

L'ORGANISATION DES SERVICES DE SANTÉ DE PREMIÈRE LIGNE

Portrait des services médicaux de première ligne à Montréal et en Montérégie

Hamel M, Pineault R, Levesque J-F, Roberge D,
Lozier-Sergerie A, Prud'homme A, Simard B

Les services de santé de première ligne sont l'objet d'importantes transformations au Québec. C'est dans ce contexte que le projet « L'accessibilité et la continuité des services de santé : une étude de la première ligne au Québec » a été réalisé dans deux régions sociosanitaires du Québec, celles de Montréal et de la Montérégie (Pineault, Levesque et al., 2004). Le principal objectif de l'étude est d'identifier les modèles d'organisation des services médicaux de première ligne les mieux adaptés, les plus prometteurs pour répondre aux besoins et aux attentes de la population en matière de services médicaux de première ligne.

Cette étude est conduite par des chercheurs de l'Équipe santé des populations et services de santé de la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et de l'Institut national de santé publique du Québec et des chercheurs du Centre de recherche de l'Hôpital Charles LeMoyné. De nombreux partenaires et autres chercheurs québécois ont collaboré à la réalisation de cette étude.

INTRODUCTION

Le rapport sur l'organisation des services de santé de première ligne (Hamel, Pineault et al., 2007) s'inscrit dans une série de publications se rapportant aux résultats du projet de recherche. Il présente des données probantes et inédites sur l'organisation des services médicaux de première ligne. Les résultats y sont détaillés par région administrative et par territoire de Centres de santé et de services sociaux (CSSS).

Les données présentées proviennent d'une vaste enquête menée en 2005 auprès de l'ensemble des cabinets et cliniques médicales de première ligne des régions étudiées. Cet état de situation s'adresse tout particulièrement aux décideurs montréalais et montréalais des milieux cliniques et administratifs ainsi qu'aux groupes de recherche, cliniciens et toutes personnes s'intéressant à l'organisation des services de santé de première ligne.

Dans la conjoncture actuelle, alors que d'importantes transformations sont imposées au système de santé québécois, ces données constituent des informations fort utiles. De plus, les collectes des données de cette étude ont été réalisées à un moment correspondant aux premières années d'implantation des Groupes de médecine de famille (GMF) et au déploiement des CSSS. Elles ont précédé l'implantation des premières Cliniques-réseau. Dans ce contexte, la période d'étude est considérée comme un temps « 0 » relativement à l'implantation des CSSS.

LES CLINIQUES MÉDICALES DE PREMIÈRE LIGNE DE MONTRÉAL ET DE LA MONTÉRÉGIE

Au total, 665 cliniques médicales ont été recensées, dont 440 dans la région de Montréal et 225 en Montérégie. À ce chapitre, la variation entre les territoires de CSSS est très grande, passant d'aussi peu que cinq points de services sur le territoire du Haut-Saint-Laurent à 85 sur le territoire de La Montagne (figures 1 et 2).

Tant à Montréal qu'en Montérégie, la très grande majorité des cliniques de première ligne suit un mode de production de services essentiellement privé, celles-ci n'étant pas rattachées administrativement à des établissements publics comme les CLSC ou les hôpitaux, et ne recevant pas d'octroi financier public pour leur fonctionnement comme les GMF. Au moment de l'étude, en 2005, c'était le cas de 84 % des cliniques recensées. Au total, 53 points de services en CLSC et 11 UMF offraient des services médicaux généraux et 41 cliniques médicales comportaient des médecins faisant partie de GMF (26 sites principaux et 15 sites affiliés). Les territoires de Vaudreuil-Soulanges, Suroît, La Pommeraie et Haute-Yamaska, caractérisés par leur petit nombre de cliniques médicales, se distinguaient par des proportions élevées de cliniques associées à des GMF ou en CLSC (50 % et plus).

