

Université de Montréal

**L'Accès adapté au sein du réseau de cliniques  
universitaires de l'Université de Montréal : une étude  
observationnelle**

Par :

Geneviève Martel

Département de médecine sociale et préventive

École de santé publique

Mémoire présenté

en vue de l'obtention du grade de maîtrise

en santé publique option mémoire

Août 2017

© Geneviève Martel, 2017

## Résumé

**Objectifs :** Décrire et comparer les cliniques universitaires de médecine de famille (CUMF) du réseau de l'Université de Montréal ayant implanté ou non l'Accès adapté, en regard des dimensions de l'accès aux soins centré sur le patient

**Méthode :** Une étude observationnelle transversale à visée descriptive a été conduite à l'aide d'une méthodologie quantitative. Un questionnaire visant à recenser les caractéristiques organisationnelles à travers les dimensions de l'accès aux soins primaires a été complété par le médecin-chef de chacune des 18 CUMF du réseau de l'Université de Montréal. Des comparaisons descriptives ont ensuite permis d'observer des différences entre les CUMF identifiées comme utilisant l'Accès adapté et celles n'ayant pas implanté le modèle.

**Résultats :** Des 18 CUMF composant la population cible, 12 ont mentionné avoir implanté l'Accès adapté et sont distinctes en plusieurs points des six autres. Elles sont d'abord plus concentrées en milieu de soins secondaires, sont moins anciennes, et semblent diffuser plus largement leur offre de services. Bien que ce groupe soit très hétérogène en matière de taille, il compte de plus grandes CUMF, ce qui suggère un financement proportionnel par les autorités ministérielles. Les infirmières y sont plus nombreuses et utilisent des ordonnances collectives plus diversifiées, mais ne semblent pourtant pas jouer un rôle plus élargi. Les médecins sont aussi plus nombreux, plus présents et dispensent plus de visites dans les CUMF en Accès adapté. Ces dernières sont toutefois moins enclines à baser intégralement leur réponse aux besoins ponctuels de la clientèle sur des disponibilités à accès rapide, préférant majoritairement une combinaison avec des services sans rendez-vous (SRV). Finalement, elles ont des disponibilités plus étendues en heures défavorables et offrent des délais plus courts pour le premier et le troisième rendez-vous disponibles.

**Conclusion :** Le devis de cette étude ne permet d'établir aucune forme de causalité, mais soulève des questionnements quant au rôle potentiel de ces caractéristiques sur l'implantation de l'Accès adapté par ces CUMF. En rappelant la constante évolution des soins de santé primaires, nos résultats appellent à une évaluation ponctuelle des CUMF et à une analyse plus concrète des facteurs influençant l'implantation du modèle dans ces milieux.

**Mots-clés :** Accès adapté, Rendez-vous, Modèle organisationnel, Médecine familiale, Unité académique, Accessibilité aux services de santé, Temps d'attente

## Abstract

**Objective:** To describe and compare the accessibility of the Family Medicine Units (FMU) of the University of Montreal network regarding the implementation of the advanced access model, using the dimensions of the concept of patient-centred access.

**Methods:** A descriptive cross-sectional study was conducted using a quantitative approach. A survey aimed at identifying organizational characteristics through the dimensions of access to primary care was completed by the lead physician of each of the 18 FMUs of the University of Montreal. Descriptive comparisons then revealed differences between the FMUs that were labelled as using Advanced access and those that did not implement the model.

**Results:** Of the 18 FMUs studied, 12 mentioned having implemented Adapted Access and differ in several points from the other six. First, they are more concentrated in secondary care settings, are younger, and seem to spread their services offer more widely. Despite being heterogeneous in terms of size, this group includes larger FMUs, suggesting proportional funding by ministerial authorities. Nurses are more numerous and use more diverse standing over prescriptions, but do not appear to have a larger scope of practice. Physicians are also more numerous, more present and offer more visits to the FMUs using advanced access. However, these clinics are less inclined to fully base their response to the client's needs on an open appointments formulation, often choosing a combination with walk-in services. Finally, the FMUs using the Advanced access method offer more and larger availability during out-of-hour periods.

**Conclusion:** Although this study does not establish any form of causality, it raises questions regarding the potential role of these characteristics regarding the implementation of Advanced access by these FMUs. In keeping with the constant evolution of primary care services, our results call for a timely evaluation of the FMUs and a more concrete analysis of the factors influencing the implementation of the model in these environments.

**Keywords:** Advanced access, Appointments, Models, organizational, Family practice, Academic Medical Center, Health Services Accessibility, Waiting time

# Table des matières

Résumé.....	i
Abstract.....	ii
Table des matières.....	iii
Liste des tableaux.....	v
Liste des figures.....	vi
Liste des sigles.....	vii
Remerciements.....	ix
Chapitre 1. Introduction.....	1
1.1 Contexte.....	1
1.2 Problématique.....	4
1.3 Pertinence pour la santé publique.....	7
Chapitre 2. Revue de la littérature.....	10
2.1 Accès aux soins de santé.....	10
2.1.1 Définition et conceptualisation.....	10
2.1.2 Accessibilité organisationnelle.....	14
2.1.3 Outils de mesure de l'accès aux SSP.....	18
2.2 Accès adapté.....	19
2.2.1 Présentation du modèle Accès adapté.....	19
2.2.2 Impact sur l'accès aux SSP.....	21
2.2.3 Analyse de l'implantation de l'Accès adapté.....	29
2.3 Pertinence de la recherche.....	34
2.4 Modèle conceptuel.....	35
Chapitre 3. Méthodologie.....	40
3.1 Objectif et question de recherche.....	40
3.2 Variables à l'étude.....	40
3.3 Contexte et devis de la recherche.....	41
3.4 Méthode de recensement.....	42
3.5 Outil et collecte de donnée.....	43
3.6 Analyse des données.....	44

3.7 Validité.....	45
3.8 Considérations éthiques .....	47
Chapitre 4. Résultats .....	49
4.1 Général.....	49
4.2 Approchabilité.....	52
4.3 Disponibilité et accommodation .....	53
4.4 Accessibilité financière.....	61
4.5 Pertinence.....	62
Chapitre 5. Discussion .....	66
5.1 Retour sur les résultats .....	66
5.1.1 Général.....	66
5.1.2 Approchabilité.....	68
5.1.3 Disponibilité et accommodation .....	69
5.1.4 Accessibilité financière.....	74
5.1.5 Pertinence.....	75
5.2 Forces et limites de l'étude .....	76
5.3 Recommandations.....	78
5.4 Piste de recherche .....	79
5.5 Conclusion .....	79
Bibliographie.....	81
Annexe 1. Fichier Excel facilitant la collecte .....	i
Annexe 2. Questionnaire organisationnel.....	ii
Annexe 3. Tableau récapitulatif Questions/Dimensions.....	xxv
Annexe 4. Certificat éthique (CER CISSS Laval).....	xxvi
Annexe 5. Certificat d'approbation éthique (CERES).....	xxvii
Annexe 6. Tableaux complets de données.....	xxviii

## Liste des tableaux

Tableau I.	Tendances du nombre d'inscriptions et de visites annuelles.....	49
Tableau II.	Effectifs médicaux (médecins et résidents) en matière de nombre et d'ETP.....	54
Tableau III.	Ratios de patients et de visites par médecins (incluant les résidents).....	56
Tableau IV.	Tendances des ETP par catégorie de professionnels de la santé .....	57
Tableau V.	Tendances des ETP par catégorie de personnel administratif.....	57
Tableau VI.	Tendances des nombres d'heures et de jours d'ouverture des CUMF .....	58
Tableau VII.	Délais pour le premier et le troisième rendez-vous disponibles.....	59

## Liste des figures

Figure 1.	Une définition de l'accès aux soins de santé.....	12
Figure 2.	Cadre conceptuel de l'accès aux soins de santé.....	13
Figure 3.	Cadre conceptuel des facteurs prédisant l'implantation des innovations.....	30
Figure 4.	Cadre conceptuel de l'implantation des stratégies de gestion des délais.....	31
Figure 5.	Cadre conceptuel de l'analyse de l'implantation de l'Accès adapté en SSP.....	32
Figure 6.	Conception de l'accès organisationnel aux SSP en regard de l'Accès adapté.....	39
Figure 7.	Répartition des CUMF selon leur emplacement.....	50
Figure 8.	Répartition des CUMF selon leur ancienneté.....	50
Figure 9.	Répartition des CUMF ayant un statut de GMF selon leur niveau.....	51
Figure 10.	Utilisation de plateformes de diffusion de l'offre de services.....	52
Figure 11.	Diffusion de contenu à jour sur internet.....	53
Figure 12.	Nombres médians de médecins par CUMF et ETP correspondants.....	54
Figure 13.	Médianes des ratios ETP/médecins par CUMF.....	55
Figure 14.	Intégration de certains services par des médecins spécialistes.....	56
Figure 15.	Offre de disponibilités en périodes défavorables.....	58
Figure 16.	Répartition de l'offre de services en réponse aux besoins ponctuels.....	59
Figure 17.	Frais exigés pour certains services.....	61
Figure 18.	Disponibilité de procédures diagnostiques.....	62
Figure 19.	Disponibilité de ressources informatiques et électroniques.....	63
Figure 20.	Offre de services par courriel ou par téléphone.....	63
Figure 21.	Utilisation d'ordonnance collective par les infirmières cliniciennes.....	64
Figure 22.	Rôles et fonctions exercés par les infirmières cliniciennes.....	65

## Liste des sigles

AMP :	Activités médicales particulières
ASSS :	Agence de la santé et des services sociaux
CER :	Comité d'éthique de la recherche
CERES :	Comité d'éthique de la recherche en santé
CISSS :	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS :	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CLSC :	Centre local de services communautaires
CMQ :	Collège des médecins du Québec
CR :	Clinique réseau
CRI :	Clinique réseau intégrée
CSSS :	Centres de santé et de services sociaux
CUMF :	Cliniques universitaires de médecine familiale
DLP :	Dyslipidémie
DMFMU :	Département de médecine de famille et médecine d'urgence
ECG :	Électrocardiogramme
ETP :	Équivalent temps plein
FASSP :	Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires
FCASS :	Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé
FMG :	Family medicine groups
FMOQ :	Fédération des médecins omnipraticiens de Québec
FMU :	Family Medicine Units
FTE :	Full-time equivalents
GMF :	Groupe de médecine de famille
GMF-U :	Groupe de médecine de famille universitaire
HTA :	Hypertension artérielle
ICIS :	Institut canadien d'information sur la Santé
ITB :	Indice tibio-brachial
ITSS :	Infection transmissible sexuellement et par le sang
MAPA :	Monitoring ambulatoire de la pression artérielle



MMCI :	Modified Modified Continuity Index
MSSS :	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OCDE :	Organisation de coopération et de développement économiques
PHC :	Primary Health Care
SRV :	Sans rendez-vous
SSP :	Soins de santé primaires
TDA/H :	Troubles déficitaires de l'attention avec ou sans hyperactivité
UPC :	Usual Provider Continuity Index (UPC)

## **Remerciements**

Ce mémoire de maîtrise existe par la contribution de plusieurs personnes ayant participé de près ou de loin à ce processus.

Je débute tout d'abord en remerciant chaleureusement ma directrice Marie-Pascale Pomey, qui m'a supervisée avec enthousiasme, compréhension et bienveillance. Elle a su m'impliquer dans un projet qui représentait mes intérêts et me présenter une codirectrice passionnée, patiente et dévouée, Isabel Rodrigues, que je ne saurais assez remercier pour la place qui m'a été faite dans son équipe.

Je souhaite également remercier Marie Authier, co-chercheuse du projet principal, qui a su me soutenir et répondre à mes questions tout au long de ma participation à ce processus de recherche.

Merci également à Mylaine Breton et à Sabina Abou Malham pour leur intérêt et pour les discussions passionnantes en toute fin de parcours.

Je ne peux terminer sans remercier mon entourage, famille et amis, pour leurs encouragements soutenus et sentis depuis le commencement.

# Chapitre 1. Introduction

## 1.1 Contexte

Le manque d'accès aux soins de santé primaires (SSP) est une problématique répandue dans les systèmes de santé à travers le monde (Campbell et Salisbury, 2015; Chapman, Zechel, Carter et Abbott, 2004; Pineault, Borges Da Silva, et al., 2016); van der Reis, Xiao et Savage (2007). Ces préoccupations en regard des problèmes récurrents d'accès aux SSP en ont fait une composante clé des réformes à travers le pays (Carter, Riverin, Levesque, Garipey et Quesnel-Vallee, 2016; Haggerty, Burge, et al., 2007; Pineault, Borges Da Silva, et al., 2016). Historiquement, les SSP ont été tenus en périphérie du système de santé québécois, plutôt que d'en représenter la pierre angulaire (Breton et al., 2013; Hutchison, Levesque, Strumpf et Coyle, 2011). La création, en 1972, des Centres locaux de services communautaires (CLSC) représentait la première initiative ministérielle pour inverser cette tendance (Bozzini, 1988; Breton, Levesque, Pineault et Hogg, 2011; Pomey, Martin et Forest, 2009). Toutefois, ces centres ne sont pas parvenus à devenir la porte d'entrée du système ni à attirer suffisamment de médecins de famille en leurs rangs (Breton et al., 2011; Levesque et al., 2010).

C'est ainsi qu'au début de ce siècle, la commission Clair (2000) conclut en une organisation déficiente des SSP québécois et insiste sur les responsabilités gouvernementales à l'égard de la santé populationnelle, à l'instar de la commission Romanow (2002) à l'échelle nationale. De plus, le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires (FASSP) fut créé pour répondre aux besoins d'une population vieillissante ainsi qu'au fardeau grandissant des maladies chroniques (Carter, Riverin, et al., 2016). Dès lors, des réformes ont été menées dans les systèmes de santé partout au Canada, reconnaissant le rôle central des SSP sur l'ensemble des résultats de santé (Carter, Riverin, et al., 2016; Hutchison et al., 2011; Starfield, Shi et Macinko, 2005). Les soins de santé relevant de juridiction provinciale, ces réformes ont pris différentes formes à travers le pays, mais convergeaient vers une meilleure intégration, coordination et accessibilité des SSP (Carter, Riverin, et al., 2016; Miedema et al., 2016; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2002).

Au Québec, les efforts se sont d'abord traduits par la création des Groupes de médecine de famille (GMF) en 2002 (Levesque et al., 2010). En 2003, les Centres de santé et

de services sociaux (CSSS) font leur apparition, engendrés par la Loi 25 (Couillard, 2003; Levesque et al., 2010). Ces deux nouvelles initiatives reflètent les constats de la commission Clair (2000) en visant respectivement à améliorer l'accessibilité et la continuité des SSP et à améliorer la coordination et l'intégration des soins de santé (Breton et al., 2013; Levesque et al., 2010). Les CSSS, ayant intégré les CLSC en leur sein, sont régis par des autorités ministérielles décentralisées appelées Agences de la santé et de services sociaux (ASSS) (Couillard, 2003; Martin, Pomey et Forest, 2010). Le modèle des GMF s'annonce quant à lui prometteur en regard de l'accès aux SSP, en proposant l'adoption de caractéristiques organisationnelles comme la pratique multidisciplinaire, l'élargissement des heures de services et l'inscription des patients (Carter, Levesque, Harper et Quesnel-Vallee, 2016; Gilbert et al., 2015; Pomey et al., 2009). D'ailleurs, ce modèle partage ses objectifs et sa vision des SSP avec d'autres initiatives reconnues (Pineault, Borges Da Silva, et al., 2016) telles que *The chronic care model* (Barr et al., 2003) et le *Patient-Centered Medical Home* (Rosland et al., 2015; Rosser, Colwill, Kasperski et Wilson, 2011). Les GMF semblent également représenter un meilleur compromis entre l'autonomie des prestataires de soins et l'implication gouvernementale que l'ont fait les CLSC (Breton et al., 2011; Gilbert et al., 2015; Pomey et al., 2009).

La voie des réformes se concrétise davantage en 2007 lors du lancement de la *Triple Aim Initiative* par l'*Institute for Healthcare Improvement* (McCarthy et Klein, 2010). Cette dernière a rapidement été soutenue par la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (FCASS), puis implantée au Québec afin d'améliorer simultanément la santé populationnelle, l'expérience patient et les coûts des soins de santé (Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé; Pineault, Borges Da Silva, et al., 2016).

En 2014, une nouvelle refonte des services de santé québécois est entreprise par le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). À travers le projet de loi 10, les ASSS régionales sont abolies dans une volonté de centralisation de la gouvernance (Barrette, 2014a). En éliminant ce palier hiérarchique, la loi mène à la fusion de 182 établissements pour ainsi créer 22 Centres intégrés (universitaires) de santé et de services sociaux (CISSS) (CIUSSS), répartis par territoires sociosanitaires (Barrette, 2014a; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2017c). La même année, le MSSS souhaite répondre à la problématique récurrente

d'accès aux SSP en prévoyant des obligations relatives à la pratique et à la rémunération des médecins (Barrette, 2014b). Par le biais du projet de loi 20, on souhaite ainsi imposer aux médecins de famille des redevances concernant le nombre de patients inscrits et la continuité des soins, tout en exigeant une meilleure prise en charge des cas nécessitant des soins spécialisés (Barrette, 2014b; Contandriopoulos et al., 2015). Ce projet est toutefois vivement critiqué par différents organismes, arguant notamment son manque de transparence, sa limitation à l'offre de services par les médecins, son manque de considération des besoins de la population et les risques de la rémunération par incitatifs (Borgès Da Silva et al., 2015; Collège des médecins du Québec, 2015; Contandriopoulos et al., 2015). Le milieu universitaire se prononce également, craignant que la loi 20 force les médecins enseignants à augmenter leur présence auprès des patients, au détriment de leurs tâches académiques (Béland, Howard, Giroux et Pelletier, 2015). Les départements universitaires de médecine de famille et de médecine d'urgence (DMFMU) basent leur argumentaire sur la contribution essentielle du médecin enseignant en CUMF, autant pour les services à la population que pour la formation et la pérennité de la relève médicale (Béland et al., 2015).

En 2017, un nouveau règlement s'intéresse directement aux CUMF, visant à mieux les intégrer au réseau de la santé et des services sociaux et à réaffirmer leur rôle vis-à-vis l'enseignement et la recherche (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2016a). À partir de ce moment, les CUMF sont considérées par le MSSS comme étant des GMF universitaires (GMF-U), ce qui implique des obligations et des responsabilités en regard de leur accessibilité (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2016a, 2017d). À noter que le terme CUMF continuera d'être utilisé dans ce mémoire pour être plus englobant, étant donné que la collecte de données a été faite avant le règlement d'avril 2017 (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2016a).

Bien qu'elle ait occupé une place centrale au sein de ces réformes (Carter, Riverin, et al., 2016; Haggerty, Burge, et al., 2007; Pineault, Borges Da Silva, et al., 2016), la problématique d'accès aux SSP continue de représenter une préoccupation sérieuse (Boivin et al., 2011; Carter, Riverin, et al., 2016; Haggerty, Burge, et al., 2007; Pineault et al., 2008), qui est présentée plus en détail au chapitre suivant.

## 1.2 Problématique

Porte d'entrée du système de santé, les SSP ont autant de responsabilités au plan diagnostique et curatif que sur le plan de la promotion de la santé et la prévention des maladies (Breton et al., 2013; Clair, 2000; Organisation mondiale de la Santé, 2008). Ce point de contact entre la population et le réseau comprend un ensemble de services qui visent à répondre à une grande partie des problématiques communes de santé (Clair, 2000). Il est reconnu qu'un système de santé pourvu d'une première ligne solide est plus efficace qu'un système préconisant des soins tertiaires et spécialisés, et ce, au bénéfice de l'ensemble du système de santé. (Breton et al., 2013; Haggerty, Levesque, Hogg et Wong, 2013; Organisation mondiale de la Santé, 2008; Starfield et al., 2005; White, 2015). En ce sens, la performance des SSP est associée à une réduction de l'impact des inégalités (Haggerty et al., 2013; Shi, Starfield, Kennedy et Kawachi, 1999), à une meilleure expérience de soins (Andres, Spenceley, Cook, Wedel et Gelber, 2016; Campbell et Salisbury, 2015), à des coûts moindres (Campbell et Salisbury, 2015; Starfield et al., 2005) et à de meilleurs résultats de santé populationnelle (Haggerty et al., 2013; Macinko, Starfield et Shi, 2003). À l'inverse, l'insuffisance des SSP a des impacts sur plusieurs indicateurs de performance des services de santé (Institut canadien d'information sur la santé, 2016; Khanassov et al., 2016).

L'un d'entre eux concerne les hospitalisations pour causes évitables, qui sont des épisodes qui auraient potentiellement pu être évités par l'obtention de soins ambulatoires appropriés au moment opportun (Gibson, Segal et McDermott, 2013; Rosano et al., 2013; van Loenen, van den Berg, Westert et Faber, 2014) Cet indicateur témoigne de la performance générale des SSP à prévenir la maladie et ses complications, gérer les maladies chroniques et contrôler les phases aiguës (Institut canadien d'information sur la santé, 2016; Rosano et al., 2013; van Loenen et al., 2014). Le Commissaire à la santé et au bien-être (2015) utilise d'ailleurs le taux d'hospitalisations liées à des conditions propices aux soins ambulatoires afin de mesurer la justesse des services, pour laquelle le Québec obtient d'ailleurs un excellent résultat, soit 97% d'atteinte de la balise. Ces résultats sont encourageants puisque cet indicateur serait particulièrement influencé par les problèmes d'accès à la première ligne de services de santé (Beaulieu et al., 2013; Gibson et al., 2013; Rosano et al., 2013).

D'autre part, plusieurs études ont démontré que l'accès à la première ligne affecte l'utilisation de l'urgence par les patients (Beaulieu et al., 2013; Cowling et al., 2013; Huntley et al., 2014; Khanassov et al., 2016; Lowe et al., 2005; O'Malley, 2013). En effet, les problèmes d'accès aux SSP augmentent la pression sur les services d'urgence (McCusker et al., 2012; van Loenen et al., 2014), qui accueillent de nombreux cas pouvant être traités en première ligne (Institut canadien d'information sur la santé, 2014b). Selon l'enquête du Commissaire à la santé et au bien-être (2017), 44 % des Québécois ayant fait une visite à l'urgence en 2016 auraient pu être vus en première ligne, ce qui est près des 43 % retrouvés à l'échelle canadienne, mais demeure supérieur à la moyenne de 36 % des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Cette utilisation inadéquate des services de santé engendre des coûts supplémentaires importants (Gladu, 2007; Institut canadien d'information sur la santé, 2014b; Institut de la statistique du Québec, 2014), en plus des inconvénients liés à la continuité des soins, surtout pour les clientèles plus vulnérables (Institut canadien d'information sur la santé, 2014b; Lowe et al., 2005; Roberge et al., 2007). De plus, la fréquentation de l'urgence représente un désagrément non négligeable pour les patients, qui s'y heurtent à des temps d'attente importants et peinent à se repérer dans l'organisation complexe de ces services (Haggerty et al., 2004; Institut canadien d'information sur la santé, 2014b). Vouée aux problèmes de santé urgents nécessitant des soins spécialisés, l'urgence n'est assurément pas optimale pour répondre à ces besoins mineurs (Institut canadien d'information sur la santé, 2014b). De plus, ce détournement de ressources amplifie les problèmes de coordination et d'accès à des services spécialisés (Collège des médecins du Québec, 2016; Commissaire à la santé et au bien-être, 2015; Institut canadien d'information sur la santé, 2012). Selon un rapport du Commissaire à la santé et au bien-être (2016), 82 % des médecins de famille se disent confrontés à des délais trop longs lorsque vient le temps de référer leurs patients à des médecins spécialistes. Seulement 36% des Québécois et 39% des Canadiens ayant eu besoin de services spécialisés ont attendu moins d'un mois pour les obtenir, alors que la moyenne des pays de l'OCDE s'élève à 58% (Commissaire à la santé et au bien-être, 2017). Un cercle vicieux se dessine lorsque des conditions requérant des soins spécialisés restent bloquées dans une première ligne congestionnée et se retrouvent gérées par l'urgence (Carter, Levesque, et al., 2016; Institut canadien d'information sur la santé, 2012; McCusker et al., 2012).

Les problèmes d'accès aux SSP ont également pour conséquence des besoins de santé non comblés, résultant de l'inadéquation entre les besoins des patients et l'offre de soins (Levesque et al., 2012; Sanmartin, Houle, Tremblay et Berthelot, 2002). L'utilisateur qui perçoit un problème de santé nécessitant des soins rencontre donc des difficultés pour les obtenir. Dans une étude de perception de la population, le Commissaire à la santé et au bien-être du Québec (2015) note que 40 % des Québécois doivent attendre six jours ou plus pour rencontrer un professionnel de la santé en cas de besoin ponctuel, alors que 7 % n'y parviennent tout simplement pas. Selon un rapport plus récent, le commissaire mentionne que 59 % des Québécois ne parviennent pas à consulter un professionnel de la santé dans un délai de 24 heures en cas de besoin, comparativement à 55 % au Canada et à 41 % de moyenne dans les pays de l'OCDE (Commissaire à la santé et au bien-être, 2017). Cette incapacité du système de santé québécois à répondre au besoin de sa population contribue certainement au faible 22% des participants qui jugent le système de santé suffisamment fonctionnel, comparativement à 35 % au Canada et à 45 % dans les pays de l'OCDE (Commissaire à la santé et au bien-être, 2017). L'existence des services sans rendez-vous (SRV), qui consistent à offrir des disponibilités pour des besoins urgents, cherche en partie à répondre à cette problématique de besoins non comblés (Barnsley et al., 2002). Pour obtenir ces services, les patients doivent se présenter pour être inscrits selon l'ordre d'arrivée, jusqu'à ce que la capacité d'accueil du médecin présent soit atteinte (Barnsley et al., 2002; Haggerty et al., 2004). Alors que les patients y sont rarement vus par leur médecin de famille, ces services offrent peu de continuité et de services préventifs, sans être nécessairement plus accessibles (Haggerty et al., 2004).

Toujours selon la plus récente enquête sur l'expérience de soins de la population du Commissaire à la santé et au bien-être (2017), l'accès aux services de première ligne au Québec est jugé comme étant une problématique majeure. Le résultat agrégé du Québec pour la thématique de l'accès aux SSP témoigne de son retard, puisque la province n'atteint que 73 % de la moyenne des pays de l'OCDE, comparativement à 84 % pour le Canada. Il est d'autant plus préoccupant de constater que 25 % des Québécois n'ont pas de médecin de famille, ce qui place la province au dernier rang canadien excluant les provinces du nord (Commissaire à la santé et au bien-être, 2015; Commissaire à la santé et au bien-être, 2017).



Le fait que le bassin québécois de médecins de famille frôle la moyenne canadienne, soit respectivement 1,16 et 1,11 médecin pour 1000 habitants, suscite des questionnements quant au quart de la population québécoise qui demeure orpheline (Commissaire à la santé et au bien-être, 2015; McCusker et al., 2012). Ces données témoignent d'une pénurie de médecins plus ressentie que réelle, ce qui suggère que le Québec doit possiblement ses problèmes d'accessibilité à des facteurs outrepassant le simple nombre de médecins (Gladu, 2007; Green, Savin et Lu, 2013). Par exemple, le Québec est la seule province exigeant que les médecins de famille assument des activités médicales particulières (AMP), principalement en contexte hospitalier, ce qui les éloigne inévitablement de la première ligne (Gladu, 2007; Roy, Breton et Loslier, 2016). L'accès à son médecin de famille en temps opportun pour chaque Québécois est pourtant une priorité pour le Ministère de la Santé et des Services sociaux (2016a), bien que l'accès à des soins primaires soit un concept dépassant le simple accès à un médecin de famille (Borgès Da Silva et al., 2015). Force est donc de constater que la provision de services de soins primaires est vaine s'ils ne sont pas accessibles à toute la population (Campbell et Salisbury, 2015).

### **1.3 Pertinence pour la santé publique**

La vocation communautaire ainsi que les objectifs populationnels de promotion de la santé et de prévention de la maladie attribués aux SSP en font un élément d'intérêt pour les acteurs de santé publique et les décideurs de politiques publiques (Organisation mondiale de la Santé, 2008; White, 2015). On insiste d'ailleurs sur l'intégration d'une vision de santé publique au sein des SSP afin d'optimiser durablement la santé populationnelle (Organisation mondiale de la Santé, 2008; White, 2015). Les politiques de santé devraient donc considérer cette complémentarité et porter une attention particulière aux SSP, dans l'espoir d'accroître la performance et la congruence de l'ensemble des réseaux de soins (Organisation mondiale de la Santé, 2008; Pineault et al., 2008). Le rapport de la commission Clair (2000) abonde en ce sens en insistant sur le rôle des SSP, tout en insistant sur les responsabilités gouvernementales à l'égard de la santé populationnelle. À la lumière de ces informations, il paraît légitime que les problématiques récurrentes d'accès aux SSP soient reconnues comme importantes pour les organismes québécois de santé publique (White, 2015).

Le contexte actuel de transformations majeures soumet les instances de premières lignes à des pressions politiques et sociales afin qu'elles soient à la fois plus efficaces et plus accessibles (Béland et al., 2015; Borgès Da Silva et al., 2015; Breton, Maillet, Pare, Abou Malham et Touati, 2016). Les cliniques universitaires de médecine familiale sont confrontées aux mêmes conditions, tout en ayant des obligations envers les autorités universitaires et ministérielles (Béland et al., 2015; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2016a, 2017d). Chapeautées par leur université d'appartenance, ces entités ont la responsabilité de former la relève en médecine familiale dans un contexte réel de soins primaires (Béland et al., 2015). Par leurs missions académiques, de recherche et d'érudition, ces cliniques doivent représenter des milieux de pratiques exemplaires et des leviers pour les pratiques innovantes, tout en répondant aux besoins de la population (Béland et al., 2015; Groulx et al., 2015; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2016a). Les missions particulières de ces institutions doivent être considérées dans le cadre de telles réformes, tout comme leur rôle en regard de la contribution future de leur étudiant au système de santé (Béland et al., 2015; Carroll et al., 2016a, 2016b; Groulx et al., 2015).

Plusieurs initiatives ont le potentiel d'améliorer l'accessibilité des SSP (Breton et al., 2016; Green et al., 2013), dont le partenariat patient-soignant (Pomey, Flora, et al., 2015), l'informatisation des cliniques (Bodenheimer, 2003; Strumpf et al., 2012), les visites médicales de groupes (Bodenheimer, 2003), et la meilleure utilisation des compétences des autres professionnels, notamment des infirmières (Chapman et al., 2004; Contandriopoulos et al., 2016; D'Amour, Tremblay et Proulx, 2009). La gestion des rendez-vous et de planification des listes d'attente selon la modalité Accès adapté se démarque par son potentiel d'amélioration de l'accès aux SSP et se déploie dans plusieurs pays industrialisés (Breton et al., 2016; Fournier, Rainville, Ingram et Heale, 2015; Rose, Ross et Horwitz, 2011). L'Accès adapté consiste en un modèle novateur s'imposant graduellement dans le paysage de soins primaires québécois (Breton et al., 2016; Fiore, 2015; Groulx et al., 2015). Ce dernier a fait l'objet d'une recommandation par le Collège des médecins de famille du Canada (Cameron, Sadler et Lawson, 2010) ainsi que le Collège des médecins du Québec (CMQ), qui y voit un élément clé d'un modèle de pratique performant (Collège des médecins du Québec, 2016). Pour sa part, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) organise des

formations pour les médecins de famille en collaboration avec le MSSS (Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, 2015; Fiore, 2015; Paré, 2014b). L'Accès adapté est également perçu comme une façon de rencontrer les cibles ministérielles (Béland et al., 2015; Collège des médecins du Québec, 2015) mises en place dans le cadre de la loi 20 (Barrette, 2014b) afin de s'adresser aux problèmes récurrents d'accès en temps opportun aux soins de première ligne.

Les CUMF du réseau de l'Université de Montréal, en tant que milieux de maturation des innovations et d'exposition aux pratiques exemplaires (Groulx et al., 2015; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2016a), sont de plus en plus nombreuses à avoir implanté l'Accès adapté dans leur structure (Département de médecine de famille et de médecine d'urgence de l'Université de Montréal, 2016). Ce type de modèle de gestion des rendez-vous fait d'ailleurs partie des orientations énoncées par le MSSS (2016a) dans son cadre de gestion des GMF-U. Certains acteurs émettent même l'hypothèse que l'implantation de l'Accès adapté pourrait contribuer à l'atteinte de compétences spécifiques de la résidence en médecine familiale et jouer un rôle dans le développement de l'intérêt des résidents envers le suivi longitudinal de la clientèle (Groulx et al., 2015). Il apparaît donc prioritaire de caractériser l'état actuel de ce réseau en regard de l'Accès adapté, surtout dans un souci d'amélioration et d'évaluation continue de la performance (Thiebaut, Champagne et Contandriopoulos, 2015).

En décrivant les caractéristiques organisationnelles des CUMF affiliées à l'Université de Montréal et en les comparant selon la présence de l'Accès adapté, cette étude descriptive observationnelle vise à accroître la connaissance scientifique sur l'accessibilité organisationnelle de ce réseau. Ultimement, les éléments soulevés pourraient faciliter l'identification des priorités de recherche en regard de l'Accès adapté. Ce mémoire comprend une revue de littérature présentée au chapitre 2, la méthodologie sous-jacente à cette étude au chapitre 3, les résultats de l'étude au chapitre 4, pour terminer avec la discussion, les recommandations et la conclusion au chapitre 5.

## **Chapitre 2. Revue de la littérature**

Ce chapitre fait état de la revue de littérature sur laquelle s'appuie ce projet de recherche. Nous présentons tout d'abord les aspects relatifs à l'accessibilité des SSP, plus précisément au plan organisationnel, puis le modèle de planification de rendez-vous de type Accès adapté.

### **2.1 Accès aux soins de santé**

#### **2.1.1 Définition et conceptualisation**

L'accès aux soins de santé s'énonce comme une notion complexe ayant donné lieu à de nombreuses définitions, taxonomies et conceptualisations (Campbell et Salisbury, 2015; Levesque, Harris et Russell, 2013; Penchansky et Thomas, 1981). Pour débiter avec la signification lexicale du terme *accès*, le Canadian Oxford Dictionary propose cette définition : «Les moyens ou la possibilité d'approcher ou d'entrer dans un lieu» (Traduction libre : Canadian Oxford Dictionary, 1998). Toutefois, la complexité des systèmes de santé implique une définition du terme qui leur est spécifique (Daniels, 1982).

Le fait que l'accessibilité soit un élément central de la performance des systèmes de santé (Levesque et al., 2013) rend d'autant plus essentielle sa conceptualisation, qui en influence la mesure (Haggerty et Levesque, 2016) et les politiques y étant associées (Hogg, Rowan, Russell, Geneau et Muldoon, 2008). L'accès aux soins de santé, longtemps perçu comme une notion plus politique qu'opérationnelle (Aday et Andersen, 1974; Penchansky et Thomas, 1981), a été interprété et conceptualisé par de nombreux auteurs (Campbell et Salisbury, 2015; Levesque et al., 2013). La carence conceptuelle, l'absence de consensus et le manque de précision en lien avec l'accès aux services de santé ont probablement motivé ces recherches et peuvent expliquer l'éventail d'interprétations existantes (Campbell et Salisbury, 2015; Frenk, 1992; Levesque et al., 2013; Penchansky et Thomas, 1981).

Certains auteurs reconnaissent implicitement l'influence des utilisateurs, mais voient surtout l'accès comme un produit des services de santé (Levesque et al., 2013). Parmi eux, Salkever (1976) conçoit l'accès comme un attribut des services, mais énonce tout de même

des concepts se rapportant aux utilisateurs, par exemple, en définissant l'accessibilité financière comme étant la capacité de payer. Aday et Andersen (1974) adoptent plutôt des concepts de l'évaluation des systèmes pour caractériser l'accessibilité, en proposant des indicateurs de processus qui se réfèrent autant aux caractéristiques des systèmes de santé qu'à celles des populations. D'autres auteurs renvoient plutôt à des concepts économiques en percevant l'accès comme étant un produit de l'offre de services et des facteurs relatifs à la demande, qui résulte en l'utilisation des services par la population (Gulliford et al., 2002; Mooney, 1983).

Penchansky et Thomas (1981) définissent l'accès comme étant «le degré de concordance entre les clients et les systèmes» (Traduction libre : Penchansky et Thomas, 1981, p. 128) et proposent un modèle à cinq dimensions, soit les 5 A : *Availability*, *Accessibility*, *Accommodation*, *Affordability* et *Acceptability*. Plusieurs auteurs partagent d'ailleurs explicitement cette conception de l'accès comme étant l'interface, ou l'ajustement, entre les utilisateurs potentiels et les ressources de santé (Donabedian, 1973; Frenk, 1992; Haggerty, Burge, et al., 2007; Levesque et al., 2013; Pineault, 2012). Donabedian (1973) propose que l'accessibilité puisse être facilitée ou limitée par les caractéristiques des utilisateurs, autant que par les caractéristiques des services de santé. Pineault et al. (2008) perçoivent pour leur part l'accessibilité comme un attribut du processus de soins découlant des interactions entre la population et l'organisation des services.

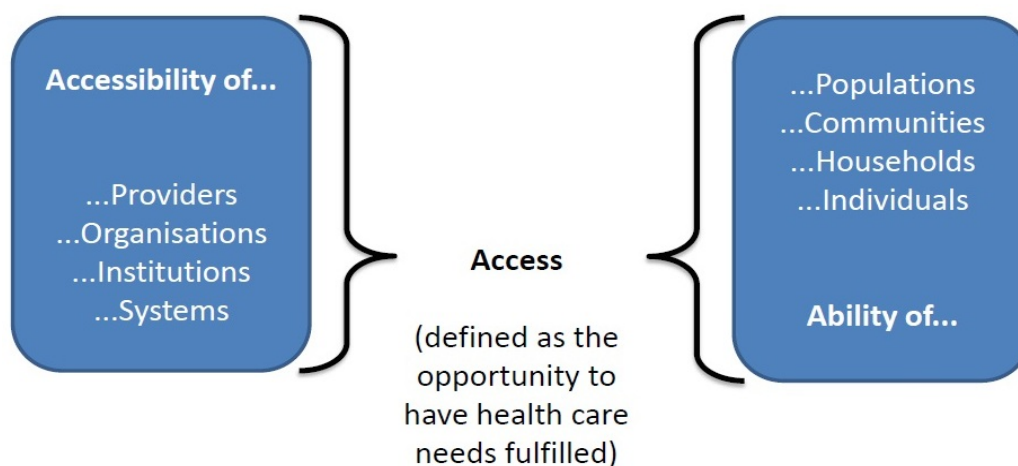
Plus particulièrement en regard des soins primaires, l'accès est opérationnellement défini par Haggerty et al. (2007) en tant qu'attribut des SSP, et comprend deux composantes, soit l'accessibilité de premier contact et l'accessibilité-accommodation. La première sous-tend «la facilité avec laquelle une personne peut obtenir les soins nécessaires [...] du praticien de choix dans un délai approprié à l'urgence du problème» (Traduction libre : Haggerty, Burge, et al., 2007, p. 340), tandis que la seconde exprime «la façon dont les ressources de soins de santé primaires sont organisées pour tenir compte d'un large éventail de capacités des patients pour contacter les cliniciens et atteindre les services de santé» (Traduction libre : Haggerty, Burge, et al., 2007, p. 340). Bien qu'il ne vise pas spécifiquement les soins primaires, le modèle de l'accès aux soins de santé de Levesque et al. (2013) est très bien adapté à ceux-ci et a été plusieurs fois utilisé à cette fin (Haggerty, Roberge, Levesque, Gauthier et Loignon,

2014; Khanassov et al., 2016; Miedema et al., 2016). La proposition de ces auteurs rend compte de la complexité et de la chronicité des problèmes de santé contemporains (Clair, 2000; Organisation mondiale de la Santé, 2008), tout en considérant le besoin d'introduire l'approche centrée sur le patient dans la conceptualisation de l'accès aux soins de santé (Beaulieu et al., 2015; Levesque et al., 2013; Rosland et al., 2015). Ainsi, l'accès y est défini comme :

L'opportunité d'atteindre et d'obtenir des services de santé appropriés dans les situations de besoins de soins perçus. L'accès est perçu comme résultant de l'interface entre les caractéristiques des personnes, des familles, des environnements sociaux et physiques et les caractéristiques des systèmes de santé, des organisations et des fournisseurs (Traduction libre : Levesque et al., 2013).

