



**Collectif de recherche
sur l'organisation
des services de santé
de première ligne au Québec :**

Rapport synthèse

Collectif de recherche sur l'organisation des services de santé de première ligne au Québec :

Rapport synthèse

Raynald Pineault, M.D., Ph. D.

Pierre Tousignant, M.D., M. Sc.

Danièle Roberge, Ph. D.

Paul Lamarche, Ph. D.

Daniel Reinharz, M.D., Ph. D.

Danielle Larouche, M. Sc.

Ginette Beaulne, B. Sc., P.N.P.

Dominique Lesage, inf., M. Sc.

Graphisme et Infographie : Gazoline Multimédia
Révision linguistique : Solange Lapierre, Éric Bergeron
Traitement de texte : Isabelle Rioux, Josée La Haye
Photographie : Jean Bruneau

Direction de santé publique
Agence de développement de réseaux locaux
de services de santé et de services sociaux de Montréal (2005)

Dépôt légal : 1^e trimestre 2005
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN : 2-89494-434-9

**Collectif de recherche sur l'organisation des services de
santé de première ligne au Québec :**

Rapport synthèse

Raynald Pineault, M.D., Ph. D.

Direction de santé publique de Montréal, Institut national de santé publique du Québec,
Université de Montréal

Pierre Tousignant, M.D., M. Sc.

Direction de santé publique de Montréal, Institut national de santé publique du Québec,
Université McGill

Danièle Roberge, Ph. D.

Centre de recherche Hôpital Charles-LeMoine, Université de Sherbrooke

Paul Lamarche, Ph. D.

Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal

Daniel Reinharz, M.D., Ph. D.

Direction de santé publique de Québec, Département de médecine sociale et préventive,
Université Laval

Danielle Larouche, M. Sc.

Centre de recherche Hôpital Charles-LeMoine, Université de Montréal

Ginette Beaulne, B. Sc., P.N.P.

Direction de santé publique de Montréal, Institut national de santé publique du Québec

Dominique Lesage, inf., M. Sc.

Institut national de santé publique du Québec

Le Collectif de recherche a été réalisé grâce à la contribution des organismes suivants :

- Le Groupe de recherche sur l'équité d'accès et l'organisation des services de santé de 1^e ligne (GRÉAS 1)
- Le Groupe interuniversitaire de recherche sur les urgences (GIRU)
- Le Réseau d'appui aux Transformations des Services de Première ligne (RATSPL)
- La Direction de santé publique de Montréal (DSP Montréal)
- L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)
- Le Réseau de recherche en santé des populations du Québec (axe thématique : services de première ligne) (RRSPQ)
- La Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS)



Table des matières

Principaux messages	1
Sommaire	3
Rapport synthèse	7
I. Introduction	7
II. La démarche	7
III. Le cadre d'analyse	8
IV. Les résultats de l'analyse	11
1. Les caractéristiques organisationnelles	11
1.1 L'intégration des services	11
1.1.1 Description des projets d'intégration	11
1.1.2 Les stratégies privilégiées pour favoriser la collaboration	12
1.1.3 Facteurs contextuels	12
1.1.4 Les processus de conduite du changement : les leçons à retenir.....	13
1.1.4.1 Des enjeux humains et cliniques d'abord	13
1.1.4.2 Les enseignements pour la gestion et la gouverne	14
1.1.5 Les principaux constats.....	15
1.2 Les principaux constats spécifiques à la collaboration interprofessionnelle	15
1.3 Les nouvelles technologies d'information et de communication (NTIC) : principaux constats	16
2. Les effets et les facteurs qui y sont associés.....	17
2.1 L'accessibilité	17
2.1.1 Quelle est la situation révélée par les études au regard de l'accessibilité au Québec et quelles en sont les conséquences, notamment sur le recours à l'urgence ?	17
2.1.2 Comment expliquer ce manque d'accessibilité et comment y remédier ?	18
2.2 La continuité	18
2.2.1 Que révèlent les études sur la situation actuelle au Québec au regard de la continuité et quelles en sont les conséquences, notamment sur le recours à l'urgence ?	18
2.2.2 Comment expliquer ce manque de continuité et comment y remédier ?	19
2.3 La globalité	20
2.4 La réactivité des services à l'égard des patients et /ou des professionnels	21
2.5 D'autres effets ?	21
2.6 Les principaux constats	22
3. Ce qui ressort des discussions.....	23
V. Projets du collectif de recherche	25
Références bibliographiques	29

Principaux messages

Les résultats du collectif de recherche suggèrent quelques messages pour les décideurs responsables des transformations en cours ou à venir dans les services de santé de première ligne :

1. La continuité des services apparaît comme centrale dans les effets à rechercher car elle est étroitement associée à la globalité et l'accessibilité. Ainsi, on observe qu'une très grande continuité des services offerts par les médecins peut se réaliser au détriment de l'accessibilité et vice-versa. En conséquence, les politiques qui mettent l'accent, par exemple, sur l'accessibilité ou sur la réduction du recours à l'urgence risquent d'aller à l'encontre des effets recherchés, du moins à plus long terme si elles ne comportent pas de mesures visant à améliorer la continuité.

2. Dans le contexte de la réorganisation des services de première ligne, il faut garder à l'esprit que le modèle d'organisation optimal pour atteindre simultanément la continuité et l'accessibilité semble être celui qui offre de façon équilibrée des services médicaux sur et sans rendez-vous.

3. L'introduction de mécanismes organisationnels, comme les réseaux intégrés de services, la collaboration interprofessionnelle et les nouvelles technologies d'information et de communication ne semble pas réduire les coûts totaux des services, mais contribue plutôt à déplacer les coûts des services institutionnels vers ceux des services communautaires. En conséquence, des politiques de transformation de la première ligne devraient cibler plutôt l'amélioration des services en termes de continuité, d'accessibilité et de globalité que la réduction des coûts, du moins à court terme.

4. Dans l'implantation de ces changements, les stratégies visant à agir sur les pratiques professionnelles plutôt que sur les structures sont plus prometteuses. Ainsi, la création des centres de santé et de services sociaux (CSSS) au Québec aura une portée limitée si elle ne s'appuie pas principalement sur la transformation des pratiques professionnelles de première ligne.

5. Certaines conditions institutionnelles pour la réussite des transformations sont incontournables et devront accompagner les projets de transformation initiés par les gouvernements. Ainsi, pour réussir les projets cliniques des CSSS et responsabiliser les groupes de médecine de famille (GMF) à l'égard de la population inscrite, il faudra envisager la possibilité de modifier les modes de rémunération des médecins et de paiement des hôpitaux. De telles mesures relèvent du gouvernement et sont indispensables pour créer des incitatifs favorables pour que les GMF et les CSSS puissent assumer leur responsabilité à l'égard de la population.

6. La réorganisation des services de première ligne ne doit pas revêtir une seule forme et ne doit pas être indépendante du contexte dans lequel elle s'inscrit. Il n'existe pas de modèle unique à implanter. En conséquence, bien qu'un cadre général soit nécessaire pour assurer une certaine cohérence à travers le Québec, on doit laisser une grande latitude aux paliers régional et local dans l'implantation de ces projets.

7. Parmi les conditions indispensables à la réussite de ces projets d'implantation, deux reviennent constamment et constituent un réel défi pour les responsables : la participation des médecins qui ne font pas partie du réseau public institutionnel et le développement de relations de confiance entre les acteurs concernés. Une attention particulière devrait être apportée à ces deux conditions et aux mesures incitatives (ou autres) qui peuvent en faciliter la réalisation.

Sommaire

Ce rapport présente les résultats d'un collectif de recherche qui comprend 30 projets présentement en cours ou récemment terminés, portant sur les services de santé de première ligne.

Accessibilité, continuité des services

De façon générale, on observe un manque d'accessibilité des services de première ligne au Québec et la situation s'est détériorée à Montréal depuis 1998 malgré le fait que l'utilisation des services ait augmenté. Ce manque d'accessibilité, associé bien souvent au manque de disponibilité d'un médecin de famille, explique en grande partie le recours à l'urgence de l'hôpital pour des conditions qui auraient pu être traitées en dehors de l'urgence.

La continuité est également faible, alors qu'une proportion élevée de la population n'a pas de médecin de famille (plus de 30 % à Montréal). La continuité est liée à l'accessibilité : on observe qu'une très grande continuité des services offerts par les médecins peut se réaliser au détriment de l'accessibilité et vice-versa. D'autre part, il semble plausible que la continuité des services reçus puisse influencer favorablement l'accessibilité perçue par les individus, de sorte qu'une faible continuité constitue le facteur commun pouvant expliquer à la fois une faible accessibilité et un recours indu à l'urgence.

Facteurs associés aux effets

Des différences sur le plan de l'accessibilité, de la continuité et de la globalité sont d'abord observées selon les caractéristiques des groupes d'usagers. Ainsi, les barrières culturelles ou linguistiques que doivent surmonter les immigrants rendent difficile leur orientation dans le réseau des services et ont des conséquences défavorables sur l'accessibilité, la continuité et la globalité des services.

Par ailleurs, les différences entre les populations urbaines et rurales ressortent comme très importantes. La continuité est plus faible en milieu urbain que rural et le recours plus fréquent à l'urgence qu'on observe en milieu rural s'inscrit davantage en continuité avec les services fournis par le médecin de famille qu'en milieu urbain où la clientèle est par ailleurs beaucoup plus lourde. Il semble qu'entre autres choses, l'affiliation des médecins généralistes à de multiples milieux de pratique en région rurale favorise une pratique médicale mieux intégrée qu'en région urbaine, où la pratique médicale fonctionne davantage en silo.

