

Entre adaptabilité et fragilité :
les conditions d'accès aux services de santé
des communautés rurales et éloignées

INSTITUT NATIONAL
DE SANTÉ PUBLIQUE
DU QUÉBEC

Québec 

Rapport de recherche

Entre adaptabilité et fragilité : les conditions d'accès aux services de santé des communautés rurales et éloignées

Direction des systèmes de soins
et politiques publiques

Octobre 2009



AUTEURS

Josée Gauthier, M. Sc.^{1,7}
Jeannie Haggerty, Ph. D.^{2,3}
Paul Lamarche, Ph. D.^{5,6}
Jean-Frédéric Lévesque, M.D., Ph. D.^{1,8}
Diane Morin, Inf., Ph. D.⁹
Raynald Pineault, M.D., Ph. D.^{1,4}
Hélène Sylvain, Inf., Ph. D.⁷

CHERCHEURS PRINCIPAUX

Josée Gauthier, M. Sc.^{1,7}
Jeannie Haggerty, Ph. D.^{2,3}

CO-CHERCHEURS

Marjolaine Hamel, M. Sc.^{1,4}, Paul Lamarche, Ph. D.^{5,6}, Lily Lessard, Inf., Ph. D. (candidate)⁷, Jean-Frédéric Lévesque, M.D., Ph. D.^{1,8}, Diane Morin, Inf., Ph. D.⁹, Michèle Perron, M. Sc.⁶, Raynald Pineault, M.D., Ph. D.^{1,4}, Danièle Roberge, Ph. D.^{2,3}, Hélène Sylvain, Inf., Ph. D.⁷

COMITÉ CONSULTATIF

Monique Bélanger¹⁰, Pierre Bergeron¹, Yvon Brunelle¹¹, Raynald Cloutier¹², Mireille Dumont-Lemasson¹³, Jean-Pierre Fournier¹⁴, Réal Lacombe¹⁵, Nathalie Lavoie¹⁶, Robert Maguire¹⁷, Claude Mercier¹⁸, Madeleine St-Gelais¹⁹

COLLABORATIONS

Les auteurs tiennent à souligner la qualité du travail et le professionnalisme des multiples collaborateurs ayant soutenu la réalisation des différentes études dont, Christine Beaulieu², Claire Binet²⁰, Michel Blondeau²¹, Fatima Bouharaoui², Suzanne Descent², Dany Dion¹⁷, Debbie Feldman⁴, Martine Fournier², Catherine Geoffrion¹⁷, Ian Haggerty², Guy Marcotte¹⁷ et Yves Roy⁴.

- | | | |
|---|--|---|
| ¹ Institut national de santé publique du Québec | ⁹ Université Laval | ¹⁶ Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes – Bas Saint-Laurent |
| ² Centre de recherche Hôpital Charles-LeMoine | ¹⁰ Unité santé des communautés, Santé Canada | ¹⁷ Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent |
| ³ Université de Sherbrooke | ¹¹ Direction des affaires médicales et universitaires - MSSS | ¹⁸ Agence de la santé et des services sociaux de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine |
| ⁴ Agence de la santé et des services sociaux de Montréal/Direction de santé publique | ¹² Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord | ¹⁹ Centre universitaire de santé McGill (CUSM) (Centre de santé de la Basse-Côte-Nord) |
| ⁵ Université de Montréal | ¹³ Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux (AQESSS) | ²⁰ Secrétariat rural canadien |
| ⁶ Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS) | ¹⁴ Solidarité rurale du Québec | ²¹ Service de développement de l'information (SDI) - MSSS |
| ⁷ Université du Québec à Rimouski (UQAR) | ¹⁵ Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue | |
| ⁸ Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) | | |

ORGANISMES SUBVENTIONNAIRES ET PARTENAIRES

Cette recherche a bénéficié de subventions de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé – Projet N° RC2-0985-05, du Fonds de la recherche en santé du Québec, du ministère de la Santé et des Services sociaux ainsi que de l'appui financier de l'Institut national de santé publique du Québec et de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent. Les auteurs tiennent également à souligner l'importante contribution des agences de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord et de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine.

MISE EN PAGES

Manon Dussault, technicienne en administration
Institut national de santé publique du Québec

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca> ainsi que sur le site de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé au : <http://chrsf.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspp.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

DÉPÔT LÉGAL – 4^e TRIMESTRE 2009
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA
ISBN : 978-2-550-57543-6 (VERSION IMPRIMÉE)
ISBN : 978-2-550-57544-3 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2009)

MESSAGES AUX DÉCIDEURS

Ce programme de recherche montre que la quantité et l'éventail des ressources disponibles à l'échelle des communautés du Québec ne sont pas directement liées aux variations observées dans les taux d'utilisation et de besoins non-comblés. Ce sont plutôt les modes d'organisation de première ligne et les façons d'utiliser les services qui déterminent l'accès aux services de santé et qui varient localement en fonction de la répartition géographique des ressources spécialisées.

L'accès aux services requis n'est pas plus favorable pour les résidents des grands centres vivant à proximité de toute la gamme des services que pour les communautés rurales disposant du minimum de ressources. L'accès aux services de première ligne apparaît même meilleur pour les utilisateurs des contextes ruraux. Ces constats tiennent à ce que la forte proximité sociale et professionnelle qui caractérise les petites communautés pousse les acteurs locaux à adapter leurs modes d'organisation et de pratique afin de pallier la rareté et l'éloignement.

Des sentiments d'interdépendance des professionnels et de responsabilité collective envers les patients favorisent la collaboration au sein des équipes locales et l'accommodement organisationnel pour répondre aux besoins des individus et des collectivités desservis.

La première ligne des services en milieu rural et éloigné répond à une gamme plus étendue de besoins parce que les liens de confiance entre les professionnels facilitent le chevauchement des champs disciplinaires et permettent un élargissement des pratiques individuelles.

Les personnes qui n'ont aucune affiliation à un médecin de famille et celles qui sont défavorisées socialement ou économiquement s'avèrent toutefois plus vulnérables aux problèmes d'accès dans les régions éloignées que dans les grands centres.

Les mouvements de personnel et les reconfigurations des organisations de santé posent d'autant plus de problèmes localement que le nombre de professionnels en place est restreint, que leurs rôles et responsabilités sont partagés et que leurs pratiques individuelles couvrent une large gamme de besoins.

Les modèles organisationnels conçus pour l'ensemble du Québec doivent invariablement être adaptés aux particularités des contextes ruraux et éloignés alors que les problèmes de recrutement et de rétention provoquent une instabilité dans l'accès à des services de qualité.

Plusieurs mesures actuellement mises en œuvre au Québec (guichet d'accès, intégration des infirmières praticiennes spécialisées de première ligne, formation à l'interdisciplinarité) pourraient renforcer les bases organisationnelles de la première ligne dans les contextes ruraux et éloignés. Trois pistes principales d'action sont proposées pour favoriser de telles retombées :

- Miser sur l'affiliation à une équipe de première ligne, plutôt qu'à un médecin de famille, afin de prévenir les fluctuations dans l'accès aux services occasionnées par le fort roulement du personnel;
- Sensibiliser les acteurs, notamment les médecins, et développer des outils de gestion clinique et interorganisationnelle pour permettre de formaliser les liens naturels de collaboration;
- Reconnaître l'importance d'adapter les modèles organisationnels aux conditions locales et soutenir les acteurs dans l'implantation de ces modèles.

RÉSUMÉ

Ce programme de recherche porte sur les problématiques d'organisation et d'accès liées à la distribution des services de santé à des communautés dispersées sur un vaste territoire. Il a été réalisé à la suite d'une étude dont les résultats ont été jugés paradoxaux parce qu'ils faisaient état d'une amélioration de l'accessibilité perçue par les utilisateurs avec l'éloignement des grands centres, où pourtant, toute la gamme de services s'avère disponible à proximité.

Une série de cinq études a permis d'amalgamer des approches qualitatives et quantitatives afin de : 1) mieux comprendre les phénomènes expliquant la performance enviable des milieux cliniques de première ligne situés dans les contextes ruraux et éloignés; 2) dresser un tableau plus cohérent des conditions d'accès de leurs résidents.

La juxtaposition de la perspective de clients, de dispensateurs, de gestionnaires, de décideurs et de chercheurs nous a permis de réaliser que le nombre restreint de points de service, la diversité réduite des ressources disponibles localement et l'importance des distances à parcourir pour accéder aux services plus spécialisés ne constituent pas que des contraintes à l'utilisation. Ces éléments contextuels alliés à la petite taille des milieux sociaux et professionnels qui caractérisent les contextes ruraux représentent aussi des moteurs pour adapter les modes d'organisation et de pratique.

Les clés de l'accès dans les contextes ruraux et éloignés : accommodation structurelle, professionnelle et personnelle

- L'éloignement par rapport à un cabinet de médecine générale ou un CLSC offrant des services médicaux touche de façon marginale la population rurale du Québec. Des services de proximité sont assurés à moins de 15 minutes de trajet routier de leur communauté pour la très vaste majorité de cette population (90 %).
- Ces milieux cliniques typiquement associés à la première ligne ne sont pas les seuls à assurer l'accès aux services courants aux communautés rurales et éloignées. Les ressources disponibles dans d'autres secteurs des CLSC (services à domicile) et dans les hôpitaux (services d'urgence, plateau technique, laboratoire) sont d'emblée mises à contribution lorsque ces installations sont situées à proximité.
- Une proportion importante de la population rurale et éloignée rapporte une affiliation avec une source régulière de soins, généralement un médecin de famille. Dans les zones isolées, l'affiliation est plutôt rapportée envers le milieu clinique local.
- La petite taille des communautés et du réseau de distribution simplifie considérablement les interfaces entre les utilisateurs et les services ainsi qu'entre les intervenants de tous niveaux. Une démarche d'utilisation adaptée aux contextes de rareté et d'éloignement et une bonne flexibilité organisationnelle favorisent l'ajustement aux besoins et contraintes individuels.
- L'éloignement des centres de services spécialisés coïncide avec l'élargissement des champs de pratique ce qui favorise la prise en charge d'une plus vaste étendue de besoins en première ligne et atténue la dépendance des communautés rurales à l'égard de ressources distantes.
- La forte proximité sociale et professionnelle qui prévaut entre les acteurs est associée à une vision globale des ressources collectives et à une perspective populationnelle des besoins de services. Les réseaux cliniques présentent des frontières organisationnelles perméables aux échanges et peuvent

être activés par des contacts interpersonnels directs. Un tel écosystème socio-organisationnel procure un filet de sécurité aux personnes en situation de besoin.

- Cette forme naturelle d'intégration des ressources locales semble s'élaborer au fur et à mesure qu'on s'éloigne des services spécialisés et culmine dans les contextes les plus isolés. Sa performance enviable à l'égard de l'accessibilité est alors indépendante de l'affiliation à un médecin de famille.

L'envers du décor : l'instabilité des conditions d'accès des communautés rurales et éloignées

- Dans l'état actuel de l'organisation et des pratiques professionnelles dans les régions éloignées, l'affiliation des personnes à un médecin de famille constitue une condition nécessaire pour obtenir une réponse opportune et satisfaisante aux besoins de services. Le mouvement perpétuel des effectifs médicaux fait en sorte que l'accès individuel varie abruptement au gré des arrivées et des départs.
- On dénote des sous-groupes plus sensibles aux fluctuations des effectifs médicaux et aux barrières géographiques :
 - Les personnes défavorisées sur le plan économique ou dépendantes pour leurs déplacements s'avèrent moins susceptibles d'accéder en temps opportun aux services requis.
 - Les personnes dépourvues d'un bon réseau social ou n'ayant pas de contacts privilégiés avec le système de soins trouvent plus difficilement un médecin de famille.
- Le recours aux mécanismes de dépannage permet de compenser d'importantes fluctuations de l'accès aux services courants des communautés rurales et éloignées. Il s'agit toutefois d'une stratégie fort onéreuse qui n'agit que ponctuellement et qui ne fait que contourner les problèmes vécus au sein des équipes en place.
- L'urgence est la seule solution de rechange des personnes n'ayant pas de médecin régulier, ce qui induit des comportements d'utilisation aberrants qui peuvent s'avérer coûteux tant pour la santé que pour le système de soins. Pour les personnes en situation de besoin, l'urgence apparaît moins favorable pour l'accès aux services requis que les cliniques sans rendez-vous (*walk in*) des milieux urbains.
- Le caractère sporadique de la présence médicale en première ligne dans les contextes ruraux, éloignés et isolés suppose le chevauchement des champs de pratique et l'ajustement conséquent des rôles au sein des équipes professionnelles. Certains éléments structurants du système de soins et services (lois, règlements, modes de rémunération, culture, etc.) tendent toutefois à maintenir les médecins au centre des décisions cliniques. L'enchevêtrement des responsabilités professionnelles qui en résulte défavorise l'accès en première ligne et peut nuire à la qualité des services.
- Le roulement du personnel permet difficilement à la collaboration interprofessionnelle de dépasser le stade de la construction parce qu'elle se développe essentiellement grâce aux interactions naturelles entre les acteurs locaux, et que ces derniers négligent les facteurs organisationnels pour consolider la première ligne. Les médecins détiennent une clé importante à cet égard puisqu'ils sont plutôt réfractaires aux processus de formalisation des liens de collaboration interprofessionnelle.

Pour que la recherche sur les services de santé porte ses fruits

- Les zones rurales sont associées à des contextes de distribution de service foncièrement différents des milieux urbains. La façon de concevoir les problématiques de même que la recherche de solutions adaptées doivent dépasser la logique de la disponibilité géographique des ressources pour intégrer le caractère éminemment social des processus liés à l'organisation et à l'utilisation des services de santé.
- Les stratégies de recherche mises de l'avant doivent tenir compte des caractéristiques intrinsèques des contextes ruraux et éloignés (faiblesse des effectifs) et des variantes organisationnelles associées à ces contextes géographiques (modalités de rémunération distinctes, pratiques élargies) afin de répondre convenablement aux préoccupations des acteurs œuvrant aux divers paliers du système.
- La recherche collaborative s'avère indispensable, et particulièrement porteuse, dans les contextes ruraux. La proximité sociale facilite grandement l'interpénétration des savoirs et des compétences entre les chercheurs et les décideurs.

En somme, tous les acteurs responsables de la distribution des services aux communautés rurales et éloignées du Québec font preuve d'une grande capacité d'adaptation quand il s'agit de trouver des moyens de mieux servir leur collectivité. Cependant, l'instabilité inhérente à leur contexte organisationnel réduit considérablement la portée et la pérennité de leurs efforts.

La formalisation des liens de collaboration interprofessionnelle pourrait déjà atténuer les conséquences de cette instabilité, de même que la systématisation de l'affiliation à une source régulière de soins. Il y a tout lieu de croire que l'ensemble des acteurs saurait se rallier autour de stratégies visant à colmater les brèches relevées à cet égard, même si elles impliquent des changements de pratique et de culture.