Tout comme Pineault (2012) dans son ouvrage *Comprendre le système de santé pour mieux le gérer*, Levesque et al. (2013) distinguent le terme *accès* tel que défini ci-dessus et le terme *accessibilité*, qui décrit plutôt la nature des services qui fournissent ces opportunités, par exemple, l'accessibilité d'une clinique ou d'un pourvoyeur (Levesque et al., 2013). La figure 1 présentée ci-dessous démontre bien cette distinction.

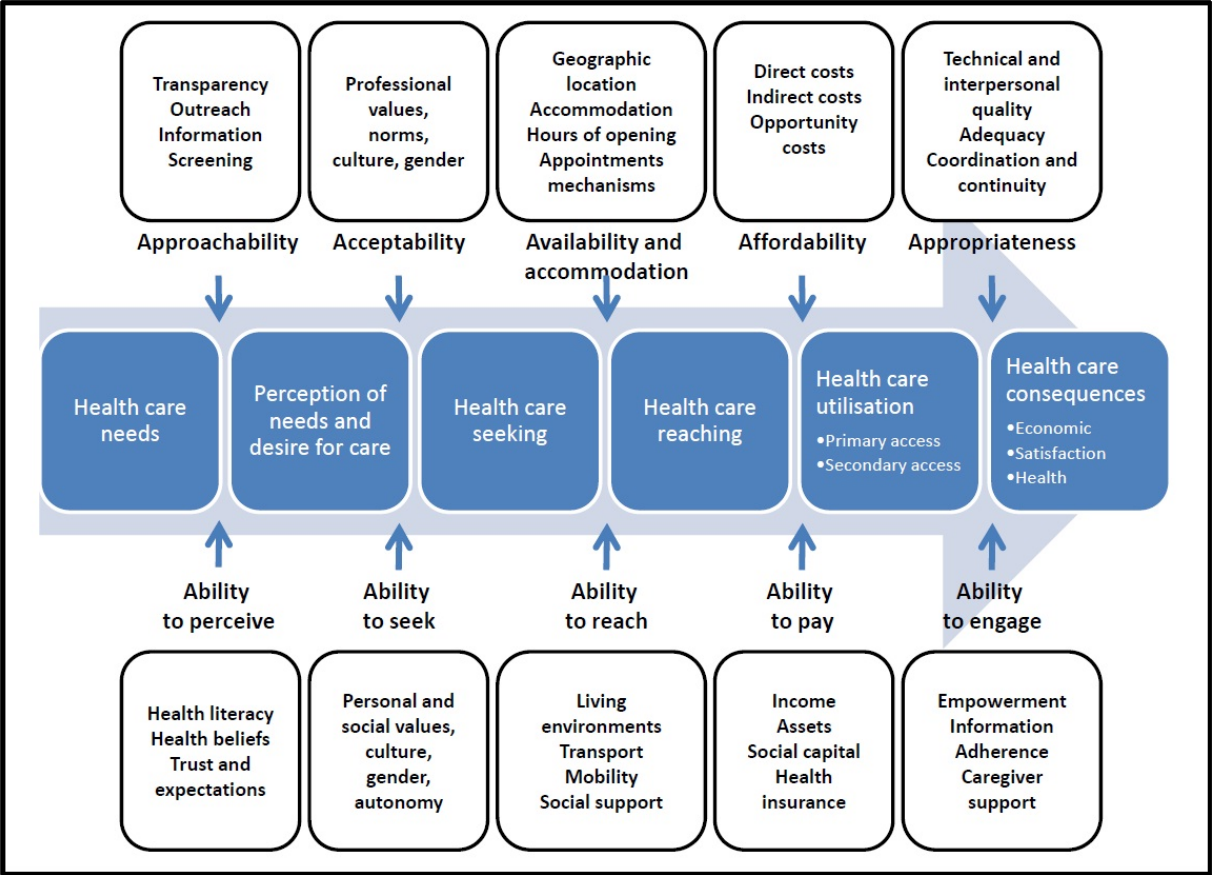
Figure 1. Une définition de l'accès aux soins de santé (Levesque et al., 2013)



Ces mêmes auteurs ont identifié cinq dimensions de l'accessibilité des services de santé, soit 1) Approchabilité, 2) Acceptabilité, 3) Disponibilité et accommodation 4) Accessibilité financière et 5) Pertinence (Levesque et al., 2013) que l'on devine inspirées et adaptées de celles de Penchansky et Thomas (1981) précédemment mentionnées. Chacune de

ces dimensions a son pendant associé à l’habileté des personnes à obtenir les soins de santé, respectivement 1) Capacité de percevoir, 2) Capacité de rechercher, 3) Capacité d’atteindre, 4) Capacité de payer et 5) Capacité d’engagement (Levesque et al., 2013). Ainsi ce modèle reconnaît la relation entre la population et les ressources de santé, en considérant en parts égales les facteurs de l’offre et de la demande, tel que proposé par plusieurs auteurs (Frenk, 1992; Levesque et al., 2013; Penchansky et Thomas, 1981). Finalement, ces dimensions sont réparties tout au long du processus d’utilisation des soins, à partir des besoins de soins perçus jusqu’à leur obtention (Levesque et al., 2013), tel que démontré par le modèle conceptuel présenté à la figure 2.

Figure 2. Cadre conceptuel de l’accès aux soins de santé (Levesque et al., 2013)



## **2.1.2 Accessibilité organisationnelle**

Il est intéressant de constater que les interventions organisationnelles peuvent autant influencer l'accessibilité des organisations que la propension des utilisateurs à rejoindre les services (Donabedian, 1973; Khanassov et al., 2016; Levesque et al., 2013). Certains auteurs affirment qu'il est préférable d'agir sur les caractéristiques des organisations pour influencer l'accès aux SSP, puisqu'elles sont plus facilement modifiables à court terme que celles de la population (Campbell et Salisbury, 2015; Frenk, 1992; Levesque et al., 2013; Lowe et al., 2005).

Lamarche et al. (2003), tout comme Pineault et al. (2008) proposent que les organisations de soins soient le résultat de configurations particulières de caractéristiques résultant de la vision, des ressources, de la structure organisationnelle et des pratiques. Admettant que l'association de ces caractéristiques organisationnelles détermine les différents modèles organisationnels de SSP, plusieurs combinaisons peuvent être observées et se qualifier différemment en matière de performance (Lamarche et al., 2003; Levesque et al., 2010; Pineault et al., 2008). Bien qu'aucune combinaison parfaite n'ait été retenue (Beaulieu et al., 2013), il est intéressant de constater que certains modèles performant mieux au regard de l'accessibilité, ce qui suggère un rôle des caractéristiques organisationnelles à cet égard (Levesque et al., 2012; Muggah et al., 2014; Pineault, Provost, Hamel, Couture et Levesque, 2011). En effet, plusieurs d'entre elles démontrent un impact sur l'accès aux SSP à travers différents indicateurs, qui sont rapportés par la littérature comme étant des proxys de l'accès à la première ligne (Gulliford, 2002; Khanassov et al., 2016; Levesque et al., 2010; Lowe et al., 2005; Remler et Van Ryzin, 2014). Trois de ces indicateurs ont été utilisés pour décrire la problématique en introduction de ce mémoire et ressortent de manière prépondérante dans la littérature, soit les hospitalisations évitables, l'utilisation des urgences et les besoins de soins non comblés (Khanassov et al., 2016; Ronksley et al., 2014). Ces derniers seront donc utilisés ci-après pour rapporter les caractéristiques des SSP pouvant avoir un impact sur l'accessibilité des organisations.



## **Hospitalisation évitable**

Rappelons que ces épisodes sont liés à des conditions pour lesquelles des soins primaires de qualité et accessibles auraient pu prévenir l'utilisation de soins spécialisés beaucoup plus coûteux (Gibson et al., 2013; Rosano et al., 2013; van Loenen et al., 2014). Bien que cet indicateur témoigne de la performance générale des SSP (Institut canadien d'information sur la santé, 2016; Rosano et al., 2013; van Loenen et al., 2014), un lien entre les hospitalisations pour causes évitables et l'accès aux SSP est spécifiquement rapporté dans la littérature (Beaulieu et al., 2013; Gibson et al., 2013; Rosano et al., 2013). Le taux d'hospitalisation évitable peut ainsi être influencé par plusieurs caractéristiques organisationnelles des soins primaires (van Loenen et al., 2014) telles que le nombre de médecins de famille (Gibson et al., 2013; Rosano et al., 2013; van Loenen et al., 2014), la pratique médicale de groupe (Gibson et al., 2013; van Loenen et al., 2014), la multidisciplinarité (McCulloch, Price, Hindmarsh et Wagner, 2000), la présence d'infirmières praticiennes (Gibson et al., 2013; Roots et MacDonald, 2014; van Loenen et al., 2014) et l'étendue des heures d'ouverture (Gibson et al., 2013). La gestion de cas par un professionnel de la santé responsable de l'évaluation des besoins, de l'élaboration d'un plan de soins ainsi que de la liaison et du suivi est aussi une caractéristique associée à la diminution des hospitalisations évitables (Khanassov et al., 2016; Leff et al., 2009; Sylvia et al., 2008; van Loenen et al., 2014). Dans le système québécois, le concept de gestion de cas est surtout associé à l'affiliation à un médecin de famille, qui devient un pivot dans le suivi de sa clientèle (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2017d). En ce sens, l'affiliation à un médecin de famille aurait également un impact sur cet indicateur (Huntley et al., 2014; van Loenen et al., 2014). Par ailleurs, l'intégration de médecins spécialistes à la première ligne (Brown, Levine, Fiellin, O'connor et Sledge, 2005) et la présence d'un point d'entrée unique (Hebert et al., 2010; Tourigny, Durand, Bonin, Hebert et Rochette, 2004) influenceraient également les hospitalisations pour causes évitables (Khanassov et al., 2016).

## **Utilisation des urgences**

L'utilisation des urgences pour des conditions ambulatoires semble être reconnue comme une mesure plus spécifique de l'accès aux soins primaires (Hudec, MacDougall et

Rankin, 2010; Institut canadien d'information sur la santé, 2014b; Lowe et al., 2005; Pineault et al., 2005), quoique exacerbée par les problèmes de délais et de collaboration avec les services spécialisés (Collège des médecins du Québec, 2016; Commissaire à la santé et au bien-être, 2015; Haggerty, Pineault, et al., 2007; Institut canadien d'information sur la santé, 2012). Plusieurs études ont d'ailleurs démontré cette association entre le manque d'accès à la première ligne et l'utilisation de l'urgence par les patients, ce qui favorise son utilisation comme proxy de l'accès aux SSP (Beaulieu et al., 2013; Cowling et al., 2013; Huntley et al., 2014; Khanassov et al., 2016; Lowe et al., 2005; O'Malley, 2013). On peut supposer que l'utilisation des urgences est un indicateur sensible aux caractéristiques organisationnelles des cliniques de première ligne (Huntley et al., 2014; Lowe et al., 2005) puisqu'il peut être influencé par plusieurs d'entre elles, notamment, la pratique médicale de groupe (Carter, Levesque, et al., 2016), la présence de médecins spécialistes (Brown et al., 2005), la rapidité et l'efficacité de la coordination avec les services spécialisés (Mackinney, Visotcky, Tarima et Whittle, 2013; McCusker et al., 2012), l'affiliation à un médecin de famille (Carter, Levesque, et al., 2016; Huntley et al., 2014; McCusker et al., 2012) et le ratio patient-médecin (Lowe et al., 2005). Sur le plan multidisciplinaire, la présence d'infirmières praticiennes (Lowe et al., 2005; Roots et MacDonald, 2014), la disponibilité d'un professionnel par téléphone ou courriel (Doey, Hines, Myslik, Leavey et Seabrook, 2009; Driscoll et al., 2013) et la présence d'une équipe multidisciplinaire (Driscoll et al., 2013) sont négativement associées à l'utilisation des urgences. Les délais de rendez-vous (Cowling et al., 2013), la présence d'un point d'entrée unique (Hebert et al., 2010; Khanassov et al., 2016; Tourigny et al., 2004) et l'offre de services en heures défavorables, telles que les soirs et les fins de semaine, auraient aussi un impact sur l'utilisation des urgences pour des conditions ambulatoires (Lowe et al., 2005; McCusker et al., 2009; O'Malley, 2013; van Uden, Winkens, Wesseling, Crebolder et van Schayck, 2003). Cet indicateur serait également associé à des éléments de la planification des rendez-vous comme l'implantation de l'Accès adapté (Driscoll et al., 2013; Hudec et al., 2010; Rust et al., 2008) et la proportion de rendez-vous le jour même ou de sans rendez-vous (Chapman et al., 2004; McCusker et al., 2009). Finalement, l'accessibilité géographique par la localisation des cliniques, la facilité de déplacement et la disponibilité d'alternatives à proximité (Haggerty et Levesque, 2016) peuvent aussi influencer l'utilisation des services d'urgence par les patients (Baker et al., 2011; Cowling et al., 2013; Huntley et al., 2014).

## **Besoins de soins non comblés**

L'évaluation des besoins de soins non rencontrés se démarque aussi dans la littérature, et consiste en un besoin de soins de santé perçu qui ne rencontre pas les services nécessaires à sa satisfaction (Khanassov et al., 2016). Il est fréquemment utilisé comme un indicateur de l'accès axé sur le processus (Chen et Hou, 2002; Sanmartin et al., 2002). Bien qu'il puisse être influencé par les caractéristiques organisationnelles autant que par les caractéristiques des usagers, c'est auprès de ces derniers que l'information est collectée, puisqu'il s'agit d'une mesure plutôt subjective (Allin, Grignon et Le Grand, 2010). Plusieurs études démontrent une association négative entre l'accès aux SSP et les besoins non comblés (Khanassov et al., 2016; O'Malley, 2013), ce qui témoigne de sa qualité en tant que proxy de l'accès aux SSP. Les besoins non comblés peuvent être influencés par des caractéristiques organisationnelles de SSP (Levesque et al., 2012), dont les délais d'attente pour un rendez-vous (Chen et Hou, 2002; Levesque et al., 2012; Pineault, Borges Da Silva, et al., 2016; Sanmartin et al., 2002), l'affiliation à un médecin de famille (Levesque et al., 2012; Pineault, Borges Da Silva, et al., 2016), la gestion de cas par un professionnel de la santé (Khanassov et al., 2016), la prestation de services spécifiques (Sanmartin et al., 2002) et la multidisciplinarité (Crustolo, Ackerman, Kates et Schamehorn, 2005). Des éléments relatifs à l'accessibilité de premier contact (Haggerty et al., 2008) auraient aussi des impacts, tels que la disponibilité d'un professionnel par téléphone ou courriel (Crustolo et al., 2005; Doey et al., 2009) et l'élargissement des heures d'ouverture (O'Malley, 2013). Finalement, des caractéristiques reliées à l'intégration des services, telles que la présence de programmes de coordination ciblés (Hebert et al., 2010), la présence de médecins spécialistes (Brown et al., 2005) ainsi que l'existence d'un point d'entrée unique (Hebert et al., 2010; Khanassov et al., 2016; Tourigny et al., 2004) seraient négativement associées à des besoins de soins non comblés.

La mise en évidence de l'impact des caractéristiques organisationnelles sur des indicateurs reconnus prioritaires pour la recherche dans le domaine des soins primaires (Institut canadien d'information sur la santé, 2016; Khanassov et al., 2016; Ronksley et al., 2014) renvoie à l'importance d'évaluer l'accessibilité des SSP (Levesque, Descoteaux, demers et Benigeri, 2014). Il s'agit d'ailleurs d'une dimension essentielle de l'évaluation de la performance de la première ligne (Commissaire à la santé et au bien-être, 2015; Rosano et al.,

2013). Il est donc intéressant de bien définir ces attributs en termes mesurables, puisqu'ils guident la sélection et la création d'outils permettant aux dirigeants d'orienter et d'évaluer les services (Gene-Badia et al., 2007; Haggerty, Burge, et al., 2007).

### **2.1.3 Outils de mesure de l'accès aux SSP**

L'utilisation d'outils fiables, valides, spécifiques et sensibles aux changements permet de suivre l'évolution des SSP dans le temps (Beaulieu et al., 2015; Gene-Badia et al., 2007; Haggerty et Levesque, 2016), sachant que les changements organisationnels ont des retombées à plus ou moins long terme (Gene-Badia et al., 2007; Lakhani et al., 2005; Muggah et al., 2014). Comme expliqué précédemment, l'accès aux SSP est une notion complexe se prêtant à diverses conceptualisations (Campbell et Salisbury, 2015; Levesque et al., 2013), ce qui ne manque pas d'influencer la mise en place d'outils de mesure (Haggerty et Levesque, 2016). Historiquement, les mesures de l'accès aux SSP se limitaient à la provision des SSP et à leur utilisation, ce qui les rendait moins sensibles aux facteurs reliés à l'offre et la demande (Campbell et Salisbury, 2015; Levesque et al., 2013; Lowe et al., 2005). Selon Levesque et al. (2013), la mesure de l'accès aux soins de santé n'est complète qu'en tenant compte de l'interaction entre les caractéristiques des services de santé et celles des populations.

L'évaluation de l'accès aux SSP par les patients serait, selon certains auteurs, la méthode la plus valide (Haggerty et Levesque, 2016), surtout qu'on fait de plus en plus référence aux soins centrés sur le patient (Levesque et al., 2013; Rosser et al., 2011) et au partenariat de soins et de services (Pomey, Ghadiri, Karazivan, Fernandez et Clavel, 2015; Pomey et Lebel, 2016). À ce chapitre, il est intéressant de mentionner que la perception des patients semble grandement influencée par les dimensions interpersonnelles des soins de santé (Haggerty et al., 2008). Par exemple, la perception des patients en regard de l'accès de leur source de soins primaires peut être influencée par d'autres attributs comme la continuité, qui reflète la relation patient-soignant (Haggerty et al., 2013; Haggerty et al., 2008). Il s'agit donc d'un élément à considérer lors de la mesure des caractéristiques organisationnelles des SSP par la perception des utilisateurs (Haggerty et al., 2008).

D'autre part, les organisations de SSP peuvent bénéficier d'outils leur permettant de mesurer leur propre performance en matière d'accessibilité, alors que les décideurs peuvent les

utiliser pour évaluer les résultats d'interventions (Gene-Badia et al., 2007; Haggerty, Burge, et al., 2007; Lakhani et al., 2005). Plusieurs outils visant directement les organisations de SSP ont été identifiés grâce à une revue des questionnaires utilisés à l'échelle internationale par l'Institut national de santé publique du Québec (2014). Cette étude de repérage a permis d'isoler les dimensions visant l'évaluation des organisations de première ligne, dont plusieurs se rapportent à l'accessibilité (Levesque et al., 2014). Guidée par le cadre opérationnel des SSP de Haggerty et al (2007) et par le cadre organisationnel des SSP de Hogg et al. (2008), cette revue a permis l'élaboration d'un questionnaire évaluant les caractéristiques organisationnelles des SSP, soit le *Primary Health Care (PHC) Organizational Survey* (Institut canadien d'information sur la santé, 2013a; Levesque et al., 2014). Ce dernier est complémentaire à deux autres outils visant, d'une part, la pratique du prestataire de service et, d'autre part, la perception de la population (Institut canadien d'information sur la santé, 2013b; Levesque et al., 2014).

## **2.2 Accès adapté**

Tel que mentionné en introduction, l'Accès adapté a le potentiel d'améliorer l'accès aux soins de santé (Bodenheimer, 2003; Breton et al., 2016; Murray et Tantau, 2000) et est largement implanté dans les organisations de première ligne (Breton et al., 2016; Fournier et al., 2015; Rose et al., 2011). Son adoption par les CUMF québécoises est fortement recommandée et de plus en plus répandue (Béland et al., 2015; Groulx et al., 2015; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2016a), mais très peu étudiée de façon formelle (Groulx et al., 2015; Kiran et O'Brien, 2015; Malham et al., 2017). La présentation, les impacts et les modalités d'évaluation de l'implantation de l'Accès adapté sont donc détaillés dans le présent chapitre.

### **2.2.1 Présentation du modèle Accès adapté**

L'Accès adapté, concept créé par le médecin californien Mark Murray à l'aube des années 2000, vise spécifiquement l'amélioration de l'accès aux services médicaux en temps opportun (Breton et al., 2016; Murray et Tantau, 2000). En proposant que la demande puisse être prédite et satisfaite grâce à l'ajustement de l'offre de services, Murray et Tantau (1999)

viennent contredire le mythe de la demande insatiable. L'Accès adapté de première génération propose d'attribuer les rendez-vous de routine à l'avance, mais de garder des plages horaires libres en prévision de besoins urgents (Murray et Tantau, 1999). Dans ce modèle, la priorisation des besoins ainsi que les listes d'attentes sont préservées, créant une demande pour un troisième type de rendez-vous pour ceux qui ne peuvent pas venir le jour même, mais qui ne peuvent pas non plus attendre jusqu'à la fin de la liste (Murray et Tantau, 1999).

En deuxième génération, Murray et Tantau (1999) proposent donc un modèle basé sur la perception du patient par rapport à l'urgence de son problème, indépendamment de l'urgence clinique qui y est associée (Tantau, 2009). En libérant autour de 65 % de plages horaires quotidiennement, cette mouture vise à «faire aujourd'hui le travail d'aujourd'hui» (Traduction libre : Murray et Tantau, 2000, p. 45). Les plages réservées, représentant théoriquement 35 % de l'horaire, servent donc simplement à l'accommodation des patients ou au suivi de ceux qui nécessitent des rendez-vous à l'avance comme les personnes âgées ou vulnérables (Murray et Berwick, 2003; Murray et Tantau, 2000; Tantau, 2009). Pour y parvenir, un changement de paradigme s'impose, guidé par cinq principes directeurs (Breton et al., 2016; Murray et Berwick, 2003; Murray et Tantau, 2000; Tantau, 2009) ;

1. Équilibrer l'offre et la demande
2. Réduire, voire éliminer l'attente accumulée
3. Revoir le système de rendez-vous
4. Réaliser des plans de contingence
5. Intégrer la pratique multidisciplinaire

En éliminant la distinction entre rendez-vous urgents et de routine, les utilisateurs peuvent rencontrer le professionnel de leur choix, au moment de leur choix, peu importe le motif (Murray et Berwick, 2003; Murray et Tantau, 2000). Cela exige que l'horaire du médecin soit ouvert à court terme afin d'assouplir la demande de visites et de permettre les rendez-vous rapides (Breton et al., 2016). Ce changement de pratique implique un changement dans la façon de faire des patients pour obtenir les soins (Murray, 2005), permettant d'améliorer leur capacité à rejoindre les services, tel que préconisé par Levesque et al. (2013). En l'absence de son médecin, le patient peut choisir s'il favorise l'accès rapide avec un autre

médecin, ou la continuité avec son médecin lors de son retour, ce qui est également en faveur d'un modèle centré sur le patient (Murray et Berwick, 2003; Murray et Tantau, 2007; Tantau, 2009). Par ailleurs, Murray (2005) apporte un ajout quant à la continuité, qui ne passe pas seulement par le médecin, mais aussi par une équipe multidisciplinaire prenant en charge le patient. Le modèle compte ainsi sur un élément clé, la relation patient-soignant, en reconnaissant le rôle de la continuité aux côtés de l'accès en tant que concepts centraux des SSP (Carroll et al., 2016a; Haggerty, Burge, et al., 2007; Murray et Tantau, 2000; Starfield et al., 2005). Cette conception est d'ailleurs congruente avec celle de Haggerty et al. (2008) concernant la possibilité d'optimiser autant l'accès que la continuité en considérant leur interrelation dans les processus d'organisation des SSP. D'ailleurs, plusieurs organisations voient en l'Accès adapté la possibilité de favoriser l'accessibilité aux SSP, tout en les rapprochant du concept des soins centrés sur le patient (Ralston et al., 2009; Tantau, 2009). Dès lors, l'Accès adapté semble prometteur en regard de l'accès aux SSP, en partageant plusieurs principes avec le modèle conceptuel de l'accès aux soins de santé de Levesque et al. (2013).

Créé pour une application plus générale, l'Accès adapté est de plus en plus recommandé et implanté dans les milieux de première ligne (Breton et al., 2016; Groulx et al., 2015; Murray et Berwick, 2003; Murray, Bodenheimer, Rittenhouse et Grumbach, 2003; Murray et Tantau, 1999). La province est encore jeune en matière d'expérimentation du modèle (Breton et al., 2016), qui fut initialement implanté en 2007 par le Dr André Munger, pionnier québécois en matière d'Accès adapté (Paré, 2014b). La suite de ce chapitre traitera de la littérature sur les impacts de l'Accès adapté et de l'analyse de son implantation en contexte de soins primaires.

### **2.2.2 Impact sur l'accès aux SSP**

Puisque l'Accès adapté est de plus en plus présent dans l'organisation des soins de première ligne au Québec (Breton et al., 2016; Fiore, 2015), il apparaît important de vérifier si le modèle rejoint les objectifs escomptés et de connaître ses impacts réels sur la dispensation des SSP (Auerbach, Landefeld et Shojanian, 2007; Hogg et al., 2008; Rose et al., 2011). Cette section présente donc les retombées de l'Accès adapté telles que révélées dans la littérature.

Les effets de l'Accès adapté tel qu'implanté dans les milieux doivent être interprétés de manière critique étant donné les disparités dans l'implantation et dans la conceptualisation du modèle théorique (Rose et al., 2011). Plusieurs auteurs ont noté la rareté d'études rigoureuses évaluant les impacts de l'Accès adapté (Kiran et O'Brien, 2015; Knight et al., 2005; Rose et al., 2011). Les études retenues pour cette section de la recension empruntent majoritairement des devis d'études avant-après ou transversales dont quelques-unes ont des groupes contrôles. Un seul essai clinique randomisé a été trouvé dans la littérature, mais il est à noter qu'il s'intéresse à une clientèle pédiatrique (O'Connor, Matthews et Gao, 2006).

### **Délais de rendez-vous**

L'impact le plus attendu de l'Accès adapté est la diminution des délais d'attente pour obtenir un rendez-vous, puisqu'il s'agit de l'objectif principal du modèle (Murray et Tantau, 2000). Les mesures les plus utilisées dans la littérature pour mesurer les impacts de l'Accès adapté sont donc fréquemment en lien avec les délais, soit pour le prochain rendez-vous disponible ou le troisième rendez-vous disponible (Rose et al., 2011). Ces derniers peuvent être associés à l'accessibilité de premier contact, qui est un attribut spécifique à l'évaluation des soins primaires (Haggerty, Burge, et al., 2007; Haggerty, Pineault, et al., 2007; Haggerty et al., 2008). De plus, l'impact du modèle sur les délais de rendez-vous rejoint la dimension *Disponibilité et accommodation* du cadre conceptuel de Levesque et al. (2013), ce qui soutient son apport à l'accès aux SSP.

Le troisième rendez-vous disponible semble être l'indicateur le plus pertinent pour rendre compte de la disponibilité des rendez-vous (Rose et al., 2011). En effet, il est plus susceptible de refléter de réelles disponibilités, alors que le prochain ou le deuxième rendez-vous disponible risquent d'être dus à des annulations de rendez-vous ou à des changements de dernière minute (Murray et Berwick, 2003; Solberg et al., 2004). De façon concrète, le troisième rendez-vous disponible se calcule en nombre de jours, à partir du moment où un patient ferait une demande de rendez-vous, jusqu'à la troisième plage libre disponible (Cameron et al., 2010). Les données issues de la littérature convergent avec les prévisions des partisans de l'Accès adapté en ce qui a trait à la diminution des délais d'attente (Rose et al., 2011). En effet, l'association entre l'Accès adapté et la diminution du délai pour le troisième



rendez-vous disponible fait consensus dans les écrits relevés par cette recension (Bennett et Baxley, 2009; Bundy, Randolph, Murray, Anderson et Margolis, 2005; Mehrotra, Keehl-Markowitz et Ayanian, 2008; Pickin, O'Cathain, Sampson et Dixon, 2004; Rose et al., 2011; Salisbury, Montgomery, et al., 2007; Solberg et al., 2004; Sperl-Hillen et al., 2008). Une étude multicentrique anglaise a démontré une amélioration plutôt modeste des délais, mais les auteurs mentionnent que l'étude était menée dans un contexte où l'accessibilité de premier contact était préalablement favorable (Salisbury, Montgomery, et al., 2007). À notre connaissance, aucune étude n'a évalué l'association entre l'accès adapté et le troisième rendez-vous disponible en contexte québécois.

Plusieurs études menées dans des cliniques à visée académique démontrent également cette diminution des délais pour le troisième rendez-vous disponible (Belardi, Weir et Craig, 2004; Tseng, Wiser, Barclay et Aiello, 2015), dont une étude canadienne (Cameron et al., 2010). L'impact sur les délais en milieu académique peut être influencé par la pratique à temps partiel de plusieurs médecins enseignants et par les exigences du programme de résidence, qui impliquent des horaires irréguliers des résidents (Baxley et Weir, 2009; Belardi et al., 2004; Bennett et Baxley, 2009; Groulx et al., 2015; Lloyd, 1974; Rose et al., 2011). Les délais en Accès adapté sont également plus courts lorsque mesurés par le premier rendez-vous disponible (Mallard, Leakeas, Duncan, Fleenor et Sinsky, 2004; Parente, Pinto et Barber, 2005; Radel, Norman, Notaro et Horrigan, 2001).

Malgré cette diminution généralisée des délais, seules quelques études ont rapporté des délais inférieurs à deux jours pour le troisième rendez-vous disponible (Pickin et al., 2004; Salisbury, Montgomery, et al., 2007; Steinbauer, Korell, Erdin et Spann, 2006). On pourrait croire que les études ayant évalué les délais pour le prochain rendez-vous disponible soient plus susceptibles d'atteindre cette cible (Rose et al., 2011; Solberg et al., 2004), mais elles sont aussi plutôt rares (Pomerantz, Cole, Watts et Weeks, 2008; Radel et al., 2001; Rose et al., 2011). Cela est surprenant considérant qu'il s'agit d'une cible établie par les auteurs du modèle Accès adapté (Murray et Tantau, 1999, 2000). Cet écart entre les résultats prédits et les résultats mesurés sont fréquemment attribués aux variabilités d'implantation et de conceptualisation du modèle théorique (Baxley et Weir, 2009; Kiran et O'Brien, 2015; Pope, Banks, Salisbury et Lattimer, 2008; Rose et al., 2011).

## Continuité

Le modèle de l'Accès adapté propose aussi un impact positif sur la continuité des soins en permettant aux patients de voir leur propre médecin en cas de besoin, et ce, sans délai (Murray et Tantau, 2000). Cet aspect du modèle peut-être associé à la continuité relationnelle, qui est un attribut spécifique aux SSP (Haggerty, Burge, et al., 2007) et correspond également à la dimension *Pertinence* de l'accès aux soins de santé (Levesque et al., 2013). Les soins centrés sur le patient semblent être l'élément central de cette interrelation et permettre la coexistence de l'accessibilité et de la continuité des soins de santé au sein de ce modèle (Haggerty, Burge, et al., 2007; Haggerty et al., 2008; Levesque et al., 2013; Tantau, 2009). Certains affirment même que plusieurs impacts, autant pour les résultats cliniques que pour l'accès aux soins, découleraient de la continuité relationnelle mise en valeur par le modèle de l'Accès adapté (Solberg, 2011). Les indicateurs utilisés pour mesurer la continuité sont très hétérogènes à travers la littérature, ce qui peut en partie expliquer les effets plus nuancés de l'Accès adapté sur cette variable (Rose et al., 2011).

Une étude américaine a pour sa part exploré la perception des patients par rapport à la continuité relationnelle en leur demandant s'ils avaient pu voir le professionnel de leur choix (Bundy et al., 2005) et a démontré une amélioration non significative de la continuité après un virage vers l'Accès adapté de plusieurs cliniques.

Plusieurs études ont utilisé *The Continuity of Care index*, qui mesure la proportion de visites avec le même médecin, ajusté par le nombre de consultations (Bice et Boxerman, 1977; Salisbury, Montgomery, et al., 2007). L'une de ces études, menée en contexte anglais (Salisbury, Montgomery, et al., 2007), n'a pas démontré de différence entre les pratiques en Accès adapté et le groupe témoin. Les autres études ayant utilisé cet indice ont été menées aux États-Unis et ont démontré une amélioration de la continuité associée à l'Accès adapté (Solberg et al., 2004; Sperl-Hillen et al., 2008). Au Québec, l'équivalent de cette mesure est le taux d'assiduité des médecins de famille, qui se traduit par le nombre de visites effectuées chez le médecin d'inscription, sur le nombre total de visites, incluant les visites à l'urgence pour des conditions ambulatoires (Contandriopoulos et al., 2015). Toutefois, aucune étude québécoise mesurant le taux d'assiduité en regard de l'Accès adapté n'a été répertoriée par cette présente revue de la littérature.

Quoique plus simple, le pourcentage de visites de première ligne avec le médecin désigné est aussi fréquemment utilisé pour évaluer la continuité en regard de l'Accès adapté. (Belardi et al., 2004; Rose et al., 2011). Cette dernière témoigne de l'appariement des patients avec un médecin (Belardi et al., 2004), tel que préconisé par le modèle (Murray et Tantau, 2000). Par l'entremise de cette mesure, plusieurs études ont démontré une amélioration de la continuité avec l'Accès adapté (Belardi et al., 2004; Bennett et Baxley, 2009; Parente et al., 2005).

Certaines études ont démontré une diminution significative de la continuité relationnelle. L'une d'entre elles, menée en contexte de clinique familiale académique, démontre une diminution de la continuité en Accès adapté (Phan et Brown, 2009) à l'aide de deux indices, soit le *Usual Provider Continuity Index* (UPC) et le *Modified Modified Continuity Index* (MMCI). Les facteurs spécifiques aux contextes académiques relevés dans la littérature, tels que les horaires irréguliers des résidents et la présence en CUMF à temps partiel de médecins enseignants, pourraient en partie expliquer ces résultats (Baxley et Weir, 2009; Belardi et al., 2004; Bennett et Baxley, 2009; Rose et al., 2011). Toutefois, plusieurs études menées dans les mêmes contextes ont plutôt démontré des résultats positifs en regard de la continuité en Accès adapté (Belardi et al., 2004; Bennett et Baxley, 2009; Parente et al., 2005; Tseng et al., 2015). Cela mène à faire la même hypothèse pour les CUMF québécoises, même si elles n'ont pas fait l'objet d'études sur la continuité en regard de l'Accès adapté.

Dans la littérature qualitative, plusieurs prestataires émettent des craintes en lien avec la continuité auprès des personnes vulnérables, qui pourraient se trouver désavantagées par un système préconisant les rendez-vous rapides (Ahluwalia et Offredy, 2005; Breton et al., 2016; Dixon, Sampson, O'Cathain et Pickin, 2006). Toutefois, la littérature ne semble pas soutenir ces appréhensions, alors que des résultats démontrent plutôt une amélioration de la continuité chez ces clientèles (Solberg et al., 2004; Sperl-Hillen et al., 2008). En ce sens, l'Accès adapté n'aurait pas d'impact sur l'utilisation des services de deuxième ligne par les patients atteints de maladies chroniques (Degani, 2013; Solberg et al., 2004), alors que leurs visites à la clinique de première ligne tendent à rester stables ou à augmenter (Gladstone et Howard, 2011; Solberg et al., 2004). On doit rappeler que le modèle du Dr Murray propose de réserver environ 35 % des plages horaires à l'avance, en partie pour ce type de clientèle (Murray et

Berwick, 2003; Murray et Tantau, 2000; Tantau, 2009). Un autre élément témoignant du suivi de ces patients vulnérables concerne les résultats cliniques relatifs au suivi de leurs pathologies, qui sont discutés ci-après.

### **Résultats cliniques**

Certaines études ont tenté de faire des liens entre les résultats cliniques et les modes d'organisations des SSP tels que l'Accès adapté, avec des résultats qui ne sont pas toujours positifs. C'est ainsi que des études ont mis en évidence que les paramètres cliniques de tension artérielle et d'hémoglobine A1c, témoignant respectivement du contrôle de l'hypertension artérielle et du diabète, ne sont pas influencés par l'implantation de l'Accès adapté (Degani, 2013; Gladstone et Howard, 2011). Toutefois, d'autres démontrent, d'une part, une amélioration du contrôle de l'hémoglobine A1c (Radel et al., 2001; Sperl-Hillen et al., 2008; Subramanian et al., 2009) et du cholestérol sanguin (Sperl-Hillen et al., 2008) et d'autre part, une détérioration du contrôle de la pression artérielle (Radel et al., 2001). O'Hare et Corlett (2004) ont pour leur part rapporté une augmentation de la prestation de services préventifs lors des visites après l'implantation de l'Accès adapté. Finalement, des améliorations cliniques en matière d'efficacité générale ont également été rapportées dans un contexte de santé mentale (Pomerantz et al., 2008). Des auteurs avancent l'hypothèse que l'Accès adapté puisse améliorer les résultats de santé des individus en favorisant une prise en charge précoce des problématiques de santé, diminuant ainsi le risque d'exacerbation ou de complications (Knight et al., 2005).

### **Utilisation des urgences et hospitalisations évitables**

L'utilisation des urgences et les hospitalisations évitables ont précédemment été énoncées dans ce travail comme étant des indicateurs de performances particulièrement sensibles à l'accessibilité des SSP (Institut canadien d'information sur la santé, 2016; Khanassov et al., 2016). Bien que quelques études associent l'Accès adapté à une diminution de l'utilisation des urgences pour des causes ambulatoires (Hudec et al., 2010; O'Hare et Corlett, 2004), l'absence de changements significatifs dans l'utilisation des urgences ou des hospitalisations évitables est plus souvent remarquée dans la littérature. (Degani, 2013; Rose et al., 2011; Solberg et al., 2004; Sperl-Hillen et al., 2008; Subramanian et al., 2009).

Toutefois, de légères diminutions des hospitalisations évitables chez les clientèles diabétiques pourraient être associées à l'Accès adapté (Degani, 2013).

### **Perception des patients**

La perception des patients est non négligeable dans l'évaluation des impacts d'un modèle centré sur le patient (Haggerty et Levesque, 2016; Murray et Tantau, 2000; Tantau, 2009). Bien qu'une amélioration de la perception générale des patients ait été rapportée dans des milieux ayant implanté l'Accès adapté (Bundy et al., 2005; Hudec et al., 2010; O'Hare et Corlett, 2004; Pomerantz et al., 2008), la plupart des études ne relèvent pas d'amélioration significative ni de détérioration de l'expérience de soins rapportée par les patients (Parente et al., 2005; Radel et al., 2001; Solberg et al., 2004; Tseng et al., 2015). Il en est de même pour la satisfaction des patients en regard du système de rendez-vous plus spécifiquement (Belardi et al., 2004; Mehrotra et al., 2008; Salisbury, Goodall, et al., 2007). Malgré cela, une insatisfaction est rapportée par certains patients qui se voient offrir un rendez-vous le jour même sans égard à leurs préférences (Sampson, Pickin, O'Cathain, Goodall et Salisbury, 2008). Plusieurs auteurs ont d'ailleurs rapporté que l'interprétation du modèle par les organisations est sujette à une confusion définitionnelle les menant à favoriser l'accès le jour même sans chercher à s'adapter aux préférences des utilisateurs (Kiran et O'Brien, 2015; Pope et al., 2008). En ce sens, l'appréciation ne va pas nécessairement de pair avec la diminution des délais (Rose et al., 2011) puisqu'elle est influencée par d'autres éléments, dont la relation patient-soignant (Haggerty et al., 2013; Haggerty et al., 2008) et une gestion des rendez-vous centrée sur le patient (Pascoe, Neal et Allgar, 2004; Salisbury, Goodall, et al., 2007). Des données ont par ailleurs démontré que l'Accès adapté est susceptible d'augmenter la proportion de patients obtenant des services au moment de leur choix (Dixon et al., 2006).