Du côté de l'offre de services, la disponibilité des médecins pour des visites sans rendez-vous facilite l'accessibilité. D'autre part, l'offre de services sur rendez-vous favorise la continuité des services et il semble que la combinaison optimale soit un modèle mixte offrant des services à la fois sur et sans rendez-vous. De plus, une étude mentionne que la taille optimale d'une clinique pour atteindre ces effets ne devrait pas dépasser 10 médecins.

Trois caractéristiques de l'organisation des services de première ligne ont fait l'objet d'une attention particulière dans les projets de recherche : l'intégration des services, la collaboration interprofessionnelle et les nouvelles technologies d'information et de communication (NTIC).

L'intégration des services et la collaboration interprofessionnelle, qui en est un élément essentiel, semblent être associées à des effets positifs sur l'accessibilité, la continuité et la globalité, particulièrement pour les clientèles plus vulnérables, aux prises avec des problèmes multiples et complexes. Même si dans bien des cas, les résultats de recherche ne sont pas concluants, on peut néanmoins dire que les interventions concernant l'intégration des services et la collaboration interprofessionnelle présentent un potentiel pour atteindre ces effets.

L'intégration des services et la collaboration interprofessionnelle ont aussi d'autres effets, notamment sur la réduction du recours à l'hébergement, de la durée des hospitalisations, du séjour et du retour à l'urgence. Toutefois, elles n'ont pas d'effet sur les coûts totaux des services; on observe tout au plus un transfert des coûts des services en institution, qui diminuent, vers ceux des services dans la communauté, qui augmentent.

En ce qui concerne les effets sur l'état de santé, la mise en place de ces mécanismes organisationnels de services semble associée à une moins grande détérioration de l'état de santé des personnes déjà affectées par une perte d'autonomie et à une amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de troubles mentaux graves.

Les études rapportent que l'intégration des services et la collaboration interprofessionnelle ont un impact important sur la réactivité des services à l'égard des patients et de leurs familles. L'introduction de ces changements organisationnels procure une satisfaction plus élevée des clientèles et des proches, qui voient leur fardeau allégé grâce au soutien apporté. La satisfaction des professionnels y trouve également son compte et cet effet crée vraisemblablement une condition favorable à une meilleure qualité de services.

En ce qui concerne les nouvelles technologies d'information et de communication (NTIC), elles doivent être vues comme des outils essentiels au fonctionnement des réseaux intégrés de services et à celui de la collaboration interprofessionnelle. Les études portant sur les NTIC ont davantage examiné les processus de leur implantation que leurs effets. Néanmoins, il ressort de l'analyse que les NTIC, en agissant en synergie avec l'intégration des services et la collaboration interprofessionnelle, renforcent l'effet de ces dernières sur l'accessibilité, la continuité et la globalité. Il ressort également clairement que l'introduction des NTIC augmente la satisfaction des professionnels, sans qu'on puisse déceler un effet positif sur la satisfaction des usagers de services.

Processus d'implantation des réseaux intégrés, des mécanismes de collaboration interprofessionnelle et des nouvelles technologies d'information et de communication

L'analyse des projets met en évidence certains facteurs associés à la mise en place de ces transformations.

Tout d'abord, la mise en place de ces transformations est facilitée ou contrainte par le contexte social dans lequel elle s'inscrit. L'intégration des services est facilitée par une histoire locale de collaborations interorganisationnelles réussies et une implication active de la population dans l'organisation des services. Les pratiques médicales polyvalentes sont également un facteur favorable. Par contre, l'intégration est contrainte par la présence de rivalités entre les communautés culturelles ou entre les organisations de même que par une disponibilité limitée de ressources au niveau local. Le développement de la collaboration interprofessionnelle est intimement lié aux collaborations interprofessionnelles déjà présentes dans le milieu. Ce développement est aussi facilité par une volonté ferme des organisations locales d'y travailler.

La mise en place de ces mécanismes organisationnels est aussi conditionnée par les caractéristiques du système de soins dans lequel ils s'insèrent. Dans les projets analysés, la mise en œuvre des mécanismes est contrainte, notamment, par la structure et le mode de budgétisation des établissements, le mode de rémunération des médecins et par les systèmes d'information qui ne favorisent pas une approche intégrée et globale dans le suivi et la prise en charge des clientèles.

Enfin, l'analyse fait ressortir quatre constats sur des conditions importantes dans les processus de mise en œuvre de ces transformations. Ensemble, ces conditions circonscrivent une stratégie prometteuse pour le succès de l'implantation.

1. La mise en place des réseaux intégrés, de la collaboration interprofessionnelle et des NTIC est avant tout un enjeu professionnel, qui exige un soutien administratif indéfectible pour se concrétiser et non l'inverse ; les expériences les mieux réussies sont celles où une place importante est accordée aux pratiques professionnelles plutôt qu'aux structures.
2. Il n'y a pas de modèle unique d'implantation réussie de telles transformations; chacun des projets doit se mouler aux caractéristiques propres du milieu dans lequel il s'inscrit. Certains milieux présentent des conditions qui favorisent davantage le développement de ces transformations (par exemple, le milieu rural en comparaison de l'urbain).
3. La forme précise que prend un projet doit émerger d'un processus participatif de négociations mobilisant tous les acteurs concernés : comme elle implique le changement des pratiques professionnelles, la démarche est faite d'étapes itératives et ce processus n'est pas linéaire. Du temps, parfois long, est nécessaire pour sa réalisation.

4. Certaines conditions facilitent la mise en place des transformations : une vision commune du changement à introduire et des finalités poursuivies ainsi qu'un partage des valeurs sur lesquelles se fondent ces finalités ; des ressources suffisantes pour permettre l'introduction du changement, incluant des incitatifs clairs (financiers ou autres) compatibles avec le changement souhaité ; des organisations qui valorisent le changement désiré et qui soutiennent les professionnels responsables de sa réalisation ; et finalement le développement d'une relation de confiance entre les professionnels impliqués et les gestionnaires.

Rapport synthèse

I. Introduction

L'importance des services de 1^e ligne dans notre système de santé a été soulignée à maintes reprises dans les rapports des récents comités et commissions d'enquête au Canada¹⁻⁴. Il ressort de ces réflexions et constatations que des déficiences sur le plan de la coordination et de l'intégration des services sont les principales responsables des problèmes de continuité, d'accessibilité et de globalité dans la prestation des services ; celles-ci sont aussi source d'insatisfaction de la part de la population parce que les services reçus n'arrivent pas à combler les besoins de santé comme on pourrait s'y attendre d'un système de santé efficace.

La nécessité de transformer et de réorganiser le réseau de services, et plus particulièrement la 1^e ligne, pour pallier à ces différents problèmes, fait maintenant l'objet d'un large consensus¹⁻⁵. Il semble dès lors important : 1) d'identifier jusqu'à quel point et comment différents modes d'organisation des services de 1^e ligne peuvent influencer la fourniture de services ; et 2) de comprendre les processus des transformations qui sont proposées, afin de faciliter l'implantation de modalités de 1^e ligne susceptibles de mieux répondre aux besoins dans des contextes différents.

C'est à ces questions que le collectif de recherche s'adresse. Plus précisément, à partir de recherches en cours ou récemment terminées au Québec, il tente de : 1) décrire la situation qui prévaut à l'égard de l'accessibilité, la continuité, la globalité des services de 1^e ligne ; 2) identifier les facteurs organisationnels et autres qui permettent d'expliquer l'utilisation des services de santé et ses différentes dimensions ainsi que les conséquences sur le recours à l'urgence, la réactivité, la santé et les coûts ; et 3) analyser les processus d'implantation de ces modes organisationnels, afin de dégager des avenues prometteuses de recherche et d'en tirer des leçons utiles pour les décideurs.

II. La démarche

La démarche suivie est conforme à la nature d'un collectif, qui se distingue de la synthèse des connaissances par les caractéristiques suivantes : 1) il implique une participation active des chercheurs/auteurs tout au long du processus ; 2) il porte sur des résultats non encore publiés de recherches en cours ou récemment terminées.

Dans un premier temps, les chercheurs dont les travaux portent sur l'organisation des services de santé et des services sociaux ont été invités à soumettre une description de recherche pouvant intéresser le collectif. Plus de 90 projets ont été proposés, et 30 ont été retenus. Le choix s'est effectué en fonction des cinq critères suivants :

1. porter sur la 1^e ligne, au sens large ; les projets portant sur les soins hospitaliers ou les établissements de longue durée ont donc été exclus ;
2. traiter des questions relatives à l'organisation des services de 1^e ligne ;
3. inclure nécessairement les services de santé ; les projets dont le sujet était limité aux services sociaux ou communautaires ont été exclus ;
4. être récent, c'est-à-dire que le projet soit encore en cours ou terminé depuis trois ans ou moins ;
5. comporter des résultats.

