premier contact
Comparer les facteurs en régions rurales et urbaines



Exploration Qualitative

- 11 groupes de discussion (focus groups)
 - Métropolitain (4),
 - Petites villes (2)
 - Zones rurales agricoles (2),
 - Petits villages dispersés (3)

 - Grille d'entrevue: accent sur la trajectoire de soins typiques et les réponses aux obstacles; approfondir sur les raisons géographiques, l'accommodation, les coûts et les éléments culturels

 - Analyse du contenu; codage en parallèle; facteurs identifiés comme urbains, ruraux ou communs; unité d'analyses; groupe de discussion
-

Caractéristiques des participants

Pourcentage par région (n)

Urbain (métropolitain)	42.7% (41)
Petite ville	20.8% (20)
Rurale, agriculture	11.5% (11)
Petit village éloigné	24.5% (24)

Âge (écart type) 52.4 (13.4) ans

Pourcentage femme (n) 75.0% (69)

Pourcentage ayant un méd. Famille (n) 76.0% (73)

Pourcentage avec besoin non comblé (n) 32.2% (32)

Résultats Qualitatifs

Principaux obstacles / facilitateurs d'accès dans un trajectoire typique de soins

- ❑ Accommodation/Flexibilité organisationnelle
 - ❑ L'accès géographique
 - ❑ Source régulière de soins
 - ❑ Les ressources personnelles
 - ❑ Différences rurales-urbaines
 - ❑ Conséquences des obstacles aux soins
-

Accommodation/Flexibilité organisationnelle en fonction des étapes dans l'obtention de soins

- Informations sur les options
 - Prendre un rendez-vous
 - Attente pour être vu:
 - Intervalle entre le besoin et l'obtention des soins
 - Intervalle entre l'arrivée et la rencontre médicale
 - Se rendre à la clinique (ou l'éviter)
-

Accommodation organisationnelle: L'information

- Avoir de l'information c'est une forme d'accès
 - **Information sur les alternatives**
 - Rôle de la secrétaire médicale: évaluer l'urgence, proposer les alternatives, donner des conseils de santé
 - Consultation médicale avec le médecin ou l'infirmière (facilité par la secrétaire)
 - Le patient expert: bonne capacité personnelle d'obtenir l'information par ses propres moyens; facilitateur indépendant d'accès
-

Accommodation organisationnelle: Rencontre médicale

□ **Prendre un rendez-vous**

- Difficulté d'entrée d'appel au bureau de médecin
- Signalé plus souvent en contexte urbain, mais plus un obstacle à l'accès dans le rural

□ **Intervalle entre le besoin et l'obtention des soins**

- Heures d'ouverture plus limitées en rural; salle d'urgence est l'alternative
- Flexibilité organisationnelle permet une attente plus courte: services sans rendez-vous, consultation médicale par téléphone, être vu entre rendez-vous

□ **Intervalle entre l'arrivée et être vu**

- Les utilisateurs urbains sont plus susceptibles d'abandonner recherche de soins à ce processus
-

Accessibilité géographique: se rendre à la clinique

- ❑ La distance exprimée en temps de voyage (travel time)
 - ❑ La distance évoquée plus souvent en urbain!
 - ❑ Choix en fonction des alternatives locales
 - ❑ Perception de la distance modifiée par:
 - La mobilité individuelle
 - Moyen de transport
 - Type de problème de santé
 - L'acceptabilité d'intervenant disponible
 - Les coûts d'opportunité
 - ❑ La souplesse organisationnelle de la clinique pallie à la distance
-

Source régulière de soins

- ❑ Voir son propre médecin est le premier choix face au nouveau problème de santé
- ❑ Barrière à l'accès
 - Aucun médecin de famille
 - Médecin régulier n'est pas disponible
- ❑ Avoir une source affiliée est devenue une exigence pour l'accès aux services de première ligne.
- ❑ Les utilisateurs non-affiliés font face à de plus grands obstacles en milieu rural qu'en milieu urbain
- ❑ Les besoins non comblés chez les non-affiliés:
 - 26% en milieu urbain
 - 52% en milieu rural