### **Perception des médecins**

Des recherches qualitatives ont démontré des résultats mixtes concernant la perception des médecins à l'égard de l'Accès adapté (Ahluwalia et Offredy, 2005; Rose et al., 2011). Les éléments positifs concernent surtout la satisfaction à l'égard de leur travail, les médecins vivant moins de stress par rapport aux plaintes des patients concernant l'accès (Ahluwalia et Offredy, 2005). Une meilleure gestion du temps ainsi qu'une amélioration de la collaboration

multidisciplinaire sont aussi rapportées par les médecins dans le cadre d'une étude menée en Angleterre (Ahluwalia et Offredy, 2005). Certains médecins de cette même étude rapportent toutefois une augmentation possible de la charge de travail, surtout en raison de la difficulté d'adaptation à la demande (Ahluwalia et Offredy, 2005; Knight et al., 2005), qui peut s'avérer plus complexe à prévoir selon les milieux (Forjuoh et al., 2001; Groulx et al., 2015; Kiran et O'Brien, 2015). Tel que mentionné précédemment, la continuité des soins est aussi une préoccupation rapportée par les médecins dans plusieurs études (Ahluwalia et Offredy, 2005; Pickin et al., 2004).

Une étude canadienne menée en Nouvelle-Écosse rapporte une augmentation générale de la satisfaction des médecins par rapport à l'instauration de l'Accès adapté et une diminution du stress chez ces derniers (Hudec et al., 2010), ce qui rejoint les résultats de l'étude anglaise citée précédemment (Ahluwalia et Offredy, 2005).

Au Québec, Groulx et al. (2015) rapportent des sentiments de responsabilité professionnelle et d'efficacité accrues. Les médecins québécois perçoivent également une plus grande satisfaction de leurs patients par rapport aux délais d'attente et ont l'impression de mieux répondre à leurs besoins (Breton et al., 2016; Fiore, 2015). En ce sens, les médecins de l'étude menée par Breton et al. (2016) rapportent une amélioration clinique dans leur pratique, puisqu'ils sont en mesure de voir les problèmes aigus en temps opportun. Une meilleure gestion du temps est aussi rapportée comme élément positif, tout comme une meilleure organisation du travail et une meilleure utilisation de l'équipe multidisciplinaire, en particulier en ce qui concerne le travail avec les infirmières (Breton et al., 2016; Fiore, 2015). Toutefois, la perte de suivi de patients vulnérables a été rapportée par certains médecins, alors que d'autres ont mentionné établir des listes de rappel ou de suivi pour contourner ce problème (Breton et al., 2016). La mise en place de listes de rappel est d'ailleurs mentionnée comme une stratégie visant l'amélioration de l'un des principes directeurs de l'Accès adapté, soit de revoir le système de gestion des rendez-vous (Malham et al., 2017). Ces éléments relèvent encore une fois de l'implantation du modèle dans les différentes cliniques, dont la variabilité a été abordée dans la littérature (Baxley et Weir, 2009; Pope et al., 2008; Rose et al., 2011).

## **Absence aux rendez-vous**

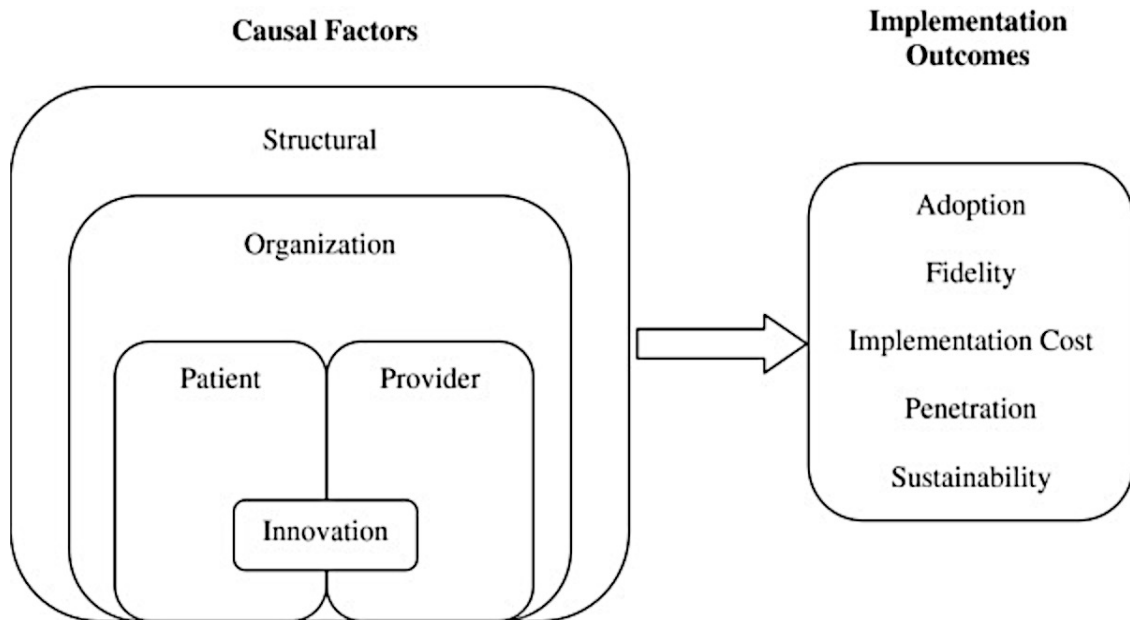
Le taux d'absence au rendez-vous est un résultat souvent étudié lorsqu'il est question d'Accès adapté. Le modèle propose que la prise de rendez-vous ponctuelle plutôt qu'appréhendée, ainsi que la considération des préférences des patients permettent de diminuer les absences au rendez-vous (DuMontier, Rindfleisch, Pruszynski et Frey, 2013; Tantau, 2009). La littérature comporte plusieurs études qui démontrent une diminution importante des absences au rendez-vous, principalement dans des milieux ayant des taux élevés de rendez-vous manqués (Bundy et al., 2005; DuMontier et al., 2013; Mallard et al., 2004; O'Connor et al., 2006). D'autres études ont démontré une diminution plus faible de cette mesure avec l'Accès adapté (Belardi et al., 2004; Bennett et Baxley, 2009), alors que certaines n'en ont démontré aucune (Mehrotra et al., 2008). Pour leur part, la plupart des études en contexte académique présentent une diminution des taux d'absence aux rendez-vous (Belardi et al., 2004; Bennett et Baxley, 2009; Johnson, Mold et Pontious, 2007; Kennedy et Hsu, 2003), même en contexte canadien (Cameron et al., 2010). Bien que l'Accès adapté ne semble pas induire une diminution des taux d'absence aussi importante que prédite par le modèle théorique (Rose et al., 2011), aucune étude n'a démontré d'augmentation des taux.

### **2.2.3 Analyse de l'implantation de l'Accès adapté**

Les impacts de l'Accès adapté peuvent être influencés par des variations dans l'interprétation et l'implantation du modèle (Baxley et Weir, 2009; Pope et al., 2008; Rose et al., 2011), qui serait d'ailleurs difficile à mettre en œuvre dans son intégralité selon certains auteurs (Kiran et O'Brien, 2015). D'autre part, il est fréquent que des initiatives novatrices soient implantées pour améliorer les services de santé sans être évaluées et adaptées au contexte (Auerbach et al., 2007; Dearing, 2009). En effet, peu d'attention est accordée à la structure et aux processus organisationnels dans lesquels sont implantées ces initiatives (Lamarche et al., 2003; Levesque et al., 2010). Compte tenu de la diversité et de la complexité des organisations, il est impératif que l'implantation de l'Accès adapté soit analysée à travers l'objectif d'un cadre conceptuel solide et spécifique, ce qui manque à la plupart des études (Breton et al., 2016; Kiran et O'Brien, 2015; Rose et al., 2011).

Chaudoir, Dugan et Barr (2013) proposent un cadre conceptuel pour l'analyse de l'implantation des innovations en santé tel que présenté à la figure 3. Les auteurs présentent ainsi un modèle multiniveaux de facteurs pouvant influencer l'implantation d'une innovation, du niveau macro au niveau micro, soit les facteurs contextuels, organisationnels, les facteurs liés aux professionnels et aux patients ainsi que les facteurs relatifs à l'innovation en soi. Ces facteurs peuvent influencer l'adoption de l'innovation, la fidélité de l'implantation, les coûts d'implantation, l'intégration de l'innovation dans les pratiques et la durabilité de l'implantation (Chaudoir et al., 2013).

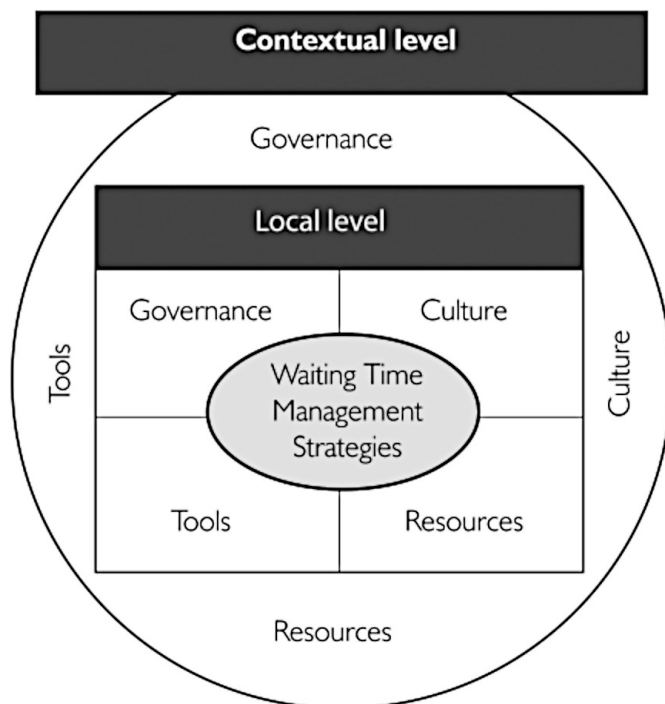
Figure 3. Cadre conceptuel des facteurs prédisant l'implantation des innovations  
(Chaudoir et al., 2013)



Pour étudier l'implantation des stratégies de gestion des temps d'attente, Pomey, Forest, Sanmartin, De Coster et Drew (2010) ont proposé quatre catégories de facteurs organisationnels susceptibles d'influencer l'implantation et les effets de ces stratégies, soit la gouvernance, la culture, les ressources et les outils. Ces derniers sont présents autant au plan contextuel qu'à l'échelle locale, tel qu'illustré par la représentation graphique à la figure 4.



Figure 4. Cadre conceptuel de l'implantation des stratégies de gestion des délais  
(Pomey et al., 2010)

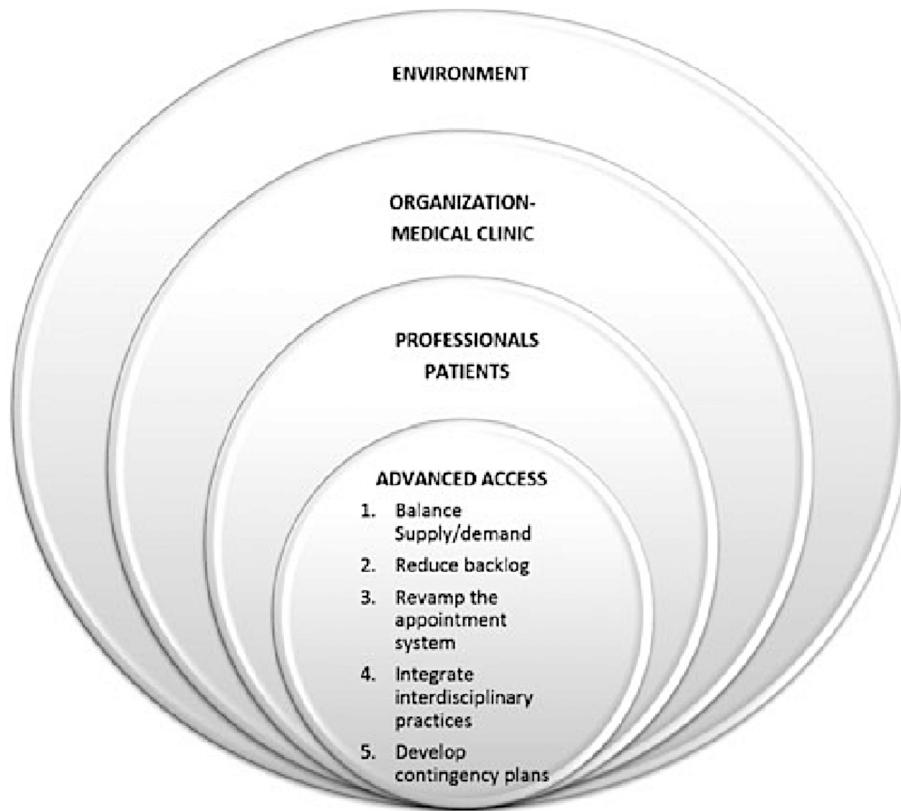


Concernant plus directement l'Accès adapté, certains auteurs mentionnent simplement la diminution des temps d'attente comme témoin du degré d'implantation du modèle (Kiran et O'Brien, 2015; Rose et al., 2011). En ce sens, la littérature suggère que la réduction des délais est significativement associée au degré d'implantation de l'Accès adapté (Pickin et al., 2004). Ce simple proxy (Remler et Van Ryzin, 2014) semble toutefois insuffisant pour analyser l'implantation du modèle, considérant le rôle des différents facteurs précédemment explorés (Chadoir et al., 2013; Pomey et al., 2010). Les cinq principes directeurs de l'Accès adapté ont été suggérés ou utilisés par plusieurs auteurs (Goodall et al., 2006; Kiran et O'Brien, 2015; Pickin et al., 2004; Salisbury, Montgomery, et al., 2007) pour évaluer le degré d'implantation de l'Accès adapté. En guise de rappel, ces derniers sont ; 1) équilibrer l'offre et la demande; 2) réduire l'attente accumulée; 3) revoir le système de rendez-vous; 4) dresser des plans de contingence; et 5) intégrer la pratique multidisciplinaire (Breton et al., 2016; Murray, 2005; Murray et Tantau, 2000; Tantau, 2009). Rappelons que l'implantation de ces principes est sujette à une grande variation dans les différents milieux (Pope et al., 2008; VanDeusen

Lukas, Meterko, Mohr et Seibert, 2004). Cela a sans contredit une influence sur les effets observés, qui reflètent l'Accès adapté tel qu'implanté (Rose et al., 2011). Les facteurs influençant la fidélité d'implantation de ces principes directeurs semblent peu explorés par la littérature (Breton et al., 2016; Malham et al., 2017). Breton et al. (2016) proposent donc un modèle spécifique à l'implantation de l'Accès adapté considérant à la fois les principes de Murray et Tantau (2000) et les niveaux de facteurs influençant l'implantation d'innovation en santé de Chaudoir et al. (2013), tel qu'illustré à la figure 5.

Plusieurs facteurs auraient une influence sur l'implantation de l'Accès adapté selon deux récentes études québécoises (Breton et al., 2016; Malham et al., 2017), dont l'une analyse spécifiquement l'implantation en CUMF (Malham et al., 2017). Dans le respect des objectifs de ce mémoire, nous retiendrons les facteurs aux plans professionnels, organisationnels et contextuels pour cette recension.

Figure 5. Cadre conceptuel de l'analyse de l'implantation de l'Accès adapté en SSP (Breton et al., 2016)



Au plan contextuel, les pressions politiques et sociales reliées à l'accessibilité semblent être liées à l'implantation de l'Accès adapté par les médecins (Breton et al., 2016), tout comme les demandes ministérielles et organisationnelles (Département de médecine de famille et de médecine d'urgence de l'Université de Montréal, 2016; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2016a). Les CUMF, comme les médecins qui y pratiquent, se voient demander par le MSSS de favoriser l'Accès adapté (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2016a). Les formations dispensées par la FMOQ en collaboration avec le MSSS (Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, 2015; Fiore, 2015; Paré, 2014b) auraient influencé plusieurs médecins de famille à implanter l'accès adapté dans leur pratique, créant un effet boule de neige à travers les milieux (Breton et al., 2016; Malham et al., 2017). D'autre part, plusieurs médecins ont mentionné le rôle des AMP comme facteur limitant l'implantation de l'Accès adapté, en réduisant leur présence auprès de la clientèle de première ligne (Breton et al., 2016)

Au plan organisationnel, la disponibilité des ressources professionnelles, particulièrement des infirmières, est un facteur fréquemment rapporté dans la littérature (Breton et al., 2016; Pickin et al., 2004; Pierdon, Charles, McKinley et Myers, 2004). Dans la même lignée, le manque de ressources multidisciplinaires a été mentionné comme une barrière à l'implantation de l'Accès adapté dans des CUMF québécoises (Malham et al., 2017). Le soutien offert aux professionnels et aux secrétaires est aussi un facteur important, tributaire de l'ouverture de l'organisation à la multidisciplinarité et à l'optimisation du rôle des autres professionnels (Breton et al., 2016; Cameron et al., 2010; Fiore, 2015; Pierdon et al., 2004). Les professionnels et le personnel administratif doivent être prêts à voir leur rôle évoluer, ce qui nécessite leur implication et demande une certaine motivation de leur part (Breton et al., 2016). Ces éléments sont d'ailleurs conformes à l'un des principes guidant l'implantation de l'Accès adapté, soit l'intégration de la pratique collaborative (Breton et al., 2016; Murray et Berwick, 2003; Murray et Tantau, 2000; Tantau, 2009). Une rétroaction ponctuelle à l'équipe professionnelle, au personnel de soutien et au personnel médical en regard de la performance serait également présage d'une meilleure mise en œuvre de l'Accès adapté (Pierdon et al., 2004; VanDeusen Lukas et al., 2004). Finalement, un intérêt marqué de l'organisation pour les innovations en santé est un facteur favorable (Breton et al., 2016; Goodall et al., 2006) qui

rejoint le rôle des CUMF par rapport à la maturation des innovations et de pratiques exemplaires (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2016a). On comprend donc que le leadership collectif et l'ouverture au changement au sein des organisations sont d'importants facteurs facilitant l'implantation de l'Accès adapté (Malham et al., 2017; Pickin et al., 2004).

Au plan professionnel, la motivation et le leadership des médecins sont rapportés comme un facteur influençant positivement l'implantation du modèle (Breton et al., 2016; Pickin et al., 2004; Pierdon et al., 2004), surtout lorsqu'appuyé par l'organisation (Pomey et al., 2010; VanDeusen Lukas et al., 2004). Inversement, la résistance des collègues ou de l'équipe constitue une barrière à l'implantation de l'Accès adapté (Knight et al., 2005). La pression associée à la demande constante de rendez-vous ponctuels (Luthra et Marshall, 2001), au manque d'accessibilité ainsi qu'à l'incapacité de répondre aux problèmes urgents est un irritant pouvant motiver l'implantation du modèle par les praticiens (Breton et al., 2016). Une connaissance et des habiletés en regard de l'implantation de l'Accès adapté, autant chez les médecins que chez d'autres professionnels, ont également été identifiées comme étant favorables à son implantation (VanDeusen Lukas et al., 2004).

Une étude pilote menée au Québec rapporte également certains facteurs de succès plus spécifiques aux CUMF, dont l'enthousiasme des médecins et des résidents et l'élaboration de plans de remplacement entre les résidents pour combler les absences reliées aux exigences du processus de formation (Groulx et al., 2015). L'étude de Malham et al. (2017) a pour sa part mis en lumière certaines barrières à l'implantation de l'Accès adapté en CUMF québécoises, telles que la pratique dispersée des médecins, le roulement du personnel de soutien, l'horaire fractionné des résidents ainsi que la capacité de gestion limitée des administrateurs dans ce type de modèle public.

### **2.3 Pertinence de la recherche**

Cette recension a permis de mettre en valeur l'absence d'études descriptives sur le réseau des cliniques de l'Université de Montréal, ainsi que le manque de données existantes sur les CUMF quant à leurs caractéristiques organisationnelles. La double vocation de ces cliniques, qui sont à la fois des milieux académiques et des instances de première ligne (Béland et al., 2015; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2016a), leur confère un

caractère particulier qui leur vaut parfois d'être exclues des études (Beaulieu et al., 2013). Dans ce contexte de transformations majeures, il paraît important de caractériser l'état actuel de ce réseau afin de demeurer critique en regard de changements visant une meilleure accessibilité (Gene-Badia et al., 2007; Pineault et al., 2014). Par ailleurs, bien que la littérature permette de recenser plusieurs caractéristiques organisationnelles reliées à l'accessibilité, elle demeure plutôt pauvre à cet égard (Hogg et al., 2008; Khanassov et al., 2016; Levesque et al., 2010; Muggah et al., 2014). Bien que l'Accès adapté ainsi que ses impacts soit largement discuté dans la littérature (Rose et al., 2011), le manque d'études rigoureuses et de données de qualité est souligné par plusieurs auteurs (Degani, 2013; Rose et al., 2011). L'implantation du modèle dans les CUMF québécois est également peu étudiée (Malham et al., 2017), bien que la vocation d'excellence et de formation de ces lieux font d'eux des endroits stratégiques d'implantation des innovations (Groulx et al., 2015; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2016a). La littérature concernant la disparité d'interprétation et d'implantation de l'Accès adapté dans les SSP (Baxley et Weir, 2009; Goodall et al., 2006; Pickin et al., 2004; Pope et al., 2008; Rose et al., 2011; VanDeusen Lukas et al., 2004) montre bien l'importance de l'évaluation de son implantation, qui est une notion beaucoup moins abordée, surtout au Québec (Breton et al., 2016; Malham et al., 2017). Cette lacune dans la littérature soulève la pertinence d'une étude descriptive afin de définir ultérieurement les priorités de recherche à l'égard de l'Accès adapté dans les cliniques universitaires, en particulier du réseau de l'Université de Montréal.

## **2.4 Modèle conceptuel**

À la lumière de la revue de littérature soutenant ce projet de maîtrise, un cadre conceptuel est présenté à la figure 6 afin de répondre à l'objectif de ce mémoire, soit de décrire et comparer les cliniques universitaires de médecine de famille (CUMF) du réseau de l'Université de Montréal ayant implanté ou non l'Accès adapté, en regard des dimensions de l'accès aux soins centré sur le patient. En l'absence d'un modèle conceptuel illustrant les relations entre l'Accès adapté et l'accès organisationnel aux SSP, le modèle proposé s'inspire de ceux de Levesque et al. (2013), Pomey et al. (2010), Pineault et al. (2008) et Breton et al.

(2016). Les différents éléments tirés de ces modèles seront d'abord expliqués pour mener à la présentation du modèle conceptuel de ce mémoire.

Les dimensions de l'accessibilité aux soins de santé ont été reprises du modèle conceptuel de Levesque et al. (2013) puisqu'il s'applique bien aux SSP et considère les problématiques contemporaines de santé (Clair, 2000; Organisation mondiale de la Santé, 2008) ainsi que l'approche centrée sur le patient (Beaulieu et al., 2015; Levesque et al., 2013; Rosland et al., 2015). Quatre des dimensions relatives à l'accessibilité des services ont été reprises de ce modèle, soit 1) Approchabilité, 2) Disponibilité et accommodation 3) Accessibilité financière et 4) Pertinence. Les dimensions complémentaires relatives à l'habileté des personnes à obtenir les services ne seront pas explorées pour ce projet de mémoire qui se concentre sur le volet organisationnel de l'accès. L'*Approchabilité*, relève de la facilité d'approche des services par des éléments comme la diffusion de l'offre et les informations relatives aux services disponibles (Levesque et al., 2013). Elle réfère au fait que les services puissent être identifiés par les utilisateurs ayant des besoins de soins de santé (Levesque et al., 2013). La dimension *disponibilité et accommodation* témoigne de la capacité des organisations de produire des services accessibles et réfère donc à la disponibilité physique et opportune de ces services. Les caractéristiques des installations, des ressources humaines et du contexte urbain font partie de cette dimension (Levesque et al., 2013). L'*accessibilité financière* concerne le coût direct des services et les dépenses connexes qu'ils représentent (Levesque et al., 2013). La *pertinence* concerne quant à elle la correspondance entre les services et les besoins des usagers, par exemple, la qualité technique et interpersonnelle, la continuité et la coordination des services (Levesque et al., 2013). La dimension *Acceptabilité* a volontairement été omise, surtout parce que les valeurs professionnelles et culturelles des individus sont plus difficiles à étudier au niveau de la gouvernance des cliniques.

En mettant l'Accès adapté en relation avec la dimension *disponibilité et accommodation*, nous adoptons la proposition de Levesque et al. (2013) selon laquelle les mécanismes de planification des rendez-vous relèvent de celle-ci. Cela place l'Accès adapté au centre du modèle, comme l'ont proposé Breton et al. (2016) dans leur modèle conceptuel sur l'analyse de l'implantation de l'Accès adapté. Comme ces auteurs, nous avons également

repris les principes proposés par Murray et Tantau (2000) pour guider la transition vers l'Accès adapté, soit 1) équilibrer l'offre et la demande; 2) réduire l'attente accumulée; 3) revoir le système de rendez-vous; 4) intégrer la pratique multidisciplinaire; et 5) mettre en place des plans de contingence.

Nous considérons donc que l'organisation des services relève de configurations de caractéristiques ayant des interactions complexes, telles que proposé par Pineault et al. (2008) dans leur conceptualisation du processus de soins et de ses attributs. Nous empruntons aussi leur proposition selon laquelle l'accès est un attribut du processus de soins, pouvant autant être influencé par l'organisation des services que par la population (Pineault et al., 2008), ce qui rejoint d'ailleurs la conception de Levesque et al. (2013). Les aspects relatifs à la population ne sont pas repris ici, toujours pour se limiter au volet organisationnel mis de l'avant par l'objectif de ce projet de recherche.

Pour mieux définir l'organisation des services, nous avons emprunté les catégories de facteurs organisationnels proposés par Pomey et al. (2010), soit les ressources, la gouvernance, les outils et la culture. Ces facteurs ont été sélectionnés car ils sont proposés par les auteurs comme étant des facteurs liés à la mise en œuvre de stratégies de gestion des délais d'attente, ce à quoi correspond l'Accès adapté. Bien qu'ils existent au plan contextuel et local (Pomey et al., 2010), la présente étude s'intéresse aux facteurs de l'organisation des services à l'échelle locale, donc plus précisément, au sein des CUMF. Ainsi, les *ressources* correspondent aux ressources humaines, financières et matérielles et informationnelles (Pomey et al., 2010). Ces mêmes auteurs se réfèrent à Hatchuel (2000) pour définir les facteurs de *gouvernance* comme étant «La conduite de l'action collective d'un poste d'autorité» (Traduction libre : Hatchuel, 2000, p. 31). Au sein d'organisations comme les CUMF, cela rejoint le *leadership* collectif, soutenu ou non par le gestionnaire des cliniques (Pomey et al., 2010). Les *outils* consistent en les instruments ou les procédures pouvant être mis à contribution dans l'implantation de stratégie de gestion des délais d'attente. D'ailleurs, Pomey et al. (2010) citent en exemple le *queue management*, duquel s'inspire en partie le modèle de l'Accès adapté (Murray et Berwick, 2003). Pour définir la *culture* sur le plan de l'organisation des services, Pomey et al. (2010) réfèrent aux « croyances, valeurs, normes et comportements sous-jacents» (Traduction libre : Shortell, Levin, O'Brien et Hughes, 1995, p. 5). Par ailleurs, il est intéressant de

mentionner que les facteurs organisationnels de Pomey et al. (2010) s'apparentent à la dimension organisationnelle du cadre de Breton et al. (2016), qui s'intéresse à la culture organisationnelle, à la gouvernance, au type de *leadership* et au soutien administratif et au personnel de soutien disponible.

La tranche externe du modèle conceptuel élaboré pour ce projet concerne l'environnement, le contexte, dans lequel s'enchaîne chacune des catégories précédemment définies. Elle est d'ailleurs commune à chacun des modèles dont s'inspire cette conceptualisation. En effet, Pineault et al. (2008) mentionnent l'actualisation du processus de soins et de ses attributs dans le contexte, qui semble d'autant plus pertinent en période de réformes. Pour leur part, Breton et al. (2016) réfèrent à l'environnement socioculturel auquel prennent part les facteurs territoriaux, démographiques, économiques, les politiques publiques, les ressources, etc. Pomey et al. (2010) réfèrent quant à eux aux politiques, ressources, lois et conditions économiques de l'échelle provinciale ou nationale de l'organisation des services.



Figure 6. Conception de l'accès organisationnel aux SSP en regard de l'Accès adapté

Adapté de (Levesque et al., 2013), (Pomey et al., 2010),  
(Pineault et al., 2008) et (Breton et al., 2016)



# Chapitre 3. Méthodologie

## 3.1 Objectif et question de recherche

À la lumière de cette revue de la littérature, l'objectif de ce mémoire de maîtrise est de décrire et comparer les cliniques universitaires de médecine de famille (CUMF) du réseau de l'Université de Montréal ayant implanté ou non l'Accès adapté, en regard des dimensions de l'accès aux soins centré sur le patient. Pour atteindre cet objectif, la question suivante a été énoncée :

Les cliniques qui disent avoir implanté l'Accès adapté dans leur structure sont-elles différentes des autres en regard des dimensions de l'accès aux soins de santé?

## 3.2 Variables à l'étude

### 3.2.1 Variables dépendantes

Pour ce projet de mémoire, les dimensions de l'accès aux SSP reprises de notre modèle conceptuel sont établies comme variables dépendantes afin de répondre à l'objectif et aux questions de recherche, soit : 1. Approchabilité, 2. Disponibilité et Accommodation, 3. Accessibilité financière et 4. Pertinence.

### 3.2.2 Variable indépendante

Pour ce mémoire, la variable indépendante consiste en la présence du modèle de l'Accès adapté dans la structure des CUMF du réseau de cliniques universitaires du DMFMU de l'Université de Montréal. Une question provenant du questionnaire a été utilisée pour isoler les CUMF se disant en Accès adapté, soit : «Quel est le modèle dominant de gestion des rendez-vous à la clinique?»

- **Modèle traditionnel** (100 % des rendez-vous planifiés à l'avance).
- **Modèle intermédiaire** (quelques plages horaires gardées libres pour les cas urgents, alors que les autres rendez-vous sont planifiés à l'avance)
- **Accès adapté** (majorité des plages horaires gardées libres, autant pour les urgences que les suivis. Élimination des listes d'attente).

Les CUMF se disant en Accès adapté composaient le premier groupe, alors que ceux se disant en modèle traditionnel ou intermédiaire composaient le second groupe. L'autoproclamation de cette variable a d'ailleurs antérieurement été appliquée dans la littérature (Goodall et al., 2006; Pope et al., 2008).

### **3.3 Contexte et devis de la recherche**

Ce projet de mémoire s'insère dans un projet de recherche plus large, «Portrait du réseau de cliniques universitaires en soins de première ligne du département de médecine de famille et de médecine d'urgence (DMFMU) de l'Université de Montréal : quelle est leur accessibilité à la communauté à l'aube de transformations majeures?». Il s'agit d'une étude descriptive transversale financée par la Chaire Docteur Sadok Besrouer en médecine familiale et menée par Isabel Rodrigues, MD, MPH, FCMFC et Marie Authier, PhD. L'objectif de cette étude est de dresser le portrait du réseau des cliniques universitaires en soins de première ligne du DMFMU de l'Université de Montréal, en regard de leur accessibilité au plan organisationnel. Un projet complémentaire par ces mêmes chercheuses visera à recueillir des résultats sur la perception des patients de l'accessibilité aux cliniques universitaires.

Au sein de ce projet principal, ce mémoire vise plus spécifiquement à décrire et à comparer l'accessibilité des CUMF du réseau de l'Université de Montréal ayant implanté ou non l'Accès adapté, à l'aide d'un devis observationnel transversal à visée descriptive. Cela est rendu possible grâce à une analyse des données primaires recueillies par l'étude principale. Le devis de ce mémoire est inspiré de l'étude canadienne QUALICOPC (Miedema et al., 2016) qui compare également l'accès aux SSP entre différents modèles organisationnels en utilisant des dimensions de l'accès aux soins de santé. Le caractère récent et la particularité historique des changements organisationnels liés à la réorganisation des services de santé au Québec (Barrette, 2014a, 2014b; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2016a) contribuent à la singularité de ce sujet de recherche, tout comme son intérêt pour un réseau entier de cliniques à vocation académique.

### 3.4 Méthode de recensement

Ce portrait se voulant exhaustif, l'ensemble des cliniques du réseau de cliniques universitaires du DMFMU de l'Université de Montréal ont été sollicitées. Pour y parvenir, les médecins-chefs des 18 CUMF ont été ciblés pour leurs connaissances sur l'ensemble des aspects organisationnels de la clinique. Afin de rejoindre ces 18 médecins-chefs, le projet a fait l'objet d'une présentation d'une heure à la table des chefs de CUMF de l'Université de Montréal par une des chercheuses principales, Isabel Rodrigues, avec le soutien du DMFMU. Les participants ont également été relancés par courriel une semaine avant le début de l'étude à titre de rappel des objectifs et du rôle des participants. Cela s'avère être une composante favorable à la participation des médecins (Thorpe et al., 2009), ces derniers étant reconnus pour avoir un faible taux de réponse aux sondages (Cunningham et al., 2015).

Par la suite, les participants ont reçu par courriel une invitation à participer au projet et à remplir un questionnaire via la plateforme *Survey Monkey* (Remler et Van Ryzin, 2014). Cette méthode de sondage par voie électronique a été choisie, car les courriels sont largement utilisés au plan professionnel par la population cible (Remler et Van Ryzin, 2014). Cette étape peut donc stimuler le taux de réponse par sa facilité et sa rapidité d'accès par les participants (Cunningham et al., 2015; Watt, 1999). Puisque certaines questions requéraient une recherche d'information qui impliquait plutôt le personnel de soutien, particulièrement en regard des délais de rendez-vous des médecins, les participants étaient invités à déléguer cette portion à leur secrétaire ou adjoint(e), ce qui est d'ailleurs courant dans ce genre d'études (Haggerty et al., 2008). Pour faciliter cette complétion par le personnel administratif, un fichier Excel a été préparé par l'équipe de recherche (cf annexe 1). Les participants avaient un délai de quatre semaines pour compléter le questionnaire et le fichier Excel. En accord avec la méthode *Tailored Design Method* (Dillman, 2011; Dillman, Smyth et Christian, 2014) qui est reconnue pour favoriser un taux de réponse avoisinant les 75 % (Thorpe et al., 2009), les participants ont reçu trois rappels par courriel à intervalles d'une semaine. Suivant ce protocole, l'ensemble de la collecte de données s'est étendu sur 6 semaines à partir de décembre 2016. Toutefois, certains participants ont mis plus de temps à répondre et ont dû être relancés après la date d'échéance.

### 3.5 Outil et collecte de donnée

Tel que mentionné dans le contexte de cette recherche, les données utilisées pour faire ce travail de maîtrise proviennent d'un projet de recherche plus large; «Portrait du réseau de cliniques universitaires en soins de première ligne du département de médecine de famille et de médecine d'urgence de l'Université de Montréal : quelle est leur accessibilité à la communauté à l'aube de transformations majeures?».

Les chercheuses responsables de ce projet principal se sont basées sur le *Primary Health Care (PHC) Organizational Survey* (Institut canadien d'information sur la santé, 2013b), qui comporte 59 questions. Ce dernier, publié par l'Institut canadien d'information sur la santé (2013b), se veut un outil formatif permettant aux utilisateurs de broser un portrait complet des caractéristiques organisationnelles des cliniques de soins de santé primaires. Le *PHC Organizational Survey* est issu d'une recension environnementale des outils de mesure disponibles et a été validé afin de s'assurer de ses propriétés psychométriques (Institut canadien d'information sur la santé, 2013b). Par ailleurs, le *PHC Organizational Survey* est inspiré de l'outil créé dans le cadre d'une étude antérieure, le projet EVOLUTION, visant à évaluer l'évolution et la performance des organisations de santé primaire entre 2005 et 2010 (Levesque et al., 2014). Ses auteurs avaient testé la validité apparente et la validité de contenu de leur outil à l'aide d'une approche formative (Pineault et al., 2014). Il est intéressant de mentionner que certains auteurs du projet EVOLUTION ont collaboré à l'élaboration du *PHC Organizational Survey* (Institut canadien d'information sur la santé, 2013b; Levesque et al., 2014; Levesque et al., 2010), dont Jean-Frédéric Levesque, coauteur du cadre conceptuel de l'accès aux soins de santé axé sur le patient dont s'inspire le cadre théorique de cette étude (Levesque et al., 2013).

L'équipe de recherche du projet principal a préalablement obtenu l'accord de l'ICIS pour l'utilisation et l'adaptation de leur questionnaire en regard de l'objectif du projet de recherche. Les chercheurs responsables du projet principal ont commencé par isoler les éléments relatifs à l'accessibilité à partir du *PHC Organizational Survey* (Institut canadien d'information sur la santé, 2013b), ce qui correspond à 26 items. En second lieu, ces 26 questions relatives à l'accessibilité ont été réorganisées en fonction des différentes dimensions

de l'accès aux SSP. De plus, 20 questions découlant de la recension des écrits et n'étant pas explorées par le *PHC Organizational Survey* ont été ajoutées et réparties dans les dimensions de l'outil. De ce nombre, six questions qui ne s'inséraient pas dans les dimensions de l'accès aux soins ont été regroupées dans une section plus générale, étant donné leur intérêt pour la description des groupes. Cinq questions demandant une certaine recherche d'information ont été reléguées à un fichier Excel pouvant être délégué à l'ajoint(e) ou secrétaire du répondant (cf annexe 1). La validité apparente du questionnaire a été testée (Remler et Van Ryzin, 2014) par les Dres. Josiane D'Amico et Isabel Rodrigues, toutes deux chefs de CUMF, ainsi que par le Pr Janusz Kaczorowski, directeur de recherche au DMFMU de l'Université de Montréal. La version finale du questionnaire comporte donc 46 questions (cf. annexe 1 et 2). De ce nombre, 27 questions ont été sélectionnées pour réaliser l'objectif de ce travail de mémoire et sont réparties comme suit à travers les dimensions de notre cadre conceptuel :

- Approchabilité (2 questions)
- Disponibilité et Accommodation (18 questions)
- Accessibilité financière (1 question)
- Pertinence (6 questions)

Un tableau résumé des questions relatives à chacune des dimensions peut être consulté à l'annexe 3.

### **3.6 Analyse des données**

La première étape fut donc la création de deux groupes en fonction de la variable indépendante à l'étude, soit la présence de l'Accès adapté dans la structure des CUMF, selon la procédure précisée ci-dessus. Ainsi, 12 CUMF ont déclaré fonctionner en Accès adapté et les six autres ont indiqué ne pas avoir implanté ce modèle.

L'aspect exhaustif du devis a pu être respecté puisque l'ensemble de la population cible, soit les 18 CUMF du réseau de l'Université de Montréal, a participé à l'étude. Ce réseau fait partie de l'un des quatre réseaux universitaires de cliniques de première ligne, avec les Universités de Sherbrooke, Laval et McGill (Réseau-1 Québec, 2014). Le fait que chaque

réseau soit affilié à son Université d'appartenance en regard des objectifs et de la gouvernance (Réseau-1 Québec, 2014) fait en sorte qu'ils sont distincts les uns des autres, leur conférant une certaine individualité. Pour cette raison, cette étude est considérée comme une recension des CUMF du DMFMU de l'Université de Montréal. Dans ce contexte, toute inférence au niveau statistique est inappropriée, puisqu'elle présuppose un échantillonnage (Organisation mondiale de la Santé, 2003; Remler et Van Ryzin, 2014).

Ainsi, des statistiques descriptives sont utilisées afin de brosser le portrait de ce réseau de cliniques en regard des données obtenues dans les organisations. Ces dernières permettent de comparer les cliniques en Accès adapté aux autres cliniques à l'aide d'indicateurs de tendance centrale et de dispersion, ainsi que par des représentations graphiques. Puisque cette étude compare de très petits groupes, la médiane est préférée à la moyenne pour présenter les résultats des variables continues, cette dernière étant très sensible aux valeurs extrêmes (Remler et Van Ryzin, 2014). Les résultats peuvent donc facilement être influencés par une seule CUMF, d'autant plus que le groupe Accès adapté compte une entité très influente en matière de taille et potentiellement distincte au niveau organisationnel. L'écart interquartile est utilisé pour exprimer la variabilité à l'intérieur des groupes. Les variables catégorielles seront quant à elles représentées par des proportions. Afin de bien refléter l'objectif de ce projet de recherche, les données sont ventilées en fonction des quatre groupes de variables dépendantes précédemment mentionnés, soit *l'approchabilité*, la *disponibilité et l'accommodation*, *l'accessibilité financière* et la *pertinence*. Ces données quantitatives seront interprétées dans une perspective interprétative et qualitative afin d'insister sur l'importance organisationnelle des différences observées entre les deux groupes.