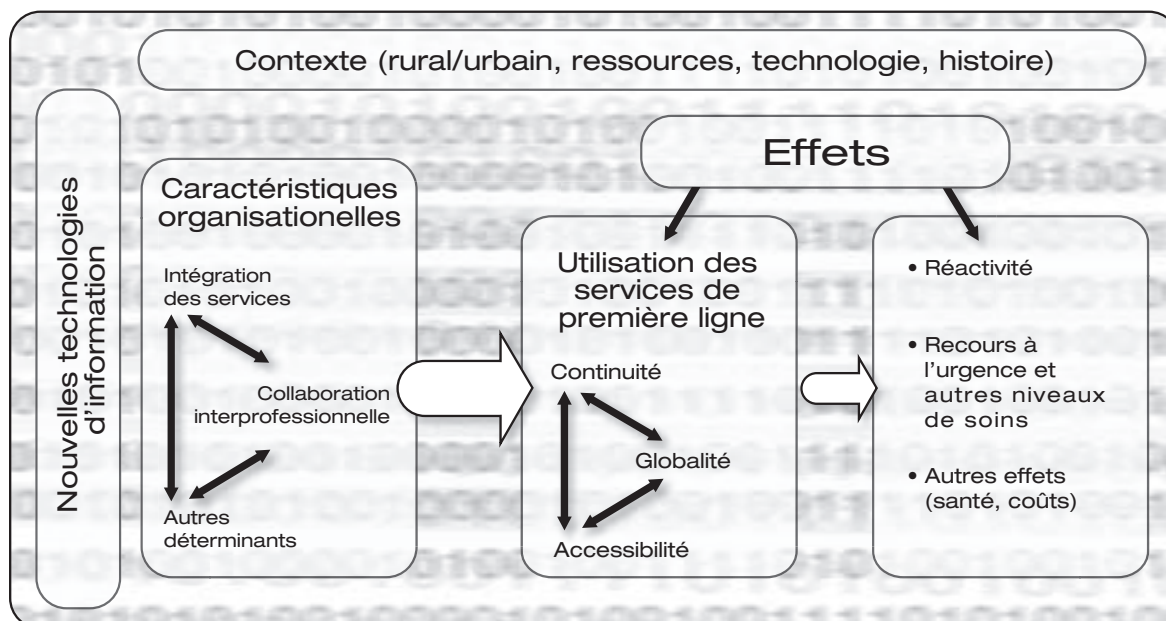
Chaque équipe de chercheurs a ensuite rempli une fiche de description de projet. Ces fiches figurent dans le rapport détaillé présenté dans les sites Internet de la Fondation canadienne de recherche sur les services de santé (www.chsrf.ca/final_research/index_f.php), du Groupe de recherche sur l'équité d'accès et l'organisation des services de santé de 1^e ligne (www.greas.ca), du Groupe interuniversitaire de recherche sur les urgences (www.giru.ca) ainsi que dans le cédérom inclus dans la pochette de ce rapport.

Par la suite, les chercheurs ont fait une courte présentation de leur projet à l'occasion d'une journée d'échange (17 juin 2004) où des décideurs étaient invités à réagir et à commenter. Le matériel utilisé pour préparer le rapport de ce collectif provient des fiches remplies par les chercheurs, du matériel de leur présentation et, enfin, des notes émanant des discussions de la journée du 17 juin 2004. Une première version du rapport a été soumise aux chercheurs du collectif et a été enrichie de leurs commentaires et suggestions.

III. Le cadre d'analyse

Après une première lecture des 30 fiches, certains thèmes apparaissaient fréquemment et semblaient référer à des concepts et des phénomènes particulièrement pertinents dans le cadre des réflexions en cours sur les services de 1^e ligne. Il s'agit de : 1) l'intégration des services ; 2) la collaboration interprofessionnelle ; 3) les nouvelles technologies d'information et de communication (NTIC) ; 4) l'utilisation des services et ses différentes dimensions (continuité, accessibilité et globalité) ; 5) les conséquences des modes d'organisation sur le recours à l'urgence, la réactivité, la santé et les coûts. Ces thèmes sont interreliés, comme l'indique la figure 1, qui illustre le cadre d'analyse de la démarche. Chacun des éléments qui y figurent sera brièvement expliqué.

Figure 1



L'intégration des services, qui est au cœur de plusieurs réformes et politiques de santé, est perçue comme une stratégie porteuse de solutions aux dysfonctionnements des systèmes de santé. La terminologie de l'intégration est riche et varie selon les perspectives adoptées.

La typologie la plus connue de l'intégration des services se fonde sur les niveaux de soins. Lorsque l'intégration se situe au même niveau, par exemple entre des professionnels et des organisations de 1^e ligne, on parle d'intégration horizontale. L'objectif poursuivi ici est la globalité des services. Lorsque l'intégration sert à mieux articuler les niveaux de services pour faciliter le cheminement du patient, on parle d'intégration verticale⁶. L'objectif poursuivi dans ce deuxième cas est la hiérarchisation des services et une meilleure continuité de coordination, appelée aussi l'accessibilité secondaire. Selon une autre typologie, l'intégration peut prendre deux formes principales : l'intégration clinique des pratiques et des services, qui est étroitement associée aux professionnels de la santé, et l'intégration administrative ou fonctionnelle, qui est davantage associée aux gestionnaires et à la gouverne⁷. Cette typologie se fonde sur la reconnaissance de la dualité professionnelle et administrative des organisations de santé. Dès lors, l'articulation entre les deux types d'intégration devient un objet d'analyse important, à titre d'élément de changement qui va permettre d'établir de nouveaux modes d'organisation et la gouverne qui y est associée.

La collaboration interprofessionnelle, deuxième élément de notre cadre d'analyse, est étroitement liée à l'intégration des services, d'autant plus que les nouvelles connaissances démontrent que les services médicaux ne représentent qu'une réponse partielle aux besoins souvent complexes des usagers. Sa prise en compte est donc indispensable si l'on veut garantir des services qui offrent les conditions de continuité et de globalité.

D'ailleurs, les collaborations interprofessionnelles, à l'instar des collaborations interorganisationnelles, sont à la base des concepts sur lesquels reposent, formellement tout au moins, les réformes en cours au Québec. En effet, avec l'implantation des Groupes de médecine de famille (GMF) et des Centres de santé et de services sociaux (CSSS), on tente de mettre en place une offre de services reposant sur une plus grande coordination des ressources disponibles, dans l'objectif d'améliorer la continuité de même que la globalité des services.

Troisième élément de notre analyse, **l'échange de l'information**, est préalable à l'optimisation d'une 1^e ligne basée sur un concept clef : la collaboration nécessaire, non seulement entre organisations, mais aussi entre les professions de la santé, qui concourt à répondre aux besoins divers des usagers, et donc à assurer la globalité des services dans un souci de continuité.

L'échange d'information représente cependant, en dépit de son gros bon sens, un défi. Il implique en effet un changement de paradigme majeur : des services offerts aux usagers qui passent d'une logique « établissement » ou « disciplinaire » à une logique « patient ». Ce défi est de taille, puisque c'est toute une culture de soins que les technologies de l'information tentent de transformer. Le fait d'aborder les nouvelles technologies d'information et de communication (NTIC) comme un soutien aux processus de soins exige aussi de s'intéresser au changement dans les organisations et dans les pratiques.

En plus des facteurs organisationnels ayant trait à l'intégration des services, à la collaboration interprofessionnelle et aux technologies d'information et de communication, nous avons repéré dans les rapports de recherche d'autres facteurs liés tant aux caractéristiques organisationnelles qu'individuelles que nous regroupons dans la catégorie « **autres déterminants** » du cadre d'analyse.

Toutes ces caractéristiques influencent l'utilisation des services, dont nous avons retenu les dimensions suivantes : la continuité, l'accessibilité et la globalité. **La continuité** est une succession cohérente de services en relation avec les besoins et le contexte de vie des personnes⁸. Elle comporte trois dimensions, soit la continuité informationnelle, la continuité relationnelle et la continuité de coordination (gestion clinique)⁹. **L'accessibilité** se définit par la facilité ou la difficulté d'entrer en contact avec les services de 1^e ligne⁸. Elle comporte des dimensions géographiques, organisationnelles, économiques, sociales et culturelles. **La globalité** exprime la sensibilité des services à répondre à l'ensemble des besoins diversifiés des personnes¹⁰. Ces trois caractéristiques de l'utilisation des services de 1^e ligne influencent à leur tour **le recours à l'urgence et à d'autres niveaux de soins** de même que **la réactivité**, qui se définit comme la capacité des services à tenir compte des attentes et des préférences des utilisateurs et des fournisseurs de services⁸. D'autres résultats issus de la prestation de services sont **l'effet sur la santé et les coûts**.

Enfin, tous ces éléments, représentés à l'intérieur du cadre de la figure 1, ainsi que leurs interrelations, sont influencés et modulés par des **éléments de contexte**, tels que le milieu (rural, urbain), la présence de ressources, la disponibilité de la technologie, etc.

IV. Les résultats de l'analyse

En premier lieu, nous analysons les caractéristiques organisationnelles, soit l'intégration de services, la collaboration interprofessionnelle et les nouvelles technologies d'information et de communication. Nous évaluons ensuite les résultats relatifs à l'accessibilité, à la continuité, à la globalité, à la réactivité et aux autres effets, d'abord pour décrire la situation actuelle, lorsque les données le permettent, ensuite pour examiner leur relation avec les caractéristiques organisationnelles, et autres, pouvant expliquer leur variabilité. Enfin, nous présentons les grands points qui ressortent de la journée d'échange du 17 juin. Les numéros entre parenthèses font référence aux projets de recherche. Vous retrouverez les projets et leurs numéros correspondants à la section V de ce rapport.

1. Les caractéristiques organisationnelles

Voici tout d'abord les résultats des études qui portent sur l'intégration des services, la collaboration interprofessionnelle et les nouvelles technologies d'information et de communication. De façon générale, ces études s'échelonnent sur une période suffisamment longue pour observer les processus d'implantation, mais souvent trop courte pour déceler des changements importants sur le plan des effets.