La recherche collaborative appliquée à ces contextes particuliers de distribution des services est de nature à soutenir utilement le développement et l'implantation de telles stratégies qui, à terme, pourraient produire des modes d'organisation qui favorisent l'accès, la qualité et l'efficacité, car mieux adaptés aux conditions locales.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX.....	IX
LISTES DES FIGURES.....	IX
1 CONTEXTE DE LA RECHERCHE.....	1
1.1 Processus de recherche collaborative.....	1
2 IMPLICATIONS OU RETOMBÉES SOUHAITÉES.....	3
2.1 Décideurs.....	3
2.2 Chercheurs.....	3
2.3 Acteurs locaux.....	4
3 APPROCHE UTILISÉE ET ÉTUDES RÉALISÉES	5
3.1 Étude des caractéristiques des communautés : distinguer le rural de l'urbain.....	5
3.1.1 Contextes urbains et ruraux.....	6
3.1.2 Constats généraux	8
3.2 Étude des services utilisés et des besoins non comblés : agrandir le portrait de l'accès.....	9
3.2.1 Constats généraux	10
3.3 Étude des qualités métrologiques des questionnaires : documenter les interfaces utilisateur-système.....	11
3.3.1 Constats généraux	12
3.4 Étude de l'organisation de la première ligne : identifier les « Top-modèles ».....	12
3.4.1 Constats généraux	13
3.5 Étude des liens de collaboration : pleins feux sur le jeu des acteurs.....	14
3.5.1 Constats généraux	15
4 SYNTHÈSE DES RÉSULTATS	17
4.1 Les clés de l'accès.....	17
4.1.1 Répartition favorable des installations associées à la première ligne	18
4.1.2 Disponibilité d'une source régulière de soins	19
4.1.3 Simplicité des interfaces	21
4.1.4 Pratiques plus étendues	22
4.1.5 Écosystèmes socio-organisationnels	24
4.2 L'envers du décor.....	25
4.2.1 Inégalités d'accès	25
4.2.2 Enchevêtrement des rôles et responsabilités professionnels	26
4.2.3 Instabilité coûteuse.....	27
RÉFÉRENCES ET BIBLIOGRAPHIE	29
ANNEXE A CARTOGRAPHIE DES CONTEXTES GÉOGRAPHIQUES ET DONNÉES RELATIVES À LA DISPONIBILITÉ DES SERVICES	33

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Quelques caractéristiques sociales et économiques associées aux contextes géographiques de résidence des communautés du Québec (Données de Statistique Canada, 2001)	8
-----------	--	---

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Répartition de la population (%) en fonction des contextes géographiques selon les 18 régions sociosanitaires (RSS) et les types de régions administratives.....	9
Figure 2	Proportion de la clientèle rapportant une expérience positive à l'égard de l'accessibilité de première ligne selon les contextes géographiques, rapports de cotes relatifs à <i>Grands centres</i> ($p < ,05$) – Données de l'étude initiale, 2002	17
Figure 3	Proportion de la population rapportant des besoins non comblés selon les contextes géographiques, rapports de cotes relatifs à <i>Grands centres</i> ($p < ,05$) – Données de l'ESCC, cycle 2.1 - 2003.....	18
Figure 4	Répartition de la population sans médecin de famille selon les raisons évoquées pour ne pas en avoir et les contextes géographiques de résidence – Données de l'ESCC, cycle 2.1 - 2003	20
Figure 5	Proportion de la population avec et sans médecin de famille qui rapporte des besoins non-comblés selon les contextes géographiques, rapports de cotes ($p < ,05$) – Données de l'ESCC, cycle 2.1 – 2003.	21
Figure 6	Répartition des cas d'asthme sévère selon les trajectoires de suivi observées et le type de région sociosanitaire de résidence – Données de facturation des actes médicaux, 2000-2001	23

1 CONTEXTE DE LA RECHERCHE

La problématique d'organisation des services de santé spécifique des contextes ruraux revient de façon récurrente dans les rapports émanant de divers comités parlementaires à l'échelle canadienne¹⁻³. On y reconnaît notamment que les acteurs responsables de desservir les zones rurales du territoire doivent relever un défi de taille pour réussir à préserver l'accès à la gamme de services, malgré la dispersion et l'éloignement des communautés. Au Québec, les travaux d'une Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (Commission Clair) ont fait écho à ces préoccupations⁴. En effet, un mémoire déposé par la Commission médicale régionale (CMR) du Bas-Saint-Laurent a dressé un portrait plutôt sombre de la capacité de la première ligne des régions plus éloignées à relever le défi de l'accès pour leurs communautés⁵.

Ce programme de recherche a été entrepris pour donner suite aux résultats obtenus à l'occasion d'une précédente étude réalisée en collaboration avec les agences régionales de santé de l'Est-du-Québec (Bas-Saint-Laurent, Côte-Nord, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine) et celles de Montréal et de la Montérégie. Contre toute attente, nous avons observé que les clientèles de première ligne tendent à juger l'accessibilité des services plus positivement au fur et à mesure qu'on passe de grands centres urbains aux zones rurales les plus éloignées⁶.

Un rapprochement entre le milieu québécois de la recherche sur les services de santé et les acteurs directement concernés par l'organisation des services en milieu rural et éloigné est apparu nécessaire pour mieux comprendre les phénomènes en cause dans l'explication de cet apparent paradoxe. Le programme de recherche collaborative faisant l'objet du présent rapport a permis de réaliser que nos premières évidences empiriques ne contredisent aucunement les évidences expérientielles présentées à la Commission Clair. Leur apparente contradiction tire ses racines des dimensions sociales et organisationnelles qui distinguent les contextes ruraux des contextes urbains sur le plan de la distribution des services. En fait, nos travaux ont montré qu'il s'agit de points de vue différents exposant les deux faces d'une même médaille.

1.1 PROCESSUS DE RECHERCHE COLLABORATIVE

L'intérêt de la recherche collaborative est d'arriver à ce que des acteurs de divers horizons et aux perspectives différentes mettent en commun leurs savoirs et compétences afin de mieux comprendre des phénomènes complexes.

Plusieurs mécanismes relativement classiques ont été utilisés pour favoriser des échanges directs entre les décideurs et les chercheurs. La mise en place d'un comité consultatif a constitué la principale plateforme d'échanges entre les quatre représentants des agences de santé des régions éloignées, les chercheurs responsables des activités de recherche et d'autres détenteurs d'enjeux gravitant autour des problématiques traitées (représentants de la population, de gestionnaires d'établissements de santé). Compte tenu des contraintes liées à la distance, les rencontres en personne ont été relayées par différentes modalités techniques (conférences téléphoniques, visioconférences, courriels). Une tournée des régions partenaires a aussi été réalisée, à peu près à mi-programmation, afin d'étendre la portée géographique des échanges et d'approfondir les perspectives en fonction de dynamiques plus locales.

De façon moins conventionnelle, les chercheurs avaient convenu dès le départ de structurer l'équipe de recherche de telle sorte que les perspectives « chercheur » et « décideur » puissent diriger conjointement cette programmation. Le fait qu'une professionnelle de recherche associée aux partenaires décideurs ait codirigé l'ensemble des travaux a grandement favorisé les allers-retours nécessaires entre la recherche et les réalités du terrain, non seulement sur le plan opérationnel, mais aussi et surtout, sur le plan conceptuel. La dynamique bidirectionnelle des échanges qu'elle a incarnée a favorisé l'intégration de précieuses données informelles étroitement liées au travail et à l'expérience de nos collaborateurs. Dès lors, les ajustements souhaitables ont pu être apportés, de la conception des activités de recherche jusqu'à la production de ce rapport, en passant par l'interprétation des résultats. Inspirés des méthodes proposées par la FCRSS^{7,8}, nous avons notamment réuni une trentaine de personnes à la toute fin de nos travaux afin de tenir un atelier de travail pour capter l'essence de notre programmation et en tirer les implications pour chacun de ces groupes d'intérêt.

2 IMPLICATIONS OU RETOMBÉES SOUHAITÉES

Nos discussions ont ramené à l'avant-plan le fait que ce sont d'abord les acteurs qui font l'organisation et déterminent sa performance⁹ et que ceux qui desservent les petites communautés dispersées sur le territoire québécois font preuve d'adaptabilité pour couvrir au mieux les besoins de service le plus près possible des lieux de résidence. Les résultats observés à l'échelle du Québec indiquent qu'ils y parviennent relativement bien. Il appert toutefois que les stratégies qu'ils mettent en œuvre ne sont pas toujours optimales, d'autant que l'instabilité inhérente à leurs contextes organisationnels agit à contre-courant et réduit considérablement la portée et la pérennité de leurs efforts.

Les échanges suscités par nos résultats ont fait la démonstration que les milieux de la recherche sur les services de santé et de la formation des intervenants concernés doivent se rattacher aux réalités qui prévalent dans les régions éloignées pour contribuer à l'évolution favorable du système de soins et services. La production de modes d'organisation de première ligne qui favoriseraient l'accès, la qualité et l'efficacité des services offerts aux communautés rurales interpelle par ailleurs directement les décideurs, les chercheurs et les acteurs locaux.

2.1 DÉCIDEURS

Il faut retenir de nos travaux que la performance enviable de la première ligne des contextes ruraux à l'égard de l'accès repose sur des bases organisationnelles qui induisent des coûts supplémentaires tant pour le système de soins que pour les utilisateurs. La possibilité d'améliorer l'efficacité financière de la première ligne s'avère directement contrainte par la capacité de maintenir l'accès et la qualité des services pour les communautés. Si on n'y prend garde, des exercices de *benchmarking* entre territoires administratifs, dissemblables quant aux types de communauté à desservir, pourraient avoir des conséquences néfastes pour la santé des communautés rurales. On constate aussi, et ce, même dans notre système public, qu'il ne faut pas négliger l'importance des frais devant être absorbés par les utilisateurs pour accéder aux services requis (déplacement, perte de revenu, etc.). Nos résultats montrent qu'ils peuvent constituer des barrières à l'accès pour les plus défavorisés, en particulier dans les contextes ruraux et éloignés où ces frais sont plus élevés.

2.2 CHERCHEURS

D'importants travaux ont déjà établi l'intérêt de lier la performance de la première ligne aux modèles organisationnels qui la détermine afin de permettre l'identification des modèles les plus prometteurs en fonction des objectifs systémiques^{10,11}. Nos résultats montrent que l'observation des variantes organisationnelles de la première ligne des contextes ruraux et éloignés devrait vraisemblablement se rapporter à l'échelle des écosystèmes locaux, plutôt que de focaliser sur les installations cliniques typiquement associées à la distribution des services de première ligne (CLSC et cabinets médicaux). De récents travaux australiens pourraient soutenir le développement d'une approche taxonomique qui permette de spécifier les modèles associés à la desserte des communautés rurales, même les plus isolées^{12,13}.

Il importe aussi de retenir que le regroupement de contextes ruraux représente une stratégie à éviter pour contrer le problème des petits effectifs populationnels, à tout le moins pour la recherche sur les services de santé. La triangulation des données qualitatives et quantitatives a permis de mettre en

évidence qu'un tel regroupement contribue à noyer des différences que l'on cherche justement à relever et à comprendre.

2.3 ACTEURS LOCAUX

La littérature scientifique suggère clairement que la faculté naturelle d'adaptation des intervenants de première ligne des contextes ruraux doit être mise de l'avant dans la quête de modèles prometteurs^{14,15}. Le développement de modes de pratique en interdisciplinarité et flexibles quant aux rôles et responsabilités des intervenants de première ligne doit notamment être encouragé dans ces contextes organisationnels particuliers¹⁶. Il faut retenir de nos travaux que la proximité sociale et la grande faculté d'adaptation des dispensateurs et des gestionnaires locaux des régions éloignées facilitent une bonne part du chemin à parcourir pour y arriver. Ce sont désormais des changements de culture qui s'imposent pour réussir à consolider des liens de collaboration qui s'y développent naturellement en relation avec une vision et une volonté partagées d'offrir le meilleur à leur collectivité.

3 APPROCHE UTILISÉE ET ÉTUDES RÉALISÉES

On associe d'emblée les contextes ruraux à des conditions locales de rareté et d'éloignement qui contraignent l'accès des communautés. Le paradoxe observé pour la première ligne nous a amenés à reconsidérer cette conception classique des problématiques rurales.

Une série d'études interdépendantes a permis d'explorer les principales hypothèses que nous avons envisagées pour expliquer nos précédents résultats empiriques, soient : 1) le meilleur accès en première ligne représente un épiphénomène lié à la clientèle, qui ne tient pas à l'échelle de la population, non plus que pour les services spécialisés; 2) les outils de mesure utilisés ne sont pas sensibles aux barrières d'accès propres aux communautés rurales; 3) les communautés rurales sont desservies selon des modèles de première ligne différents ou plus performants qu'en milieu urbain; 4) les contraintes liées à une faible disponibilité locale de ressources sont compensées par l'efficacité des liens de collaboration interprofessionnelle au sein des réseaux de distribution des services de santé (intra et extra-muros).

La réalisation de nos travaux a été fondée sur une analyse des caractéristiques sociales, économiques et géographiques des communautés dispersées sur l'ensemble du territoire québécois. Cette étude a notamment permis de spécifier les communautés rurales en fonction de leur dépendance fonctionnelle à l'égard des ressources spécialisées concentrées dans les centres urbains. La définition de huit contextes géographiques distincts a fourni une grille d'analyse spatiale qui a structuré les données des autres études et soutenu l'intégration de l'ensemble.

3.1 ÉTUDE DES CARACTÉRISTIQUES DES COMMUNAUTÉS : DISTINGUER LE RURAL DE L'URBAIN

Le Québec représente un territoire de plus de 1,5 million de kilomètres carrés dont seulement un peu plus du tiers est occupé par une population de quelque 7,7 millions d'individus. La moitié de cette population (54 %) est concentrée sur une infime portion de territoire qui correspond aux noyaux urbains des régions métropolitaines de recensement (RMR) de Montréal et de Québec. Selon les subdivisions de recensement (SDR) de 1996 qui correspondent au découpage municipal (villes, villages, paroisses), le reste de la population se répartit en près de 1 500 communautés définies géographiquement par les limites territoriales de chaque municipalité¹⁷.

Les caractéristiques sociales, économiques et culturelles de communautés dispersées sur un vaste territoire varient en fonction de leur taille et de leur localisation spatiale. Les très grands centres urbains, comme Montréal et Québec, exercent un important pouvoir d'attraction, notamment sur les plans industriel, commercial, de l'emploi et de la culture, qui influe sensiblement sur les conditions locales dans lesquelles évoluent les communautés situées à leur périphérie¹⁸⁻²¹. Montréal et Québec ayant des noyaux urbains supérieurs à 500 000 habitants, on estime que leur champ d'influence s'étend à leur périphérie sur un rayon de l'ordre de 250 kilomètres, soit un trajet routier d'environ 2,5 heures à partir de leur centre-ville respectif¹⁸⁻²¹.

Les lois du marché font en sorte que la disponibilité des biens et services s'accroît généralement avec la taille des municipalités, et ce, tant en quantité qu'en diversité. De gouverne publique, notre système de distribution des services médicaux vise plutôt à optimiser la proximité des ressources disponibles en les répartissant selon une logique de hiérarchisation territoriale (local → régional → suprarégional

→ provincial) fondée sur leur degré de spécialisation (de base → de référence → de pointe) et la fréquence des besoins associés à chacun (première ligne → troisième ligne)²²⁻²⁵. Le lien entre la taille des communautés et la disponibilité géographique de la gamme des services n'est donc pas aussi clair que pour les autres types de services. Pour cette raison, nous avons choisi de mesurer la disponibilité géographique à partir de la répartition des installations du réseau (CLSC, cabinets, hôpitaux) et du niveau de spécialité pouvant s'organiser à partir des plateaux techniques de chaque hôpital de soins généraux et spécialisés.