### **3.7 Validité**

Étant donné le caractère exhaustif de l'étude, la notion de validité externe ne s'applique pas. Toutefois, le contexte particulier et la situation actuelle des soins primaires québécois, plus particulièrement les changements concernant les cliniques à vocation académique (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2016a), laissent imaginer une possible généralisation aux autres réseaux de cliniques universitaires. Bien sûr, seule une étude visant l'ensemble des CUMF de la province permettrait de confirmer cette hypothèse.

Plusieurs éléments sont à considérer en matière de validité interne pour cette étude. Tout d'abord, le contexte de transformation du système de santé dans lequel s'inscrit ce projet de recherche peut représenter un biais d'histoire. En effet, les CUMF sont tenues à divers degrés d'appliquer les exigences reliées aux réformes en cours, ce qui peut influencer les résultats ancrés dans le temps et le contexte (Remler et Van Ryzin, 2014). Toutefois, la tenue d'une étude descriptive transversale permet d'établir une prémisse à la veille d'une période phare (Haggerty, Pineault, et al., 2007), marquée par le nouveau cadre de gestion des GMF-U (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2016a). Ce portrait est nécessaire pour supporter l'évaluation de l'implantation et des effets escomptés par ces réformes (Haggerty, Pineault, et al., 2007).

Ce qui nous mène à aborder le risque de biais de confusion, qui est omniprésent dans ce devis observationnel où les différences en matière de caractéristiques organisationnelles sont présentées entre les CUMF en Accès adapté et les autres CUMF. En effet, un ensemble de facteurs peut venir interférer entre les variables (Remler et Van Ryzin, 2014), surtout dans un contexte de système de santé en pleine transformation (Hutchison et al., 2011).

Les biais de sélection sont également à considérer étant donné que le questionnaire doit être rempli par un gestionnaire ou un médecin-chef (Institut canadien d'information sur la santé, 2014a) qui peut être prédisposé à avoir une certaine vision de son organisation à l'égard de l'accessibilité. Par le fait même, un phénomène de désirabilité sociale peut s'introduire (Butori et Parguel, 2010), advenant un désir des participants de laisser transparaître une opinion favorable de leur clinique.

La répartition dichotomique des CUMF selon l'implantation ou non de l'Accès adapté peut comporter un biais de classification, car elle ne prend pas en considération le niveau d'intégration du modèle. Par exemple, le groupe sans Accès adapté comporte à la fois des cliniques dites traditionnelles, mais aussi des CUMF ayant un mode de fonctionnement intermédiaire empruntant certains éléments du modèle. À l'inverse, les CUMF du groupe Accès adapté n'ont certainement pas toutes implanté le modèle de façon homogène. Toutefois, les résultats de cette étude seraient fortement dilués par une classification plus fine des CUMF étant donné les effectifs restreints.



Puisque les données collectées par un questionnaire dépendent de sa qualité en matière d'instrument de mesure (Remler et Van Ryzin, 2014), les biais d'instrumentation doivent également être pris en considération. Afin de limiter ces derniers, le questionnaire a fait l'objet d'essais auprès d'acteurs du réseau afin d'en tester la validité apparente, comme détaillé précédemment.

Il est important de reconnaître les risques de biais de non-réponse (Thorpe et al., 2009), surtout dans le cadre du recensement d'un petit nombre de cliniques, car l'absence des données de l'une d'entre elles peut entraîner une variation importante des résultats. À cet effet, la *Tailored Design Method* (Dillman, 2011; Dillman et al., 2014) a été sélectionnée pour rejoindre la population cible, puisqu'elle est reconnue pour stimuler le taux de participation (Thorpe et al., 2009). Les médecins étant un groupe connu pour son faible taux de participation aux sondages (Cunningham et al., 2015), une présentation du projet à la table des chefs d'UMF et des rappels par courriel ont été prévus afin de stimuler leur participation (Thorpe et al., 2009). Finalement, la méthode de sondage par voie électronique a été favorisée pour sa facilité d'accès par la population cible, qui utilise largement le courrier électronique au plan professionnel (Cunningham et al., 2015; Remler et Van Ryzin, 2014; Watt, 1999).

Pour terminer, l'aspect exhaustif relatif au recensement de l'ensemble des CUMF du réseau élimine les biais de couverture, puisque la population cible est entièrement incluse par ce projet de recherche (Remler et Van Ryzin, 2014).

### **3.8 Considérations éthiques**

Bien que le projet semble à faible risque, plusieurs précautions ont été prises par les chercheuses du projet principal afin de respecter les concepts principistes (Massé et Saint-Arnaud, 2003). Tout d'abord, la préparation d'un formulaire de consentement a permis de s'assurer du consentement libre et éclairé des participants, et ce, dans le respect de leur autonomie. Le formulaire apparaissait donc en ouverture du sondage électronique, et ne permettait la complétion du questionnaire que lorsque le consentement était signifié par le participant. Le bien-être des participants est aussi une considération importante (Massé et Saint-Arnaud, 2003). Sachant que la contribution des participants requiert du temps et une certaine implication, les chercheuses responsables du projet principal se sont assurées que la

complétion de l'outil de collecte de données utilisé ne dépasse pas les 35 minutes. Un outil Excel pouvant être délégué au personnel de soutien a également été fourni pour faciliter la compilation de données nécessaires à certaines questions. La sollicitation des participants par courriel, à la fois pour l'acheminement du questionnaire et pour les relances, a été prévue de façon à ne pas être trop fréquente ou injustifiée. Ainsi, les participants ont reçu un courriel de rappel hebdomadaire, et ceux ayant répondu étaient immédiatement retirés de la liste de rappel (Dillman, 2011; Dillman et al., 2014). Il est également important de mentionner que le questionnaire ne comportait aucune notion de productivité individuelle et était surtout orienté vers les caractéristiques organisationnelles et administratives (Institut canadien d'information sur la santé, 2013b). Aucune donnée nominale relative aux répondants ou aux CUMF n'est relatée dans les résultats. Chaque milieu a accès à ses résultats comparés, sans données nominales relatives aux autres CUMF. Finalement, tous les participants ont reçu le même questionnaire, sur la même plateforme et au même moment, dans la reconnaissance du principe de justice (Massé et Saint-Arnaud, 2003).

Le projet principal a été approuvé par le comité d'éthique de la recherche (CER) du CISSS Laval en tant que CER principal (2016/2017 03-01-E) (cf. annexe 4) et autorisé par les comités de convenance des CUMF visées, en tant que projet multicentrique. Ce projet de maîtrise et le projet principal dans lequel il s'inscrit disposent également de l'approbation du comité d'éthique de la recherche en santé (CERES) de l'Université de Montréal (16-119-CERES-D) (cf. annexe 5).

## Chapitre 4. Résultats

Cette section présente les résultats de l'analyse descriptive des variables décrites au chapitre 3.4 de ce mémoire. Ainsi, les données sont présentées en deux groupes selon la présence ou l'absence de l'Accès adapté dans la structure des CUMF, puis ventilées en fonction des variables dépendantes. Tel que mentionné en méthodologie, les médianes ont été sélectionnées pour indiquer la tendance centrale des variables continues. Par ailleurs, les tableaux complets de données sont disponibles à l'annexe 6 pour consultation. Des 18 CUMF composant la population cible, 12 ont été identifiées comme ayant implanté l'Accès adapté, et sont distinctes en plusieurs points des six autres. Il est important de souligner que toutes les CUMF ayant indiqué ne pas pratiquer en Accès adapté ont souligné prévoir ou avoir déjà entrepris des procédures d'implantation du modèle.

### 4.1 Général

Avant de considérer les données relatives aux dimensions présentées dans notre cadre conceptuel, il convient de présenter certaines données collectées par le questionnaire qui sont d'un intérêt certain en regard de l'objectif de notre étude.

Tableau I. Tendances du nombre d'inscriptions et de visites annuelles.

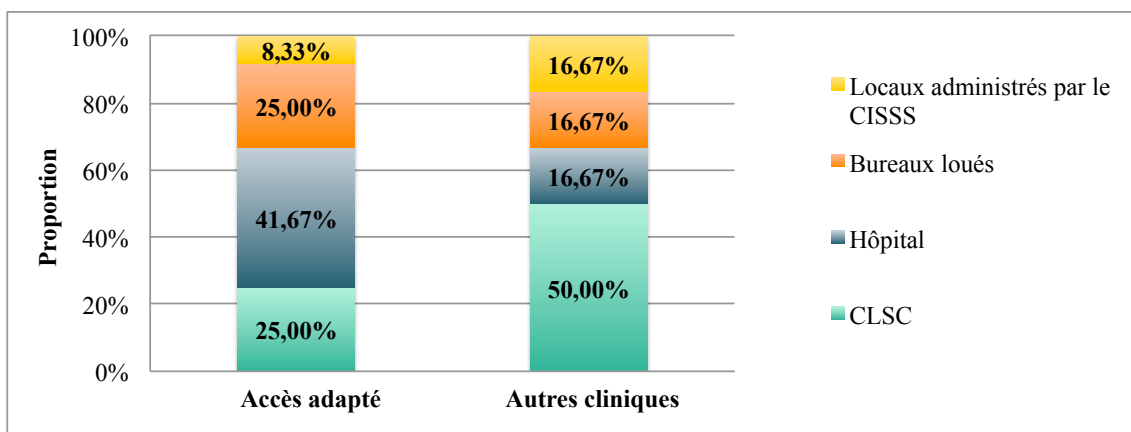
Nombre de cliniques	Accès Adapté		Autres modèles		Différence médianes
	N = 12		N = 6		
	Médiane	Écart interquartile	Médiane	Écart interquartile	
Nombre de patients inscrits	7864,00	7088,75	7934,00	5486,50	-70,00
Nombre de visite (12 derniers mois)	22812,50	14637,75	15260,00	12759,25	7552,50
Ratio nb. visites / nb. Patients	2,78	0,93	2,69	0,83	0,09

D'une part, le tableau I montre une différence moindre entre les deux groupes concernant le nombre médian de patients inscrits, bien que l'écart interquartile laisse deviner une plus grande variabilité des données dans le groupe Accès adapté. D'autre part, le nombre médian de visites effectuées dans l'année précédant la collecte de données est 49% plus élevé dans le groupe Accès adapté. Encore une fois, ce groupe est soumis à une plus grande variabilité de données, tel que suggéré par l'écart interquartile supérieur. Le ratio du nombre de visites sur le nombre de patients inscrits a été calculé pour chaque CUMF afin de donner une idée de la fréquentation par les patients. Les indicateurs de tendance centrale et de

dispersion de ces ratios, tels que présentés au tableau I, ne montrent pas de différence intéressante entre les deux groupes.

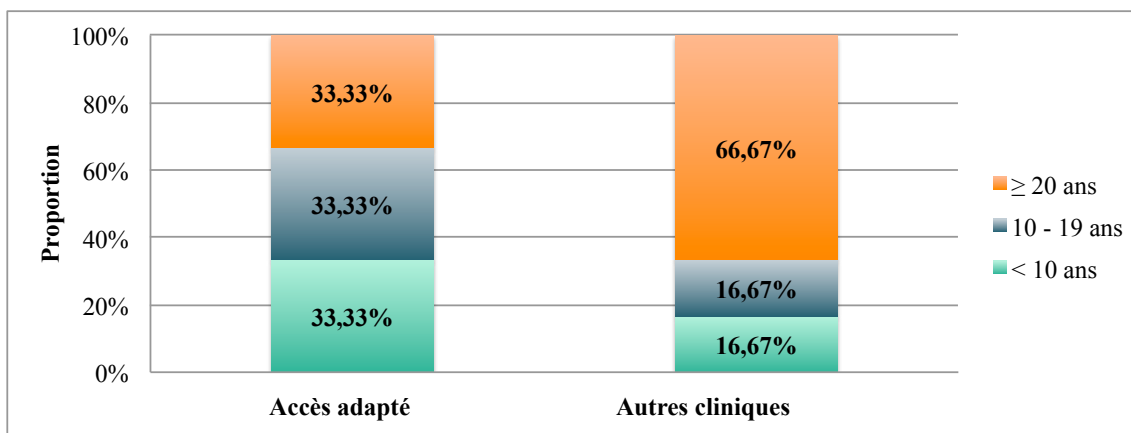
La figure 7 illustre la répartition des CUMF dans les deux groupes selon leur emplacement. L'élément le plus frappant concerne les 42% de CUMF en Accès adapté étant localisées en milieu hospitalier, comparativement à seulement 17% des autres cliniques. La moitié des effectifs de ces dernières se concentrent plutôt en CLSC.

Figure 7. Répartition des CUMF selon leur emplacement



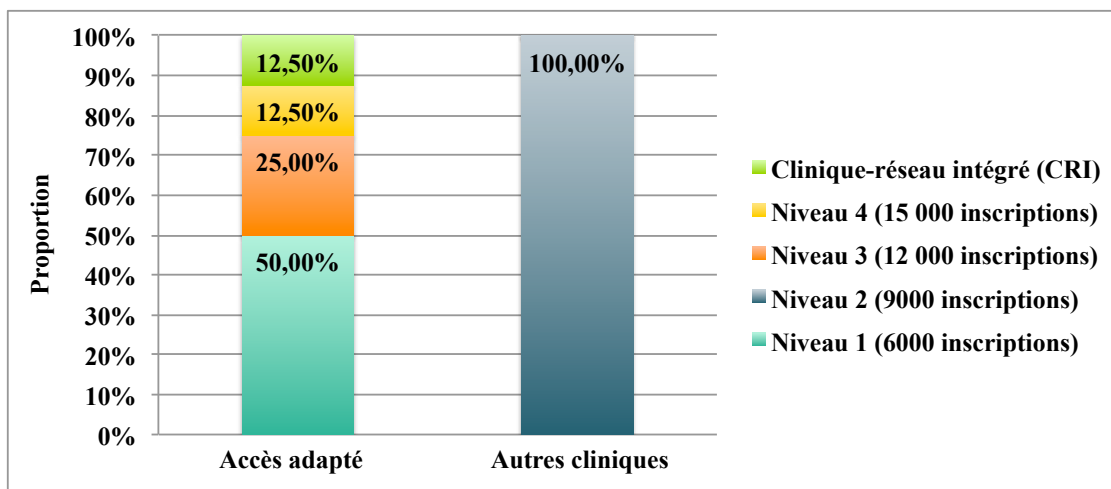
La figure 8 s'intéresse quant à elle à l'ancienneté des CUMF en matière d'années d'existence. Cette fois encore, il y a une distinction assez franche entre les deux groupes. On remarque en effet que les cliniques en Accès adapté sont réparties également dans chaque catégorie, alors que les deux tiers des autres cliniques ont plus de 20 ans d'ancienneté.

Figure 8. Répartition des CUMF selon leur ancienneté



Les données collectées concernant la proportion de cliniques ayant une accréditation GMF s'élèvent à près de 67% dans les deux groupes. La figure 9 illustre la répartition de ces GMF selon le niveau qui leur est accordé par le MSSS en fonction du nombre d'inscriptions (2016a, 2017d). On ne peut ignorer la distinction très marquée entre les deux groupes. En effet, 50 % des GMF en Accès adapté sont de niveau trois et plus, alors que l'autre moitié est entièrement de niveau un. En comparaison, les GMF n'ayant pas implémenté l'Accès adapté sont exclusivement de niveau deux. Rappelons toutefois que la collecte de données a eu lieu avant la réglementation visant l'accréditation GMF-U de toutes les CUMF (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2016a).

Figure 9. Répartition des CUMF ayant un statut de GMF selon leur niveau

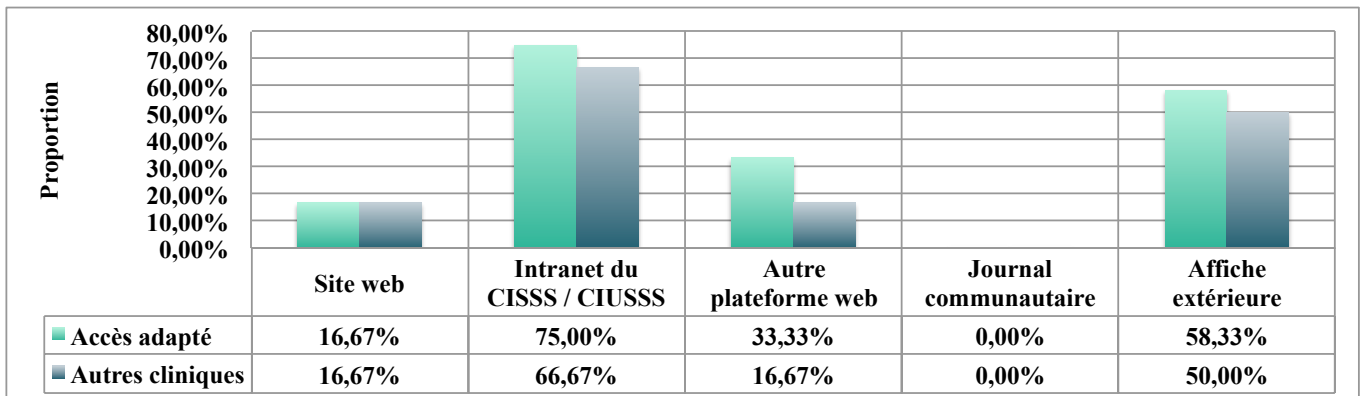


En résumé, les résultats de ce chapitre suggèrent qu'à nombre d'inscriptions similaires, le modèle en Accès adapté pourrait offrir plus de visites, bien que les patients n'y soient pas vus plus fréquemment sur une base annuelle. On remarque que les cliniques en Accès adapté sont plus concentrées en milieu hospitalier, alors que la moitié du second groupe est situé en CLSC, donc en milieu plus communautaire. Ce groupe est également différent concernant l'ancienneté de ces CUMF, alors que les deux tiers d'entre elles ont plus de 20 ans d'existence, contrairement aux CUMF en Accès adapté qui sont distribuées de façon égale à ce niveau. La proportion d'accréditation GMF est identique dans les deux groupes, alors que leur répartition en matière de niveau de GMF fait l'objet d'une différence notable. En effet, les GMF composant le second groupe sont exclusivement de niveau 2, alors que le groupe Accès adapté démontre une variabilité de niveaux, du premier palier allant jusqu'au CRI.

## 4.2 Approchabilité

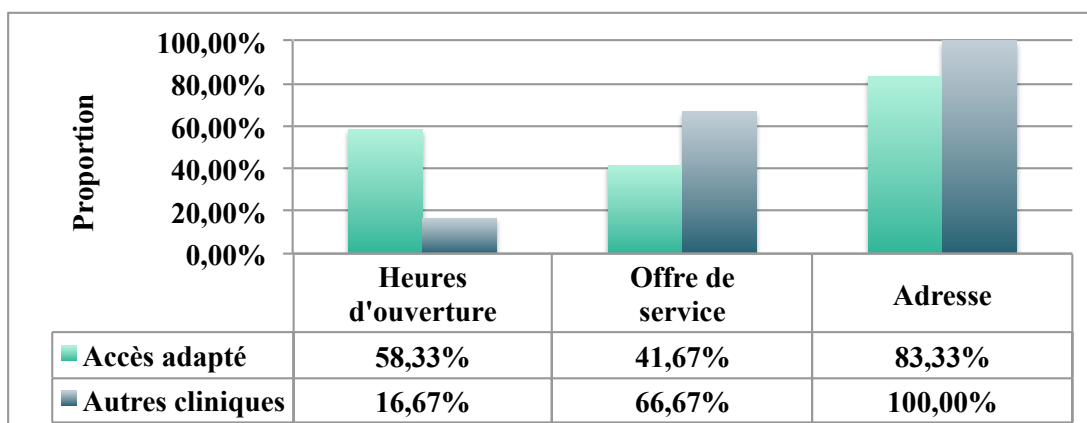
Tel que définie dans notre cadre conceptuel, cette dimension relève de la facilité d’approche des services et réfère au fait qu’un utilisateur ayant un besoin de soins de santé soit en mesure d’identifier les services existants. La figure 10 illustre la proportion moyenne de cliniques exploitant différentes plateformes pour diffuser leur offre de services. On peut y voir que l’utilisation de ces plateformes est proportionnellement plus répandue dans le groupe Accès adapté, ce qui laisse percevoir une plus grande visibilité de leur offre de service.

Figure 10. Utilisation de plateformes de diffusion de l’offre de services



On a également demandé aux participants de rechercher le nom officiel de leur CUMF sur le moteur de recherche *Google* et de visiter les trois premiers liens directement reliés à leur clinique. Pour être considérées, les informations par rapport aux heures d’ouverture, à l’offre de service et à l’adresse devaient être présentes et exactes dans les trois premiers liens visités. En premier lieu, la figure 11 illustre la pauvreté de données exactes diffusées concernant les heures d’ouverture ainsi que l’offre de services sur internet, et ce, dans les deux groupes. En second lieu, bien que les CUMF en Accès adapté se démarquent concernant la diffusion des heures d’ouverture, les autres cliniques diffusent des informations exactes concernant l’offre de services et l’adresse en proportion plus importante.

Figure 11. Diffusion de contenu à jour sur internet



En résumé, les résultats laissent envisager que les cliniques en Accès adapté jouissent d'une plus grande diffusion de leur offre de service et par extrapolation, d'une plus grande visibilité. Toutefois, l'exactitude de l'information publiée sur différentes plateformes web par ces mêmes cliniques n'est pas généralisée, voire même plutôt pauvre, surtout en regard des heures d'ouverture et de l'offre de services.

### 4.3 Disponibilité et accommodation

Tel que définie par notre cadre conceptuel, cette dimension réfère à la production de services accessibles en quantité suffisante, pouvant être rejoints physiquement et en temps opportun. Les caractéristiques des installations, des ressources humaines et du contexte urbain font partie de cette dimension.

Concernant le contexte urbain, les données démontrent une répartition très semblable entre le groupe Accès adapté et les autres cliniques, qui comprennent respectivement 58,33% et 66,67% de leurs effectifs en région urbaine. Les deux groupes comprennent 16,67% de leurs CUMF en contexte semi-urbain, alors que les entités restantes sont situées en région rurale.

Le tableau II illustre les effectifs médicaux et le nombre d'équivalents temps plein (ETP) qu'ils représentent. Ces données y sont d'abord présentées au total, puis réparties selon le type de tâche. À titre informatif, 1 ETP correspond à un temps complet, donc un temps partiel est compris entre 0 et 1 ETP (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2012, 2016b). Les résultats suggèrent que dans la majorité des cas, le nombre médian de médecins

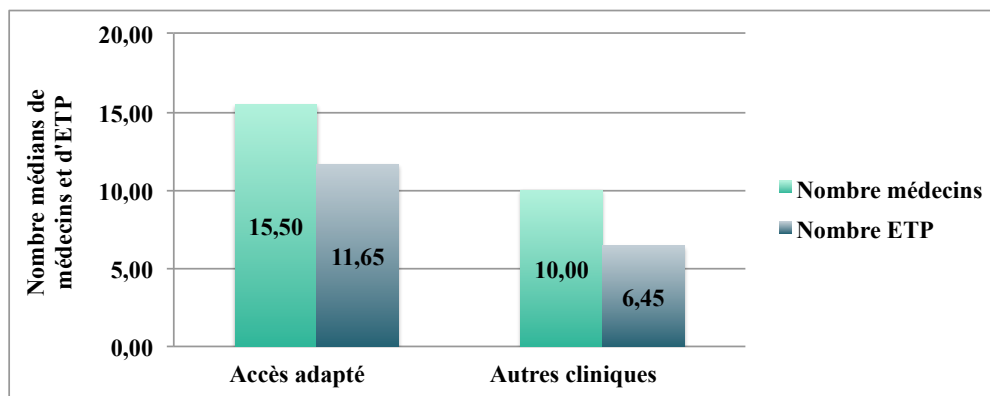
ainsi que le nombre d’ETP qu’ils représentent sont supérieurs dans les CUMF en Accès adapté comparativement aux autres CUMF. On remarque aussi que la majorité des médecins des deux groupes alternent les tâches académiques et le suivi de patients, bien que certains concentrent leur pratique en CUMF sur l’une ou l’autre de ces missions. Les résidents sont pour leur part représentés de façon égale par les médianes des deux groupes, malgré que les écarts interquartiles présentés au tableau II indiquent une plus grande variation des données dans le groupe Accès adapté.

Tableau II. Effectifs médicaux (médecins et résidents) en matière de nombre et d’ETP

Nombre de cliniques	Accès adapté		Autres cliniques		Différence médianes
	N = 12		N = 6		
	Médiane	Écart interquartile	Médiane	Écart interquartile	
<b>Nombre de résidents total</b>	14,00	10,00	14,00	5,00	0,00
<b>Nombre de médecins total</b>	15,50	11,25	10,00	5,25	5,50
Suivi patients seulement	0,00	0,25	0,00	0,00	0,00
Suivi de patients et tâches académiques	14,00	8,50	9,00	5,00	5,00
Tâche académiques seulement	0,00	17,25	0,50	2,50	-0,50
<b>Nombre de médecins faisant du suivi de patients</b>	14,00	11,50	9,00	5,75	5,00
<b>Nombre d'ETP médecins total</b>	11,65	6,15	6,45	4,03	5,20
Suivi de patients seulement	0,00	0,25	0,00	0,00	0,00
Suivi de patients et tâches académiques	10,55	10,48	6,00	5,00	4,55
Tâches académiques seulement	0,00	0,15	0,05	0,63	-0,05
<b>Nombre d'ETP médecins faisant du suivi de patients</b>	10,95	6,15	6,05	3,83	4,90
<b>Ratio nb. d'ETP / nb. de médecin</b>	0,71	0,29	0,46	0,24	0,25

Il est aussi intéressant de comparer le nombre de médecins, toutes tâches confondues, aux ETP qu’ils représentent, car cela donne une idée de l’étendue de leur présence. La figure 12 permet certainement d’avancer que le temps complet n’est pas généralisé chez les médecins pratiquant en CUMF. On peut également y remarquer que le nombre médian de médecins est supérieur dans le groupe Accès adapté en comparaison avec les autres cliniques.

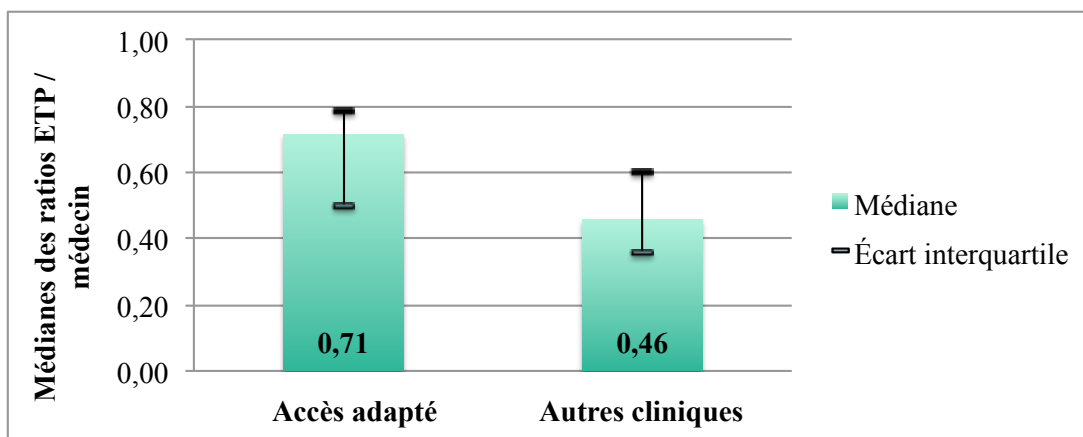
Figure 12. Nombres médians de médecins par CUMF et ETP correspondants





Le ratio du nombre d'ETP sur le nombre de médecins a également été calculé pour chaque CUMF, afin d'illustrer plus précisément le temps passé par les médecins en CUMF. Ainsi, il est intéressant de constater que les médecins du groupe Accès adapté semblent être plus présents en CUMF, comme en témoignent les médianes illustrées à la figure 13. On peut y comprendre que les médecins du groupe Accès adapté donnent l'équivalent de 71 % d'un temps complet en CUMF, comparativement à 46 % pour l'autre groupe, sans égard au type de tâches exercées. Les écarts interquartiles témoignent de dispersions semblables des données pour cette variable (Remler et Van Ryzin, 2014). À cet effet, il est pertinent d'ajouter que les CUMF en Accès adapté sont proportionnellement moins nombreuses à prévoir une demande d'embauche médicale pour l'année 2017, soit 66,67 %, versus 83,33 % des autres CUMF.

Figure 13. Médianes des ratios ETP/médecins par CUMF



Les données présentées au tableau III permettent de comparer les groupes en matière de suivi et de prise en charge par les résidents et les médecins faisant du suivi de patients. Bien que cela tende à sous-estimer la prise en charge des médecins qui voient plus de patients que les résidents, nous avons choisi de les jumeler puisqu'ils ont tous des patients à leur charge (Béland et al., 2015). Une potentielle différence entre les deux groupes en matière de prise en charge totale est plus intéressante que la valeur elle-même, ce qui a motivé notre décision. Ceci étant dit, le ratio du nombre de patients sur le nombre de médecins illustre une différence négligeable, voire nulle, entre les groupes. Ces résultats suggèrent donc une influence moindre de l'Accès adapté sur le nombre d'inscriptions auprès des médecins. Cette fois-ci, l'écart interquartile laisse deviner une variabilité plus importante des données dans les autres CUMF. Les médianes du ratio du nombre de visites sur le nombre de médecins (incluant les résidents)

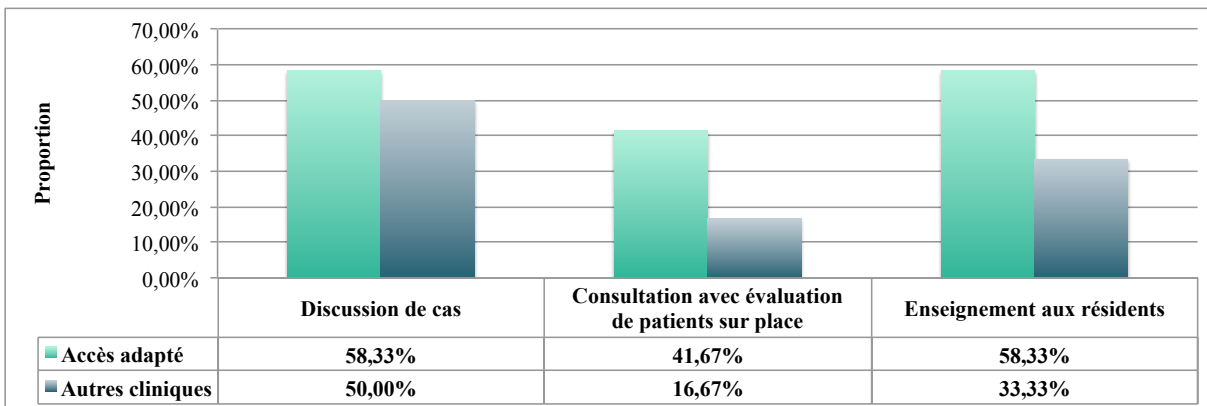
laisent toutefois supposer que les médecins en Accès adapté aient vu plus de patients dans les mêmes 12 derniers mois précédant l'étude. En effet, la différence s'élève à près de 318 visites/médecins en faveur de l'Accès adapté, bien que l'écart interquartile soit plus important dans ce groupe.

Tableau III. Ratios de patients et de visites par médecins (incluant les résidents)

Nombre de cliniques	Accès adapté		Autres cliniques		Différence médianes
	N = 12		N = 6		
	Médiane	Écart interquartile	Médiane	Écart interquartile	
Ratio nb. Patients / nb. médecins (incluant résidents)	273,96	80,36	273,77	217,06	0,19
Ratio nb. de visites / nb. médecins (incluant résidents)	819,90	364,34	502,00	280,44	317,90

Pour conclure avec la portion médicale de cette dimension, la figure 14 illustre la proportion des CUMF profitant de la participation de médecins spécialistes à certaines activités. Ces résultats démontrent que les CUMF en Accès adapté sont proportionnellement plus nombreuses à intégrer des médecins spécialistes dans leur équipe, autant pour les services de discussion de cas, que pour l'enseignement aux résidents ou la consultation de patients.

Figure 14. Intégration de certains services par des médecins spécialistes



La présence des différentes catégories de professionnels de la santé et des services sociaux au sein des CUMF est présentée au tableau IV à l'aide des ETP correspondant à chacune d'entre elles.

Tableau IV. Tendances des ETP par catégorie de professionnels de la santé

Nombre de cliniques	Accès adapté		Autres cliniques		Différence médianes
	N = 12		N = 6		
	Médiane	Écart interquartile	Médiane	Écart interquartile	
Infirmière Praticienne (IPS)	1,50	1,50	1,00	1,50	0,50
Infirmière clinicienne	2,00	1,75	1,30	0,80	0,70
Infirmière auxiliaire	0,00	0,00	0,00	0,45	0,00
Diététiste	0,00	0,40	0,00	0,00	0,00
Pharmacien	0,23	0,38	0,40	0,70	-0,17
Psychologue	0,45	0,85	0,80	0,60	-0,35
Travailleur social	0,35	1,00	0,25	0,88	0,10

On y voit que les infirmières cliniciennes et praticiennes ainsi que les travailleurs sociaux sont plus présents en matière d'ETP dans les CUMF en Accès adapté. Toutefois, les pharmaciens et les psychologues sont mieux représentés dans les autres cliniques. Dans les deux groupes, seuls 16,67 % des répondants jugent que l'équipe de professionnels comble adéquatement les besoins de la clinique. Toutefois, les CUMF n'ayant pas implanté l'Accès adapté sont plus nombreuses à se dire limitées par le budget concernant l'embauche, soit 66,67 % versus 50 % des cliniques en Accès adapté.

Le tableau V compare les ETP représentés par le personnel administratif, faisant état de différences moindres entre les médianes des deux groupes.

Tableau V. Tendances des ETP par catégorie de personnel administratif

Nombre de cliniques	Accès adapté		Autres cliniques		Différence médianes
	N = 12		N = 6		
	Médianes	Écart interquartile	Médiane	Écart interquartile	
Secrétaire à l'enseignement	1,00	0,00	1,00	0,00	0,00
Secrétaire médicale	1,25	1,25	1,00	0,00	0,25
Centrale de rendez-vous	0,00	2,00	0,00	0,00	0,00
Réception	1,25	4,00	1,50	1,68	-0,25
Secrétaire GMF/UMF	0,50	1,00	0,00	0,45	0,50

Le tableau VI détaille les tendances relatives aux heures d'ouverture dans les deux groupes. Bien que la différence soit négligeable concernant les jours ouvrables, le groupe Accès adapté se distingue au niveau des heures d'ouverture la fin de semaine et les jours

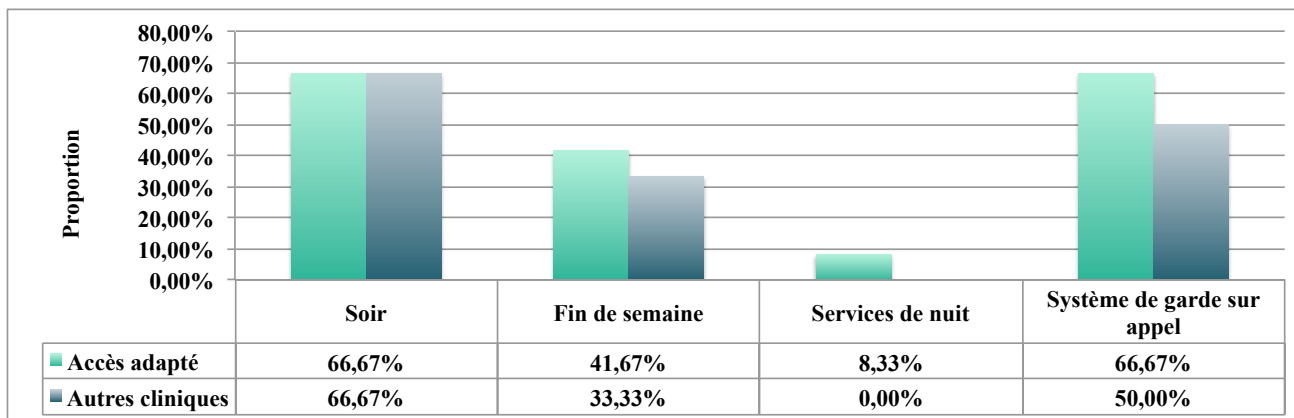
fériés, alors que l'autre groupe présente des valeurs nulles. Quant à lui, le nombre médian de jours d'ouverture par semaine est pratiquement identique dans les deux groupes.

Tableau VI. Tendances des nombres d'heures et de jours d'ouverture des CUMF

Nombre de cliniques	Accès adapté		Autres cliniques		Différence médianes
	N = 12		N = 6		
	Médiane	Écart interquartile	Médiane	Écart interquartile	
Heures d'ouverture par jours / jours ouvrables	11,50	2,25	12,00	3,00	-0,50
Heures d'ouverture par jours / fins de semaine	2,00	4,00	0,00	3,00	2,00
Heures d'ouverture par jour / fériés	4,00	1,50	0,00	3,00	4,00
<b>Nombre de jour d'ouverture par semaine</b>	<b>5,50</b>	<b>1,25</b>	<b>5,00</b>	<b>1,50</b>	<b>0,50</b>

La figure 15 compare les deux groupes en fonction des disponibilités offertes en périodes défavorables, principalement les soirs, la nuit et les fins de semaine. Ces dites périodes représentent un fossé dans l'offre de services, où les SSP sont moins accessibles à la population (O'Malley, 2013). On y remarque d'abord que le groupe Accès adapté dispose de services de garde sur appel en proportion plus importante et est le seul à comporter des cliniques offrant des services même la nuit. Alors que les deux groupes offrent autant de services en soirée, les cliniques en Accès adapté sont proportionnellement plus nombreuses à offrir des services la fin de semaine.

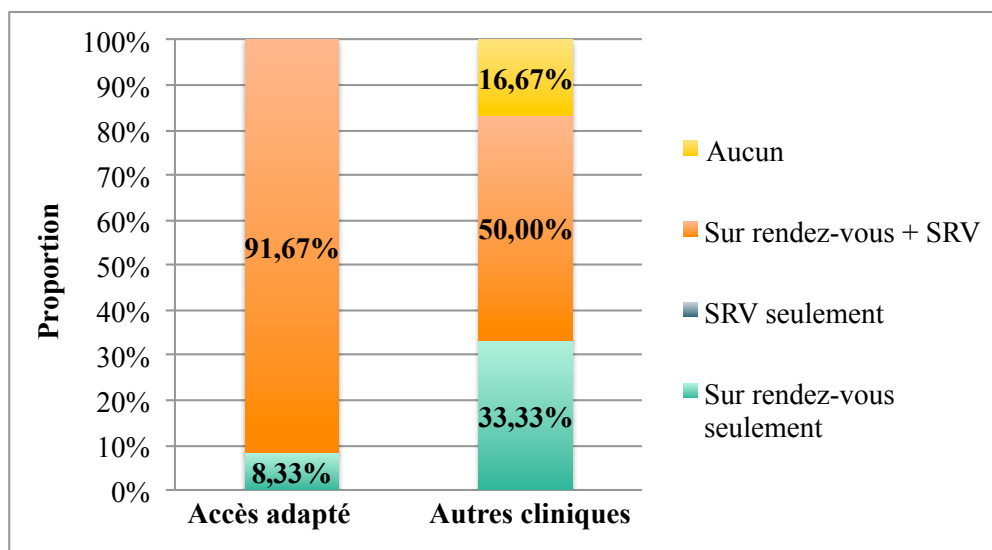
Figure 15. Offre de disponibilités en périodes défavorables



La figure 16 permet de préciser le type de disponibilité proposé par les deux groupes afin de répondre rapidement aux besoins ponctuels de la clientèle. Bien qu'aucune CUMF ne base exclusivement son offre sur le SRV, on remarque immédiatement que la majorité des cliniques en Accès adapté basent leur réponse aux besoins ponctuels sur une combinaison de services sur rendez-vous et SRV. Notre deuxième groupe montre une proportion plus

importante de CUMF répondant exclusivement à ces besoins ponctuels par une formulation avec rendez-vous, soit 33,33 % comparativement à 8,33 % pour les CUMF en Accès adapté.