1.1 L'intégration des services

Après une description sommaire des expériences d'intégration étudiées, nous verrons d'abord trois grands aspects de l'intégration, soit : 1) les stratégies privilégiées pour favoriser la collaboration ; 2) les facteurs contextuels favorisant et restreignant l'intégration ; et 3) les processus de conduite du changement.

1.1.1 Description des projets d'intégration

Treize projets de recherche portent directement ou indirectement sur des expériences d'intégration des services (13, 16, 17, 18, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30). Ces projets couvrent au total 36 expériences d'intégration : la majorité porte sur des expériences destinées à des clientèles vulnérables ; quatre ont trait aux personnes âgées en perte d'autonomie ou à risque de le devenir (22, 28, 29, 30) et quatre autres aux personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale dans la communauté (13, 24, 25, 26). Deux autres projets se penchent sur des modèles d'organisation des soins en périnatalité (16) et sur une initiative d'implantation dans un territoire géographique d'un modèle d'intégration, précurseur des réseaux locaux de services que l'on s'appête à déployer au Québec (23). À l'exception de la santé mentale, aucun projet ne porte sur les réseaux intégrés de services par maladie. La plupart des expériences d'intégration ont donc trait à des situations où les problèmes de santé des clientèles visées sont multiples et complexes. La diversité des milieux géographiques (urbain, semi-urbain, rural) y est représentée. La moitié des projets a été réalisée grâce au financement de l'initiative canadienne d'amélioration des interventions en santé soutenue par le Fonds d'adaptation des services de santé (FASS).

Toutes les expériences d'intégration ont un ancrage dans les services de 1^e ligne, dans les CLSC surtout, et elles impliquent le développement de collaborations interprofessionnelles et interorganisationnelles. Dans la majorité des cas, l'offre de services se caractérise par une large gamme de services de santé et de services sociaux.

1.1.2 Les stratégies privilégiées pour favoriser la collaboration

Pour favoriser la collaboration entre les individus et les organisations, on privilégie une grande diversité de stratégies. Peu de stratégies mises de l'avant sont de nature structurelle ou administrative, comme des modifications juridico-administratives en vue de la fusion d'établissements ou de l'unification de leur conseil d'administration (23, 24, 28). Toutefois, un grand nombre de stratégies a trait aux modes de pratique. Il s'agit notamment des suivantes : la mise en place d'un professionnel (intervenant pivot, gestionnaire de cas, infirmière de liaison) qui assure la coordination des soins et des services ainsi que le suivi (18, 22, 23, 25, 27, 29, 30) ; le partage d'outils communs comme des protocoles de soins cliniques (16, 22, 23, 24, 25, 26, 29, 30) ; la création de lieux d'échanges entre professionnels et organisations sous forme de réunions interdisciplinaires, de comités clinico-administratifs, de tables de concertation (16, 22, 23, 24, 25, 26, 30) ; l'élaboration d'accords inter-établissements (16, 18, 22, 23, 25, 28) ; la mise sur pied d'un service de réponse téléphonique 24/7 (guichet téléphonique unique) assuré par un professionnel disponible en permanence soutenu par la concentration d'informations cliniques pertinentes (18, 22, 23, 27, 29, 30) ; et l'établissement de corridors privilégiés entre les lignes de services (13, 18, 22, 23, 27, 29, 30). De plus, une infirmière de CLSC postée à l'hôpital (29) ou dans les cabinets privés (22, 23) semble une stratégie privilégiée pour favoriser la création de couloirs de références.

1.1.3 Facteurs contextuels

L'analyse des études montre que l'intégration des services serait influencée par les particularités de l'environnement dans lequel elle s'inscrit. L'intégration clinique, plus particulièrement, serait facilitée dans des territoires ayant une histoire antérieure de collaboration (23, 27, 28, 29), lorsque la pratique médicale de 1^e ligne est polyvalente et coordonnée (23) et si la population participe à l'organisation des services (23). Ces résultats suggèrent que l'intégration est facilitée dans les régions rurales, où les liens entre les médecins de 1^e ligne et les milieux institutionnels sont mieux établis alors que, dans les régions urbaines, les organisations de 1^e ligne et de soins spécialisés ont tendance davantage à fonctionner en silo, donc de façon isolée (24).

Par ailleurs, des enjeux organisationnels semblent aussi intervenir. En effet, les dynamiques de collaboration qui se développent entre les organisations semblent grandement influencées par des rivalités entre des communautés culturelles (23) et entre les institutions (16, 28). Ces entités, sentant leur survie ou leur autonomie

menacées par le projet d'intégration, auraient tendance à se replier sur leur identité corporative et à élaborer des stratégies servant leurs propres intérêts, au détriment de ceux du réseau (23, 28).

Outre les facteurs de contexte relevés ci-dessus, d'autres facteurs de niveau systémique freinent le déploiement et la pérennité des projets d'intégration de services. La structuration des organisations de santé semble souvent inadéquate à l'adoption d'un mode de fonctionnement en réseau, en raison de la formule actuelle de budgétisation des établissements (25), ou encore du déploiement limité d'une logique par programme (25, 29). Les modes de rémunération des professionnels sont inadaptés aux exigences de la collaboration (22) et les systèmes d'information clinique et de gestion ne permettent pas une lecture horizontale des événements (22, 25, 27, 29). De plus, la disponibilité limitée de ressources dans la communauté rend difficile la mise en œuvre de réseaux intégrés pour les personnes âgées en perte d'autonomie et les malades aux prises avec des problèmes de santé mentale, ce qui met aussi en péril leur pérennité (24, 25, 29). Enfin, on souligne aussi la diversité des formes que prennent les réseaux en fonction des contextes sociopolitique, géographique et démographique (25, 28).

1.1.4 Les processus de conduite du changement : les leçons à retenir

L'intégration des services implique que les pratiques des acteurs changent et que les relations entre les organisations évoluent en même temps et de manière récurrente. Plusieurs leçons concernant la conduite du changement sont à tirer des expériences d'intégration étudiées.

1.1.4.1 Des enjeux humains et cliniques d'abord

Les réseaux sont généralement plus développés lorsque l'on mise d'abord sur la création d'alliances autour de la prestation des services (16, 23, 27, 28). Le recours aux fusions ou à l'intégration des établissements semble retarder l'émergence et la mise en œuvre des réseaux (28). L'expérience d'implantation d'un réseau local de services, similaire à ceux que l'on s'apprête à implanter au Québec, montre que ce n'est qu'une fois des progrès réalisés en matière d'intégration clinique que les acteurs sont convaincus de l'importance de regrouper les établissements (23). Ces constats amènent les auteurs à conclure que les enjeux sont plus humains et cliniques qu'administratifs (23, 28).

Le développement de collaborations ou d'alliances entre plusieurs partenaires professionnels et organisationnels participant à un projet d'intégration pose des défis de taille (29). Il faut pour cela harmoniser les pratiques, ce qui fait appel à des processus de négociation et d'apprentissage, eux mêmes influencés par plusieurs facteurs, dont l'historique des relations entre partenaires (16, 23, 28, 29), les normes existantes et le corporatisme (29). Les relations de confiance existant au départ et celles qui se tissent par la suite sont des ingrédients fondamentaux de la collaboration entre individus et entre organisations (16, 23, 27,

28, 29). Ces résultats montrent que les processus conduisant aux changements des pratiques professionnelles n'évoluent pas de façon linéaire et que leur réalisation exige beaucoup de temps (28, 29).

1.1.4.2 Les enseignements pour la gestion et la gouverne

Les enseignements à tirer pour la gestion et la gouverne sont de plusieurs ordres. En premier lieu, la gestion du changement doit inciter au partage des valeurs associées à la collaboration entre les acteurs (organisations) et leur faire voir les gains découlant de façons de faire différentes (25, 28). En second lieu, la gestion du changement doit reposer sur un processus participatif, avec une bonne dose de souplesse et un souci de mobiliser les acteurs impliqués (17, 23, 25, 27, 28, 29). Des études révèlent que les modifications de pratiques sont plus susceptibles de se produire si la collaboration émerge de la base (16, 23, 27, 28, 29) et si elle se construit à partir des réseaux naturels (23, 28, 29).

Diverses stratégies facilitant la conduite du changement émergent des études. On souligne l'importance de mobiliser les acteurs à tous les niveaux, stratégique, tactique et opérationnel (17, 23, 26, 27) ainsi que d'établir des orientations claires (26). Les changements au niveau local ayant leurs limites, il importe de les compléter par des modifications au niveau systémique (ex : révisions des cadres législatif, réglementaire et financier) (22, 23, 25, 26, 27). Au niveau tactique, divers leviers facilitent la conduite du changement : des incitatifs financiers compatibles avec un travail en réseau (23, 28), une autorité ou un leadership convainquant (16, 17, 23, 26, 27), de l'expertise (23), et des activités de promotion des valeurs de la collaboration (23, 25, 28). La formation des professionnels ainsi que le coaching clinique favoriseraient l'harmonisation des pratiques et le développement de la collaboration (23, 26, 29).

Des études soulignent le rôle important des groupes communautaires en périnatalité (16) et de l'intersectoriel dans le suivi de la clientèle atteinte de maladie mentale sévère et persistante (13, 23, 24, 25, 26). Il faut réconcilier la logique de complémentarité du réseau institutionnel et la logique d'autonomie des organismes communautaires pour favoriser le continuum de services requis (23, 25).