Figure 1 : Nombre de cliniques médicales de première ligne – Montréal

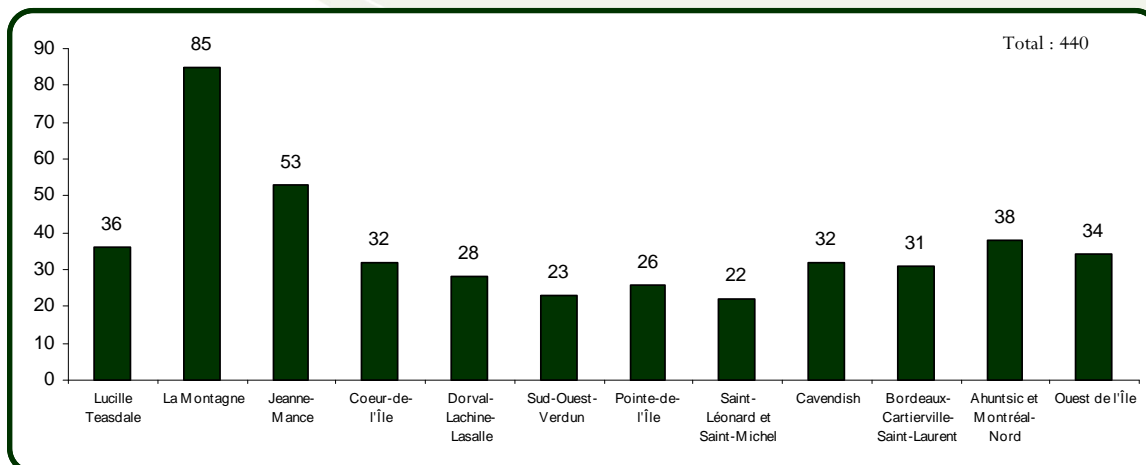
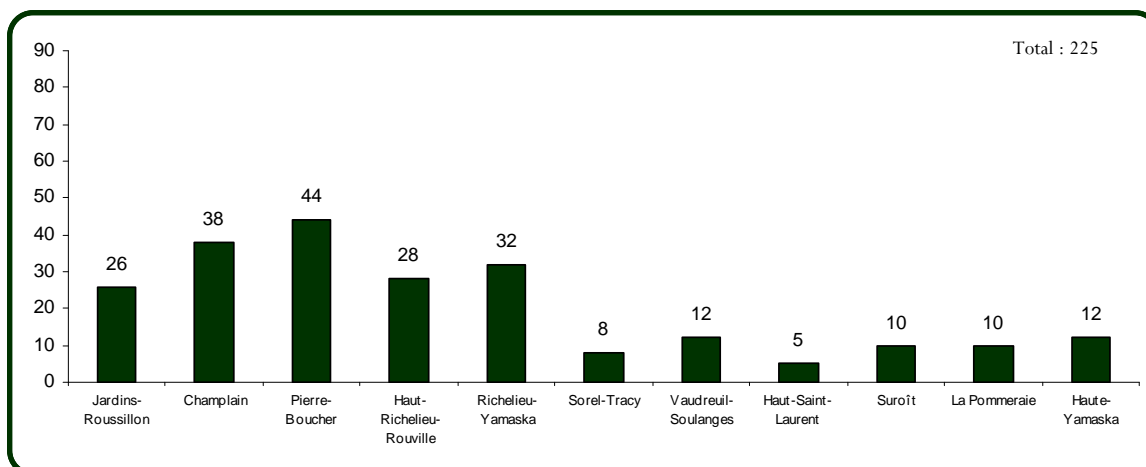


Figure 2 : Nombre de cliniques médicales de première ligne – Montérégie



SYNTHÈSE DES RÉSULTATS

À Montréal et en Montérégie, plus de 85 % des utilisateurs des services de santé identifient les cliniques médicales de première ligne, incluant les CLSC, comme leur source habituelle de soins de première ligne. Il ressort de notre étude que, généralement, ces organisations adoptent une vision qui s'appuie sur la logique de la « médecine familiale », les priorités allant aux services et au suivi des clientèles régulières plutôt qu'à l'accessibilité. De plus, dans la conjoncture actuelle où la responsabilité populationnelle n'est pas un enjeu pour la majorité des cliniques de première ligne, il n'est pas étonnant que ce soit la clientèle régulière des cliniques plutôt que la population des territoires qui soit priorisée. Un écart est cependant noté entre la vision prédominante qui met l'accent sur la continuité des services aux clientèles et les pratiques organisationnelles. En effet, les mécanismes mis en place

apparaissent souvent insuffisants pour assurer des services globaux et disponibles en tout temps. On pense notamment aux services de garde qui sont restreints et à la gamme des services offerts qui n'est pas toujours très étendue. Du côté des structures et des ressources, les résultats mettent en évidence le potentiel à développer dans le réseau de la première ligne, quant à la pratique médicale de groupe, le travail en interdisciplinarité avec les infirmières et l'utilisation de technologies d'information de pointe.