Figure 16. Répartition de l'offre de services en réponse aux besoins ponctuels



Pour poursuivre avec la réponse aux besoins ponctuels de la clientèle, le tableau VII détaille les indicateurs de tendance centrale et de dispersion pour le premier et le troisième rendez-vous disponibles. Dans tous les cas, les délais médians sont plus courts en Accès adapté que dans les autres cliniques, autant en général que pour les médecins ou les résidents individuellement. La tendance à des délais plus longs chez les résidents que chez les médecins est aussi intéressante à observer. Dans presque tous les cas, l'écart interquartile laisse voir une dispersion plus importante des données dans les CUMF ayant implanté l'Accès adapté.

Tableau VII. Délais pour le premier et le troisième rendez-vous disponibles

Nombre de cliniques	Accès adapté N = 12		Autres cliniques N = 6		Différence médianes
	Médiane	Écart interquartile	Médiane	Écart interquartile	
<b>Délais 1er rendez-vous disponible (jours)</b>	10,40	3,63	15,35	7,78	-4,95
Médecins	8,90	4,55	12,80	3,10	-3,90
Résidents	10,40	5,60	14,20	5,85	-3,80
<b>Délais 3e rendez-vous disponible (jours)</b>	15,55	5,10	22,75	8,73	-7,20
Médecins	14,85	3,75	19,20	4,90	-4,35
Résidents	16,05	6,63	21,35	8,70	-5,30

Ce chapitre, riche en information, apporte plusieurs distinctions intéressantes entre les deux groupes à l'étude. Déjà, on dénote un nombre médian de médecins plus important dans le

groupe Accès adapté par rapport aux autres CUMF. Dans les deux groupes, la majorité des médecins font à la fois des tâches académiques et du suivi de patient, bien que certains ne fassent que l'un ou l'autre. Les résultats suggèrent également que le temps complet n'est pas généralisé au sein des médecins pratiquant en CUMF, bien que ceux pratiquant en Accès adapté soient plus présents en matière d'ETP. Ces médecins semblent aussi avoir vu plus de patients dans l'année précédant l'étude, bien que les deux groupes soient comparables en ce qui concerne le nombre de patients inscrits par médecin. D'autre part, les CUMF en Accès adapté sont proportionnellement plus nombreuses à intégrer divers services par des médecins spécialistes.

Bien que tous les CUMF du réseau intègrent des infirmières dans leur équipe, les infirmières cliniciennes et praticiennes semblent être proportionnellement plus présentes dans les CUMF en Accès adapté. Les travailleurs sociaux sont aussi sensiblement plus nombreux dans ce groupe, contrairement aux pharmaciens et aux psychologues, qui sont mieux représentés dans les autres CUMF. Dans les deux groupes, peu de répondants jugent que l'équipe de professionnels comble adéquatement les besoins de la clinique, bien que les CUMF n'ayant pas implanté l'Accès adapté soient plus nombreuses à mentionner une limite budgétaire à l'embauche. Le personnel administratif fait quant à lui l'objet de tendances très légèrement supérieures en Accès adapté, quoi que tout de même négligeables.

Concernant le contexte urbain, on peut remarquer une répartition des CUMF plutôt semblable dans les deux groupes. Le nombre de jours d'ouverture par semaine est pratiquement identique entre les deux groupes, tout comme le nombre d'heures d'ouverture en jours ouvrables. Toutefois, les CUMF en Accès adapté démontrent des heures d'ouverture médianes plus étendues la fin de semaine et les jours fériés. Pour poursuivre avec les services en heures défavorables, on constate que le groupe Accès adapté comprend proportionnellement plus de cliniques offrant un système de garde sur appel et est le seul à comporter des cliniques offrant des services la nuit. Alors que les deux groupes sont comparables pour l'offre de service en soirée, les cliniques en Accès adapté sont proportionnellement plus nombreuses à offrir des disponibilités la fin de semaine.

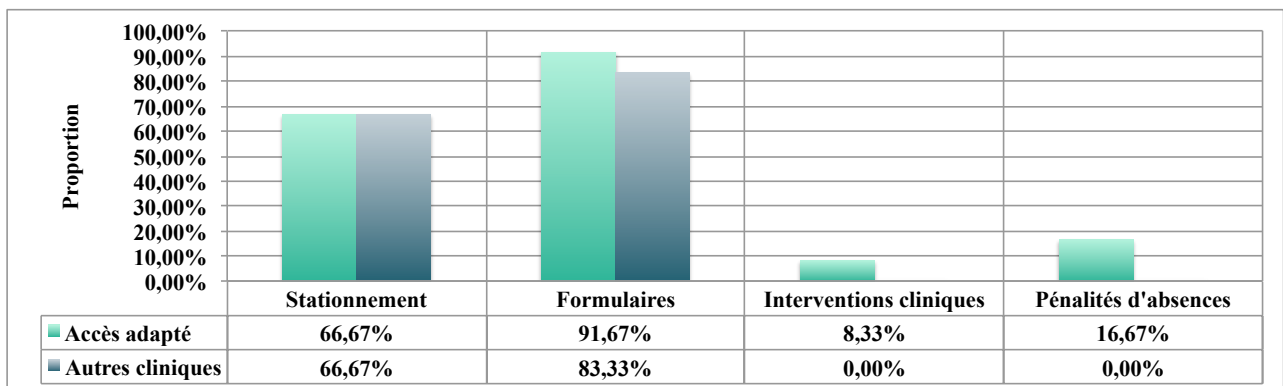
Nos données concernant le type de disponibilités offertes pour répondre rapidement aux besoins ponctuels de la clientèle démontrent une différence intéressante entre les deux

groupes. Ainsi, les CUMF en Accès adapté semblent proportionnellement moins nombreuses à répondre aux besoins ponctuels de la clientèle exclusivement par des disponibilités avec rendez-vous. Bien qu'aucune clinique ne se base exclusivement sur le SRV pour répondre aux besoins ponctuels, ce type de disponibilité coexiste fréquemment avec des disponibilités sur rendez-vous dans les deux groupes, mais surtout en Accès adapté. Pour conclure avec les délais généraux pour le premier et le troisième rendez-vous disponibles, on observe des médianes plus courtes chez les CUMF en Accès adapté. D'autre part, une tendance à des délais plus longs pour les résidents que pour les médecins se dessine, surtout dans les CUMF en Accès adapté.

#### 4.4 Accessibilité financière

Cette dimension de notre cadre conceptuel résulte entre autres du coût direct des services, tel qu'illustré à la figure 17. Les cliniques en Accès adapté sont proportionnellement plus nombreuses à exiger des frais pour la complétion de formulaires par le médecin de famille et sont les seules à exiger des frais pour des interventions cliniques par le médecin et pour des pénalités d'absence au rendez-vous. La proportion de cliniques exigeant des frais pour le stationnement est identique dans les deux groupes. À noter que la collecte de données a eu lieu avant la mise en place, en janvier 2017, du règlement abolissant les frais accessoires liés à la dispensation de services couverts par la RAMQ (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2017a), ce qui touche plus spécialement les interventions cliniques.

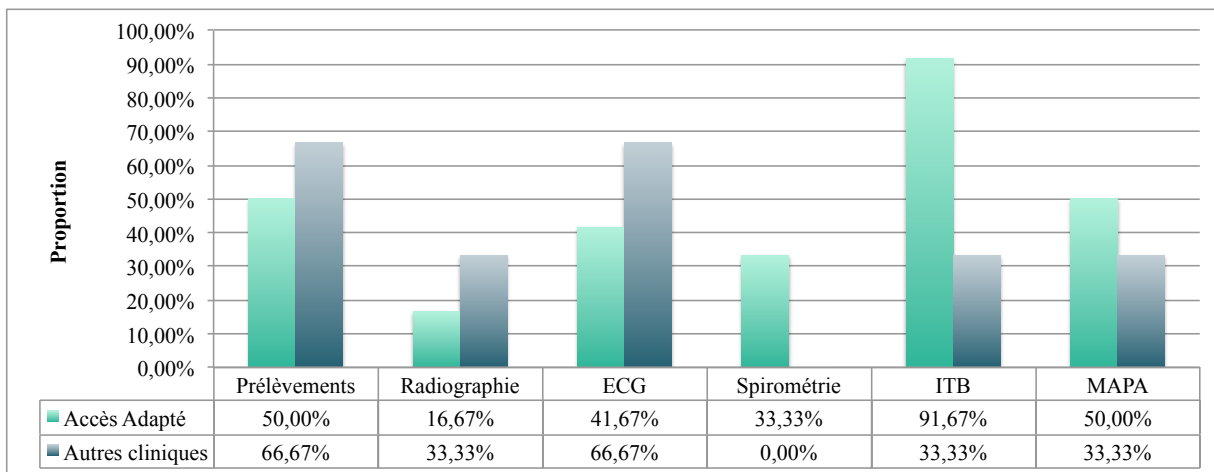
Figure 17. Frais exigés pour certains services



## 4.5 Pertinence

Cette dimension de notre cadre conceptuel réfère à l’ajustement entre les services offerts et les besoins de la population. Elle comprend la qualité, l’actualité et l’étendue des services, ainsi qu’en l’intégration et la continuité de ces derniers. La figure 18 entame cette section en illustrant la disponibilité de certaines procédures diagnostiques au sein des CUMF. Les cliniques en Accès adapté sont les seules à offrir des tests de spirométrie et effectuent des indices tibio-brachiaux (ITB) ainsi que le monitoring ambulateur de la pression artérielle (MAPA) en proportion plus importante. Des prélèvements de laboratoire, des radiographies et des électrocardiographies (ECG) sont toutefois exécutés de façon plus importante par les autres cliniques.

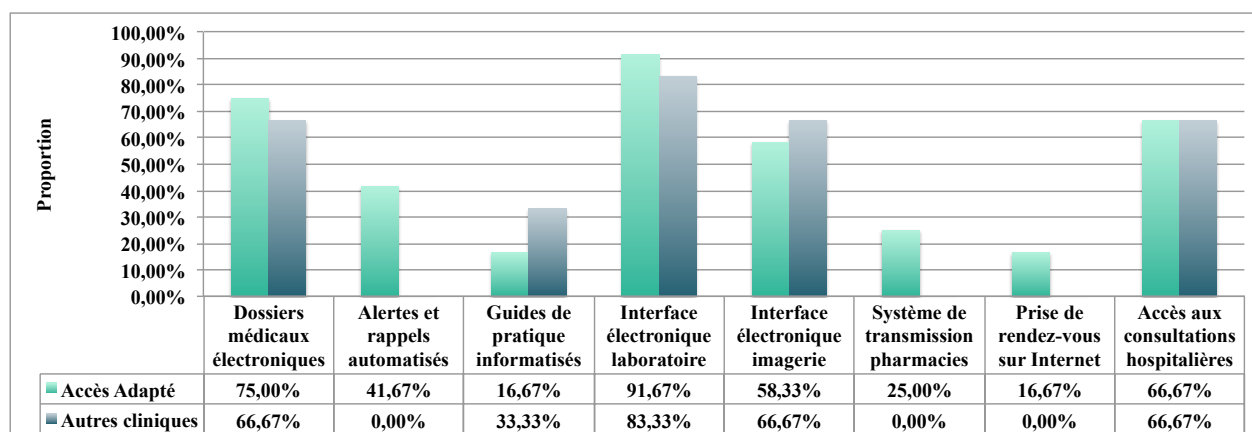
Figure 18. Disponibilité de procédures diagnostiques



La figure 19 illustre la disponibilité et la modernité des ressources informatiques et électroniques dans les CUMF. Bien que le second groupe l’emporte au chapitre de l’utilisation de guide de pratique informatisés et de l’interface électronique pour les services d’imageries, les CUMF en Accès adapté sont proportionnellement plus nombreuses à avoir des dossiers médicaux électroniques et à disposer d’une interface électronique avec des laboratoires. Ce groupe est également le seul à utiliser des systèmes électroniques de transmission aux pharmacies, de prise de rendez-vous sur internet et d’alertes ou rappels automatisés pour le suivi de certaines clientèles.

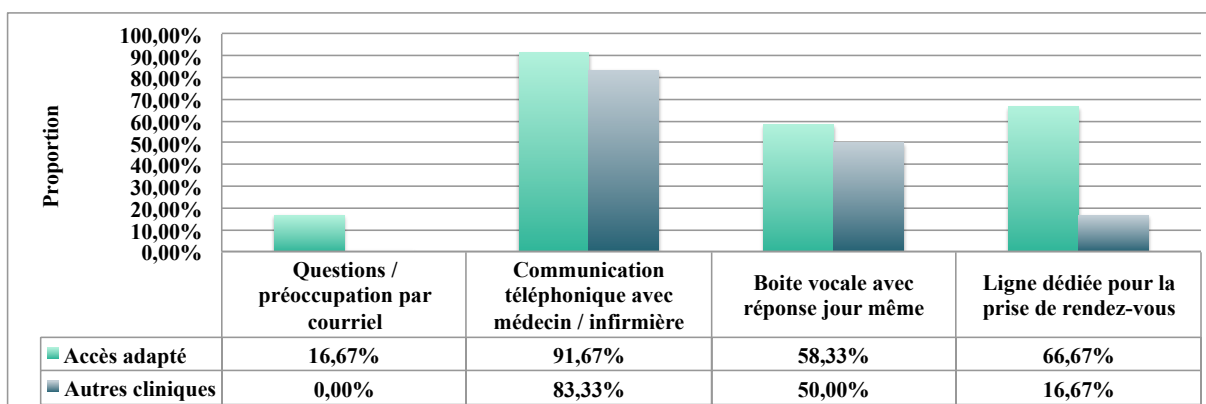


Figure 19. Disponibilité de ressources informatiques et électroniques



Dans la même lignée, la figure 20 illustre l'étendue des services offerts par téléphone ou par courriel dans chacun des deux groupes, et démontre que les cliniques en Accès adapté sont, dans tous les cas, proportionnellement plus nombreuses à offrir les services.

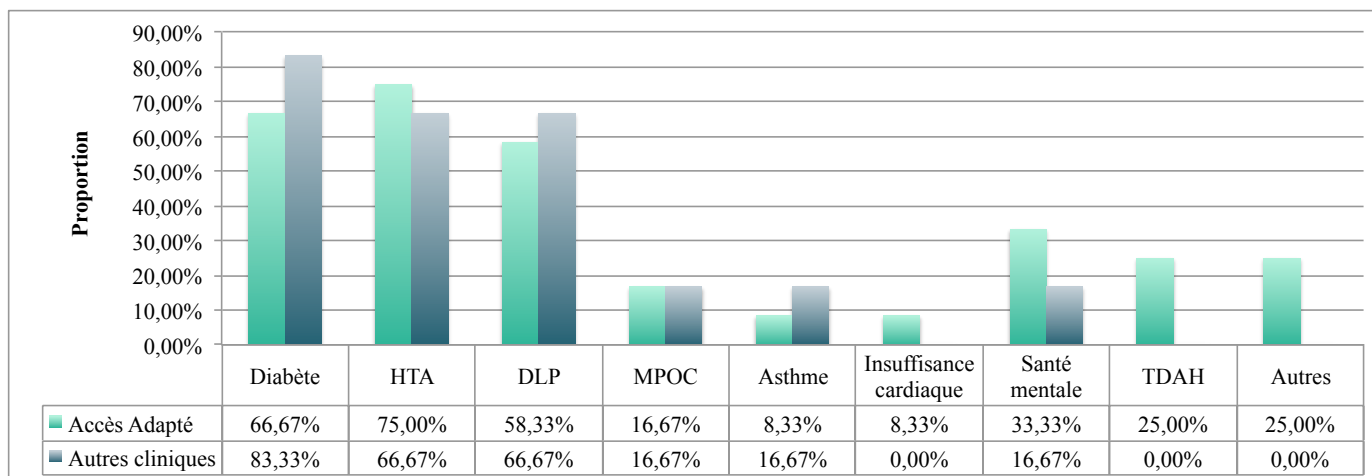
Figure 20. Offre de services par courriel ou par téléphone



Les ordonnances collectives déployées au sein des GMF québécois consistent en une modalité de prestation de soins visant l'amélioration de l'accès aux soins en misant sur la collaboration professionnelle et la meilleure utilisation du rôle des infirmières (Bois, Michaud, Pineault et Guay, 2015). Tel que démontré à la figure 21, les CUMF en Accès adapté sont proportionnellement plus nombreuses à disposer d'ordonnances collectives visant l'hypertension artérielle (HTA) et la santé mentale. Elles sont aussi les seules à encadrer le suivi infirmier de l'insuffisance cardiaque et des troubles déficitaires de l'attention (TDA/H). De plus, 25 % d'entre elles ont mentionné disposer d'autres ordonnances collectives

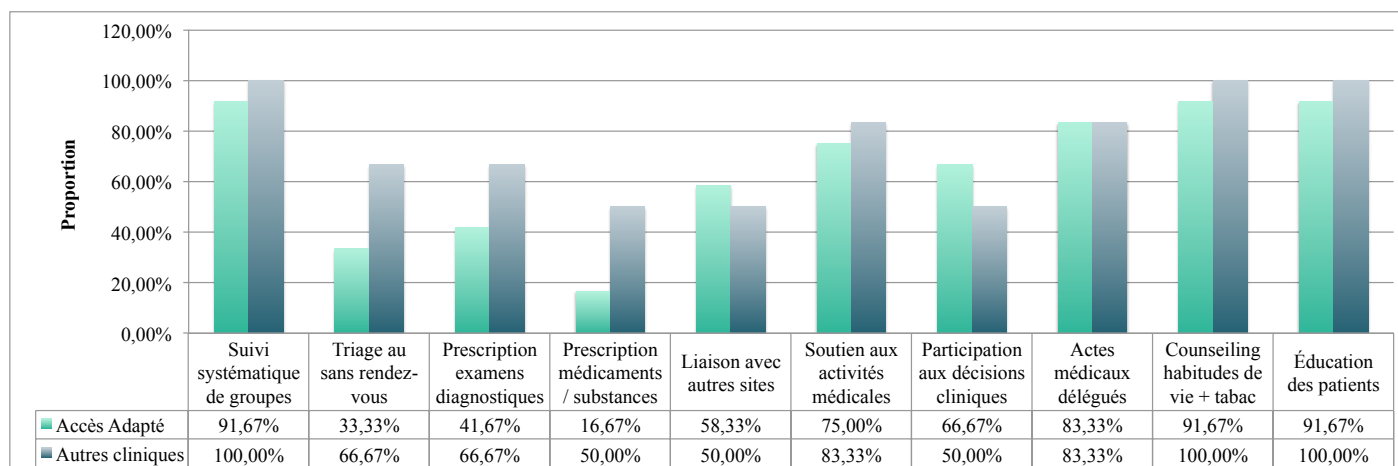
comprenant l’ajustement de l’anticoagulation orale, le dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), la contraception, les troubles cognitifs et certains problèmes aigus tels que les cystites ou les pharyngites. Les autres cliniques s’illustrent toutefois mieux concernant le suivi du diabète, de l’asthme et de la dyslipidémie (DLP).

Figure 21. Utilisation d’ordonnance collective par les infirmières cliniciennes



La figure 22 détaille l’étendue des rôles et fonctions du personnel infirmier dans les deux groupes. Il est d’abord pertinent de mentionner que toutes les CUMF du réseau de l’Université de Montréal ont mentionné la présence de personnel infirmier dans leur équipe. Ces résultats excluent les infirmières praticiennes puisqu’elles dispensent toutes des activités médicales dans le cadre de leurs fonctions et ont un rôle plus défini (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2017). Bien que les infirmières des cliniques en Accès adapté semblent assurer la liaison avec les autres établissements et participer aux décisions cliniques de façon plus importante, les infirmières des autres cliniques adoptent en proportion égale ou plus importante l’ensemble des autres rôles et fonctions présentés à la figure 22.

Figure 22. Rôles et fonctions exercés par les infirmières cliniciennes



En résumé, ce chapitre apporte des informations éclairantes, notamment en regard de la disponibilité de procédures diagnostique, de ressources informatiques et de ressources alternatives aux consultations en personne. Concernant ces dernières, les cliniques en Accès adapté s'illustrent mieux dans toutes les catégories de services offerts par téléphone ou courriel. Ces cliniques sont aussi proportionnellement plus nombreuses à disposer de ressources, principalement en ce qui concerne la transmission d'informations, de la communication, et du suivi de la clientèle. Toutefois, les autres CUMF s'illustrent mieux quant à la disponibilité de guides cliniques informatisés et des systèmes d'interface pour l'imagerie diagnostique. Les résultats en regard des procédures diagnostiques sont plus partagés entre les deux groupes, qui semblent respectivement favoriser certaines d'entre elles, sans pour autant qu'on y remarque de distinctions intéressantes en regard de l'Accès adapté. Concernant l'étendue du rôle infirmier, les résultats laissent croire qu'en dehors de l'application d'ordonnances collectives plus diversifiées, les infirmières pratiquant dans les CUMF en Accès adapté ne semblent pas avoir un rôle plus élargi que leurs homonymes des autres CUMF.

## **Chapitre 5. Discussion**

Ce chapitre fait suite aux résultats en regard de l'objectif de ce projet de recherche qui est de décrire et comparer les cliniques universitaires de médecine de famille (CUMF) du réseau de l'Université de Montréal ayant implanté ou non l'Accès adapté, en regard des dimensions de l'accès aux soins centré sur le patient. Ultimement, ce portrait descriptif pourrait apporter des éléments permettant d'orienter les priorités de recherches en regard de l'Accès adapté au sein des CUMF de l'Université de Montréal, en prémisses à des études évaluatives ou analytiques. Nous cherchons ainsi à observer des différences entre les cliniques en Accès adapté et les autres cliniques en regard des dimensions de l'accès aux soins de santé.

### **5.1 Retour sur les résultats**

Dans cette section, nous ferons un retour sur les résultats de l'étude en traçant un parallèle avec la littérature. Les différents éléments seront discutés à travers les dimensions de l'accès aux SSP de notre cadre conceptuel.

#### **5.1.1 Général**

Gardant en mémoire la différence de taille de nos deux groupes, le fait que les CUMF se disant en Accès adapté soient plus concentrées en milieux hospitaliers, alors que la moitié du second groupe est située en CLSC, soulève un questionnement quant à l'implantation de l'Accès adapté en milieu communautaire. Cet élément est d'intérêt considérant que l'emplacement d'une clinique fait partie des facteurs environnementaux pouvant influencer l'implantation de ce type de modèle (Breton et al., 2016; Chaudoir et al., 2013) et est susceptible d'influencer les trajectoires de recherche de services de santé par l'utilisateur (Haggerty et al., 2014; Hogg et al., 2008). Une piste de réponse concerne l'historique des CLSC en tant que milieux de pratique limitant l'autonomie des médecins (Breton et al., 2011; Gilbert et al., 2015; Pomey et al., 2009). Le leadership médical est justement énoncé dans la littérature comme un facteur favorisant l'implantation de l'Accès adapté (Breton et al., 2016; Goodall et al., 2006; Pickin et al., 2004; Pierdon et al., 2004). Toutefois, on peut se demander si ces notions peuvent être attribuées aux CUMF en CLSC,

d'autant plus que leur rôle à l'égard des pratiques novatrices et exemplaires (Béland et al., 2015; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2016a) laisse croire tout le contraire. Paradoxalement, la littérature fait également part d'une tension entre l'implantation de pratiques novatrices et l'autonomie des médecins (Beaulieu et al., 2014; Gilbert et al., 2015; Pomey et al., 2009). De toute évidence, le contexte dans lequel évoluent les CUMF devrait faire l'objet d'analyses plus approfondies en tant que facteur environnemental ayant le potentiel d'influencer l'implantation du modèle.

En matière de modèle organisationnel, le fait que les CUMF des deux groupes soient proportionnellement égales et majoritaires à avoir un statut GMF reflète les démarches ministérielles favorisant l'accréditation des cliniques universitaire sous forme de GMF-U, afin de les rapprocher du réseau de la santé et des services sociaux (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2016a). Ces éléments rappellent sans contredit la nature transversale de notre devis et l'importance de l'évaluation périodique des organisations de soins primaires au gré des réformes (Levesque et al., 2014).

D'autre part, nos données concernant le niveau de ces GMF-U démontrent une répartition très franche entre les deux groupes. Lors de la collecte de données, le classement des GMF tel que prévu par le MSSS (2017d) comprenait neuf niveaux, en plus des Cliniques-réseau (CR) et des Cliniques-réseau intégrées (CRI). Les CRI consistent en l'intégration d'un GMF et d'une clinique réseau offrant des corridors de services et un plateau technique en coordination avec le CSSS, et sont soutenues par une équipe multidisciplinaire (Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2011; Barbeau, 2011; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2017d). Le niveau de GMF attribué à une clinique dépend du nombre de patients inscrits et détermine son financement et sa taille (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2017d). L'attribution de ces ressources est prévue pour favoriser une taille optimale établie entre 12 000 et 18 000 inscriptions pondérées par le MSSS (2016a, 2017d). Puisqu'ils sont majoritairement compris dans cet intervalle optimal, on peut avancer que les GMF au sein du groupe en Accès adapté sont favorisés en matière de ressources. La présence de ressources en quantité suffisante a d'ailleurs été énoncée dans la littérature comme un facteur influençant l'implantation de l'Accès adapté dans les cliniques de soins primaires (Breton et al., 2016; Malham et al., 2017; Pickin et al., 2004; Pierdon et al., 2004). À noter que 50 % des GMF-U

du groupe en Accès adapté sont toutefois de niveau 1, donc entre 6000 et 9000 inscriptions. Certaines études ont d'ailleurs rapporté de meilleurs résultats en matière d'accessibilité pour les petites cliniques (Campbell, Ramsay et Green, 2001; Kontopantelis, Roland et Reeves, 2010). Ces résultats nous incitent à rester prudents par rapport à l'association supposée entre la taille d'une clinique et les caractéristiques qu'elles offrent à la population (Pineault, Provost, Borges Da Silva, Breton et Levesque, 2016).

Nos résultats suggèrent également qu'à nombre d'inscriptions semblables, les CUMF en Accès adapté offrent plus de visites, comme l'ont rapporté Salisbury, Montgomery, et al. (2007) dans une étude avant-après ainsi que Kennedy et Hsu (2003) ainsi que Belardi et al. (2004) dans leurs études menées en contexte académique. Il est pourtant surprenant de remarquer la différence minime, voire presque nulle, entre le ratio visites/patients sur une base annuelle, laissant croire que les patients n'y seraient pas vus plus souvent. Les services rendus à des patients non-inscrits pourraient en partie expliquer ces résultats, surtout que certaines cliniques, comme les CRI, se voient dans l'obligation de desservir ces patients (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2017b). Gladstone et Howard (2011) n'ont pas non plus observé de différence au niveau de la fréquentation par les patients. Les résultats de Belardi et al. (2004), issus d'un contexte académique, ont rapporté une différence au tout début de l'implantation de l'Accès adapté seulement, après quoi le ratio visites/patients revenait à son point de départ. Une étude qualitative auprès de médecins de famille québécois a d'ailleurs suggéré que certains patients avaient tendance à tester le nouveau système en appelant plus souvent dans les débuts de l'implantation de l'Accès adapté (Breton et al., 2016; Fiore, 2015). La revue systématique de Rose et al. (2011) rapporte quant à elle des résultats neutres à positifs concernant l'impact de l'Accès adapté sur le volume de visites.

### **5.1.2 Approchabilité**

Nos résultats en regard de cette dimension démontrent une utilisation accrue des différentes plateformes de diffusion de l'offre de service dans le groupe Accès adapté, qui profite donc possiblement d'une meilleure visibilité par rapport aux autres cliniques. La littérature fait état de plusieurs données sur ces médias, qui seraient associées à une augmentation de la satisfaction des patients (Ralston et al., 2009), participeraient à combler le

fossé entre l'offre et la demande (Highfield, Ottenweller, Pfanz et Hanks, 2014) et favoriseraient l'accès aux soins de santé (Fortney, Burgess, Bosworth, Booth et Kaboli, 2011). On peut aussi se demander si le fait que les CUMF qui en font partie comportent de plus grandes entités peut influencer ces résultats, considérant encore une fois le financement reçu par le MSSS (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2016a, 2017d). La diversité et l'exactitude des informations diffusées rejoignent la capacité des patients à percevoir les services disponibles (Levesque et al., 2013) et ainsi, la notion de soins centrés sur le patient. Il est donc préoccupant de constater que la diffusion de données exactes est plutôt pauvre dans les deux groupes à l'étude, surtout en regard des heures d'ouverture et de l'offre de services. Les différents changements organisationnels récemment entrepris par les CUMF en réponse aux exigences du MSSS (2016a, 2017d) peuvent être une piste d'explication, bien que l'affichage d'informations à jour devrait être prioritaire pour favoriser la capacité des utilisateurs à percevoir les services offerts (Levesque et al., 2013).

### **5.1.3 Disponibilité et accommodation**

Concernant les médecins, nos résultats témoignent d'effectifs plus importants dans les CUMF en Accès adapté comparativement aux autres cliniques. Dans les deux groupes, la majorité des médecins font à la fois des tâches académiques et du suivi de patient, bien que certains se consacrent entièrement à l'un ou à l'autre. Cette diversité est congruente avec les missions conjointes d'érudition, d'enseignement et de santé populationnelle qui caractérisent les CUMF (Béland et al., 2015; Carroll et al., 2016a; Groulx et al., 2015; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2016a). Le MSSS (2016a) précisant que ces missions ne se subordonnent pas, il serait pertinent d'investiguer plus en profondeur la coexistence des tâches académiques et de suivi de patients chez ces médecins. On peut avancer l'hypothèse qu'une plus grande attention portée envers les tâches de développement des connaissances et d'érudition pourrait se traduire par une plus grande ouverture au changement et une meilleure réceptivité aux innovations, qui sont d'ailleurs des facteurs favorisant l'implantation de l'Accès adapté (Breton et al., 2016; Goodall et al., 2006; Malham et al., 2017; Pickin et al., 2004). Le projet de loi 20 (Barrette, 2014b) risque toutefois de modifier le contexte actuel en insistant sur la présence auprès des patients au détriment des missions académiques (Béland et al., 2015).

Toujours par rapport aux ressources médicales, nos résultats rapportent que peu importe le type de tâches exercées, le temps complet en CUMF n'est pas généralisé chez les médecins, et ce, pour nos deux groupes. La présence fragmentée et irrégulière des médecins en CUMF est fréquemment rapportée dans la littérature (Baxley et Weir, 2009; Belardi et al., 2004; Bennett et Baxley, 2009; Groulx et al., 2015; Lloyd, 1974; Rose et al., 2011) et est vue comme une barrière à l'implantation de l'Accès adapté dans ces milieux (Malham et al., 2017). Rosland et al. (2015) nuancent ces propos en rapportant que les facteurs alternatifs, tels que la pratique multidisciplinaire et les alternatives aux consultations en personne, ne sont pas considérés par ce type de mesures. Murray et Tantau (2007) soulignent toutefois que les milieux où les médecins font moins de six demi-journées par semaine complexifient l'implantation du modèle. Nos résultats vont dans le même sens en supposant que les médecins des CUMF en Accès adapté y passent plus de temps en matière d'ETP. La présence à temps partiel (Rosland et al., 2015) ainsi que les charges de tâches académiques (Béland et al., 2015) peuvent limiter la présence auprès des patients en CUMF et compromettre la réponse aux besoins le jour même. Rappelons toutefois que le MSSS (2016a) reconnaît l'importance équivalente des rôles d'enseignement et de suivi de patients en regard de la mission des CUMF. Bien que l'équilibre entre l'offre et la demande dans les cliniques académiques soit limité par la fluctuation de la disponibilité des pourvoyeurs, plusieurs études apportent des résultats favorables à l'implantation de l'Accès adapté dans ces milieux (Baxley et Weir, 2009; Groulx et al., 2015; Kennedy et Hsu, 2003).

Nos données montrent que les médecins des CUMF en Accès adapté offrent plus de visites par année, sans pour autant avoir plus de patients à leur charge. Ces données nous mènent à aborder les craintes rapportées par la recherche qualitative concernant l'augmentation potentielle de la charge de travail des médecins pratiquant dans ce type de modèle (Ahluwalia et Offredy, 2005; Knight et al., 2005). Pour leur part, Kennedy et Hsu (2003), tout comme Salisbury, Montgomery, et al. (2007) soutiennent que les médecins en Accès adapté offrent plus de rendez-vous, sans toutefois voir augmenter leur charge de travail. Toutefois, des éléments autres que le nombre de médecins, de patients ou de visites doivent être considérés. Par exemple, une meilleure gestion du temps, une organisation du travail améliorée et une pratique multidisciplinaire plus développée ont été rapportées par des



médecins pratiquant en Accès adapté (Ahluwalia et Offredy, 2005; Breton et al., 2016; Fiore, 2015), ce qui pourrait se traduire par une meilleure performance (Mallard et al., 2004; Rose et al., 2011) et partiellement expliquer les résultats.

Nos données montrent que l'embauche de professionnels est moins limitée par le budget dans les CUMF en Accès adapté que dans l'autre groupe. La disponibilité des ressources professionnelles est d'ailleurs maintes fois mentionnée dans la littérature comme un facteur favorisant l'implantation de l'Accès adapté (Breton et al., 2016; Malham et al., 2017; Pickin et al., 2004; Pierdon et al., 2004). Nos résultats vont dans le même sens en témoignant d'effectifs supérieurs dans les CUMF en Accès adapté pour plusieurs professionnels, soit les infirmières cliniciennes, auxiliaires et praticiennes, mais aussi les diététistes et les travailleurs sociaux. Contandriopoulos et al. (2016) voient d'ailleurs en la présence d'infirmières praticiennes un témoin de l'innovation clinique et interdisciplinaire au sein des SSP. Nous discuterons des éléments relatifs au développement de la pratique multidisciplinaire et à l'étendue du rôle infirmier dans la dimension *Pertinence* à laquelle appartiennent ces notions, au point 5.1.5.

Nos résultats soulèvent également des questionnements intéressants quant aux types de disponibilités offertes en réponse aux besoins ponctuels de la clientèle. Rappelons d'abord que les services SRV existent pour répondre aux besoins non rencontrés de la population (Barnsley et al., 2002). Puisque l'Accès adapté vise la réponse opportune à tous les types de besoins (Murray, 2005; Murray et Berwick, 2003; Murray et Tantau, 1999, 2000), il est paradoxal de constater l'omniprésence des disponibilités SRV dans ces milieux. Ces données laissent croire que malgré l'implantation du modèle, les utilisateurs ne parviennent pas à obtenir les soins nécessaires au moment de leur choix. Certains auteurs rapportent une confusion définitionnelle menant les pourvoyeurs à percevoir l'Accès adapté comme une façon de répondre aux urgences le jour même plutôt que comme un modèle centré sur les préférences du patient (Baxley et Weir, 2009; Pope et al., 2008). La priorisation qui en résulte crée sans contredit une certaine file d'attente, et n'est pas sans rappeler le modèle Accès adapté de première génération (Murray et Tantau, 1999). Il est possible que ceux qui ne peuvent pas se présenter au moment qui leur est dicté, mais qui ne peuvent pas non plus attendre la fin de la queue, se retrouvent à fréquenter les SRV pour répondre à leur besoin (Murray et Tantau, 1999; Pope et

al., 2008). Pope et al. (2008) ont d'ailleurs relevé cette confusion entre l'Accès adapté et l'accès le jour même à tout prix comme facteur limitant l'implantation du modèle. Le slogan «faire aujourd'hui le travail d'aujourd'hui» (Traduction libre : Murray et Tantau, 2000, p. 45), utilisé pour promouvoir l'Accès adapté et repris dans la formation dispensée aux médecins de famille (Paré, 2014a), peut d'ailleurs avoir contribué à la confusion (Pope et al., 2008). Le fait d'implanter l'Accès adapté sans mesure préalable de l'offre et de la demande, de limiter la possibilité de prendre rendez-vous dans le futur ou même de conserver un retard dans les rendez-vous peut exacerber ces problématiques (Baxley et Weir, 2009).

D'autre part, la proportion attribuée aux rendez-vous ouverts à court terme varie considérablement dans la littérature, tout comme l'étendue de la période où ils sont attribués (Baxley et Weir, 2009; Pope et al., 2008). L'élongation des délais d'accès rapide au-delà de 24 à 48 heures augmente le poids des demandes pour des rendez-vous le jour même (Murray, 2005; Murray et Tantau, 1999), ce qui suggère une autre piste d'explication pour la présence de SRV dans les CUMF en Accès adapté. Toutefois, le fait qu'aucune clinique ne base exclusivement sa réponse aux besoins ponctuels sur les services SRV traduit les orientations ministérielles bloquant le financement des SRV au profit de modèles à accès ouvert de type Accès adapté (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2016a). Haggerty et al. (2004) soulignent qu'une combinaison de disponibilités avec et sans rendez-vous au sein d'une clinique de première ligne peut améliorer l'équilibre entre la continuité et l'accessibilité. Bien que la publication de leur rapport sur l'accessibilité et la continuité des services de première ligne précède la venue de l'Accès adapté au Québec, ces mêmes auteurs suggèrent que la possibilité de répondre à des besoins ponctuels dans les périodes consacrées aux rendez-vous limite les besoins de SRV (Haggerty et al., 2004). Par ailleurs, il ne faut pas négliger les désagréments que représentent les services SRV pour le patient, qui doit s'y présenter pour être inscrit selon l'ordre d'arrivée, sans être assuré d'avoir une place ni d'être vu par son médecin (Barnsley et al., 2002; Haggerty et al., 2004). Les SRV sont aussi connus pour offrir peu de continuité et de services préventifs (Haggerty et al., 2004).

Étant donné que ces éléments rejoignent deux principes directeurs de l'Accès adapté, soit la réduction de l'attente accumulée et la révision du système de rendez-vous (Murray et Berwick, 2003; Murray et Tantau, 2000; Tantau, 2009), il s'avèrerait pertinent d'évaluer de

façon plus poussée la façon dont sont planifiés les rendez-vous dans le temps et dans l'organisation des plages horaires, notamment en regard des proportions qu'occupent les rendez-vous ouverts à court terme comparativement aux plages réservées.

Cela amène bien sûr à aborder les délais de rendez-vous, qui constituent l'intérêt primaire de l'Accès adapté (Murray et Tantau, 2000) et qui ont maintes fois alimenté la recherche sur le sujet (Rose et al., 2011). En premier lieu, la tendance à des délais plus longs tant chez les résidents que chez les médecins soulève des questionnements en regard de la particularité des milieux d'enseignement. En effet, les exigences du programme de résidence en médecine familiale prévoient une rotation des résidents dans plusieurs milieux (Malham et al., 2017), fragmentant ainsi leur présence en CUMF. Cet élément rejoint la littérature qui suggère que les changements en matière d'offre comme les horaires irréguliers des médecins résidents constituent une barrière à l'implantation de l'Accès adapté (Belardi et al., 2004; Bennett et Baxley, 2009; Malham et al., 2017; Rose et al., 2011). Pour remédier à cette problématique, des arrangements entre les résidents pour couvrir les absences sont proposés dans la littérature (Groulx et al., 2015; Malham et al., 2017), ce qui s'apparente à l'établissement de plans de contingence, tels que proposés comme un principe directeur de l'Accès adapté (Murray et Berwick, 2003; Murray et Tantau, 2000; Tantau, 2009).