Enfin, on signale aussi les difficultés à intéresser et à impliquer les médecins de 1^e ligne dans les réseaux (16, 25). L'expérience d'intégration en milieu rural se distingue des autres sur ce point (9) ; les auteurs signalent plusieurs conditions facilitantes : les médecins font partie du Conseil des médecins et dentistes de l'hôpital, ils participent à l'organisation des services sur le territoire et ils sont rémunérés pour leur contribution à la gouverne.

1.1.5 Les principaux constats

Voici les principaux constats qui émergent des études sur l'intégration des services de 1^e ligne :

1. les expériences qui donnent les meilleurs résultats sont celles où on accorde une place importante aux pratiques plutôt qu'aux structures ;
2. les enjeux de l'intégration sont d'abord de nature clinique et humaine ; en conséquence, les fusions administratives fondées sur les structures freinent bien souvent la mise en place des réseaux ;
3. les conditions propres au contexte dans lequel ces expériences sont implantées en facilitent ou en freinent le développement : l'histoire antérieure de collaboration, la quantité et le type de ressources, l'existence de rivalités ou d'alliances, les modes de budgétisation et de rémunération et la mise en place d'incitatifs financiers et non financiers ;
4. les stratégies efficaces pour introduire de tels changements doivent reposer sur un partage de la vision et des valeurs associées à la collaboration et sur des processus participatifs.

1.2 Les principaux constats spécifiques à la collaboration interprofessionnelle

Parmi les 30 projets retenus, 11 traitent en particulier de la collaboration interprofessionnelle (2, 15, 16, 17, 18, 21, 22, 27, 28, 29, 30). Quatre grands constats émergent de ces projets.

1. La collaboration est un processus qui nécessite du temps, de la négociation, qui exige de structurer les relations entre les individus sur le terrain et qui tient compte des logiques professionnelles (16, 17, 21, 27, 28, 29). On observe en effet que de nouvelles structures ne suffisent pas à inciter les professions à collaborer. Les collaborations interprofessionnelles découlent d'un apprentissage mutuel des compétences respectives, apprentissage nécessaire pour vaincre un obstacle de taille, l'allégeance tant disciplinaire qu'institutionnelle. Ce constat mène à une grande conclusion : mettre en place des collaborations nécessite du temps, mais aussi des démarches susceptibles de favoriser les points de rencontre ainsi que de développer une vision partagée des finalités, comme une offre de services centrée sur les besoins divers des patients.
2. Les deux grands moteurs des collaborations interprofessionnelles en 1^e ligne sont la volonté de réduire l'utilisation de services hospitaliers (17, 18, 22, 29, 30) et le besoin de substituer ces services par une offre équivalente dans la communauté. On constate toutefois que le gain économique pour le système de santé n'est pas garanti : les modalités d'offre de services intégrés dans la communauté ne sont pas forcément moins coûteuses que celles offertes en milieu hospitalier (22).

3. Les collaborations doivent être pensées en fonction de problématiques spécifiques (2, 16, 27, 28). Il en découle une grande variété de modalités, selon que la collaboration porte sur des services médicaux spécialisés à un extrême, ou sur des services psychosociaux à l'autre extrême. Ainsi, le pivot des collaborations est variable, la responsabilité pouvant incomber à un médecin, à un autre professionnel, ou à une équipe. Collaboration n'est pas forcément synonyme d'interdisciplinarité.
4. Enfin, les collaborations interprofessionnelles en 1^e ligne sont intimement liées aux collaborations interorganisationnelles, que ce soit entre institutions de 1^e ligne, ou entre 1^e et 2^e ligne. Le principal obstacle à franchir est ainsi lié aux allégeances institutionnelles qui marquent encore fortement les pratiques des intervenants (16, 17, 29). Surpasser ces allégeances et développer une vision commune en vue de remplir une mission liée à la discipline plutôt qu'à l'institution requiert de la part des institutions une volonté formelle de participer à construire des collaborations. De ce fait, celles-ci impliquent non seulement les intervenants, mais aussi les gestionnaires (2, 17, 27, 28).

1.3 Les nouvelles technologies d'information et de communication (NTIC) : principaux constats

Parmi les 30 projets, quatre s'intéressent aux NTIC (17, 19, 20, 27), dont deux projets d'évaluation (19, 20) portant plus spécifiquement sur les effets attendus de la technologie, et deux projets de recherche/action (17, 27) ayant trait à l'utilisation des technologies pour appuyer la formation de réseaux et leur intégration. Ces quatre projets portent aussi sur l'innovation et l'appropriation des technologies et se rejoignent dans leurs conclusions. Quatre grands constats se dégagent des études sur le déploiement des NTIC en 1^e ligne.

1. Les NTIC sont un des outils les plus susceptibles d'aider le système de santé à se transformer en accord avec les objectifs visés par les réformes en cours, soit mettre en place un système de soins centré sur la 1^e ligne. On souligne par ailleurs que la circulation de l'information est plus structurée dans le champ médical que dans le champ psychosocial, ou qu'entre les champs médical et psychosocial. En permettant aux acteurs de la 1^e ligne d'être mieux informés sur leurs patients, du même coup, les NTIC leur donnent la possibilité de gérer la complémentarité de l'ensemble des services requis et de se substituer avec efficacité et efficience à la 2^e ligne pour la prise en charge de cas complexes (19).
2. Les NTIC, pour soutenir des pratiques qui améliorent la continuité et la globalité des services, ne peuvent s'implanter que si elles ont été conçues à la lumière, d'une part, des spécificités et des manières de faire des disciplines concernées et, d'autre part, des systèmes existants de gestion de l'information, en particulier lorsque ces systèmes relient plusieurs organisations (19). Plus que les structures, ce sont les processus qui

doivent être définis. La clé d'un déploiement utile et réussi des nouvelles technologies repose sur les interrelations des acteurs. De plus, des négociations interprofessionnelles sont indispensables pour implanter la technologie avec succès (17, 19, 20, 27).

3. Les NTIC s'inscrivent dans le changement de paradigme qui vise à une meilleure intégration des services. Il faut souligner que, sans engagement des institutions à soutenir la logique clientèle plutôt que la logique institutionnelle, on ne réussira pas à les implanter, et que tous les niveaux décisionnels sont concernés. De plus, comme des firmes privées participent au développement des NTIC, ce partenariat public/privé doit être suivi de près (17, 27).
4. Dernier constat, et non des moindres, les NTIC devant être développées non seulement en accord avec leurs futurs utilisateurs mais aussi avec les différents paliers de décision, elles exigent de la réflexion et des remises en cause des façons de faire : de ce fait, elles sont porteuses de créativité et d'innovation dans les pratiques. Les NTIC jouent donc un rôle actif dans les dynamiques d'intégration ayant cours entre les professionnels et les organisations (17, 19, 27).

2. Les effets et les facteurs qui y sont associés

Nous passons en revue ici les résultats des études sur les indicateurs d'effets, soit l'accessibilité, la continuité, la globalité, la réactivité, le recours à d'autres services et la santé. D'abord, lorsque les données existent, on examine la situation actuelle ainsi que ses conséquences, notamment sur le recours à l'urgence. Ensuite, ces indicateurs sont présentés à la lumière de leurs caractéristiques organisationnelles dont nous venons de discuter ainsi qu'avec d'autres facteurs relevés dans les études.

2.1 L'accessibilité

2.1.1 Quelle est la situation révélée par les études au regard de l'accessibilité au Québec et quelles en sont les conséquences, notamment sur le recours à l'urgence ?

De façon générale, on remarque un manque d'accessibilité des services de 1^e ligne (1, 2, 3, 4, 5, 6, 10). Dans la plupart des études, l'accessibilité est exprimée en termes de temps d'attente pour voir un médecin. La situation semble s'être détériorée à Montréal depuis 1998 à l'égard de l'accessibilité perçue, telle qu'exprimée par le temps d'attente pour voir un médecin omnipraticien, alors qu'on note une amélioration du côté des prélèvements sanguins, qui se font maintenant en CLSC (6).

Par contre, ce manque d'accessibilité du médecin de famille à Montréal ne semble pas avoir eu de conséquence négative sur l'obtention des services médicaux, les taux d'utilisation des services médicaux ayant augmenté entre 1998 et 2003, ni sur les besoins non comblés (6). De façon paradoxale, dans l'ensemble du Québec, une trop grande accessibilité pourrait nuire à la continuité et vice versa (10). La combinaison optimale semble être la clinique médicale qui offre de façon équilibrée des services médicaux sur et sans rendez-vous (10).

On relève deux facteurs qui expliqueraient le recours à l'urgence, soit le manque de disponibilité du médecin de famille ou le temps d'attente trop long pour y avoir accès (1, 4, 5, 10). Tant dans la clientèle adulte que pédiatrique, on considère que de consulter le médecin de famille constitue le premier choix, mais des difficultés d'accès au médecin de famille (1) ou des temps d'attente trop longs (4, 5) entraînent une décision de recourir aux urgences. On note aussi un surcroît de visites à l'urgence chez les personnes ayant des besoins d'aide à domicile non comblés (7).

2.1.2 Comment expliquer ce manque d'accessibilité et comment y remédier ?

Des facteurs organisationnels sont associés à une accessibilité plus grande, notamment la collaboration interprofessionnelle en périnatalité (16) ainsi que l'intégration des services pour la population générale (28) et pour les personnes âgées (22, 29) qui facilite aussi l'accès aux services spécialisés grâce au guichet unique (29). Enfin, il faut noter que deux tiers des cliniques médicales au Québec offrent un service sans rendez-vous, ce qui crée de prime abord une condition favorable à l'accessibilité (3).