Les 1 598 SDR du recensement de 1996 constituent nos unités territoriales de référence parce que ce découpage géographique est antérieur à une importante vague de fusions municipales et ce faisant, correspond mieux aux communautés « naturelles ». Les données de Statistique Canada issues du recensement de 2001 ont néanmoins été utilisées pour établir la taille des municipalités et cerner les conditions sociales et économiques dans lesquelles évoluent leurs résidents. Les mesures de distance nécessaires pour déterminer les communautés situées à l'intérieur du champ d'influence de Montréal et de Québec ont été réalisées à partir de la matrice des distances routières du ministère des Transports du Québec (MTQ) qui fournit le kilométrage et le temps de déplacement séparant les municipalités du Québec les unes des autres. À partir de ces renseignements, le Service du développement de l'information du MSSS a calculé le nombre d'installations contenues dans des rayons de 15, 30 et 60 minutes autour du centroïde routier de chaque municipalité et la durée approximative du trajet requis pour se rendre au plus proche lieu de prestation de chaque niveau, et ce, en fonction de la localisation spatiale des installations répertoriées pour l'ensemble du système.

La localisation spatiale des cabinets de médecine générale et des CLSC (incluant leurs points de services) permet de mesurer directement la disponibilité géographique de la première ligne (quantité de points de service et temps de déplacement) pour chaque territoire municipal. La couverture des services de deuxième et troisième lignes a pour sa part été déduite d'information factuelle établissant le profil de spécialité des médecins qui pratiquent dans les hôpitaux du Québec. Plus spécifiquement, les données relatives à quelque deux millions de congés d'hôpitaux (MedÉcho) ont été utilisées pour déterminer la spécialité des médecins responsables de chaque admission et cerner l'importance du volume d'hospitalisations selon les niveaux de service couverts²³. Les hôpitaux de première instance sont associés aux spécialités de base et, combinés aux CLSC et aux cabinets de médecine générale, complètent les services locaux ou de première ligne. Les hôpitaux de deuxième ligne sont composés par surcroît des spécialités de niveau régional. Enfin, on ne retrouve les surspécialistes que dans des hôpitaux de troisième ligne dont la vocation, suprarégionale ou provinciale, dépend de la nature des surspécialités qu'ils rendent disponibles.

3.1.1 Contextes urbains et ruraux

Nous nous sommes inspirés de la définition proposée par l'Association canadienne des médecins d'urgence²⁶ pour spécifier les communautés rurales du Québec, parce que cette perspective fait écho aux préoccupations de nos partenaires décideurs quant aux contraintes structurelles imposées par la dépendance fonctionnelle des communautés rurales vis-à-vis des ressources plus spécialisées centralisées dans quelques portions du territoire.

Selon cette définition, les contextes ruraux correspondent aux portions du territoire desservies seulement par des ressources médicales de base (installations de première ligne et hôpitaux de première instance) qui dépendent de ressources situées à plus de 30 minutes de trajet routier pour les

services spécialisés. Les mesures de distance routière prélevées à l'échelle des territoires municipaux ont permis d'ajuster les critères d'éloignement proposés et de tenir compte du champ d'influence de Montréal et de Québec pour établir quatre catégories de communautés rurales :

- Les communautés rurales périphériques sont situées à 2,5 heures ou moins d'un noyau urbain de plus de 500 000 habitants;
- Les communautés rurales intermédiaires sont situées à plus de 2,5 heures d'un noyau urbain de plus de 500 000 et à moins de 1,5 h d'un hôpital de deuxième ou de troisième ligne;
- Les communautés rurales éloignées sont situées à plus de 2,5 heures d'un noyau urbain de plus de 500 000 et entre 1,5 heure et 3,5 heures d'un hôpital de deuxième ou de troisième ligne;
- Les communautés rurales isolées sont situées à plus de 3,5 heures d'un noyau urbain de plus de 500 000 et d'un hôpital de deuxième ou de troisième ligne.

Les contextes urbains correspondent aux portions du territoire dotées localement de ressources associées à la prestation de services spécialisés. Ainsi, chaque municipalité où on trouve au moins un hôpital de deuxième ou de troisième ligne correspond à un centre de services. Les communautés situées dans un rayon de 30 minutes du centroïde routier de la municipalité dotée d'un de ces hôpitaux sont associées à la desserte immédiate du centre de services correspondant et sont considérées comme urbaines. On distingue quatre catégories de contextes urbains :

- Les Grands centres correspondent aux noyaux urbains de plus de 500 000 habitants;
- Les Centres surspécialisés disposent d'au moins un hôpital de troisième ligne;
- Les Centres périphériques disposent d'au moins un hôpital de deuxième ligne et sont situés à 2,5 heures ou moins d'un noyau urbain de plus de 500 000 habitants;
- Les Centres régionaux disposent d'au moins un hôpital de deuxième ligne, mais ils sont situés à plus de 2,5 heures d'un noyau urbain de plus de 500 000 habitants.

L'application de cette approche montre que les ressources spécialisées du système québécois sont centralisées en 32 endroits différents du territoire. Les services surspécialisés à vocation provinciale sont concentrés dans les deux Grands centres (Montréal et Québec), les services surspécialisés à vocation suprarégionale, dans cinq centres surspécialisés (Trois-Rivières, Chicoutimi) et enfin, les services de référence à vocation régionale dans quinze centres périphériques (Granby, Saint-Georges-de-Beauce) et dix centres régionaux (Rimouski, Sept-Îles, Gaspé).

Une carte du Québec annexée à ce document résume visuellement la répartition géographique des contextes urbains et ruraux en fonction des divers territoires associés à l'administration du système de santé et renseigne sur les variations relatives à la disponibilité des services.

Tableau 1 Quelques caractéristiques sociales et économiques associées aux contextes géographiques de résidence des communautés du Québec (Données de Statistique Canada, 2001)

	Grands centres	Centres surspécialisés	Centres périphériques	Centres régionaux	Rurales périphériques	Rurales intermédiaires	Rurales éloignées	Rurales isolées
Population								
%	54 %	13 %	16 %	4 %	7 %	3 %	2 %	0,4 %
Jeunes (< 15 ans)	17 %	19 %	18 %	18 %	17 %	18 %	18 %	32 %
Aînés (≥ 65 ans)	13 %	12 %	13 %	12 %	16 %	14 %	14 %	5 %
Activité économique								
Emploi	60 %	61 %	60 %	54 %	54 %	46 %	46 %	50 %
Chômage	8 %	7 %	7 %	13 %	9 %	18 %	18 %	19 %
Population active selon les secteurs								
Santé	5,7 %	5,5 %	5,3 %	6,1 %	4,7 %	4,7 %	5,5 %	3,7 %
Agriculture	0,4 %	1,4 %	3,8 %	1,5 %	6,5 %	4,7 %	1,9 %	0,1 %
Forêt, mines, pêche	0,0 %	0,3 %	0,4 %	3,0 %	1,3 %	5,9 %	5,8 %	6,5 %
Scolarité								
Aucun diplôme	28 %	32 %	38 %	36 %	43 %	48 %	48 %	62 %

3.1.2 Constats généraux

Selon notre définition, la population rurale du Québec compte pour 13 % du total, contre 21 % selon celle de Statistique Canada²⁷. Cela signifie qu'une grande partie de la population québécoise vivant dans des régions rurales ou des petites villes (RRPV) peut accéder à une gamme étendue de services à moins de 30 minutes de son lieu de résidence. Dans les faits, plus du tiers de la population québécoise des RRPV (35 %) est associée au territoire fortement agricole qui se trouve en périphérie de Montréal et de Québec et met moins d'une heure pour se rendre dans un Grand centre. Nos analyses ont par ailleurs montré que la logique de marché, sur laquelle reposent les paramètres qui distinguent les RRPV selon quatre types de Zones d'influence métropolitaine (ZIM)^{28,29}, ne reflète pas bien la logique ayant présidé à la structuration géographique du système québécois. L'application du continuum urbain-rural développé par Statistique Canada contribue alors à regrouper ensemble des portions de territoire fortement dissemblables sur le plan de la disponibilité géographique des services de santé, en particulier en ce qui a trait au degré de proximité ou d'éloignement des ressources spécialisées³⁰.

Les caractéristiques démographiques, sociales et économiques des communautés regroupées dans nos huit contextes géographiques témoignent de différences entre les contextes urbains et ruraux tout à fait conformes à celles anticipées (Tableau 1 et Annexe A). La taille des communautés diminue avec l'éloignement des Grands centres et l'éloignement des ressources spécialisées, leurs conditions sociales et économiques tendent à se détériorer dans le même sens.

Très peu des 18 régions sociosanitaires (RSS) s'avèrent homogènes sur le plan des types de communautés à desservir (Figure 1). Les 95 territoires de réseaux locaux (RLS) sont, eux aussi, caractérisés par une grande hétérogénéité : la population de 3 RLS sur 4 compte au moins une

communauté rurale. C'est ainsi que nos résultats concernent la très grande majorité des décideurs et gestionnaires du système québécois même si nos travaux ont surtout porté sur les contextes géographiques des RSS de l'Est-du-Québec (01 – Bas-Saint-Laurent, 09 – Côte-Nord, 11 – Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine). La RSS 01 est fort étendue et une importante portion de son territoire se situe à plus de 4 heures de Québec. Cette situation fait en sorte que cette RSS, dite intermédiaire, ressemble davantage aux régions éloignées, ce qui explique pourquoi nous l'évoquons comme telle dans la suite de ce document.

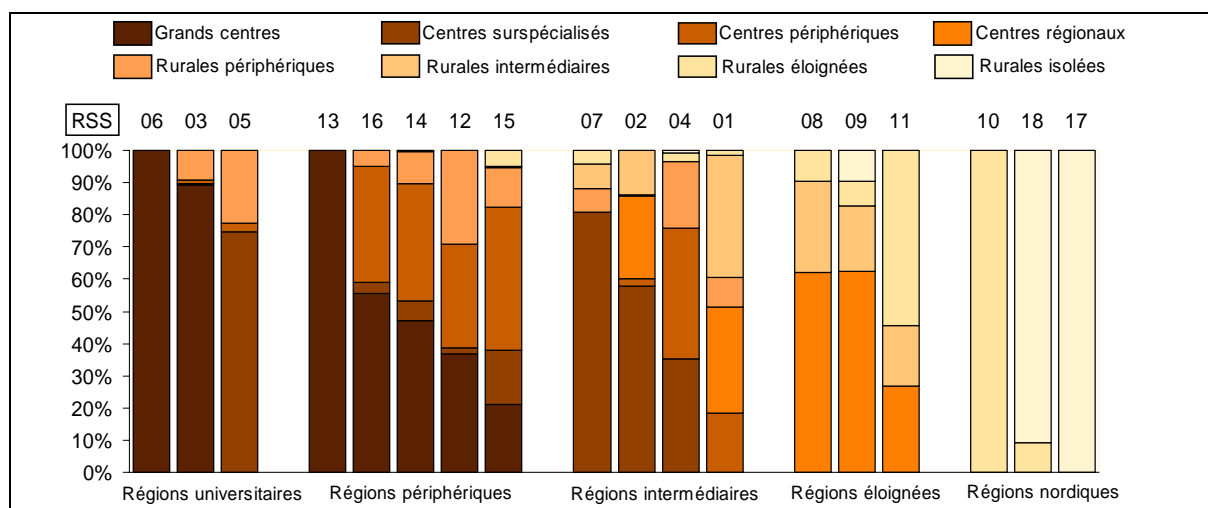


Figure 1 Répartition de la population (%) en fonction des contextes géographiques selon les 18 régions sociosanitaires (RSS) et les types de régions administratives

Enfin, il importe de noter que chaque utilisateur et chaque milieu clinique ayant fait l'objet de l'une ou l'autre de nos études ont été associés à leur contexte géographique par le code postal à six positions et le code de municipalité (SDR).

3.2 ÉTUDE DES SERVICES UTILISÉS ET DES BESOINS NON COMBLÉS : AGRANDIR LE PORTRAIT DE L'ACCÈS

L'accès peut être globalement défini comme étant la possibilité d'obtenir les services requis, au moment voulu, de façon à atteindre les meilleurs résultats possibles en matière de santé³¹. Ce concept s'avère cependant difficile à mesurer notamment parce qu'il s'élabore dans le temps, sous-tend la pertinence et la qualité des services reçus et doit tenir compte des services requis, mais non reçus (besoins non comblés).

Les résultats de notre étude antérieure n'offrent qu'une vue partielle de la situation de l'accès dans les contextes ruraux, en particulier parce que, pour les communautés rurales, la principale pierre d'achoppement pourrait bien être l'éloignement des services spécialisés, comme stipulé dans le mémoire déposé à la Commission Clair⁵. De plus, l'accessibilité ayant été mesurée dans une salle d'attente, nos résultats ne témoignent que de la situation de l'accès des personnes ayant déjà réussi à entrer en contact avec le système de soins. Diverses sources de données relatives à l'utilisation ont été mises à contribution afin de nous renseigner sur l'accessibilité réalisée à l'échelle de la population et dresser un portrait plus global de l'accès en intégrant le recours aux ressources spécialisées.

Premièrement, nous avons tenté de vérifier les appréhensions de nos partenaires décideurs à l'égard de l'éloignement des ressources spécialisées en utilisant les bases de données administratives relatant les divers services médicaux utilisés par la population québécoise. Nous avons déployé une méthodologie novatrice basée sur la reconstruction de trajectoires individuelles de soins observées pour quatre cas-traceurs (asthme, cancer du sein, arthrite rhumatoïde et diabète). La méthode de cas-traceurs^{32,33} devait nous permettre de cerner les carences, les délais ou les points de rupture associés à l'étendue limitée des ressources locales et à l'éloignement des services spécialisés. Malheureusement, nous avons constaté que la facturation des services médicaux clés varie en fonction des contextes géographiques, et que ces variations introduisent un biais d'information qui menaçait la validité de nos résultats. À titre d'exemple, nos données montraient que seulement 30 % des femmes souffrant d'un cancer infiltrant du sein avaient reçu un traitement de chimiothérapie tandis que leur répartition par région présentait des variations systématiques en défaveur des femmes de certaines RSS (2 à 15 %). Devant ces constats alarmants, nous avons consulté plusieurs intervenants pour nous aider à approfondir la problématique. Il appert que dans certaines portions plus rurales du territoire, on offre de plus en plus les traitements au CLSC afin, notamment, d'éviter de fréquents déplacements vers l'hôpital, généralement plus éloigné. Les traitements réalisés en CLSC n'étaient tout simplement pas codifiés dans les bases de données dont nous disposions. Nous avons été contraints d'abandonner ces analyses qui nous auraient conduits à des conclusions plutôt hasardeuses.

Deuxièmement, pour compléter au mieux le portrait populationnel de l'accès aux services de santé à l'échelle du Québec, nous nous sommes tournés vers une analyse secondaire de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) menée en 2003 (cycle 2.1). Cette enquête a été réalisée auprès d'un échantillon québécois de quelque 25 000 répondants et comporte un ensemble de questions portant sur l'utilisation des services au cours des 12 mois précédant la collecte de données. Nous avons surtout utilisé l'information relative aux types de professionnels consultés, aux lieux de consultation privilégiés, à l'intensité de l'utilisation et aux besoins non comblés. Ces éléments ont été analysés selon les huit contextes géographiques en contrôlant les variations liées aux caractéristiques individuelles (âge, sexe, état matrimonial, revenu familial, niveau de scolarité) et à la condition de santé (problème chronique, état de santé perçu). Nous avons porté une attention particulière à la portion de la population qui n'a pas de médecin de famille (21 %).

3.2.1 Constats généraux

Il existe certaines indications suggérant que l'éloignement des ressources spécialisées puisse interférer, à tout le moins en partie, avec l'accès aux services requis par les communautés rurales.