En second lieu, nos résultats démontrent des délais moyens pour le premier et le troisième rendez-vous disponibles plus courts pour les CUMF en Accès adapté que pour les autres CUMF. La tendance reste la même en scindant ces données selon le type de pourvoyeur. Toutefois, ces données ne laissent pas entrevoir l'atteinte de délais inférieurs à 48 heures, tels que proposés par le modèle de l'Accès adapté (Murray et Tantau, 1999, 2000). Ces résultats font écho à la littérature qui rapporte rarement des délais inférieurs à 2 jours (Pickin et al., 2004; Rose et al., 2011; Salisbury, Montgomery, et al., 2007; Steinbauer et al., 2006). On peut toutefois argumenter que cette mesure du troisième rendez-vous disponible auprès du médecin de famille ne tient pas compte de la nuance apportée par la présence d'une équipe multidisciplinaire, qui rejoint à elle seule une partie des besoins (Borgès Da Silva et al., 2015; Murray, 2005; Rosland et al., 2015). D'autre part, Rose et al. (2011) soutiennent que les résultats rapportés témoignent de l'Accès adapté tel qu'il a été implanté dans les différents milieux, ajoutant que les effets mitigés relèvent plus d'une implantation imparfaite que du

modèle en soi. Les importantes variations d'interprétation et d'implantation de l'Accès adapté ont d'ailleurs été soulignées à maintes reprises dans la littérature (Baxley et Weir, 2009; Goodall et al., 2006; Pickin et al., 2004; Pope et al., 2008; Rose et al., 2011). Kiran et O'Brien (2015) rapportent également que l'implantation de l'Accès adapté au Canada n'est pas fidèle au modèle dans la plupart des cas. Certains auteurs suggèrent plutôt que l'adaptation du modèle aux réalités des cliniques est un facteur facilitant son implantation dans certains milieux (Dearing, 2009), par exemple, dans les cliniques à visée académique (Baxley et Weir, 2009; Groulx et al., 2015). Doit-on y voir une difficulté à effectuer le changement de paradigme nécessaire au passage vers l'Accès adapté, ou plutôt un modèle simplement difficile à implanter fidèlement dans certains contextes (Baxley et Weir, 2009; Kiran et O'Brien, 2015; Murray et al., 2003)? Ces questions justifient la tenue d'études analysant de façon formelle l'implantation de l'Accès adapté et les facteurs qui l'influencent dans les cliniques à vocation universitaire québécoises.

#### **5.1.4 Accessibilité financière**

Peu d'éléments en regard de cette dimension ont été recueillis par le questionnaire. Nos résultats démontrent tout de même que les CUMF en Accès adapté tendent à exiger plus de frais pour certains services. On peut évidemment faire le lien avec les capacités financières et les notions d'équité qui s'y rapportent (Gulliford et al., 2002; Haggerty, Burge, et al., 2007; Levesque et al., 2011; van der Reis et al., 2007). Les études portant sur l'Accès adapté ont surtout évalué les effets sur les coûts et le revenu pour les organisations, démontrant des résultats neutres à positifs (Rose et al., 2011). À notre connaissance, aucune étude ne semble avoir analysé spécifiquement l'impact de l'Accès adapté sur l'accessibilité financière des cliniques de première ligne. L'étude de Miedema et al. (2016), qui utilise un devis semblable à notre étude pour comparer les nouveaux modèles de soins primaires aux modèles traditionnels, n'a pas relevé de distinction intéressante entre les deux groupes concernant la dimension de l'accessibilité financière. Outre le coût direct des services, certaines caractéristiques des SSP pouvant influencer la capacité économique des utilisateurs à rejoindre les soins pourraient être investiguées dans de futures études, par exemple, le temps et la disponibilité de transport, la nécessité de prendre une journée de congé ou même les coûts associés tels que le transport en commun (Levesque et al., 2013).

### 5.1.5 Pertinence

Nos résultats concernant l'utilisation accrue de plusieurs ressources informatiques par les CUMF en Accès adapté font écho aux propos de Kiran et O'Brien (2015) selon lesquels les technologies de l'information sont des facteurs qui ont le potentiel de faciliter l'implantation de ce modèle. Les possibilités de contact par internet et de communication par courriel ou par téléphone sont des mesures alternatives permettant d'augmenter l'offre de services au-delà des consultations typiques en bureau (Campbell et Salisbury, 2015; Fortney et al., 2011; Kiran et O'Brien, 2015; LaVela, Gering, Schectman et Weaver, 2012). De ce fait, on peut retrouver dans ces pratiques l'un des principes directeurs de l'Accès adapté, soit équilibrer l'offre et la demande (Murray et Berwick, 2003; Murray et Tantau, 2000; Tantau, 2009). Ces composantes favorisant le premier contact sont perçues par plusieurs auteurs comme des éléments favorisant l'accès aux SPP et à des services préventifs (Carroll et al., 2016a; Chapman et al., 2004; Haggerty et al., 2008; Pandhi et al., 2012). L'intégration de technologies de communication et de l'information, telles que les dossiers médicaux informatisés, les alertes de suivi automatisées et les interfaces avec les services de laboratoire, d'imagerie et de pharmacie, font partie des indicateurs d'évaluation des SSP proposés par l'Institut canadien d'information sur la santé (2016). D'ailleurs, Fortney et al. (2011) suggèrent que les technologies de l'information soient considérées dans la conceptualisation et la mesure de l'accès aux SPP du 21<sup>e</sup> siècle.

Concernant la pratique multidisciplinaire, elle fait partie des pratiques exemplaires valorisées par le MSSS (2016a) et occupe une place importante dans le discours des promoteurs de l'Accès adapté (Murray et Berwick, 2003; Murray et Tantau, 2000; Tantau, 2009). Outre leur disponibilité déjà discutée, l'élargissement du rôle des professionnels non-médecins et leur intégration dans l'équipe multidisciplinaire auraient le potentiel d'alléger le fardeau relié à la demande (Gaboury, Bujold, Boon et Moher, 2009) et d'influencer positivement l'accès aux SSP (Campbell et Salisbury, 2015; Carroll et al., 2016b; Charles-Jones, May, Latimer et Roland, 2003; Crustolo et al., 2005; Leff et al., 2009; McCulloch et al., 2000; van Loenen et al., 2014). Leur mise à contribution fait partie des leviers à l'implantation de l'Accès adapté et rejoint l'un des principes directeurs du modèle en participant à limiter les tensions entre l'offre et la demande (Kiran et O'Brien, 2015; Tantau, 2009). L'ouverture de

l'organisation à la pratique multidisciplinaire, à la délégation d'activités médicales et à l'élargissement du rôle des infirmières, a été rapportée comme un facteur favorisant l'implantation de l'Accès adapté en première ligne (Breton et al., 2016). Les ordonnances collectives déployées au sein des GMF québécois consistent en une modalité de prestation des soins permettant la délégation d'actes médicaux aux infirmières de façon structurée (Bois et al., 2015). En misant sur la collaboration multidisciplinaire et en modifiant la prestation des soins (Bois et al., 2015), les ordonnances collectives regroupent deux des principes directeurs de l'Accès adapté, soit l'intégration de la pratique multidisciplinaire et l'équilibre de l'offre et de la demande (Murray et Berwick, 2003; Murray et Tantau, 2000; Tantau, 2009). Nos résultats selon lesquels les infirmières pratiquant en Accès adapté disposent d'ordonnances collectives plus diversifiées viennent réaffirmer ces notions. Il est toutefois surprenant de constater que les infirmières pratiquant en Accès adapté ne semblent pas avoir un rôle plus élargi que celles pratiquant dans les autres CUMF. Le rôle des infirmières serait-il plus fréquemment circonscrit à l'application de ces ordonnances collectives? D'autant plus que la littérature fait mention d'un déploiement très variable des ordonnances collectives et des balises qui les soutiennent dans les différents milieux (Beaulieu et al., 2006). Une évaluation plus poussée de la portée du rôle infirmier (D'Amour et al., 2012; Dubois, D'Amour, Pomey, Girard et Brault, 2013) dans les CUMF en Accès adapté s'énonce pertinente en regard de ces résultats.

## **5.2 Forces et limites de l'étude**

La présente étude comporte bien entendu certaines forces et limites. Il s'agit d'abord de la première étude à observer les caractéristiques organisationnelles de l'ensemble du réseau de cliniques universitaire du DMFMU de l'Université de Montréal, et à les comparer en fonction de l'implantation de l'Accès adapté. Ainsi, le caractère exhaustif de notre étude permet de tracer un portrait représentatif du réseau, en limitant les biais de non-réponse et de couverture (Remler et Van Ryzin, 2014). L'implantation de l'Accès adapté dans les CUMF québécoises étant très peu étudiée (Malham et al., 2017), la tenue d'une étude observationnelle descriptive permettant d'établir les priorités de recherche semble tout indiquée (Organisation mondiale de la Santé, 2003). Ces mêmes aspects limitent toutefois fortement la généralisation à d'autres

réseaux de cliniques universitaires, considérant la singularité de chacun d'entre eux en regard de leur université d'appartenance (Réseau-1 Québec, 2014).

Étant donnés les effectifs restreints de la population à l'étude, les résultats sont fortement vulnérables à l'influence de données extrêmes. À cela s'ajoute une importante hétérogénéité des CUMF à l'étude, ainsi que la présence d'une unité très influente dans le groupe Accès adapté. Cette dernière est susceptible d'influencer les résultats par sa taille en matière de patients inscrits, mais aussi par sa vocation particulière en tant que CRI. Rappelons que ces organisations se doivent d'offrir des corridors de services et un plateau technique à une clientèle inscrite, en plus de desservir un certain nombre de patients orphelins (Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2011; Barbeau, 2011; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2017d). Des analyses de sensibilité permettraient à de futures études de mieux cerner l'influence de ce type de CUMF sur les différentes variables.

Ce devis descriptif observationnel oppose plusieurs facteurs de confusion potentiels à l'interprétation de liens entre l'Accès adapté et les caractéristiques organisationnelles, limitant toute causalité (Remler et Van Ryzin, 2014). D'une part, la grande hétérogénéité des CUMF à l'étude peut sans doute avoir influencé les résultats. D'autre part, la nature transversale de cette étude la rend vulnérable aux biais d'histoire, qui ne sauraient être écartés dans un contexte où plusieurs changements coexistent au sein de ces organisations. Par exemple, certaines CUMF ont dû mener de front leur accréditation en tant que GMF-U (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2016a) et l'implantation de l'Accès adapté, en réponse aux pressions normatives, politiques et sociales relatives à leur accessibilité (Béland et al., 2015; Borgès Da Silva et al., 2015; Breton et al., 2016). Considérant que de telles implantations prennent du temps à se concrétiser (Muggah et al., 2014), le fait que le délai depuis l'implantation de l'Accès adapté n'ait pas été étudié représente une certaine limite à notre étude.

Ces éléments mènent à aborder l'utilisation d'un outil n'étant pas spécifiquement constitué pour exprimer des caractéristiques en regard de l'Accès adapté, ce qui limite sa précision en regard de l'implantation du modèle et apporte de possibles biais d'instrumentation. D'autre part, la complétion du questionnaire par une personne impliquée dans l'organisation de la clinique induit une forme de biais de désirabilité sociale, puisque

plusieurs variables concernent des pratiques organisationnelles favorisées par le MSSS ou le DMFMU. Toutefois, en visant ces médecins-chefs, on s'assure que les connaissances du participant s'étendent à l'ensemble de la clinique et qu'il est bien au fait de la façon dont elle est organisée et fonctionne.

La répartition dichotomique des CUMF, par autoproclamation de surcroît, laisse s'immiscer de possibles biais de classification et provoque sans doute une perte d'informations. En effet, la diversité de conceptualisation et d'implantation de l'accès adapté à travers les milieux (Rose et al., 2011) n'a pas été considérée dans la méthode de classification de cette étude. Quelques analyses de sensibilité auraient pu fournir des informations éclairantes malgré la contrainte du nombre. La classification selon le niveau d'implantation de l'Accès adapté en regard des cinq principes directeurs (Goodall et al., 2006; Kiran et O'Brien, 2015; Pickin et al., 2004; Salisbury, Montgomery, et al., 2007) limiterait l'influence de ce biais sur de futures études disposant d'effectifs suffisants. Pour terminer, une dizaine de médecins et cinq résidents provenant des différentes CUMF ont dû être exclus des calculs du premier et du troisième rendez-vous disponibles, en raison de données manquantes relativement à leurs délais respectifs. Cela apporte une certaine limite, car l'incapacité de fournir une date pour le prochain rendez-vous disponible pourrait, en soi, représenter un impact sur l'accessibilité.

### **5.3 Recommandations**

Nos résultats permettent d'émettre certaines recommandations aux décideurs et aux cliniques en écho à la littérature. Tout d'abord, les décideurs devraient considérer l'importance de l'attribution de ressources adéquates en quantité suffisante dans l'implantation de l'Accès adapté, tel que proposé dans la littérature et suggéré par nos résultats. Les décideurs doivent tout de même considérer que des changements organisationnels de cette envergure peuvent prendre du temps à se concrétiser (Muggah et al., 2014), rappelant l'importance de l'évaluation ponctuelle des organisations de soins primaires (Levesque et al., 2014), notamment en regard de l'Accès adapté (Breton et al., 2016; Malham et al., 2017). D'autre part, nos résultats peuvent orienter les efforts d'implantation de l'Accès adapté par des cliniques de première ligne souhaitant améliorer leur accessibilité en temps opportun. À cet



effet, on peut notamment souligner l'importance d'accroître la présence des médecins en CUMF et de considérer les préférences du patient dans l'organisation de la réponse aux besoins ponctuels. En appui à la littérature, nos données descriptives permettent également de suggérer aux cliniques d'élargir les heures d'ouverture, de favoriser le développement des compétences infirmières par la délégation d'actes médicaux et d'intégrer les technologies de communication et de l'information.

## **5.4 Piste de recherche**

En rappelant la diversité d'implantation et de conceptualisation de l'Accès adapté (Rose et al., 2011), nos résultats appellent à une analyse plus concrète à grande échelle des processus et des facteurs influençant l'implantation du modèle dans les cliniques à vocation académiques québécoises, voire même à toutes les cliniques de première ligne. Un tel projet apporterait certainement des améliorations en regard des limites de la présente étude, notamment en élargissant la population cible et par conséquent, la représentativité à l'échelle provinciale. D'autre part, l'évaluation du niveau d'implantation de l'Accès adapté permettrait à une étude subséquente de limiter les biais de classification lors de la composition des groupes. Finalement, l'analyse des facteurs influençant l'implantation de l'Accès adapté ainsi que l'utilisation d'un outil spécifiquement conçu à cet effet permettraient non seulement de limiter les facteurs de confusion et les biais d'instrumentation, mais aussi d'établir des associations.

## **5.5 Conclusion**

Ce mémoire de maîtrise a su relever des distinctions intéressantes entre les caractéristiques organisationnelles des CUMF du réseau de l'Université de Montréal en regard de l'Accès adapté. Le devis de cette étude ne permet pas d'établir toute forme de causalité, mais soulève des questionnements quant au rôle de ces caractéristiques dans l'implantation de l'Accès adapté par ces CUMF afin d'améliorer leur accessibilité en temps opportun. Nos résultats permettent tout de même d'émettre certaines recommandations en écho à la littérature, soit d'assurer l'attribution de ressources financières et professionnelles adéquates, l'élargissement des heures d'ouverture, le développement des compétences infirmières ainsi

que l'intégration des technologies de communication et de l'information. Nous insistons également sur l'importance de favoriser une présence accrue des médecins en CUMF en considérant la coexistence de tâches académiques et de suivi de clientèle, en parallèle avec la littérature. En rappelant la diversité d'implantation et de conceptualisation de l'Accès adapté (Rose et al., 2011), nos résultats appellent à l'évaluation ponctuelle des cliniques de première ligne évoluant dans un système en pleine motion, ainsi qu'à une analyse plus concrète des processus et des facteurs influençant l'implantation du modèle dans les cliniques à vocation académique.

## Bibliographie

- Aday, L. A. et Andersen, R. (1974). A framework for the study of access to medical care. *Health services research*, 9(3), 208-220.
- Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. (2011). L'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal inaugure sa première Clinique réseau intégrée. Montréal.
- Ahluwalia, S. et Offredy, M. (2005). A qualitative study of the impact of the implementation of advanced access in primary healthcare on the working lives of general practice staff. *BMC Family Practice*, 6, 39. doi: <https://dx.doi.org/10.1186/1471-2296-6-39>
- Allin, S., Grignon, M. et Le Grand, J. (2010). Subjective unmet need and utilization of health care services in Canada: what are the equity implications? *Soc Sci Med*, 70(3), 465-472. doi: 10.1016/j.socscimed.2009.10.027
- Andres, C., Spenceley, S., Cook, L. L., Wedel, R. et Gelber, T. (2016). Improving primary care: Continuity is about relationships. *Can Fam Physician*, 62(2), 116-119, e157-160.
- Auerbach, A. D., Landefeld, C. S. et Shojania, K. G. (2007). The tension between needing to improve care and knowing how to do it. *N Engl J Med*, 357(6), 608-613. doi: 10.1056/NEJMs070738
- Baker, R., Bankart, M., Rashid, A., Banerjee, J., Conroy, S., Habiba, M., . . . Camosso-Stefinovic, J. (2011). Characteristics of general practices associated with emergency-department attendance rates: a cross-sectional study. *BMJ quality & safety*, 20(11), 953-958.
- Barbeau, C. (2011). *Le modèle GMF et clinique-réseau intégrés (CRI)*. Communication présentée Table des répondants de la 1re ligne dans les CSSS.
- Barnsley, J., Williams, A. P., Kaczorowski, J., Vayda, E., Vingilis, E., Campbell, A. et Atkin, K. (2002). Who provides walk-in services? Survey of primary care practice in Ontario. *Canadian Family Physician*, 48, 519-526.
- Barr, V. J., Robinson, S., Marin-Link, B., Underhill, L., Dotts, A., Ravensdale, D. et Salivaras, S. (2003). The expanded Chronic Care Model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model. *Hosp Q*, 7(1), 73-82.

- Projet de loi no. 10. Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (2014a).
- Projet de loi no. 20. Loi édictant la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée (2014b).
- Baxley, E. G. et Weir, S. (2009). Advanced access in academic settings: definitional challenges. *Ann Fam Med*, 7(1), 90-91. doi: 10.1370/afm.953
- Beaulieu, M.-D., Denis, J.-L., D'Amour, D., Goudreau, J., Haggerty, J., Hudon, É., . . . Guay, H. (2006). L'implantation des Groupes de médecine de famille: le défi de la réorganisation de la pratique et de la collaboration interprofessionnelle. *Montréal, Chaire Docteur Sadok Besrour en médecine familiale*.
- Beaulieu, M. D., Geneau, R., Del Grande, C., Denis, J. L., Hudon, E., Haggerty, J. L., . . . Hogg, W. (2014). Providing high-quality care in primary care settings: how to make trade-offs. *Can Fam Physician*, 60(5), e281-289.
- Beaulieu, M. D., Haggerty, J., Tousignant, P., Barnsley, J., Hogg, W., Geneau, R., . . . Dragieva, N. (2013). Characteristics of primary care practices associated with high quality of care. *CMAJ*, 185(12), E590-596. doi: 10.1503/cmaj.121802
- Beaulieu, M. D., Pomey, M. P., Del Grande, C., Cote, B., Tremblay, E., Ghorbel, M. et Hua, P. (2015). Development of quality of care indicators to support chronic disease management. *Sante Publique*, 27(1 Suppl), S67-75.
- Béland, G., Howard, B., Giroux, M. et Pelletier, J. (2015). *Le médecin de famille enseignant : une contribution essentielle au service de la population. Mémoire à la commission de la santé et des services sociaux*. (Université Laval, Université McGill, Université de Montréal, Université de Sherbrooke).
- Belardi, F. G., Weir, S. et Craig, F. W. (2004). A controlled trial of an advanced access appointment system in a residency family medicine center. *Family Medicine*, 36(5), 341-345.
- Bennett, K. J. et Baxley, E. G. (2009). The effect of a carve-out advanced access scheduling system on no-show rates. *Family Medicine*, 41(1), 51-56.
- Bice, T. W. et Boxerman, S. B. (1977). A quantitative measure of continuity of care. *Med Care*, 15(4), 347-349.

- Bodenheimer, T. (2003). Primary care in the United States. Innovations in primary care in the United States. *BMJ*, 326(7393), 796-799. doi: 10.1136/bmj.326.7393.796
- Bois, C., Michaud, C., Pineault, R. et Guay, M. (2015). Impact of standing order prescriptions on the joint follow-up of diabetics in primary care: a case study. *Sante Publique*, 27(1 Suppl), S111-118.
- Boivin, A., Lehoux, P., Lacombe, R., Lacasse, A., Burgers, J. et Grol, R. (2011). Target for improvement: a cluster randomised trial of public involvement in quality-indicator prioritisation (intervention development and study protocol). *Implement Sci*, 6, 45. doi: 10.1186/1748-5908-6-45
- Borgès Da Silva, R., Sicotte, C., Pineault, R., Lauzon, A. J., Blais, R., Hébert, R., . . . Ouimet, M. J. (2015). *Mémoire sur la première partie du projet de loi 20 : loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée. Mémoire rédigé par un regroupement de chercheurs en organisation des services de santé de l'Université de Montréal.* (Université de Montréal, Montréal).
- Bozzini, L. (1988). Local Community Services Centers (CLSCs) in Quebec: description, evaluation, perspectives. *J Public Health Policy*, 9(3), 346-375.
- Breton, M., Levesque, J. F., Pineault, R. et Hogg, W. (2011). Primary Care Reform: Can Quebec's Family Medicine Group Model Benefit from the Experience of Ontario's Family Health Teams? *Health Policy*, 7(2), e122-135.
- Breton, M., Maillet, L., Pare, I., Abou Malham, S. et Touati, N. (2016). Perceptions of the first family physicians to adopt advanced access in the province of Quebec, Canada. *Int J Health Plann Manage*. doi: 10.1002/hpm.2380
- Breton, M., Pineault, R., Levesque, J. F., Roberge, D., Da Silva, R. B. et Prud'homme, A. (2013). Reforming healthcare systems on a locally integrated basis: is there a potential for increasing collaborations in primary healthcare? *BMC Health Serv Res*, 13, 262. doi: 10.1186/1472-6963-13-262
- Brown, K. E., Levine, J. M., Fiellin, D. A., O'connor, P. et Sledge, W. H. (2005). Primary intensive care: pilot study of a primary care-based intervention for high-utilizing patients. *Disease Management*, 8(3), 169-177.

- Bundy, D. G., Randolph, G. D., Murray, M., Anderson, J. et Margolis, P. A. (2005). Open access in primary care: results of a North Carolina pilot project. *Pediatrics*, 116(1), 82-87. doi: <https://dx.doi.org/10.1542/peds.2004-2573>
- Butori, R. et Parguel, B. (2010). *Les biais de réponse-Impact du mode de collecte des données et de l'attractivité de l'enquêteur*. Communication présentée AFM.
- Cameron, S., Sadler, L. et Lawson, B. (2010). Adoption of open-access scheduling in an academic family practice. *Canadian Family Physician*, 56(9), 906-911.
- Campbell, J. L., Ramsay, J. et Green, J. (2001). Practice size: impact on consultation length, workload, and patient assessment of care. *Br J Gen Pract*, 51(469), 644-650.
- Campbell, J. L. et Salisbury, C. (2015). Research into practice: accessing primary care. *Br J Gen Pract*, 65(641), e864-868. doi: 10.3399/bjgp15X688057
- Canadian Oxford Dictionary (1998). *Access*. Toronto: Oxford University Press.
- Carroll, J. C., Talbot, Y., Permaul, J., Tobin, A., Moineddin, R., Blaine, S., . . . Telner, D. (2016a). Academic family health teams: Part 1: patient perceptions of core primary care domains. *Can Fam Physician*, 62(1), e23-30.
- Carroll, J. C., Talbot, Y., Permaul, J., Tobin, A., Moineddin, R., Blaine, S., . . . Telner, D. (2016b). Academic family health teams: Part 2: patient perceptions of access. *Can Fam Physician*, 62(1), e31-39.
- Carter, R., Levesque, J. F., Harper, S. et Quesnel-Vallee, A. (2016). Measuring the effect of Family Medicine Group enrolment on avoidable visits to emergency departments by patients with diabetes in Quebec, Canada. *J Eval Clin Pract*. doi: 10.1111/jep.12627
- Carter, R., Riverin, B., Levesque, J. F., Gariepy, G. et Quesnel-Vallee, A. (2016). The impact of primary care reform on health system performance in Canada: a systematic review. *BMC Health Serv Res*, 16, 324. doi: 10.1186/s12913-016-1571-7
- Chapman, J. L., Zechel, A., Carter, Y. H. et Abbott, S. (2004). Systematic review of recent innovations in service provision to improve access to primary care. *Br J Gen Pract*, 54(502), 374-381.
- Charles-Jones, H., May, C., Latimer, J. et Roland, M. (2003). Telephone triage by nurses in primary care: what is it for and what are the consequences likely to be? *Journal of Health Services & Research Policy*, 8(3), 154-159.

- Chaudoir, S. R., Dugan, A. G. et Barr, C. H. (2013). Measuring factors affecting implementation of health innovations: a systematic review of structural, organizational, provider, patient, and innovation level measures. *Implement Sci*, 8, 22. doi: 10.1186/1748-5908-8-22
- Chen, J. et Hou, F. (2002). Unmet needs for health care. *Health Rep*, 13(2), 23-34.
- Clair, M. (2000). *Les Solutions émergentes: Rapport et recommandations*. Québec: Gouvernement du Québec. Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux.
- Collège des médecins du Québec. (2015). Projet de loi no 20. Loi édictant la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée. Mémoire présenté à la Commission de la santé et des services sociaux.
- Collège des médecins du Québec. (2016). Une première ligne forte de l'expertise du médecin de famille. Énoncé de position. QC: Collège des médecins du Québec.
- Commissaire à la santé et au bien-être (2015). *La performance du système de santé et de services sociaux québécois 2015 : Résultats et analyses*. QC: Gouvernement du Québec.
- Commissaire à la santé et au bien-être. (2016). Perceptions et expériences des médecins de première ligne : Le Québec comparé. Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2015: QC : Gouvernement du Québec.
- Commissaire à la santé et au bien-être (2017). *Perceptions et expériences de soins de la population : Le Québec comparé. Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2016*. QC: Gouvernement du Québec.
- Commissaire à la santé et au bien-être du Québec (2015). *Perceptions et expériences de soins de la population : Le Québec comparé. Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2014*. QC: Gouvernement du Québec.
- Contandriopoulos, D., Brousselle, A., Breton, M., Sangster-Gormley, E., Kilpatrick, K., Dubois, C. A., . . . Perroux, M. (2016). Nurse practitioners, canaries in the mine of primary care reform. *Health Policy*, 120(6), 682-689. doi: 10.1016/j.healthpol.2016.03.015

- Contandriopoulos, D., Brousselle, A., Duhoux, A., Breton, M., Perroux, M. et Champagne, G. (2015). Au-delà des carottes et du bâton, quelques pistes pour atteindre les objectifs du projet de loi n 20.
- Projet de loi no. 25. Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (2003).
- Cowling, T. E., Cecil, E. V., Soljak, M. A., Lee, J. T., Millett, C., Majeed, A., . . . Harris, M. J. (2013). Access to primary care and visits to emergency departments in England: a cross-sectional, population-based study. *PLoS One*, 8(6), e66699. doi: 10.1371/journal.pone.0066699
- Crustolo, A. M., Ackerman, S., Kates, N. et Schamehorn, S. (2005). Integrating nutrition services into primary care: Experience in Hamilton, Ont. *Can Fam Physician*, 51, 1647-1653.
- Cunningham, C. T., Quan, H., Hemmelgarn, B., Noseworthy, T., Beck, C. A., Dixon, E., . . . Jetté, N. (2015). Exploring physician specialist response rates to web-based surveys. *BMC medical research methodology*, 15(1), 32.
- D'Amour, D., Dubois, C. A., Dery, J., Clarke, S., Tchouaket, E., Blais, R. et Rivard, M. (2012). Measuring actual scope of nursing practice: a new tool for nurse leaders. *J Nurs Adm*, 42(5), 248-255. doi: 10.1097/NNA.0b013e31824337f4
- D'Amour, D., Tremblay, D. et Proulx, M. (2009). Déploiement de nouveaux rôles infirmiers au Québec et pouvoir médical. *Recherches sociographiques*, 50(2), 301-320.
- Daniels, N. (1982). Equity of access to health care: some conceptual and ethical issues. *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, 51-81.
- Dearing, J. W. (2009). Applying Diffusion of Innovation Theory to Intervention Development. *Res Soc Work Pract*, 19(5), 503-518. doi: 10.1177/1049731509335569
- Degani, N. (2013). Impact of advanced (open) access scheduling on patients with chronic diseases: an evidence-based analysis. *Ontario Health Technology Assessment Series*, 13(7), 1-48.
- Département de médecine de famille et de médecine d'urgence de l'Université de Montréal. (2016). Mot du directeur. *INFO-DMFMU*(mars 2016).
- Dillman, D. A. (2011). *Mail and Internet surveys: The tailored design method--2007 Update with new Internet, visual, and mixed-mode guide*. John Wiley & Sons.



- Dillman, D. A., Smyth, J. D. et Christian, L. M. (2014). *Internet, phone, mail, and mixed-mode surveys: the tailored design method*. John Wiley & Sons.
- Dixon, S., Sampson, F. C., O'Cathain, A. et Pickin, M. (2006). Advanced access: more than just GP waiting times? *Fam Pract*, 23(2), 233-239. doi: 10.1093/fampra/cmi104
- Doey, T., Hines, P., Myslik, B., Leavey, J. E. et Seabrook, J. A. (2009). Creating primary care access for mental health care clients in a community mental health setting. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 27(2), 129-138.
- Donabedian, A. (1973). *Aspects of medical care administration: specifying requirements for health care*. Cambridge: Harvard University Press.
- Driscoll, D. L., Hiratsuka, V., Johnston, J. M., Norman, S., Reilly, K. M., Shaw, J., . . . Dillard, D. (2013). Process and outcomes of patient-centered medical care with Alaska Native people at Southcentral Foundation. *Ann Fam Med*, 11 Suppl 1, S41-49. doi: 10.1370/afm.1474
- Dubois, C. A., D'Amour, D., Pomey, M. P., Girard, F. et Brault, I. (2013). Conceptualizing performance of nursing care as a prerequisite for better measurement: a systematic and interpretive review. *BMC Nurs*, 12, 7. doi: 10.1186/1472-6955-12-7
- DuMontier, C., Rindfleisch, K., Pruszynski, J. et Frey, J. J., 3rd. (2013). A multi-method intervention to reduce no-shows in an urban residency clinic. *Family Medicine*, 45(9), 634-641.
- Fédération des médecins omnipraticiens du Québec. (2015). L'accès adapté... en un clic! Repéré à <https://www.fmoq.org/pratique/organisation-de-la-pratique/acces-adapte/l-acces-adapte-en-un-clic/>
- Fiore, F. (2015). Étude sur l'Accès Adapté : Une solution à la pénurie des médecins de famille ? *Le Médecin du Québec*, 50(10), 4-7.
- Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé. Projets collaboratifs axés sur le triple objectif. Repéré 2017 à <http://www.fcass-cfhi.ca/WhatWeDo/triple-aim>
- Forjuoh, S. N., Averitt, W. M., Cauthen, D. B., Couchman, G. R., Symm, B. et Mitchell, M. (2001). Open-access appointment scheduling in family practice: comparison of a demand prediction grid with actual appointments. *Journal of the American Board of Family Practice*, 14(4), 259-265.

- Fortin, M.-F. et Gagnon, J. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche: méthodes quantitatives et qualitatives*. Montréal, Québec: Chenelière éducation.
- Fortney, J. C., Burgess, J. F., Jr., Bosworth, H. B., Booth, B. M. et Kaboli, P. J. (2011). A re-conceptualization of access for 21st century healthcare. *J Gen Intern Med*, 26 Suppl 2, 639-647. doi: 10.1007/s11606-011-1806-6
- Fournier, J., Rainville, A., Ingram, J. et Heale, R. (2015). Implementation of an Advanced Access Scheduling System in Primary Healthcare: One Clinic's Experience. *Healthcare Quarterly*, 18(1), 60-64.
- Frenk, J. (1992). The concept and measurement of accessibility. Dans K. L. White, J. Frenk, C. Ordonez, J. M. Paganini & B. Starfield (dir.), *Health Services Research: An Anthology* (p. 858-864). Washington: Pan American Health Organization.
- Gaboury, I., Bujold, M., Boon, H. et Moher, D. (2009). Interprofessional collaboration within Canadian integrative healthcare clinics: Key components. *Soc Sci Med*, 69(5), 707-715. doi: 10.1016/j.socscimed.2009.05.048
- Gene-Badia, J., Ascaso, C., Escaramis-Babiano, G., Sampietro-Colom, L., Catalan-Ramos, A., Sans-Corrales, M. et Pujol-Ribera, E. (2007). Personalised care, access, quality and team coordination are the main dimensions of family medicine output. *Fam Pract*, 24(1), 41-47. doi: 10.1093/fampra/cml056
- Gibson, O. R., Segal, L. et McDermott, R. A. (2013). A systematic review of evidence on the association between hospitalisation for chronic disease related ambulatory care sensitive conditions and primary health care resourcing. *BMC Health Serv Res*, 13, 336. doi: 10.1186/1472-6963-13-336
- Gilbert, F., Denis, J. L., Lamothe, L., Beaulieu, M. D., D'Amour, D. et Goudreau, J. (2015). Reforming primary healthcare: from public policy to organizational change. *J Health Organ Manag*, 29(1), 92-110. doi: 10.1108/JHOM-12-2012-0237
- Gladstone, J. et Howard, M. (2011). Effect of advanced access scheduling on chronic health care in a Canadian practice. *Canadian Family Physician*, 57(1), e21-25.
- Gladu, F. P. (2007). Perceived shortage of family doctors in Quebec: can we do something about it? *Can Fam Physician*, 53(11), 1858-1860, 1871-1853.

- Goodall, S., Montgomery, A., Banks, J., Salisbury, C., Sampson, F. et Pickin, M. (2006). Implementation of Advanced Access in general practice: postal survey of practices. *Br J Gen Pract*, 56(533), 918-923.
- Green, L. V., Savin, S. et Lu, Y. (2013). Primary care physician shortages could be eliminated through use of teams, nonphysicians, and electronic communication. *Health Aff (Millwood)*, 32(1), 11-19. doi: 10.1377/hlthaff.2012.1086
- Groulx, A., Casgrain, I., Melancon, A. P. et Huneault, L. (2015). Adoption of an advanced access model by residents: pilot project at the Gaspé family practice unit. *Canadian Family Physician*, 61(1), e66-67, 89-91.
- Gulliford, M., Figueroa-Munoz, J., Morgan, M., Hughes, D., Gibson, B., Beech, R. et Hudson, M. (2002). What does 'access to health care' mean? *J Health Serv Res Policy*, 7(3), 186-188. doi: 10.1258/135581902760082517
- Gulliford, M. C. (2002). Availability of primary care doctors and population health in England: is there an association? *J Public Health Med*, 24(4), 252-254.
- Haggerty, J., Burge, F., Levesque, J. F., Gass, D., Pineault, R., Beaulieu, M. D. et Santor, D. (2007). Operational definitions of attributes of primary health care: consensus among Canadian experts. *Annals of Family Medicine*, 5(4), 336-344.
- Haggerty, J., Pineault, R., Beaulieu, M. D., Brunelle, Y., Goulet, F., Rodrigue, J. et Gauthier, J. (2004). Continuité et accessibilité des soins de première ligne au Québec: barrières et facteurs facilitants. Rapport final: Montréal, Qué: Unité de recherche évaluative, Centre de recherche du Complexe hospitalier de l'Université de Montréal.
- Haggerty, J. L. et Levesque, J. F. (2016). Validation of a new measure of availability and accommodation of health care that is valid for rural and urban contexts. *Health Expect*. doi: 10.1111/hex.12461
- Haggerty, J. L., Levesque, J. F., Hogg, W. et Wong, S. (2013). The strength of primary care systems. *BMJ*, 346, f3777. doi: 10.1136/bmj.f3777
- Haggerty, J. L., Pineault, R., Beaulieu, M. D., Brunelle, Y., Gauthier, J., Goulet, F. et Rodrigue, J. (2007). Room for improvement: patients' experiences of primary care in Quebec before major reforms. *Can Fam Physician*, 53(6), 1057, 2001:e 1051-1056, 1056.

- Haggerty, J. L., Pineault, R., Beaulieu, M. D., Brunelle, Y., Gauthier, J., Goulet, F. et Rodrigue, J. (2008). Practice features associated with patient-reported accessibility, continuity, and coordination of primary health care. *Annals of Family Medicine*, 6(2), 116-123. doi: <http://dx.doi.org/10.1370/afm.802>
- Haggerty, J. L., Roberge, D., Levesque, J. F., Gauthier, J. et Loignon, C. (2014). An exploration of rural-urban differences in healthcare-seeking trajectories: implications for measures of accessibility. *Health Place*, 28, 92-98. doi: 10.1016/j.healthplace.2014.03.005
- Hatchuel, A. (2000). Prospective et gouvernance: quelle théorie de l'action collective ? Dans E. Heurgon & J. Landrieu (dir.), *Prospective pour une gouvernance démocratique* (p. 29-42). La Tour d'Aigues, France: Éditions de l'Aube.
- Hebert, R., Raiche, M., Dubois, M. F., Gueye, N. R., Dubuc, N., Tousignant, M. et Group, P. (2010). Impact of PRISMA, a coordination-type integrated service delivery system for frail older people in Quebec (Canada): A quasi-experimental study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 65B(1), 107-118. doi: 10.1093/geronb/gbp027
- Highfield, L., Ottenweller, C., Pfanz, A. et Hanks, J. (2014). Interactive web-based portals to improve patient navigation and connect patients with primary care and specialty services in underserved communities. *Perspect Health Inf Manag*, 11, 1e.
- Hogg, W., Rowan, M., Russell, G., Geneau, R. et Muldoon, L. (2008). Framework for primary care organizations: the importance of a structural domain. *Int J Qual Health Care*, 20(5), 308-313. doi: 10.1093/intqhc/mzm054
- Hudec, J. C., MacDougall, S. et Rankin, E. (2010). Advanced access appointments: Effects on family physician satisfaction, physicians' office income, and emergency department use. *Canadian Family Physician*, 56(10), e361-367.
- Huntley, A., Lasserson, D., Wye, L., Morris, R., Checkland, K., England, H., . . . Purdy, S. (2014). Which features of primary care affect unscheduled secondary care use? A systematic review. *BMJ Open*, 4(5), e004746. doi: 10.1136/bmjopen-2013-004746
- Hutchison, B., Levesque, J. F., Strumpf, E. et Coyle, N. (2011). Primary health care in Canada: systems in motion. *Milbank Q*, 89(2), 256-288. doi: 10.1111/j.1468-0009.2011.00628.x

- Institut canadien d'information sur la santé. (2013a). Questionnaire mesurant les caractéristiques organisationnelles des services de santé primaires. Repéré à [https://www.cihi.ca/fr/info\\_phc\\_organize\\_fr.pdf](https://www.cihi.ca/fr/info_phc_organize_fr.pdf)
- Institut canadien d'information sur la santé. (2013b). Sondages dans les cliniques de soins de santé primaires. Repéré à [https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/info\\_phc\\_handout\\_fr.pdf](https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/info_phc_handout_fr.pdf)
- Institut canadien d'information sur la santé. (2014a). Sources des visites potentiellement évitables aux services d'urgence : Rapport.
- Institut canadien d'information sur la santé. (2014b). Sources des visites potentiellement évitables aux services d'urgence : Rapport. Ottawa, ON: ICIS.
- Institut canadien d'information sur la santé. (2012). Les soins de santé au Canada 2012 : regard sur les temps d'attente. QC: ICIS.
- Institut canadien d'information sur la santé. (2016). Soins de santé primaires au Canada : recueil de graphiques sur les résultats d'indicateurs sélectionnés 2016. Ottawa, ON: ICIS.
- Institut de la statistique du Québec (2014). *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011: utilisation des services de santé et services sociaux par les personnes avec un problème de santé de longue durée*. QC: Gouvernement du Québec.
- Johnson, B. J., Mold, J. W. et Pontious, J. M. (2007). Reduction and management of no-shows by family medicine residency practice exemplars. *Annals of Family Medicine*, 5(6), 534-539. doi: <https://dx.doi.org/10.1370/afm.752>
- Kennedy, J. G. et Hsu, J. T. (2003). Implementation of an open access scheduling system in a residency training program. *Family Medicine*, 35(9), 666-670.
- Khanassov, V., Pluye, P., Descoteaux, S., Haggerty, J. L., Russell, G., Gunn, J. et Levesque, J. F. (2016). Organizational interventions improving access to community-based primary health care for vulnerable populations: a scoping review. *Int J Equity Health*, 15(1), 168. doi: 10.1186/s12939-016-0459-9
- Kiran, T. et O'Brien, P. (2015). Challenge of same-day access in primary care. *Can Fam Physician*, 61(5), 399-400, 407-399.