Une lecture transversale des résultats révèle des contrastes notables entre les deux régions administratives et entre les territoires de CSSS. Les variations se traduisent tant dans la vision adoptée par les cliniques pour organiser leurs services, que dans les ressources, les structures organisationnelles et les pratiques mises à la disposition du réseau de la première ligne. Les principaux constats à ces égards sont présentés dans les lignes qui suivent.

Principaux constats

- Les équipes médicales demeurent, somme toute, relativement petites. Plus du tiers des organisations sont « solo » et moins de 16 % comportent plus de 7 médecins-équivalent temps plein (ETP).
- Une proportion relativement faible de cliniques (37 %) ont des infirmières à leur emploi. Les rôles qu'elles assument peuvent être considérés comme novateurs dans moins de 40 % de ce nombre d'organisations.
- Près du deux tiers des organisations comptent plus d'un médecin. Les indicateurs captant l'intensité et l'organisation du travail de groupe démontrent que les médecins de bon nombre de ces organisations partagent déjà certaines activités cliniques (74 %). Cependant, moins d'organisations sont dotées de mécanismes structurant le travail de groupe (présence d'un médecin responsable, 65 %; mécanismes de coordination inter professionnelle, 41 %; partage des ressources, 46 %). Sur la base de ces résultats, on peut penser qu'il existe au sein de ces organisations un certain potentiel pour le développement de la pratique médicale de groupe.
- Les technologies de l'information n'ont pas rejoint les organisations de première ligne. En effet, plus de 80 % d'entre elles ne disposent que de peu ou pas d'outil de pointe pour supporter les activités cliniques, que ce soit pour la communication d'information sur les patients ou pour la gestion de la clinique.
- De façon générale, on observe des lacunes dans l'accessibilité des services de première ligne. Aussi peu que 16 % des cliniques médicales assurent la prestation de services les soirs et les fins de semaine. En dehors des heures d'ouverture des cliniques, moins de 2 % des organisations de première ligne rendent disponible un système de garde sur appel pour répondre à la population (c'est-à-dire à toutes les personnes qu'elles aient ou non un dossier à la clinique). Enfin, moins de 10 % des organisations sont impliquées dans un système de garde régional.
- En ce qui concerne les services offerts, on observe qu'environ seulement le quart des organisations offre un système de garde pour les patients réguliers de la clinique, le tiers offre toujours un suivi systématique pour les maladies chroniques et le quart dispose d'une gamme très étendue de services médicaux.
- Tout tend à démontrer que l'intégration de la première ligne au système de soins se fait via les liens que les professionnels développent entre eux pour coordonner

les soins requis pour leur clientèle plutôt que par des structures formelles au niveau de l'organisation.

Des régions contrastées et des variations entre les territoires de CSSS

- Généralement, dans la région de Montréal comparativement à la Montérégie, on observe un plus grand nombre de petites cliniques et d'organisations « solo »; une présence moins importante d'infirmières en première ligne, plus de cliniques accordant leur priorité à l'accessibilité des services plutôt qu'à la continuité, plus de cliniques offrant des systèmes de garde en dehors des heures d'ouverture et moins de cliniques offrant une gamme étendue de services.
- Généralement, en Montérégie, on observe des tendances inverses pour ces indicateurs. Ces résultats sont en partie le reflet de la situation de quelques territoires qui, pour bon nombre d'indicateurs, obtiennent des résultats nettement différents de l'ensemble. C'est tout particulièrement le cas pour les territoires de La Pommeraie, Haute-Yamaska, Suroît et Haut-Saint-Laurent et dans un moindre mesure Vaudreuil-Soulanges. Ces territoires se caractérisent par la prédominance d'une vision populationnelle de la responsabilité des cliniques, la présence plus importante d'infirmières jouant un rôle novateur, davantage de groupes de médecins intégrés dans des structures formelles et des indications d'une plus grande intégration systémique pour plusieurs cliniques.
- À Montréal, une partie notable de la population identifie leur source habituelle de soins de première ligne sur d'autres territoires de CSSS que celui de leur résidence. Dans un tel contexte, l'organisation des services de première ligne requiert une bonne compréhension des mouvements des clientèles entre les territoires. L'autonomie territoriale, eu égard à l'organisation des services de première ligne, s'en trouve complexifiée.
- En Montérégie, l'affiliation de la population aux ressources médicales de première ligne situées sur les territoires de résidence est élevée. Cette situation crée des conditions favorables aux approches populationnelles qui modulent l'organisation des ressources selon les besoins de la population et à une plus grande autonomie territoriale. Toutefois, les nombres de médecins-ETP relativement bas sur plusieurs de ces territoires constituent très certainement des freins à cet égard.

