



Titre du projet :

L'impact de l'organisation des services médicaux de 1^{re} ligne sur divers paramètres de performance des services, notamment l'accessibilité et la continuité et les facteurs associés aux différences rurales et urbaines dans l'utilisation des urgences hospitalières

Chercheurs(res) :

J. Haggerty, R. Pineault, M.-D. Beaulieu, Y. Brunelle, F. Goulet, J. Rodrigue, J. Gauthier (Projet principal)
J. Haggerty, D. Roberge, R. Pineault, N. Touati, D. Larouche (pour le projet Urgences)

Objectif(s) du projet :

Décrire l'accessibilité et la continuité des soins rapportées par des usagers des soins de première ligne au Québec.
Identifier les caractéristiques organisationnelles et professionnelles qui expliquent les différences dans l'accessibilité et la continuité.

Mieux comprendre les différences urbaines/rurales dans l'utilisation des urgences hospitalières parmi les utilisateurs de services médicaux de 1^{re} ligne.
Déterminer l'association entre l'utilisation des urgences hospitalières et les caractéristiques organisationnelles de la clinique ainsi que le profil de pratiques des médecins traitants de première ligne

Hypothèses ou questions de recherche :

La continuité relationnelle (affiliation médecin-patient) engendre une meilleure globalité et coordination des soins sans nuire à l'accessibilité.
Les usagers des régions urbaines ont une utilisation différente des urgences hospitalières que les usagers des régions rurales.

Contexte sociopolitique, population à l'étude, territoire géographique :

Durant la période avant l'implantation des Groupes de médecine de famille (GMF) (2002), perspective des usagers de services de première ligne dans les régions sociosanitaires de Montréal, Montérégie, Bas-Saint-Laurent, Gaspésie, Côte-Nord.

Perspective théorique, cadre conceptuel, logique d'intervention etc. sur lesquels se fondent votre recherche :

Étude descriptive

Description des aspects particuliers de l'organisation des services de première ligne sur lesquels porte votre projet :

Vision ou culture organisationnelle (*responsabilité envers la population ou clientèle, finalité de service versus santé etc.*)

Culture de la pratique du point de vue des médecins et directeur. Importance donnée dans la pratique à une accessibilité rapide, donner des soins psychosociaux, garder une bonne relation avec des spécialistes, liens avec la communauté.

Structure organisationnelle

1. Gouverne (*professionnelle vs communautaire, relations entre acteurs découlant de règles ou lois, incitatifs comme mode de rémunération etc.*)

Implication des médecins dans la gestion de la clinique, mécanismes formels d'organisation de la clinique

2. Intégration/coordination (*organisationnelle/ fonctionnelle, clinique, stratégique, systémique, externe, interne etc.*)

Existence de liens formels ou opérationnels avec d'autres établissements de la santé

Ressources

1. Type (*humaines, financières, physiques, technologiques etc.*)

Nombre et types de médecins (i.e. médecins de famille, spécialistes), nombre d'infirmières, de psychologues, d'ergo-physiothérapeutes, ou autres.

2. Niveau (*quantité*)

3. Substitution (*est-ce que les services de première ligne se substituent à des services spécialisés?*)

s/o

4. Autre

Étendue et types de procédures diagnostiques et thérapeutiques disponibles sur place.

Pratiques

1. Multidisciplinarité/interdisciplinarité

Étendue de services offerts (soins à domicile, services de maternité, suivi hospitalier)

2. Processus de collaboration interprofessionnelle, inter-organisationnelle

pas évalué

3. Services offerts (*étendue, gamme*)

Étendue et types de procédures diagnostiques et thérapeutiques disponibles sur place.

4. Mécanismes pour assurer la continuité, l'accessibilité, la globalité

importance donnée par les médecins à assurer la continuité, l'accessibilité, la coordination et la prévention.

Effets

1. Profil d'utilisation

utilisation des services d'urgence pendant la dernière année

2. Continuité, globalité, accessibilité, réactivité

Expérience des patients avec la continuité, l'accessibilité et la coordination.