Barrières et facilitateurs génériques: Ressources personnelles

- ❑ Capacité et/ou personnalité débrouillarde
 - ❑ Réseau social restreint réduit la flexibilité organisationnelle
 - ❑ Faible statut socio-économique (exclusion sociale)
 - ❑ Manque de transport personnel fait que la distance géographique est un obstacle
 - ❑ Les coûts directs et indirects
-

Différences rurales-urbaines dans le trajectoire de recherche de soins

- ❑ Les utilisateurs ruraux investissent d'avantage dans la sélection de la source appropriée; accès téléphonique et réseau social
 - ❑ Les utilisateurs ruraux reçoivent plus de flexibilité organisationnelle -
accommodations aux besoins individuels
 - ❑ Distance est une formule plus complexe en milieu rural qu'en milieu urbain
-

Conséquences de problèmes d'accessibilité

- ❑ Irritation: redémarrage de la recherche de soins; peut se produire à n'importe quel stade de la trajectoire de soins
 - ❑ Recours à l'urgence d'un hôpital: Contournement des soins de santé primaires
 - ❑ Abandon: besoins non comblé de soins
 - ❑ Aggravation du problème dû au retard de soins
-

Conclusion: le pourquoi d'une meilleure accessibilité en milieu rural

- L'affiliation à une source est un obstacle / facilitateur plus important en milieu rural qu'en milieu urbain
 - Une enquête auprès des utilisateurs est plus probable de repérer ceux avec un médecin de famille en région rurale qu'en urbaine - biais de sélection
-

Conclusion: le pourquoi de meilleure accessibilité en milieu rural

- ❑ Les réseaux sociaux en région rurale provoquent la flexibilité organisationnelle
 - ❑ En région rurale une longue attente pour un rendez-vous est la norme; mais aussi l'accommodation individuelle
 - ❑ MAIS: ceux qui sont à risque d'exclusion sociale sont également à risque d'une mauvaise accessibilité
-

Conclusion: le pourquoi de meilleure accessibilité en milieu rural

- ❑ Les processus organisationnels sont généralement plus souples et accommodants en régions rurales qu'en urbaines
 - ❑ La proximité sociale génère l'accommodation et le travail en équipe plus serré
 - ❑ MAIS: les processus ne sont pas formalisés, donc l'accès n'est pas obtenu de façon égale
-

Phase 2, 2005: Mapping des codes qualitatifs aux instruments validés

Identifier les éléments de mesure qui ne sont pas abordés dans les questionnaires existants.

Mapping: survol de méthode

- 9 instruments validés
 - Codes qualitatifs liés au contenu des items des instruments
 - Basée sur le jugement et le consensus
-

Résultats Conclusion:

Défis de mesures

- Éléments manquants:
 - Obtention d'information
 - Notion de flexibilité organisationnelle
 - L'accessibilité géographique
 - Des obstacles économiques à l'accès dans un système universel
 - Nécessité de tenir compte de auto-efficacité de santé
-