- Knight, A. W., Padgett, J., George, B. et Dato, M. R. (2005). Reduced waiting times for the GP: two examples of "advanced access" in Australia. *Med J Aust*, 183(2), 101-103.
- Kontopantelis, E., Roland, M. et Reeves, D. (2010). Patient experience of access to primary care: identification of predictors in a national patient survey. *BMC Fam Pract*, 11, 61. doi: 10.1186/1471-2296-11-61
- Lakhani, A., Coles, J., Eayres, D., Spence, C. et Ratchet, B. (2005). Creative use of existing clinical and health outcomes data to assess NHS performance in England: Part 1--performance indicators closely linked to clinical care. *BMJ*, 330(7505), 1426-1431. doi: 10.1136/bmj.330.7505.1426
- Lamarche, P. A., Beaulieu, M.-D., Pineault, R., Contandriopoulos, A.-P., Denis, J.-L. et Haggerty, J. (2003). Sur la voie du changement: Pistes à suivre pour restructurer les services de santé de première ligne au Canada. *Ottawa (Ontario): Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.*
- LaVela, S. L., Gering, J., Schectman, G. et Weaver, F. M. (2012). Optimizing primary care telephone access and patient satisfaction. *Eval Health Prof*, 35(1), 77-86. doi: 10.1177/0163278711411479
- Leff, B., Reider, L., Frick, K. D., Scharfstein, D. O., Boyd, C. M., Frey, K., . . . Boulton, C. (2009). Guided care and the cost of complex healthcare: a preliminary report. *The American journal of managed care*, 15(8), 555-559.
- Levesque, J. F., Descoteaux, S., demers, N. et Benigeri, M. (2014). Mesurer les caractéristiques organisationnelles des soins de santé de première ligne : une étude de repérage des items utilisés dans les questionnaires internationaux *Institut national de santé publique du Québec*. QC: Gouvernement du Québec.
- Levesque, J. F., Haggerty, J. L., Burge, F., Beaulieu, M. D., Gass, D., Pineault, R. et Santor, D. A. (2011). Canadian Experts' Views on the Importance of Attributes within Professional and Community-Oriented Primary Healthcare Models. *Healthc Policy*, 7(Spec Issue), 21-30.
- Levesque, J. F., Harris, M. F. et Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int J Equity Health*, 12(1), 18. doi: 10.1186/1475-9276-12-18

- Levesque, J. F., Pineault, R., Hamel, M., Roberge, D., Kapetanakis, C., Simard, B. et Prud'homme, A. (2012). Emerging organisational models of primary healthcare and unmet needs for care: insights from a population-based survey in Quebec province. *BMC Fam Pract*, 13, 66. doi: 10.1186/1471-2296-13-66
- Levesque, J. F., Pineault, R., Provost, S., Tousignant, P., Couture, A., Da Silva, R. B. et Breton, M. (2010). Assessing the evolution of primary healthcare organizations and their performance (2005-2010) in two regions of Quebec province: Montreal and Monteregie. *BMC Fam Pract*, 11, 95. doi: 10.1186/1471-2296-11-95
- Lloyd, G. (1974). An appointment system in a teaching practice. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 24(146), 666-668.
- Lowe, R. A., Localio, A. R., Schwarz, D. F., Williams, S., Tuton, L. W., Maroney, S., . . . Feldman, H. I. (2005). Association between primary care practice characteristics and emergency department use in a medicaid managed care organization. *Med Care*, 43(8), 792-800.
- Luthra, M. et Marshall, M. N. (2001). How do general practices manage requests from patients for 'same-day' appointments? A questionnaire survey. *British Journal of General Practice*, 51(462), 39-41.
- Macinko, J., Starfield, B. et Shi, L. (2003). The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970–1998. *Health services research*, 38(3), 831-865.
- Mackinney, T., Visotcky, A. M., Tarima, S. et Whittle, J. (2013). Does providing care for uninsured patients decrease emergency room visits and hospitalizations? *J Prim Care Community Health*, 4(2), 135-142. doi: 10.1177/2150131913478981
- Malham, S. A., Touati, N., Maillet, L., Gaboury, I., Loignon, C. et Breton, M. (2017). What Are the factors influencing implementation of Advanced Access in Family Medicine Units? A cross-case comparison of four early adopters in Quebec. *International Journal of Family Medicine*, In Press.
- Mallard, S. D., Leakeas, T., Duncan, W. J., Fleenor, M. E. et Sinsky, R. J. (2004). Same-day scheduling in a public health clinic: a pilot study. *J Public Health Manag Pract*, 10(2), 148-155.

- Martin, E., Pomey, M. P. et Forest, P. G. (2010). One step forward, one step back: Quebec's 2003-04 health and social services regionalization policy. *Can Public Adm*, 53(4), 467-488.
- Massé, R. et Saint-Arnaud, J. (2003). *Ethique et santé publique: enjeux, valeurs et normativité*. Presses Université Laval.
- McCarthy, D. et Klein, S. (2010). The triple aim journey: improving population health and patients' experience of care, while reducing costs. *The Commonwealth Fund*, 48(1421).
- McCulloch, D. K., Price, M. J., Hindmarsh, M. et Wagner, E. H. (2000). Improvement in diabetes care using an integrated population-based approach in a primary care setting. *Disease Management*, 3(2), 75-82.
- McCusker, J., Roberge, D., Ciampi, A., Levesque, J. F., Pineault, R., Belzile, E. et Larouche, D. (2009). Primary Care Organization and Outcomes of an Emergency Visit among Seniors. *Healthc Policy*, 5(1), e115-131.
- McCusker, J., Tousignant, P., Borges Da Silva, R., Ciampi, A., Levesque, J. F., Vadeboncoeur, A. et Sanche, S. (2012). Factors predicting patient use of the emergency department: a retrospective cohort study. *CMAJ*, 184(6), E307-316. doi: 10.1503/cmaj.111069
- Mehrotra, A., Keehl-Markowitz, L. et Ayanian, J. Z. (2008). Implementing open-access scheduling of visits in primary care practices: a cautionary tale. *Annals of Internal Medicine*, 148(12), 915-922.
- Miedema, B., Easley, J., Thompson, A. E., Boivin, A., Aubrey-Bassler, K., Katz, A., . . . Wodchis, W. P. (2016). Do new and traditional models of primary care differ with regard to access?: Canadian QUALICOPC study. *Can Fam Physician*, 62(1), 54-61.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2002). Plan de la santé et des services sociaux. Pour faire les bons choix. Québec: Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2012). *Guide de sélection et d'élaboration des indicateurs aux fins de l'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux*.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2016a). Cadre de gestion des groupes de médecines de familles universitaires (GMF-U). QC: Gouvernement du Québec.



- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2016b). Nombre de cadres en équivalent temps complet. Repéré à <http://www.msss.gouv.qc.ca/repertoires/indicateurs-gestion/indicateur-000068/?&date=DESC>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2017a). Frais accessoires. Repéré le 2017 à <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/soins-et-services/frais-accessoires/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2017b). Groupe de médecine de famille (GMF), GMF-U et super-clinique (GMF-Réseau). Repéré à <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/soins-et-services/groupe-de-medecine-de-famille-gmf-et-super-cliniques-gmf-reseau/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2017c). Portrait organisationnel. Repéré à <http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/reorganisation/portrait>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2017d). *Programme de financement et de soutien professionnel pour les groupes de médecine de famille*. QC: Gouvernement du Québec.
- Mooney, G. H. (1983). Equity in health care: confronting the confusion. *Effective health care*, 1(4), 179-185.
- Muggah, E., Hogg, W., Dahrouge, S., Russell, G., Kristjansson, E., Muldoon, L. et Devlin, R. A. (2014). Patient-reported access to primary care in Ontario: effect of organizational characteristics. *Can Fam Physician*, 60(1), e24-31.
- Murray, M. (2005). Answers to your questions about same-day scheduling. *Family Practice Management*, 12(3), 59-64.
- Murray, M. et Berwick, D. M. (2003). Advanced access: reducing waiting and delays in primary care. *JAMA*, 289(8), 1035-1040.
- Murray, M., Bodenheimer, T., Rittenhouse, D. et Grumbach, K. (2003). Improving timely access to primary care: case studies of the advanced access model. *JAMA*, 289(8), 1042-1046.
- Murray, M. et Tantau, C. (1999). Redefining open access to primary care. *Manag Care Q*, 7(3), 45-55.
- Murray, M. et Tantau, C. (2000). Same-day appointments: exploding the access paradigm. *Fam Pract Manag*, 7(8), 45-50.

- Murray, M. et Tantau, C. (2007). Advanced Access: Part-Time Providers. *Mark Murray and Associates*. Repéré à <http://aimalberta.ca/wp-content/uploads/2016/11/Advanced-Access-Part-Time-Providers-30KB.pdf>
- O'Connor, M. E., Matthews, B. S. et Gao, D. (2006). Effect of open access scheduling on missed appointments, immunizations, and continuity of care for infant well-child care visits. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 160(9), 889-893. doi: <https://dx.doi.org/10.1001/archpedi.160.9.889>
- O'Hare, C. D. et Corlett, J. (2004). The outcomes of open-access scheduling. *Family Practice Management*, 11(2), 35-38.
- O'Malley, A. S. (2013). After-hours access to primary care practices linked with lower emergency department use and less unmet medical need. *Health Aff (Millwood)*, 32(1), 175-183. doi: 10.1377/hlthaff.2012.0494
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2017). Rôle de l'infirmière praticienne spécialisée. Repéré 2017 à <http://www.oiiq.org/pratique-infirmiere/specialites/infirmiere-praticienne-specialisee/role-et-modalites/role>
- Organisation mondiale de la Santé (2003). *La méthodologie de la recherche dans le domaine de la santé : Guide de formation aux méthodes de la recherche scientifique*. (2<sup>e</sup> éd.). Manille: Organisation mondiale de la Santé,.
- Organisation mondiale de la Santé. (2008). Rapport sur la santé dans le monde, 2008 : les soins de santé primaires - maintenant plus que jamais.
- Pandhi, N., DeVoe, J. E., Schumacher, J. R., Bartels, C., Thorpe, C. T., Thorpe, J. M. et Smith, M. A. (2012). Number of first-contact access components required to improve preventive service receipt in primary care homes. *J Gen Intern Med*, 27(6), 677-684. doi: 10.1007/s11606-011-1955-7
- Paré, I. (2014a). Élaguer le délai d'attente : un passage nécessaire vers l'accès adapté. *Le Médecin du Québec*, 49(9), 75-76.
- Paré, I. (2014b). Mesurer et gérer pour mieux pratiquer en accès adapté. *Le Médecin du Québec*, 49(10), 69-70.
- Parente, D. H., Pinto, M. B. et Barber, J. C. (2005). A pre-post comparison of service operational efficiency and patient satisfaction under open access scheduling. *Health Care Management Review*, 30(3), 220-228.

- Pascoe, S. W., Neal, R. D. et Allgar, V. L. (2004). Open-access versus bookable appointment systems: survey of patients attending appointments with general practitioners. *Br J Gen Pract*, 54(502), 367-369.
- Penchansky, R. et Thomas, J. W. (1981). The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care*, 19(2), 127-140.
- Phan, K. et Brown, S. R. (2009). Decreased continuity in a residency clinic: a consequence of open access scheduling. *Family Medicine*, 41(1), 46-50.
- Pickin, M., O'Cathain, A., Sampson, F. C. et Dixon, S. (2004). Evaluation of advanced access in the national primary care collaborative. *Br J Gen Pract*, 54(502), 334-340.
- Pierdon, S., Charles, T., McKinley, K. et Myers, L. (2004). Implementing advanced access in a group practice network. *Fam Pract Manag*, 11(5), 35-38.
- Pineault, R. (2012). *Comprendre le système de santé pour mieux le gérer*. Presses de l'Université de Montréal.
- Pineault, R., Borges Da Silva, R., Provost, S., Breton, M., Tousignant, P., Fournier, M., . . . Levesque, J. F. (2016). Impacts of Quebec Primary Healthcare Reforms on Patients' Experience of Care, Unmet Needs, and Use of Services. *Int J Family Med*, 2016, 8938420. doi: 10.1155/2016/8938420
- Pineault, R., Borges Da Silva, R., Prud'homme, A., Fournier, M., Couture, A., Provost, S. et Levesque, J. F. (2014). Impact of Quebec's healthcare reforms on the organization of primary healthcare (PHC): a 2003-2010 follow-up. *BMC Health Serv Res*, 14, 229. doi: 10.1186/1472-6963-14-229
- Pineault, R., Levesque, J. F., Roberge, D., Hamel, M., Lamarche, P. et Haggerty, J. (2008). *L'accessibilité et la continuité des services de santé : Une étude sur la première ligne au Québec*. QC: Gouvernement du Québec, Centre de recherche de l'Hôpital Charles LeMoine.
- Pineault, R., Provost, S., Borges Da Silva, R., Breton, M. et Levesque, J. F. (2016). Why Is Bigger Not Always Better in Primary Health Care Practices? The Role of Mediating Organizational Factors. *Inquiry*, 53. doi: 10.1177/0046958015626842
- Pineault, R., Provost, S., Hamel, M., Couture, A. et Levesque, J. F. (2011). The influence of primary health care organizational models on patients' experience of care in different chronic disease situations. *Chronic Dis Inj Can*, 31(3), 109-120.

- Pineault, R., Tousignant, P., Roberge, D., Lamarche, P., Reinharz, D., Larouche, D. et Beaulne, G. (2005). *Collectif de recherche sur l'organisation des services de santé de première ligne au Québec : rapport détaillé*. Montréal: Direction de santé publique - Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal.
- Pomerantz, A., Cole, B. H., Watts, B. V. et Weeks, W. B. (2008). Improving efficiency and access to mental health care: combining integrated care and advanced access. *Gen Hosp Psychiatry*, 30(6), 546-551. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2008.09.004
- Pomey, M.-P., Martin, E. et Forest, P.-G. (2009). Quebec's family medicine groups: innovation and compromise in the reform of front-line care. *Canadian Political Science Review*, 3(4), 31-46.
- Pomey, M. P., Flora, L., Karazivan, P., Dumez, V., Lebel, P., Vanier, M. C., . . . Jouet, E. (2015). Le « Montreal model » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. *Sante Publique*, 27(1 Suppl), 41-50.
- Pomey, M. P., Forest, P. G., Sanmartin, C., De Coster, C. et Drew, M. (2010). Wait time management strategies for scheduled care: what makes them succeed? *Healthc Policy*, 5(3), 66-81.
- Pomey, M. P., Ghadiri, D. P., Karazivan, P., Fernandez, N. et Clavel, N. (2015). Patients as partners: a qualitative study of patients' engagement in their health care. *PLoS One*, 10(4), e0122499. doi: 10.1371/journal.pone.0122499
- Pomey, M. P. et Lebel, P. (2016). Patient Engagement: The Quebec Path. *Healthc Pap*, 16(2), 78-83.
- Pope, C., Banks, J., Salisbury, C. et Lattimer, V. (2008). Improving access to primary care: eight case studies of introducing Advanced Access in England. *Journal of Health Services & Research Policy*, 13(1), 33-39. doi: <https://dx.doi.org/10.1258/jhsrp.2007.007039>
- Radel, S. J., Norman, A. M., Notaro, J. C. et Horrigan, D. R. (2001). Redesigning clinical office practices to improve performance levels in an individual practice association model HMO. *J Healthc Qual*, 23(2), 11-15; quiz 15, 52.

- Ralston, J. D., Martin, D. P., Anderson, M. L., Fishman, P. A., Conrad, D. A., Larson, E. B. et Grembowski, D. (2009). Group health cooperative's transformation toward patient-centered access. *Med Care Res Rev*, 66(6), 703-724. doi: 10.1177/1077558709338486
- Remler, D. K. et Van Ryzin, G. G. (2014). *Research methods in practice: Strategies for description and causation*. (2<sup>e</sup> éd.). Sage Publications.
- Réseau-1 Québec. (2014). Aperçu. Repéré 2017 à <http://reseau1quebec.ca/nos-reseaux/aperçu/>
- Roberge, D., Larouche, D., Pineault, R., Lévesque, J., Hamel, M. et Simard, B. (2007). L'urgence hospitalière: Un substitut à la première ligne. *Résultats d'une enquête auprès de la population de Montréal et de la Montérégie*. Institut national de santé publique du Québec.
- Rohrer, J. E., Bernard, M., Naessens, J., Furst, J., Kircher, K. et Adamson, S. (2007). Impact of open-access scheduling on realized access. *Health Services Management Research*, 20(2), 134-139. doi: <https://dx.doi.org/10.1258/095148407780744679>
- Romanow, R. (2002). *Building on Values: The Future of Health Care in Canada – Final Report*. Saskatoon: Commission on the Future of Health Care in Canada.
- Ronksley, P. E., Sanmartin, C., Campbell, D. J., Weaver, R. G., Allan, G. M., McBrien, K. A., . . . Hemmelgarn, B. R. (2014). Perceived barriers to primary care among western Canadians with chronic conditions. *Health Rep*, 25(4), 3-10.
- Roots, A. et MacDonald, M. (2014). Outcomes associated with nurse practitioners in collaborative practice with general practitioners in rural settings in Canada: a mixed methods study. *Human Resources for Health [Electronic Resource]*, 12, 69. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1478-4491-12-69>
- Rosano, A., Loha, C. A., Falvo, R., van der Zee, J., Ricciardi, W., Guasticchi, G. et de Belvis, A. G. (2013). The relationship between avoidable hospitalization and accessibility to primary care: a systematic review. *Eur J Public Health*, 23(3), 356-360. doi: 10.1093/eurpub/cks053
- Rose, K. D., Ross, J. S. et Horwitz, L. I. (2011). Advanced access scheduling outcomes: a systematic review. *Archives of Internal Medicine*, 171(13), 1150-1159. doi: <https://dx.doi.org/10.1001/archinternmed.2011.168>

- Rosland, A. M., Krein, S. L., Kim, H. M., Greenstone, C. L., Tremblay, A., Ratz, D., . . . Kerr, E. A. (2015). Measuring patient-centered medical home access and continuity in clinics with part-time clinicians. *American Journal of Managed Care*, 21(5), e320-328.
- Rosser, W. W., Colwill, J. M., Kasperski, J. et Wilson, L. (2011). Progress of Ontario's Family Health Team model: a patient-centered medical home. *Ann Fam Med*, 9(2), 165-171. doi: 10.1370/afm.1228
- Roy, A., Breton, M. et Loslier, J. (2016). La prise en charge d'une clientèle. *Canadian Family Physician*, 62(5), e249-e255.
- Rust, G., Ye, J., Baltrus, P., Daniels, E., Adesunloye, B. et Fryer, G. E. (2008). Practical barriers to timely primary care access: impact on adult use of emergency department services. *Archives of Internal Medicine*, 168(15), 1705-1710. doi: <https://dx.doi.org/10.1001/archinte.168.15.1705>
- Salisbury, C., Goodall, S., Montgomery, A. A., Pickin, D. M., Edwards, S., Sampson, F., . . . Lattimer, V. (2007). Does Advanced Access improve access to primary health care? Questionnaire survey of patients. *Br J Gen Pract*, 57(541), 615-621.
- Salisbury, C., Montgomery, A. A., Simons, L., Sampson, F., Edwards, S., Baxter, H., . . . Pickin, D. M. (2007). Impact of Advanced Access on access, workload, and continuity: controlled before-and-after and simulated-patient study. *British Journal of General Practice*, 57(541), 608-614.
- Salkever, D. S. (1976). Accessibility and the demand for preventive care. *Social Science & Medicine (1967)*, 10(9-10), 469-475.
- Sampson, F., Pickin, M., O'Cathain, A., Goodall, S. et Salisbury, C. (2008). Impact of same-day appointments on patient satisfaction with general practice appointment systems. *Br J Gen Pract*, 58(554), 641-643. doi: 10.3399/bjgp08X330780
- Sanmartin, C., Houle, C., Tremblay, S. et Berthelot, J. M. (2002). Changes in unmet health care needs. *Health Rep*, 13(3), 15-21.
- Shi, L., Starfield, B., Kennedy, B. et Kawachi, I. (1999). Income inequality, primary care, and health indicators. *J Fam Pract*, 48(4), 275-284.
- Shortell, S. M., Levin, D. Z., O'Brien, J. L. et Hughes, E. F. (1995). Assessing the evidence on CQI: is the glass half empty or half full? *Hosp Health Serv Adm*, 40(1), 4-24.

- Solberg, L. I. (2011). Advanced access--fad or important?: comment on "Advanced access scheduling outcomes". *Archives of Internal Medicine*, 171(13), 1159-1160. doi: <https://dx.doi.org/10.1001/archinternmed.2011.169>
- Solberg, L. I., Maciosek, M. V., Sperl-Hillen, J. M., Crain, A. L., Engebretson, K. I., Asplin, B. R. et O'Connor, P. J. (2004). Does improved access to care affect utilization and costs for patients with chronic conditions? *Am J Manag Care*, 10(10), 717-722.
- Sperl-Hillen, J. M., Solberg, L. I., Hroschikoski, M. C., Crain, A. L., Engebretson, K. I. et O'Connor, P. J. (2008). The effect of advanced access implementation on quality of diabetes care. *Prev Chronic Dis*, 5(1), A16.
- Starfield, B., Shi, L. et Macinko, J. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*, 83(3), 457-502. doi: 10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x
- Steinbauer, J. R., Korell, K., Erdin, J. et Spann, S. J. (2006). Implementing open-access scheduling in an academic practice. *Family Practice Management*, 13(3), 59-64.
- Strumpf, E., Levesque, J.-F., Coyle, N., Hutchison, B., Barnes, M. et Wedel, R. J. (2012). Innovative and diverse strategies toward primary health care reform: lessons learned from the Canadian experience. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 25(Suppl 1), S27-S33.
- Subramanian, U., Ackermann, R. T., Brizendine, E. J., Saha, C., Rosenman, M. B., Willis, D. R. et Marrero, D. G. (2009). Effect of advanced access scheduling on processes and intermediate outcomes of diabetes care and utilization. *J Gen Intern Med*, 24(3), 327-333. doi: 10.1007/s11606-008-0888-2
- Sylvia, M. L., Griswold, M., Dunbar, L., Boyd, C. M., Park, M. et Boulton, C. (2008). Guided care: cost and utilization outcomes in a pilot study. *Disease Management*, 11(1), 29-36.
- Tantau, C. (2009). Accessing patient-centered care using the advanced access model. *Journal of Ambulatory Care Management*, 32(1), 32-43. doi: <https://dx.doi.org/10.1097/01.JAC.0000343122.15467.48>
- Thiebaut, G. C., Champagne, F. et Contandriopoulos, A. P. (2015). Les enjeux de l'évaluation de la performance: Dépasser les mythes. *Canadian Public Administration*, 58(1), 39-62.

- Thorpe, C., Ryan, B., McLean, S., Burt, A., Stewart, M., Brown, J., . . . Harris, S. (2009). How to obtain excellent response rates when surveying physicians. *Family practice*, 26(1), 65-68.
- Tourigny, A., Durand, P., Bonin, L., Hebert, R. et Rochette, L. (2004). Quasi-experimental study of the effectiveness of an integrated service delivery network for the frail elderly. *Can J Aging*, 23(3), 231-246.
- Tseng, A., Wisner, E., Barclay, E. et Aiello, K. (2015). Implementation of Advanced Access in a Family Medicine Residency Practice. *Journal of Medical Practice Management*, 31(2), 74-77.
- van der Reis, L., Xiao, Q. et Savage, G. (2007). A retrospective on access to health care. *Int J Health Care Qual Assur*, 20(6), 494-505. doi: 10.1108/09526860710819431
- van Loenen, T., van den Berg, M. J., Westert, G. P. et Faber, M. J. (2014). Organizational aspects of primary care related to avoidable hospitalization: a systematic review. *Fam Pract*, 31(5), 502-516. doi: 10.1093/fampra/cmu053
- van Uden, C. J., Winkens, R. A., Wesseling, G. J., Crebolder, H. F. et van Schayck, C. P. (2003). Use of out of hours services: a comparison between two organisations. *Emergency Medicine Journal*, 20(2), 184-187.
- VanDeusen Lukas, C., Meterko, M., Mohr, D. et Seibert, M. N. (2004). The implementation and effectiveness of advanced clinic access. *HSR&D Management Decision and Research Center. Boston: Office of Research and Development, Department of Veteran Affairs*, 80.
- Watt, J. H. (1999). Internet systems for evaluation research. *New Directions for Evaluation*, 1999(84), 23-43.
- White, F. (2015). Primary health care and public health: foundations of universal health systems. *Med Princ Pract*, 24(2), 103-116. doi: 10.1159/000370197



# Annexe 1. Fichier Excel facilitant la collecte

Veillez compléter les information suivantes par rapport à la clinique :

Nom du GMF :	
Médecin responsable :	

### Consignes :

Voici 5 questions qui vous demanderont de faire un peu de recherche ou de travail via votre secrétaire à la centrale de R-V

\* Inscrire vos réponse dans les cellules orangées

\* Certaines colonnes offrent un menu déroulant pour faciliter le choix de réponse

\* Assurez-vous de parcourir le fichier jusqu'au bas

\* Écrivez toujours les dates selon ce mode de saisie : (AAAA-MM-JJ)

Question 1 : Combien de patients sont actuellement inscrits auprès de la clinique ?

Question 2 : Dans les 12 derniers mois, combien de visites de patients ont eu lieu à la clinique ?

Question 3 : Si vous recherchez le nom de votre clinique dans le moteur de recherche Google, les informations fournies par les 3 premiers liens concernant la clinique sont-elles exactes ?

Exactitude des informations
En cliquant sur les cases de cette colonne, vous aurez accès à un <u>menu déroulant</u> comportant les choix de réponses
Heures d'ouvertures
Offre de services
Adresse

Le tableau suivant permettra de répondre à ces 2 questions :

Question 4 : Indiquez dans le tableau ci-dessous le nombre de médecins de famille qui font les tâches suivantes au CUMF, et les ETP qu'ils représentent.

Question 5 : Indiquez les délais pour le prochain rendez-vous disponible et pour le troisième rendez-vous disponible à la clinique ?

Pour cette question, demandez à une secrétaire de vérifier les disponibilités pour le prochain et troisième R-V disponibles à l'endroit approprié.

\* Cette question doit être complétée en une seule journée car les calculs se feront en fonction de cette date.

Date de la collecte d'informations :	
--------------------------------------	--

Médecins						
Médecins	Type de tâches	Nombre d'ETP (toutes tâches) 0,1 = demie-journée / semaine 0,2 = 1 journée / semaine 1 = temps plein (5 jours) (Menu déroulant)	Date prochain RV disponible (AAAA-MM-JJ)	Délai prochain RV disponible (jours)	Date 3e RV disponible (AAAA-MM-JJ)	Délai 3e RV disponible (jours)
Médecin 1	En cliquant sur chaque case de cette colonne, vous aurez accès à un <u>menu déroulant</u> comportant les choix de réponses			0		0
Médecin 2				0		0
Médecin 3				0		0
Médecin 4				0		0
Médecin 5				0		0
Médecin 6				0		0

Médecins résidents				
Médecins résidents	Date prochain RV disponible (AAAA-MM-JJ)	Délai prochain RV disponible (jours)	Date 3e RV disponible (AAAA-MM-JJ)	Délai 3e RV disponible (jours)
Résident 1		0		0
Résident 2		0		0
Résident 3		0		0
Résident 4		0		0
Résident 5		0		0
Résident 6		0		0

C'est terminé! Merci beaucoup!

Veillez S.V.P. nous retourner ce fichier par courriel : [isabel.rodrigues@umontreal.ca](mailto:isabel.rodrigues@umontreal.ca)

Ci-dessous se retrouve le résumé des données récoltées dans ce document. Elles seront analysées en complémentarité avec les données collectées via le sondage électronique.

Questions	Réponses	
Combien de patients sont actuellement inscrits à la clinique?	0	
Dans les 12 derniers mois, combien de visites de patients avez-vous eu à la clinique?	0	
Indiquez le nombre de médecin de famille qui font les tâches suivantes et les ETP qu'ils représentent :	Nombre de médecins	ETP
	0	0,0
	0	0,0
	0	0,0
Total	0	0,0
Délais de rendez-vous chez les médecins :	Premier RV disponible	3e RV disponible
	Moyenne	#DIV/0!
Délais de rendez-vous chez les médecins-résidents :	Moyenne	#DIV/0!
	Moyenne	#DIV/0!
Délais de rendez-vous totaux :	Moyenne	#DIV/0!
	Moyenne	#DIV/0!

# Annexe 2. Questionnaire organisationnel

## Questionnaire mesurant les caractéristiques organisationnelles du réseau des cliniques de médecine de famille de l'UdeM

### Consentement

**Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.**

**Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la chercheuse responsable du projet ou aux autres membres du personnel affecté au projet de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.**

#### **1. Nature et objectif de l'étude**

Des pressions politiques et sociales influencent actuellement la vitesse de changement des cliniques de première ligne (PL) afin qu'elles offrent des services à un plus grand nombre de patients tout en s'assurant de l'accès aux soins dans un délai opportun. Le département de médecine de famille et de médecine d'urgence (DMFMU) de l'Université de Montréal et son réseau de 18 cliniques académiques (UMF) sont appelés à répondre aux mêmes exigences ministérielles et à améliorer leur accessibilité. Il nous apparaît prioritaire de caractériser l'état actuel du réseau afin d'évaluer si les modifications que nous apporterons à nos organisations permettront une meilleure accessibilité aux patients.

Dans le cadre d'une étude descriptive organisationnelle, un portrait du réseau de cliniques universitaires en soins de première ligne du département de médecine de famille et de médecine d'urgence de l'UdeM sera élaboré, en regard de leur accessibilité au niveau organisationnel.

Pour y parvenir, un responsable de chacune des 18 UMF du réseau de clinique du DMFMU sera amené à répondre à un questionnaire. Le volet organisationnel de ce sondage s'intéresse notamment aux ressources humaines, techniques et technologiques, aux mécanismes d'accès, à la coordination, à l'amélioration de la qualité, à l'évolution des pratiques, etc. Il doit être complété par une personne ayant des connaissances sur l'ensemble de la clinique.

## **2. Déroulement de l'étude et méthodes utilisées**

Vous avez préalablement reçu l'information concernant ce projet lors d'une présentation de Dr. Isabel Rodrigues à la table des chefs d'UMF du 4 mai dernier. Lors de cette rencontre, la pertinence, les objectifs et le déroulement de l'étude vous ont été clairement expliqués.

Pour participer à la présente étude, vous devez répondre à un questionnaire en ligne qui vous prendra autour de 30 minutes à compléter. Certaines informations devront être compilées par votre adjoint administratif avant la complétion du questionnaire. Un fichier Excel vous a été acheminé par courriel pour vous soutenir dans cette collecte de données.

Vous pourrez par la suite remplir le questionnaire en ligne avec les informations relatives à une date précise. Une date butoir vous accordant un délai de quatre semaines sera également définie, après quoi, nous colligerons les résultats.

## **3. Risques associés au projet de recherche**

Ce projet ne comporte aucun risque pour les participants ni pour leur institution et ne concerne que des aspects organisationnels et administratifs. Il ne comporte par ailleurs aucune notion de productivité individuelle et ne vise la distribution d'aucune donnée nominale.

## **4. Inconvénients associés au projet de recherche**

Les inconvénients associés à votre participation à cette étude se résument au temps octroyé à la complétion du questionnaire.

## **5. Bénéfices potentiels ou attendus**

Dans le contexte actuel de transformations majeures du système de santé québécois, nous espérons que le portrait de votre UMF, à titre formatif, vous permettra de cibler, d'orienter et de prioriser les transformations en regard de l'accessibilité de votre clinique.

Ce premier portrait organisationnel du réseau de cliniques universitaires du DMFMU de l'Université de Montréal permettra de mettre en valeur les particularités des milieux académiques et leurs caractéristiques en regard de l'accessibilité. Par ailleurs, les résultats obtenus contribueront à l'avancement des connaissances dans ce domaine.

## **6. Participation volontaire et retrait de l'étude**

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision à la chercheuse responsable du projet ou à l'un des membres du personnel affecté au projet.

## **7. Confidentialité**

Durant votre participation à ce projet, la chercheuse responsable ainsi que son personnel recueilleront et consigneront, dans un dossier de recherche électronique, les renseignements que vous aurez colligés. Seuls les renseignements nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet seront recueillis.

Tous les renseignements recueillis demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité des renseignements, votre UMF ne sera identifiée que par un numéro de code. La clé du code reliant le nom de votre UMF à votre dossier de recherche sera conservée par la chercheuse responsable.

La chercheuse responsable du projet utilisera les données à des fins de recherche dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet décrit dans le formulaire d'information et de consentement. Ces données seront conservées pendant 5 ans par la chercheuse responsable, suite à quoi le dossier informatique sera détruit. Les données pourront être publiées dans des revues spécialisées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche pourra être consulté par une personne mandatée par le Comité scientifique et d'éthique de la recherche du CISSS de Laval ou par l'établissement, et par une personne du Comité éthique de la recherche en santé (CERES). Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

Ce questionnaire vous est soumis par l'intermédiaire d'une entreprise qui gère un outil internet de sondage en ligne, Survey Monkey, entreprise qui est basée aux États-Unis. Veuillez noter que l'accès aux données est assujéti aux lois d'accès à l'information du pays où se situe l'entreprise mentionnée. Une copie des données sera conservée sur les serveurs de cette entreprise dont les garanties de confidentialité sont expliquées à l'adresse internet suivante : <http://fr.surveymonkey.com/mp/policy/privacy-policy/>

**8. Financement du projet de recherche**

La chercheuse responsable du projet a reçu un financement de la Chaire Docteur Sadok Besrouer en médecine familiale pour mener à bien ce projet de recherche.

**9. Compensation**

Vous ne recevrez pas de compensation financière pour votre participation à ce projet de recherche.

**10. Identification des personnes-ressources**

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche ou si vous éprouvez un problème que vous croyez relié à votre participation au projet de recherche, vous pouvez communiquer avec les chercheuses responsables du projet de recherche aux coordonnées suivantes :

Isabel Rodrigues, MD, MPH, FCMFC  
Chef GMF-Universitaire du Marigot  
isabel.rodrigues@umontreal.ca

Marie Authier, PhD  
UMF Hôpital Maisonneuve Rosemont  
authier@videotron.ca

Geneviève Martel  
Étudiante à la maîtrise en Santé publique de l'Université de Montréal  
genevieve.martel@outlook.com

Pour toute question concernant vos droits en tant que participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec le Bureau du commissariat aux plaintes et à la qualité des services du CISSS de Laval au numéro suivant : 450-668-1010 poste 23628.

**11. Surveillance des aspects éthiques du projet de recherche**

Le Comité scientifique et d'éthique de la recherche du CISSS de Laval a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche. Pour toute question concernant vos droits en tant que sujet participant à ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec la présidente du Comité scientifique et d'éthique de la recherche du CISSS de Laval, Mme Marie-Claude Laflamme au numéro de téléphone : 450-668-1010 poste 23655.

1.

J'ai lu et compris le contenu du présent formulaire. La nature de l'étude, les procédés qui seront utilisés, les risques et les bénéfices que comporte ma participation à cette étude ainsi que le caractère confidentiel des informations qui seront recueillies au cours de l'étude m'ont été expliqués.

J'ai eu l'occasion de poser toutes mes questions et on y a répondu à ma satisfaction.

Je sais que je suis libre de participer au projet et que je demeure libre de m'en retirer en tout temps, par avis verbal.

En acceptant, je ne renonce à aucun de mes droits légaux ni ne libère les chercheurs, commanditaires ou établissements de leur responsabilité civile et professionnelle.

Je déclare être majeur(e) et apte et consens librement et volontairement à participer à ce projet.

Oui

Non

**Questionnaire mesurant les caractéristiques organisationnelles  
du réseau des cliniques de médecine de famille de l'UdeM**

**SECTION 1: Information sur le répondant**

2. Nom de la clinique universitaire

3. Poste occupé par le répondant:

4. Adresse courriel du répondant:

Courriel:

**Questionnaire mesurant les caractéristiques organisationnelles  
du réseau des cliniques de médecine de famille de l'UdeM**

**SECTION 2 : Informations sur la clinique**

5. Où se situe la clinique?

- Dans des bureaux loués
- Dans un CLSC
- Dans un hôpital
- Autre (veuillez préciser)

6. Depuis combien de temps la clinique existe-t-elle ?

- Moins d'un an
- De 1 à 4 ans
- De 5 à 9 ans
- De 10 à 14 ans
- De 15 à 19 ans
- 20 ans et plus

7. Quel est le cadre de fonctionnement de la clinique universitaire?

- UMF
- GMF
- GMF-Réseau
- GMF- Clinique réseau intégrée (CRI)

## Questionnaire mesurant les caractéristiques organisationnelles du réseau des cliniques de médecine de famille de l'UdeM

### SECTION 2 : Informations sur la clinique

8. Précisez le niveau du GMF et le nombre d'inscriptions non pondérées

- Niveau 1 (6000 inscriptions)
- Niveau 2 (9000 inscriptions)
- Niveau 3 (12,000 inscriptions)
- Niveau 4 (15,000 inscriptions)
- Niveau 5 (18,000 inscriptions)
- Niveau 6 (21,000 inscriptions)
- Niveau 7 (24,000 inscriptions)
- Niveau 8 (27,000 inscriptions)
- Niveau 9 (30,000 inscriptions)

Questionnaire mesurant les caractéristiques organisationnelles  
du réseau des cliniques de médecine de famille de l'UdeM

**SECTION 2 : Informations sur la clinique**

9. Dans la dernière année, mise à part la fusion reliée à la création des CISSS et CIUSSS, la clinique a-t-elle vécu des changements au niveau de sa structure?