Les données administratives ont permis de constater que le recours aux services spécialisés diminue dans les contextes ruraux et éloignés pour l'asthme et le cancer du sein. Les limites inhérentes à ce type d'information n'ont cependant pas permis de lier les profils d'utilisation observés à des conséquences sur la qualité des soins reçus ou leurs retombées cliniques. Cependant, l'analyse des données de l'ESCC montre que la proportion des utilisateurs de première ligne qui consultent un médecin spécialiste (33 %) décroît significativement à mesure que l'on passe de Grands centres (36 %) aux contextes ruraux isolés (20 %), où la contribution des infirmières auprès des communautés culmine (48 %).

La situation n'apparaît toutefois pas si précaire pour les communautés rurales évoluant dans les différents contextes géographiques, puisque la proportion de la population qui rapporte des besoins non comblés varie peu à l'échelle du Québec (10 à 13 %). Il importe de noter que la probabilité de rapporter des besoins non comblés s'avère toutefois radicalement inférieure au sein des communautés isolées, essentiellement nordiques et autochtones, par rapport à celle observée chez les résidents des Grands centres (OR = 0,4).

Enfin, si la performance favorable de la première ligne des contextes ruraux se maintient au niveau populationnel, c'est grâce au fait qu'au moins 80 % de la population rapporte avoir un médecin de famille dans chacun des contextes ruraux, sauf l'isolé, contre moins de 70 % dans les Grands centres.

3.3 ÉTUDE DES QUALITÉS MÉTROLOGIQUES DES QUESTIONNAIRES : DOCUMENTER LES INTERFACES UTILISATEUR-SYSTÈME

L'accès peut se concevoir en fonction d'un processus d'utilisation qui s'élabore selon cinq phases consécutives : l'identification du besoin, le désir d'avoir des soins, la recherche de services, le premier contact et la continuité³⁴. La phase de recherche de services correspond à une portion dynamique du processus au cours de laquelle l'utilisateur potentiel doit transiger avec le système afin d'obtenir réponse à son besoin. Cette phase critique marque le passage entre l'accès potentiel et l'accès réalisé et correspond à l'accessibilité expérimentée en première ligne. Cette dernière résulte du degré d'ajustement entre un ensemble de caractéristiques individuelles et organisationnelles qui détermine l'importance des efforts consentis, la durée totale de la phase de recherche de services et le niveau de satisfaction obtenu.

Pour réaliser notre étude initiale, nous avons eu recours à des échelles de mesure de l'accessibilité déjà largement utilisées. Il est tout de même apparu plausible que ces échelles n'aient pas su refléter les réelles variations de l'accessibilité au sein du système québécois parce qu'elles ont été validées dans des contextes essentiellement urbains.

Nous avons réalisé une étude qualitative dans le but de déterminer les différences de point de vue entre utilisateurs urbains et ruraux quant aux facteurs qui entravent ou facilitent le processus d'utilisation. Nous avons utilisé ces résultats pour développer un nouvel outil de mesure de l'accessibilité, que nous avons testé grâce à une enquête téléphonique menée auprès d'un échantillon aléatoire de 750 personnes sélectionnées dans les mêmes contextes géographiques que ceux de l'étude qualitative. Notre but ultime est de produire des questionnaires d'enquête populationnelle convenant mieux aux besoins des décideurs responsables de desservir des communautés géographiquement dispersées.

Nous avons utilisé la méthode des groupes de discussion pour éclairer la dynamique de l'accès dans les divers contextes géographiques. Une centaine d'adultes ayant utilisé, ou cherché à utiliser, des services de première ligne dans les 12 mois précédents ont participé à l'une ou l'autre des onze séances de discussion. Ils ont été recrutés de façon à couvrir des contextes géographiques très contrastés : les réalités urbaines de Montréal (Grands centres - 4 groupes), les principales villes des régions éloignées (Centres régionaux - 2 groupes), des zones agricoles situées en périphérie de Montréal (Rurales périphériques - 3 groupes) et des villages situés à plus de 4 heures à l'est de Québec et comptant moins de 3 points de service à proximité (Rurales intermédiaires/éloignées - 2 groupes).

Les participants sont des adultes âgés en moyenne de 51 ans (± 14) et sont majoritairement des femmes (70 %). Ils constituent un échantillon dont l'expérience de soins en première ligne s'avère plus problématique que pour la population générale. En effet, 30 % des participants ont rapporté des besoins non comblés au cours de la dernière année, contre 13 % à l'échelle du Québec, selon les données de l'ESCC.

Le canevas des discussions a été structuré de façon à déterminer : 1) les étapes qui jalonnent la phase de recherche de soins; 2) les attentes, les préférences et les problèmes associés à chaque étape; 3) l'importance des facteurs tels la proximité, les heures d'ouverture, les coûts directs et indirects et les caractéristiques du dispensateur (origine ethnique, sexe) comme causes potentielles d'échec du processus. On a aussi documenté les conséquences de tels échecs quant à la reprise de l'étape en cause ou d'abandon de la recherche de soins (besoins non comblés), de recours aux services d'urgence, de délais et de fragmentation des services, et enfin, de détérioration de l'état de santé ressentie ou appréhendée. Les discussions ont aussi été orientées pour apprécier les nuances à apporter s'il s'agit d'un nouveau problème ou d'un problème connu (chronique ou récurrent) et en fonction du degré d'urgence perçu. Les discussions ont été transcrites et les éléments liés aux barrières, aux facteurs facilitants et aux conséquences ont été codés systématiquement en fonction des étapes de la démarche.

3.3.1 Constats généraux

Une démarche type jalonnant la phase de recherche de service a été relevée. Elle est associée à une séquence d'interfaces qui doivent toutes être traversées successivement pour réaliser l'accès : 1) Contact de la source habituelle; 2) Information sur les options; 3) Confirmation de l'endroit et du moment; 4) Planification et déplacement; 5) Salle d'attente; 6) Consultation.

Nous avons découvert que les utilisateurs ruraux mettent plus d'efforts dans l'étape de démarchage des différentes options (étape 2) et la réalisent généralement sans avoir à se déplacer (contact téléphonique avec le milieu clinique ou par un intermédiaire). Ils bénéficient par ailleurs d'une grande flexibilité des milieux cliniques et des intervenants alors que ce type d'accommodation organisationnelle n'a pas encore été couverte par les questionnaires d'enquête actuellement en usage. Par contre, l'accessibilité financière s'avère particulièrement importante dans les contextes éloignés et n'est pas non plus couverte de façon satisfaisante.

Nous avons testé de nouveaux items qui captent ces nuances dans notre enquête téléphonique. Grâce à une analyse factorielle, nous avons déterminé des échelles d'accessibilité géographique et organisationnelle qui sont fiables et prédictives de besoins non comblés, du recours à l'urgence et de la détérioration du problème de santé sous-jacent.

3.4 ÉTUDE DE L'ORGANISATION DE LA PREMIÈRE LIGNE : IDENTIFIER LES « TOP-MODÈLES »

L'organisation de la première ligne peut être conçue comme un système organisé résultant du jeu d'un ensemble d'acteurs qui mobilisent les ressources disponibles pour produire des services servant la concrétisation de leur projet collectif et l'atteinte de leurs objectifs⁹. Une synthèse des politiques commandée par la FCRSS est à l'origine d'une taxonomie de modèles de première ligne basée sur les dimensions organisationnelles qui dirigent le jeu des acteurs (vision, ressources, structure et pratiques)¹⁰. Ces modèles correspondent à un nombre réduit de configurations particulières définies

par la cohérence interne des caractéristiques organisationnelles associées à ces quatre dimensions. Cette approche configurationnelle de l'organisation de la première ligne s'avère intéressante dans la quête de modèles prometteurs puisqu'on a montré que l'expérience de soins des utilisateurs varie selon les modèles^{10,35,36}. Nous l'avons appliquée aux données de notre étude initiale afin d'explorer l'hypothèse voulant que les CLSC et les cabinets ruraux soient organisés selon des modèles particuliers plus favorables à l'accessibilité que ceux situés dans les Grands centres.

Ces données découlent d'une enquête multi niveaux réalisée sur un échantillon de 100 cabinets de médecine générale et de CLSC situés dans les RSS de Montréal (n = 47), de la Montérégie (n = 24) et des trois régions de l'Est-du-Québec (n = 29)⁶. Elles ont été recueillies au niveau de l'installation et des médecins qui y pratiquent et de leurs clients recrutés dans la salle d'attente. Plusieurs des caractéristiques organisationnelles documentées en 2002 et une collecte complémentaire réalisée en 2005 ont permis d'abstraire les modèles organisationnels observés sur le territoire québécois à partir de l'approche configurationnelle.

Les données relevées par le questionnaire rempli dans la salle d'attente de chacune des installations ont permis de spécifier l'accessibilité organisationnelle selon deux composantes (facilité de contact, situation urgente/besoins immédiats). Les items utilisés pour caractériser la facilité de contact sont liés à l'emplacement, aux heures d'ouverture, à la facilité de joindre la clinique et son médecin par téléphone, et enfin aux délais d'attente pour le voir. Pour ce qui a trait à l'accessibilité en situation urgente, les items utilisés sont liés à la possibilité de joindre la clinique par téléphone et de voir quelqu'un de la clinique si un problème se présente lorsqu'elle est fermée ou pendant des plages horaires généralement défavorables (soir, nuit, fin de semaine). Ainsi, on a pu analyser les variations de l'accès en fonction des modèles organisationnels et la répartition de ces derniers selon les contextes géographiques, en tenant compte de la vulnérabilité des utilisateurs (état de santé, emploi, état civil, situation financière, scolarité).

3.4.1 Constats généraux

Six modèles d'organisation de première ligne ont émergé de cette première analyse *in situ* réalisée au Québec. En référence à la taxonomie initiale¹⁰, un des modèles correspond directement au type communautaire intégré, deux représentent des sous-types du modèle professionnel de coordination et sont caractérisés par les liens formels et informels déployés avec les autres types d'installations (intégré à la première ligne *versus* intégré à l'ensemble du système de soins) tandis que les trois autres spécifient le modèle professionnel de contact selon le type de pratique et l'ouverture à de nouveaux clients (solo-fermé, groupe-fermé et groupe-ouvert).

Contrairement à notre hypothèse de départ, nous n'avons pas trouvé de modèles organisationnels qui soient propres aux contextes ruraux, mais plutôt un modèle essentiellement urbain, le modèle professionnel de contact groupe-ouvert, typé par les cliniques *walk-in*. On a cependant observé que deux modèles prédominent dans les contextes ruraux éloignés, soit Communautaire intégré et Professionnel de coordination. Le modèle Communautaire intégré est d'ailleurs le seul dans les contextes isolés. Le fait que ces modèles sont plus rares dans les CLSC et les cabinets de médecine générale des Grands centres suggère que l'intégration des services produits par les différents fournisseurs opérant sur ce type de territoire est plus difficile à réaliser³⁷. Or, une telle intégration doit être mise en relation avec nos résultats qui montrent que ces deux modèles sont aussi les plus

favorables pour les utilisateurs³⁸. L'ensemble de ces observations explique, à tout le moins en partie, le gradient positif de l'accessibilité que nous avons observé dans notre étude initiale.

Il n'en demeure pas moins que l'accessibilité expérimentée par les clientèles de première ligne s'avère meilleure dans les contextes ruraux indépendamment du modèle caractérisant l'installation fréquentée. Ce constat laisse croire que certaines caractéristiques contextuelles déterminent tant les modèles adoptés par les acteurs, que l'expérience de soins des utilisateurs.

3.5 ÉTUDE DES LIENS DE COLLABORATION : PLEINS FEUX SUR LE JEU DES ACTEURS

La plupart des transformations organisationnelles mises de l'avant pour améliorer la performance de la première ligne préconisent le renforcement des liens de collaboration entre les acteurs en place, notamment, un meilleur partage des rôles et des responsabilités entre les médecins et les infirmières^{1,4,10,39-41}. La performance enviable de la première ligne que nous avons pu observer quant à l'accessibilité des services médicaux laisse croire que le profil de collaboration qui dirige le jeu des acteurs œuvrant dans les régions éloignées de l'Est-du-Québec pourrait être exemplaire⁴².

Nous avons voulu dégager les processus par lesquels leurs liens de collaboration se construisent et se développent dans le but de fournir des renseignements précieux dans le cadre des réorganisations actuelles. Nous avons aussi cherché à cerner les autres éléments des pratiques individuelles qui pouvaient être mis en relation avec l'accessibilité expérimentée par leur clientèle, pour mieux comprendre le rôle de la collaboration dans le paradoxe observé.

Le développement et la consolidation de liens de collaboration au sein des équipes professionnelles relèvent de divers éléments qui tiennent tant à l'organisation qu'aux relations qu'entretiennent les acteurs entre eux⁴³. Les facteurs organisationnels concernent la formalisation (ententes/contrats/arrangements interorganisationnels; infrastructure d'information et d'échange) et la gouverne (centralité; leadership; expertise; connectivité/concertation) tandis que les facteurs interactionnels sont liés à la finalisation (vision/buts communs; allégeances) et à l'intériorisation de la collaboration (connaissance mutuelle; confiance). D'après ce modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle, chacun des dix facteurs énoncés entre parenthèses détermine en partie le degré de collaboration qu'on observe entre des acteurs donnés, à un moment donné dans un contexte donné⁴².

Un devis de recherche qualitative constructiviste⁴⁴ a été adopté pour réaliser une étude de cas multiples⁴⁵ dans six installations de première ligne correspondant à chacun des modèles organisationnels préalablement relevés. Elles ont été sélectionnées parmi les plus performantes de l'échantillon sur le plan de l'accessibilité et représentent collectivement toute la diversité des contextes géographiques qu'on retrouve dans les trois régions de l'Est-du-Québec, ce qui inclut le contexte urbain prédominant (Centre régional). Les intervenants associés à la prestation des services de première ligne auprès des clientèles de ces milieux cliniques représentent la population visée.

Dans le but d'atteindre une large variation d'opinions et de fournir ainsi une plus vaste étendue de renseignements, nous avons échantillonné les premiers participants par choix raisonné, en identifiant des informateurs-clés (médecins ayant participé à l'étude initiale) pour ensuite appliquer la stratégie de la « boule de neige » afin de compléter l'échantillon. Vingt-neuf (29) personnes provenant de 14 installations distinctes (cabinets, CLSC et hôpitaux de première instance) ont ainsi été sélectionnées

dont 10 médecins, 9 infirmières, 4 travailleurs sociaux, 4 secrétaires médicales, 1 nutritionniste et 1 gestionnaire. Il s'agit majoritairement de femmes (66 %). L'âge moyen est de 45 ans (± 8) et l'ancienneté moyenne dans le milieu local est de 16 ans (± 9 ans) pour une expérience de travail de 22 ans (± 9 ans).

Des entrevues individuelles de chacun des participants ont été réalisées par une seule personne selon un canevas conçu pour documenter la perspective de ces acteurs locaux quant à 1) chacun des 10 facteurs liés au développement et à la consolidation de leurs liens de collaboration avec les autres professionnels associés aux besoins de leur clientèle, 2) la relation qu'ils établissent entre l'accessibilité expérimentée par la clientèle de première ligne qu'ils desservent localement et a) leur propre pratique professionnelle et b) la pratique individuelle des autres acteurs locaux.

Des analyses individuelles, intramodèles, intermodèles et globales ont été réalisées sur la base des retranscriptions codées selon les unités de sens découlant du modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle. C'est ainsi que nous avons établi dans quelle mesure les relations interprofessionnelles *intra* et *extra-muros* peuvent être mises en relation avec l'accessibilité expérimentée par les utilisateurs et avons apprécié le degré de collaboration interprofessionnelle qui prévaut dans les régions éloignées (collaboration en action, en construction ou en inertie)⁴².