L'accessibilité aux services de 1^e ligne (2) est plus difficile chez les populations immigrantes dû notamment à des facteurs linguistiques et à la méconnaissance des services disponibles. De plus, l'accessibilité, bien que déficiente dans tout le Québec, prend des formes différentes dans les régions rurale et urbaine ; la proportion de la population sans médecin de famille est plus élevée dans les régions urbaines (10).

Par ailleurs, l'utilisation des urgences est presque deux fois plus élevée en région rurale qu'en région urbaine (10). En région rurale, l'organisation de la pratique médicale repose davantage sur la polyvalence et sur l'affiliation multiple des médecins dans les établissements du réseau de la santé alors que, en région urbaine, la pratique médicale de 1^e ligne est moins bien intégrée au réseau des établissements (9, 10). Les cas qui se présentent à l'urgence sont également plus lourds en région urbaine qu'en région rurale (11).

Une étude est particulièrement révélatrice à cet égard (14). En effet, les médecins de 1^e ligne en région rurale affichent une pratique plus diversifiée, mais caractérisée par un fort volume d'activités cliniques alors que, en région urbaine, la concentration des pratiques est plus grande, soit à l'urgence, soit au cabinet, mais les volumes d'activités variables (14).

2.2 La continuité

2.2.1 Que révèlent les études sur la situation actuelle au Québec au regard de la continuité et quelles en sont les conséquences, notamment sur le recours à l'urgence ?

Parmi les utilisateurs de services de 1^e ligne au Québec, 16 % n'ont pas de médecin de famille et la situation est pire en région urbaine (20 % à Montréal) (10). À Montréal, une personne sur trois n'avait pas de médecin de famille en 2003 (6). Malgré tout, la confiance envers les cliniques médicales, et plus particulièrement

envers les CLSC, s'y est accrue entre 1998 et 2003 (6). Par ailleurs, le degré de fidélité des patients à l'égard des cliniques est faible et leur clientèle est dispersée (3). La clinique sans rendez-vous constitue la source habituelle de soins pour 60 % des utilisateurs de services (10).

On constate aussi que, pour certaines clientèles présentant des troubles mixtes de santé mentale et de toxicomanie, il n'existe pas de lien formel entre les entités fournissant des services pour ces deux problèmes. Aucune ressource n'exerçant de responsabilité à l'égard de ces clientèles, il en découle des déficiences graves sur le plan de la continuité et de la cohérence dans la fourniture des services (8).

L'absence d'une source régulière de soins, condition préalable à la continuité, explique le recours aux urgences, surtout dans les cas non urgents (4, 5), même si la préférence des individus demeure le recours au médecin habituel (5). Le recours à l'urgence est un moyen d'assurer la continuité entre les niveaux de soins et l'accessibilité secondaire aux spécialistes (5). Les individus sans médecin habituel, en plus d'avoir une moins bonne accessibilité aux services, ont également une moins bonne continuité des services et ont davantage recours à l'urgence (10). Une étude, par contre, n'a pas démontré de lien entre la continuité relationnelle et le retour à l'urgence pour les personnes âgées de plus de 65 ans (11). Il convient de noter que, selon cette étude, en 2001, 90 % des patients de plus de 65 ans qui ont fréquenté l'urgence avaient un médecin de famille (11).

Les difficultés d'accès aux services de 1^e ligne n'expliquent pas entièrement la décision de recourir à l'urgence. La façon dont la responsabilité de prise en charge des patients en 1^e ligne est assumée semble aussi jouer un rôle. Une proportion importante des patients, tant non urgents que semi-urgents ou urgents, a en effet tenté une démarche (1, 4), et a même consulté un médecin en 1^e ligne, avant de se présenter à l'urgence (4, 5).

2.2.2 Comment expliquer ce manque de continuité et comment y remédier ?

En plus des problèmes d'accès signalés ci-dessus, les immigrants ont de la difficulté à s'orienter dans le réseau, surtout à cause des barrières communicationnelles, et subissent ainsi des problèmes de continuité (2).

Par ailleurs, les cliniques qui affichent la meilleure continuité sont celles offrant des consultations avec et sans rendez-vous, ayant moins de 10 médecins et ayant des liens avec d'autres établissements dans le réseau (10).

Le degré d'intégration des médecins dans leur organisation les rend plus sensibles aux pratiques de leurs collègues, ce qui a pour effet d'homogénéiser les pratiques (9). De plus, certains médecins trouvent dans la stratégie des multiples affiliations (par ex. clinique/hôpital/CLSC) une façon de répondre aux besoins multiples de leurs clientèles et, ainsi, d'assurer une meilleure continuité, particulièrement dans les régions rurales (9).

Certains mécanismes implantés à l'urgence augmentent la continuité post-urgence (19), en particulier pour les personnes âgées (12) et les clientèles psychiatriques lourdes (13). Pour ces dernières, la continuité ne peut pas être appréhendée indépendamment de la globalité (13). De tels mécanismes, s'ils améliorent la continuité, ne semblent toutefois pas réduire le retour à l'urgence (19), si les liens avec le médecin de famille ne sont pas établis au préalable (12).

Le degré de continuité réalisé est aussi lié à des caractéristiques organisationnelles. La collaboration interprofessionnelle augmente la continuité dans la fourniture des services périnataux au point où un excès, s'exprimant par le dédoublement, se révèle dans la région qui réalise le plus de collaboration entre le CLSC et l'hôpital (16). Dans tous les cas, l'intégration des médecins demeure problématique (16).

Des systèmes d'information qui facilitent la communication entre les intervenants de la 1^e ligne et les différents niveaux de soins semblent offrir un potentiel intéressant pour augmenter la continuité des services (19, 20), surtout pour les problèmes complexes et chroniques, mais leur évaluation demeure incomplète et non concluante.

L'intégration des services, telle qu'on la retrouve dans les projets de réseaux intégrés, favorise la continuité au niveau de la 1^e ligne et entre celle-ci et les soins spécialisés (27, 28, 29). L'organisation en réseau des services de santé dans la communauté semble présenter des avenues intéressantes pour les clientèles vulnérables, comme les personnes souffrant de problèmes chroniques (27), les personnes âgées en perte d'autonomie (22, 29) et les personnes souffrant de troubles mentaux graves (13). C'est surtout en améliorant la continuité que, croit-on, ces expériences ont évité des visites à l'urgence (27), ont diminué la durée de séjour à l'urgence (22) et ont facilité le retour à domicile (22, 29). Des interventions de coordination à portée plus limitée, émanant de l'urgence, ont des résultats plus mitigés ou non concordants (12, 18, 19) particulièrement si, comme expliqué plus haut, les liens avec le médecin dans la communauté ne sont pas préalablement établis (12).

2.3 La globalité

Pour la globalité, les études ne fournissent aucun résultat permettant d'apprécier la situation actuelle. On reconnaît que la globalité est étroitement liée à la continuité, surtout en matière de prévention (10). Les problèmes de la globalité sont liés à la fragmentation des services, en particulier dans le cas de problèmes complexes, comme les troubles mentaux et la toxicomanie, où demeurent des pratiques en silo et où l'on remarque l'absence de personnes imputables (8). Dans la majorité des études, il est souvent difficile de distinguer la globalité de la continuité, à cause des mesures imprécises utilisées.

Des études révèlent que certaines caractéristiques organisationnelles sont associées à la globalité des services. Il apparaît clair que les ressources institutionnelles seules ne suffisent pas à répondre à l'éventail des besoins qui caractérisent particulièrement les clientèles présentant des problèmes complexes, comme les individus atteints de troubles mentaux

graves (8) en état de crise (13). La stratégie d'affiliations multiples, adoptée par certains médecins, est un moyen d'assurer un éventail plus complet de services aux patients (9). Les GMF, par l'ajout d'infirmières provenant de CLSC — compte tenu de leur expérience professionnelle — devraient permettre de mieux prendre en compte les dimensions psychosociales des besoins des patients (21). Enfin, l'expérience des réseaux intégrés (21) semble démontrer une capacité plus grande à favoriser la globalité, en permettant notamment le recours à un éventail plus large de services (28, 29). Les changements dans les pratiques professionnelles résultant de l'intégration des services sont porteurs d'une amélioration en terme d'offre globale de services (13, 24, 26). Des interventions ponctuelles impliquant un nombre limité d'organisations (par ex. gestion de crise) ne semblent toutefois pas suffire pour répondre à l'éventail des besoins (13).

2.4 La réactivité des services à l'égard des patients et/ou des professionnels

Les études ne rapportent pas de résultats permettant de juger de la situation actuelle en matière de réactivité. Par contre, certains résultats démontrent le lien avec des caractéristiques organisationnelles. La réactivité à l'égard des patients semble favorisée par la collaboration interprofessionnelle en périnatalité, comme en témoigne l'appréciation des mères quant aux services rendus (16). Il en est de même des télésoins d'après l'appréciation par les usagers des soins et services reçus (27). De la même façon, des mécanismes de coordination, qui visent à augmenter la continuité entre le congé de l'urgence et le retour au médecin de famille, se traduisent aussi par une plus grande satisfaction chez les patients (18).

De façon générale, l'établissement des réseaux intégrés procure plus de satisfaction à l'égard des services reçus, notamment chez les aidants naturels qui voient leur fardeau allégé grâce au soutien apporté par le réseau (22, 29, 30). Les études montrent aussi l'impact de l'intégration sur la satisfaction des clientèles (13, 16, 18, 22, 24, 26, 27, 29) et des professionnels (27, 29).