	Oui	Non	Changement en cours	Prévus dans la prochaine année
Fusion ( <i>regroupement en une seule entité</i> )	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Association avec une autre clinique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dissociation d'avec une autre clinique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autres (si rien d'autre, cochez non)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Précisez vos choix ou autres changements structuraux

Questionnaire mesurant les caractéristiques organisationnelles  
du réseau des cliniques de médecine de famille de l'UdeM

**SECTION 3 : Informations sur les ressources humaines médicales**

10. Une demande d'embauche au DRMG pour un médecin est-elle prévue pour 2017?

- Oui  
 Non

**Questionnaire mesurant les caractéristiques organisationnelles  
du réseau des cliniques de médecine de famille de l'UdeM**

**SECTION 4 : Informations sur les ressources humaines professionnelles**

11. Veuillez indiquer, selon l'échelle suivante, les ETP que représente chacune des catégories de professionnels suivantes :

**ÉCHELLE**

0.1 (1 demie journée/ semaine)

0.2 (1 journée/semaine)

0.4 (2 journées/semaine)

0.6 (3 journées/semaine)

0.8 (4 journées/semaine)

1 (temps complet)

\* Veuillez svp indiquer toute décimale avec un POINT et non une virgule (ex : 3.5)

\* Les nombres entiers peuvent être écrits tels quels (ex : 3)

\* Si vous ne disposez pas d'une ou l'autre de ces catégories de professionnels, écrivez 0

\* Si vous n'avez rien à écrire dans la section autre, écrivez "0"

Infirmière Praticienne  
(IPS)

Infirmière clinicienne

Infirmière auxiliaire

Diététiste

Pharmacien

Psychologue

Travailleur social

12. Cette équipe de professionnels comble-t-elle les besoins de la clinique?

- Oui
- Non, mais nous prévoyons embaucher
- Non, mais l'embauche est limitée par le budget



Questionnaire mesurant les caractéristiques organisationnelles  
du réseau des cliniques de médecine de famille de l'UdeM

**SECTION 5 : Informations sur les ressources humaines administratives**

13. Veuillez indiquer les ETP que représente chacune des catégories d'emplois administratifs suivantes?

ÉCHELLE

0.1 (1 demie journée/ semaine)

0.2 (1 journée/semaine)

0.4 (2 journées/semaine)

0.6 (3 journées/semaine)

0.8 (4 journées/semaine)

1 (temps complet)

\* Veuillez svp indiquer toute décimale avec un POINT et non une virgule (ex : 3.5)

\* Les nombres entiers peuvent être écrits tels quels (ex : 3)

\* Si vous ne disposez pas de l'une ou l'autre de ces catégories de personnel, écrivez "0"

\* Si vous n'avez rien à écrire dans la section autre, écrivez "0"

Secrétaire à  
l'enseignement

Secrétaire médicale

Centrale de rendez-vous

Réception

Secrétaire GMF

14. Cette équipe administrative comble-t-elle les besoins de la clinique?

- Oui
- Non, mais nous prévoyons embaucher
- Non, mais l'embauche est limitée par le budget

Questionnaire mesurant les caractéristiques organisationnelles  
du réseau des cliniques de médecine de famille de l'UdeM

## SECTION 6 : Accès à l'information

15. Les ressources suivantes sont-elles disponibles à la clinique :

	Oui	Non	Changement en cours	Prévu dans la prochaine année
Dossiers médicaux électroniques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alertes et rappels automatisés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outils informatisés pour soutenir la prise de décision clinique (ex: intégration des guides de pratique clinique)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Interface électronique avec les services de laboratoire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Interface électronique pour l'imagerie diagnostique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Système électronique de transmission des prescriptions aux pharmacies	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Système de prise de rendez-vous sur Internet pour les patients	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Renseignements concernant l'accès aux consultations hospitalières (clinique externe, urgence, hospitalisation)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Questionnaire mesurant les caractéristiques organisationnelles  
du réseau des cliniques de médecine de famille de l'UdeM**

## SECTION 7 : *Approchability*

16. L'offre de services de la clinique est-elle diffusée via:

	Oui	Non	Changement en cours	Prévu dans la prochaine année
Votre propre site web?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'intranet du CISSS ou CIUSSS?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autre plateforme web?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un journal communautaire?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Une affiche extérieure?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si autre veuillez préciser

17. Dans quelle mesure connaissez-vous le contenu des diffusions concernant la clinique?

- Très bien
- Bien
- Moyennement
- Peu
- Aucunement

## Questionnaire mesurant les caractéristiques organisationnelles du réseau des cliniques de médecine de famille de l'UdeM

### SECTION 8 : *Availability and accommodation*

#### 8.1 Localisation géographique

18. La clinique est-elle située dans un milieu:

- Urbain
- Semi-urbain
- Rural

19. Une modification de la politique par rapport aux critères géographiques pour l'acceptation de nouveaux patients a-t-elle été envisagée ou exécutée dans la dernière année?

- Oui, nous avons ou allons modifier nos critères pour ne prendre que les nouveaux patients du territoire desservi.
- Oui, nous avons ou allons modifier nos critères pour accepter des patients sans tenir compte du territoire d'où provient le patient.
- Non, nous acceptons uniquement la population du territoire desservi par la clinique.
- Non, nous acceptons les patients sans égard au territoire d'où ils proviennent.
- Autre (veuillez préciser)

**Questionnaire mesurant les caractéristiques organisationnelles  
du réseau des cliniques de médecine de famille de l'UdeM**

**SECTION 8 : *Availability and accommodation***

**8.2 Offre de services**

20. Les services suivants sont-ils offerts par des médecins spécialistes dans la clinique?

	Oui	Non	Changement en cours	Prévu dans la prochaine année
Discussion de cas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consultation avec évaluation de patients sur place	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enseignement aux résidents	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

21. Dans l'immeuble où se situe la clinique, les procédures suivantes sont-elles disponibles?

	Oui	Non	Changement en cours	Prévu dans la prochaine année
Prélèvement de laboratoire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Radiographie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Électrocardiographie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Spirométrie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Indice Tibio-brachial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
MAPA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

22. À la clinique :

	Oui	Non	Changement en cours	Prévu dans la prochaine année
Offrez-vous des services <u>sur</u> rendez-vous la <b>fin de semaine</b> (samedi et dimanche)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Offrez-vous des services <u>sur</u> rendez-vous les <b>soirs de semaine</b> (après 18h)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Offrez-vous des services <u>sans</u> rendez-vous la <b>fin de semaine</b> (samedi et dimanche)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Offrez-vous des services <u>sans</u> rendez-vous les <b>soirs de semaine</b> (après 18h)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Offrez-vous des services de nuit sur place (entre minuit et 8h)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Offrez-vous des services de garde régionale 24/7 pour la clientèle vulnérable?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Y a-t-il un système de garde sur appel quand la clinique est fermée (excluant la garde régionale 24/7)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Oui	Non	Changement en cours	Prévu dans la prochaine année
Confirmez-vous le rendez-vous par <u>téléphone</u> auprès des patients un ou quelques jours avant la visite prévue?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Confirmez-vous le rendez-vous par <u>courriel</u> auprès des patients un ou quelques jours avant la visite prévue?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Confirmez-vous le rendez-vous par <u>message texte</u> auprès de patients un ou quelques jours avant la visite prévue?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Commentaires				
<div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>				

23. Combien d'heures par jour la clinique est-elle ouverte pour les services aux patients?

Nombre d'heures d'ouverture/jour pour les patients

Jour ouvrable (lundi au vendredi)	<input type="text" value=""/>
Fins de semaine	<input type="text" value=""/>
Jours fériés	<input type="text" value=""/>

24. Combien de jours par semaine la clinique est-elle ouverte pour les services aux patients?

Nombre de jours/semaine	<input type="text" value=""/>
-------------------------	-------------------------------

25. La clinique accepte-t-elle actuellement de nouveaux patients pour le suivi?

- Notre clinique accepte tous les nouveaux patients qui en font la demande
- Notre clinique accepte de nouveaux patients selon certaines conditions uniquement
- Notre clinique n'accepte aucun nouveau patient

Questionnaire mesurant les caractéristiques organisationnelles  
du réseau des cliniques de médecine de famille de l'UdeM

**SECTION 8 : Availability and accommodation**

**8.2 Offre de services**

26. Quelles sont les conditions pour accepter de nouveaux patients à la clinique? (Veuillez cocher tout ce qui s'applique)

- Être un membre de la famille d'un patient déjà inscrit à la clinique
- Être référé par un autre médecin
- Être un patient vulnérable\*
- Être un patient orphelin
- Être un patient orphelin inscrit à un guichet d'accès
- Être un patient du territoire desservi par la clinique
- Autre (veuillez préciser)

\* Le terme patient vulnérable désigne surtout les groupes de patients souffrant de maladies chroniques, comme les maladies du coeur, un accident vasculaire cérébral, le cancer, des troubles respiratoires chroniques et le diabète; des problèmes de santé mentale tels que la dépression, les troubles d'anxiété, les troubles bipolaires, les troubles déficitaires de l'attention avec hyperactivité (TDAH), les troubles du spectre de l'autisme, l'anorexie mentale et la boulimie, la dépendance à l'alcool, à la drogue ou au tabac; les maladies dégénératives du système nerveux, le VIH ou le sida, les maladies intestinales inflammatoires (maladie de Crohn, colite ulcéreuse, etc.), pour n'en nommer que quelques-unes. Les patients vulnérables comprennent également des groupes de patients ayant un désavantage socioéconomique, y compris les personnes sans domicile fixe, les personnes pauvres ou sans emploi, ou encore les minorités visibles et les personnes âgées.

Questionnaire mesurant les caractéristiques organisationnelles  
du réseau des cliniques de médecine de famille de l'UdeM

**SECTION 8 : Availability and accommodation**

**8.3 Processus de prise de rendez-vous**

27. Quel est le modèle dominant de gestion des rendez-vous à la clinique?

- Modèle traditionnel**  
100% des rendez-vous planifiés à l'avance.
- Modèle intermédiaire**  
Quelques plages horaires gardées libres pour les cas urgents, alors que les autres rendez-vous sont planifiés à l'avance.
- Accès adapté**  
Majorité des plages horaires gardées libres, autant pour les urgences (12-24h) que les suivis (dans les 2 semaines). Élimination des listes d'attente.

Questionnaire mesurant les caractéristiques organisationnelles  
du réseau des cliniques de médecine de famille de l'UdeM

**SECTION 8 : *Availability and accommodation***

**8.3 Processus de prise de rendez-vous**

28. Un changement du modèle de gestion de rendez-vous vers **l'accès adapté** est-il considéré?

- Oui, en discussion
- Oui, changement en cours
- Oui, prévu dans la prochaine année
- Non

Questionnaire mesurant les caractéristiques organisationnelles  
du réseau des cliniques de médecine de famille de l'UdeM

**SECTION 8 : *Availability and accommodation***

**8.3 Processus de prise de rendez-vous**



29. La clinique offre-t-elle des consultations sans-rendez-vous?

\* Exclure les consultations rapides dites *sans rendez-vous planifié* ou *accès rapide*

- Oui, plages insérées à travers les horaires de médecins
- Oui, blocs de disponibilités continues (ex : 4h)
- Oui, blocs de disponibilités continues ET plages réservées à l'horaire de médecins
- Non

## Questionnaire mesurant les caractéristiques organisationnelles du réseau des cliniques de médecine de famille de l'UdeM

### SECTION 8 : *Availability and accommodation*

#### 8.3 Processus de prise de rendez-vous

30. Comment sont réparties les périodes desans rendez-vous\* à la clinique? Cochez tout ce qui s'applique.

\* Exclure les consultations rapides dites *sans rendez-vous planifiés* ou *accès rapide*

\* *Vous pouvez cocher plusieurs cases par ligne*

	Bloc AM	Bloc PM	Bloc soir
Du lundi au vendredi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fin de semaine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jours fériés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

31. Veuillez indiquer combien d'heures par semaines représentent ces blocs desans rendez-vous.

\*Arrondir à l'heure près.

## Questionnaire mesurant les caractéristiques organisationnelles du réseau des cliniques de médecine de famille de l'UdeM

### SECTION 8 : *Availability and accommodation*

#### 8.3 Processus de prise de rendez-vous

32. À quels patients la clinique offre-t-elle des services desans rendez-vous? (cochez toutes les réponses qui s'appliquent)

- Aux personnes qui se présentent ou qui téléphonent sans avoir de dossier
- Seulement aux patients ayant un dossier médical à la clinique (sans nécessité d'être déjà inscrit à un médecin).
- Seulement aux patients inscrits au nom d'un médecin
- Autre (veuillez préciser)

**Questionnaire mesurant les caractéristiques organisationnelles  
du réseau des cliniques de médecine de famille de l'UdeM**

**SECTION 8 : Availability and accommodation**

**8.3 Processus de prise de rendez-vous**

33. La clinique offre-t-elle des rendez-vous avec accès rapide (moins de 24-48h)\*?

\* Inclure les consultations rapides dites *sans rendez-vous planifiés* ou *accès adapté*

- Oui, plages insérées à travers les horaires de médecins
- Oui, blocs de disponibilités continues (ex : 4h)
- Oui, blocs de disponibilités ET plages insérées dans les horaires de médecins
- Non

**Questionnaire mesurant les caractéristiques organisationnelles  
du réseau des cliniques de médecine de famille de l'UdeM**

**SECTION 8 : Availability and accommodation**

**8.3 Processus de prise de rendez-vous**

34. Comment sont réparties les périodes de rendez-vous avec accès rapide (moins de 24-48h)\* à la clinique? (Cochez tout ce qui s'applique)

\* Inclure les consultations rapides dites *sans rendez-vous planifiés* ou *accès adapté*

\* Vous pouvez cocher plusieurs cases par ligne

	Bloc AM	Bloc PM	Bloc soir
Du lundi au vendredi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les fins de semaine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jours fériés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

35. Veuillez indiquer combien d'heures par semaines représentent ces blocs de rendez-vous avec accès rapide.

\*Arrondir à l'heure près.

## Questionnaire mesurant les caractéristiques organisationnelles du réseau des cliniques de médecine de famille de l'UdeM

### SECTION 8 : *Availability and accommodation*

#### 8.4 Caractéristiques de l'installation

36. Est-ce qu'un manque d'espace physique pourrait empêcher certains médecins, professionnels ou stagiaires de votre clinique de voir des patients?

Oui

Non

Commentaire

Questionnaire mesurant les caractéristiques organisationnelles  
du réseau des cliniques de médecine de famille de l'UdeM

**SECTION 8 : Availability and accommodation**

**8.5 Accessibilité de premier contact**

37. Veuillez indiquer si votre clinique offre aux patients les options suivantes :

	Oui	Non	Changement en cours	Prévu dans la prochaine année
Envoyer par courriel des questions ou des préoccupations d'ordre médical	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Communiquer avec un médecin ou une infirmière par téléphone pendant les heures d'ouverture de la clinique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Laisser un message dans la boîte vocale et s'attendre à un retour d'appel dans la même journée.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ligne dédiée pour faciliter la prise de rendez-vous	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Questionnaire mesurant les caractéristiques organisationnelles  
du réseau des cliniques de médecine de famille de l'UdeM

**SECTION 9 : Affordability**

38. Les patients doivent-ils défrayer des coûts pour (Cochez tout ce qui s'applique) :

- Le stationnement
- Faire remplir des formulaires
- Certaines techniques de bureau
- Des pénalités en cas d'absences répétées
- Autre (veuillez préciser)

**Questionnaire mesurant les caractéristiques organisationnelles  
du réseau des cliniques de médecine de famille de l'UdeM**

**SECTION 10 : *Appropriateness***

**10.1 *Adequacy***

39. Utilisez-vous les ordonnances collectives, dans le suivi conjoint avec les infirmières cliniciennes (pratiques collaboratives), pour les maladies chroniques suivantes ?

	Oui	Non	Changement en cours	Prévu dans la prochaine année
Diabète	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hypertension artérielle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dyslipidémie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asthme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Insuffisance cardiaque	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arthrite	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problèmes de santé mentale (dépression, anxiété, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TDAH	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Autre (veuillez préciser)

**Questionnaire mesurant les caractéristiques organisationnelles  
du réseau des cliniques de médecine de famille de l'UdeM**

**SECTION 10 : *Appropriateness***

**10.2 Qualité (façon dont les services sont offerts)**

40. Quels sont les rôles et fonctions du personnel infirmier, excluant les IPS, dans votre équipe? (cochez toutes les réponses qui s'appliquent)

- Il n'y a pas de personnel infirmier au sein de l'équipe
- Suivi systématique de certains groupes de patients (maladies chroniques, groupes d'âges, etc.)
- Triage des patients au sans rendez-vous
- Prescription d'examens diagnostiques (radiographie, tests sanguins)
- Prescription de médicaments et d'autres substances
- Liaison et coordination avec les établissements de soins de longue durée, les hôpitaux et les autres cliniques
- Soutien aux activités médicales (pression artérielle, poids, injections et vaccination, etc.)
- Participation aux décisions cliniques
- Activités cliniques dans le cadre d'un acte médical délégué
- Counseling sur le tabagisme
- Counselling sur les saines habitudes de vie (alimentation, exercice, etc.)
- Éducation des patients (test de glucose sanguin, mesure de la pression artérielle, etc.)

41. Votre clinique participe-t-elle à un réseau d'accessibilité médicale afin d'assurer :

	Oui	Changement en cours	Prévu dans la prochaine année	Non
La coordination de ses heures d'ouverture avec celles d'autres cliniques (soirs, fins de semaine, etc.)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le suivi de patients hospitalisés non inscrits à votre clinique?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'accès à un plateau technique (ex. radiographie, laboratoire, etc.)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Autres (veuillez préciser)

**Questionnaire mesurant les caractéristiques organisationnelles  
du réseau des cliniques de médecine de famille de l'UdeM**

## Commentaires

42. Si vous avez des commentaires, veuillez les inscrire dans l'espace ci-dessous. Nous les examinerons avec grand intérêt.

**Merci d'avoir pris le temps de remplir ce questionnaire.**

**N'oubliez pas de nous faire parvenir le fichier Excel complété à l'adresse suivante :  
[isabel.rodriques@umontreal.ca](mailto:isabel.rodriques@umontreal.ca)**



### Annexe 3. Tableau récapitulatif Questions/Dimensions

Dimensions	#	Question
Approchabilité	16	Diffusion de l'offre de service via site web, journal, affiche extérieure, etc.
	*	Exactitude de l'information diffusée
Disponibilité et Accommodation	*	Nombre de résidents
	*	Nombre de médecins
	*	Nombre d'ETP médecins
	10	Demande d'embauche médicale prévue?
	11	Nombre et ETP professionnels (infirmière, physio, etc.)
	12	Équipe de professionnel couvre-t-elle les besoins de la clinique?
	13	Nombre et ETP personnel administratif
	14	Équipe administrative couvre-t-elle les besoins de la clinique?
	18	Type de milieu (urbain, semi-urbain, rural)
	20	Présence de médecins spécialistes et participation à certaines tâches
	22	Ouverture heures défavorables (soir, fds, fériés, etc.)
	23	Nombre d'heures d'ouverture par jour
	24	Nombre de jour d'ouverture par semaine
	25	Acceptation de nouveaux patients et conditions
	27	Modèle de gestion des rendez-vous (accès adapté, intermédiaire, traditionnel)
28	Changement envisagé vers l'Accès adapté?	
29-33	Type de services offerts en réponse aux besoins ponctuels	
*	Délais pour les 1 <sup>er</sup> et 3 <sup>e</sup> rdv disponibles.	
Accessibilité financière	38	Coûts de certains services
Pertinence	15	Disponibilité de ressources informatiques
	21	Disponibilité de procédures
	39	Utilisation d'ordonnances collectives par les infirmières cliniciennes
	40	Rôles et fonctions du personnel infirmier
	41	Participation à un réseau d'accessibilité médical
	37	Service par courriel, téléphone, boîte vocale ou ligne dédiée.

\*Ces questions ont été demandées via le fichier Excel à compléter par un membre du personnel administratif.

# Annexe 4. Certificat éthique (CER CISSS Laval)

Centre intégré  
de santé  
et de services sociaux  
de Laval

Québec 

Hôpital de la Cité-de-la-Santé

Le 8 août 2017

Docteure Isabel Rodrigues  
Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval  
1351 boul. des Laurentides  
Laval (Québec) H7M 2Y2

**PROJET : Portrait du réseau de cliniques universitaires en soins de première ligne du département de médecine de famille et de médecine d'urgence de l'Université de Montréal : quelle est leur accessibilité à la communauté à l'aube de transformations majeures ?**  
**Numéro attribué au projet par le CÉR évaluateur : 2016-2017 / 03-01-E**

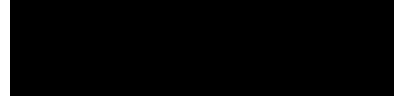
---

Docteure,

Le Comité scientifique et d'éthique de la recherche (CÉR) du Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval, qui agit comme CÉR évaluateur pour le projet de recherche mentionné en titre, a pris connaissance du formulaire de demande de renouvellement annuel de l'approbation éthique que vous soumettiez en date du 10 juillet dernier. Suite à l'évaluation de celui-ci, le CÉR a accepté de prolonger l'approbation de votre projet cité en rubrique pour une période additionnelle d'un an, soit jusqu'au 14 juillet 2018.

Vous devrez donc, au moins un mois avant cette date d'expiration, demander le renouvellement de l'approbation du comité en soumettant un rapport d'étape. Si votre projet ne requiert pas de renouvellement, un rapport final devra être soumis. Les formulaires de demande de renouvellement ou d'avis de fin de projet peuvent être téléchargés à l'adresse suivante : <http://www.cssslaval.qc.ca/le-csss-de-laval/enseignement-recherche/comite-scientifique-et-dethique-de-recherche.html>.

Je vous prie de croire, Docteure, en nos sincères salutations.



Marie-Claude Laflamme, inf. B.Sc., M.A., M.Sc.Inf.  
Présidente  
Comité scientifique et d'éthique de la recherche

- c.c. : Personnes formellement mandatées pour autoriser la recherche
- M. Frédéric Abergel – CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal
  - M. Alex Battaglini – CISSS de Laval
  - M. Martin Beaumont – CIUSSS de la Mauricie-et-Centre-du-Québec
  - Mme Julie Boucher – CISSS des Laurentides
  - M. Christian Gagné – CISSS de Lanaudière
  - M. Yvan Gendron – CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal
  - M. Jean-Luc Gendron – CISSS de la Gaspésie
  - Mme Cloé Rodrigue – CISSS Montérégie-Centre
  - Mme Sylvie Simard – CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
  - Mme Maggy Vallières – CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue

1755, boulevard René-Laennec, local D-S080  
Laval (Québec) H7M 3L9  
Téléphone : 450 668-1010, poste 23655  
Télécopieur : 450 975-5446  
[www.lavalensante.com](http://www.lavalensante.com)

# Annexe 5. Certificat d'approbation éthique (CERES)



Comité d'éthique de la recherche en santé

N° de certificat  
16-119-CERES-D(1)

## CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

- 1<sup>er</sup> renouvellement -

Le Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES), selon les procédures en vigueur et en vertu des documents relatifs au suivi qui lui a été fournis conclut qu'il respecte les règles d'éthique énoncées dans la Politique sur la recherche avec des êtres humains de l'Université de Montréal

Projet	
<b>Titre du projet</b>	<b>Portrait du réseau de cliniques universitaires de première ligne de l'Université de Montréal: quelle est leur accessibilité à la communauté à l'aube de transformations majeures ?</b>
<b>Chercheuses requérantes</b>	<b>Marie-Pascale Pomey</b> [REDACTED], Professeure agrégée, École de santé publique - Département de gestion, d'évaluation et de politique de santé <b>Marie Authier</b> [REDACTED], Professeure adjointe de clinique, Faculté de médecine - Département de médecine familiale et médecine d'urgence <b>Isabel Rodrigues</b> (ND), Professeure agrégée de clinique, Faculté de médecine - Département de médecine familiale et médecine d'urgence <b>Geneviève Martel</b> (ND), Candidate à la M. Sc. en santé publique,

Note : Modification au sondage et au FIC (28 novembre 2016)

Financement	
<b>Organisme</b>	Chaire Docteur Sadok Besrouer en médecine familiale
<b>Programme</b>	
<b>Titre de l'octroi si différent</b>	
<b>Numéro d'octroi</b>	
<b>Chercheur principal</b>	
<b>No de compte</b>	

### MODALITÉS D'APPLICATION

Tout changement anticipé au protocole de recherche doit être communiqué au CERES qui en évaluera l'impact au chapitre de l'éthique. Toute interruption prématurée du projet ou tout incident grave doit être immédiatement signalé au CERES.

Selon les règles universitaires en vigueur, un suivi annuel est minimalement exigé pour maintenir la validité de la présente approbation éthique, et ce, jusqu'à la fin du projet. Le questionnaire de suivi est disponible sur la page web du CERES.

[REDACTED]  
Guillaume Paré  
Conseiller en éthique de la recherche.  
Comité d'éthique de la recherche en santé  
Université de Montréal

**6 décembre 2017**  
Date de délivrance du renouvellement ou de la réémission\*

**1er janvier 2019**  
Date du prochain suivi

**28 juillet 2016**  
Date du certificat initial

**1er janvier 2019**  
Date de fin de validité

\*Le présent renouvellement est en continuité avec le précédent certificat

adresse postale  
C.P. 6128, succ. Centre-ville  
Montréal QC H3C 3J7

3333 Queen-Mary  
2e étage, bur. 220-3  
Montréal QC H3V 1A2

Téléphone : 514-343-6111 poste 2604  
ceres@umontreal.ca  
www.ceres.umontreal.ca

## Annexe 6. Tableaux complets de données

Général												
Nombre de cliniques	Accès Adapté N = 12					Autres cliniques N = 6					Différences	
	Proportion	Moyenne (ÉT)	Médiane	Écart interquartile	Min : Max	Proportion	Moyenne (ÉT)	Médiane	Écart interquartile	Min : Max	Proportion	Médiane
Nombre de patients inscrits		8804,58 (4219,98)	7864,00	7088,75	3316 : 14696		6373,83 (3828,49)	7934,00	5486,50	832 : 9675		-70,00
Nombre de visite de patients dans les 12 derniers mois		24236,5 (11347,48)	22812,50	14637,75	7590 : 43305		14467 (9200,28)	15260,00	12759,25	2340 : 25806		7552,50
Ratio nb. Visites / nb. Patients		2,86 (0,86)	2,78	0,93	1,74 : 4,72		2,5 (0,82)	2,69	0,83	1,05 : 3,28		0,09
Emplacement de la clinique												
CLSC	25,00%					50,00%						-25,00%
Hôpital	41,67%					16,67%						25,00%
Bureaux loués	25,00%					16,67%						8,33%
Locaux administrés par le CISSS	8,33%					16,67%						-8,33%
Nombre d'années d'existence												
Moins d'un an	0,00%					0,00%						0,00%
1 à 4 ans	8,33%					16,67%						-8,33%
5 à 9 ans	25,00%					0,00%						25,00%
10 à 14 ans	25,00%					16,67%						8,33%
15 à 19 ans	8,33%					0,00%						8,33%
Plus de 20 ans	33,33%					66,67%						-33,33%
Cadre de fonctionnement de la clinique universitaire												
UMF	33,33%					33,33%						0,00%
GMF	66,67%					66,67%						0,00%
* Pour les GMF seulement : Niveau de GMF (11 au total)												
Niveau 1 (6000 inscriptions)	50,00%					0,00%						50,00%
Niveau 2 (9000 inscriptions)	0,00%					100,00%						-100,00%
Niveau 3 (12 000 inscriptions)	25,00%					0,00%						25,00%
Niveau 4 (15 000 inscriptions)	12,50%					0,00%						12,50%
Niveau 5 (18 000 inscriptions)	0,00%					0,00%						0,00%
Niveau 6 (21 000 inscriptions)	0,00%					0,00%						0,00%
Niveau 7 (24 000 inscriptions)	0,00%					0,00%						0,00%
Niveau 8 (27 000 inscriptions)	0,00%					0,00%						0,00%
Niveau 9 (30 000 inscriptions)	0,00%					0,00%						0,00%
Réseau	0,00%					0,00%						0,00%
Clinique-réseau intégré (CRI)	12,50%					0,00%						12,50%

<b>Approchabilité</b>			
	<b>Accès adapté</b>	<b>Autres cliniques</b>	
<b>Nombre de cliniques</b>	<b>N = 12</b>	<b>N = 6</b>	<b>Différence</b>
	<b>Proportion</b>	<b>Proportion</b>	<b>Proportion</b>
<b>Diffusion de l'offre de service:</b>			
Site web	16,67%	16,67%	0,00%
Intranet du CISSS / CIUSSS	75,00%	66,67%	8,33%
Autre plateforme web	33,33%	16,67%	16,67%
Journal communautaire	0,00%	0,00%	0,00%
Affiche extérieure	58,33%	50,00%	8,33%
<b>Exactitude du contenu diffusé sur le web</b>			
Heures d'ouverture	58,33%	16,67%	41,67%
Offre de service	41,67%	66,67%	-25,00%
Adresse	83,33%	100,00%	-16,67%

Disponibilité & Accommodation												
Nombre de cliniques	Accès Adapté					Autres cliniques					Différence	
	N = 12					N = 6						
	Proportion	Moyenne (ÉT)	Médiane	Écart interquartile	Min : Max	Proportion	Moyenne (ÉT)	Médiane	Écart interquartile	Min : Max	Proportion	Médiane
Nombre de résidents suivi de patients		14,58 (5,63)	14,00	10,00	7 : 23		14 (4,47)	14,00	5,00	7 : 22		0,00
Nombre de médecins total		17,5 (10,2)	15,50	11,25	6 : 44		11,17 (3,97)	10,00	5,25	7 : 17		5,50
Suivi patients seulement		1,25 (2,99)	0,00	0,25	0 : 10		0,17 (0,41)	0,00	0,00	0 : 1		0,00
Suivi de patients et tâches académiques		13,83 (5,72)	14,00	8,50	5 : 22		8,67 (5,05)	9,00	5,00	0 : 14		5,00
Tâches académiques seulement		2,42 (6,07)	0,00	17,25	0 : 21		2,33 (3,93)	0,50	2,50	0 : 10		-0,50
Nombre de médecins suivi de patients total		15,08 (6,84)	14,00	11,50	5 : 25		8,83 (5,23)	9,00	5,75	0 : 14		5,00
Ratio nb. de patients / nb. de médecin (incluant résidents)		288,32 (78,18)	273,96	80,36	173,91 : 458,31		259,54 (124,14)	273,77	217,06	115 : 393,15		0,19
Ratio nb. de visites / nb. de médecins (incluant résidents)		795,69 (225,9)	819,90	364,34	446,48 : 1170,25		610,95 (359,48)	502,00	280,44	334,29 : 1290,30		317,90
Nombre d'ETP médecins total		11,56 (5,46)	11,65	6,15	3,6 : 21,4		5,5 (2,67)	6,45	4,03	1,7 : 8		5,20
ETP suivi de patients seulement		0,74 (2,15)	0,00	0,25	0 : 7,5		0,02 (0,04)	0,00	0,00	0 : 0,1		0,00
ETP suivi de patients et tâches académiques		10,39 (4,79)	10,55	10,48	3,2 : 18,8		5,05 (3,08)	6,00	5,00	0 : 7,9		4,55
ETP tâches académiques seulement		0,43 (0,91)	0,00	0,15	0 : 2,9		0,43 (0,69)	0,05	0,63	0 : 1,7		-0,05
Nombre d'ETP médecins suivi de patients total		11,13 (5,67)	10,95	6,15	3,2 : 21,4		5,07 (3,09)	6,05	3,83	0 : 7,9		4,90
Demande d'embauche au DRMG pour un médecin prévue pour 2017	66,67%					83,33%						-16,67%
Ratio nb. ETP / nb. Médecins		0,66 (0,21)	0,71	0,29	0,28 : 1,00		0,47 (0,21)	0,46	0,24	0,17 : 0,76		0,25
ETP par catégories de professionnels												
Infirmière Praticienne (IPS)		1,67 (1,5)	1,50	1,50	0 : 5		1 (0,89)	1,00	1,50	0 : 2		0,50
Infirmière clinicienne		2,98 (2,29)	2,00	1,75	1 : 9,3		1,5 (0,9)	1,30	0,80	0,4 : 3		0,70
Infirmière auxiliaire		0,3 (0,7)	0,00	0,00	0 : 1,9		0,27 (0,43)	0,00	0,45	0 : 1		0,00
Diététiste		0,14 (0,21)	0,00	0,40	0 : 0,5		0,03 (0,08)	0,00	0,00	0 : 0,2		0,00
Pharmacien		0,34 (0,32)	0,23	0,38	0 : 1		0,43 (0,43)	0,40	0,70	0 : 1		-0,17
Psychologue		0,5 (0,42)	0,45	0,85	0 : 1		0,53 (0,41)	0,80	0,60	0 : 0,8		-0,35
Travailleur social		0,64 (0,77)	0,35	1,00	0 : 2		0,42 (0,49)	0,25	0,88	0 : 1		0,10
Cette équipe de professionnels comble-t-elle les besoins de la clinique?												
Oui	16,67%					16,67%						0,00%
Non, mais nous prévoyons embaucher	33,33%					16,67%						16,67%
Non, mais l'embauche est limitée par le budget	50,00%					66,67%						-16,67%
ETP personnel administratif		6,58 (3,7)	5,75	2,63	2,5 : 15		4,1 (1,11)	4,40	1,25	2,6 : 5,6		1,35
Secrétaire à l'enseignement		1 (0,43)	1,00	0,00	0 : 2		1 (0)	1,00	0,00	1 : 1		0,00
Secrétaire médicale		1,88 (1,45)	1,25	1,25	0 : 5		1,15 (0,76)	1,00	0,00	0,3 : 2,6		0,25
Centrale de rendez-vous		0,92 (1,44)	0,00	2,00	0 : 4		0,17 (0,41)	0,00	0,00	0 : 1		0,00
Réception		2,2 (2,56)	1,25	4,00	0 : 7,4		1,52 (1,17)	1,50	1,68	0 : 3		-0,25
Secrétaire GMF/UMF		0,58 (0,67)	0,50	1,00	0 : 2		0,27 (0,43)	0,00	0,45	0 : 1		0,50
Cette équipe administrative comble-t-elle les besoins de la clinique?												
Oui	16,67%					16,67%						0,00%
Non, mais nous prévoyons embaucher	16,67%					0,00%						16,67%
Non, mais l'embauche est limitée par le budget	66,67%					83,33%						-16,67%
Type de milieu												
Urbain	58,33%					66,67%						-8,33%
Semi-urbain	16,67%					16,67%						0,00%
Rural	25,00%					16,67%						8,33%

Disponibilité & Accommodation (suite)												
Nombre de cliniques	Accès Adapté N = 12					Autres cliniques N = 6					Différence	
	Proportion	Moyenne (ÉT)	Médiane	écart interquartile	Min : Max	Proportion	Moyenne (ÉT)	Médiane	écart interquartile	Min : Max	Proportion	Médiane
<b>Participation de médecins spécialistes pour :</b>												
Discussion de cas	58,33%					50,00%					8,33%	
Consultation avec évaluation de patients sur place	41,67%					16,67%					25,00%	
Enseignement aux résidents	58,33%					33,33%					25,00%	
<b>Heures défavorables:</b>												
Soir	66,67%					66,67%					0,00%	
Fin de semaine	41,67%					33,33%					8,34%	
Services de nuit	8,33%					0,00%					8,33%	
Système de garde sur appel	66,67%					50,00%					16,67%	
<b>Heures d'ouverture / jour:</b>												
Jours ouvrables		10,75 (1,86)	11,50	2,25	7 : 13		10,5 (2,35)	12,00	3,00	7 : 12		-0,50
Fins de semaine		2,5 (2,84)	2,00	4,00	0 : 8		2 (3,35)	0,00	3,00	0 : 8		2,00
Jours fériés		3,83 (2,76)	4,00	1,50	0 : 8		1,33 (2,07)	0,00	3,00	0 : 4		4,00
		5,75 (0,87)	5,50	1,25	5 : 7		5,67 (1,03)	5,00	1,50	5 : 7		0,50
<b>Nombre de jour d'ouverture par semaine</b>												
<b>Acceptation de nouveaux patients pour le suivi:</b>												
Acceptation de nouveaux patients sans conditions	33,33%					33,33%					0,00%	
Acceptation de nouveaux patients sous certaines conditions	66,67%					66,67%					0,00%	
N'accepte aucun nouveau patient	0,00%					0,00%					0,00%	
<b>Modèle de gestion des rendez-vous:</b>												
Traditionnel	0,00%					16,67%					-16,67%	
Intermédiaire	0,00%					83,33%					-83,33%	
Accès adapté	100,00%					0,00%					100,00%	
<b>* Changement envisagé vers accès adapté?</b>												
Oui, en discussion						16,67%						
Oui, changement en cours						50,00%						
Oui, prévu dans la prochaine année						33,33%						
Non						0,00%						
<b>SRV vs RV</b>												
Sur rendez-vous seulement	8,33%					33,33%					-25,00%	
SRV seulement	0,00%					0,00%					0,00%	
Sur rendez-vous + SRV	91,67%					50,00%					41,67%	
Aucun	0,00%					16,67%					-16,67%	
<b>Délais pour le 1er rendez-vous disponible</b>												
Médecins		10,12 (3,38)	10,40	3,63	4,2 : 14,5		15,67 (5,66)	15,35	7,78	9 : 23,7		-4,95
Résidents		8,3 (3,26)	8,90	4,55	1,8 : 12,1		16,64 (11,7)	12,80	3,10	5,9 : 36,6		-3,90
<b>Délais pour le 3e rendez-vous disponible</b>												
Médecins		11,95 (6,18)	10,40	5,60	3,4 : 24,3		15,77 (6,6)	14,20	5,85	10,3 : 27,9		-3,80
Résidents		15,44 (3,56)	15,55	5,10	9,6 : 21		22,37 (5,38)	22,75	8,73	16,1 : 28,8		-7,20
Médecins		14,33 (4,37)	14,85	3,75	7,5 : 23,9		22,92 (10,65)	19,20	4,90	13,5 : 41		-4,35
Résidents		16,54 (5,54)	16,05	6,63	9,5 : 27,6		22,93 (8,8)	21,35	8,70	14,1 : 38,3		-5,30

66,67%

66,67%

0,00%

<b>Accessibilité financière</b>			
	<b>Accès adapté</b>	<b>Autres cliniques</b>	
<b>Nombre de cliniques</b>	<b>N = 12</b>	<b>N = 6</b>	<b>Différence</b>
	<b>Proportion</b>	<b>Proportion</b>	<b>Proportion</b>
<b>Coûts par services:</b>			
Stationnement	66,67%	66,67%	0,00%
Formulaires	91,67%	83,33%	8,33%
Interventions cliniques	8,33%	0,00%	8,33%
Pénalités d'absences	16,67%	0,00%	16,67%



<b>Pertinence</b>			
	<b>Accès Adapté</b>	<b>Autres cliniques</b>	
<b>Nombre de cliniques</b>	<b>N = 12</b>	<b>N = 6</b>	<b>Différence</b>
	<b>Proportion</b>	<b>Proportion</b>	<b>Proportion</b>
<b>Disponibilité par ressource informatique:</b>			
Dossiers médicaux électroniques	75,00%	66,67%	8,33%
Alertes et rappels automatisés	41,67%	0,00%	41,67%
Guides de pratique informatisés	16,67%	33,33%	-16,67%
Interface électronique laboratoire	91,67%	83,33%	8,33%
Interface électronique imagerie	58,33%	66,67%	-8,33%
Système de transmission pharmacies	25,00%	0,00%	25,00%
Prise de rendez-vous sur Internet	16,67%	0,00%	16,67%
Accès aux consultations hospitalières	66,67%	66,67%	0,00%
<b>Disponibilité procédures:</b>			
Prélèvements	50,00%	66,67%	-16,67%
Radiographie	16,67%	33,33%	-16,67%
ECG	41,67%	66,67%	-25,00%
Spirométrie	33,33%	0,00%	33,33%
ITB	91,67%	33,33%	58,33%
MAPA	50,00%	33,33%	16,67%
<b>Ordonnances collectives infirmières cliniciennes:</b>			
Diabète	66,67%	83,33%	-16,67%
HTA	75,00%	66,67%	8,33%
DLP	58,33%	66,67%	-8,33%
MPOC	16,67%	16,67%	0,00%
Asthme	8,33%	16,67%	-8,33%
Insuffisance cardiaque	8,33%	0,00%	8,33%
Santé mentale	33,33%	16,67%	16,67%
TDAH	25,00%	0,00%	25,00%
Autres	25,00%	0,00%	25,00%
<b>Rôles / fonctions personnel infirmier:</b>			
Il n'y a pas de personnel infirmier au sein de l'équipe	0,00%	0,00%	0,00%
Suivi systématique de groupes	91,67%	100,00%	-8,33%
Triage au sans rendez-vous	33,33%	66,67%	-33,33%
Prescription examens diagnostiques	41,67%	66,67%	-25,00%
Prescription médicaments / substances	16,67%	50,00%	-33,33%
Liaison avec autres sites	58,33%	50,00%	8,33%
Soutien aux activités médicales	75,00%	83,33%	-8,33%
Participation aux décisions cliniques	66,67%	50,00%	16,67%
Actes médicaux délégués	83,33%	83,33%	0,00%
Counseling habitudes de vie + tabac	91,67%	100,00%	-8,33%
Education des patients	91,67%	100,00%	-8,33%
<b>Participation à un réseau d'accessibilité médicale afin d'assurer:</b>			
Coordination des heures d'ouverture avec d'autres cliniques	25,00%	33,33%	-8,33%
Suivi post-hospitalisation de patients orphelins	0,00%	0,00%	0,00%
Accès à un plateau technique	58,33%	50,00%	8,33%
<b>Indiquer si votre clinique offre aux patients les options suivantes:</b>			
Questions / préoccupation par courriel	16,67%	0,00%	16,67%
Téléphone avec médecin / infirmière	91,67%	83,33%	8,33%
Boîte vocale avec réponse jour même	58,33%	50,00%	8,33%
Ligne dédiée pour la prise de rendez-vous	66,67%	16,67%	50,00%