3.5.1 Constats généraux

Nous avons constaté que la petite taille des installations, des équipes et des communautés qui caractérise les contextes ruraux, soutient le développement de la collaboration à partir des facteurs interactionnels liés à la finalisation. La proximité sociale et professionnelle entre les acteurs est associée à une vision collective des ressources disponibles et au partage de buts communs qui contribuent à créer des allégeances à l'endroit de la clientèle plutôt qu'envers sa profession ou sa clinique. Cependant, l'intériorisation des pratiques de collaboration qui se construit par la confiance et la connaissance mutuelles entre professionnels se trouve plutôt fragilisée par les constants mouvements de personnel. En conséquence, la collaboration interprofessionnelle observée dans les régions éloignées tend à demeurer au stade de la construction, c'est-à-dire récente, régulièrement mise à l'épreuve, comprenant un partage de responsabilité qui n'est pas toujours explicite, mais dont les processus sous-jacents de négociation demeurent actifs.

La bonne performance des services médicaux de première ligne démontrée par notre étude initiale s'explique davantage par la pratique élargie des médecins en poste, la multiplicité de leurs lieux de travail et la proximité sociale dont ils font montre envers leurs patients. Les liens de collaboration entretenus avec les autres professionnels et les autres installations sont quant à eux caractérisés par un très haut niveau d'informalité. Il appert que la réticence des médecins à contribuer à la structuration de la collaboration interprofessionnelle à partir des facteurs organisationnels (formalisation et gouverne) contribue à la fragilité de la première ligne de service dans les contextes ruraux et éloignés.

4 SYNTHÈSE DES RÉSULTATS

Nous nous sommes inspirés des méthodes de revue systématique soutenant l'intégration des données scientifiques issues de devis qualitatifs et quantitatifs⁴⁶, pour produire cette synthèse essentiellement narrative des connaissances accumulées dans notre programmation. Chaque sous-étude est mise en relation avec les résultats présentés au moyen d'incursions mnémoriques évoquant les dimensions investiguées. C'est ainsi que les mentions *Rural-urbain*, *Agrandir le portrait*, *Interfaces*, *Top-modèles* et *Jeu des acteurs* indiquées entre parenthèses permettent au lecteur de référer aux activités de recherche plus précises.

4.1 LES CLÉS DE L'ACCÈS

On peut considérer que l'organisation de la première ligne contribue à une meilleure prise en charge des besoins de services courants dans les contextes ruraux et éloignés que dans les Grands centres. L'accessibilité expérimentée par les clientèles des CLSC et des cabinets de médecine générale s'améliore effectivement plus on s'en éloigne (*Top-modèles*, Figure 2) et en plus, la probabilité de rapporter des besoins non comblés n'augmente pas avec l'éloignement des ressources spécialisées (*Agrandir le portrait*, Figure 3). Il importe de noter que la très forte accessibilité perçue en situation d'urgence dans les contextes les plus isolés ne doit pas être généralisée à toutes ces communautés puisque certaines ne disposent d'aucun service localement (25 % de leur population) et que leurs conditions d'accès particulières n'ont été documentées, ni par notre étude initiale, ni par l'ESCC.

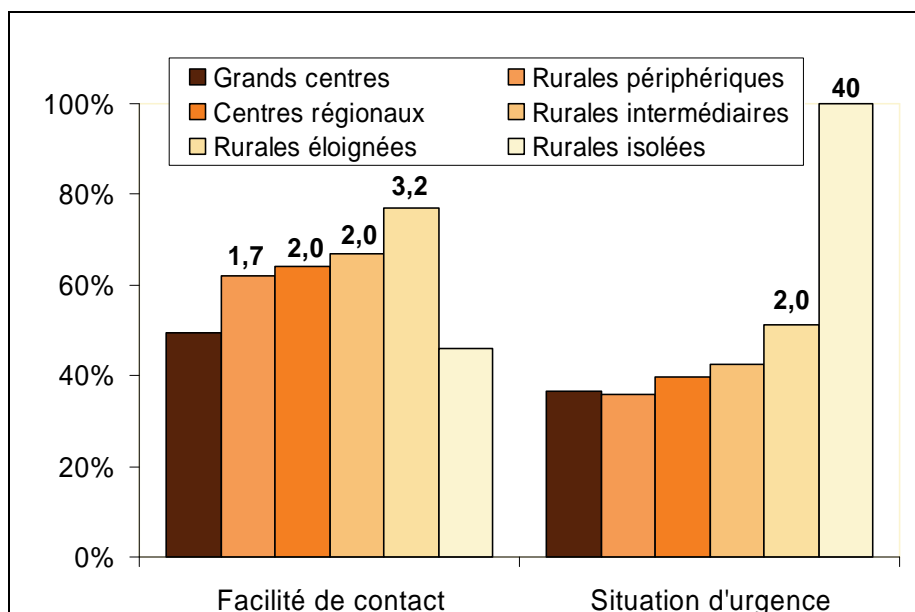


Figure 2 Proportion de la clientèle rapportant une expérience positive à l'égard de l'accessibilité de première ligne selon les contextes géographiques, rapports de cotes relatifs à Grands centres ($p < ,05$) – Données de l'étude initiale, 2002

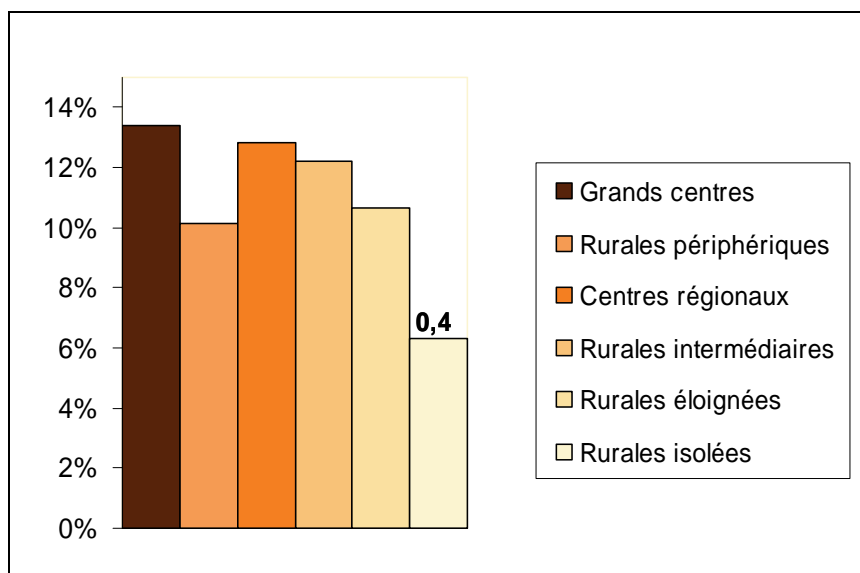


Figure 3 Proportion de la population rapportant des besoins non comblés selon les contextes géographiques, rapports de cotes relatifs à *Grands centres* ($p < ,05$) – Données de l’ESCC, cycle 2.1 - 2003

Cette section présente divers éléments associés aux ressources disponibles localement, à leur structure de distribution, à la vision des acteurs en place ainsi qu’aux pratiques individuelles et de collaboration qui contribuent à lever le voile sur ce qui, de prime abord, nous apparaissait paradoxal.

4.1.1 Répartition favorable des installations associées à la première ligne

Dans leur ensemble, les données relatives à la disponibilité géographique des installations du réseau montrent que les communautés rurales du Québec ne sont pas vraiment désavantagées en première ligne (*Rural-urbain* et Annexe A).

D’une part, 90 % de la population rurale dispose d’au moins un point de service à proximité, c’est-à-dire à 15 minutes ou moins de trajet routier. La localisation spatiale des ressources dévolues aux CLSC par le système public permet même d’assurer des services directement dans leurs communautés à 75 % des résidents des zones rurales les plus isolées.

D’autre part, la grande majorité des communautés rurales dispose de plusieurs points de service accessibles en moins de 30 minutes. Si on considère la population contenue dans un rayon de 30 minutes de trajet routier à partir de chaque municipalité et le nombre d’installations disponibles à l’intérieur du même rayon, les ratios résidents/installation calculés à partir des médianes de chaque contexte sont respectivement de 2 405, 2 069, 1 959 et 475, des communautés rurales périphériques vers les communautés rurales isolées. Comparés à 2 647 résidents par installation de première ligne dans les Grands centres, ces ratios témoignent d’un net avantage pour les communautés rurales et ce, d’autant plus qu’elles sont éloignées.

Enfin, nos travaux confirment que la disponibilité des ressources techniques et professionnelles dévolues à la première ligne dépend de la localisation spatiale des hôpitaux^{47,48} et que les installations

publiques occupent une large place dans les réseaux de première ligne dont bénéficient les communautés rurales. Lorsqu'un hôpital de première instance est situé à proximité, son plateau technique est automatiquement intégré à l'offre locale pour appuyer les processus diagnostics (prélèvements et analyses, radiologie, etc.) tandis que le service d'urgence est systématiquement mis à contribution pour couvrir les besoins de première ligne pendant les plages horaires défavorables. Des services d'urgence 24/7 aménagés par certains CLSC prennent le relai lorsque le plus proche hôpital s'avère trop éloigné. Ce type de contribution institutionnelle complémentaire tend à s'accroître avec l'éloignement des ressources spécialisées (24 cabinets pour 1 hôpital dans les Grands centres alors que le ratio correspondant est de 7:1 dans les zones rurales isolées - *Rural-urbain*, tableaux annexés). Des données relatives à la dernière utilisation de service (*Agrandir le portrait*, ESCC) ont permis de confirmer qu'au fur et à mesure qu'on s'éloigne des Grands centres, les CLSC et les urgences hospitalières s'ajoutent effectivement aux cabinets comme lieux de consultation privilégiés par les communautés rurales.

L'ensemble des éléments liés à la disponibilité et à la structure de distribution des services aux communautés rurales permet de mieux interpréter certaines de nos observations. On peut comprendre le gradient favorable observé pour l'accessibilité expérimentée en situation d'urgence des Grands centres vers les communautés rurales isolées (Figure 2) par le fait que la pénétration du milieu institutionnel dans l'organisation de la première ligne s'accroît en parallèle. Si cette dimension de l'accessibilité s'avère beaucoup plus favorable dans les zones rurales isolées que partout ailleurs, c'est vraisemblablement parce que les installations responsables de la première ligne dans ces territoires, en l'occurrence, des Centres de santé (structure intégrant les missions CLSC et hôpital de première instance) et des dispensaires, y assurent une couverture 24/7. Le fait qu'on observe en même temps une chute radicale de la perception relative à la facilité de contact avec un médecin dans ces mêmes contextes (Figure 2) s'explique vraisemblablement par le fort roulement des médecins en place et leur présence sporadique dans les petites communautés desservies par des dispensaires⁴⁷.

4.1.2 Disponibilité d'une source régulière de soins

Lorsqu'un besoin de santé est ressenti, tous les utilisateurs potentiels souhaiteraient se tourner vers un professionnel familier avec leur situation personnelle ou leur histoire médicale. Communiquer avec son médecin de famille a d'ailleurs été le premier réflexe exprimé dans tous les groupes de discussion et tous les contextes géographiques, sans exception (*Interfaces*, groupes de discussion). Il appert que les utilisateurs de notre échantillon initial rapportent une affiliation avec un médecin responsable dans une proportion généralement supérieure à 90 % dans tous les contextes ruraux (*Top-modèles*, niveau clients) contre 47 % dans les Grands centres. On ne peut cependant pas considérer que le gradient d'accessibilité observé, des Grands centres vers les zones rurales les plus isolées, constitue un épiphénomène de clientèle. En effet, la proportion de la population qui rapporte avoir un médecin de famille (*Agrandir le portrait*, ESCC) demeure beaucoup plus importante dans tous les contextes associés aux régions éloignées (79 % à 83 %) que dans les Grands centres (moins de 70 %) ce qui contribue vraisemblablement à maintenir un accès comparable au niveau populationnel (Figure 3).

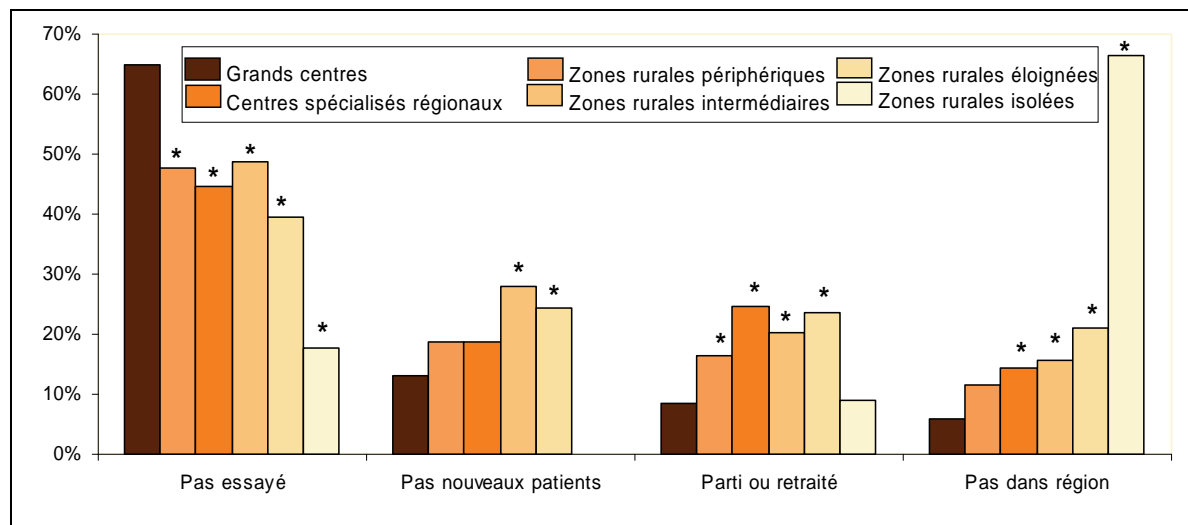


Figure 4 Répartition de la population sans médecin de famille selon les raisons évoquées pour ne pas en avoir et les contextes géographiques de résidence – Données de l’ESCC, cycle 2.1 - 2003

* : $p < ,05$ par rapport à Grands centres.

L’affiliation à un médecin régulier ne peut toutefois être invoquée pour expliquer la situation qui prévaut dans les contextes ruraux isolés où 70 % de la population adulte n’a pas de médecin de famille, essentiellement parce qu’il n’y en a pas dans ces portions du territoire (*Agrandir le portrait*, figure 4). Les données de notre étude initiale (*Top-modèles*, niveau clients) témoignent cependant du fait que les résidents des zones isolées sont généralement tributaires d’un seul milieu clinique de première ligne tout au long de leur vie (durée moyenne d’affiliation de 36 ans). Le fort roulement des effectifs médicaux qui caractérise ces contextes particuliers (durée moyenne d’affiliation avec le médecin < 3 ans) ne semble pas contraindre l’accès puisque qu’il y est plus favorable que partout ailleurs au Québec pour ce qui est de l’accessibilité expérimentée par la clientèle de première ligne (Figure 2) et de la faible probabilité de rapporter des besoins de services non comblés (Figure 3). C’est donc dire que, comme source régulière de soins, l’affiliation avec un milieu clinique peut se substituer avantageusement à l’affiliation avec un médecin en particulier.