Par ailleurs, tant les patients que les professionnels se disent satisfaits des services organisés pour soutenir les collaborations entre professions (21, 29). La satisfaction des professionnels qui bénéficient des systèmes d'information reliant les établissements et les niveaux de soins entre eux est grande (19, 27). L'information transmise grâce aux NTIC leur permet non seulement d'exercer encore mieux leurs fonctions (19, 20), mais aussi d'apprécier le travail de collaboration découlant d'une plus grande interdisciplinarité (20). De plus, les usagers ne considèrent pas la technologie comme un obstacle au développement d'une bonne relation avec leur intervenant (20).

2.5 D'autres effets ?

Qu'en est-il des autres effets sur l'utilisation et la santé ? On rapporte divers types de retombées sur l'utilisation des ressources institutionnelles et dans la communauté en fonction des caractéristiques organisationnelles. La mise en réseau intégré contribue à réduire le séjour à l'urgence et à augmenter les congés vers le domicile (22). Elle favorise en outre une réduction des durées d'hospitalisation chez les personnes âgées ayant une condition clinique grave et à risque de décès élevé ou extrême (29) ainsi qu'une baisse

de l'hébergement (30). En contrepartie, on observe une hausse de l'utilisation des services à domicile psychosociaux et paramédicaux (22). Les coûts totaux restent inchangés, puisque les coûts en institution se déplacent vers les services dans la communauté (22). La mise en réseau favorise aussi une plus grande prise en charge en ambulatoire qu'en institution (22, 27, 28, 29, 30). Enfin, le recours aux aidants (29) de même que leur fardeau (30) s'en trouvent réduits. Cependant, selon une étude d'un réseau pour personnes âgées où l'intervention de nature sociale prédomine, on observe peu d'effets sur l'utilisation des services de santé ; par contre, l'utilisation des services psychosociaux à domicile est en hausse et l'hébergement en baisse (30). Enfin, en périnatalité, on signale des dédoublements de services en postnatal lorsque la collaboration entre l'hôpital et le CLSC est plus grande (16).

Les informations concernant l'impact de la mise en réseau sur la santé des populations ou des clientèles visées sont limitées. La proportion de personnes âgées en perte d'autonomie a diminué sans que l'on observe une détérioration de leur condition médicale (30). Des réseaux de services destinés aux personnes avec troubles mentaux graves semblent favoriser chez celles-ci un meilleur degré de bien-être, une qualité de vie supérieure et une augmentation de la satisfaction des besoins (13).

Enfin, du côté des effets des caractéristiques organisationnelles sur la santé, les études n'ont pu démontrer qu'une meilleure intégration procurait une meilleure santé de la mère et du bébé (16) ou des personnes âgées (30).

2.6 Les principaux constats

En résumé, sept principaux constats se dégagent quant à l'accessibilité, la continuité et la globalité et de leurs facteurs associés.

1. Il existe des problèmes importants sur le plan de l'accessibilité et de la continuité des services de santé de 1^e ligne au Québec.
2. Une proportion élevée de la population n'a pas de médecin de famille (et ce pourcentage est plus élevé à Montréal, plus de 30 %) ; avoir un médecin de famille est considéré comme une condition préalable à la continuité dans la prestation des services.
3. L'accessibilité, la continuité et la globalité des services sont des phénomènes interreliés et interdépendants. La poursuite d'un seul de ces objectifs peut se faire au détriment des autres. De là l'importance de trouver des solutions d'ensemble plutôt qu'uniques. La continuité ressort cependant comme le facteur central dans l'expérience de soins, car elle détermine en grande partie l'accessibilité et la globalité et, par voie de conséquence, le recours à l'urgence.
4. Le recours à l'urgence s'explique à la fois par un manque d'accessibilité et un manque de continuité des services de 1^e ligne, surtout dans les régions urbaines, où les cas se présentant à l'urgence sont plus lourds.

5. L'intégration des services, telle que réalisée dans les réseaux intégrés de services, semble offrir un potentiel supérieur pour améliorer la continuité, la globalité et l'accessibilité que des mesures ponctuelles, internes aux organisations et sans lien avec la communauté.
6. En général, les études qui examinent les résultats des expériences d'intégration des services, de collaboration interprofessionnelle et d'introduction des technologies d'information et de communication évaluent davantage la continuité que l'accessibilité. Ceci semble souligner, implicitement du moins, l'importance de la continuité comme objectif à atteindre dans les transformations. Les mêmes études ont souvent porté sur les trois facteurs à la fois, soit l'accessibilité, la globalité et la continuité ; il se peut que les mesures de ces concepts manquent de précision dans les études, ou encore que la continuité soit reconnue comme condition préalable pour atteindre les deux autres, ce qui explique la difficulté de les différencier.
7. L'intégration des services procure une grande satisfaction aux professionnels dont la collaboration est nettement facilitée par les technologies d'information qui semblent, par ailleurs, bien acceptées par les patients.
8. La difficulté de déceler des effets clairs et spécifiques sur la santé de la population ou des usagers en rapport avec l'implantation des réseaux intégrés, de la collaboration interprofessionnelle et des technologies de l'information tient à trois raisons : 1) plusieurs de ces études portent davantage sur la mise en place des interventions et méthodes utilisées, bien qu'elles soient robustes pour analyser le processus d'implantation, le sont moins pour apprécier les effets (par ex. absence de mesures répétées avant/après et de groupe témoin) ; 2) les indicateurs choisis pour mesurer les effets manquent souvent de précision et ne proviennent pas toujours d'instruments validés ; et 3) la période étudiée après l'implantation est souvent trop courte pour déceler des effets mesurables sur la continuité, l'accessibilité, la globalité, la réactivité et la santé.

3. Ce qui ressort des discussions

Lors de la journée d'échange du 17 juin 2004, les points soulevés durant les périodes de discussion avec les décideurs invités sont venus clarifier, parfois confirmer ou renforcer, les points abordés dans les présentations faites par les chercheurs (l'information détaillée relative au déroulement de cette journée figure dans notre rapport détaillé).

Voici les principaux points à retenir de ces discussions.

- 1) **L'équilibre entre l'accessibilité et la continuité.** Plusieurs participants ont rappelé, à l'appui des résultats présentés, que les problèmes d'accessibilité, bien que très médiatisés, s'expliquent probablement davantage par un ensemble de facteurs, dont le manque de continuité. En conséquence, les solutions qui visent à régler uniquement les problèmes de l'accessibilité sont vouées à l'échec.

- 2) **L'intégration des médecins.** Les participants ont insisté sur l'importance de considérer le médecin comme un acteur important pour le succès des transformations. Certains facteurs institutionnels sont signalés comme de possibles obstacles à l'intégration des médecins, notamment le manque de lien organisationnel fort et le mode de rémunération. Plusieurs ont déclaré que l'intégration des médecins n'avait pas fait l'objet d'attention suffisante, autant dans les projets portant sur l'intégration des services que dans les transformations en cours. Ceci fait l'objet d'une préoccupation majeure, d'autant plus que la création des réseaux locaux ne garantit pas leur intégration formelle.
- 3) **Une première ligne non adaptée aux problèmes complexes.** L'évolution démographique et épidémiologique caractérisée par le vieillissement des populations et l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques fait en sorte que la 1^e ligne, qui s'est développée pour traiter des épisodes courts de maladies aiguës, est moins adaptée à la prise en charge de problèmes complexes qui nécessitent, en outre, la collaboration de plusieurs professionnels, rattachés parfois à des organisations différentes. Cette question en a également soulevé une autre, celle du modèle d'organisation de la 1^e ligne à privilégier.
- 4) **Le modèle d'organisation de la première ligne.** Plusieurs participants se sont posés la question suivante : quel modèle clinique peut répondre le mieux aux besoins de la population ? On s'est demandé s'il fallait investir davantage dans les services spécialisés, plus productifs et plus efficaces, que dans une 1^e ligne qui ne suffit pas à la tâche. En d'autres termes, on opposait le modèle hospitalocentrique, basé sur les soins spécialisés et privilégiant la gestion de la maladie (« disease management ») au modèle communautaire érigé autour de la 1^e ligne et inspiré de la gestion par cas (« case management »). Est-ce que le modèle hospitalocentrique serait mieux adapté au milieu urbain, riche en soins spécialisés mais défavorisé au chapitre de la 1^e ligne, et le modèle communautaire au milieu rural ?

Dans la mesure où ces deux types de réseaux, par maladie ou par population, sont appelés à coexister, la question fondamentale est plutôt de savoir comment ils vont coexister et surtout, s'articuler entre eux pour faciliter le cheminement des patients.

- 5) **Les différences urbaines/rurales.** La discussion est venue confirmer et renforcer les points soulevés dans les présentations, soit que les affiliations multiples des médecins en région rurale et leur présence à l'hôpital assurent une continuité absente en milieu urbain où les médecins de 1^e ligne ont tendance à concentrer leur pratique (en cabinet privé, en clinique sans rendez-vous, à l'urgence). Ils ne contribuent pas à une intégration verticale des services comme en milieu rural. La pratique médicale de 1^e ligne dans les régions rurales est centrée sur les trajectoires de soins, facilitant la prise en charge de cas lourds, alors que, en milieu urbain, la pratique médicale se centre sur la demande ponctuelle de soins.

V. Projets du collectif de recherche

Les chercheurs, et le titre des 30 projets retenus, sont énumérés ci-après. Les numéros de gauche servent à retracer le projet quand il est mentionné dans le rapport. Le résumé de chacun des projets figure dans notre rapport détaillé - voir le cédérom de ce rapport ainsi que les sites Internet de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (www.chsrf.ca/final_research/index_f.php), du Groupe de recherche sur l'équité d'accès et l'organisation des services de santé de 1^e ligne (www.greas.ca) et du Groupe interuniversitaire de recherche sur les urgences (www.giru.ca).