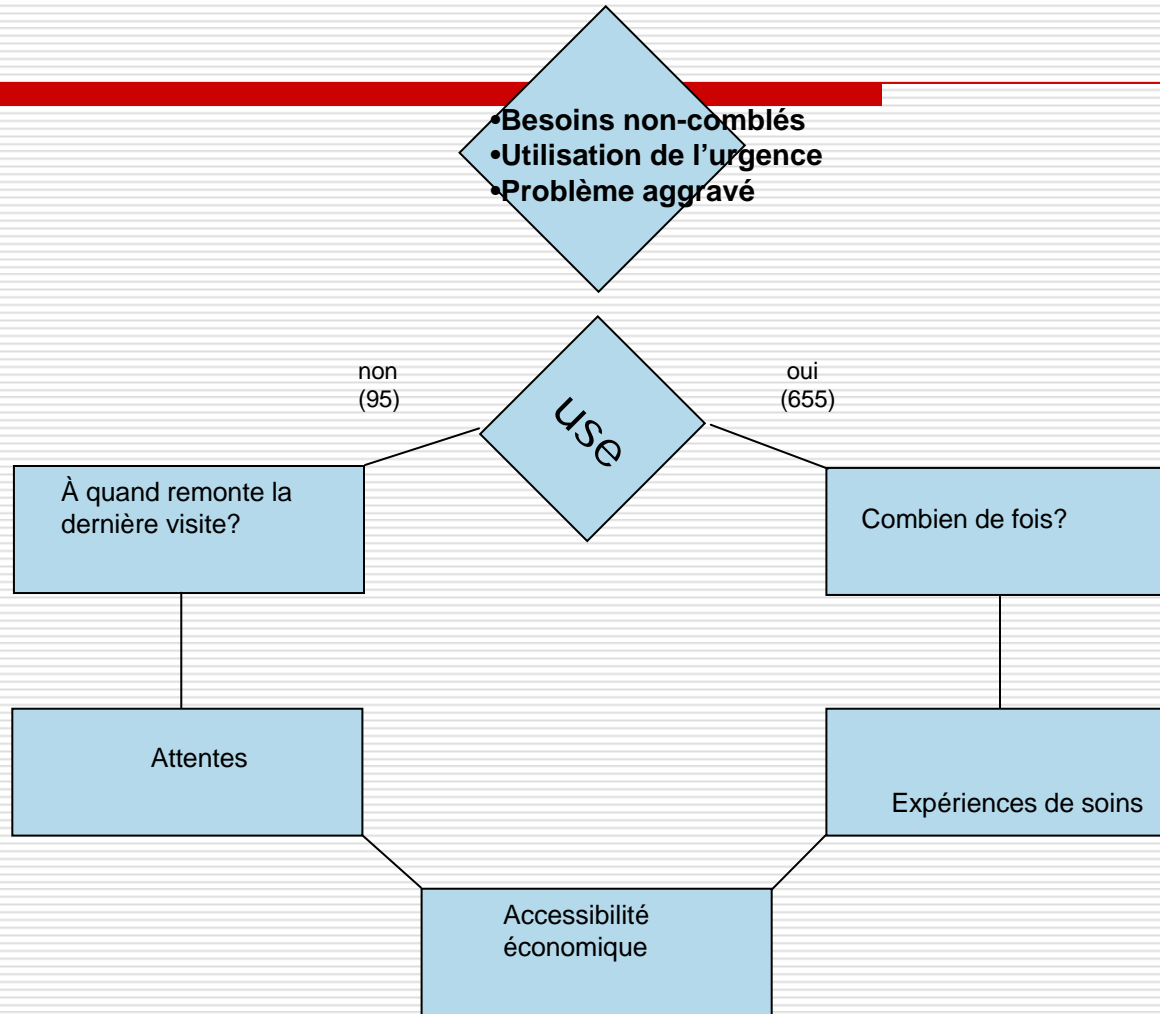
Développement et validation quantitative de nouvelles mesures: Phase 3, 2007-2009

Développer et valider les éléments supplémentaires de l'accessibilité de premier contact qui ne sont pas abordés dans les instruments existants

Développement des items

- ❑ Codes sur les obstacles ou des facilitateurs non pas abordés
 - ❑ Échelle de réponse Likert à cinq points
 - ❑ Conséquences, les indicateurs de problème d'accès : irritation, recours à l'urgence, les besoins non combés, aggravation du problème
 - ❑ Question secondaire: peut-on combiner l'expérience des utilisateurs et des attentes des non-utilisateurs?
-

Instrument structure



Volet quantitatif: validation des nouveaux items

- Enquête téléphonique
 - 750 répondants en régions métropolitaines (Longueuil), agriculture (Montérégie), and éloignée (Côte-Nord)
 - 24 new items
 - 13 items from validated subscales
 - 10 indicators of access problems (consequences)
 - 22 descriptive questions
-