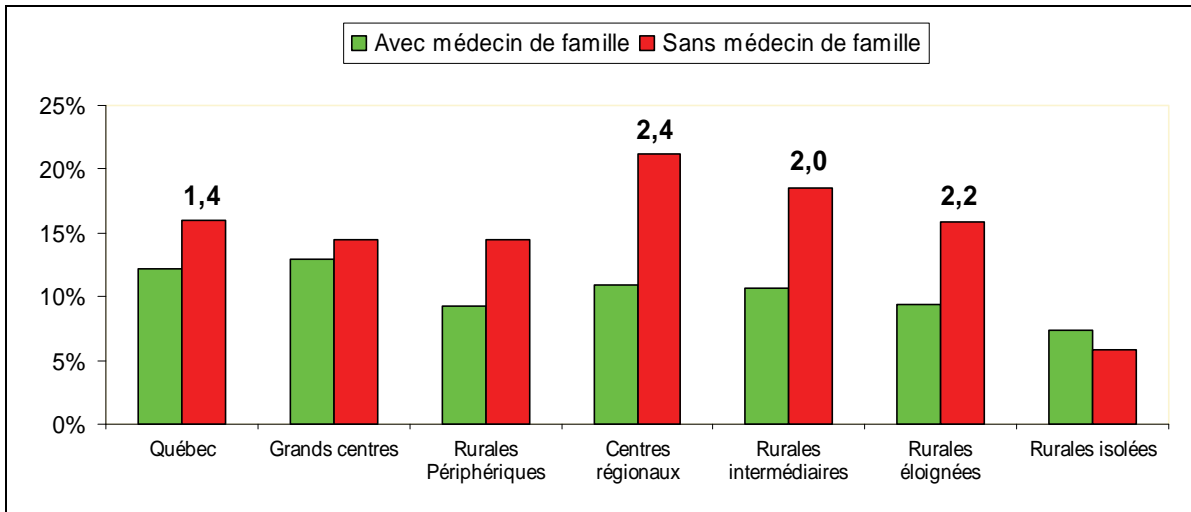


Figure 5 Proportion de la population avec et sans médecin de famille qui rapporte des besoins non-comblés selon les contextes géographiques, rapports de cotes ($p < ,05$) – Données de l'ESCC, cycle 2.1 – 2003

Il n'en demeure pas moins que pour pouvoir bénéficier d'une réponse satisfaisante à ses besoins de services, l'affiliation avec un médecin de famille se pose en préalable dans les autres contextes ruraux et les Centres régionaux, alors qu'elle n'apparaît pas aussi nécessaire dans les Grands centres et leur périphérie (*Agrandir le portrait*, figure 5). L'importance des besoins non comblés chez les personnes orphelines des contextes géographiques associés aux RSS éloignées par rapport à celles dotées d'un médecin de famille laisse croire que l'affiliation avec une source régulière de soins aide à transiger avec le système de soins, en particulier avec l'éloignement des ressources spécialisées.

4.1.3 Simplicité des interfaces

À partir du moment où un besoin a été ressenti, plusieurs éléments typiquement ruraux concourent à simplifier considérablement chacune des étapes de la démarche de recherche de service. D'ailleurs, contrairement à ce qu'on a tendance à anticiper, un nombre réduit de points de service à proximité et l'éloignement des options de rechange ne contraignent pas forcément la sélection de la meilleure option disponible pour répondre au besoin ressenti.

Il appert que les utilisateurs des divers contextes ruraux connaissent d'emblée les différents points de service, même que le fonctionnement de chaque milieu clinique est généralement bien connu des résidents des petites communautés. De plus, contrairement aux utilisateurs des milieux urbains, ils ont tendance à procéder au démarchage des différentes options essentiellement par téléphone, soit en prenant contact directement ou en mettant à contribution leur réseau social. En fait, la localisation des installations n'entre en considération qu'après avoir établi la possibilité d'être vu rapidement par quelqu'un de confiance. Ainsi, certains utilisateurs ont rapporté préférer parcourir plusieurs dizaines de kilomètres pour être vus à l'intérieur d'un délai, ou par un professionnel qu'ils jugent plus adéquats, plutôt que de consulter la source la plus proche.

De plus, les faits rapportés dans les divers groupes de discussion convergent vers une plus grande capacité d'accommodation des cabinets ruraux à l'égard des besoins particuliers de leurs clientèles. Cette flexibilité organisationnelle tient surtout au rôle déterminant joué par la secrétaire associée à la

source habituelle de soins et il apparaît clairement que les médecins comptent beaucoup sur de telles alliées pour leur pratique.

Ça dépend du symptôme qu'on a [...] Puis même des fois le médecin est bien occupé, alors elle [la secrétaire] dit : « Quand le médecin va avoir trois, quatre minutes entre deux patients, je vais lui parler puis je vais vous rappeler ». Puis si c'est quelque chose de pas trop urgent..., pas urgent mais pas trop grave, sérieux, c'est elle qui répond..., elle parle au médecin puis le médecin lui dit quoi dire. Puis sinon, c'est lui-même qui appelle. (*Interfaces, groupes de discussion – Communauté rurale éloignée*)

La plaque tournante du service médical, c'est le secrétariat. Si le secrétariat ne fonctionne pas, oublie ça, va-t-en chez vous, ça ne sert à rien. C'est fini. (*Jeu des acteurs, médecin*)

La proximité sociale qui caractérise les contextes ruraux n'est pas étrangère au fait que les secrétaires sont généralement en mesure de jauger l'importance du besoin, ou son degré d'urgence, afin d'offrir des solutions de rechange valables à chacun des individus. Les entrevues menées auprès des autres acteurs locaux montrent que cette proximité contribue aussi à accroître la sensibilité de tous les intervenants à l'égard de la globalité des besoins individuels et favorise des ajustements conséquents dans l'ensemble du réseau clinique.

4.1.4 Pratiques plus étendues

Les données de l'ESCC indiquent que les médecins spécialistes contribuent de moins en moins à la couverture des besoins des communautés rurales au fur et à mesure de l'éloignement des ressources spécialisées (*Agrandir le portrait*). Les infirmières sont même la principale source de soins en première ligne dans les communautés isolées. La majorité des médecins pratiquant dans les cliniques rurales et éloignées de notre échantillon (*Top-modèles, niveau médecins*) travaille aussi à l'hôpital (77 %) comparativement à une minorité dans les Grand centres (35 %).

La plupart des intervenants rencontrés (*Jeu des acteurs*) considèrent d'ailleurs avoir une « vraie pratique de première ligne », en ce sens qu'elle est à la fois plus polyvalente et plus spécialisée que celle de leurs homologues des Grands centres. Qu'ils soient médecins ou infirmières, ils n'en réfèrent à des collègues qu'au moment où les besoins dépassent leurs compétences étendues.

Un patient qui est cardiaque et diabétique, s'il est en ville, il sera suivi par un cardiologue, par l'endocrinologue. Le médecin de famille le voit et il essaie de coordonner tout ça. En ville, un patient sera suivi par 5 ou 6 médecins. Ici, non. Nous n'avons pas d'endocrinologue, on n'a pas de cardiologue, c'est le médecin de famille qui fait tout. (*Jeu des acteurs, médecin de première ligne en région*)

Pour le suivi de l'asthme (*Agrandir le portrait, Figure 6*), les trajectoires individuelles de soins témoignent d'une diminution du recours aux ressources spécialisées (*High tech*) en fonction de leur éloignement qui serait effectivement compensée par un suivi en première ligne (*Low tech*) au fur et à mesure qu'on s'éloigne des régions universitaires. La réduction concomitante de la proportion d'utilisateurs suivis de façon optimale (première ligne avec appui en spécialité) pourrait être mise en relation avec un éventuel problème d'accès aux services spécialisés. Toutefois, l'élargissement des champs de pratique professionnelle des médecins ruraux peut aussi expliquer la décroissance des taux de référence en spécialité ce qui impose une grande prudence dans l'interprétation des données relatives à l'accès réalisé.

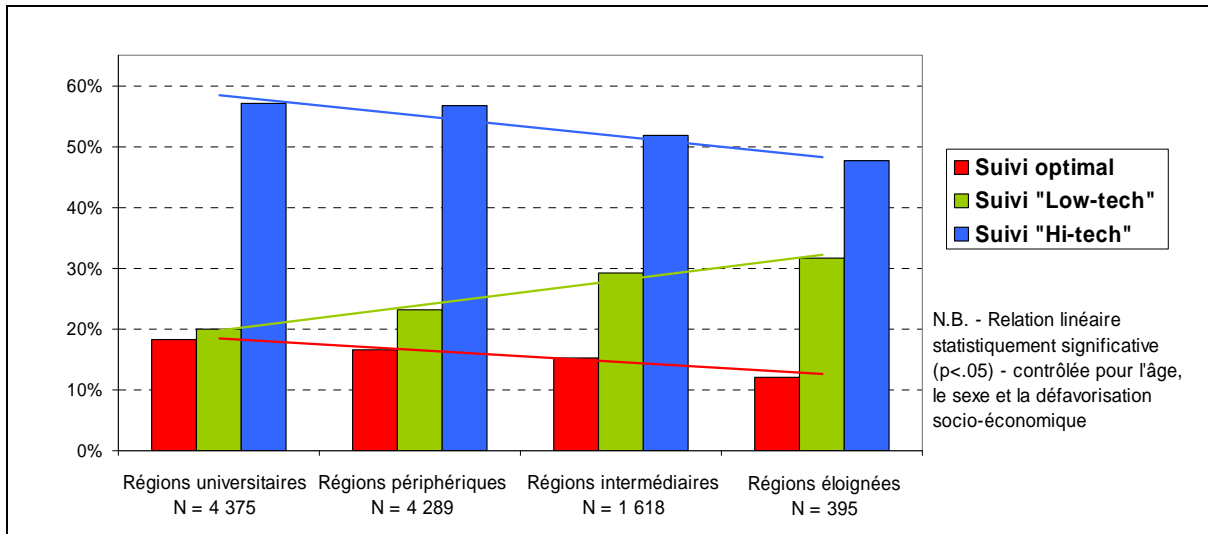


Figure 6 Répartition des cas d'asthme sévère selon les trajectoires de suivi observées et le type de région sociosanitaire de résidence – Données de facturation des actes médicaux, 2000-2001

La gamme de services médicaux dispensés localement s'étend grâce aux liens de collaboration qui prévalent entre les médecins généralistes des contextes ruraux et les médecins spécialistes des Centres de services (*Jeu des acteurs*). Ces derniers seraient particulièrement conciliants à l'endroit de leurs collègues des régions éloignées, d'autant que les relations qu'ils entretiennent relèvent fréquemment d'un réseau social développé au cours de leur formation. Ce soutien spécialisé à distance permet de couvrir localement les besoins de personnes qui, autrement, auraient à se déplacer sur de grandes distances. Pour les médecins généralistes ruraux et éloignés, ces liens généralistes-spécialistes exemplifient ce qu'il considère être de la collaboration interprofessionnelle. Il est d'ailleurs étonnant de constater à quel point leurs liens de collaboration apparaissent plus étroits avec des spécialistes distants que ceux qu'ils déploient avec l'équipe locale.

Les contextes isolés offrent un exemple tangible de pratique interprofessionnelle qui permet d'étendre l'offre de service en première ligne. Les infirmières en poste dans les dispensaires intègrent, en partie, le rôle du médecin généraliste afin d'assurer la disponibilité locale des services médicaux au quotidien. Cette collaboration transdisciplinaire repose sur un chevauchement des champs de pratique que consentent les médecins grâce aux liens de confiance qu'ils construisent au fil du temps avec des infirmières qu'ils forment eux-mêmes.

Je me demande combien de cas dans les urgences que les infirmières pourraient régler, comme on le fait nous autres. On n'appelle pas le médecin tout le temps. Le gars vient pour une DRS, c'était la cinquième journée après. J'ai fait l'examen. Il voulait juste se faire réassurer. Je n'ai pas appelé le médecin. (*Jeu des acteurs*, infirmière en dispensaire)

4.1.5 Écosystèmes socio-organisationnels

Les effectifs professionnels et de gestion qui assurent la prestation des services courants dans les contextes ruraux sont à l'image des communautés qu'ils desservent, c'est-à-dire, constitués en équipes de petite taille qui sont postées dans de multiples installations plus ou moins dispersées.

Leur cadre de travail (horaire et lieu) est généralement fragmenté pour couvrir différents types de besoins en divers endroits ce qui multiplie les occasions d'échanges, localement et régionalement, tant sur le plan social que professionnel, et résulte en une grande interconnaissance entre les intervenants des diverses installations du réseau clinique. Par exemple, 75 % des médecins de première ligne des contextes ruraux assurent le suivi intrahospitalier pour leurs patients comparativement à 17 % de leurs homologues des Grands centres (*Top-modèles*, niveau médecins).

Il se trouve que l'intégration des ressources locales dont témoignent les modèles qui prédominent dans les contextes ruraux, sert effectivement à produire les services nécessaires pour répondre aux besoins des clientèles et des communautés. Toutefois, on observe une forme naturelle d'intégration liée à une interdépendance vis-à-vis des ressources disponibles localement¹² qui transcende les installations typiquement associées à la première ligne de services médicaux et s'apparente à un écosystème socio-organisationnel. Les stratégies d'échantillonnage utilisées pour l'étude sur la collaboration ont d'ailleurs mis en évidence la perméabilité des frontières organisationnelles : les principaux collaborateurs relevés par nos informateurs-clés pratiquent majoritairement en dehors des cabinets et CLSC investigués (*Jeu des acteurs*).

Les intervenants associés à la première ligne dans ces contextes organisationnels particuliers ont à la fois une vue d'ensemble des ressources dont ils disposent collectivement et une perspective populationnelle des besoins de services au sein de leur communauté. Les intervenants expriment aussi un fort sentiment d'interdépendance qui tend à s'intensifier au fur et à mesure que la taille des communautés diminue et qu'on s'éloigne des ressources spécialisées, pour culminer dans les contextes les plus isolés. Le fait que l'expérience globale de la clientèle des cliniques suit le même gradient positif n'étonne donc pas les intervenants des régions éloignées.

Pourquoi le patient en milieu rural a l'impression d'être mieux desservi? Moi je pense que c'est parce que les organisations ont été capables, en milieu rural, de se parler un peu plus que les organisations en ville. (*Jeu des acteurs*, médecin de première ligne en région)

La collaboration interprofessionnelle et interorganisationnelle se construit en fonction des besoins du patient et se fonde sur l'existence de liens de confiance entre les intervenants, et non pas autour de protocoles ou d'ententes formelles entre les organisations. Les intervenants partagent des objectifs axés sur la capacité locale de couvrir au mieux les besoins individuels en tenant compte de l'ensemble des ressources disponibles. Cette vision rallie tous les acteurs et n'est pas enfreinte par les frontières organisationnelles de sorte que le réseau clinique peut très bien fonctionner à partir des relations interpersonnelles. Les ressources locales sont alors généralement faciles à mobiliser et procurent un filet de sécurité aux personnes en situation de besoins.

Il y a encore des gens qui n'ont pas de médecin. Moi, j'en ai suivi longtemps. Il y a eu beaucoup de départs [de médecins] dans les dernières années et moi, je continuais d'aller à domicile parce que je savais qu'il n'y avait plus de médecin là. Fait que j'allais surveiller, puis si je voyais quelque chose qui n'allait pas bien, bien là, je pouvais référer à l'urgence. (*Jeu des acteurs*, infirmière – services à domicile)

4.2 L'ENVERS DU DÉCOR

Nous avons pu mettre en lumière les bons côtés des contextes ruraux et éloignés qui permettent à la première ligne d'être particulièrement performante sur le plan de l'accessibilité. Nos résultats ont cependant dévoilé des éléments de fragilité qui contribuent à précariser les conditions d'accès des communautés.