3. Santé

Services préventifs reçus

Stratégie de recherche :

Analyse d'intervention

Variables à l'étude :

Variables dépendantes: Continuité relationnelle, continuité de coordination, accessibilité rapide, facilité d'accès, obtention de services préventifs et l'utilisation des services de 1^{re} ligne tels que rapportés par les patients.

Variables indépendantes: Organisation de la clinique et profil de la pratique des médecins

Type de devis :

Enquête transversale

Échantillon (*type d'échantillon, taille des effectifs*) :

3441 patients qui ont rencontré 221 médecins en 100 cliniques; échantillonnage aléatoire par strate de type de cliniques (centres locaux de services communautaires (CLSC), cabinet solo, pratique de groupe) en strates urbaines, périphériques, rurales et éloignées

Instruments de mesure, outils de collecte et sources de données :

Questionnaires aux patients (résultats d'entrevues); questionnaires aux médecins et aux directeurs des cliniques (variables explicatives)

Type d'analyse (*quantitative, qualitative, triangulation*) :

quantitative (multi-niveaux)

Période de temps sur laquelle porte l'étude :

Collecte de données faite en 2002 avant l'implantation des GMF

Résultats, aspects de la démarche spécialement pertinents pour les décideurs :

- 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 interrogés estiment qu'ils peuvent voir leur médecin rapidement.
- 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 régulier. 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.

- L'utilisation des urgences hospitalières est presque 2 fois plus fréquente chez les populations des patients des régions rurales qu'urbaines. Les caractéristiques organisationnelles de la clinique du patient ont un impact sur l'utilisation des urgences dans les régions rurales, mais moins dans les régions urbaines. Dans les régions urbaines, l'utilisation des urgences est plus liée aux caractéristiques du patient et le fait de ne pas avoir un médecin régulier.
- On postule qu'en région rurale, les urgences fonctionnent en partie comme un prolongement de la première ligne.

Notre projet appuie quantitativement des résultats que l'on retrouve dans le projet de Robert Geneau sur l'influence du mode d'organisation sur la pratique des médecins.

- Nous avons trouvé des pratiques de groupe qui sont organisées plutôt comme des pratiques solo à l'intérieur d'un groupe : 8.5% (IC 95%: 2,14) des 71 cliniques de groupes dans notre étude.
- Les pratiques de groupe avec une culture entrepreneuriale ont tendance à favoriser l'accessibilité par une forte proportion des services sans-rendez-vous mais aussi avec des lien forts avec des services de laboratoire et de radiologie.
- Les pratiques qui favorisent la continuité, le font souvent au dépend de l'accessibilité. Mais si les médecins ne font pas au moins un peu de sans-rendez-vous, ils risquent de perdre aussi la continuité de soins.
- La continuité de soins repose beaucoup sur la façon de concevoir la pratique du médecin mais a besoin des structures organisationnelles pour l'appuyer : surtout la mixité de rendez-vous et sans-rendez-vous et les liens opérationnels et fonctionnels avec d'autres établissements de santé. L'accessibilité repose beaucoup sur les modes d'organisation, surtout l'accès téléphonique, les services de sans-rendez-vous en soirée, la présence d'une infirmière et les liens avec d'autres établissements de santé.
- La mixité de pratique des médecins est un facteur qui favorise la coordination des services pour les patients.

Votre opinion concernant le caractère probant de vos résultats pour les décideurs :