Validation: analyse

- ❑ Exclusion des mauvais items (> 5% de données manquantes, pas de variation).
 - ❑ Analyse factorielle exploratoire pour identifier les constructions et les sous-échelles
 - ❑ La modélisation prédictive des items et sous-échelles contre les conséquences (irritation, urgence, besoins non-comblés, aggravation)
 - ❑ Capacité discriminatoire des items et fonctionnement différentiel en fonction de rurale-urbaine (théorie de la réponse par item)
-

Volet quantitatif: validation supplémentaire

- ❑ Modifications à l'instrument apportées à la lumière de l'analyse et tests cognitifs
 - ❑ Accommodation organisationnelle formulée en fonction des attentes
 - ❑ Auto-administré
 - ❑ Enquête courrier à 368 des répondants précédents qui ont accepté d'être contacté de nouveau (86% ont répondu)
-

Resultats du volet quantitatif: Validation

Indicateurs des problèmes d'accès: Irritation

- Avez-vous dû faire plusieurs essais pour obtenir les soins de santé dont vous aviez besoin à cause des difficultés rencontrées?
 - Jamais 50%
 - Rarement 26%
 - Parfois ou souvent 24%
-

Indicateur de problème d'accès : Recours à l'urgence

- Globalement 36% dans les 12 derniers mois
 - 14% pour des raisons liées au système
 - Principales raisons (en ordre d'importance)
 - Aucun médecin de famille ou pas disponible
 - Ne peut obtenir des examens ou voir un spécialiste dans un délai raisonnable
 - Difficulté d'obtenir un rendez-vous ou attente trop longue
 - Heures d'ouverture ne conviennent pas
-

Indicateur de problème d'accès : Besoins non-comblés

- Y a-t-il eu des moments où vous n'avez pas reçu les services de santé dont vous aviez besoin?
 - Oui: 21%
 - Principales raisons (en ordre d'importance)
 - Médecin régulier pas disponible
 - Difficulté d'obtenir un rendez-vous ou attente trop longue
 - attente trop longue dans la salle d'attente
 - Heures d'ouverture ne convient pas
-

Indicateur de problème d'accès : Aggravation du problème

- Est-ce qu'un problème de santé s'est aggravé à cause d'un délai trop long pour obtenir les soins?
 - Oui 8%
 - Principales raisons (en ordre d'importance)
 - Difficulté d'obtenir un rendez-vous ou une attente trop longue
 - Médecin régulier n'est pas disponible ou pas de médecin régulier
-

Indicateurs des problèmes d'accès

- ❑ Peut être divisé en mineur (irritation) et majeur
 - ❑ 30% avec au moins un problème majeur (urgence, besoins non comblés, aggravation du problème)
 - ❑ Peuvent fournir un bon portrait de l'accessibilité
 - ❑ Utiliser les sous-échelles pour détailler les problèmes
-

Accommodation organisationnelle: Description

- Les nouveaux items sont plus discriminants pour les régions rurales
 1. Facilité d'obtenir des informations de la clinique pour résoudre les problèmes de santé
 2. Facilité de communiquer avec la clinique par téléphone
 3. Facilité d'obtenir des conseils médicaux par téléphone
 4. Facilité d'être vu dans un délai plus court que d'habitude pour des soins d'urgence
 5. Structures pour être vu rapidement
 - 2 items validés (Primary Care Assessment Survey) pour améliorer la performance en milieu urbain
 6. Évaluation de l'attente habituelle
 7. Facilité de parler au médecin par téléphone
-

Accommodation organisationnelle: Performance

- ❑ Sous-échelle de 7 items; fiabilité interne 0,88
 - ❑ Score plus élevé (1 à 5) = meilleure accessibilité
 - ❑ Chaque augmentation d'une unité associée à une probabilité réduite de:
 - Irritation (OR = 0,47)
 - Les besoins non comblés (OR = 0,34)
 - Aggravation du problème (OR = 0,40)
-