- 1 **J. Afilalo¹, A. Marinovich, M. Afilalo, A. Colacone, R. Léger, B. Unger**
Caractéristiques des patients non urgents se présentant à l'urgence et barrières aux soins de première ligne
- 2 **A. Battaglini², P. Tousignant, L.-R. Poirier, M. Désy et H. Camirand**
Adéquation des services sociaux et de santé de première ligne aux besoins des populations immigrantes : Impacts de la pluriethnicité sur l'organisation et la prestation des services
- 3 **M. Demers³**
Les services médicaux de 1^{re} ligne au Québec en l'an 2000 - Organisation, utilisation et évolution de l'omnipratique
- 4 **N. Leduc⁴, J. Ricard, L. Farand, D. Roberge, A. A. Gbaya**
Le centre de services ambulatoires en tant qu'alternative au recours à l'urgence hospitalière
- 5 **N. Leduc⁴, F. Champagne, S. Bergeron, M. Lafrance, G. Ste-Marie**
Étude du recours à l'urgence pédiatrique en tant que substitut aux services de 1^{re} ligne
- 6 **L.-R. Poirier⁵, R. Pineault, D. Ouellet, J. Gratton**
La reconfiguration du réseau de services de santé à Montréal - Les impacts à long terme
- 7 **C. Wolfson⁶, L. Lévesque, H. Bergman, F. Béland, L. Trahan, A. Perrault**
Étude longitudinale sur les besoins non comblés d'aide et de services communautaires chez les personnes âgées de 75 ans et plus
- 8 **M. Clément⁷, D. Aubé, C. Beaucage, M. Tremblay**
La continuité des soins auprès des personnes présentant un trouble mixte de maladie mentale et de toxicomanie : Responsabilité des usagers et perspective organisationnelle

¹Département d'urgence, Hôpital général Juif - Sir Mortimer B. Davis, Université McGill

²Direction de santé publique de Montréal

³Ministère de la santé et des services sociaux

⁴Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS), Université de Montréal

⁵Institut national de la santé publique du Québec

⁶Département d'épidémiologie et de biostatistiques, Université McGill

⁷CLSC-CHSLD Haute-Ville-Des-Rivières

- 9 R. Geneau³, R. Pineault, P. Lamarche, P. Lehoux**
Le processus de structuration de la pratique de première ligne des médecins généralistes : une étude qualitative sur le caractère contraignant et habilitant des modes d'organisation
- 10 J. Haggerty⁸, R. Pineault, M.-D. Beaulieu, Y. Brunelle, F. Goulet, J. Rodrigue, J. Gauthier (Projet principal) - J. Haggerty, D. Roberge, R. Pineault, D. Larouche, N. Touati (pour le projet Urgences)**
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
- 11 R. Ionescu-Iltu⁹, J. McCusker, N. Dendukuri**
Continuité des soins de première ligne et visites de retour à l'urgence : étude basée sur les données administratives
- 12 J. McCusker⁹, J. Verdon, P. Tousignant, L. Poulin de Courval, N. Dendukuri, P. Jacobs, E. Latimer**
Intervention rapide en deux étapes, à l'urgence, pour les patients âgés : impact sur la continuité des soins
- 13 L.R. Poirier⁵, M. Caulet, L. Fournier, C. Mercier, A. Lesage, D. White**
Impact de l'intégration des services sur le maintien dans la communauté des personnes avec troubles mentaux graves en situation de crise
- 14 A.-P. Contandriopoulos¹⁰, M.-A. Fournier, C. Dassa, R. Latour, F. Champagne, H. Bilodeau, N. Leduc**
Profils de pratique des médecins généralistes du Québec
- 15 M.-D. Beaulieu⁸, J.-L. Denis, D. D'Amour, J. Goudreault, L. Lamothe, G. Jobin, J. Haggerty, É. Hudon, R. Geneau, R. Pineault, R. Lebeau**
L'implantation des Groupes de médecine de famille : le défi de la réorganisation de la pratique et de la collaboration interprofessionnelle
- 16 D. D'Amour¹¹, L. Goulet, R. Pineault, J.-F. Labadie**
Les effets de la collaboration interorganisationnelle sur les services, la santé et la réactivité en périnatalité
- 17 J.-P. Fortin¹², L. Lamothe**
Dossier réseau informatisé en oncologie au Québec (DRI-O-Q)

⁸Département de médecine familiale, Université de Montréal

⁹Département d'épidémiologie clinique, Hôpital St-Mary, Université McGill

¹⁰Département d'administration de la santé, Université de Montréal

¹¹Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

¹²Unité de recherche en santé publique du CHUQ

- 18 A. Guttman¹, M. Afilalo, R. Guttman, A. Colacone, C. Robitaille, E. Lang, S. Rosenthal**
Une infirmière coordonnatrice des congés à l'urgence pour les patients âgés : Cela fait-il une différence ?
- 19 E. Lang¹, M. Afilalo, J.-F. Boivin, R Léger, A. Colacone, X. Xue, A. Vandal, S. Rosenthal, B. Unger**
Système de communication standardisé (SCS) utilisant internet et reliant l'urgence aux médecins de première ligne (MPL) : Étude clinique randomisée mesurant la continuité des soins
- 20 A. Tourigny⁵, L. Bonin, D. Morin, M. Buteau, L. Mathieu, L. Robichaud, A. Vézina, P.-J. Durand, R. Hébert**
Système d'information géronto-gériatrique interdisciplinaire et interétablissements : utilité perçue et utilisation en temps réel
- 21 L. Trahan³, M. Demers, R. Geneau, H. Guay, M. Bowen, J. Tremblay**
Évaluation des Groupes de médecine de famille
- 22 F. Béland¹⁰, H. Bergman, P. Lebel, A.-P. Contandriopoulos, J.-L. Denis, P. Tousignant, J. Monette, F. Ducharme**
SIPA Un Système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie : Évaluation de la phase I, juin 1999 à mai 2000
- 23 J.-L. Denis¹⁰, A.-P. Contandriopoulos, C. Sicotte, N. Touati, C. Rodriguez, H. Nguyen**
Évaluation du Projet Capitation "Haut Saint-Laurent": un réseau de soins et de services intégrés
- 24 M.-J. Fleury¹³, A. Lesage, C. Mercier, M. Perreault, D. Aubé, L.-R. Poirier**
Réseaux intégrés de services et réponse aux besoins des personnes avec des troubles graves de santé mentale
- 25 M.-J. Fleury¹³, C. Mercier, J. Caron**
L'intégration des services en santé mentale. Comparaison de la propension de différentes stratégies à intégrer les services en réseaux de santé mentale
- 26 M.-J. Fleury¹³, L. Cazale, M. Perreault**
Protocole d'évaluation du projet de démonstration de mise en réseau des services en santé mentale sur le territoire du CLSC Longueuil-Ouest
- 27 J.-P. Fortin¹², L. Lamothe**
CLSC du futur : Soutien à domicile et télésoins
- 28 P.-A. Lamarche¹⁰, L. Lamothe, C. Bégin**
Effets des modes d'intégration des services en émergence dans la région socio-sanitaire des Laurentides, Québec

¹³Centre de recherche de l'Hôpital Douglas, Université McGill

29 P.-A. Lamarche¹⁰, L. Lamothe, M. St-Pierre

Projet d'Action Concertée sur le Territoire (PACTE). Une gestion locale des services du réseau de la santé et des services sociaux en réponse aux besoins des personnes âgées

30 A. Tourigny⁵, P.-J. Durand, A. Tourigny, L. Bonin, R. Hébert, M. Paradis

Évaluation de l'efficacité d'un réseau de services intégrés pour les personnes âgées vulnérables en territoire semi-urbain

Références bibliographiques

1. Santé Canada (2002). *Guidé par nos valeurs - L'avenir des soins de santé du Canada - Rapport final*. Commission sur l'avenir des soins de santé du Canada (Romanow), 283 p.
2. Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie (2002). *La santé des Canadiens - Le rôle du gouvernement fédéral. Rapport final sur l'état du système de soins de santé au Canada. Volume six : Recommandations en vue d'une réforme* (Kirby). Ottawa, Ontario, 351 p.
3. Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (2000). *Les solutions émergentes - rapport et recommandations* (Clair). Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux, 410 p.
4. Premier's Advisory Council on Health for Alberta (2001). *A Framework for Reform, Report of the Premier's Advisory Council on Health* (Mazankowski). Alberta, Canada, 73 p.
5. Institut canadien d'information sur la santé (2003). *Les soins de santé au Canada*, 2003, 126 p.
6. Leatt, P. et al. (2000). «Toward a Canadian model of integrated healthcare». *Healthcare Papers*. 1 (2) : 13-35.
7. Rodriguez, C. (2003). « Scénarios d'intégration : le cas des CLSC urbains, une mission impossible ? » *Ruptures*, 9 (2) : 92-109.
8. Lamarche P. A., Beaulieu M. D. et al. (2003). *Sur la voie du changement : Pistes à suivre pour restructurer les services de santé de première ligne au Canada*. FCRSS, 36 p.
9. Haggerty J. L., Reid R. G. et al. (2003). «Continuity of care: a multidisciplinary review», *British Medical Journal*, 327: 1219-1221.
10. Starfield, B. H. (1998). *Primary Care : Balancing health needs, services and technology*. New York : Oxford University Press, 435 p.