4.2.1 Inégalités d'accès

Même si une plus grande souplesse organisationnelle et professionnelle avantage les clientèles de première ligne des contextes ruraux, nos travaux ont mis en évidence que tous les membres des communautés n'en bénéficient pas également. En plus de la nécessité d'une affiliation avec un médecin de famille pour déterminer une porte d'accès privilégiée, certaines caractéristiques personnelles sont aussi requises pour réussir à entrer dans le système au moment opportun. Les groupes de discussion ont montré que certaines personnes sont avantagées parce qu'elles sont débrouillardes, disposent d'un bon réseau social, ont déjà travaillé dans le système ou ont développé des habiletés d'autogestion de leurs besoins de services en passant plusieurs fois par la phase de recherche de soins (*Interfaces*, groupes de discussion). Les autres rencontrent des barrières organisationnelles et géographiques qui inquiètent moins leurs homologues urbains.

L'absence d'affiliation à un médecin de famille contraint davantage l'accès dans les régions éloignées (*Agrandir le portrait*, Figure 5) notamment parce que les modèles professionnels de contact groupe-ouvert de type *walk-in* sont, à toutes fins utiles, absents dans ces contextes géographiques (*Top-modèles*, niveau installation). En effet, ce modèle typiquement urbain facilite l'accessibilité de premier contact des personnes orphelines et remplace avantageusement les services d'urgence pour obtenir un certain suivi^{6,49}. Certaines personnes choisissent même d'en faire leur source régulière de soins¹¹ ce qui expliquerait qu'une plus grande proportion de la population des Grands centres ne cherche pas de médecin de famille (*Agrandir le portrait*, Figure 4) même si elle n'en a pas (30 % - ESCC).

Par contre, les problèmes chroniques de recrutement et de rétention font en sorte que cette clé indispensable dans les régions éloignées peut faire défaut au moment où on en a le plus besoin. Plusieurs éléments incitent d'ailleurs à croire que la plus forte proportion de la population qui rapporte avoir un médecin de famille dans ces contextes particuliers (*Agrandir le portrait*, ESCC) s'expliquerait par une nette propension des individus à se prémunir d'une telle clé, en cas de besoin. Les personnes dotées d'un bon réseau social, ou mieux positionnées par rapport au système de soins, sont évidemment avantagées à cet égard (*Interfaces*, groupes de discussion).

Les groupes de discussion ont aussi permis de constater que deux personnes affiliées à un même médecin peuvent néanmoins rapporter des expériences de soins très différentes, parce que la souplesse expérimentée en première ligne relève essentiellement de la proximité sociale qui existe entre les utilisateurs et les intervenants. Comme elle ne repose sur aucun mécanisme formel, ce type d'accommodation organisationnelle spécifique des contextes ruraux ne bénéficie donc pas autant aux personnes plus défavorisées socialement.

De plus, l'accès aux services dans les contextes ruraux repose sur une étape déterminante de démarchage des différentes options disponibles pour combler le besoin de services. Les personnes moins bien outillées ou moins habiles pour colliger les renseignements nécessaires risquent d'être

laissées pour compte et de passer dans les mailles du filet de sécurité que procure le fonctionnement en écosystème.

Il y a une certaine classe de société qui sont... que c'est trop difficile pour eux autres. Il y a des personnes, ils n'ont aucune ressource, ils n'ont pas de moyens, ils n'ont pas de téléphone. (...) Ils restent là-bas [chez-eux] (...) Puis jusqu'à temps que..., des fois là c'est épouvantable. (*Interfaces*, groupes de discussion – Communauté rurale éloignée)

Enfin, les utilisateurs des contextes ruraux rapportent davantage les coûts indirects liés aux déplacements (perte de revenu et transport) comme des barrières économiques à l'accès aux services, vraisemblablement parce que de tels coûts y sont plus fréquents et plus élevés que dans les Grands centres. Lors de nos consultations, des responsables de l'application des programmes destinés à compenser les frais encourus pour l'utilisation de services non disponibles localement ou régionalement ont mentionné que plusieurs utilisateurs méconnaissent ces programmes, en particulier les personnes plus défavorisées. Ils ont même rapporté que certains décident sciemment de ne pas combler leurs besoins de services, faute de moyens financiers pour y accéder.

Il importe de considérer que le potentiel d'inégalités sociales d'accès³¹ dans les contextes ruraux tend à s'accroître avec l'éloignement des Grands centres, puisque les communautés à desservir deviennent de plus en plus dispersées, de faible taille et composées de personnes en situation de plus grande précarité sociale et économique (*Rural-Urbain*, Tableau 1, tableaux annexés).

4.2.2 Enchevêtrement des rôles et responsabilités professionnels

L'élargissement des champs de pratique professionnelle dans les contextes ruraux favorise la disponibilité locale d'une gamme plus étendue de services médicaux. Certains problèmes découlent toutefois de cette forme d'adaptation contextuelle des pratiques professionnelles, somme toute peu soutenue à l'échelle systémique.

Dans les régions éloignées, les médecins généralistes fournissent la plupart des services liés aux patients hospitalisés, aux gardes à l'urgence et aux visites dans les Centres de soins de longue durée⁵⁰. Forcément, la présence médicale en première ligne est contrainte par la nécessité de satisfaire tous ces besoins institutionnels à même les effectifs disponibles. Selon nos données, les médecins ne passent, en tout, que 70 % de leurs temps en première ligne, comparativement à 90 % pour leurs homologues urbains (*Top-modèles*, niveau médecins). Leurs clientèles ont d'ailleurs tendance à utiliser d'emblée l'urgence pour les soins aigus parce qu'elles assument ne pas pouvoir les consulter facilement en clinique (*Interfaces*, groupes de discussion).

Les lois et règlements encadrant la prestation des services médicaux tendent cependant à maintenir les médecins au centre des décisions et en position de leadership par rapport aux autres intervenants, en particulier envers les infirmières (*Jeu des acteurs*). Le manque de disponibilité des médecins et l'irrégularité de leur présence génèrent des problèmes de connectivité avec les intervenants de première ligne, d'autant que la rémunération à l'acte freinerait leur participation aux équipes multidisciplinaires. Certains rapportent être parfois limités dans leur propre pratique en raison de difficultés à obtenir l'avis et l'orientation du médecin traitant.

Moi, si j'ai un appel à neuf heures le soir puis que le médecin il est juste accessible de huit heures à quatre heures, bien moi, je suis toute seule avec le problème. (*Jeu des acteurs*, infirmière en région)

Nous n'avons aucune information quant à la qualité des services, mais il demeure que l'élargissement des champs de pratique des médecins et des infirmières que nous avons observé dans les régions éloignées ne fait pas l'objet de reconnaissance officielle et ne repose sur aucune formation reconnue. Même dans les contextes les plus isolés où le chevauchement des champs de pratique entre médecins et infirmières représente une nécessité, la pratique infirmière avancée y demeure très fragile à cause de la faible formalisation qui entoure la définition des rôles et le partage des responsabilités.

D'emblée, les médecins rencontrés choisissent de former les infirmières avec qui ils collaborent dans ces milieux afin de s'assurer de leurs aptitudes et de leurs connaissances. Au fil du temps, l'expérience de la collaboration permet de développer les liens de confiance dont ils ont besoin pour consentir progressivement une portion de leur champ de pratique en première ligne. Le rythme auquel changent les médecins et les infirmières dans ces contextes particuliers réduit considérablement l'efficacité de cette façon de faire et soulève des enjeux quant à la stabilité et à la qualité de l'offre locale. Même les infirmières œuvrant dans des contextes moins isolés considèrent que l'absence de protocoles couplée à l'irrégularité de la présence médicale en première ligne génère de sérieux problèmes d'échanges d'information clinique qui sont particulièrement préoccupants pour certains types de clientèles (soins palliatifs à domicile).

Il apparaît clairement que la formalisation d'ententes encadrées par les dispositions législatives actuelles de délégation d'actes médicaux (protocoles de soins, ordonnances collectives) de même que l'accréditation de la formation et la reconnaissance de la pratique étendue des infirmières s'avèreraient particulièrement porteuses pour les régions éloignées et isolées.

Il semble toutefois que ce type de problème de structuration des liens de collaboration entre médecins et infirmières soit étroitement lié à une aversion plus généralisée de la profession médicale envers la formalisation d'ententes. Habités à fonctionner de façon informelle et à entretenir des liens ad hoc avec les autres intervenants, les médecins consultés considèrent la formalisation comme un frein aux relations interpersonnelles et à l'efficacité clinique. La valorisation de l'expérience, au détriment de l'éducation formelle et des qualifications d'une pratique avancée que nous avons pu observer, constituerait aussi un élément de la culture médicale qui nuit à la reconnaissance des compétences et savoirs infirmiers⁵¹.

4.2.3 Instabilité coûteuse

Même si le fonctionnement en écosystème comporte plusieurs avantages sur le plan de l'accessibilité, il demeure des brèches dans l'organisation de la première ligne des contextes ruraux qui sont fort coûteuses tant pour le système de soins que pour la santé des personnes.

En l'absence de modèle de type *walk-in* dans les contextes ruraux, l'accès à un cabinet médical est limité aux patients affiliés à un des médecins en poste. Les personnes orphelines n'ont alors d'autre choix que de se tourner vers l'urgence, même pour des interventions aussi mineures que le renouvellement d'une prescription. On a constaté que les utilisateurs sont très conscients que les services d'urgence des hôpitaux représentent une option très dispendieuse pour le système et se privent parfois d'y recourir (*Interfaces*, groupes de discussion). L'ampleur des différences observées entre les clientèles des médecins de famille et les personnes orphelines quant à la probabilité de rapporter des besoins non comblés (*Agrandir le portrait*, Figure 4) pourrait donc témoigner d'un manque de solutions de rechange aux services hospitaliers d'urgence dans les contextes ruraux. Ce défaut

organisationnel ne serait pas sans conséquence pour la santé des communautés. En effet, 7 % des répondants de l'enquête réalisée pour valider nos échelles d'accessibilité (*Interfaces*) rapportent l'aggravation de leur état de santé à cause d'un manque d'accessibilité et 21 % d'entre eux l'attribuent à l'absence d'un médecin traitant.

Le recours au mécanisme de dépannage est un outil utile pour pallier les ruptures temporaires de services médicaux occasionnées par les problèmes de rétention et de recrutement. Toutefois, dans certains milieux, cette mesure représente la seule façon de réussir à combler l'ensemble des besoins institutionnels. Bien que fort coûteuse pour le système de soins, cette stratégie ne règle pas pour autant l'instabilité organisationnelle inhérente aux contextes ruraux et éloignés.

L'été, il fait beau. C'est la pêche au homard, la voile, pis tout ça. Pas de misère pour avoir des dépanneurs en été. En hiver par exemple... [Nom de la région], c'est loin. (*Jeu des acteurs*, médecin de première ligne en région)

On nous a d'ailleurs rapporté plusieurs exemples témoignant du fait que les écosystèmes locaux se trouvent constamment à la limite de leur capacité à maintenir le filet de sécurité pour les personnes en situation de besoin. L'accessibilité expérimentée à un moment donné peut chuter radicalement, et sans prévenir, à cause de la fragilité des équipes en place.

(...) [dans notre communauté], je pense que ce qui est arrivé beaucoup, c'est que les médecins qui sont partis, c'était beaucoup des médecins qui faisaient l'urgence. Puis ce que ça fait c'est que les médecins des cliniques ont dû couvrir l'urgence puis eux ils sont complètement débordés, évidemment. Fait qu'ils peuvent pas prendre des nouveaux clients et les clients existants, bien c'est des listes d'attente incroyables pour avoir des rendez-vous. Puis ça c'est tout un problème là. (*Interfaces*, groupes de discussion, Centre régional)

On a aussi observé que l'offre de première ligne dans les contextes ruraux et éloignés dépend souvent de personnes dédiées qui réussissent à contrer les soubresauts associés aux multiples changements, planifiés ou non, qui ont des répercussions sur leur travail au quotidien (*Jeu des acteurs*). Le manque de relève, le confinement à des responsabilités qu'on ne souhaite plus ou qui dépassent ses compétences, les changements structurels imposés, sont autant de facteurs qui provoquent le départ de bon nombre de ces personnes, même après des années de service.

Le haut niveau d'informalité qui caractérise les échanges cliniques entre les professionnels et les organisations responsables de la distribution des services accentue les conséquences de l'instabilité des écosystèmes locaux. Des liens de collaboration se rompent à chaque départ et doivent être reconstruits faute d'être soutenus par des mécanismes enchâssés dans la structure locale. C'est ainsi que, même si elle s'avère si nécessaire dans les contextes ruraux, éloignés et isolés, la collaboration interprofessionnelle demeure en construction, c'est-à-dire, toujours récente, régulièrement mise à l'épreuve, avec un partage de responsabilité qui n'est pas toujours explicite⁴². Pourtant, la plupart des acteurs la recherchent parce que, selon eux, elle améliore le climat de travail, diminue la charge individuelle et permet d'être plus efficace et d'avoir un meilleur contrôle de la situation (*Jeu des acteurs*).

RÉFÉRENCES ET BIBLIOGRAPHIE

1. Romanow, R.J., Guidé par nos valeurs : l'avenir des soins de santé au Canada. 2002, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada; Gouvernement du Canada : Ottawa. 427 pages.
2. Conseil consultatif ministériel sur la santé rurale, La santé rurale aux mains des communautés rurales : orientations stratégiques pour les communautés rurales, éloignées, nordiques et autochtones. 2003, Santé Canada : Ottawa. 76 pages.
3. Fairbairn, J. et L.J. Gustafson, Au-delà de l'exode : Mettre un terme à la pauvreté rurale. 2008, Comité sénatorial permanent de l'agriculture et des forêts; Sénat du Canada : Ottawa. 448 pages.
4. Clair, M., Les solutions émergentes. 2000, Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, Gouvernement du Québec. 454 pages.
5. Commission médicale régionale du Bas-Saint-Laurent, Mémoire présenté à la commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux. 2000: Rivière-du-Loup. [<http://www.agencessbsl.gouv.qc.ca/index.php?P=39>].
6. Haggerty, J. et coll., Accessibility and Continuity of Primary Care in Quebec. 2004, Canadian Health Research Services Foundation/Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. 27 pages.
7. Méthodes de synthèse. Projets de recherche commandée et activités connexes [http://www.chsrf.ca/funding_opportunities/commissioned_research/projects/msynth_f.php].
8. Lomas, J. et coll., Conceptualiser et regrouper les données probantes pour guider le système de santé. 2005, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé : Ottawa. 47 pages avec les annexes.
9. Contandriopoulos, A.P. et coll., L'évaluation dans le domaine de la santé : concepts et méthodes. Rev Epidémiol Santé Publique, 2000. 48(6) : p. 517-39.
10. Lamarche, P. et coll., Sur la voie du changement : Pistes à suivre pour restructurer les services de santé de première ligne au Canada. 2003, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, recherche commandée 2001-2002: Ottawa.
11. Pineault, R. et coll., L'accessibilité et la continuité des services de santé : une étude sur la première ligne au Québec. 2008 : Montréal.
12. Wakerman, J. et coll., A systematic review of primary health care delivery models in rural and remote Australia 1993-2006. 2006, Centre for remote health - Flinders University et Charles Darwin University Monash University faculty of medicine, nursing and health sciences the University of Queensland. 65 pages.
13. Wakerman, J., Innovative rural and remote primary health care models: What do we know and what are the research priorities? Australian Journal of Rural Health, 2009. 17(1) : p. 21-26.
14. Farmer, J. et coll., Primary health-care teams as adaptive organizations: exploring and explaining work variation using case studies in rural and urban Scotland. Health Serv Manage Res, 2005. 18(3) : p. 151-64.