	Pas du tout	Moyennement	Énormément	S.O.*
Validité interne : jusqu'à quel point êtes-vous sûr de la force de la relation entre vos variables en vous fondant notamment sur :				
• Le devis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• La taille de l'échantillon (<i>puissance statistique</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• L'analyse de l'intervention (<i>logique/théorie de l'intervention</i>)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• L'analyse de l'implantation (<i>synergie, antagonisme avec éléments du contexte</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Validité externe : jusqu'à quel point vos résultats sont-ils généralisables à d'autres contextes en vous fondant notamment sur :				
• Taille de la population de référence, diversité des cas étudiés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• L'inférence statistique (<i>inférence de l'échantillon à la population échantillonnée</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• L'analyse d'implantation (<i>jusqu'à quel point les conditions d'implantation peuvent se retrouver dans un autre contexte-répliquabilité</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
• L'analyse de l'intervention (<i>inférence théorique découlant du fait que l'intervention étudiée est basée sur une théorie de l'intervention explicite qui peut s'appliquer dans un autre contexte</i>)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Applicabilité : jusqu'à quel point vos résultats peuvent-ils être utilisés par les décideurs compte tenu de ce que vous savez des contraintes ou barrières ou des éléments facilitant leur application:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Décrivez les éléments contraignants : les cliniques n'ont pas connu de changements pendant au moins un an.				
Décrivez les éléments facilitants : Le contexte "naturel" de la recherche : aucune intervention particulière; seulement l'observation de pratiques organisationnelles et l'enregistrement des résultats. Les associations entre l'organisation et les résultats sont plausibles et les pratiques sont reproductibles.				

*S. O. : Sans objet

Sources de financement :

<ul style="list-style-type: none"> - Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS) - Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ) - Chaire Docteur Sadok Besrou 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) - Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (ADRLSSSS) Montréal-Centre - Agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (ADRLSSSS) du Bas-St-Laurent et de la Côte-Nord

Stratégies d'échange des connaissances :

<p>Décideurs comme co-chercheurs dans le projet : Collège des médecins du Québec (François Goulet) Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (Jean Rodrigue) Institut national de santé publique du Québec (Josée Gauthier)</p>
--

Retombées anticipées ou utilité pour la planification ou la prise de décision :

DÉCIDEURS CIBLÉS (administratifs, cliniques)	RETOMBÉES
Gestionnaires des politiques et programmes (MSSS, Régies) :	<p>Les résultats confirment que les éléments clés des GMF vont dans la bonne direction.</p> <p>L'accessibilité aux soins de première ligne a atteint un niveau inacceptable pour la vaste majorité des patients québécois et doit constituer une priorité pour les décideurs. L'augmentation du ratio médecin/population ne représente qu'une solution partielle au problème. Les pratiques peuvent être organisées de façon à permettre une meilleure accessibilité aux soins, et le MSSS peut soutenir des initiatives visant à améliorer l'accès organisationnel.</p>
Gestionnaires des organisations (CH, CLSC, etc.) :	<p>Les résultats soulignent des pratiques particulières qui peuvent améliorer l'accessibilité et la continuité de soins: offrir un accès téléphonique 24/7 autre que Info-Santé; avoir une infirmière sur place ; donner les services en soirée; avoir une mixité des services de rendez-vous et sans rendez-vous.</p> <p>L'une des barrières les plus importantes à l'accessibilité pour les patients est l'accès téléphonique déficient. Les patients sont très insatisfaits des possibilités qu'ils ont de joindre leur clinique, soit pour prendre rendez-vous ou pour parler avec leur médecin lorsque nécessaire. Les secrétaires jouent un rôle extrêmement important pour faciliter ou rendre plus difficile l'accès au médecin, y compris lorsqu'il s'agit de diriger le patient vers des ressources alternatives appropriées lorsque leur médecin n'est pas disponible.</p>
Associations / ordres professionnels :	<p>Reconnaître la gamme de qualité des services offerts par les différents intervenants ainsi que les pratiques qui ne répondent pas aux besoins ressentis par les patients.</p> <p>Si les patients n'ont pas l'impression que les réformes en question se traduiront par une meilleure accessibilité aux soins, leur confiance et leur soutien envers les médecins deviendront de plus en plus fragiles.</p>
Groupes communautaires :	Exercer des actions d'influence pour avoir une meilleure accessibilité aux soins.
Autres :	

Quelles avenues prometteuses de recherche découlent de votre projet concernant la même problématique ou une nouvelle problématique ?

Comment la structure et la pratique des ressources non médicales ont-elles un impact sur l'accessibilité de première ligne pour les patients ?

Quelles interventions simples pourraient améliorer l'accessibilité aux médecins sans alourdir l'ensemble de leur tâche ?

Principaux mots-clés :

Soins de première ligne, médecin de famille, continuité et accessibilité, comparaisons urbain/rural.