



Titre du projet :

La reconfiguration du réseau de services de santé à Montréal – Les impacts à long terme

Chercheurs(res) :

L.-R. Poirier, R. Pineault, D. Ouellet, J. Gratton

Objectif(s) du projet :

Évaluer les impacts à long terme de la reconfiguration du système de soins à Montréal sur l'accessibilité perçue et réelle, sur l'utilisation des services et sur le degré de confiance envers les diverses composantes du système.

Hypothèses ou questions de recherche :

Les tendances observées lors d'une étude réalisée durant la reconfiguration se sont-elles inversées?

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

Le contexte est celui de la reconfiguration du réseau réalisée entre 1995 et 1998 à Montréal visant à prendre en compte le vieillissement de la population, les changements technologiques et les contraintes budgétaires. La population à l'étude est l'ensemble des Montréalais âgés de plus de 18 ans.

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

Considérant que l'accessibilité perçue et le degré de confiance envers le système de soins peuvent affecter le comportement de recherche de soins, et de là l'état de santé, il est donc important de suivre l'évolution de l'opinion qu'a la population par rapport à ces dimensions.

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 services versus santé etc.*)

Structure organisationnelle

1. Gouverne (*professionnelle vs communautaire, relations entre acteurs découlant de règles ou lois, incitatifs comme mode de rémunération etc.*)
relation entre CH et CLSC
2. Intégration/coordination (*organisationnelle/ fonctionnelle, clinique, stratégique, systémique, externe, interne etc.*)
Intégration clinique entre les niveaux de soins

Ressources

1. Type (*humaines, financières, physiques, technologiques etc.*)
Diminution des ressources hospitalières et augmentation des ressources de première ligne
2. Niveau (*quantité, répartition*)

Changements quant au niveau de ressources humaines disponibles

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

Effets de substitution visés

Pratiques

1. Multidisciplinarité/interdisciplinarité

2. Processus de collaboration interprofessionnelle, interorganisationnelle

3. Services offerts (*étendue, gamme*)

Rôle accru des centres locaux de services communautaires (CLSC)

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

Effets

1. Profil d'utilisation

Profil d'utilisation des services de première ligne

2. Continuité, globalité, accessibilité, réactivité

Effet des transformations sur l'accessibilité perçue et réelle

3. Santé

4. Autre

Confiance dans les diverses composantes et satisfaction quant aux délais d'attente pour avoir accès à divers services et procédures

Stratégie de recherche

Analyse des effets de la transformation du réseau, tels que rapportés par un échantillon représentatif de la population de Montréal

Variables à l'étude :

Variables indépendantes : changement dans l'offre de services et dans l'organisation du réseau; Variables dépendantes : accessibilité réelle et perçue, degré de confiance suscité par les diverses composantes du système, délais pour accéder à divers services et procédures, utilisation des services, présence d'une source régulière de soins

Type de devis

Séries de sondages téléphoniques réalisés en 1996, 1997 et 1998, puis repris en 2003 auprès d'un échantillon représentatif de la région de Montréal-Centre

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

Échantillons aléatoires indépendants; effectifs variant entre 1007 et 1029; taux de réponse autour de 60 %.

Instruments de mesure, outils de collecte et sources de données

Questionnaire téléphonique développé dans le cadre de cette étude ayant fait l'objet d'un pré-test

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

Quantitative (différence de proportions)

Période de temps sur laquelle porte l'étude :

1996-2003

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

- détérioration marquée quant à l'opinion sur les délais d'attente pour accéder aux services médicaux tant de première ligne que spécialisés, ainsi qu'aux examens radiologiques et aux hospitalisations
- l'accès aux prélèvements sanguins fait, par contre, l'objet d'une opinion plus favorable depuis qu'ils se font en première ligne (CLSC)
- malgré tout, l'utilisation des services médicaux et infirmiers s'est accrue au cours des cinq dernières années
- le degré de confiance envers les diverses composantes du système s'est accru de manière significative; ce sont les cliniques médicales et les CLSC qui font l'objet du plus haut degré de confiance
- une personne sur trois n'a pas de médecin de famille, comparativement à moins de 12 % pour l'ensemble du Canada; les moins de 45 ans sont plus susceptible de ne pas avoir de médecin de famille.

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

	Peu	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"/>	X	<input type="checkbox"/>
• La taille de l'échantillon (<i>puissance statistique</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X	<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"/>
• Autre :	<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 :				
• La taille de la population de référence, diversité des cas étudiés	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• L'inférence statistique (<i>inférence de l'échantillon à la population échantillonnée</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X	<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"/>
• Autre :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Décrivez les éléments contraignants : autonomie professionnelle des médecins; manque d'intégration de la première ligne au reste du système de soins; contexte budgétaire				
Décrivez les éléments facilitants : mise en place des réseaux locaux de services (avec, entre autres, les cliniques médicales affiliées) si elle repose sur une vision populationnelle; renouvellement des ressources humaines, et des médecins en particulier qui peuvent rendre le corps médicale dans son ensemble plus ouvert à de nouvelles formes de pratique				

*S. O. : Sans objet

Sources de financement :

Programme national de recherche et de développement en santé (Santé Canada); Direction de santé publique de Montréal-Centre

Stratégies d'échange des connaissances privilégiées dans le déroulement de votre projet:

Le premier volet de l'étude a déjà fait l'objet de diffusion (rapport, congrès internationaux, précédent collectif de recherche, Rapport annuel du Directeur de Santé publique) alors que le deuxième volet, qui vient tout juste d'être complété a déjà fait l'objet d'une présentation dans un congrès sur les politiques de santé.

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

DÉCIDEURS CIBLÉS (administratifs, cliniques)	RETOMBÉES
Gestionnaires des politiques et programmes (MSSS, Agences régionales)	Les résultats soulignent l'importance d'accroître l'accessibilité aux services et de favoriser l'intégration de la première ligne au reste du système. Les Agences régionales doivent s'assurer que la mise en place des réseaux locaux reposera sur l'adoption d'une vision populationnelle.
Gestionnaires des organisations (CH, CLSC, GMF, CMA, etc.)	Susciter le maillage avec les services spécialisés
Associations / ordres professionnels	S/O
Groupes communautaires	S/O

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

Au plan méthodologique, le recours aux sondages téléphoniques pour suivre l'évolution de certaines tendances liées à l'utilisation des services de santé s'avère une approche efficace, souple et peu coûteuse.

Principaux mots-clés :

Accessibilité, transformation du réseau, source régulière de soins, délais d'attente