15. Topping, S. et M. Calloway, Does resource scarcity create interorganizational coordination and formal services linkages? A case study of a rural mental health system. *Advances in health care management*, 2000. 1: p. 393-419.
16. Humphreys, J.S., Key considerations in delivering appropriate and accessible health care for rural and remote populations: Discussant overview. *Australian Journal of Rural Health*, 2009. 17(1): p. 34-38.
17. Prévost, P., Le développement local : Contexte et définition, in *Cahiers de recherche*. 2001, Institut de recherche et d'enseignement pour les coopératives de l'Université de Sherbrooke (IRECUS). 28 pages.
18. Friedmann, J. et J. Miller, THE URBAN FIELD. *Journal of the American Planning Association*, 1965. 31(4): p. 312 - 320.
19. Ghelfi, L.M. et T.S. Parker, A County-Level measure of Urban Influence. *Rural development perspectives*, 1997. 12(2): p. 32-41.
20. Vandersmissen, M.-H., P.Y. Villeneuve et M. Thériault, Analyzing changes in urban form and commuting time. *The professional geographer*, 2003. 55(4): p. 446-463.
21. Villeneuve, P. Y., M. Lee-Gosselin, et R. Barbonne (2005). Le champ métropolitain : une forme en émergence? Actes des XVI^e Entretiens Jacques-Cartier tenus en décembre 2003. A. Aguiléra, J.-L. Madre et D. Mignot. Lyon, Les collections de l'INRETS. 99: 41-62.
22. Conseil médical du Québec, Avis sur une nouvelle dynamique organisationnelle à implanter, la hiérarchisation des services médicaux. 1995, Conseil médical du Québec : Québec. 47 pages.
23. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Un outil pour aider à déterminer les priorités de recrutement de médecins spécialistes dans les hôpitaux et les régions du Québec. 2002, Gouvernement du Québec : Québec. 30 pages.
24. Ministère de la Santé et des Services sociaux, L'architecture des services de santé et des services sociaux. 2004, Gouvernement du Québec : Québec. 30 pages.
25. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Garantir l'accès : Un défi d'équité, d'efficacité et de qualité. 2006, Gouvernement du Québec : Québec. 60 pages.
26. Rural Committee of Canadian Association of Emergency Physicians (Thompson J chair). Recommendations for the management of rural, remote and isolated emergency health care facilities in Canada. 1997
[\[http://www.caep.ca/template.asp?id=EE78E436CB194234A67A66E89935E248#definitions\]](http://www.caep.ca/template.asp?id=EE78E436CB194234A67A66E89935E248#definitions).
27. du Plessis, V. et coll., Définitions de rural. *Bulletin d'analyse - Régions rurales et petites villes du Canada*, 2001. 3(3): p. 1-18.
28. McNiven, C., H. Puderer et D. Janes, Zones d'influence des régions métropolitaines de recensement et des agglomérations de recensement (ZIM) : une description de la méthodologie. 2000, Division de la géographie - Statistique Canada. 13.

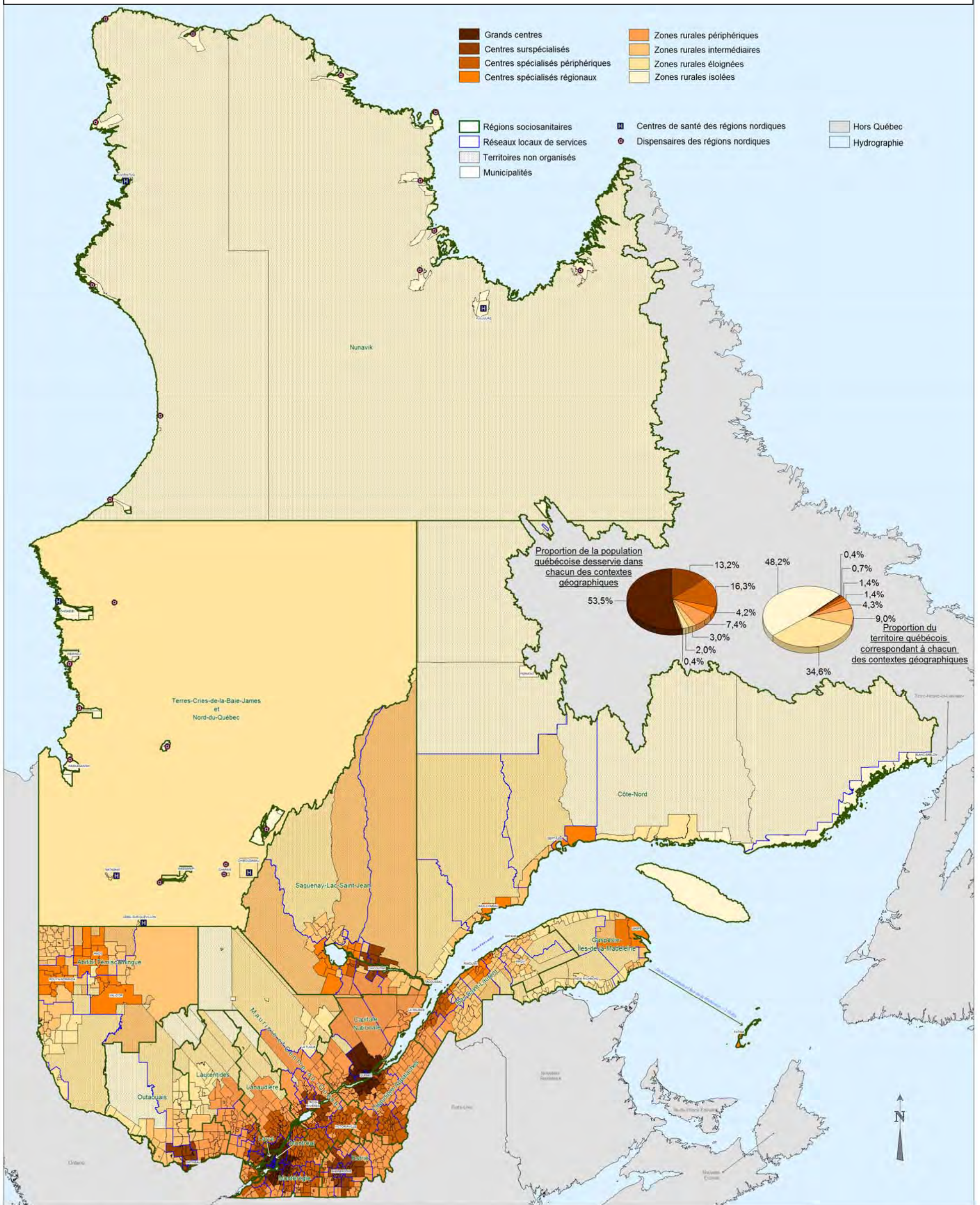
29. Mendelson, R. et J. Lefebvre, Examen des régions métropolitaines de recensement (RMR) et des agglomérations de recensement (AR) au Canada selon la fonctionnalité métropolitaine, in Série de documents de travail de la géographie. 2003, Statistique Canada: Ottawa. 17 pages avec les annexes.
30. Gauthier, J. et coll. An alternative to the Urban - Rural continuum for health services research. in Seventh national conference of the Canadian Rural Health Research Society. 2006. Prince-George, B.C., Canada: Canadian Rural Health Research Society.
31. Lombrail, P., Inégalités de santé et d'accès secondaire aux soins. *Rev Epidemiol Santé publique*, 2007. 55(1): p. 23-30.
32. Kessner, D.M., C.E. Kalk et J. Singer, Assessing health quality--the case for tracers. *N Engl J Med*, 1973. 288(4): p. 189-94.
33. Nutting, P.A., G.I. Shorr et B.R. Burkhalter, Assessing the performance of medical care systems: a method and its application. *Med Care.*, 1981. 19(3): p. 281-96.
34. Ricketts, T.C. et L.J. Goldsmith, Access in health services research: the battle of the frameworks. *Nurs Outlook*, 2005. 53(6): p. 274-80.
35. Safran, D.G. et coll., Organizational and financial characteristics of health plans: are they related to primary care performance? *Arch Intern Med*, 2000. 160(1): p. 69-76.
36. Starfield, B. et coll., Costs vs Quality in Different Types of Primary Care Settings. *The Journal of the American Medical Association*, 1994. 272(24): p. 1903-1952.
37. Lamarche, P.A. et coll., Availability of Healthcare Resources, Appreciation of the Care Experience and Use of Services: An Unexpected Relationship. *Healthcare Policy*, 2008. (soumis aux fins de publication).
38. Lamarche, P. et coll., L'intégration des services : enjeux structurels et organisationnels ou humains et cliniques? *Ruptures*, 2002. 8(2): p. 71-92.
39. Mazankowski, D., A Framework for Reform. 2001, Premier's Advisory Council on Health. Government of Alberta, Alberta.
40. Sinclair, D., Regard sur le passé, regard vers l'avenir. Plan d'action en sept points. 2000, Gouvernement de l'Ontario : Commission de restructuration des services de santé de l'Ontario: Toronto. 27 p.
41. Pineault, R. et coll., Collectif de recherche sur l'organisation des services de santé de première ligne au Québec. 2005. 45 pages.
42. D'Amour, D. et coll., Étude comparée de la collaboration interorganisationnelle et de ses effets : le cas des services en périnatalité. 2003, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé : Ottawa. 34 pages.
43. D'Amour, D. et I. Oandasan, Interprofessionalism as the field of interprofessional practice and interprofessional education: an emerging concept. *J Interprof Care*, 2005. 19(Suppl 1): p. 8-20.
44. Guba, E.G. et Y. Lincoln, Fourth generation evaluation. 1989, Newbury Park: Sage. 294.
45. Yin, R.K., Case study research: design and methods. 3rd ed. *Applied Social Research Methods Series*. 2003, Newbury Park: Sage Publications Inc. 200.

46. Mays, N., C. Pope et J. Popay, Systematically reviewing qualitative and quantitative evidence to inform management and policy-making in the health field. *J Health Serv Res Policy*, 2005. 10 Suppl 1: p. 6-20.
47. Bobet, E. et J. Gauthier, Utilisation et appréciation des services de santé, in Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Cycle 2.1 - Iiyiyiu Aschii, 2003, Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James et Institut national de santé publique du Québec, Editor. 2008, Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James. 28 pages.
48. Wootton, J., Rural hospitals: we can't do without them! / Les hôpitaux ruraux : nous ne pouvons nous en passer! *Can J Rural Med*, 1997. 2(2): p. 60.
49. Hutchison, B. et coll., Patient satisfaction and quality of care in walk-in clinics, family practices and emergency departments: the Ontario Walk-In Clinic Study. *Cmaj*, 2003. 168(8): p. 977-83.
50. Savard, I. et J. Rodrigue, Trop ou trop peu d'omnipraticiens au Québec? *Le médecin du Québec*, 2001. 36(10).
51. Snelgrove, S. et D. Hughes, Interprofessional relations between doctors and nurses: perspectives from South Wales. *J Adv Nurs*, 2000. 31(3): p. 661-7.

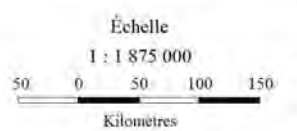
ANNEXE A

**CARTOGRAPHIE DES CONTEXTES GÉOGRAPHIQUES ET
DONNÉES RELATIVES À LA DISPONIBILITÉ DES SERVICES**

Contextes géographiques de distribution des services de santé prévalant sur le territoire Québécois



Programme de recherche "Modèles d'organisation des services de première ligne et accès aux services requis par les communautés rurales, éloignées et isolées du Québec.
 Financé par : FCRSS, FRSQ, MSSS, INSPQ, Agences de la santé et des services sociaux des régions du Bas-Saint-Laurent, de la Côte-Nord, de l'Abitibi-Témiscamingue et de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine.
 Toutes les données spatiales ont été fournies par le Service du Développement de l'information (SDI) du MSSS sur la base des installations composant le réseau de 2000 - 2003.
 La représentation du découpage territorial des municipalités réfère aux zones de transport du MTQ (n = 1 584) utilisées pour le calcul des distances routières entre les lieux de résidence et les installations et les mesures de densité spatiale. Les données populationnelles sont issues du recensement canadien de 2001.



Conception graphique : Guy Mircotte, décembre 2008

Disponibilité géographique des services à l'échelle des communautés du Québec selon les contextes géographiques (n = 1 598 SDR)							
	Population locale médiane (≤ 30 min)	Installations locales (≤ 30 min)		Trajet routier vers les plus proches services (minutes)			
		Cabinets / CLSC	Hôpitaux	Première ligne		Deuxième ligne	Troisième ligne
				Points de services	CH		
Québec (1 598 SDR)	33 609	64 ± 156	3 ± 5	12 ± 25	35 ± 195	63 ± 130	142 ± 215
Grands centres (138)	812 724	402 ± 272	14 ± 7	1 ± 3	12 ± 7	12 ± 7	15 ± 8
Centres surspécialisés (112)	170 564	72 ± 57	3 ± 1	4 ± 6	14 ± 8	17 ± 8	20 ± 9
Centres périphériques (346)	86 355	35 ± 29	2 ± 1	7 ± 6	19 ± 8	20 ± 8	55 ± 23
Centres régionaux (86)	31 615	10 ± 5	1 ± 0,2	7 ± 7	16 ± 9	16 ± 9	309 ± 215
Zones rurales périphériques (445)	21 644	11 ± 10	0,4 ± 0,6	11 ± 12	35 ± 18	49 ± 21	62 ± 25
Zones rurales intermédiaires (218)	10 344	5 ± 4	0,5 ± 0,5	13 ± 14	32 ± 18	60 ± 17	251 ± 159
Zones rurales éloignées (178)	3 917	3 ± 4	0,4 ± 0,5	30 ± 35	56 ± 49	137 ± 36	301 ± 184
Zones rurales isolées (75)	475	0,6 ± 0,6	0,1 ± 0,2	43 ± 85	258 ± 195	653 ± 415	889 ± 530

Nature des services médicaux disponibles selon les contextes géographiques (n = 1 598 SDR)												
	Points de services en première ligne			Hôpitaux de services généraux et spécialisés								
	N	Médecins / Cabinet		N	Nombre de spécialités distinctes		Lits courte durée		Nombre annuel d'admissions		% admissions médecin famille	
		χ	± σ		χ	± σ	χ	± σ	χ	± σ	χ	± σ
Québec (1 598 SDR)	1 987	3 ± 4	20%	108	13 ± 9	169 ± 158	18 527 ± 17 488	47% ± 33%				
Grands centres (138)	986	4 ± 4	10%	34	20 ± 8	309 ± 165	32 161 ± 17 432	19% ± 29%				
Centres surspécialisés (112)	245	3 ± 3	16%	14	12 ± 10	167 ± 165	18 535 ± 20 529	50% ± 35%				
Centres spécialisés périphériques (346)	296	3 ± 4	19%	19	14 ± 6	169 ± 86	21 287 ± 12 577	47% ± 17%				
Centres spécialisés régionaux (86)	88	4 ± 4	27%	10	13 ± 3	116 ± 53	13 776 ± 6 397	39% ± 11%				
Zone rurales périphériques (445)	168	2 ± 2	31%	6	6 ± 3	43 ± 21	4 002 ± 3 217	73% ± 18%				
Zones rurales intermédiaires (218)	95	3 ± 2	57%	8	6 ± 3	43 ± 18	4 605 ± 2 239	71% ± 16%				
Zones rurales éloignées (178)	75	2 ± 1	44%	12	5 ± 4	32 ± 27	3 274 ± 2 992	80% ± 19%				
Zones rurales isolées (75)	34		100%	5	2 ± 3	17 ± 8	1 125 ± 704	94% ± 8%				