Accessibilité géographique: Description

5-items, échelle de réponse à 5 points

1. Proximité perçue de la clinique
 2. Temps pour s'y rendre
 3. Facilité d'y aller pour des soins d'urgence
 4. Facilité pour les soins de routine
 5. Nombre d'alternatives locales
- Nombre d'alternatives locales fortement associé à la ruralité, mais l'item réduit la fiabilité de la sous-échelle
-

Accessibilité géographique: Performance

- ❑ Fiabilité interne, $\alpha = 0,69$ (0,73 sans nombre d'alternatives)
 - ❑ Score plus élevé (1 à 5) = meilleure accessibilité
 - ❑ Distance à la clinique raison de l'utilisation UR (6%) et besoins non-comblés (10%)
 - ❑ Chaque augmentation d'une unité associée à une probabilité réduite de:
 - Irritation (OR = 0,42)
 - Besoins non-comblés (OR = 0,44)
- } Slightly strongly effects in poor
-

Accessibilité économique: Essais initiaux

- Deux questions
 - Fréquence
 - Impact prévu ou réel sur le recours aux soins:
 - Chacune demandée sur:
 1. Paiement des services non couverts par l'assurance publique
 2. Les pertes de revenus pour obtenir les soins de santé
 3. Des coûts supplémentaires associés à l'obtention de soins de santé
 - Aucune combinaison pour établir un score ne fonctionnait
-

Accessibilité économique: Nouvelle sous-échelle

- 5 items, peuvent être cotés de façon dichotomique (jamais vs le reste) et additionnés pour indiquer le nombre de problèmes
 - Vous arrive-t-il de: (% parmi tous vs % faible revenu)
 1. Ne pas prendre des médicaments prescrits à cause des coûts (20% vs 28%)
 2. Ne pas faire des tests de laboratoire ou des examens à cause des coûts (15% vs 21%)
 3. Ne pas obtenir des services non assurés à cause des coûts (40% vs 45%)
 4. D'avoir de la difficulté à obtenir des soins de santé à cause de la perte de revenu (22% vs 28%)
 5. ... à cause des coûts indirects (16% vs 23%)
-



Accessibilité économique: Performance

- ❑ Fiabilité interne, $\alpha = 0,79$
 - ❑ Nombre de problèmes vécus = pire accessibilité
 - ❑ Chaque problème additionnel associé à une probabilité accrue:
 - Irritation: OR = 1,8 (1,5 dans les plus pauvres)
 - Utilisation UR: OR = 1,9 (2,4 pauvres)
 - Besoins non-comblés: OR = 2,8 (3,3 pauvres)
 - Aggravation du problème: OR = 3,4 (5,9 pauvres)
-

Conclusion

- ❑ Le trajectoire de soins dans le contexte rural est plus sensible à l'accessibilité téléphonique
 - ❑ Les utilisateurs ruraux reçoivent plus d'accommodation organisationnelle
 - ❑ Les outils de mesure doivent tenir compte de ces spécificités
-

Conclusion: Une mesure d'accessibilité plus performante

- ❑ Items sur l'accessibilité téléphonique accroît la sensibilité pour les collectivités rurales
 - ❑ Items repèrent la notion de flexibilité organisationnelle
 - ❑ Mesure de l'accessibilité géographique
 - ❑ Mesure des barrières économiques pour notre système de financement public
-

Conclusion and Implication

- L'accessibilité, en moyenne, est meilleure en région rurale qu'en urbaine
- MAIS des inégalités importantes persistent:
 - Personnes non-affiliées
 - Accès limités aux ressources personnelles et sociales (transport, réseau social)
- Ces personnes sont dépendantes des mécanismes formels pour assurer l'accessibilité
- L'accès au système de santé doit être évalué dans ces sous-groupes vulnérables