CONCLUSION

Les résultats de cette étude mettent en lumière certaines lacunes qui touchent la quasi totalité des organisations. Par exemple, le peu de ressources infirmières en première ligne ainsi que la pauvreté des technologies d'information apparaissent ici comme des lacunes à l'échelle du réseau de première ligne.

Enfin, il demeure que l'étude des formes organisationnelles qui émergent de l'agencement des différents attributs des organisations à partir des données dont nous disposons est essentielle, pour apprécier le plein potentiel de développement de la première ligne. Une première analyse des profils et des types d'organisation de première ligne a en effet révélé que les nouveaux modèles émergents comme les GMF possèdent beaucoup d'attributs organisationnels jugés souhaitables dans la littérature sur les services de première ligne (Pineault, Levesque et al., 2007). Elle révèle également que d'autres modes d'organisation se comparent avantageusement à ces nouveaux types émergents.

RÉFÉRENCES

Hamel M, Pineault R, Roberge D, Levesque J-F. La réalisation d'une enquête sur l'organisation des services médicaux de première ligne : défis conceptuels et méthodologiques. *Méthodologie de l'enquête organisationnelle. L'accessibilité et la continuité des services de santé : Une étude sur la première ligne au Québec.*

L'organisation des services de santé de première ligne – Portrait des services médicaux de première ligne à Montréal et en Montérégie

Auteurs :

Marjolaine Hamel^{1,2}, Raynald Pineault^{1,2,3},
Jean-Frédéric Levesque^{1,2,3}, Danièle Roberge^{4,5},
Audrey Lozier-Sergerie¹, Alexandre Prud'homme⁴,
Brigitte Simard^{1,2}

¹ Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

² Institut national de santé publique du Québec

³ Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal

⁴ Centre de recherche de l'Hôpital Charles LeMoine

⁵ Université de Sherbrooke



• Agence de la santé et des services sociaux de Montréal /
Direction de santé publique
• Institut national de santé publique



Centre de recherche
Hôpital Charles LeMoine
Chaire universitaire
et régionale de la Montérégie

Présentation au Centre de recherche de l'Hôpital Charles LeMoine,
19 octobre 2007.

Pineault R, Levesque J-F, Hamel M, Roberge D, Prud'homme A, Perron M, Simard B, Foisy L. Le profil et le type d'organisation de première ligne ont-ils un lien avec l'expérience de soins de leur clientèle? Résultats d'une étude dans deux régions du Québec. *Infolettre*, volume 4, numéro 1, février 2007.

Pineault R, Levesque J-F, Tousignant P, Beaulne G, Hamel M, Poirier L-R, Raynault M-F, Benigeri M, Roberge D, Lamarche P, Haggerty J, Bergeron P, Dulude S, Marcil M. *L'accessibilité et la continuité dans la population : l'influence des modèles d'organisation des services de santé de première ligne.* Projet financé par la Fondation canadienne de recherche sur les services de santé. FCRSS RC1-1091-05, 2004.

SOUTIEN FINANCIER

Le projet de recherche duquel proviennent les données présentées dans ce rapport bénéficie d'une subvention de recherche des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), de la Fondation canadienne de recherche sur les services de santé (FCRSS) et du Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ). Il bénéficie également de l'appui financier des Agences de la santé et des services sociaux (ASSS) de Montréal et de la Montérégie, de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), du Groupe de recherche sur l'équité d'accès et l'organisation des services de santé de 1^{re} ligne (GRÉAS 1) et du Groupe interuniversitaire de recherche sur les urgences (GIRU).

Janvier 2008

Ce document est disponible sur les sites Internet de la DSP (www.santepub-mtl.qc.ca/ESPSS/production.html), de l'INSPQ (www.inspq.qc.ca/publications/) et du Centre de recherche de l'Hôpital Charles LeMoine (www.hclm.qc.ca/fr/centrerecherche/index.jsp?id=257&idcat=848)

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 gouvernement du Québec et du Centre de recherche de l'Hôpital Charles LeMoine qui détiennent 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@cspq.gouv.qc.ca.

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

Dépôt légal – 1^{er} trimestre 2008
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
Bibliothèque et Archives Canada
ISBN : 978-2-550-51803-7 (version imprimée)
ISBN : 978-2-550-51804-4 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2008)
Centre de recherche de l'Hôpital Charles LeMoine (2008)